

Revistas Nacionales y Extranjeras

CIRUGIA

Resección transdiafragmática de los nervios vagos para el tratamiento de la úlcera péptica. — Francis D. Moore. — New England Journal of Medicine, vol. 234, página 241, 21 de febrero de 1946.

La resección transdiafragmática de los nervios vagos fué llevada a cabo por los autores en 15 pacientes. Fueron analizados y discutidos los resultados en 12. La maniobra operatoria empleada es una resección transtorácica transdiafragmática de ambos nervios vagos, reseccándose una parte del nervio y adoptándose precauciones para evitar la regeneración. Este procedimiento parece ser un arma potente en el tratamiento de la úlcera péptica, a juzgar por los resultados clínicos iniciales. Para la valoración final de este método ha de aguardarse el transcurso del tiempo y el cuidadoso estudio de los pacientes operados en ésta y en otras clínicas. Se espera que la resección transdiafragmática radical evite el retorno de la tendencia ulcerativa, que constituye el principal obstáculo para el éxito de éste o de cualquier otro tratamiento operatorio de la úlcera péptica.

R. M. B.

LABORATORIO

La virulencia de las bacterias resistentes a la penicilina. — Editorial. The Journal of the American Medical Association, vol. 130, núm. 17, pág. 1224, 27 de abril de 1946.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los microorganismos pueden desarrollar resistencia a la penicilina tanto *in vivo* como *in vitro*. Disienten, sin embargo, en lo que se refiere a los efectos concomitantes sobre la virulencia. Schmidt y sus colaboradores hicieron pases en serie de neumococos en ratones tratados con dosis terapéuticamente inadecuadas de penicilina. La máxima concentración de penicilina que permitía el desarrollo visible del cultivo primitivo *in vitro* era de 0,4 unidades Oxford por centímetro cúbico. Después del quinto pase se producía desarrollo cuando la concentración de penicilina era de 1,4 unidades por centímetro cúbico. Las pruebas de virulencia en ratones testigos no tratados sugirieron que no había aumento o disminución concomitante de la virulencia.

Sin embargo, McKee y sus colaboradores, del Instituto Squibb de Investigaciones Médicas, aumentaron la resistencia de estreptococos y neumococos a la penicilina mediante pases en serie en caldo que contenía concentraciones crecientes de penicilina. Encontraron que este aumento de la resistencia iba siempre acompañado de un descenso o pérdida completa de la virulencia para el ratón. El pase en serie de las cepas avirulentas resultantes por ratones normales no logró restaurar la virulencia perdida.

Miller y Bohnhoff, del Departamento de Medicina de la Universidad de Chicago, han tratado de comprobar estas modificaciones de la virulencia con siete cepas de meningococos. Se encontró que la resistencia natural de una cepa típica era suficiente para permitir su desarrollo en presencia de 0,3 unidades Oxford de penicilina por centímetro cúbico. Cuando la resistencia a la penicilina había llegado a 5 unidades por centímetro cúbico, la dosis letal mínima se había elevado a unos 100 meningococos, o sea, un descenso del 90 por 100 en la virulencia para el ratón. Tan pronto como la resistencia a la penicilina llegó a 18 unidades por centímetro cúbico, mil millones de meningococos no bastaban para matar los ratones. La virulencia totalmente perdida no podía restaurarse mediante el pase por ratones. Sin embargo, seis de las siete cepas conservaron considerable virulencia más allá de la fase de la resistencia a 18 unidades. Los ratones infectados con una cepa intermedia, resistente a 14 unidades, requirieron 600 unidades de penicilina para la curación, o sea, de 15 a 30 veces la dosis curativa eficaz para la cepa inicial.

Los datos de Miller sugieren que en condiciones clínicas ordinarias, los meningococos inadecuadamente tratados suelen conservar una cantidad suficiente de su virulencia original para ser de interés epidemiológico.

R. M. B.

Efecto de la estreptomina sobre la brucelosis experimental en cobayos. — I. Live, F. C. Sperling y E. L. Stubbs. — *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 211, pág. 267, marzo de 1946.

Este informe se basa enteramente en el efecto de la estreptomina en cobayos principalmente infectados con brucelosis. Se encontró que el tratamiento de los cobayos con 5.000 unidades de estreptomina diariamente, divididas en cinco dosis, ejercía un efecto bacteriostático definido sobre la *b. abortus*. Cuatro de nueve animales en los que se inició el tratamiento el día de la infección y se continuó durante 27 días, y cuatro de diez animales en los que se empezó el tratamiento una semana después de la infección, dieron cultivos negativos cuando se les practicó la autopsia un día después de la terminación del tratamiento. De los cobayos con cuyo material se hicieron cultivos ocho días después de la terminación del tratamiento, tres animales del grupo de diez en los que se empezó el tratamiento el día de la infección seguían siendo negativos, mientras que todos los cobayos en los que comenzó el tratamiento una semana después de la infección dieron *b. abortus*. El tratamiento de los cobayos con 20.000 unidades de estreptomina al día, divididas en seis dosis, pareció eliminar la infección en la mayoría de los animales. El tratamiento comenzó una semana después de la infección y se prolongó durante 24 días. De 17 animales autopsiados un día después de la terminación del tratamiento, cuatro dieron cultivos positivos; de 10 animales autopsiados ocho días después de terminar el tratamiento, dos dieron cultivos positivos; y de 8 cobayos autopsiados 15 días después de la conclusión del tratamiento, sólo un animal dió brucelas en los cultivos. Después de una sola inyección subcutánea de estreptomina, la concentración en el suelo sanguíneo es máxima poco después de la inyección del medicamento. En los cobayos inyectados con 1.000 unidades no se encontró concentración determinable de estreptomina en el suero después de cuatro horas, y en los inyectados con 5.000 unidades no se halló concentración determinable en el suero después de seis horas.

R. M. B.

MEDICINA INTERNA

Los factores de seguridad en el organismo humano. — Editorial. — *The Journal of the American Medical Association*, vol. 131, núm. 1, pág. 34, 4 de mayo de 1946.

En ingeniería, el término «factores de seguridad» significa el margen requerido en la construcción de motores o puentes para cubrir cualquier contingencia que pueda surgir en forma de tensión o esfuerzo extraordinarios. Esta denominación fué introducida en la literatura médica por el difunto Samuel J. Meltzer. Sugirió la doctrina de que el cuerpo humano está organizado con especial consideración para el máximo grado de seguridad más que para la máxima economía. Sin embargo, pueden desarrollarse circunstancias en las que los factores de seguridad se convierten en elementos de peligro mediante procesos tan sutiles que el organismo sólo es advertido del peligro cuando la restitución es imposible. Por ejemplo, puede extirparse un riñón impunemente si el otro es normal, y la cantidad y composición de la orina bajo el régimen modificado permanecen prácticamente inalteradas. Esto significa, naturalmente, que el riñón tiene una cantidad de tejido en exceso suficiente para realizar un trabajo por lo menos doble de aquel al que el órgano está ordinariamente acostumbrado. Además, los experimentos revelan que por lo menos dos terceras partes del tejido renal existente en el organismo pueden extirparse sin detrimento de la función. En ambos casos, es el glomérulo restante, con su extensión tubular, lo que constituye el factor de seguridad. En el riñón compensador, los glomérulos se agrandan, llegando a veces a distender sus membranas limitantes, y los túbulos aumentan de calibre. El glomérulo se halla entonces en

condiciones de recibir un mayor aporte de sangre, y el túbulo está preparado para acomodar un razonable aumento en la eliminación de líquido. En ciertas condiciones de enfermedad, millares de glomérulos son parcial o completamente sustituidos por una hiperplasia del epitelio de la cápsula de Bowman o por tejido fibroso o por depósitos amiloides. Muchos de los glomérulos restantes se agrandan y, dentro de ciertos límites, compensan la falta de aquellos que han sido lesionados o destruidos. Más allá de estos límites, la compensación falla y el paciente empieza a mostrar signos de trastornos renales indicando que los factores anatómicos de seguridad han desaparecido en número suficiente para dañar al órgano de modo irreparable: insidiosamente y sin advertencia, los factores de seguridad se han convertido en elementos de peligro.

En el corazón hay factores de seguridad, tanto en el endocardio como en el tejido muscular. Las válvulas, especialmente las cúspides aórticas y pulmonares, disponen de una cantidad de tejido mayor que la necesaria en cualquier momento. En las válvulas aórticas y pulmonares hay, por encima de las líneas de oclusión, vainas semilunares de endocardio que son casi exactamente del mismo tamaño que las del endocardio valvular por debajo de las líneas de oclusión, de modo que las válvulas contienen aproximadamente doble cantidad de tejido que la necesaria para lograr el cierre hermético. Cuando ciertos procesos morbosos atacan las válvulas a lo largo y por debajo de las líneas de cierre, produciendo retracción, el endocardio situado por encima es automáticamente atraído hacia abajo para ocupar el lugar de la parte retraída. Este mecanismo permite que las válvulas cardíacas así reforzadas sufran extensas alteraciones escleróticas y permanezcan aun funcionalmente intactas. Sin embargo, llega un momento en que el proceso de retracción adquiere la supremacía y en este momento la válvula se hace insuficiente. Igualmente hay factores anatómicos de seguridad en el músculo cardíaco, los pulmones, el hígado, el páncreas, las cápsulas suprarrenales, la piel y otros órganos.

En el cuerpo humano están apartadas ciertas células para fines de regeneración, especialmente las de la capa inferior de la piel, los folículos germinales de los ganglios linfáticos y la medula ósea hematopoyética. Mientras el desarrollo está adecuadamente regulado, estas células se reproducen y se diferencian, funcionan y son luego desechadas. Pero el proceso de reproducción es una amenaza potencial, porque a menudo se producen más células que las necesarias para satisfacer los requerimientos fisiológicos. En ciertos tejidos no sólo es excesiva la producción de nuevas células, sino que éstas, por lo menos según una teoría, adquieren un tipo de arquitectura en la que el equilibrio entre la estructura y la función es inestable, y el desarrollo puede progresar fuera de control, originándose un tumor. De esta forma, los factores de seguridad se convierten también aquí en elementos de peligro.

R. M. B.

Estudio anatomopatológico de treinta y un casos de fiebre tsutsugamushi, con especial referencia al sistema cardiovascular. — Harold D. Levine. — American Heart Journal, vol. 31, pág. 314, marzo de 1946.

El material de este estudio consistió en los hallazgos macro y microscópicos en la autopsia de 31 casos de fiebre tsutsugamushi. Estos estudios mostraron lesiones pulmonares en todos los casos menos uno, y lesiones cardíacas en 25. Las lesiones meningoencefálicas ocuparon el tercer lugar en orden de frecuencia. La respuesta anatomopatológica esencial a la infección consistía en proliferación endotelial e infiltración perivascular de linfocitos, células plasmáticas y células mononucleares. Las principales alteraciones cardíacas se hallaron en el miocardio, pero el endocardio y el pericardio contenían frecuentemente exudados celulares. Estas fueron lesiones ocurridas en pacientes que sucumbieron a la enfermedad durante la fase aguda, y su presencia no presta apoyo a la hipótesis de que la lesión miocárdica persiste en los pacientes que han curado de la enfermedad. Se observó necrosis de las fibras musculares del corazón en la mitad aproximadamente de los casos que mostraban carditis. Esta era raramente grave. Las alteraciones anatomopatológicas en diversos órganos representan el efecto combinado de por lo menos tres factores posibles: a) La perturbación de la irrigación sanguínea producida por la lesión vascular y ocasionalmente manifestada por necrosis focal y hemorra-

gia; b) Los efectos de retropresión por la insuficiencia cardíaca congestiva, y c) Alteraciones inflamatorias. Se observaron frecuentemente fenómenos hemorrágicos. Estos obedecían probablemente a lesiones vasculares. Ocasionalmente se hallaron hemorragias petequiales o esquimosis en la piel. Los datos recogidos no indican lesión cardíaca residual en la fiebre tsutsugamushi.

R. M. B.

El ácido fólico en el tratamiento de las anemias en la edad infantil. — Wolf. W. Zuelzer. — Journ. of. Amer. Med. Assoc., 131, 1, 7, 4 de mayo de 1946.

El ácido fólico es un factor antianémico específicamente activo en las anemias infantiles *con medula ósea megaloblástica*, e inactivo en las restantes. Las características de la medula ósea obtenida por punción esternal o tibial constituyen el criterio esencial para el diagnóstico de anemia megaloblástica, que es un síndrome expresivo de un déficit en ácido fólico.

Hay un completo paralelismo entre la respuesta al ácido fólico en las anemias de la infancia y las de la edad adulta.

Tratamiento de la escarlatina por medio de la penicilina. — U. S. Naval Hosp. Treasure Island. California. Amer. Journ. of Med. Sci., 211, 417, abril 1946.

En el aludido hospital han sido observados 118 enfermos de escarlatina con el objeto de precisar el dosaje efectivo mínimo de penicilina y la cantidad necesaria del producto para suprimir la fase de portadores de germen. Fueron empleados tres tipos de dosificación: 1.º Dosis total 240.000 U.: 10.000 U. cada tres horas, o bien 80.000 U. al día durante tres días. 2.º Dosis total 360.000 U.: 10.000 U. cada tres horas o 80.000 U. al día durante tres días; entonces se añaden 10.000 U. cada seis horas o 40.000 U. al día durante tres días. 3.º Dosis total: 480.000 U. cada tres horas o 80.000 U. al día durante cuatro días; entonces añaden 10.000 U. cada seis horas o 40.000 U. al día durante cuatro días. Todos los pacientes pertenecían a la Armada. Se trataba de individuos jóvenes y en buen estado de salud, aparte la escarlatina. El diagnóstico de la enfermedad se estableció clínicamente por la presencia de faringitis fiebre y el típico exantema; en un 76 por 100 de los casos el cultivo inicial de los exudados faríngeos reveló el estreptococo beta hemolítico. Los cultivos se repitieron sucesivamente cada 2-3 días. Todos los enfermos mostraron buena respuesta clínica a la penicilinoterapia, la temperatura y los demás síntomas remitieron en el plazo de 24 a 48 horas. En todos los casos, excepto en uno, los cultivos del exudado faríngeo se volvieron negativos durante el curso de la terapéutica penicilínica, la que, por otra parte, no motivó ningún trastorno.

Todo aumento de temperatura después de completado el plan de tratamiento, acompañado de rinitis, sinusitis, otitis media o adenitis, fué considerada una complicación. La frecuencia de éstas después de terminada la penicilinoterapia alcanzó el 31 por 100 en el grupo que recibió una dosis total de 240.000 unidades, de 14 por 100 en el que recibió 360.000, y de 6 por 100 en el que se administraron 480.000 unidades. La frecuencia de las recidivas en la positividad de los cultivos faríngeos alcanzó en el grupo de 240.000 U. el 77 por 100 y sólo un 8 por 100 en el de 480.000.

De los resultados obtenidos se concluye que una dosis total de 480.000 unidades de penicilina durante un período de ocho días es el procedimiento terapéutico más eficaz para la escarlatina, y para la prevención del estadio siguiente de portador de gérmenes.

La fisostigmina en el tratamiento de la artritis reumatoide. — A. Cohen, P. Trommer y J. Goldman. — Journ. of. Amer. Med. Assoc., 130, 265, 2 de febrero de 1946.

Una gran parte del dolor y molestias que sufren los enfermos de artritis reumatoide se deben al espasmo asociado, que puede persistir incluso cuando el proceso articular se halla en una fase inactiva, y que desempeña un papel muy importante en la producción de las deformidades. Las investigaciones de los autores sobre 153 casos les ha demostrado que la fisostigmina es eficaz para combatir dicho espasmo, y su empleo permite a los pacientes una mayor actividad, una mayor utilidad de sus movimientos, disminuyendo a la vez la tendencia a las deformidades.

Para eliminar las molestias originadas por la acción vagotónica del producto, administraron simultáneamente sulfato de atropina.

La dosis inicial de *salicilato de fisostigmina* fué de 0,6 miligramos, junto con idéntica dosis de sulfato de atropina. Si no se obtenían resultados terapéuticos elevaban la dosis a 1,2 miligramos. Se aplica mediante inyección subcutánea.

Hay que tener muy en cuenta que la dosis de atropina debe ajustarse en cada caso con cuidado, evitando que determine efectos desagradables, como sequedad de boca o alteraciones de la visión. En los casos favorables se obtuvo mejoría al cabo de 3 a 15 minutos, que persistió durante algunos días.

En varios enfermos, y especialmente cuando el tratamiento fué iniciado de manera precoz, repitióse la inyección cada día durante un periodo de tiempo variable. En todos los casos el tratamiento se mantuvo como mínimo durante seis meses, obteniéndose buenos resultados en 120 de los 153 enfermos observados.

La fisostigmina también es eficaz para la terapia de las fibrositis y espondilitis.

La atebrina como causa de dermatitis exfoliativa y hepatitis de curso fatal. — Clarence M. Agress. — Journ. of Amer. Med. Assoc., 131, 15, 4 de mayo de 1946.

En gran número de chinos a quienes se administraba *atebrina* para la profilaxis y tratamiento de la malaria, el autor observó cinco que enfermaron con una severa dermatitis exfoliativa y hepatitis, que en tres casos fué mortal. Esta eventualidad es del orden de 1 cada 2.000 ó 3.000 pacientes tratados con el medicamento.

De las investigaciones clínicas y anatómo patológicas realizadas, el autor concluye en que la atebrina fué responsable de la hepatitis y la dermatitis exfoliativa. Estos procesos ocurren sobre la base de una extrema hipersensibilidad, pues menos de 0,1 gramo del producto es capaz de provocar reacciones tóxicas, después de prolongada y repetida administración.

Para evitar un curso fatal, como sucedió en el 60 por 100 de los cinco casos observados, es necesario un precoz diagnóstico y el tratamiento mediante agentes desintoxicantes, tales como vitamina C y extracto hepático, glucosa endovenosa y plasma.

Las pruebas de contacto con atebrina son muy útiles para las investigaciones de posibles hipersensibilidades (dan sólo un 3 por 100 de reacciones positivas falsas en sujetos normales, y un 8 por 100 en enfermos con dermatitis) generalizadas de diversa etiología.

Investigaciones sobre la luz solar artificial. — D. Colebrook. — Stationery Office 1946. (Industrial Health Research Board).

Si bien el tratamiento con luz ultravioleta se conoce y emplea desde hace años, aun no se posee una convicción precisa respecto a su real eficacia en una serie de procesos morbosos, con la sola excepción del raquitismo.

Las investigaciones realizadas en el personal de una mina de carbón bajo la dirección de la entidad arriba indicada, señalan que los rayos U.V. son de poca eficacia en la prevención de los «resfriados» y en la disminución de los días de enfermedad de los obreros.

La hipnosis en el tratamiento de la hiperemesis gravídica. — W. S. Kroger y S. T. Dee Lee. — Amer. Journ. of Obstetrics a. Gynecology, 51, 544, abril 1946.

Desde hace mucho tiempo se admite que en la etiología de la hiperemesis gravídica existe un factor psíquico definido. Sobre este supuesto, los autores han tratado 21 enfermas afectas de dicho proceso mediante hipnosis, obteniendo buenos resultados en 19.

En 16 de los casos utilizaron exclusivamente la hipnosis, y en 4 hipnoanálisis. Los dos fracasos ocurrieron en las tratadas sólo con hipnosis.

Todas las enfermas habían sido previamente medicadas por los procedimientos usuales: restricciones dietéticas, sedantes y líquidos administrados por vía parenteral.

En el trabajo se dan abundantes detalles sobre la técnica utilizada para la hipnosis. Su experiencia, que comprende algunos miles de casos logrados, les

ofreci6 un 90 por 100 de 6xitos en su obtenci6n y consideran que la aludida t6cnica «puede ser f6cilmente adquirida por todo m6dico».

En lo que respecta a la hiperemesis gravidica, se realiza la sugesti6n de que no debe vomitar m6s durante el periodo de amnesia posthipn6tica. En cinco enfermos se obtuvo la curaci6n con una sola sesi6n, en las restantes fueron necesarios de dos a seis tratamientos.

En la hipnoan6lisis, que es una forma r6pida de psicoan6lisis bajo hipnosis, se trata de descubrir las razones psicol6gicas que expliquen porqu6 se han realizado los v6mitos. En las cuatro enfermas en que se emple6 este m6todo fueron necesarias de tres a cinco sesiones para dilucidar los factores responsables. En todas, los v6mitos cesaron despu6s del tratamiento. No se dan orientaciones para seleccionar los casos que deben someterse a la simple hipnosis o a la hipnoan6lisis.

Tratamiento del dolor provocado por el ulcus gastroduodenal. — L. Roug6s. — Presse. Med. 54, 314, 11 de mayo de 1946.

El m6todo consiste en la administraci6n diaria por v6a oral de 100 c. c. de una soluci6n recientemente preparada de *novoca6na* al 10 por 100 tomada a sorbos por la ma1ana, en ayunas. El enfermo debe estar situado en una moderada posici6n de Trendelenburg, desplazado algo lateralmente si se trata de un ulcus g6strico y francamente lateral si padece ulcus duodenal. La total absorci6n del l6quido debe realizarse en unos 20 minutos, y el dec6bito precisa mantenerlo durante una hora. En algunos casos la dosis indicada fu6 dividida en dos partes y administrada por la ma1ana y por la tarde. En los 40 casos tratados se obtuvo mejor6a, con una sola excepci6n; algunos de los enfermos mostraban claras mejor6as despu6s del segundo o tercer d6a de tratamiento, a veces ocurre una ligera exacerbaci6n en este periodo, luego los dolores ceden r6pidamente.

La respuesta terap6utica es id6ntica en ulcus g6stricos y duodenales, sean recientes o antiguos. Por investigaci6n radiol6gica pudo observarse tambi6n una disminuci6n e incluso desaparici6n de los s6ntomas ulcerosos. En un enfermo, por ejemplo, pudo verse la curaci6n radiol6gica de una gran 6lcera situada en peque1a curvatura.

En los casos tratados no se observaron reacciones t6xicas de importancia. Si existe idiosincrasia, la cafe6na es el mejor antidoto, para las ligeras n6useas o v6rtigos que pueden ocurrir.

La actividad de la novoca6na al 1 por 100 por v6a bucal es indudable, pero su exacto modo de acci6n y su mecanismo farmacol6gico deben precisarse.

MEDICINA LEGAL

Aspectos medicolegales de las lesiones por exposici6n a los rayos Roentgen y sustancias radiactivas. — Charles E. Dunlop. — Occupational Medicine, vol. 1, p6gina 237, marzo de 1946.

Como resultado de un completo an6lisis de la literatura y de los casos observados personalmente, se lleg6 a la conclusi6n de que las lesiones de los tejidos por la radiaci6n obedecen a una combinaci6n de lesi6n directa de las c6lulas y trastorno de la irrigaci6n sangu6nea de la regi6n. La lesi6n tisular reconocible aparece por primera vez varias semanas o meses despu6s de la exposici6n y sigue un curso cr6nico, lentamente progresivo. Los tejidos afectados muestran menor resistencia a la infecci6n bacteriana y disminuci6n de la capacidad para curar. Los tipos espec6ficos m6s importantes de lesi6n por radiaci6n pueden clasificarse como sigue: 1. Dermatitis; 2. Provocaci6n de tumor; 3. Necrosis 6sea; 4. Gastroenteritis; 5. Lesi6n hem6tica; 6. Esterilidad; 7. Lesi6n del feto.

La dermatitis es, con mucho, la lesi6n m6s frecuente, y puede originarse por sobreexposici6n diagn6stica, terap6utica u ocupacional. Los tumores provocados por los rayos Roentgen y el radio son casi exclusivamente c6nceres de la piel, aunque pueden desarrollarse c6nceres 6seos en personas intoxicadas con radio. Es probable que en algunos casos se haya iniciado una leucemia por la radiaci6n, pero el origen de otras formas de afecci6n maligna rara vez puede atribuirse a la radiaci6n. El desarrollo del hueso puede alterarse por dosis moderadas, pero la

necrosis del hueso maduro se produce sólo por exposiciones masivas. Las lesiones importantes del estómago y el intestino requieren también grandes dosis y rara vez se observan excepto como complicación del tratamiento de tumores. Las alteraciones hemáticas se observan a menudo como resultado de la exposición, pero rara vez son importantes, excepto en pacientes que han recibido tratamiento intenso sobre grandes zonas del cuerpo y en trabajadores de industrias radiológicas mal protegidos. La esterilidad es un importante riesgo ocupacional en los radiólogos de uno y otro sexo, pero puede evitarse observando adecuadamente las medidas protectoras. No se ha demostrado que un niño pueda ser perjudicialmente afectado por la irradiación de cualquiera de los padres antes de la concepción, pero un niño expuesto a la radiación mientras se halla en el útero materno, corre grave peligro de lesiones físicas considerables. Numerosas aplicaciones industriales, comerciales y experimentales de la radiación presentan un riesgo de sobreexpresión, pero hasta ahora la mayor parte de las lesiones han surgido del uso inadecuado de los rayos Roentgen y del radio en el diagnóstico y el tratamiento médicos. Los buenos especialistas de radiología rara vez se quejan a sí mismos o a sus pacientes, y una gran proporción de las lesiones graves resultan del uso de equipos radiológicos por médicos, cirujanos y dermatólogos con un conocimiento limitado de los peligros existentes.

R. M. B.

OFTALMOLOGÍA

La ambliopía quínica. — A. Bishday. — Brit. J. of Ophthalmology. 30, 281, mayo 1946.

El autor ha observado siete casos de ambliopía quínica durante un período de dos años, en Egipto, y sintetiza así sus observaciones: La edad de los enfermos oscilaba entre diez y ocho y cincuenta años. Sólo en dos casos la ambliopía fué precedida por grandes dosis de quinina, en los restantes fué consecutiva a dosis ordinarias. En todos los siete enfermos el comienzo de la ceguera fué precedido por vómitos y cierta pérdida de la conciencia. Los zumbidos de oídos y la sordera no se observaron de modo constante.

Los principales hallazgos oftalmológicos fueron: 1) conjuntiva anémica blanca; 2) anestesia parcial de la córnea; 3) midriasis; 4) inmovilidad del iris; 5) palidez de la pápila óptica; 6) marcada constricción de los vasos de la retina; 7) disminución acentuada del campo visual en aquellos enfermos en que no se desarrolló la ambliopía completa; 8) disminución de la percepción de los colores, especialmente del rojo y del verde.

Hay dos teorías para explicar la causa de estos fenómenos: la que supone una acción tóxica directa sobre las células de la retina y la que considera que dependen de la extrema constricción de los vasos retinianos. Bishday considera que no son suficientes para explicar los hechos, y cree que debe añadirse otro factor: la sensibilidad del paciente a la quinina.

En la actualidad se considera que el mejor tratamiento consiste en la administración de grandes dosis de estriquina, pero en dos enfermos de la casuística del autor a los cuales se practicó inicialmente la paracentesis, seguida de la estricnoterapia, se obtuvieron mejores y más rápidos resultados.