**Hormonas sexuales femeninas.** — M. Garriga Roca. — Barcelona.

Es la publicación, cuya crítica se nos ha recomendado, el resumen de un cursillo monográfico habido en la Casa Municipal de Maternología de Barcelona, en el Curso de 1945-46, en el que desarrolla el autor, con los facultativos de dicho Centro, un estudio completo de Endocrinología Ginecológica, bajo unas mismas normas y con un sentido amplio de considerar al organismo enfermo como a un todo realzando la importancia de las correlaciones hormonales.

Garriga Roca desarrolla los siguientes temas: la hormona estrógena ovárica; acción de la foliculina sobre el aparato genital femenino; la foliculina en el estado adulto. La menstruación; indicaciones de la foliculinoterapia y problemas de su administración; hormonas estrógenas sintéticas; patología de los procesos de luteinificación y hormonas sexuales y cáncer. Todos ellos expuestos magistralmente, destacando sus singulares opiniones personales, de cariz revolucionario, que no por discutibles dejan de tener menor interés y que siempre respetamos aunque no siempre compartimos.

A. Carulla Riera señala con precisión la acción de la foliculina sobre el organismo de la mujer, como también las regulaciones hormonales de la misma. Amigó Sastre, R. Bardés, E. Condeminas, J. Farriols, F. Fernández Pellicer, R. Ibáñez, V. Marqués Bertrán y J. Pont Hernández, completan el tema con sus conferencias, a la altura de las anteriores.

La Monografía, dedicada a la memoria del malogrado Dr. Emilio Ardévol, Director que fué de la Casa Municipal de Maternología, y el asunto tratado, tienen el mérito de ofrecer «al día» asuntos tan trascendentales como lo son los de las hormonas gonadotropas y sexuales y, además, el más laudable todavía de abrir nuevos cauces y evocar sugestiones dignas de ulterior investigación.

V. GÓNILL-SERRA

# Revistas Nacionales y Extranjeras

## CIRUGIA

**El tratamiento de las fracturas compuestas del fémur.** — R. Soto-Hall y T. Horwitz. — *Journ of Amer. Med. Assoc.* 130, 3, 128,, 19 Enero 1946.

*Conclusiones.*: 1) El desbridamiento precoz y adecuado es de importancia vital para el éxito del tratamiento de las fracturas abiertas. 2) La moderna quimioterapia no ha hecho variar esta opinión, si bien el empleo de los productos bacteriostáticos ha proporcionado resultados brillantes combatiendo la extensión de la infección y reduciendo el número y severidad de las complicaciones. 3) La conversión de una fractura abierta encerrada mediante una sutura retardada de la herida es recomendable pues asegura con mínimas contraindicaciones la rápida curación. 4) Se recomienda un criterio lo más conservador posible en el tratamiento quirúrgico de los grandes fragmentos óseos, pues de esta forma se disminuyen los problemas de la cirugía reparadora. 5) El examen de 163 fracturas de fémur tratadas en varios teatros de guerra indican que los mejores resultados se obtienen con una orientación conservadora, y con los procedimientos de suspensión. El porcentaje de sepsis ha sido mínimo y la unión ósea sin deformidad en general excelente. 6) La fijación interna precoz en una fractura abierta encierra grandes peligros de complicación. Cuando en algunos casos seleccionados esté indicada, es aconsejable realizarla cuando la curación casi ya sea completa consecutivamente a la sutura secundaria. La operación debe efectuarse a través de una incisión longitudinal, y hay que dejar drenaje. Cuando el tipo de fractura lo permita es mejor la fijación con alambre que con

placas, y 7) Un ejercicio activo ejercido durante la convalecencia, cuidadosamente realizado y sin perder tiempo ofrece grandes ventajas para el mejoramiento de la movilidad de la rodilla.

**La penetración de la penicilina en los focos de infección.** — I. E. Gerber. G. Shwartzman y G. Baher. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 130, 12, 761 23 Marzo 1946.

Las inyecciones de penicilina por vía intramuscular, administradas intermitentemente cada 3 horas, parecen que en general, son más activas en el control de la bacteriemia y de las infecciones locales que idéntica dosis del producto aplicadas por vía endovenosa continua. En efecto, al determinar varias veces al dia un nivel máximo de penicilina en la sangre facilitan su penetración dentro de las vegetaciones de la endocarditis bacteriana aguda y subaguda, en las tromboflebitis supuradas y en otros focos determinantes de bacteriemia.

Para asegurar la penetración de adecuadas cantidades de penicilina en los focos primarios responsables de bacteriemia, son convenientes dosis masivas adicionales del producto varias veces al día. De modo que la endocarditis bacteriana subaguda y otras infecciones crónicas debidas a microorganismos relativamente penicilinaresistentes son tratados con ventaja mediante las aludidas dosis masivas repetidas (p. ej. cada 3 horas). Según nuestra experiencia la duración mínima del tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda es de 5 semanas.

Finalmente, en infecciones localizadas por gérmenes muy penicilinaresistentes, como el «Actinomyces», la penicilina debe emplearse a dosis muy elevadas, por vía intramuscular y en poco número de inyecciones, para favorecer la penetración en los focos al alcanzar la máxima concentración hemática posible. Es aconsejable también en estos casos la inyección intra y perifocal.

**Los principios del tratamiento de las fístulas fecales externas.** — C. F. DIXON y R. E. BENSON. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 130, 12, 755, 23 Marzo 1946.

El trabajo puede sintetizarse de la siguiente forma :

1 La operación precoz para la eliminación de las fístulas externas no es recomendable.

2) Muchas fístulas cierran espontáneamente mediante tratamiento conservador.

3) En los estadios agudos de formación de la fístula fecal el tratamiento consiste en la aspiración, aplicaciones de calor en la zona afecta y administración parenteral de líquidos : solución salina suero glucosado, junto a abundantes vitaminas. La inyección de sulfamidas y las transfusiones de sangre son útiles.

4) En los estadios subagudos, la actividad quirúrgica debe dirigirse a eliminar las inflamaciones residuales perifistulosas, disminuyendo el paso del contenido intestinal a través de la fístula y mejorando las condiciones generales del enfermo.

5) Antes de instituir un tratamiento quirúrgico definitivo para las fístulas crónicas y persistente deberían establecerse en lo posible las siguientes premisas : a) Determinación del factor etiológico responsable de la persistencia de la fístula, b) Precisar en que segmento del intestino se ha establecido la falsa comunicación. c) Conocer si el asa intestinal distal es permeable. d) Hay que realizar un tratamiento conservador previo. e) Hay que tener muy en cuenta el estado general del paciente. f) Deben haber desaparecido todos los restos de inflamación aguda alrededor del tracto distuloso.

6) El tratamiento quirúrgico conservador : anastómosis laterales, etc., debe realizarse cuando el estado del enfermo no permite realizar intervenciones más extensas y directas.

7) Al aplicar los métodos de resección intestinal al tratamiento de las fístulas externas persistentes, convendrá tener presente : a) La incisión deberá circunscribir y extirpar el trayecto fistuloso. b) En muchos casos se obtienen los mejores resultados cuando se abre el peritoneo y el segmento intestinal afecto es movilizado e inspeccionado. c) Precisa extirpar todos los tejidos enfermos.

8) Los tipos de fístula externa persistente cuyo tratamiento es más difícil, pueden ser : a) Cuando se trata de una enferma y el proceso patológico original era

una inflamación de la pelvis con pelvi-peritonitis. b) Cuando la fístula ocurre en una región afecta por severa diverticulitis con perforación. c) Cuando la fístula pasa a través de un hueso. d) Cuando la fístula se asocia a una actinomicosis entero-abdominal.

9) En los 65 casos de fístula fecal externa persistente de la estadística de los autores, en los cuales verificóse tratamiento quirúrgico ocurrieron tres «exitus».

**El empleo del curare en aceite para el tratamiento de la espasticidad consecutiva a herida de la medula espinal.** — E. B. Schlesinger. — *Archives of Neurology and Psychiatry,* vol. 55, núm. 5, pág. 530, mayo de 1946.

Una suspensión de curare en una mezcla de aceite de cacahuete y cera blanca produjo buena relajación del espasmo muscular, hasta durante tres días, en un grupo de pacientes con heridas de la médula espinal. La eficaz reducción de la espasticidad no fué acompañada en ningún caso de los efectos usuales del curare, tales como intensas alteraciones de la acomodación y caída de la cabeza. La absorción lenta, con evitación de los efectos secundarios desagradables, aumenta grandemente el valor terapéutico del fármaco.

1. Una suspensión de cloruro de d-tubocurarina en una mezcla de aceite de cacahuete y cera blanca produce una acción curarizante lenta que dura en algunos casos hasta tres días.

2. La acción de tal preparado no se caracteriza por la aparición concomitante de los efectos secundarios desagradables del curare.

3. El uso del curare en aceite para el alivio de la espasticidad consecutiva a herida de la médula pareció de valor terapéutico en una serie de 11 casos, 4 de los cuales se citan en este trabajo.

4. Se subraya el valor de las drogas que reducen el espasmo muscular y permiten así la fisioterapia.

5. El efecto del curare en aceite sobre los pacientes con alguna función voluntaria enmascarada por la espasticidad pareció más dramático que el efecto observado en los pacientes parapléjicos.

6. Seguirá siendo estudiado el efecto del curare en aceite en el tratamiento de los síndromes que presentan espasticidad, temblor o rigidez.

R. M. B.

## DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA

**La penicilina en el tratamiento de la gonorrea.** — R. C. L. Batchelor, H. W. Donald y M. Murell. — *Brit. Med. Journ.* 4465, 151, 3 Agosto 1946.

Los autores han empleado la penicilina retardada, aplicando dos inyecciones de 200.000 unidades cada una, en un mismo día, separadas por un intervalo de 8-10 horas.

En 190 casos de blenorragia masculina y en 55 femenina obtuvieron porcentajes de curación oscilantes etre 95'8 y 90'9 % respectivamente.

La cantidad de penicilina aludida, necesaria para curar la infección gonocócica ocasiona un retardo en la aparición de los síntomas de una sífilis contagiada al mismo tiempo. En consecuencia todos los afectos de blenorragia tratados con el presente método deberán ser vigilados, hasta transcurrido medio año.

Los fracasos del plan terapéutico seguido con toda probabilidad no determina penicilina-resistencia. No es necesaria la clásica medicación local con grandes lavados. Sin embargo si persiste secreción más de 3 días podrán emplearse.

La aplicación de dos únicos *choques* penicilínicos, ofrece grandes ventajas, especialmente en su comodidad y sin pérdida de eficacia, sobre los métodos usuales, de inyecciones fraccionadas de 25.000 ó 50.000 unidades cada 3 horas.

**Las formas cutáneas de la periarteritis nodosa.** — G. MIESCHER. *Dermatologica.* 92, 5-6, 226, 1946.

El autor expone 4 observaciones de periarteritis nodosa con localizaciones cutáneo-subcutáneas exclusivas. El primer caso era típico clínica e histológicamente, el segundo tenía la apariencia de una tubercúlide pápulo-necrótica, el tercero se caracterizaba por la estructura tuberculoide de las formaciones granulomatosas, y el cuarto por la combinación de reacciones vasculares profundas, dermo-hipodérmicas y superficiales, subpapilares. En todos los casos las necrosis de la media y la exudación fibrinoide en ésta capa y en la adventicia, constituían el hecho más saliente. Especialmente en los casos 1, 2 y 4, existía una infiltración leucocitaria masiva combinada con una destrucción universal de éstos elementos.

La llamativa presencia de la leucocitoclasia en el cuadro reactivo y el hecho de que en el caso 4 aparecen zonas superficiales afectas junto a las profundas, que prácticamente representan una vascularitis leucocitaria y leucocitoclásica de los casos subpapilares, permite cosiderar a las formas cutáneas de la periarteritis nodosa, como exantemas pápulo-hemorrágicos, de origen focal, del tipo de la peliosis reumática.

**La reacción de Mitsuda en los vacunados con B. C. G. Posibilidades de la vacunación B. C. G. en la profilaxis de la lepra.** — A. R. Gines y J. G. Politti. — *Hoja Tisiológica,* 5, 1945, 284.

Los autores tratan de verificar las comprobaciones de José M. Fernández sobre alergia tuberculínica y lepra en las que dicho autor acepta: la existencia de una cosensibilización de grupo entre lepra e infección tuberculosa, que la vacunación B. C. G. provoca en individuos no leprosos y que no han vivido en ambiente leproso, una reacción de Mitsuda fuertemente positiva y la posibilidad de que una infección tuberculosa atenuada o la vacunación B. C. G. pueda conferir una acción protectora contra la lepra. Realizaron su estudio en 31 niños hijos de padres leprosos e internados en el Preventorio «Santa Teresita», a los que previo estudio radiográfico de tórax y tuberculínico que demostró la existencia de un 77 % de reacciones positivas, se les inoculó la vacuna B. C. G. con la técnica de Rosenthal. Once casos cuya reacción de Mitsuda positiva en el 82 %. Los 20 restantes en los que la reacción era seguramente negativa antes de la vacunación, mostraron un 80 % de virajes positivos. Llegan a las siguientes conclusiones: 1.º No parece probable la relación antigénica entre la tuberculosis y la lepra. 2.º La infección tuberculosa no puede ser tomada como causante de la reacción de Mitsuda positiva. 3.º La vacunación B. C. G. sería capaz de positivar la reacción de Mitsuda en un 80 % tanto en los anérgicos como alérgicos a la tuberculina. 4.º Esta comprobación obligaría a encarar la premunición de la lepra por el B. C. G. si se considera como demostrada la opinión de los leprólogos de que la reacción de Mitsuda positiva implica una inmunidad relativa. El proceder aconsejado sería deseable para personas que convivan en un medio donde la lepra sea endémica.

**La atebrina como causa de hepatitis y dermatitis exfoliativa fatal.** — C. M. Agress. —*Med. Corp, Army of the USA, Journ. of Am. Med. Assoc.* — 131, 1, mayo 1946, 14.

Los autores, en un grupo numeroso de pacientes chinos tratados con atebrina, empleando ésta como profiláctica o curativa de la malaria, encuentran sólo cinco casos con severa hepatitis y dermatitis exfoliativa, tres de los cuales mueren a raíz de esta complicación. Esto representa una pequeña frecuencia alrededor de uno en dos mil a tres mil casos.

De los estudios clínicos y patológicos efectuados, deducen que la atebrina fué el agente casual de la hepatitis y de la dermatitis exfoliativa. La reacción puede ocurrir por una extrema sensibilidad a la droga, pues a veces aquélla se presenta con la administración de pequeñas cantidades (0,1 g.), o puede ser debida a una reacción tóxica por una prolongada y repetida administración de la atebrina.

El rápido conocimiento y tratamiento de esta complicación con agentes desintoxicantes, tales como la vitamina C. y extracto de hígado, glucosa intravenosa y plasma, combinado con la supresión de la droga, pueden ser medidas salvadoras no obstante ser la mortalidad en los cinco casos del sesenta por ciento.

La prueba de sensibilidad a la atebrina observada a las veinticuatro horas, dando sólo tres por ciento de reacciones positivas falsas con piel normal y 8'3 por ciento de reacciones positivas falsas en pacientes con dermatitis, es una prueba útil para investigar la sensibilidad a la atebrina.

**Sobre patogenia de la psoríasis.** — J. M. Borda. — *La Prensa Médica Argentina,* 22, mayo 1946, 1109.

El autor, en síntesis, considera que el psoriasis es una reacción cutánea de etiologías múltiples, de patogenia alérgica en la mayoría de los casos y no una entidad mórbida uniforme en su causa, que pueda esperar una solución terapéutica integral alejada de la estricta clínica individual; señalando un camino, probablemente fecundo, para investigadores afortunados que actúen contando con elementos de diagnóstico y tratamiento alérgico constantemente eficaces.

## ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

**Las manifestaciones orales de la deficiencia en hierro.** — W. J. DARBY. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 130, 831, 30 marzo 1946.

En el trabajo se describen seis casos que demuestran que las fisuras angulares y la glositis superficial pueden acompañar a una deficiencia crónica en hierro de grado ligero. Algunos de estos casos responden a la terapéutica parcial inmediatamente, otros, en cambio, exigen una prolongada administración previa de varios preparados de vitaminas del grupo B.

El sólo déficit de Fe es generalmente causa de las referidas lesiones bucales, vayan o no acompañadas de disfagia (síndrome de Plummer Vinson).

La posibilidad de una deficiencia en hierro debe ser tenida muy en cuenta para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones de la mucosa bucal.

**La infertilidad en el hombre.** — T. N. A. JEFFCOATE. — *Brit. Med. Journ.* 4466, 185, 10 agosto 1946.

Del examen de 491 observaciones en clientela privada y de 252 en hospitalaria, el A. encuentra que en aproximadamente un tercio de los casos de esterilidad matrimonial son debidos a disminución de la fertilidad en el marido. De los cónyuges masculinos examinados mediante investigación del esperma, cuarenta por ciento eran subfértiles

Los tipos de infertilidad masculina, y los resultados terapéuticos, así como el valor, sólo relativo, del examen seminal, son detallados en el texto.

## FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

**Ingestión accidental de DDT, con una nota sobre su metabolismo en el hombre.** — M. I. SMITH. *The Journal of the American Medical Association,* vol. 141, núm. 6, pag. 519, 8 de junio de 1946.

Describe el autor un caso leve de intoxicación originado posiblemente por la ingestión accidental de una cantidad desconocida de DDT al mascar tabaco contaminado. El paciente experimentó náuseas, vómitos, un estado de ansiedad y rigidez y dolor de las mandíbulas durante varias horas, y molestias faríngeas durante dos o tres días. El análisis mediante métodos espectrofotométricos de una muestra de 300 c. c. de orina recogida en el sexto y el octavo días después de la

ingestión mostró la eliminación de aproximadamente 1 mg. de una sustancia que dió un espectro de absorción similar al de una mezcla compuesta de sententa y cinco por ciento de DDT y veinticinco por ciento de ácido p-p' diclorodifenilacético.

R. M. B.

## MEDICINA INTERNA

**Valor profiláctico y curativo de la penicilina en el empiema consecutivo a la exéresis pulmonar.** — L. Langer, E. Nacleiro y F. E. Tricerri. — *La Prensa Médica Argentina,* 22, mayo 1946, 1140.

Han sido estudiados 203 casos de resección pulmonar; 100 tratados sin penicilina y 103 con tratamiento profiláctico preoperatorio y postoperatorio y curativo cuando el empiema se manifestaba clínicamente.

En el grupo control 13 pacientes, o sea el 13 %, tuvieron un empiema, y seis pacientes manifestaron signos de fístula bronquial.

En este mismo grupo de 36 casos tratados por neumonectomia, en ocho, o sea el 17'2 %, hubo empiema; de 57 casos tratados por lobectomia y resección segmentaria, el empiema se produjo en cinco casos, o sea el 8'6 %. Si se excluye el grupo de resección segmentaria, tenemos 48 lobectomías con un empiema, o sea el 2 por ciento de frecuencia.

En el grupo de los enfermos tratados con penicilina, 14 pacientes, o sea el 13'6 %, desarrollaron un empiema, y de éstos, o sea el 9'7 %, fueron sometidos a un drenaje de resección costal. Hubo ocho fístulas bronquiales en este grupo.

En los neumonectomizados se produjeron nueve empiemas de los cuales tres fueron esterilizados con penicilina y no necesitaron drenaje, lo que hace una incidencia de drenaje de 12'8 % comparada con el 25 % en el grupo de control. En 48 casos de lobectomías, hubo un empiema que fué esterilizado con penicilina y no necesitó drenaje, lo que hace un 0 % de drenaje comparado con 6'2 % en el grupo de control.

Una alta incidencia de empiema fué registrada en el grupo de resección segmentario, pues de nueve enfermos operados, en cuatro oportunidades se desarrolló un empiema.

**Colédoco litiasis coexistente con una vesícula de función normal.** — B. Varela y A. Graña. — *Arch. Uruguayos de Med. Cirg. y Especialidades,* 28, 1 enero 1946, 46.

Lo habitual es que la litiasis del colédoco sea secundaria a la enfermedad de la vesícula de la misma naturaleza. Judd y Marshall, estudiando 1.608 casos de litiasis del colédoco, encontraron que en el 63'5 % de los enfermos existía concomitantemente litiasis vesicular. En 9 % de los casos la vesícula ya había sido operada y extirpada. Quedan 27'5 % con vesícula sin cálculos, pero de ello es lógico pensar que los cálculos encontrados en colédoco coexistente con una vesícula sana y de funcionalismo perfecto (colecistograma normal y prueba de Meltzer Lyon positiva).

Se llama la atención acerca de la circunstancia de que no es prudente descartar un diagnóstico de litiasis de colédoco basándose en la circunstancia de la existencia de una vesícula sana.

**Tuberculosis y fístula anal.** — R. J. Jackman y L. A. Buie. — *The Journ of Am. Med. Assoc.,* 130, 10, marzo 1946, 630.

Los autores, basados en el estudio de 600 casos de fístulas anales, encuentran que en la mayoría (88'5 %) no había tuberculosis ni en las fístulas ni en otra parte del cuerpo, mientras que en el 11'5 % fueron halladas evidencias de tuberculosis en alguna parte del mismo.

En tres casos, o sea en el 0'3 %, los resultados del examen histológico de la

fístula fueron positivos, y en seis casos, o sea en el 1 %, ambas investigaciones dieron resultados positivos. Sin embargo, en estos once casos ningún foco de tuberculosis pudo ser encontrado en otra parte, llegando a la conclusión que este pequeño grupo de fístulas eran primitivamente tuberculosas.

Del estudio realizado se desprende que un número relativamente pequeño (7'8 %) de fístulas anales son tuberculosas, y en casi todos los casos (treinta y tres y treinta y nueve) en los cuales hay tuberculosis no susceptible de error, hay un foco en otra parte.

Si la inoculación al cobayo es realizada con éxito y el resultado es negativo, otro examen sería innecesario. En cambio, si el resultado es positivo y el examen histológico no revela tuberculosis, hay la posibilidad de que el material extraído de la fístula haya sido contrariado.

**La ictericia tardía post-transfusión de sangre o plasma.** — R. Dassen y G. H. Alvarez. — *La Prensa Médica Argentina,* 25 junio 1946, 1271.

Los autores llaman la atención sobre la ictericia tardía post-transfusional. Y estudian las dificultades dignósticas que se crean si no se busca el antecedente, o si se le conoce, por ignorar en cambio el significado que se le debe asignar. Se considera actualmente que la patogenia más probable es la de una hepatitis por la acción de un virus icterógeno hepatótropo. Es conveniente no utilizar como dadores a aquellos que, por lo menos en los últimos seis meses, han sufrido de ictericia. Es igualmente recomendable avisar a los que han recibido transfusiones, pues sin ser ello de importancia, ni con grandes probabilidades de que se produzca, les puede aparecer ictericia; y que en ese caso comuniquen el hecho al médico o al centro de donde se obtuvo la sangre a los efectos de poder dar con el correspondiente dador o grupo de dadores. Dado el poco tiempo que hace que se está estudiando el asunto, todo lo antedicho debe ser considerado como interpretaciones provisionales y susceptibles de modificaciones, hasta que las investigaciones avancen.

**Diagnóstico diferencial de las ictericias.** — R. Armas y colaboradores. — *Revista Médica de Chile,* 5 mayo 1946, 315.

Los autores hacen un estudio comparativo con miras al diagnóstico diferencial, de 76 casos de ictericia con hepatitis y de 34 casos de ictericia obstructiva litiásica. Analizan los antecedentes clínicos, los síntomas y signos de ambos grupos de enfermos y comparan los resultados obtenidos en dichos grupos con diversas pruebas de laboratorio, comúnmente usadas como elementos de diagnóstico de las ictericias.

Concluyen que la presencia de cólicos biliares seguidos de ictericia o fiebre en los antecedentes de un enfermo con ictericia y la comprobación de oscilaciones francas de la ictericia asociadas o no con dolores de tipo cólico biliar durante la evolución de ella, son hechos muy sugerentes para apoyar el diagnóstico de ictericia obstructiva litiásica.

Insisten en que la comprobación de reacciones de floculación positivas y valores bajos o normales de fosfatasas básicas en el suero sanguíneo, elimina la hipótesis diagnóstica de ictericia obstructiva litiásica; a la inversa, la existencia de reacciones de floculación negativas asociadas a valores altos de fosfatasas, elimina el diagnóstico de ictericia por hepatitis. Hacen la salvedad de que esta regla carece de valor en presencia de hepatitis por tóxicos como el arsénico, atophán y sulfodrogas.

Señalan que en un alto porcentaje de casos, los resultados arrojados por la dosificación del colesterol sanguíneo total, las reacciones de floculación en el suero sanguíneo, la dosificación de las fosfatasas básicas del suero y el sondeo duodenal, permiten realizar con precisión el diagnóstico diferencial entre ictericia por hepatitis e ictericia por obstrucción litiásica de la vía biliar.

**Linfogranulomatosis abdominal.** — L. F. Crever y J. B. Herrman. — *The Am. Journ. of Roentgenology and Radiumtherapy*, 55, 1 febrero 1946, 165.

De un estudio de 406 casos de enfermedad de Hodgkin en el Memorial Hospital entre 1932 y 1942, los autores encuentran que el 13 % de los mismos tenían síntomas referibles a su aparato gastrointestinal en algún período de su enfermedad. Estos síntomas pueden ser producidos por linfogranulomatosis primitiva, secundaria o extrínseca de dicho aparato.

La linfogranulomatosis primitiva del tractus gastrointestinal puede ser asintomática y sólo descubierta en la autopsia.

Las manifestaciones gastrointestinales de la linfogranulomatosis secundaria o extrínseca se presentan tardíamente en aquellos pacientes en los cuales la evolución de la afección es muy prolongada.

Si los síntomas gastrointestinales aparecen precozmente en el curso de una linfogranulomatosis generalizada, la sobrevida es por lo general corta.

El cuadro clínico en algunos casos puede semejarse al de la apendicitis.

La Roentgenterapia puede dar considerable alivio sintomático en los casos de linfogranulomatosis secundaria o extrínseca del tractus gastrointestinal, pero no hay evidencia de que la vida del paciente se prolongue.

**Algunas observaciones sobre las pruebas funcionales hepáticas, en enfermedades que no afectan a la víscera de manera primaria.** — A. Barhm Carter y N. F. Maclagan. — *Brit. Med. Journ.* 4463, 80, 20 julio 1946.

La prueba del oro coloidal en el suero y la del enturbiamiento por el timol han sido realizadas en 35 casos de malaria, 34 de artritis reumatoide, 25 de asistolia, 19 de mononucleosis infecciosa y 7 de endocarditis bacteriana subaguda.

Se han encontrado algunos resultados positivos en cada grupo, variando las proporciones del 39 al 95 % para el oro coloidal y del 36 al 80 % para la prueba del timol. Los dos «tests» fueron igualmente sensibles en los casos de asistolia, pero el oro coloidal lo es más en otras afecciones, en especial en la artritis reumatoide.

En la mononucleosis infecciosa existía un paralelismo entre el oro coloidal, la reacción de Paul-Bunnell y la cifra de células monocitoides anormales en la sangre. En la artritis reumatoide también se encontró un paralelismo entre la prueba del oro coloidal y la velocidad de sedimentación globular.

Los hallazgos positivos en los casos de asistolia se deben probablemente a la congestión pasiva del hígado. En las restantes afecciones las lesiones hepáticas y la formación de anticuerpos pueden explicar también los datos positivos que se obtienen.

Las pruebas de floculación no son puramente tests funcionales hepáticos, sino que probablemente dependen de alteraciones en la fracción gamma-globulínica del suero. Sin embargo, han demostrado su valor en enfermedades primitivas del hígado y en algunos de los procesos estudiados en el presente trabajo. Quizá sería interesante continuar más ampliamente estas investigaciones para llegar a conocer más perfectamente la importancia real de estos interesantes métodos de exploración.

**La procaína en el tratamiento de la enfermedad del suero.** — S. State y O. H. Wangensteen. — *Journ of Amer. Med. Assoc.*, 130, 990, 13 abril 1946.

Durante sus investigaciones sobre el uso de la albúmina bovina cristalizada como sustitutivo de la sangre, los autores observaron varios casos de enfermedad del suero retardada que no respondía a los medios terapéuticos usuales, concretamente a la adrenalina. Como algunos de dichos pacientes tenían intensos dolores en músculos y articulaciones, se creyó oportuno administrarles procaína, para calmar sus molestias. Y vióse que no sólo remitía el dolor con rapidez, sino también las otras manifestaciones de la enfermedad del suero.

A consecuencia de este hallazgo fué investigada la acción de la procaína, de un modo sistemático, con la siguiente técnica: Se inyectaba un gramo de procaína disuelto en 500 c. c. de solución salina isotónica por vía endovenosa, mediante un

dispositivo Murphy, colocando el recipiente a cuatro pies por encima de la cama, y durante un período de dos horas. Si la inyección se da más rápidamente se presenta desfallecimiento general, congestión en la cara y vértigos. Durante la inyección debe tenerse a mano una jeringa conteniendo amital, para tratar debidamente los síntomas de intolerancia a la procaína que pudieran presentarse.

En los casos estudiados no se presentó ningún incidente. De dieciseis, con enfermedad de suero retardada, consecutiva al empleo de la solución de albúmina bovina, obtúvose una mejoría inmediata y curación completa después de una o más inyecciones de procaína, en cuatro se alcanzó una mejoría temporal y en dos no se comprobaron efectos.

Obtúvose una mejoría inmediata en un paciente con enfermedad del suero consecutiva a la inyección de antitoxina tetánica. De siete enfermos con urticaria mejoraron considerablemente seis. Un enfermo con asma y otro con artritis reumatoide no presentaron respuesta alguna; en cambio, un caso de «status anginosus» permaneció libre de ataques durante las tres semanas consecutivas a la inyección de procaína.

El modo de acción en estos casos, no está aún aclarado, pero en vista de la marcada acción en el caso de «status anginosus» y el aumento de temperatura observado en las extremidades inferiores en varios enfermos sugiere que la procaína endovenosa puede ser útil en el tratamiento de los espasmos vasculares y en la enfermedad de Raynaud.

**Un nuevo tratamiento de la cefalea.** — J. W. Goldzieher y G. L. Popkin. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 131, 103, 11 mayo 1946.

De sus investigaciones en 100 enfermos afectos de intensas cefaleas los AA. recomiendan el uso del *nicotinato sódico* administrado por vía endovenosa en dosis equivalentes a 100 miligramos de ácido nicotínico. Un 66 % de los casos curaron del todo, incluyendo ocho con hemocránea, trece con cefalalgias consecutivas a punción lumbar, cinco con cefalea hipertensiva y cuarenta y dos con «cefalea idiopática».

Entre los 30 a 45 segundos después de la inyección, los pacientes notaban una sensación de calor en los genitales, seguida por una acentuada vasodilatación cutánea en la cara y palpitaciones. La mejoría de la cefalea se presentaba en este momento. Otros enfermos señalaban parestesias: sensación de picotazos, pinchazos o prurito. Las sensaciones de fluxión acostumbran a remitir al cabo de quince a treinta minutos. Dos enfermos notaron espasmos abdominales y uno tuvo vómitos.

En treinta enfermos se estudió seriamente la presión sanguínea, viéndose que no ofrecía variaciones apreciables.

De acuerdo con los resultados expuestos se aconseja el empleo de nicotinado sódico por vía endovenosa para el tratamiento sintomático de: cefaleas idiopáticas graves; b) hemicránea, y c) Las cefalgias consecutivas a punción lumbar.

**La resistencia individual frente a las neoplasias malignas.** — M. C. Oldfield. — *Brit. Med. Journ.* 4465, 153, 3 agosto 1946.

En ocasiones, ciertos individuos poseen un poder excepcional de resistencia frente a las neoplasias malignas. El autor describe el siguiente ejemplo muy ilustrativo: Se trata de una enferma a la cual se extirpó un carcinoma del seno izquierdo poco antes de la menopausia. A los tres años y medio ocurrió una metástasis apendicular que condujo a la perforación y a una peritonitis secundaria. El apéndice y los dos ovarios fueron extirpados. Un año más tarde presentóse una recidiva local sobre la cicatriz de la primera intervención, que fué extirpada. Transcurrió otro año y entonces apareció otro carcinoma en la mama derecha, que fué tratado mediante amputación radical.

La enferma falleció de una enfermedad al parecer aguda, en su domicilio, al cabo de *ocho años de efectuada la primera intervención.*

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**El contenido en ácido ascórbico de la leche de mujer.** — D. Winikoff. — *Medical Journ. of Australia,* 33, 205, febrero 1946.

La autora ha efectuado la investigación del contenido en ácido ascórbico en la leche de mujeres de los estamentos sociales medios e inferiores de Melbourne, observanndo lo siguiente: En nueve muestras examinadas pudo evidenciarse que la secreción láctea no es más rica en ácido ascórbico al final de la lactancia que al comienzo, y asimismo que no hay diferencias entre la procedente de cada uno de los senos.

El examen de 208 muestras de calostro de 186 madres dió un contenido en ácido ascórbico desde 0'86 a 7'4 mg. % (valor medio, 3'87 m, %).

El examen de 261 muestras procedentes de 186 madres, tomadas a intervalos mensuales durante la lactancia, facilitó los siguientes resultados: el porcentaje de ácido ascórbico oscilaba entre 0'39 y 7'74 mg., con un valor medio de 3'67.

Los valores medios aumentaban ligeramente a partir del calostro, permanecían constantes durante el primero y segundo mes y entonces disminuían gradualmente alcanzando un nivel inferior de 2'99 mg. % en el sexto mes. Consecutivamente volvían a aumentar. Estadísticamente quedaba bien aclarada la diferencia entre el tercero, quinto y sexto mes y los dos primeros. Existe, por tanto, una significativa disminución del contenido en vitamina C del calostro, en octubre, con la leche ya madura de noviembre, coincidiendo con la disminución alimenticia de patatas y vegetales frescos.

Las investigaciones que referimos indican que un 50 a 60 % de los lactantes no reciben cantidades adecuadas de vitamina C durante sus primeros seis meses de vida. Por lo tanto, recomienda que se administren las cantidades necesarias de ésta para suplir su deficiencia en la leche materna.

**Manifestaciones vulvares de la arriboflavinosis.** — L. A. Arrighi. — *La Prensa Médica Argentina,* 26 junio 1946, 1338.

Se ha estudiado un caso de arriboflavinosis con manifestaciones vulvares.

Estas constituían el síntoma inicial y predominante.

El tratamiento con este factor vitamínico unido a una dieta completa, determinó la curación de las lesiones.

El estudio anatomopatológico de las alteraciones vulvares reveló la existencia de profundas modificaciones del sistema vascular (hiperhemia pasiva moderada, pero crónica, edema crónico con homogenización y gelificación del colágeno) y alteraciones de la epidermis (atrofia, hiperqueratosis parciales e inhibición edematosa de las células de la epidermis).

## OTORINOLARINGOLOGIA

**El tratamiento quirúrgico de la otoesclerosis** (Resultados de la operación de Lempert). — G. E. Shambaugh. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.,* 130, 15, 990, 13 abril 1946.

Los estudios experimentales de la fenestración en el mono indican que los siguientes factores intervienen en la proliferación ósea que tiende a cerrar la fístula operatoriamente realizada:

1) La respuesta al trauma de la zona encondral de la cápsula laberíntica.
2) El efecto inhibidor del epitelio escamoso estratificado en las osteogénesis.
3) La acción estimulante sobre esta última de los fragmentos y polvo óseos, y del trauma del endostio dentro del laberinto.
4) La acción inhibidora sobre la osteogénesis de una superficie cuidadosamente pulida.

5) La tendencia del laberinto membranoso a adherirse al pliegue cutáneo para mantener abierta la fístula.

Poniendo atención en todos los factores que acabamos de citar, y empleando la nueva técnica de creación de la ventana «nov-o-valis», ha sido posible por primera vez obtener una fístula experimetal en el mono que permaneció abierta durante más de un año. Y en el hombre el cierre de la fístula se ha reducido a menos de un 5 % al cabo de dos años.

El examen clínico de 930 enfermos operados con la técnica citada en el curso de siete años y medio indican que la actividad osteogénica favorable al cierre de la fístula operatoria ya no se realiza, por lo general, al cabo de dos años de efectuada la intervención.

En consecuencia, la mejoría en la audición que se mantiene en este momento puede considerarse como definitiva.

## PEDRIATRIA

**Tratamiento de la meningitis por hemophilus influenzae.** — J. Bonaba. — *Arch. de Pediatría del Uruguay,* 6 julio 1946, 321.

La infección por *hemophilus influenzae,* con sus diversas modalidades y localizaciones (septicemias, rino-faringitis, neumo y pleuropatias, sinusitis, meningitis, etc.), ocupa un lugar de relativa importancia entre las infecciones de la infancia.

Las meningitis producidas por este germen, sin ser tan frecuentes como para constituir una enfermedad social, lo son suficientemente como para ser una preocupación pediátrica importante, máxime teniendo en cuenta la gravedad extraordinaria de su pronóstico.

Se presentan en forma esporádica y de tiempo en tiempo constituyen empujes epidémicos.

La meningitis por *hemophilus influenzae* afecta predominantemente la edad infantil y dentro de ésta la primera infancia.

Antes de la terapéutica moderna (sulfamidas y sueroterapia), su mortalidad era sumamente grave (más del 90 %).

La sulfamidoterapia ha permitido una reducción relativa de la mortalidad (hasta el 70 y el 80 %), pero todavía su pronóstico es muy grave.

La asociación de la sulfamidoterapia y de la sueroterapia moderna (suero Alexander) ha brindado una considerable reducción de la mortalidad (hasta el 76 % de curaciones).

Esta terapéutica, perfectamente codificada en el momento actual, para ser eficiente debe ser suficientemente precoz, intensiva y prolongada.

Sin embargo, la estadística demuestra que el factor edad es de gran importancia en el pronóstico, puesto que sometidos a la misma terapéutica anteriormente indicada, los niños menores de siete meses fallecen en la proporción de 78 %.

La asociación sulfamida-penicilina, de acuerdo con los casos que hemos observado y analizado, puede ser curativa y debe ser ensayada (ocho casos de curación sobre once).

Consideramos que a pesar de la insensibilidad experimental del germen frente a la penicilina señalada por los investigadores, la penicilina, inyectada en las meníngeos, ejerce una acción favorable sobre la meningitis por *hemophilus influenzae.*

Esta acción parece manifestarse en forma más evidente sobre el niño mayor que sobre el menor de seis a siete meses.

En el momento actual, el tratamiento de elección de la meningitis por *hemophilius influenzae* estaría constituído por la asociación sulfonamida, penicilina y suero Alexander, las tres medicaciones más activas.

**Síndromes abdominales agudos en el niño diabético.** — M. L. Saldún de Rodríguez. — *Arch. de Pediatría del Uruguay,* 4 abril 1946, 201.

Los niños diabéticos presentan con relativa frecuencia síndromes abdominales agudos, que pueden clasificarse en los tres tipos siguientes: A) Síndrome agudo no quirúrgico; B) Síndrome agudo seudoquirúrgico; C) Síndrome agudo quirúrgico.

El conocimiento clínico de los dos últimos grupos tiene gran importancia práctica, porque con frecuencia se prestan a confusión en la interpretación del diagnóstico, pudiendo conducir a terapéuticas erróneas, con grave consecuencia para el enfermo.

El síndrome abdominal agudo seudoquirúrgico es determinado por trastornos metabólicos y desequilibrio humoral del estado ácido-básico. Clínicamente puede presentarse bajo la máscara de apendicitis o de peritonitis, u otras afecciones abdominales agudas.

La acidosis diabética es la causa más frecuente de los síndroces abdominales agudos en el niño. Ella representa el 70 % de los casos observados.

Fuera de la acidosis, pueden también determinar síndromes abdominales agudos no quirúrgicos o seudoquirúrgicos, las pancreatitis, la hipoglucemia, la hiperglucemia aun sin acidosis y las gastralgias producidas por abuso de sacarina en los alimentos.

Los procesos abdominales agudos quirúrgicos (apendicitis, peritonitis verdaderas, etc.), pueden ser tomados por seudoquirúrgicos cuando se presentan asociados con el síndrome acidósico. En cambio, cuando se instalan en diabéticos en estado de compensación humoral, no ofrecen dificultades diagnósticas.

El diagnóstico diferencial debe basarse en los elementos siguientes: a) Examen clínico minucioso por el uédico especializado en colaporación con el cirujano; b) Examen humoral que ponga de manifiesto el equilibrio ácido-básico y el metabolismbo glucósido; c) Recuento de los leucocitos; d) Tacto rectal; e) En caso de duda, hacer tratamiento anticetógeno intensivo y precoz, con observación clínica y humoral expectantes durante un plazo variable entre cuatro y ocho horas. Cuando la acidosis es la única causa, el síndrome abdominal mejora; en caso contrario, permanece invariable o empeora.

Una vez confirmado el diagnóstico de afección quirúrgica aguda y orientado el tratamiento hacia la intervención, ésta podrá realizarse aun en estado de acidosis, siempre que se practique al mismo tiempo que la intervención por el cirujano el tratamiento médico anticetógeno, durante y después del acto operatorio, con un estricto y constante control del equilibrio humoral, durante las primeras cuarenta y ocho horas que siguen a la intervención.

**Tétanos del recién nacido. Dos casos curados con penicilina.** — R. C. Negro y M. Tolosa. — *Arch. de Pediatría del Uruguay,* 5 mayo 1946.

Se hace una puesta al día de tétanos del recién nacido, a propósito de dos casos tratados con penicilina y curados. El primero de ellos constituye el primer caso tratado con penicilina en el Uruguay. Las observaciones de los AA. corresponden a niñas de doce y trece días de vida, cuya sintomatología bien típica comenzó a los ocho días, para ambas. Una de ellas, prematura y deshidratada además, provenía de campaña, y la otra de una Maternidad. Las dos recibieron idéntico tratamiento con suero antitetánico en pequeñas dosis, por vía subcutánea e intramuscular (10.000 U. O. cada tres horas). Además, los sedantes habituales (hidratos de cloral, por vía rectal y luminal sódico, subcutáneo). Estos éxitos confirman los resultados obtenidos por los autores brasileños y abren una prometedora esperanza en el tratamiento de esta temible enfermedad

**La penicilina en el tratamiento de la difteria grave.** — R. J. Dodds. — *Brit. Med. Journ.*, 4461, 9, 6 julio 1946.

El autor ha tratado a trece enfermos con difteria grave, mediante penicilina (de 100.000 a 200.000 U. al día durante tres-cuatro días), unidas a las dosis normales de antitoxina. Los resultados fueron comparables a los obtenidos con la antoxina empleada aisladamente.

Se indica que si bien la penicilina no posee ningún efecto curativo dramático en la difteria, y no puede en modo alguno suplantar a la antitoxina, parece ejercer una indudable acción beneficiosa sobre muchos de los casos tratados. Por lo tanto es muy conveniente asociar ambas medicaciones.

**Inmunización contra la tos ferina.** — T. C. Brereton. — *Canadian Med. Assoc. Journ.*, 54, 358, abril 1946.

Utilizando un preparado conteniendo las cualidades antigénicas de la fase I del «Hemophilus pertussi» y la endotoxina, se vacunaron 436 niños de cuatro meses a cinco años de edad. Cada uno de ellos recibió cuatro inyecciones, con catorce días de intervalo, con las siguientes dosis: 1'0 c. c.; 1'5 c. c.; 1'5 c. c. y 2 c. c. El total de 6 c. c. administrados contenían 90 billones de la fase I del H. pertussis y 900 unidades de la endotoxina.

No se presentaron reacciones desagradables, excepto dos intolerancias locales en el sitio de la inyección.

Durante un período de más de dos años y medio no ocurrió ningún caso de tos ferina entre los niños vacunados. En la misma época existían en Winnipeg 1.171 casos, que corresponden a un porcentaje de 5'8 % entre los niños menores de siete años.

El éxito obtenido con la vacunación antedicha se atribuye a: 1) El número de inyecciones; 2) El intervalo entre las mismas, y 3) La uniformidad en las características de los antígenos empleados.

**Prevención de la eritroblastosis fetal.** — Editorial *The Journal of the American Medical Association*, vol. 131, núm. 6, pag. 525, 8 de junio de 1946.

Homburger, de la Escuela de Medicina de Harvard, ha publicado recientemente (Proc. Soc. Exper. Biol & Med. 61 :101, febrero de 1946) un estudio que quizá permita con el tiempo la obtención de un método práctico para la prevención de la eritroblastosis fetal.

En 1922, Swift, del Instituto Rockefeller, mostró que los conejos que recibían silicilato sódico en dosis diarias de 0'16 a 0'2 gramos por kg. de peso corporal y al mismo tiempo inyecciones intravenosas de estreptococos viridans o de hematíes de carnero lavados, tenían una formación muy disminuída de aglutininas, hemolisinas y anticuerpos fijadores del complemento. Homburger inmunizó grupos de cobayos y conejos mediante la repetida inyección intraperitoneal (cobayos), o intravenosa (conejos), de células rhesus lavadas. La mitad de los animales de cada grupo recibieron 0'16 gr. por kg. de salicilato sódico por sonda gástrica (cobayos), o por inyección subcutánea (conejos). Siete días después de la inyección final, en los plasmas de todos los animales se hizo la titulación de las aglutininas anti-Rh. utilizándose eritrocitos humanos Rh positivos.

Quince de los 21 animales que no habían recibido salicilato sódico mostraron títulos relativamente elevados de aglutininas anti-Rh. De los 18 animales que habían recibido salicilato sódico, sólo 2 mostraron ligeros vestigios de estas aglutininas. Teniendo en cuenta la conocida toxicidad del fármaco, Homburger no considera justificado sugerir un ensayo del tratamiento con salicilato en la profilaxis de la eritroblastosis fetal en el hombre. Sus experimentos, sin embargo, muestran la posibilidad de algún futuro camino quimioterápico para el control de la isoinmunización.

Otro camino prometedor es el «factor de oposición» o «sustancia antiinmunidad» recientemente descrito por Day, del Instituto Patológico del Hospital de Santa

María, de Londres. Este presunto hapteno es relativamente específico para el neumococo. Se encuentra en el autolizado de neumococo y en los autolizados de otras bacterias. Inyectado con vacuna neumocócica, el «factor de oposición» de modo específico «bloquea» o inhibe de alguna otra manera el desarrollo de la inmunidad contra el neumococo. Su acción *in vivo* es probablemente análoga al bien conocido bloqueo *in vitro* por un hapteno específico. Si se confirma el trabajo de Day, quizá se encuentre algún hapteno Rh que boquee de modo específico el desarrollo de sensibilidad al antígeno Rh.

R. M. B.

## UROLOGIA

**Litiasis renal.** — H. P. Winsbury-White. — *Brit. J. of Urology.* 18, 3, marzo 1946.

Se detalla la estadística de 665 casos de litiasis, observados durante un período de diez años. En 77 por 100 de los enfermos los cálculos se hallaban en el tracto urinario superior. Los cálculos renales eran más frecuentes en los hombres que en las mujeres (202 en los primeros y 145 en las segundas). Esta preponderancia en el sexo masculino se atribuye a que en éste existe una relación más íntima entre los órganos genitales internos y el aparato urinario que en la mujer; y por lo tanto los procesos infecciosos de tales órganos repercutirán más fácilmente sobre los riñones.

Se hallaron cálculos con más frecuencia en el riñón izquierdo (160) que en el derecho (120), y bilaterales en 67. Esta preferencia por el riñón izquierdo se explica porque las venas testiculares y ováricas entran directamente en la vena renal en dicho lado, lo que facilita la infección ascendente a lo largo de los espacios linfáticos perivenosos.

Del total de 414 riñones afectos, 73 por 100 tenían cálculos en la pelvis, y muchos de ellos también en los cálices. Los cálculos uretrales mostraron una incidencia más elevada en el hombre que en la mujer: 118 en hombres y 49 en mujeres. Como en los cálculos renales eran más frecuentes en el lado izquierdo (93) que en el derecho (67). El sitio más frecuente del enclavamiento es en el segmento prevesical (55); se observaron 18 intramurales y 19 en la región lumbar.

De 132 cálculos vesicales 115 se presentaron en hombres y 17 en mujeres, mientras de los 19 uretrales sólo 1 se encontró en una mujer.

Esta mayor frecuencia en el hombre se atribuye a la mayor tendencia en éste a que ocurran cambios obstructivos en la región del cuello vesical. En 12 casos los cálculos uretrales estaban asociados con otras concreciones en diversos sitios del aparato urinario.

Entre los 65 casos de cálculos prostáticos 35 por 100 también estaban asociados con formaciones similares en otras diversas localizaciones urogenitales.