

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Libros Nuevos

Medicina de Urgencia. — Dr. A. Rocha. (Lecciones del curso de Medicina de Urgencia organizado por el Servicio del Prof. Esquerdo). Editorial Seix Barral, S. A., Barcelona, 1947. 1 vol. de 416 págs. y numerosas láminas fuera de texto.

Los cursos para post-graduados que desde hace tantos años se realizan en el Servicio de Medicina del Prof. Esquerdo en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, constituyen un algo indispensable, y además trascendente en la vida médica de Barcelona. En la actualidad ya somos en gran número los que pudimos aprovecharnos de sus enseñanzas, y todos guardamos de nuestra asistencia al Servicio excelentes y profundos recuerdos. De los cursillos que se efectúan, uno de los que, como es lógico, atrae más intensamente la atención es el de *Medicina de Urgencia*, que organiza el Dr. A. Rocha, Decano de los Médicos Ayudantes, con la colaboración de todo el personal facultativo del Servicio. Y esta mayor preferencia se debe a la utilidad práctica, vital, inmediata, de los temas, a que constituyen una serie de conocimientos que se necesitan poseer claros, precisos y lúcidos en momentos claves de nuestra vida profesional, cuando la vida o el porvenir de un enfermo dependen directamente de la conducta terapéutica que sigamos. Por ello se había pedido con insistencia al Dr. Rocha que reuniera en un libro las lecciones que constituyen el referido cursillo, para que sirviera de útil recordatorio a los que pueden asistir, y por otra parte permitiera difundir sus enseñanzas al gran público médico de habla española.

Esto, atortunadamente, ya es una realidad y magníficamente editado poseemos la *Medicina de Urgencia* del Dr. Rocha, del Servicio del Prof. Esquerdo. Consta de 21 lecciones, la inaugural «Estudio de los síndromes meníngeos agudos», por el ilustre Prof. A. Pedro Pons, Catedrático de Patología Médica de la Facultad y antiguo Médico Auxiliar del Servicio, y las siguientes, en el orden en que las referimos: «Diagnóstico y tratamiento de urgencia de las apoplejías», por el doctor J. M. Simarro; «Delirios y crisis convulsivas», por el Dr. J. Vilaclara; «Precordialgias críticas», por el Prof. F. Esquerdo; «Insuficiencia cardíaca aguda», por el Dr. M. Viera; «Síndromes pleurales», por el Dr. L. Rosal; «Hemoptisis», por el Dr. R. Solivellas; «Paroxismos alérgicos», por el Dr. R. Frouchman; «Oclusión intestinal», por el Dr. J. M. Forn; «Crisis dolorosas biliares», «Perforaciones digestivas» y «Pancreopatías agudas», por el Dr. A. Rocha; «Apendicitis agudas», por el Dr. J. Compañó; «Hemorragias digestivas», por el Dr. Plana Gatell; «El cólico nefrítico y crisis agudas urinarias» por el Dr. F. Bergadá; «Intoxicaciones», por el Dr. M. Pañella Casas; «La transfusión de sangre», por el Dr. M. Miserachs Rigalt, y «El Laboratorio en Medicina de Urgencia», por el Dr. R. Vidal-Ribas Zaragoza.

Es costumbre al efectuar la crítica de una obra, exponer una síntesis de la misma, y algunos puntos de vista personales del que la efectúa. En cuanto a la primera, sinceramente, no nos sentimos capaces de efectuarla. La obra es tal que no se presta a síntesis, pues ya es en sí una síntesis magnífica, y es indispensable, y ha de ser leída y releída por todo médico. Respecto a opiniones personales sólo expresaremos la siguiente: Nuestra admiración por la obra lograda a la que auguramos un gran éxito y especialmente por la unidad que, a pesar de estar redactada por varios autores, se refleja en sus páginas, indicio de la eficaz y brillante labor conjunta que bajo la dirección del Prof. Esquerdo, se realiza en su ejemplar Servicio hospitalario. Y por otra parte señalar el interés de que esta obra *Medicina de Urgencia* sea el comienzo de una serie de libros en que figuren los demás numerosos y notables cursillos que en el mismo se efectúan.

Finalmente, nuestra felicitación a la Editorial Seix y Barral, S. A., por el cuidado puesto en la ejecución material de la obra, tal como ya anteriormente expresamos. — F. DE DULANTO.

Revistas Nacionales y Extranjeras

PEDIATRIA

Meningitis por b. de Pfeiffer en un lactante; curación por la asociación sulfamidas-penicilina. — J. Bonara y R. C. Negro. «Arch. Pediatría Uruguay», núm. 7, julio 1946 p. 403.

Los AA. comunican la obs. de un niño de 18 meses entrado en el hospital en estado grave y que presentaba el cuadro clínico de meningitis supurada aguda por b. de Pfeiffer. Recibió penicilina por vía intrarraquídea (720.000 U.O. en total) y por vía intramuscular (1.500.000 U.O.). Se administró a la vez sulfadiazina por vía bucal (66 gramos en 28 días). Las inyecciones de penicilina por vía intrarraquídea (60.000 unidades al día) sólo se practicaron 10 días. No se presentaron fenómenos de intolerancia y obtúvose la curación total sin secuelas.

Curación de una meningitis por H. influenzae por la penicilina. — C. D. Drysdale D. G. Intosh y J. Brodie. «Brit. Med.» J. 17 agosto 1946, pág. 223.

Esta observación en que pudo conseguirse curar una meningitis por H. influenzae (Pittman G.) en un niño de 20 meses ha demostrado que para obtener una concentración media de 1'7 U. de penicilina por mmc. de líquido cefalorraquídeo (que según las investigaciones in vitro se ha mostrado la mínima indispensable) fué necesario practicar inyecciones cotidianas intrarraquídeas de 50.000 U. de penicilina asociadas a inyecciones intramusculares de 20 a 50.000 U.

Las inyecciones intrarraquídeas de cantidades de penicilina superiores a 25.000 unidades son susceptibles de provocar la aparición de convulsiones: la inyección lumbar puede determinar adherencias al nivel del espacio subaracnoideo y lesiones de la cola de caballo, mientras que la inyección intraventricular puede provocar igualmente reacciones cerebrales.

Estenosis pilórica hipertrófica congénita. — W. E. Ladd, M. D. Paul F. Ware, M. D. and Lawrence, K. Pichett. M. D. «Journ. of the Am. Med. Assoc», 131, 8, junio 1946 pág. 647.

Desde 1915 han sido operados por varios miembros del Servicio de Cirugía del Hospital de Niños, 1.145 pacientes con estenosis pilórica.

Ochenta y cinco por ciento de los casos se presentan en varones y particularmente en el primogénito de la familia.

El hallazgo patológico esencial es la hipertrofia de la capa muscular del píloro.

Los síntomas y signos principales son: deshidratación, vómitos en proyectil, deposiciones escasas, oliguria, ondas peristálticas visibles y tumor pilórico palpable.

Una hidratación apropiada es una de las medidas preoperatorias más importantes para disminuir los riesgos quirúrgicos.

La piloromiotomía bajo anestesia general con éter es el procedimiento de elección.

Las complicaciones que pueden sobrevenir son: la perforación duodenal, otitis media, neumonía, infección de la herida, evisceración y severa diarrea.

La mortalidad operatoria en 557 casos observados durante los últimos 10 años fué de 0,9 por ciento. Recientemente 225 pacientes con estenosis pilórica han sido operados sin haberse producido ninguna muerte.

Osteomielitis hematógena aguda en la infancia. — J. Greengard. «The Med. Clinic of North America. 30, 1, enero 1946, pág. 135.

La osteomielitis aguda de origen hematógeno en la infancia, es esencialmente una septicemia con localización en uno o más huesos. La lesión local en el hueso, en esta edad, es frecuentemente mucho menos maligna que aquella que se observa en los niños más grandes o adultos, puesto que las osteomielitis crónica

con secuestro y supuración, son menos frecuentemente observadas. En efecto, en estos niños hay una marcada tendencia a la resolución completa, con eventual restitución del hueso aproximadamente a sus condiciones normales.

Hablar de osteomielitis aguda en la infancia o en el recién nacido como una enfermedad benigna, no es seguro sin embargo. La naturaleza de la enfermedad dependerá grandemente de la invasión de los organismos que produce la septicemia, el grado y severidad de la infección sanguínea y la naturaleza de la afección primaria, actuando como puerta de entrada.

Finalmente, la osteomielitis en la infancia debe ser considerada como una condición médica pediátrica y el pediatra sería preparado para asumir su supervisión. El cirujano y el ortopedista actuarían como consultantes, desde que la cirugía activa en el hueso en el estado agudo es probablemente perjudicial más bien que útil. En el tratamiento activo, el autor emplea la penicilina y las sulfonamidas, particularmente la sulfadiazina y el sulfatiazol, las que han probado ser útiles solas o en combinación con la penicilina.

Repetidas transfusiones sanguíneas y altas dosis de vitaminas deben ser administradas para estos casos.

La ictericia nuclear en la eritroblastosis fetal. — Víctor C. Vaughan. «The Journal of Pediatrics», vol. 29, octubre de 1946, pág. 462.

En una serie de 72 casos de eritroblastosis fetal hubo 25 fallecimientos, practicándose la autopsia en 21 de los casos. Cuatro de los supervivientes mostraban retraso mental. La terminación desfavorable estaba asociada con los signos clínicos o anatomopatológicos de ictericia nuclear en 20 casos. En 12 casos de ictericia nuclear había también hemorragias pulmonares focales, y estos niños presentaban un cuadro clínico notable, compuesto en grado variable de somnolencia, espasticidad, opistótonos, signos de irritabilidad motriz, irregularidad respiratoria, estertores pulmonares y exudado sanguinolento por las vías respiratorias altas.

Los rasgos clínicos y anatomopatológicos de los casos con ictericia nuclear sugieren que la destrucción hemática no es la causa primaria de la lesión nuclear. Discute el autor el posible papel de la inmadurez, lesión vascular, reactividad antígeno-anticuerpo alterada y transferencia intrapartum de anticuerpos en la patogenia de la ictericia nuclear.

R. M. B.

Ictericia grave del recién nacido. Resultados finales de su tratamiento con transfusión sanguínea. — Henry Third. — *Lancet*, núm. XVIII, vol. II, 2 noviembre 1946, p. 635.

El autor expone sus resultados mediante el tratamiento por la transfusión sanguínea de 6 niños afectados de ictericia grave del recién nacido, indicando que los antígenos lesivos y los anticuerpos son todavía imperfectamente conocidos, siendo precisas nuevas investigaciones.

Parece que los resultados de la transfusión son sólo satisfactorios en la eritroblastemia. En la «ictericia tóxica» existe el riesgo de penosas secuelas en el caso de que el lactante cure, tales como oligofrenia más o menos acentuada.

COOMBS y sus colaboradores han descrito recientemente (*Lancet*, 1, 264) un «test» para descubrir la sensibilización causada «in vivo» por el anticuerpo Rh materno de los glóbulos rojos de los niños afectados de afecciones hemolíticas, encontrando un antígeno y su correspondiente anticuerpo de un tipo previamente desconocido. Sin embargo, su caso 15, que murió de ictericia sin anemia y en el que el «test» directo fué negativo parece confirmar que la verdadera etiopatogenia de estas afecciones no ha sido aún completamente establecida.

NOTA DE LA REDACCION. — En el trabajo del Dr. H. Arruga, titulado “ El desprendimiento de la coroides simultáneo con el de la retina, después de la operación de catarata”, dejó de consignarse por omisión involuntaria, que ha sido publicado en los “Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana” en febrero 1946.