

## Revistas Nacionales y Extranjeras

### CIRUGIA

**El tratamiento quirúrgico de los hematomas intracerebrales espontáneos, no traumáticos.** — M. Scott. — *Journ of Amer.* — Med. Assoc. 130, 13, 30 marzo 1946 p. 845.

La hemorragia espontánea, no traumática en el lóbulo temporal izquierdo produce un síndrome de lesión intracraneana focal, aguda y expansiva, siendo frecuentemente interpretados estos casos, y de manera errónea, como consecutivos a arterioesclerosis cerebral o a hipertensión.

En cualquier persona, sea cualquiera su edad, en que aparezca una súbita cefálea asociada con signos progresivos focales como afasia, hemiplejía, anestias o defectos en el campo visual, vómitos y somnolencia, debe ser considerado como afecto de un hematoma intracerebral. Deben realizarse las siguientes investigaciones: a) estudio neurológico; b) radiografía estereoscópica; c) examen del fondo de ojo y perimetría; d) punción lumbar cuidadosa, realizando en el L. C. R. estudio citológico diferencial, determinación cuantitativa de proteínas y reacción de Wassermann. Es indispensable comprobar la presión del líquido.

La craniotomía exploradora con evacuación de los coágulos de sangre es el mejor método de tratamiento de los casos que muestren una progresión en los signos de la presión intracraneal.

No ha podido evidenciarse hasta el momento ninguna etiología definida. El sobrejercicio, excitación, etc. parecen ser factores desencadenantes.

**Aspectos quirúrgicos de la disenteria amebiana.** — G. E. Lindskog. — *Journal of Amer. Med. Assoc.* — 131, 2, Mayo 1946, pag. 92.

Los autores dan a conocer tres observaciones de absceso hepático amebiano y un caso de granuloma amebiano obstructivo de la región ileocecal, que se presenta entre el personal del Ejército y la Armada.

El uso de amebicidias especialmente de la emetina, fué de gran valor como medida preliminar a la aspiración del absceso en un caso y en el tratamiento conservador en dos casos. En uno de éstos ocurrió una perforación en la región pleuropulmonar a través del diafragma y en el otro un absceso hepático derecho se presentó nuevamente después de haber sido drenado.

Un caso de granuloma amebiano obstructivo en la región ileocecal no fué afectado por la emetina y la hemicolectomía derecha fué realizada. El resultado fué satisfactorio.

**Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón.** — J. Cames, A. Cesanelli, F. E. Tricerri. — *La Prensa Médica Argentina.* — 33, 34, Agosto 1946, página 1621.

El cáncer del pulmón debe ser diagnosticado en una etapa precoz para obtener con la cirugía una sobrevida prolongada y tal vez, en muchos casos, la curación. En este sentido queremos insistir una vez más en el valor de la radiografía de tórax ante un trastorno funcional respiratorio y las enormes posibilidades y proyecciones del catastro radiológico de las colectividades de supuestos sanos.

El diagnóstico del cáncer de pulmón se hace pensando en esta afección ante todo trastorno funcional de aparato respiratorio cuando no se encuentre un agente etiológico determinado.

Para despistar el cáncer contamos con dos procedimientos fundamentales: la broncoscopia en el cáncer del bronquio fino.

Ante la duda diagnóstica acerca de una sombra pulmonar periférica se debe proceder de inmediato a la torocotomía, sin esperar el crecimiento y la inoperabilidad del tumor.

La neumectomía es el único procedimiento lógico y radical para el tratamiento del cáncer de pulmón.

Se resumen los casos clínicos correspondientes a 21 toracotomías por cáncer de pulmón, habiéndose practicado 12 resecciones (11 neumectomías y 1 lobectomía), con una mortalidad del 25 por ciento en el postoperatorio inmediato. Nueve pacientes viven durante períodos que varían entre dos años y quince días.

**Quiste dermoide sacrocóxigeo. Análisis de 100 casos consecutivos, recomendando el tratamiento por la extirpación radical, cierre «per primam» y penicilinoterapia.**

L. C. Larkin. — *Surg. Gyn and Obst.* Junio 1946. Pag. 694.

El autor presenta cien casos de quistes dermoideos sacrocóxigeos, operados entre el 15 de enero de 1945 y 30 de julio del mismo año. Fueron operados 87 de estos pacientes con la técnica de extirpación radical, cierre primario y penicilina intramuscular. En 75 casos, la curación tuvo lugar per primam al séptimo día postoperatorio. Este grupo comprendía 34 pacientes con recidivas que habían sido operados anteriormente en otro sitio y 66 pacientes que no habían sido operados al ingresar al Servicio. De este último subgrupo, que demostró ser el más accesible al tratamiento recomendado por el autor, en 60 casos sobre 66, o sea un 90 por ciento, la curación se estableció al séptimo día postoperatorio.

La técnica empleada consiste en cuatro hechos principales:

Primero: Preparación preoperatoria cuidadosa. — Administración diaria de tres baños de asiento, con instrucciones para la limpieza minuciosa de la región sacral con agua y jabón. Por boca, 100 miligramos diarios de vitaminas C. A todos los enfermos se le inyecta penicilina desde el día del ingreso, ya el quiste esté apagado, infectado con o sin trayectos fistulizados o absesos. Se da 15.000 unidades de penicilina cada tres horas. Cuando existen abscesos o recovecos que no drenan adecuadamente, se incinden linealmente, tan próximo como sea posible a la línea media. Se afeita la región y se eliminan los detritus o piezas de piel escasadas. La noche anterior a la operación, el enfermo recibe dos enemas, uno de agua tibia y otro de glicerina y agua. A la mañana, dos horas antes de la operación, un tercer enema tibio. Una hora antes de la operación, 001 g. de morfina.

Segundo: Técnica de la operación. — a) Se emplea la anestesia raquídea; b) Se extirpa una estrecha banda de piel de uros 6/10 de cm. de ancho en la línea media, que incluye el orificio del quiste y las cicatrices de incisiones previas. La piel se secciona en forma limpia y en ángulos rectos para facilitar la aproximación exacta en el cierre; c) Se extirpa el quiste en block, y se pone al descubierto toda la fascia sacrocóxigea y glútea levantando los colgajos de piel con la hoja del bisturí y resecaando todo el tejido adiposo circundante; d) La hemostasia se efectúa con ligaduras por transfixión con catgut simple N.º 000, si es posible por electrocoagulación y con abundante y frecuentes irrigaciones de la herida con suero fisiológico caliente; e) Se desbrida la herida, extirpando cuidadosamente los colgajos de grasa o fascia, y se extraen los coágulos con nuevas irrigaciones de suero caliente; f) Se sutura con 8-10 hilos de alambre N.º 30, separadas por 1 1/2 cm., a través de la piel por debajo de las fascias glúteas y sacrocóxigeas. La sutura inferior se pasará a través del extremo superior de la herida, y se extrae de abajo hacia arriba por medio de gasa, el suero o sangre que haya quedado; i) Se colocan en forma floja y exacta compresas de gasa sobre la línea

de sutura y sobre la herida, para mantener los tejidos aplicados sobre la fascia sacrocoxígea. Se coloca un pedazo de goma de esponja de 2,5 x 5 x 10 cm. en la compresa. Luego se colocan los alambres de sutura interrumpida sobre toda la curación y se anudan sobre ella; j) Se aplica tela adhesiva en forma que impida que las suturas se pongan tensas, al moverse luego el enfermo; k) Las suturas se extraen al séptimo día. Cuidados postoperatorios. Reposo absoluto sobre el abdomen o de lado durante siete días. Penicilina, 15.000 unidades cada tres horas hasta el octavo día postoperatorio. Vitamina C, 100 miligramos per os.

Se prescribe una dieta de escaso residuo rica en vitaminas, y no se evacúa el intestino hasta la extracción de las suturas. Al séptimo día, se da un enema; no se deben de sentar o realizar fuerzas durante unos pocos días después del alta.

## DERMATOLOGIA

**Vitamina A y dermatosis.** — Z. A. Leitner y T. Moore. — *Lancet*. 6417. 24 Agosto 1946, P. 262.

El examen del contenido en vitamina A del plasma en enfermos de variadas dermatosis no indica en absoluto que la deficiencia en tal substancia posea una real influencia etiológica. El promedio de 116 U. I. por 100 ml. encontrado en 116 casos dermatológicos es virtualmente idéntico al encontrado en 116 controles sanos. Es posible que un déficit secundario de la vitamina A tenga una cierta intervención en la etiopatogenia de ciertas raras dermatosis como la enfermedad de Darier, la pitiriasis rubra pilaris y la ictiosis.

**Dermatitis de los pies por excesivo tratamiento.** — G. B. Underwood, E. Gaul, E. Collins y M. Mosby. — *Journ. of. Amer. Med. Assoc.* 130, 5, 2 Febrero 1946. P. 249.

Las pruebas de contacto en más de 400 pacientes dermatológicas, realizadas después de un tiempo variable del empleo de medicamentos diversos se mostraron positivas en un 40 por ciento, para uno o más de los remedios empleados hasta el momento.

Los componentes químicos de las preparaciones usadas, y que con más frecuencia son causa de dermatitis son: mercurio, fenol y aminobenzoato de etilo.

Las investigaciones demostraron que todos los mercuriales son capaces de sensibilizar y deben emplearse con precauciones.

Las reacciones cutáneas denotando sensibilización o irritación frente a los tópicos químicos utilizados han sido frecuentemente interpretadas como debidas a la infección o infestación.

Es aconsejable una adecuada enseñanza de la química y de la farmacología de los tópicos químicos, y el empleo de las pruebas de contacto, para prevenir los penosos accidentes a que se alude en el trabajo.

**Una dermatosis liquenoide especial.**— L. C. Goldberg. — *Journ. of. Amer. Med. Assoc.* 130, 12, 23 Marzo 1946. P. 775.

El trabajo se refiere a los casos de una especial dermatosis liquenoide y exfoliativa observada en soldados procedentes del teatro de operaciones del Pacífico-Sur. La distribución y el carácter de las lesiones indican generalmente el diagnóstico. El síntoma más común consistía en lesiones hipertróficas eritemato-pápulo-escamosas, con tendencia a confluir. En cambio, inicialmente nunca se observaron manifestaciones típicas del liquen plano. La erupción era «exótica» y generalmente afectaba zonas que no corresponden a las situaciones típicas del liquen

plano: Así, aparecía frecuentemente en el cuero cabelludo, párpados, cara, palmas de las manos y plantas de los pies, y uñas. En un 20 por ciento de los enfermos el proceso interesaba las mucosas y las áreas genitales y anales. La proctoscopia reveló lesiones en las columnas de Morgagni, pero no en las criptas. Las gastroscopias realizadas hasta la fecha no demostraron lesión alguna. Muchos enfermos respondieron bien al tratamiento con clorhidrato de oxifenarsina a la dosis de 2 centigramos, administrada dos veces por semana. La mejoría se presentaba generalmente después de la primera a la tercera inyección, en ningún caso fueron necesarias más de diez para resolver el proceso.

La pigmentación resultante de la erupción permanecía durante mucho tiempo. Estas lesiones residuales no se influenciaban por el tratamiento que acabamos de citar. En cambio, las lesiones mucosas respondían rápidamente y en un caso una amplia placa en la lengua desapareció después de cuatro inyecciones de clorhidrato de oxifenarsina. Algunos de los enfermos tratados con esta fármaco padecieron fiebre, náuseas y vómitos a las seis horas de la primera inyección de 0,02 gramos que indicaban la presencia de una lesión hepática preexistente, despertada por el medicamento y producida con toda seguridad por la atebrina, empleada anteriormente como antipalúdico. De aquí que el clorhidrato de oxifenarsina, a pesar de su eficacia, debe emplearse con precaución.

Las pruebas de contacto e intradérmicas con atebrina dieron resultados negativos. No se realizó ninguna prueba de transmisión pasiva. Tampoco se observaron reacciones biológicas ni alteraciones en el sistema hematopoyético.

La velocidad de sedimentación globular (método de Wintrobé) estaba elevada en un 70 por ciento de los pacientes con lesiones eczematosas y en todos los que presentaban exfoliación.

En cuanto a la etiología, hay que tener muy en cuenta la posible acción de la *atebrina*, aunque no determina exacerpciones de la erupción si es empleada en el curso de la misma como terapia del paludismo. Es muy probable también la intervención de factores neurovasculares, fotosensibilizantes e infecciones, así como ciertas peculiaridades geográficas. En los casos exfoliativos existe notable desnutrición, pero no es específica de esta enfermedad. A pesar de ello es aconsejable una dietoterapia rica en vitaminas y aminoácidos. Hasta el momento no son posibles conclusiones sobre el papel etiológico de las alteraciones de la nutrición.

## ENDOCRINOLOGIA

**La impregnación foliculínica del hipertiroideo; factor de seguridad antes de la tiroidectomía.** — R. Berger. — *La Prensa Médica Argentina*. 17, Abril 1946. Pág. 235.

El autor, examinando los resultados obtenidos por la inyección preventiva de una dosis standard de 5 miligramos de tiroxina contra la crisis posttiroidectomía de los hipertiroideos, tratamiento que ha preconizado desde 1939, constata que para sí 216 mujeres la mortalidad fué nula, por el contrario ella fué de 3,4 por ciento para 59 hombres (dos decesos).

Basandore, sobre diversos conceptos que él estudia, incrimina la diferente im-

pregnación hormonal gonadal, así hace preceder la tiroidectomía en el hombre por la administración cotidiana de 10.000 U. I. de foliculina los tres días precedentes a la intervención.

La impregnación foliculínica preoperatoria fué aplicada a 20 hipertiroideos de 25 a 52 años; con metabolismo basal entre  $\times$  32 por ciento a  $\times$  84 por ciento.

Recibieron 10.000 unidades de foliculina los tres días precedentes a la tiroidectomía bilateral subtotal en un tiempo, y 5 mg. de tiroxina inmediatamente después de extraída la glándula tiroides. El comportamiento postoperatorio fué completamente satisfactorio.

La impregnación foliculina parece permitir más facilidad en el empleo de la tiroxina después de la operación. Aumentado el margen de tolerancia a la tiroxina disminuyendo la acción sensibilizante a la variación de la tiroxemia engendrada por el traumatismo operatorio. Podría actuar reduciendo el mínimo los efectos de la tiroidectomía sobre los tejidos en particular sobre la hipósis.

## ESTOMATOLOGIA

**Las manifestaciones orales de la carencia de hierro.** — W. J. Darby. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.* Vol. 130, núm. 13, 30 Marzo 1946. P. 830.

El autor ha observado seis casos que demuestran que las fisuras angulares y la glositis superficial pueden indicar la existencia de un déficit crónico en Fe. Algunos de ellos, respondieron a la sola terapéutica parcial, en otros realizóse un tratamiento previo con varios preparados vitamínicos.

La deficiencia en Fe, es la causa más común de dichas reacciones orales, vayan o no acompañadas de disfgia o del síndrome de Plummer-Vinson.

## GASTROENTEROLOGIA

**El tratamiento del úlcus gastroduodenal mediante extractos de estómago e intestinos.** — O. Hubacher. — *Lancet.* Núm. 6417. 24 Agosto 1946. P. 272.

De 54 casos — tratados con extractos de estómago e intestinos — 44 respondieron favorablemente, todos fueron sometidos a control radiológico. Los diez fracasos incluyen dos neurosis, tres úlceras callosas, antiguos deformaciones cicatriciales ((un caso) y una neoplasia. (En Suiza, el autor ha publicado una serie previa de 234 enfermos con 209 éxitos) (89 por ciento).

Todos los casos que se benefician de este tratamiento muestran una rápida desaparición de los síntomas, aumento en el peso y rápida disminución del tamaño del nicho ulceroso demostrable por las radiografías seriadas. Algunos casos de úlcera callosa, respondieron favorablemente, otras en cambio, y las neoplasias no se influenciaron por este tratamiento.

Los resultados fueron obtenidos sin restricciones dietéticas ni reposo en cama.

La inyección de los preparados no ocasionaba efectos secundarios desagradables aparte de en ocasiones, cierto dolorimiento local.

Se sugiere la administración oral de los extractos, en tabletas, como suplemento de las inyecciones y como profiláctico.

**Diverticulosis y diverticulitis del colon.** — A. Galambos. — *The Revue of Gastroenterology*, 13, 3, Mayo-Junio 1946. Pág. 171.

Después de indicar que durante el último cuarto de siglo la diverticulosis y diverticulitis del colon han alcanzado gran significación, con ramificaciones de gran proyección en los campos de la medicina, la cirugía, la radiografía y la pato-

logía, los autores se sorprenden de cómo una condición orgánica bien establecida, de fácil demostración y de substratos anatómicos que pueden ser reconocidos, haya permanecido casi «terra incógnita» a través del siglo XIX, período durante el cual se han realizado los avances mayores y más espectaculares de la medicina. Señalan que alrededor de 1920, los rayos X sirvieron para dar el ímpetu final al estudio de este asunto en todas sus facetas (Le Wald, Case Carman, etc.), pero afirman que a pesar del gran conocimiento y experiencia obtenidos aún actualmente, el problema diverticular no tiene un rango proporcional a su importancia práctica. Indican también el hecho que inclusive hoy sólo algunos libros de texto de medicina y cirugía le conceden la importancia debida y describen esta condición adecuadamente, que la mayoría de los médicos no la reconocen aún como una de las patologías más importantes que surgen a diario y que en sus reconocimientos físicos corrientes pasan por alto su diagnóstico. Spriggs y Marxer encontraron esta patología en un diez por ciento de los casos gastrointestinales que examinaron. Esta patología, dicen raramente se encuentra en menores de 30 años, siendo más frecuente a medida que se examinan casos de mayor edad.

En sus conclusiones y después de haber tratado ampliamente el tema los autores expresan que la diferenciación entre los dos estados de diverticulosis o diverticulitis, que es un problema difícil, se convierte en un asunto de extraordinaria importancia. La dificultad radica en parte, según ellos, en que el diagnóstico radiológico que es el único diagnóstico preoperatorio posible no permite la diferenciación exacta entre estos dos importantes grupos. La visión de las diverticulosis radica en el estudio radiográfico en sí, pero la significación diagnóstica sobre sí representan un estado inocuo o un proceso inflamatorio, corresponde a la apreciación clínica. Hacen notar que existe la tendencia a considerar la diverticulosis a la que se considera de pronóstico grave, requiriendo con frecuencia la intervención quirúrgica. Consideran los autores que la verdad se encuentra entre estos dos extremos. Hacen hincapié en que la condición diverticular puede coexistir con cualquier otra patología. Dicen finalmente que su etiología es aún desconocida.

## HEMATOLOGIA

**El ácido fólico en el tratamiento de la anemia perniciosa.** — J. F. Wilkinson y M. C. Israels y F. Fletcher. — *Lancet*, 6414, 3 Agosto 1946. Pág. 156.

Los autores han administrado ácido fólico sintético a cinco enfermos con anemia perniciosa verdadera, en relapso.

El ácido fólico produce remisiones clínicas con vuelta de la médula ósea a la formación de normoblastos y restaura el recuento globular hacia cifras normales. Persiste la aclorhidria gástrica.

## MEDICINA INTERNA

**Heparina en la trombosis profunda aguda venosa.** — G. Bauer. — *Journ. of Am. Med. Assoc.*, 131, 31 mayo 1946, 196.

Se resumen las experiencias llevadas a cabo desde 1938 consistentes en el examen flebográfico de cerca de 600 enfermos seguidos de observación clínica minuciosa, llegándose a la comprobación de que el 98 % de las trombosis agudas de venas profundas de la pierna comienzan a nivel de las pantorrillas y progresan en dirección central.

Esto permite, en períodos precoces, dirigirse directamente a la parte inferior del miembro para hacer el diagnóstico.

El diagnóstico debe fundarse, además de los síntomas clínicos, en la flebografía, y no bien sentado el tratamiento debe instituirse sin demora alguna, sobre la base de dosis intensivas de heparina endovenosa. Enérgicos ejercicios activos de la pierna deben comenzarse desde el primer día, siguiendo el criterio personal del autor.

El plan de tratamiento del autor fué prolongado por más de cinco años, siendo tratados más de 209 casos, en los cuales no se lamentaron muertes ni complicaciones del tipo de embolia pulmonar.

La fiebre, hinchazón de las piernas y dolor desaparecían tan rápidamente que los pacientes eran capaces de dejar el lecho después de cuatro días, término medio.

**La penicilioterapia en la colitis ulcerosa.** — B. B. Korostoff y H. E. King. — *The Am. Journ. of the Med. Sciences*, 311, 3 marzo 1946, 289.

Los autores dan a conocer cinco observaciones de colitis ulcerosa crónica tratadas con penicilina cinco días, administrándoles 30.000 U. intramusculares cada tres horas, haciendo un total de 1.200.000 U.

Las ulceraciones rectales desaparecieron después de una semana de tratamiento, obteniéndose también la mejoría de otros signos patológicos.

Se obtuvo también una mejoría notable en los síntomas subjetivos y en el carácter de las deposiciones.

Los autores deducen del estudio de estos pocos casos, que una adecuada administración de penicilina puede ser de considerable valor en el tratamiento o control de algunos casos de colitis ulcerosa crónica, y creen justificado realizar ensayos en gran escala dando altas dosis de penicilina.

**Manifestaciones viscerales del zona.** — R. B. Duperrat. — *An. Dermat. et Syph.*, 5 febrero 1945, 18.

El hecho de que el dolor preceda frecuentemente a la erupción de zona (herpes zooster) puede ser la causa de múltiples errores de diagnóstico. Este hecho ha sido largamente estudiado por Osler, Strumpell y Cabot a propósito de zonas intercostales que simulan pleuresías, o abdominales que simulan nefropatías. El error es tanto más posible cuanto que entre el dolor y la erupción a veces transcurren dos-tres semanas.

Las manifestaciones viscerales, especialmente digestivas, y la erupción cutánea parecen vinculadas por: ausencia de antecedentes digestivos, sucesión de la erupción y los trastornos funcionales, desaparición simultánea y definitiva de una y otros, y, sobre todo, por la identidad de la distribución topográfica de los tipos de enfermedad.

Las manifestaciones viscerales no dependen ni de la edad, ni del sexo, ni de la forma clínica (eritematosa, vesiculosa, hemorrágica o necrótica), pero sí parecen propias de las zonas dolorosas. La fecha de aparición es variable: un íleo aparece dos-siete días después o raramente puede ser simultáneo. La respuesta visceral depende, ante todo, de la localización de zona. Por esto se divide en: gástricas, con o sin vómitos, con o sin mucorrea, con intensos dolores y sensación de quemadura a lo largo del esófago, aumentados por ingestión de líquidos; síndromes oclusivos, agudos; diarréicos transitorios; apendiculares; vesiculares, agudos. Todos estos síndromes pertenecen a zonas de D<sub>3</sub> a D<sub>12</sub>. Síndromes renales, con cuadros litíasicos y pielonefríticos (topografía D<sub>12</sub> a L<sub>4</sub>) y fenómenos de cistitis y de uretritis que acompañan a zonas lumbosacras.

El tratamiento debe realizarse o con morfina o con pituitrina, pero la novocaína intravenosa es la que da mejores resultados, con sedación rápida de las algias de las zonas (la tiamina intravenosa, a dosis de 50 a 100 mg., es igualmente útil).

**La estreptomina por vía intratecal en la meningitis.** — H. Cairns y E. Duthie.  
— *Lancet*. 6414, 3 Agosto 1946. Pág. 153.

El tratamiento de las meningitis debidas al b. piocianico en período avanzado, mediante inyección intratecal de estreptomina es generalmente poco satisfactorio. Esto no es sorprendente, pues las necropsias mostraron la presencia de uno a varios bloques en las vías de circulación de líquido cefalorraquídeo y las paredes ventriculares transformadas en membranas purulentas. En estos casos se comprende que las estreptomina sea incapaz de esterilizar el LCR.

En las meningitis incipientes los resultados de la estreptomina son menos decepcionantes. En la infección por *Acromobacterium* la infección remitió con rapidez. En un niño afecto de meningitis por *H. influenzae* el tratamiento con estreptomina fué seguido por una disminución del número de microorganismos, y por mejoría clínica. Sin embargo, se desarrolló una trombosis cerebral y la infección agravóse de nuevo.

Son probablemente necesarias dosis de 80.000 a 100.000 unidades, administradas una o dos veces al día, que, sin embargo, no están libres de peligro, pues determinan una inmediata irritación local del cerebro y secundariamente un aumento de la presión intracraneal. Las inyecciones deben ser aplicadas lentamente (5.000-10.000 unidades por minuto), y debe existir una válvula de seguridad en un catéter ventricular, de modo que se mantenga una presión de 200 mm. de Hg. Es posible que muchas de las reacciones irritativas observadas se deban a impurezas de la estreptomina remediabiles en el futuro.

**Quimioterapia en la influenza.** — C. G. Harford, M. Smith y W. B. Wood. —  
*Journ. of Exper.*, 83, p. 505, 1946.

Las infecciones por virus, con la excepción del tracoma, linfogranuloma inguinal y coriomeningitis linfocitaria no responden a los sulfamidados. El virus de la influenza es uno de los que hasta el momento se muestran resistentes frente a cualquier quimioterápico. Existe ya una amplia experiencia experimental y clínica que demuestra que ni las sulfamidas ni la penicilina son capaces de modificar el curso de una influenza no complicada, pero en cambio es clarísimo que poseen una acción definida en el tratamiento de las complicaciones pulmonares bacterianas secundarias. El desacuerdo sobre su valor clínico en la influenza depende de varios motivos. Hay que tener en cuenta que la intensidad de la neumonía bacteriana secundaria no es en modo alguno índice de la gravedad de la infección vírica, de modo que si el enfermo fallece, la muerte se acostumbra a atribuir a incapacidad terapéutica de las sulfonamidas frente al proceso bacteriano sobreañadido, y en cambio el factor letal puede ser perfectamente el virus. Por otra parte, las sulfamidas pequeño ciclo sulfamídico persistan manifestaciones pulmonares, que desaparecen si se establece otro ciclo más intenso y prolongado. Muchos aparentes fracasos de las sulfamidas son debidos a faltas de técnica en su empleo.

La investigación detallada del mecanismo de las sulfonamidas en las infecciones combinadas: virus de la influenza y bacterias, indica que la severidad del proceso vírico no se afecta en modo alguno por la neumonía bacteriana sobreañadida. Por otra parte, las sulfonamidas ejercen su actividad antibacteriana aún en presencia de un virus de la influenza que se multiplique rápidamente y de extensos exudados pulmonares. Esto se explica porque el virus, si bien destruye las células ciliares del epitelio respiratorio, y así disminuye la resistencia frente a los invasores bacterianos, no interfiere con la actividad de las células fagocitarias, que son tan importantes en la quimioterapia. De aquí se desprenden las buenas razones que aconsejan continuar tratando específicamente las complicaciones bacterianas de la influenza. Podemos esperar así la disminución del riesgo fatal, teniendo en cuenta que la infección vírica no es extremadamente severa por sí sola.

El recuento leucocitario junto al cuadro clínico es una guía útil para indicar los enfermos que posiblemente se beneficiarán con la quimioterapia; la leucope-

nia sugiere que la infección es predominantemente vírica, y por tanto no susceptible al tratamiento; en cambio, la leucocitosis indica que predomina la sobreinfección bacteriana modificable por las sulfamidas y la penicilina.

**Fiebre reumática.** — R. C. Manchester. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 121,3 de mayo de 1946, pág. 209.

La hipoprotrombinemia ocurre en la fase precoz de la terapia salicilada intensiva, oral y endovenosa; sin embargo, el déficit de protrombina mejora espontáneamente a pesar de la administración continuada de salicilato y no se aproxima a un nivel crítico como para provocar hemorragias.

La reserva alcalina es disminuída a menos que una adecuada cantidad de álcali sea administrada conjuntamente con el salicilato. Por esta razón una solución lactosa de Ringer, más bien que una solución salina, debe ser usada como diluyente para los salicilatos a administrar por vía endovenosa, y entre 0,8 y 1 g. de bicarbonato de sodio sería dado con cada gramo de salicilato administrado por boca.

Un marcado delio ocurrió en el 17 por 100 de enfermos agudos que reciben salicilato endovenoso, atribuyendoselo al rápido ascenso en el nivel de salicilato, asociado con la terapia endovenosa, y no habiendo sido observado en los pacientes en los cuales el salicilato se administró por vía oral.

Una disnea intensa, exceptuando los casos asociados con insuficiencia cardíaca o delirio, es atribuída a una disminución de la reserva alcalina y se puede evitar administrando adecuadas cantidades de álcalis con salicilatos.

Los valores de salicilato del suero promediando 32 mg. por 100 cm.<sup>3</sup> son asegurados con 10 g. de ácido acetilsalicílico diario administrados por vía oral, en combinación con 8 g. de bicarbonato de sodio y 37 y 38 m. por 100 cm.<sup>3</sup> respectivamente, con 12 g. de ácido acetilsalicílico y salicilato de sodio. Un nivel mínimo de 25 mg. por 100 cm.<sup>3</sup> de salicilato en sangre, es requerido para suprimir la infección reumática en los casos agudos.

Un programa de tratamiento para la fiebre reumática aguda en los adultos jóvenes ha sido desarrollada, la cual satisfactoriamente suprime la infección reumática y reduce la frecuencia de reacciones fisiológicas y tóxicas a un mínimo.

**Terapéutica combinada intensiva en la cirrosis del hígado.** — L. M. Morrison. — *Annals of Inter. Med.*, 24, 3 marzo 1946, pág. 465.

El autor da a conocer los resultados obtenidos por medio de una terapéutica combinada en el tratamiento de la cirrosis del hígado o hepatitis crónica, estudiando desde 1938 a 1945 una serie de 62 pacientes, los cuales ha dividido en tres grupos.

Un grupo de 23 pacientes fué tratado solamente por los métodos usados en 1938, es decir, paracétesis, diuresis, dieta rica en hidratos de carbono y terapéutica paliativa. Este grupo contenía 11 casos sin ascitis y 12 casos con ascitis y fué llamado el grupo control «no tratado».

Un segundo grupo de 19 casos fué tratado con un régimen modificado por «Pateck», que consiste en una dieta nutritiva, rica en proteínas, moderada en hidratos de carbono y pobre en grasas, inyecciones de extracto de hígado y complejo de vitamina B.

Este grupo contenía 9 casos sin ascitis y 10 casos con ascitis.

Y por último, un tercer grupo de 20 pacientes fué tratado intensamente con una terapéutica combinada, la cual consistía en administrar una dieta con un máximo de proteínas (carne tres veces por día y leche desnatada), rica en hidratos de carbono y pobre en grasas, aproximadamente de 2.500 a 4.000 calorías, inyecciones diarias de 5 centímetros cúbicos de extracto de hígado total, inyecciones de complejo de vitamina B a altas dosis, complejo de vitamina B administrado por vía oral y polivitaminas en cápsulas administradas por la misma vía, juntamente con 2 g. de metionina y colina en cápsulas y diariamente. Este grupo se componía de 11 casos sin ascitis y 9 con ascitis.

El tratamiento con el método intensivo combinado dió por resultado reducir el nivel de mortalidad en el grupo compensado (sin ascitis) durante un período de dos años (1943-1945), comparado con el 27 por 100 de mortalidad en el grupo control (1938-1940). La terapéutica combinada intensiva en el grupo con ascitis redujo el nivel de mortalidad de 75 por 100 en el grupo control (1938-1940) a 11 por 100 en el grupo tratado (1943-1945).

Con la terapéutica combinada intensiva se consiguió una reducción en la duración del período de incapacidad de 82 por 100 (1938-1940), a 28 por 100 (1943-1945), en los grupos sin ascitis; de 83 por 100 (1938-1940), a 66 por 100 ((1943-1945) en los grupos con ascitis.

**Hepatitis infecciosa.** — Ch. L. Hoagland y R. E. Scaak. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 130, 10 marzo 1946.

Cualitativamente, el cuadro clínico observado en 200 casos de hepatitis infecciosa fué notablemente constante, consistiendo en un período prodrómico agudo febril con un promedio de 6,2 días de duración antes del comienzo de la ictericia. Cuantitativamente, sin embargo, hubo diferencia en la severidad de los síntomas, variando desde un ligero malestar en algunos pacientes, no diferente a aquel observado en la atrofia aguda amarilla.

En la mayoría de los casos el diagnóstico diferencial presentó poca dificultad, particularmente después del comienzo de la ictericia.

En el estado preictérico de la enfermedad, sin embargo, fué frecuentemente confundido con infecciones de las vías respiratorias superiores, tales como la neumonía atípica y la mononucleosis infecciosa.

Pruebas múltiples de la función hepática fueron efectuadas semanalmente en todos los pacientes. De éstas, la bilirrubinemia, la relación de los ésteres del colesterol en el colesterol total en el plasma y la retención en el mismo de la sulfobromoptaleína fueron las pruebas de más utilidad y menos expuestas a errores de interpretación.

Hubo un notable acuerdo entre los resultados de todas las pruebas y la impresión clínica obtenida por el estudio de los pacientes al tiempo en que aquéllas fueron realizadas. Muchas pruebas de la función hepática parecen tener su más grande utilidad en los últimos estadios de mejoría de la hepatitis, cuando no es posible acertar clínicamente si la convalecencia es completa.

En tres grupos de pacientes que reciben una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono y moderada en grasas a las cuales se le agrega metionina, colina y extracto de hígado crudo, respectivamente, ninguna prueba de acelerada mejoría fué obtenida sobre aquel grupo de una serie de control que reciben la dieta sola.

Un cuidadoso análisis de 200 casos de hepatitis observados durante la declinación de la misma, indica que un gran número de ellos mostraron algunas pruebas de un recrudescimiento temporario, siguiendo a un período de aparente mejoría clínica.

Del grupo total, el 18,5 por 100 mostró una elevación anormal en la retención de la sulfobromoptaleína durante el período de convalecencia, después que la retención de aquélla y la concentración de bilirrubina había alcanzado niveles normales o aproximadamente normales.

En el 82 por 100 de estos casos, la recaída ocurrió a consecuencia de una prematura reanudación de sus actividades. Todos los pacientes en este grupo mostraron un eventual alivio de los síntomas clínicos y pruebas normales de la función hepática, después de un período adicional de 20 días de hospitalización.

**Sobre la frecuencia del reumatismo articular agudo tuberculoso.** — P. De... — *La Prensa Médica.* — Ago 5<sup>a</sup>, 18, pág. 250

El autor sostiene que, a pesar de los trabajos acerca de la existencia del reumatismo articular agudo tuberculoso publicados por Fie, de la Escuela de Lyon; por Bezançon, de la Escuela de París y que no han hecho más que confirmar lo

expuesto en 1838 por Foncet, se interpreta todavía que se trata de una afección rara en relación con la extremada frecuencia de la enfermedad llamada de Bouillaud.

Contra esta creencia generalizada, es necesario reaccionar pensando que una crisis de reumatismo articular agudo puede ser sintomática de una primoinfección tuberculosa y debe pensarse en ella, especialmente cuando ataca un sujeto joven.

Desgraciadamente, ningún elemento clínico ni terapéutico permite diferenciar de manera certera el reumatismo articular agudo o enfermedad de Bouillaud del reumatismo agudo tuberculoso o de Foncet, razón por la cual debe vigilarse estrechamente a todo enfermo y profundizar en la anamnesis, antecedentes personales y ambiente, antes de continuar empeñados en el tratamiento salicilato.

**Hematoporfirinuria crónica.** — J. Taylor. — *Am. Journ. Med. Assoc.*, 131, 1 de mayo de 1946, pág. 26.

La hematóporfirinuria crónica, enfermedad asociada con un trastorno metabólico de la porfirina, fué observada en una mujer de veinte años de edad. Los síntomas más llamativos fueron dolor abdominal generalizado asociado con lesiones rojofluorescentes de la piel o de las áreas expuestas. La paciente había excretado 300 a 1.600 microgramos de coproporfirina I y III diariamente durante más de un año. La porfirina no es probablemente tan rara como el reportaje de los casos nos llevaría a creer y debería ser tenida presente cuando se consideran casos con síntomas mentales, cutáneos, neurológicos o abdominales.

Característica de las células motrices de la medula es la gran acumulación de pigmento.

El aparato de Golgi de las células de Purkinje en la senilidad experimenta un proceso de fragmentación o «golgiorexis».

**Las bases neurocitológicas de la senilidad.** — W. Andrew. — *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, 31, 1, 2, 3, 4; pág. 87, 1946.

El profesor Warren Andrew expuso en el trabajo intitulado como figura en el epígrafe, presentado a la Facultad de Medicina de Montevideo, las siguientes conclusiones: 1.º En los sectores del sistema nervioso estudiados (corteza cerebelosa, corteza cerebral, astas anteriores de la medula y ganglios semilunares) las células muestran constantemente: en la senilidad, alteraciones de sus núcleos, consistentes en la pérdida de transparencia del jugo nuclear, alteración citoplasmática constituida por la notable disminución de la substancia tigroide de Nissl.

En el cerebelo de roedores seniles la división de los núcleos de las células de Purkinje aparece como un fenómeno característico.

La corteza cerebral y las astas anteriores muestran incremento evidente de la gliasatélite en contacto con las células nerviosas.

**Síndrome doloroso que simula un abdomen agudo.** — B. W. Goldstone y H. S. Le Marquand. — *Lancet*, 6417; 24 agosto 1946, pág. 267.

Los autores describen un nuevo síndrome abdominal. Consiste en dolor intenso en hipocondrio derecho, rigidez y pirexia. Se establece en pocas horas y en muchos casos simula una perforación. Es de regla la curación espontánea.

De los trece casos incluidos en el trabajo, uno desarrolló un absceso perinefrítico.

Se sugiere que los casos que mejoran espontáneamente son formas abórticas de una infección estafilocócica perinefrítica. La perinefritis estafilocócica abortiva puede evolucionar en silencio en la grasa perirrenal, no dando síntomas hasta que se alcanza el peritoneo.

No son raras las observaciones de enfermos con un cuadro de úlcus gastroduodenal perforado y con hallazgos negativos a la operación. Pueden corresponder al síndrome descrito en el presente trabajo.

## NEUROLOGIA

**Los tumores del encéfalo y la encefalografía.** — J. A. Ghersi. — *La Prensa Médica Argentina*, 35, 34, agosto 1946, pág. 1739.

La encefalografía, procedimiento sencillo de inyectar aire por vía lumbar para visualizar los espacios de líquido céfalorraquídeo del encéfalo, método que suele reportar beneficios al estado general de los pacientes sometidos al mismo, resulta un medio radiológico de inestimable valor para el diagnóstico precoz de los tumores de cerebro. Las operaciones, cuando es posible el diagnóstico sin esperar la evolución ulterior que los justifique, significa un menor riesgo y un mayor éxito quirúrgico.

Por otra parte, el procedimiento nos pone a cubierto de un error de diagnóstico susceptible de inducir a intervenciones inadecuadas.

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Las temperaturas orales basales y la ovulación.** — Editorial. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, vol 131, núm. 1, 4 mayo 1946, pág. 32.

La observación de Van de Velde, referente a la existencia de variaciones en la temperatura del cuerpo durante las diversas fases del ciclo menstrual, ha sido confirmada por varios autores. Rubinstein ha efectuado un estudio correlativo de «frottis» vaginales y de las temperaturas basales, encontrando que durante la fase de desarrollo del folículo dichas temperaturas tienden a disminuir progresivamente. El punto más inferior se alcanza cuando el folículo madura. El carácter difásico del ciclo menstrual en las mujeres normales ha sido señalado por Palmer, quien cree que los aumentos y disminuciones en la temperatura dependen en cierto modo de la actividad de los dos tipos de hormonas: foliculina y progesterona elaboradas por el ovario, opinando que el diagnóstico de embarazo puede realizarse mediante el estudio de la temperatura basal, de modo tan precoz como en otros procedimientos, y si no más aún.

Tompkins aconseja una más amplia aplicación clínica del método y su empleo como detector de la fecha de ovulación, verificando gráficas de la temperatura. Establece que la temperatura es relativamente baja durante la primera parte del mes, llegando al mínimo cuando ocurre la ovulación, para subir después hasta un nivel bastante elevado, que se mantiene hasta que sucede la menstruación, descendiendo entonces de modo súbito. Tales modificaciones en la temperatura no se encuentran en la premenarquia, en la menopausia o en el hombre. Si ocurre la fecundación, la temperatura permanecerá en el alto nivel postovulación. Tompkins ha realizado una gráfica especial para registrar las temperaturas basales. Considera que con su empleo es posible con frecuencia determinar la fecha de la ovulación.

En un estudio de 500 pacientes realizado por Davis, se destaca la importancia de las temperaturas basales para la interpretación clínica de la fisiología ovárica, aconsejando la determinación de las temperaturas rectales y vaginales en lugar de las orales. Las observaciones sobre la temperatura se han acompañado de un estudio de extensiones vaginales, de biopsias de endometrio y de material operatorio. Las temperaturas basales proporcionan un índice valioso de la actividad ovárica en tres de cada cuatro mujeres. En la fracción restante la curva es tan atípica que no permite una adecuada interpretación de los cambios fisiológicos. La temperatura disminuye 24 ó 36 horas antes del comienzo de la menstruación, alcanzando su nivel más bajo, en general, el primero o segundo día de iniciada ésta. Davis considera que el aumento de la temperatura es debido a la ovulación y que su persistencia depende de la actividad del cuerpo lúteo. Esta interpretación se apoya, además, en la persistencia de altas temperaturas durante el embarazo. Cuando éste

ocurre la temperatura basal continúa al nivel de la postovulación durante los primeros meses de la gestación. Davis hace hincapié en que el estudio de las curvas de la temperatura basal no debe omitirse en los casos de esterilidad. Es la técnica más simple para investigar la actividad ovárica y la fecha de la ovulación. La persistencia de elevadas temperaturas postovulación constituye un dato de gran valía en favor de la existencia del embarazo.

**Cáncer del cuello uterino: nueva técnica para la implantación intersticial de radium en los parametrios.** — B. B. Koiostoff y H. E. King. — *The Am. Journ. of the Med. Schs.*, 211, 888, marzo 1946, pág. 289.

Se refiere el autor a los primeros 100 casos tratados por la nueva técnica y a un análisis de los resultados durante cinco años. Las pacientes se hallaban comprendidas en los estadios clínicos I (3 casos), II (17 casos) y III (80 casos). No está indicada la terapéutica intersticial en la etapa IV del cáncer del cervix. *Técnica de la radioterapia.* El autor aconseja la nueva técnica para proporcionar una dosis mayor de irradiación en el cervix y una dosis aun mayor, distribuida en los parametrios y a los ganglios de la pared lateral de la pelvis. Como primer tratamiento se emplean 3.600 miligramos horas de radio, con filtro de platino de un milímetro, en la forma siguiente: en el canal intrauterino se insertó un «tandem» goma (90 mg. de radium  $\times$  24 h. = 2.160 mg. h. de radium); y en cada fondo de saco vaginal lateral se introdujo un «tandem» goma (30 mg.  $\times$  24 h. = 720 mg. h. de radium), envueltos en gasa y lo más profundo posible. Este procedimiento proporciona una distribución equitativa de irradiación en toda la pelvis. Una falta grave y habitualmente la causa más común de necrosis radioactiva, es la de concentrar una gran cantidad de radium en una zona pequeña, generalmente en la región contracervical. Se administran 5 gr. de sulfanilamida antes del taponamiento con gasa. De 1 a 7 días después del primer tratamiento con radium, se inicia la radioterapia en la forma siguiente: durante 4 semanas, en cada uno de los cuatro campos pelvianos se administran\* 2.000 a 2.400 r.

La técnica proporciona un 42 por 100 de profundidad de la dosis (42 por 100 de 8.000 r. = 3.360 r. en el tumor), en el cervix (10 cm. de profundidad) y en los parametrios adyacentes. Tan pronto termina la roentgenterapia (generalmente son 30 a 35 días después del tratamiento inicial con radium), se ejecuta el segundo tratamiento con la implantación intersticial de radium. La técnica del autor es la siguiente: se hacen cuatro pequeñas incisiones (3 cm.) en la mucosa vaginal en puntos equidistantes y lo más alejados posibles lateralmente del cuello (más o menos 2 a 3 cm.). En realidad, las incisiones se encuentran en posición de las horas, 2, 4, 8 y 10 del reloj y alrededor del cuello. Se recalca que en la sección afecta sólo la mucosa vaginal.

Luego, con un clamp largo de Kelly, se disea un trayecto de 2-4 cm. en el parametrio a través de cada una de las cuatro incisiones. Esta disección es la parte más peligrosa de todo el procedimiento (heridas de vasos, uréter, vejiga o recto), por cuanto en los 100 casos del autor no hubo una sola complicación. En cada uno de los cuatro trayectos se introducen «tandems» de goma conteniendo dos de ellos 25 mg. de radium y los otros dos 20 mg., lo que da 1.260 mg. horas de radium, (45 mg. de radium  $\times$  28 horas = 1.260 mg. horas de radium) en cada parametrio, o sea un total de 2.520 mg. horas de radium intersticial. Luego se inserta en el canal intrauterino un «tandem» de goma largo (60 mg. radium  $\times$  28 horas = 1.680 miligramos horas de radium). Se coloca localmente 5 gr. de sulfanilamida y se taponan la vagina con gasa, lo que ayuda a alejar a la vejiga y al recto hacia adelante y atrás, respectivamente, del radium. La irradiación total recibida por el tumor en forma directa fué de 7.800 mg. horas de radium + 3.360 r. de radioterapia.

Las contraindicaciones a la nueva técnica de administración intersticial de radium son: 1) la fibrosis postadium y radioterapia del primer tratamiento, por la dificultad de la disección y aumento de la fibrosis con la nueva dosis de radium; 2) la infección, y 3) cáncer avanzado.

Las posibles complicaciones de la nueva técnica de la implantación intersticial de radium son precoces y tardías.

Precoces: lesión de los uréteres, lesión de vasos y hemorragia, abertura de la cavidad peritoneal con peritonitis y celulitis pelviana a partir de una de las cuatro disecciones del parametrio. No tuvo lugar ninguna de estas complicaciones en los 100 casos tratados por el autor. Las complicaciones tardías son más graves que las anteriores y fueron: 1) una proctitis grave en 6 pacientes, una de las cuales produjo una estrechez que requirió la colostomía. Las otras 5 pacientes mostraron al examen rectoscópico el cuadro clásico de la rectitis actinogenética, bien marcada a los 6,8 cm. del ano; 2) fistulas rectovaginales en 4 pacientes, y 3) necrosis cuello por radium.

Los resultados son: 76 pacientes (76 por 100) se hallan bien, y 24 (24 por 100) fallecieron (5 años).

Las causas de muerte fueron: 3 por fistulas rectovaginales; 2 por metástasis óseas; 2 por metástasis pulmonares; 4 por obstrucción urinaria; 7 por hemorragias vaginales secundarias, y 1 por hemorragia rectal. El autor con su procedimiento trata de conseguir: 1) Eliminar la necesidad de la operación para el cáncer incipiente del cuello. 2) Mejorar la extirpación total del tumor del cervix, y 3) Reducir la extensión parametrial del tumor por dosis mayores de radium, distribuídas equitativamente en toda la pelvis.

## PEDIATRIA

**Agnesia renal bilateral.** — Editorial L. Potter. — *The Journal of Pediatrics*, col 29, página 68, julio de 1946.

Entre unos 5.000 niños sometidos a examen necróptico después de la muerte intrauterina o en el periodo neonatal, se observaron 20 casos de agnesia renal completa.

No se observó relación con la edad de la madre, el número de embarazos, el método del parto o las complicaciones del embarazo. Los niños eran predominantemente varones. Las tres niñas presentaban completa ausencia de útero y vagina. Los pulmones de todos los niños eran hipoplásticos y la facies mostraba en todos los casos una expresión característica. Antes del examen postmortem, sólo en 8 de los niños se pensó que hubieran muerto a causa de malformaciones.

El número de niños observados en este grupo de autopsias indica que la agnesia renal completa no es tan rara como parece deducirse del pequeño número de casos publicados con anterioridad.

R. M. B.

## TERAPEUTICA FISICA

**El coagulograma como indicador critico del efecto de irradiación.** — J. Kaufman. — *Am. Journ. of Roentg.*, 55, 4, abril 1946, pág. 464.

Observaciones sistemáticas del coagulograma, con especial referencia a la concentración de la protrombina en sujetos aparentemente saludables, expuestos a pequeñas dosis repetidas de roentgen y radium radiación, revelan importantes signos del efecto de la irradiación.

Los efectos tempranos de dosis repetidas de X o gama radiación en su umbral de tolerancia sobre los elementos citológicos, sugiere una reacción irritativa como la expresa la mediana eritrocitosis y moderada leucocitosis con relativo y absoluto aumento de linfocitos.

La existencia de una amplia reserva de protrombina es reconocida, pero se cree que las manifestaciones de déficit encontradas son evidencia importante de que una función del hígado puede ser relativamente afectada hasta el grado de insensibilidad a la influencia de la irradiación.

Como resultado de sus observaciones, considera el autor que un alargamiento del tiempo de protrombina desde un máximo normal desde 30 a 45 grados expresa un aviso a la individualidad y renovada vigilancia y disciplina en observación de las reglas de protección en los laboratorios de radium y roengenterapia.

Si el tiempo de protrombina se alarga a 60 segundos o más (índice posiblemente indicativo de una disminución en la concentración de protrombina de 50 por 100), el individuo debe ser temporalmente alejado de cualquier área de exposición y la deficiencia neutralizada por todos los medios posibles.

Si la condición no puede ser controlada o progresa, una separación larga o permanente del individuo de cualquier exposición potencial se considera imperativa. Se considera la posibilidad de que la terapéutica por medio de la vitamina K pueda ser específica para la reducción de la concentración de protrombina encontrada en conexión con la irradiación. El grado de deficiencia que puede responder a tal terapéutica está bajo investigación y será discutido en una comunicación posterior.

## TISIOLOGIA

### Localización apical de la tuberculosis. Su significado en el tratamiento por el reposo prolongado en cama. — W. Dock. — *Amer. Rev. of Tubc.*, 53, 297, 1946.

El autor, basándose en que la presión sistólica en el ventrículo derecho no excede de los 250 milímetros de Hg, deduce que en el vértice del pulmón de un sujeto en posición erecta por estar situado de 25 a 30 centímetros más arriba, la presión arterial pulmonar rara vez podrá ser mayor de 5 milímetros de Hg. y que podrá llegar a 0 en las personas de tórax alargado. Desde que se requiere una tensión de cerca de 15 milímetros de Hg. para sobrepasar la diferencia entre la presión coloidal osmótica entre el plasma y el líquido del tejido pulmonar, se supone que en dicha región apical en la posición vertical, no pueden existir intercambios gaseosos ni líquidos de importancia, ni tampoco remoción de bacterias o de productos tóxicos. Por todo esto, considera que dichas circunstancias deben ser las que condicionan que la inmensa mayoría de las lesiones pulmonares de sobreinfección se localicen en el tercio superior de los pulmones. La falta de flujo de la relativa privaría a dicha región pulmonar de la relativa inmunidad que presenta el resto del organismo. A favor de esta hipótesis cita la reconocida rareza de la tuberculosis pulmonar en la estrechez mitral, donde la tensión de la arteria pulmonar está aumentada, y la enorme frecuencia de lesiones tuberculosas en la estenosis pulmonar que trae como consecuencia una hipotensión en el pequeño círculo. Señala que en las diseminaciones pulmonares tardías, en las que los enfermos por la disnea que aquejan deben permanecer largo tiempo sentados, las lesiones son más grandes en los campos superiores. El hecho de que las lesiones apicales sean más frecuentes a la derecha que a la izquierda, cree se debe a particularidades anatómicas de la arteria pulmonar derecha, que hacen probable una menor tensión arterial pulmonar en el territorio apical derecho.

Como consecuencia práctica de la teoría que sustenta, el autor señala que el reposo en cama para que sea eficaz como medida terapéutica debe ser realizado con el cuerpo en posición totalmente horizontal y no semisentado en la cama, pues de esa manera se suprime la tensión pulmonar disminuida en los campos superiores del pulmón.