

mente empleado: esto es, consiguiendo una cantidad de sangre determinada.

Se consigue no sólo aliviar el dolor pleural, sino que muchas veces se evita una seria complicación pleurítica.

El tratamiento por veneno de abejas ha sido muy bien extendido por la literatura médica. El autor ha obtenido buenos resultados con el empleo de "apis" en neuralgias occipitales y análogas, así como en casos de isquias.

En Alemania el médico no puede quejarse de falta de medicamentos; antes bien, puede hacerlo del exceso. Acaso fuera preferible contar solamente con un número reducido de preparados de eficacia bien probada." *per ser* III-27.

D DOLOR

ODONTOLATRIA

* W. BARCZYK.—*Contribución a la lucha contra el dolor, en Medicina interna.*

En este trabajo su autor no se propone pasar revista a las múltiples posibilidades de combatir los variadísimos estados dolorosos, ya que los medicamentos empleados son muchos, y, por otra parte, cada médico hace uso de aquellos que le han dado buenos resultados en sus enfermos.

En el tratamiento de los estados dolorosos agudos que se encuentran sin duda en primer lugar la morfina y sus derivados, y nadie hubiera renunciado a su empleo si no se presentaran a veces pequeñas manifestaciones secundarias. A pesar de sus ventajas, que son muchas, estas manifestaciones secundarias son las que han hecho que se busquen otros medicamentos en que no existen el vómito ni los centros del peristaltismo.

La dolantina no sólo se ha mostrado tan buena como la morfina en los dolores cólicos, sino superior a ella. En general basta una dosis de

En los heridos en estado de shock existen indicaciones y contraindicaciones para la intervención quirúrgica. Indicaciones: Hemostasia, traqueotomía. Antes de la intervención y durante la misma, tratamiento del shock. Anestesia local o narcosis por el éter, ninguna punción lumbar o anestesia intravenosa. Basta que se efectúe el primer tratamiento de la herida una o dos horas después del tratamiento del shock. Entonces es posible también la anestesia lumbar. El peligro del shock desaparece generalmente pasadas las primeras veinticuatro horas.—*R. A., per Bib. Med. Inter., 2.280.*

Se pueden preparar hoy aceros refractarios que pueden resistir una temperatura de 1.250° C. Estos aceros son, bien ferríticos o austeníticos. Los primeros son aceros al cromo, al Cr-Si o al Cr-Si-Al; los segundos son aceros al Cr-Ni o al Cr-Mn-Si. Un acero austenítico, que resiste temperaturas de 1.250° C., contiene 25 por 100 de Cr y 25 por 100 de Ni; un acero ferrítico, que resiste los 900° C., contiene 8 por 100 de Cr y 2,5 por 100 de Si. Los aceros ferríticos tienen sensiblemente el mismo coeficiente de dilatación que el hierro; los aceros austeníticos, por el contrario, se dilatan mucho más.

Por aplicación de una capa de Al es posible hacer refractarios aceros no aleados o fundidos. Bajo la influencia del oxígeno del aire se forma una capa de alúmina que aísla el metal; los aceros así tratados tienen una duración de cinco a seis veces la de los aceros ordinarios. Se pueden contar 2.000 horas de servicio a 900°-1.000° C. El empleo de hierro puro (hierro Armco) presenta numerosas ventajas a temperaturas elevadas; también a las corrosiones y a la acción de gases calientes y vapores agresivos. Se emplea hace ya muchos años como soporte para lingotes, hojas, hilos o barras de cobre, latón o metales ligeros. El hierro puro presenta la ventaja de deformarse muy poco en caliente—*Ion, 31, 1944.*

Patogénesis y tratamiento del shock traumático, por DOGLIOTTI.
"Chirug", c. 21, pág. 641. [617].

El shock postraumático: Síndrome de hipotensión con hipotermia y éstasis capilar, que se presenta aproximadamente de media a dos horas después de una grave traumatismo, ya sea por haber afectado ante todo a la sensibilidad (herida de los nervios, fracturas dolorosas, etc.), o ya sea que el traumatismo va acompañado de extensas contusiones. El cuadro típico del shock es completamente distinto del cuadro de la anemia posthemorrágica aguda. El organismo busca procurarse ayuda por todos los medios y, entre ellos, poniendo en circulación sus reservas de adrenalina y de hormona corticosuprarrenal.

Cuando así no puede restablecer el equilibrio, aumenta el estado de gravedad y puede llegarse a la muerte.

Terapia de las causas:

- 1.ª Evitar los dolores.
- 2.ª Eliminación de los factores causales, ante todo la hemorragia y la reabsorción de extensos focos de contusión.
- 3.ª Ayudar al organismo desfallecido por los factores predisponentes (agotamiento, sed, hambre, miedo).

Terapia de los síntomas: Eliminación del descenso de la presión sanguínea y de la parálisis de los vasos periféricos.

A ACERO

ODONTOLATRIA

Los aceros resistentes a los ácidos. Puntos de vista para juzgar su estabilidad. por H. J. ROCHA. — "Dechema-Monographien", 12, 109-116, 65-83, 1941.

En los aceros resistentes a los ácidos, los fenómenos de corrosión que se observan son totalmente distintos de los que aparecen en otros metales antiácidos: Ni, Cu, Monel, etc. Para apreciar su estabilidad es necesario considerar procedimientos especiales. Para comprender la pluralidad de los fenómenos de corrosión no es suficiente el estudio del potencial electroquímico. El autor hace intervenir la noción de curva "potencial-densidad de corriente", que estudia con detalle.—*Ion*, 31, 1944.

Sobre los aceros refractarios, por KALPERS, H.—"Oesterr. Chem. Ztg.", 45, 60, 1942.

Es preciso entender por aceros refractarios los que pueden ser empleados a temperaturas superiores a 550°, límite de utilización de los aceros ordinarios. Los aceros refractarios han llegado a ser indispensables para la fabricación de aparatos e instrumentos utilizados en metalurgia, esmaltería, industrias de la cerámica, del cemento, de los compuestos de nitrógeno, etc. Independientemente de estos aceros refractarios, obtenidos por aleación, se puede realizar una protección superficial por incorporación de metales, tales como Al, Cr, Si. Los aceros especiales aleados contienen generalmente Cr, Si, Al, Ni, siendo el cromo el elemento más empleado.

tacados en determinadas zonas montañosas (con parotiditis endémica) el número de atacados llegó a la cifra del 60 por 100.

La enfermedad tiende espontáneamente a la curación, pero su transcurso es largo (de cinco a siete meses), y a veces tiende a un estado crónico.

Los factores determinantes y patogénicos han sido interpretados de modo muy diverso; el estudio estadístico demostró que las alteraciones tiroideas latentes no deben considerarse suficientes para explicar la aparición y la evolución rápida de la enfermedad.

Las distintas investigaciones bioquímicas dirigidas al estudio del cuadro vitamínico, comportamiento del sodio, del cloro, de la fosfatemia y la yodemia no han permitido obtener resultados satisfactorios.

En cambio, el estudio de los caracteres histopatológicos fué de gran interés. Sobre la base de tales caracteres anatomopatológicos, de la ausencia de toda elevación de temperatura, y de la imposibilidad de obtener cultivos bacterianos positivos en las paperas agudas, no fueron éstas consideradas como de naturaleza infecciosa, sino más bien un estado coagulado a una alteración en el intercambio del yodo, a un déficit vitamínico y a determinados factores alimenticios (lípidos) y aun a una insuficiente alimentación genérica todavía no bien determinada; el frío fué también considerado entre las causas determinantes de la aparición de la enfermedad.

La parotiditis aguda y la endémica, según algunos autores, deben tener por origen un substrato común.

El profesor Gamma cree que "no se trata de una enfermedad del tiroides en sentido estricto, y menos de una enfermedad infecciosa; que se trata de un desarreglo rápido del estado endocrino, o, mejor, neuroendocrino del organismo, en que el tiroides reacciona rápidamente

como adaptación, tal vez de compensación, del nuevo estado de cosas".

El autor ha estudiado el transcurso de un número reducido de casos (ocho).

El cuadro clínico no presentó diferencia alguna con el descrito por distintos autores, y que ya hemos indicado.

En los dos primeros casos que se presentaron no se recurrió a ningún tratamiento particular, limitándose a la vigilancia del proceso.

A estos dos casos observados en primavera siguieron en los meses de septiembre-octubre otros seis casos, y es cuando el autor pensó en la bismutoterapia, eligiendo para ello dos preparados: un complejo lecitina-bismuto y una asociación yodo-bismuto.

Los resultados fueron sorprendentes; la técnica fué: durante tres días sucesivos, una inyección de bismuto y supositorio del preparado bismútico; en los ocho o diez días siguientes, descanso y observación del modo de reaccionar la parotiditis; después se reanuda el tratamiento, alternando los días de cura y de reposo.

El autor se extiende sobre la posible causa de la enfermedad, a fin de encontrar una explicación posible a la acción del bismuto, para circunscribirla a la realidad.

La difusión de la terapéutica bismútica en la curación de la sífilis, de las tonsilitis estreptocócicas y de las apendicitis agudas demuestra, por la investigación clínica y bacteriológica, la acción parasitocida y bactericida del bismuto unida a una acción organotropa estimulante de las fuerzas defensivas generales.

Con esto no quiere decir que la causa de las paperas agudas sea un virus desconocido, pero tal hipótesis también debe ser rechazada de plano.

En relación con la difusión alcanzada por la enfermedad en 1940-41 entre distintos destacamentos militares sin que ningún procedimiento se mostrase eficaz en su curación, se ha de señalar la acción beneficiosa del bismuto.

Para las tropas que debían permanecer en territorios apropiados a la enfermedad, las autoridades sanitarias militares dispusieron:

- 1) Profilaxis yódica, mediante el empleo del cloruro sódico yodado.
- 2) Suministro de agua hervida (bien por su acción bactericida eventual, bien por la posible acción química de la ebullición sobre algunas sustancias tiroidófilas).
- 3) Mejora del rancho, añadiéndole sustancias ricas en vitaminas (limones, verduras frescas).
- 4) La terapéutica especial, consistente en inyecciones con corticosterón.

Sin embargo, la terapéutica bismútica es de mejores y más rápidos resultados, por lo que merece ser ampliamente experimentada en el porvenir, si se presentara una nueva epidemia.—*M. Med.*, 14, 1942, *per Ser*, III, 27.

P PAROTIDITIS

La bismutoterapia en las parotiditis agudas. por C. SOLERO.

La parotiditis aguda estudiada al final del siglo pasado y en la guerra de 1914-1918, es de nuevo tema de actualidad por su reaparición y difusión entre las tropas, con un cuadro clínico que reviste los mismos caracteres.

Esta forma morbosa ataca de preferencia, como demuestran recientes estudios, a las tropas destacadas en determinadas localidades montañosas, en las que las paperas es una enfermedad endémica y se manifiestan en breve plazo de tiempo (seis-siete días). El enfermo observa frecuentemente la aparición y el desarrollo en la base del cuello de una tumefacción, que en un examen atento parece interesar las glándulas tiroideas, que pueden estar atacadas totalmente o solamente en uno de sus lóbulos, generalmente el derecho; los tejidos blandos pueden participar en el proceso, y entonces aparecen jugosos, pastosos, sin un aspecto todavía edematoso; la red vascular subcutánea se presenta siempre netamente dibujada y tortuosa. La tumefacción es de característica dura y elástica, y con frecuencia dolorosa a la presión.

No se observan alteraciones del color de la piel, ni elevación de temperatura, ni trastornos de otra clase de cierta importancia; solamente algunos síntomas secundarios, especialmente los de naturaleza mecánica, conexos con el volumen de líquido, y el lugar en que se desarrolla la tumefacción, y que consisten en impedimentos a la deglución y a los movimientos de la cabeza y del cuello.

La importancia práctica es grande, ya que en estos batallones des-

na B₁. Paralelamente, en el beri-beri experimental del pichón existía una elevación del azúcar sanguíneo y del ácido láctico; todos estos síntomas desaparecían totalmente con la administración de la vitamina B₁.

La influencia de la levadura de cerveza sobre la glucosuria y la hiperglicemia es conocida desde antiguo. A este propósito, los resultados obtenidos por los diferentes autores con la vitamina B₁ cristalizada son muy discordantes: Sainton, Mills y Labé han obtenido con ella en la diabetes azucarada resultados favorables, mientras que Satepp no ve efecto alguno de la misma sobre el azúcar sanguíneo de los diabéticos y de las personas normales. Como se verá más lejos, las experiencias del autor atribuyen gran importancia, en los resultados obtenidos, a la dosis de vitamina utilizada. Willams y colaboradores han obtenido éxitos con la administración de fuertes dosis de vitamina B₁.

Las publicaciones más recientes de Gaethegens, Molnar y Petranly parecen confirmar el hecho que bajo la influencia de la hormona de las cápsulas suprarrenales la vitamina B₁ se transforma en el organismo en una co-carboxilasa, bajo la forma de éster mono o difosfórico y que en esta forma realiza el efecto endógeno de la aneurina. En la experimentación animal se había notado una hipertrofia de las cápsulas suprarrenales en la avitaminosis B₁; esta hipertrofia se podía considerar como compensadora en la lucha del organismo contra déficit de aneurina. En este sentido también observaciones muy recientes demuestran que en los casos de avitaminosis B₁ acompañados de insuficiencia de las suprarrenales, el síndrome avitaminósico no se mejora a

pesar de la administración masiva de vitamina, observándose una pérdida enorme de vitamina B₁ por orina, lo que parece demostrar que el organismo, a consecuencia del déficit suprarrenal, es incapaz de utilizar la vitamina B₁ administrada. Cuando se administra al mismo tiempo la hormona cortical, los síntomas de avitaminosis desaparecen por completo, al mismo tiempo que la aneurina o vitamina B₁ se transforma en cocarboxilasa en el organismo.

Para demostrar la influencia de esta vitamina en el metabolismo hidrocarbonado, el autor ha emprendido una serie de experiencias en las cuales ha inyectado la vitamina a conejos aproximadamente del mismo peso. La inyección ha sido realizada en la vena marginal de la oreja. Después de la inyección determina cada media hora y durante tres la glucemia por el método de Hagedorn-Jensen.

En la primera serie de experiencias ha sido confirmada que la tasa de glucosa en los animales en ayunas desde la víspera es bastante constante. Esto establecido, el autor inyecta en las venas de los mismos animales la vitamina B. Los resultados fueron muy variables. A veces se observa bajo la acción de la aneurina una caída neta del azúcar sanguíneo; en ocasiones la misma cantidad de vitamina no produce en los animales sensibles efectos. Estos resultados obligaron a Saka a modificar su técnica. Los animales se encuentran en ayunas, y a continuación se inyecta una solución glucosada en vena a una concentración de un gramo de glucosa por kilo de animal. A partir de este momento dosificación de la glucemia cada media hora y durante tres. Días más tarde, en las mis-

mas condiciones y a los mismos animales se inyecta al mismo tiempo que la solución azucarada, 10 mgrs. de aneurina. La comparación de las dos curvas con y sin aneurina evidencia el efecto de la vitamina B₁ en la utilización del azúcar. Los resultados así obtenidos son muy evidentes; la inyección intravenosa de glucosa eleva la tasa del azúcar en sangre a un nivel más alto que cuando la misma inyección va seguida simultáneamente de la inyección por la misma vía de aneurina.

Basándose en estas experiencias se puede concluir que la presencia de una fuerte dosis de vitamina B₁ acelera la utilización o la descomposición de la glucosa inyectada. Con dosis menores de vitamina 1-2 miligramos en lugar de la masiva de 10 miligramos los efectos no son tan netos.

En experiencias posteriores, aun en curso, el autor pretende averiguar si el azúcar inyectado en la circulación desaparece por su combustión en los tejidos o por su almacenamiento en el hígado bajo forma de glucógeno.—*T. M., per Bib. Med. Inter., 2.254.*

M METABOLISMO DE LOS HC

ODONTOIATRIA

M. OSMAN SAKA: *Contribución al estudio de la influencia de la vitamina B₁ sobre el metabolismo de los hidratos de carbono.*—“Schw Med. Wschr.”, núm. 48, págs. 1.327-1.329, 1942. (616.39.)

El trabajo se refiere a las experiencias hechas por el autor para demostrar la influencia de la vitamina B₁ en el metabolismo de los hidratos de carbono. Hace tiempo se suponía que la vitamina B₁ debía jugar un cierto papel en la transformación de los hidratos de carbono. Por ejemplo, en el beri-beri del pichón se había demostrado el aumento de la tasa de glucosa en sangre, e igualmente en los casos de avitaminosis B₁, ciertos hechos observados en el expresado metabolismo habían llamado la atención. Basándose en estas observaciones se preveía la posibilidad de que la aneurina tuviera una acción semejante a la insulina. Por otra parte, y en estos últimos se ha comprobado con bastante certidumbre, la acción de dicha vitamina sobre la descomposición de los hidratos de carbono

Antes de conocer la acción íntima de la vitamina B₁ se había observado que en los casos de avitaminosis B₁ latente, una alimentación rica en hidratos de carbono podía hacer evidente dicho trastorno. H. Rudy creyó que en parecidas circunstancias al administrar una dieta rica en hidratos de carbono se agotaban totalmente las reservas de la vitami-