

Los forúnculos de la nariz y del labio superior, por R. BRAVO GARCÍA. Clínica y Laboratorio, 1945, XXXIX, pág. 35.

Definido el forúnculo y señalada su etiología y sintomatología en clara exposición, establece el autor el diagnóstico diferencial con el carbunco de lesiones focales atípicas, y los flemones de origen dentario, que a veces inducen a terapéuticas inapropiadas por su posible confusión.

Llama insistentemente la atención sobre los trastornos generales y locales motivados por los forúnculos. La aparición de un cordón rojo azulado en el surco nasogeniano del lado lesionado, que alcance hasta el ángulo interno del ojo, denuncia la gravísima complicación de tromboflebitis de la vena angular y de la oftálmica superior, las cuales pueden conducir, llegado el proceso al seno cavernoso, a una meningitis de fatal pronóstico. La complicación produce alteración conjuntival, quemosis con limitación de los movimientos del globo ocular, y exoftalmos.

Tratamiento.—Reposo absoluto en cama, aun estando apirético el enfermo; prohibición de hablar, y dieta líquida a base de leche, té, caldos de verduras, zumos de fruta, etc.

Se inclina por la terapéutica medicamentosa, recomendada por Gay Prieto: fomentaciones de soluciones de rivanol al 1 por 1.000, o de sulfato de cobre a igual concentración, renovadas con frecuencia; bloqueo de la lesión con 30-40 c. c. de sangre del enfermo, y sulfamidoterapia asociada a anatoxina estafilocócica.

La rata, como huésped intermediario en el kala-azar infantil, por A. GIL-BERMÚDEZ. Med. Esp., 13, 309-316, abril 1945.

Con motivo de haber observado un caso en que la mordedura de una rata fué seguida de kala-azar, efectúa el autor una serie de consideraciones que abogan en favor de su criterio.

Se trata de un niño de diecinueve meses, que vive en planta baja. Familia económicamente débil. En marzo de 1944 fué mordido por una rata en el dedo medio de la mano izquierda. La herida se infectó, dando lugar a un flemón, que tuvo que ser desbridado, supurando hasta los tres meses del desbridamiento que empezó a cicatrizar. Entonces observaron anorexia, malhumor, adelgazamiento y que aumentaba de volumen el vientre. Ultimamente observaron que está febril. Algunos días, deposiciones diarreicas.

Niño pálido, hipotrófico, 8,120 kilogramos. Vientre abultado, hepatoesplenomegalia. En el dedo afectado, ligera costra dérmica. Por punción esplénica se encuentran leishmanias. Hematíes, 2.216.000; leucocitos, 4.700; basófilos, dos; eosinófilos, cinco; neutrófilos, 33; linfocitos, 37; monocitos, 23; aniso y poiquilocitosis.

Creyendo apreciar relación entre el mordisco de la rata, herida supurante y kala-azar, se arranca la pequeña costra del dedo, y con el exudado seroso que fluye se hacen frotis, observando abundantes leishmanias en forma extracelular y algunos con blefaroblasto.

En los antecedentes de los niños afectos de kala-azar resalta la debilidad económica familiar, poca higiene en la vivienda y, sobre

En casos de forunculosis recidivantes, debe analizarse sistemáticamente la orina e incluso hacer curvas de glucemia. L. Velázquez recomienda, aparte de las reglas generales citadas, la radioterapia, con la que dice se obtienen resultados sorprendentes.

Demuestra el autor, con la casuística que presenta, los satisfactorios resultados obtenidos con el tratamiento descrito; utilizó sulfatiazol en todos los casos, a dosis de 10 comprimidos el primer día, ocho el segundo y tercero y seis el cuarto y el quinto. No es conveniente oprimir el forúnculo para facilitar la emisión del pus; de ello podrían derivarse complicaciones tales como bacteriemia, osteomielitis y flemón perinefrítico.

La intervención quirúrgica urgente será de rigor cuando se adviertan cefalalgias violentas, fiebre alta, fotofobia, dolor intenso a la presión ocular, grandes edemas en cara y párpado y algo de rigidez en la nuca. Serán siempre indicaciones operatorias: primero, la tromboflebitis de las venas facial y angular; segundo, los forúnculos flemonosos grandes, con diámetro superior a cinco centímetros en su base y con inflamación propagada a las regiones temporal y parotídea, y tercero, cuando la fiebre sea elevada y se presenten signos que indiquen la iniciación de un cuadro de infección tóxica general. El éxito del tratamiento quirúrgico está en razón directa de la precocidad con que se lleva a la práctica. (per Extracta, 193.)

todo, el que ésta se encuentre emplazada en planta baja y frecuentemente con corral o cuadra.

En la estadística de Boix Barrios, de 117 casos, 113 viven en el campo, con cuadra o corral, o bien en la ciudad o arrabales, pero en planta baja, con poca higiene. En los 60 casos de Benavente, 56 viven en barrios poco salubres, en casa de una planta, de tipo rural, casi siempre cercanas a estercoleros o con corral, y frecuentemente sin alcantarillado.

En los 28 casos del autor, solamente en uno, ya citado en un trabajo anterior ("Med. Esp.", núm. 56, septiembre 1943), parecía excluirse el contacto con ratas; pero después averiguó que desde pequeña solía irse a un almacén de coloniales de la familia, donde se encaramaba por los sacos de cereales. Por lo tanto, en ninguno de sus casos puede excluirse un contacto directo o indirecto con ratas. En la mayor parte de estos contactos, la puerta de entrada sería la vía digestiva.

Analizadas estas posibilidades, se aceptará que el niño atendido sin higiene, en ambiente de escasez económica en la vivienda, sobre todo si éstas están situadas en planta baja o en el campo, o si tienen corral o cuadra, o si están cerca de estercoleros, se encontrará expuesto con gran facilidad a la llegada a su organismo, por vía digestiva casi siempre, del leishmania, al que se encargará de transportar la rata el ratón común.—F. Cristóbal-Olías.

(per Act. Ped. Esp.)

Como *standard* de referencia al determinar los resultados de estudios sobre nutrición hay que observar que una ingestión de unos 30 mg. o una cantidad no excesivamente superior a ésta basta virtualmente en todos los sujetos para dar respuestas hacia el segundo día de la administración de la dosis. El número de días que pasen del segundo puede ser tomado como índice del déficit relativo en la ingestión pasada. Con ingestiones de 50-75 mg. por día (el *standard* óptimo recomendado por algunas autoridades norteamericanas) se llega a la saturación.

La prueba de saturación no presupone que la saturación sea por necesidad fisiológicamente deseable. Por "debajo del *standard*" no es sinónimo de "clínicamente deficiente" y existen grados de deficiencia parcial entre nutrición óptima y franca avitaminosis. Per Bib. Me. Int., 2.508."—Y.

V VITAMINAS

ODONTOIATRIA

Prueba de saturación de vitamina C; estandarización de medidas a niveles de ingestión graduados, por HARRIS. Lancet, núm. 1, págs. 515-517, 1943. [616.39].

Ya se han publicado datos preliminares (Harris, 1942) en apoyo del hallazgo de que diversos niveles de ingestión previa se hallan correlacionados con las respuestas graduadas correspondientes a la dosis de prueba de vitamina C. En el presente trabajo se presentan nuevos datos.

La técnica de la dosis de prueba usada para determinar el tiempo que el cuerpo necesita para saturarse de vitamina C (usando aproximadamente 11 miligramos por kilogramo de peso orgánico) fué la misma que la empleada y descrita por Harris y Abbasy (1937).

El material humano principal consistió en 36 muchachos en un internado escuela, pero al propio tiempo se instituyeron determinadas comparaciones incidentales con muchachos de las clases trabajadoras con peores ingestiones de vitamina C, pero conocidas con menos exactitud, y en investigadores y estudiantes de Medicina de uno y otro sexo. Durante los cuatro meses que precedieron a las pruebas de saturación la

dieta de los muchachos del internado-escuela les proporcionó de 20 a 25 miligramos de vitamina C por día. Un grupo se mantuvo sólo con esta dieta basal. A un segundo grupo se le administró un suplemento diario de 15 mg., de modo que la ingestión total fué de 35-40 mg. por día. Un tercer grupo recibió un suplemento de 25 mg., de modo que su ingestión diaria alcanzó de 40 a 50 mg. En algunas pruebas llevadas a cabo el año antes (1941) la ingestión diaria de vitamina C en la dieta basal fué de 40-50 mg., y de ahí que en los dos grupos que recibieran suplemento las cantidades totales recibidas a diario fueran de 55-65 y 70-80 mg., respectivamente.

Los resultados de estos experimentos se resumen en el siguiente cuadro:

RESPUESTAS GRADUADAS CON DIVERSAS INGESTIONES PREVIAS GRADUADAS

Fecha de la prueba	Ingestión previa en mg. por día. Promedios (y límites)	N.º total de muchachos en grupo	N.º de muchachos que se aproximaban a la saturación en (días)					
			1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
Otoño 1941.	75 (70-80)	12	12	—	—	—	—	—
	60 (55-65)	10	10	—	—	—	—	—
	45 (40-50)	10	9	1	—	—	—	—
Abril 1942.	47 (45-50)	12	12	—	—	—	—	—
	37 (35-40)	11	5	6	—	—	—	—
	23 (20-25)	12	—	5	7	—	—	—
Primavera 1941.	Diversos niños de clase obrera pobres. Dietas de guerra. En su mayoría menos de 20 mg.	29	1	4	8	11	3	2
Primavera 1938.	Clase obrera, antes de la guerra para comparación.	35	10	11	9	5	5	—

La falta de hierro como causa de enfermedad, por el DR. LUDWIG HEILMEYER, Profesor de la Universidad de Jena.

Desde hace miles de años desempeña el hierro un importante papel en la Medicina de todos los pueblos. Se sabía desde los tiempos más remotos que algunos casos de anemia podían curarse mediante el hierro, y los preparados de hierro constituían un medio terapéutico eficaz en la clorosis, aquella forma de anemia tan extendida entre los jóvenes a finales de siglo. Pero a estos efectos del hierro, a menudo brillantes, se oponían fracasos tan frecuentes o más; es decir, casos de anemia en los que el tratamiento por el hierro no ejercía ninguna influencia.

Este efecto, en apariencia inseguro, de hierro, desacreditó muchas veces el medicamento; y, finalmente, cuando se descubrió la maravillosa acción del hígado administrado como medicamento en la anemia perniciosa de evolución mortal en otro tiempo, y resultaron patentes los efectos beneficiosos del hígado, incluso en otras formas de anemia, pareció haber surgido un poderoso rival del hierro en el tratamiento de las anemias, que redujo mucho la importancia de éste en dicho tratamiento, y en ocasiones lo hizo olvidar por completo. Es cierto que el análisis morfológico y clínico más riguroso de las distintas formas de anemia permitió reconocer, poco a poco, que existen determinados casos de anemia que responden mucho mejor al hierro que al hígado, aun cuando resultaban oscuros el cómo y el porqué de esta relación; mas la Hematología clásica imperante, por la influencia de O. NAEGELI, P. MORAWITZ y otros destacados científicos de esta época, rechazaba en absoluto la posibilidad de una falta de hierro en estas formas de anemia que

D DIABETES

ODONTOIATRIA

Diabetes mellitus e intervenciones quirúrgicas.—Exposición del Dr. UMBER, de Berlín.

Comienza diciendo que va a exponer su experiencia desde 1903, en que viene dirigiendo clínicas para el estudio de la diabetes, habiendo asistido a un total de 16.000 diabéticos, de los cuales unos 13.000 fueron tratados con insulina; de ellos 570 han sufrido intervenciones quirúrgicas, o sea, cerca del 4 por 100.

La revisión retrospectiva de la cuestión la utiliza para hacer ver que los autores de la era preinsulínica no mencionaban la posibilidad de intervenciones en los diabéticos, o, como su maestro Naunyn, se muestran muy reservados. En cambio, el conferenciante viene sosteniendo, desde 1923, que las intervenciones quirúrgicas en los diabéticos tienen las mismas indicaciones y los mismos peligros que en los sanos, siempre que estén sometidos a tratamiento a fondo.

Establece como principios para las intervenciones en diabéticos:

1.º Contraindicación para cualquier intervención en coma, incluso incipiente, debiendo preparar previamente al enfermo y evitar dejarlo a dieta los días que preceden a la operación.

2.º Todo diabético, aunque lo sea de poca intensidad, debe ser tratado con insulina previamente a la operación.

3.º Cesar el tratamiento con insulina el día de la operación es un defecto de técnica; y

4.º Como anestésico no debe usarse cloroformo, prefiriéndose el cloruro de etilo, la anestesia intravenosa o local, pero no la raquídea por el peligro de producir glucosuria por shock.

A continuación distingue dos tipos de operaciones en diabéticos:

responden al hierro, porque la observación clínica no ofrecía ningún punto de apoyo para aquella suposición; por el contrario, la aportación de hierro en la alimentación parecía ser en tales casos muy suficiente, de modo que parecía no existir causa alguna para producirse una falta de hierro.

Una cierta luz sobre este problema surgió primeramente en Alemania por la investigación experimental en animales. Ya antes de la Gran Guerra, el patólogo de Würzburg, MARTIN BENNO SCHMIDT, no sólo consiguió producir en los ratones blancos, mediante una alimentación pobre en hierro, durante varias generaciones, una grave anemia del tipo de la clorosis, sino que logró, además, provocar otros fenómenos patológicos, referidos causalmente a una falta de hierro que se podían curar con la administración del mismo. Entre estas manifestaciones de falta de hierro que no conciernen a la sangre figuraban especialmente retraso en el crecimiento, alteraciones del pelaje, extraordinaria debilidad de toda la musculatura y determinadas variaciones en el metabolismo gaseoso de los animales enfermos. Ya M. B. SCHMIDT llamó la atención sobre la semejanza de estos fenómenos por falta de hierro por él hallados con ciertos trastornos avitaminósicos. De ello concluyó que el hierro tendría para el organismo una importancia semejante a la de las vitaminas, y lo colocó a par de la vitamina del crecimiento. De estos resultados de la investigación, M. B. SCHMIDT no ha sacado aún conclusiones para la patología humana. (Per Sem. Med.)

a) Operaciones inmediatas (apendicitis agudas, perforaciones gastrointestinales, embarazo extrauterino, etc.), en las que hay que preparar rápidamente al enfermo, inyectándole por vía intramuscular 30-40 unidades de insulina dos-cuatro horas antes de operar (dependiendo el valor de aquéllas del nivel glicémico y glucosúrico); a la vez se administran 50 centímetros cúbicos de suero glucosado isotónico y una mezcla de CO HNa, levulosa y suero fisiológico, si hay peligro de coma. Todo se repite poco antes de la operación. Cuatro horas después de ésta se vuelve a inyectar 20 unidades de insulina y 100 centímetros cúbicos de dextrosa intravenosa, y en días sucesivos se va sustituyendo por insulina-depósito, siempre de acuerdo con los estudios metabólicos.

b) Operaciones aplazables por lo menos una semana, lo que permite regularizar el metabolismo hidrocarbonado.

En apoyo de su tesis cita su estadística de diabéticos operados, insistiendo en que la dirección del tratamiento de estos enfermos es más difícil que en el diabético corriente, por lo que no debe hacerse por el cirujano solo, sino también por un conocedor de estas cuestiones.

Termina preguntándose si una intervención puede causar en un sujeto no diabético una verdadera diabetes mellitus y si una intervención en el páncreas puede producir dicha enfermedad. A la primera pregunta contesta que si acaso sólo pueden producirse glucosurias pasajeras, y a la segunda señala que de sus treinta y nueve necrosis de páncreas intervenidas, sólo en una vió producirse una diabetes, creyendo que se trataba de un órgano insular hereditariamente débil, puesto que sus amplias observaciones clínicas y estudios de gemelos univitelinos diabéticos coinciden en que un sujeto con órgano insular sano no puede convertirse por influencias externas en diabético y, por ello, concluye afirmando, como ya lo hizo hace muchos años, que "quien nace sin herencia diabética no puede ser diabético". (per Med. Esp.)

agujeros por clavo de Steinmann. infectados, y en 1 de osteomielitis del hombro consecutiva a herida por arma de fuego, se alcanzó también la curación.

Finalmente refiere el autor 2 casos de osteomielitis crónica consecutivos a fracturas complicadas. Se les administraron a cada uno más de 1 millón de unidades de penicilina, no consiguiéndose, tras mejorías pasajeras, efectos beneficiosos definitivos. Ello le permite concluir que las sepsis antiguas que afectan al hueso deben considerarse campos poco favorables para el tratamiento penicilínico. (per Extracta, 164).

P PENICILINA

ODONTOIATRIA

La penicilina en infecciones óseas, por IVOR M. ROBERTSON. British Medical Journal, 1944, i, pág. 519.

Se describen 33 casos de infecciones óseas en que, aparte del tratamiento usual—general y quirúrgico—, se sometió a los enfermos a terapéutica penicilínica. La administración se verificó, en 9 pacientes, por vía intramuscular o endovenosa; a los 24 restantes se les aplicó tópicamente.

Siete de los casos—niños de 8 meses a 14 años de edad—presentaban una osteomielitis hematógena aguda por estafilococo dorado. Se les administró penicilina por vía general a dosis proporcionales al peso, tomando como referencia la cantidad de 120.000 unidades diarias para un adulto. En 6 de ellos se asoció, a este nuevo tratamiento, el quirúrgico clásico: en el enyesado se practicó un ventanillo para la mejor inspección y extracción de muestras para el cultivo. Se hace notar que los resultados más satisfactorios se obtuvieron en los casos en que la medicación se instauró con precocidad, espe-

cialmente en los que la dolencia llevaba menos de 10 días de evolución. En conjunto, fué excelente el resultado de la penicilina en este tipo de infección ósea.

En 8 pacientes de osteomielitis hematógena crónica—5 consecutivas a fracturas complicadas y 2 a heridas operatorias infectadas—el tratamiento instaurado fué únicamente local, bien en forma de crema con 400 unidades por gramo, o en solución acuosa de su sal cálcica con 1.000 unidades por c. c., o en polvo con 2.000 unidades por gramo, mezcla con sulfanilamida y 5 por 100 de óxido de magnesio. Los resultados no fueron satisfactorios: de los tratados, curó sólo uno; siete manifestaron mejoría temporal, únicamente.

Los autores achacaban el fracaso principalmente a tres circunstancias: a) a las dificultades mecánicas para lograr un contacto continuo de la penicilina con la parte infectada, debido a que la solución escapa fácilmente de los senos y cavidades óseas; b) a la inaccesibilidad del fármaco a la infección propiamente ósea, no lográndose la penetración completa necesaria para una curación total; c) a la presencia de secuestros, ante la cual el tratamiento con penicilina, sin una completa extirpación quirúrgica, se ha mostrado ineficaz.

Las fracturas complicadas—tres casos que presentaban una herida goteante, con gran pérdida de piel, y hueso desnudo en el fondo—fueron particularmente resistentes al tratamiento.

Espera el autor que mejorarán estos resultados tan poco alentadores, mediante una eliminación radical del hueso infectado, seguida de cierre completo (si es necesario con ayuda de injerto) y subsiguiente instalación de solución de penicilina mediante sonda.

Relata a continuación 10 casos diversos de infecciones óseas, tratados localmente con penicilina. Los resultados fueron mejores que en la serie anterior, tal vez por tratarse en su mayoría de lesiones recientes que afectaban poco al hueso, involucrando principalmente tejidos blandos. De estos casos, 5 correspondían a infecciones postoperatorias de heridas que se trataron instalando la solución de penicilina en el seno, mediante un catéter, dos veces al día. El promedio de droga administrada fué 39.000 unidades en 3 días y medio; 2 casos curaron completamente, 2 mejoraron temporalmente y 1 se mostró ineficaz al tratamiento. En 2 casos de