

J. P. Webster: INJERTOS CUTÁNEOS REFRIGERADOS.—Annals of Surgery, 120: 431-449, octubre 1944. [617].

Hasta ahora, el autor y sus colaboradores han aplicado en un total de 23 pacientes 36 injertos cutáneos refrigerados. Cuatro de los trasplantes eran de piel completa y los restantes eran dermoepidérmicos de mayor o menor grosor. Todos los trasplantes eran autólogos, excepto cinco, que eran homólogos. La mayoría de los autoinjertos fueron trasplantados después de un período de refrigeración de menos de veintiún días, obteniéndose buen resultado en casi todos los casos; la infección o la falta de condiciones apropiadas del lecho del injerto fueron los responsables de los pocos fracasos observados. Cuatro de los injertos se aplicaron después de llevar períodos de refrigeración que oscilaban de veintiséis días a cinco meses y dos días. Los injertos se aplicaron sobre heridas recientes o en granulación.

Hay varias indicaciones para el empleo de los trasplantes cutáneos refrigerados. Por ejemplo, si después de una operación queda un exceso de piel, ésta puede refrigerarse para volver a ser aplicada en caso de que fracase el primer injerto. En los pacientes quemados pueden obtenerse los injertos para ser refrigerados en el momento de hacer el desbridamiento o quitar las escaras, especialmente si el estado del herido no garantiza la aplicación de los injertos totales o parciales en este período. Cuando las granulaciones han alcanzado un desarrollo conveniente, pueden aplicarse los injertos refrigerados. Puede usarse un trozo de piel en la primera operación y aplicarse el sobrante en una segunda operación. Por este tiempo puede estar ya curada la zona de que

T TUBERCULOSIS

ODONTOIATRÍA

Acido para-aminosalicílico en la tuberculosis

El principio de interferencia con las necesidades nutritivas de los gérmenes, que tan eficaces resultados ha proporcionado ya en quimioterapia sulfonamídica, ha sido aplicado a la tuberculosis por LEHMANN (Lancet, 1946-I-15). Partió de la observación de Bernheim de que el ácido salicílico es utilizado por el bacilo tuberculoso en los cultivos, aumentando el consumo de oxígeno por los gérmenes. En vista de ello, investiga LEHMANN más de 50 derivados del ácido salicílico, y observa que el ácido 4-aminosalicílico es el que posee una acción bacteriostática más intensa sobre el bacilo tuberculoso. En experiencias "in vitro", aun a una concentración del 1/650.000, se inhibe el crecimiento del bacilo de Koch en una proporción del 50 al 75 por 100. Pequeñas variaciones en la composición de la sustancia, como el paso del grupo amínico al lugar 3 ó al 5, suprimen el efecto bacteriostático. La toxicidad del ácido para-aminosalicílico es muy pequeña; las ratas no presentan ningún síntoma, aun después de administrar dosis elevadas durante dos meses. En la clínica ha sido ensayado ya el medicamento en aplicaciones locales y en administra-

se extrajo el injerto, y el paciente abandona el hospital mucho tiempo antes que si el injerto se hubiese obtenido en el momento de ser aplicado.

La piel arrancada de un miembro traumatizado puede refrigerarse y ser conservada en estado satisfactorio hasta que se hayan producido buenas granulaciones y desaparecido el peligro de gangrena gaseosa y otras infecciones graves.

Los injertos refrigerados se emplean raramente en cirugía, aunque la técnica es sencilla y las indicaciones numerosas. Tienen gran aplicación en el caso de pacientes jóvenes debilitados o en las quemaduras muy extensas. Los injertos pueden obtenerse de cadáveres, miembros apuntados o bien de la forma ordinaria en el paciente o en un donador. Solamente puede esperarse que sobreviva durante largo tiempo los injertos autólogos.—*M. C. P.*

ción oral. Localmente se han tratado abscesos resultantes de la toracoplastia, mediante una solución neutra al 10 por 100 lográndose la curación en uno o dos meses. El tratamiento general se ha efectuado en 20 pacientes, mediante la administración oral de 10-15 g., en períodos de ocho días, con intervalos libres de otros ocho. Aun es pronto para sentar conclusiones definitivas, pero parece que en varios enfermos se logran considerables mejorías subjetivas, que coinciden con desaparición de la temperatura, disminución de la velocidad de sedimentación y mejoría del estado general. (Per *Rev. Clin. Esp.*, 15-I-46.)

Durante los últimos años se han realizado numerosas investigaciones encaminadas a indagar los medicamentos expectorantes más apropiados para figurar en la alimentación de las abejas. El sentido del gusto de las abejas es muy diferente del de los hombres. V. Frisch lo designa con el calificativo de embotado. Es sabido que no todo lo que a nosotros nos parece dulce (la sacarina, verbigracia), es aceptado por las abejas; por ello, no nos causa gran sorpresa el saber, por ejemplo, que el "Pulv. Liquiritae" fué rehusado por ellas. Igualmente, hubo que descartar de la alimentación de las abejas el "Radix primulae" y el "Radix violae", porque, debido a su contenido en saponina, aquéllas no les admitían. Por el contrario, sustancias amargas como la quinina y la "Cort. frangulae" fueron gustosamente ingeridas. También la efedrina fué muy bien tomada. La administración de licor amoniaco anisado no fué posible, pues por resultar tóxico para las abejas, una parte de ellas falleció. Cocimientos de mixturas de té de origen indígena (hinojo, llanten, tusilago, milenrama, malvavisco, salvia, líquen islándico, pulmonaria, etc., etc.) fueron muy bien ingeridas por las abejas; y la miel curativa entonces obtenida, no era inferior, en sabor agradable y en aroma, a la mejor miel natural.

Frecuentemente, en los distintos Servicios de nuestra Casa de Salud, hemos administrado a numerosos enfermos grandes cantidades de este producto. Bien sé yo cuán difícil de enjuiciar es la eficacia de un expectorante. Consiguientemente, para formarme mi composición de lugar del medicamento, no me he dejado llevar tan sólo de mi propio juicio y de las impresiones de mis colaboradores médicos, sino que me he hecho también informar regularmente de las antiguas y experimentadas enfermeras de los Servicios. Su opinión era también para mí altamente valiosa, puesto que me consta que ellas poseen mucho sentido crítico y pueden, además, observar a los niños durante todo el día.—Per Act. Ped. Esp.

M MIEL

ODONTOIATRIA

La miel es un medicamento ya viejo. ATHENAUS refiere que DEMOKRIT, que llegó a alcanzar una gran edad, respondía a los que le preguntaban cómo había conseguido vivir tantos años: "Exteriora óleo, interiora melle irriga". Ya antiguamente se usó la miel como tratamiento de las enfermedades del corazón (especialmente del miocardio), del estreñimiento, de las enfermedades renales y de las de los órganos respiratorios.

En 1789 escribe KRÜNITZ: "La miel posee propiedades balsámicas, seca y arrastra la excesiva humedad, disuelve el moco viscoso, purga agradablemente, cura las afecciones del cuello y es un buen remedio contra la tos, obstrucciones de las vías respiratorias, disnea y expectoración hemóptica".

Según THEOBALD, la miel de abejas diluída en bebidas calientes en la proporción del 10 por 100, actúa, en las inflamaciones de las vías respiratorias, mitigando la irritación local; en virtud, precisamente de su contenido en sustancias gomosas, que llegan a cubrir la mucosa respiratoria. La propagación del calor a los bronquios y pulmones hace que también las vías aéreas inferiores sean infuídas en el sentido de una disminución de la patológica excitación. Según este autor, los cuerpos aromáticos contenidos en la miel actúan también resolutivamente, siguiendo el ejemplo de otros agentes etéreos que por la mucosa respiratoria son eliminados. Gracias a esta eliminación, tiene lugar: un aumento de secreción y una mejoría de la tos.

También, según E. ZANDER y KOCH, es la miel, con o sin la cooperación de otros remedios, un medicamento muy apreciado desde hace muchos años en las inflamaciones de las vías aéreas, en los catarros de todas clases, toses, afonías, tos ferina, etc., etc.; en todos estos

casos, la miel actúa beneficiosamente suavizando y disolviendo las mucosidades y aislando del aire la mucosa respiratoria.

Además, la miel ha sido siempre elogiada como medicamento excitante del apetito y como fármaco vigorizador de muy agradable ingestión. Frauenfelder y Emrich obtuvieron, mediante curas con miel sistemáticamente practicadas, un claro aumento de peso y un aumento de hemoglobina de un 16 a un 32 por 100.

Se procede de muy original manera: No se mezcla la miel con los medicamentos expectorantes elegidos, sino que se hace que ellos pasen al estómago de las abejas; es decir, se alimenta a las abejas con ellos. Así, pues, las abejas injieren, en agua azucarada, una larga lista de medicamentos. Procediendo así se obtienen las siguientes sorprendentes observaciones: si se alimenta a las abejas solamente con azúcar, no se obtiene verdadera miel, sino tan sólo un jarabe incoloro y de insípido sabor. Pero si conjuntamente con el azúcar se les administra determinados medicamentos, sobre todo de origen vegetal, entonces nos suministran las abejas un producto que ni por su aspecto exterior ni por su sabor es posible distinguir, ni aun por las personas expertas, de la pura miel vegetal de las abejas alimentadas en las flores. De esta manera se obtiene, en forma de miel de abejas, un medicamento que Mack ha denominado miel curativa.

La miel curativa posee numerosas propiedades y ventajas de la auténtica miel de abejas; como, por ejemplo, estar dotada del mismo contenido en azúcar invertido (glucosa y levulosa), del mismo contenido en agua, tener el mismo aspecto, el mismo color, el mismo olor, etc., etc.

La obtención de extractos totalmente activos de plantas frescas es, desde hace mucho tiempo, un problema muy tratado y discutido en la práctica farmacéutica, que encuentra, con la elaboración de la miel cu-

rativa, una solución biológica ideal. Para conseguir extractos químicos de plantas frescas es necesario echar mano de disolventes; y ocurre que, en la ulterior extracción o evaporización de los mismos existe siempre el peligro de una alteración de las sustancias activas. Pues bien: las abejas condensan los extractos de las plantas con el máximo cuidado y de una manera biológicamente pura; constantemente tiene el producto el mismo característico contenido en agua de la miel: un 20 por 100 aproximadamente. Ellas consiguen esto de la manera más singularmente refinada: mediante repetidos transportes de una celdilla a otra; con lo cual la miel curativa continuamente se pone en contacto, en la parte anterior del tracto digestivo, con los múltiples orificios glandulares que la enriquecen en valiosas sustancias biológicas (fermentos, etc., etc.). Simultáneamente, las abejas hacen conservable el producto; pues, como es perfectamente conocido, la miel puede guardarse ilimitadamente sin más que mantenerla en depósitos secos. En oposición a los usuales jarabes contra la tos, en la miel curativa el azúcar de caña o sacarosa (que ciertamente figuraba en la alimentación de las abejas) se encuentra transformado en azúcar desdoblado (glucosa y levulosa), es decir, en la forma hidrocarbonatada más fácilmente digerible y más provechosa. La cantidad de medicamentos contenidos en el agua azucarada de la alimentación de las abejas, es decisiva en relación con el contenido medicamentoso de esta miel terapéutica. El efecto de la "miel curativa" puede, pues, en virtud de determinado contenido en sustancia activa, ser graduado; lo cual equivale a poder ser exactamente dosificada.

Al lado de estas ventajas que, debido a la forma singular de preparación (por alimentación especial de las abejas), el producto obtenido ofrece, está también la de que este proceder representa la única posibilidad de elaboración de gran cantidad de miel curativa.

4.^a En todos los casos de niños raquíticos hemos encontrado valores fosfatásicos elevados. Estas cifras han disminuído notablemente por efecto de las radiaciones ultravioleta. Creemos de gran interés el estudio de las fosfatasas en el raquitismo, tanto con fines diagnósticos como para precisar el momento de la curación, ya que éste va acompañado de un descenso franco de la cifra de fosfatasas. *F. Diez Melchor.*—Per. L. Med. Coln.

C CANCER

ODONTOIATRIA

SALES NICASIO (Octavio): *"Significación de las fosfatasas en el diagnóstico del cáncer"*.

El tema elegido es de los más interesantes, ya que actualmente el estudio de las fosfatasas en diversos procesos, y principalmente para el diagnóstico de los procesos tumorales como signo incipiente, es de una gran utilidad y actualidad.

Divide el trabajo en dos partes, en la primera expone los principales trabajos aparecidos sobre fosfatasas para procurar armonizar los diversos criterios que aun actualmente existen en varios problemas.

Las fosfatasas se clasifican en ácidas, neutras y alcalinas, según el pH óptimo a que actúen y atendiendo al sustrato sobre el que realizan su efecto enzimático en fosfomonoesterasas, fosfodiesterasas, pirofosfatasas, adenilpirofosfatasas, nucleofosfatasas, metafosfatasas, trifosfatasa, fitasa.

Seguidamente se ocupa de la significación biológica de las fosfatasas, comenzando por el de la fosfatasa alcalina en la formación ósea, según las teorías clásicas de Robinson, y las más modernas fosfatas en la lactancia, en la función renal y en la absorción intestinal de los hidratos de carbono y grasas.

Las variaciones de las fosfatasas son estudiadas después, primero

en condiciones fisiológicas: edad, dieta, y luego, en patología en las enfermedades óseas, cáncer, ictericias, tuberculosis pulmonar, diabetes, nefritis, leucemias.

En la segunda parte del trabajo, que es la parte experimental, comienza con la técnica seguida para las determinaciones de las fosfatasas en plasma, que ha sido la de Bodansky, ligeramente modificada por Jenner y Kay, que emplean como tampón una solución de glicocola en sosa en lugar de la solución clorhídrica de veronal sódico; la lectura la hacen con el fotómetro de Pulfrich. Define las diversas unidades fosfatásicas, siendo ésta una de las mayores divergencias que existen en los trabajos sobre fosfatasas, ya que cada autor tiene su unidad fosfatásica; la unidad empleada corresponde a la cantidad de fermento capaz de liberar un miligramo de fósforo de una solución de beta glicerofosfato en tres horas a la estufa a 38°, con un pH óptimo de 9, con tampón de glicocola y sosa; considera como valores normales los comprendidos entre 9 unidades en el adulto y de 13 a 22 unidades en el niño.

Realiza dosificaciones en sujetos normales para tener datos comparativos con los valores obtenidos en el plasma de cancerosos y niños raquíticos. Después, en seis casos de sarcoma osteogénico de diferentes localizaciones, haciendo las determinaciones antes, durante y después del tratamiento; 14 de carcinoma de útero, 14 de carcinoma de mama, 17 en tumores de distinta localización: lengua, en-

cías, laringe, tiroides, etc., 13 de linfogranulomatosis y tuberculosis ganglionar y en 10 casos de raquitismo.

El trabajo es muy completo, muy detallado y con gran número de gráficos, diagramas, radiografías y una abundante bibliografía.

Termina con las siguientes conclusiones:

1.^a En el grupo de tumores conjuntivos, variedad sarcomas osteogénicos, los valores fosfatásicos son francamente elevados en la forma osteoblásticas y menos acusado en la osteolítica. Estos valores no se han influenciado por la acción de los R. X, posiblemente por el carácter de malignidad que poseen estos tumores, y en razón, quizás, de su radiorresistencia. Creemos de gran interés la prosecución del estudio de fosfatasas en este grupo de tumores, persiguiendo como objetivo principal el diagnóstico precoz, sin que haya necesidad de emplear la biopsia.

2.^a No hemos encontrado modificaciones apreciables que se distancien de los valores normales en las investigaciones practicadas en el grupo de tumores epiteliales, incluso en un caso que presentaba metástasis óseas generalizadas. Por ello, consideramos desprovisto de interés la investigación de fosfatasas en los tumores epiteliales, estudiados por nosotros con fines diagnósticos y pronósticos.

3.^a Los valores fosfatásicos que hemos obtenido en el grupo de enfermos con linfogranulomatosis maligna y tuberculosis ganglionar tampoco difieren sensiblemente de las cifras normales.

crónicas, deberán ser exploradas sistemáticamente en este sentido las tonsilas de todo efecto de una osteomielitis de evolución tórpida.

2.^a La extirpación del foco tonsilar puede ser hecha en cualquier época de la actividad de la osteomielitis.

3.^a El diagnóstico de infección focal amigdalara debe ser hecho por un especialista.

4.^a Que en aquellos casos en que este diagnóstico de infección focal amigdalara no pueda hacerse, no debe esperarse ningún resultado de la supresión de las tonsilas palatinas.

5.^a A la supresión quirúrgica por disección de las amígdalas palatinas como factor causal de entretenimiento de las osteomielitis crónicas deberán seguir todas las maniobras terapéuticas usuales, ya que la sola extirpación del foco no es suficiente para obtener el cierre y cicatrización de las fístulas; y

6.^a Las ablaciones parciales de las amígdalas palatinas o amigdalotomía, tal como aún la efectúan algunos especialistas, encuentran en estos casos, una censura más, ya que la conservación de un fragmento amigdalino constituirá un magnífico lugar para el acantonamiento de los gérmenes, facilitado por la presencia de abundante tejido cicatrizal, que evita el vaciamento fisiológico de las criptas. En nueve de nuestros trece casos, los enfermos habían sido así operados.—Per Sem. Med. Esp.

O OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

Infección focal amigdalara en las osteomielitis crónicas. Por el Doctor VASSALLO DE MUMBERT.

El curso pasado tuvimos ocasión de comprobar la influencia de la infección focal amigdalara en la evolución de algunos casos de osteomielitis. El magnífico resultado obtenido en la curación de la afección ósea y el tiempo transcurrido sin recidivas, me han decidido a efectuar esta breve comunicación por creerla de gran interés.

Nuestros enfermos tratados son un total de 13.

Todos estos casos, crónicos en su evolución, con formación y eliminación de secuestros, venían siendo tratados por todos los procedimientos clásicos, que podemos agrupar en la forma siguiente:

A) Tratamiento médico:

Soluciones antisépticas. Sulfamidoterapia. Vacunoterapia y sueroterapia. Transfusiones de sangre. Abscesos de fijación. Curas de Ohr y de Ollier, etc.

B) Tratamiento quirúrgico:

Drenado. Trepanación. Legrado, etc.

La edad de los enfermos varió entre los catorce años y los cincuenta y siete, y el sexo en estos casos, se encuentra en la proporción de 4-2 a favor del sexo masculino.

En estos trece casos, a lo largo de la evolución de la enfermedad, se pudieron observar complicaciones.

En todos los casos consta en sus antecedentes historia de amigdalitis de repetición, en algunos de ellos incluso con formación de flemones periamigdalinos.

En la exploración otorrinolaringológica encontramos los siguientes datos de interés:

Nueve de nuestros enfermos fueron operados a su tiempo de amigdalotomía, presentando en el momento del examen grandes formaciones residuales envueltas por tejido cicatricial y con ausencia de criptas superficiales. Todas las pruebas biológicas y el examen clínico me permitieron hacer el diagnóstico de infección focal amigdalilar por amigdalitis residual.

Hay que hacer asimismo constar que estos enfermos, a pesar de su operación amigdalina, continuaron con molestias faríngeas, que variaron entre simple disfagia y picor de fauces hasta anginas clásicas, con todo el cortejo sintomático.

Los otros tres casos no fueron operados, por la relativa falta de molestias faríngeas, a pesar de contar en su niñez intensas anginas de repetición.

En el momento del examen, estos tres enfermos presentaban una amigdalitis críptica-caseosa, dos de ellos, y el tercero restante, una amigdalitis atrófica, cuyas tonsilas, muy engastadas, apenas ofrecían estructura críptica. Asimismo, después de meticoloso estudio, diagnosticamos, igualmente, estos tres casos como "infección focal amigdalilar".

Nuestro primer caso fué operado por indicación del doctor ROMERO, presentándonos un enfermito de catorce años de edad que padecía una osteomielitis de la extremidad superior del húmero y que venía padeciendo con cierta frecuencia anginas. Aunque pensamos en que pudiera tener cierta relación con sus tonsillas infectadas, como puerta de entrada de la infección, con su osteomielitis, no sospechamos por aquel entonces el feliz término de su osteopatía, ya que desde hacía cuatro años estaba sometido a los más diversos tratamientos, presentando un gran acortamiento del miembro y una deformidad muy manifiesta.

A los cuatro meses tuve ocasión de ver nuevamente al enfermito, y quedamos sorprendidos de la curación definitiva de su afección. Las fístulas estaban completamente cerradas, una piel firme y adherente recubría todo su miembro deformado, y el estado general del enfermo era francamente satisfactorio.

Entonces comenzamos a buscar casos de osteomielitis crónica, y de aquí surgió nuestro entusiasmo al ver los resultados obtenidos, ya que solamente en un caso no hemos obtenido ninguna mejoría, sin duda, debido a que la infección crónica de los huesos, en este caso, reconoce la etiología de varios focos vectores, y de aquí que la supresión de uno de ellos no haya suprimido radicalmente, como en los demás casos, la infección osteomielítica.

En la actualidad, continuamos tratando casos de estas naturalezas, y podemos adelantar que en la investigación bacteriológica practicada en las tonsilas palatinas y en los focos osteomielíticos no encontramos de un modo sistemático identidad de gérmenes, hecho que tratamos de explicar por los conocidos fenómenos de la mutación bacteriana.

En todos los casos no ha bastado simplemente suprimir las amígdalas palatinas, sino que se han continuado todas las maniobras de curación que se venían practicando, como es lógico, y que si durante años no han servido para curar la infección por sí solas, sí han servido después de la ablación amigdalilar para la radical curación de la afección.

Todos nuestros casos han sido operados por la técnica de disección, evitando la malaxación de las tonsilas y cuidando esmeradamente de verificar bien toda la superficie operatoria para no dejar ningún resto linfoide.

Podemos resumir esta breve comunicación en las siguientes conclusiones:

1.^a Admitiendo la posibilidad de constituir las infecciones focales amigdalares los focos causales de entretenimiento de las osteomielitis