

REVISTAS DE REVISTAS

(Continúa)

De todo lo que se ha dicho y escrito por los proponentes del método Kenny se infiere que la Srita. Kenny ha descubierto, en esencia, una nueva enfermedad o entidad morbosa. A, través de los años recién pasados, los médicos no podían hacer la distinción entre un músculo paralizado y uno normal, y han estado tratando músculos normales como si fueran paralizados. En pocas palabras, no han sido capaces de reconocer o interpretar los signos físicos de esta enfermedad, y todas las observaciones de nuestros maestros de la neurología, de la clínica, de la ortopedia quirúrgica, son falsos y erróneos. De consiguiente, ahora debemos arrodillarnos a los pies de la Srita. Kenny, humillados y avergonzados para aprender de ella esta nueva enfermedad que se llama parálisis infantil. Los resultados finales obtenidos por uno u otro método de tratamiento, constituyen el criterio final de su valor. ¿Cómo hemos de comparar los resultados obtenidos por el método Kenny en contraste con los obtenidos por los métodos ortodoxos que hemos mencionado en párrafos anteriores? El hacer una comparación segura es, en verdad, sumamente difícil.

Las aseveraciones de que del 70 al 80 por ciento de los casos tratados por el método Kenny recuperan sin parálisis residuales y ninguno de ellos tiene deformidades al cabo de dos años; pero esto no es prueba de la eficacia del-método Kenny en oposición al ortodoxo. Una comunicación que recibí del Department of Health of the Commonwealth of Pennsylvania, establece que en Pennsylvania en el año de 1941 hubo 741 casos de poliometitis aguda. De estos murieron 56 y de los restantes 54% recuperaron sin parálisis. De estos 54 % ninguno recibió, en tanto que yo sé, el tratamiento Kenny, y solamente unos pocos tuvieron un tratamiento ortodoxo prolongado. En otras palabras, hay un alto porcentaje que recupera espontáneamente y esa recuperación no se puede atribuir a «ningún, método particular de tratamiento. Si de acuerdo con el concepto Kenny todos ellos tenían espasmo, y si tan espasmo al no tratarlo provoca la parálisis de los músculos normales o no afectados, así como también parálisis eventuales de los mismos músculos afectados, cómo es que recobraron sin parálisis cuando el espasmo no se trató por el método Kenny?

Si los propulsores del método Kenny establecen que no se presentan deformidades en sus casos al final de dos años, yo puedo decir tan positivamente como ellos, de mi propia experiencia, que los casos tratados continua y cuidadosamente durante dos años por el método ortodoxo, no tienen deformidades. Y, ¿De qué valor relativo son mis declaraciones?

¿Qué bases hay, entonces, para una argumentación racional acerca de los méritos del método terapéutico Kenny? Que los buenos cuidados de enfermería, que la prevención de las defor-

dades, que la reeducación muscular cuidadosa son de valor, constituyen la base tanto del tratamiento ortodoxo como del llamado método Kenny de tratamiento. Deberíamos esperar de ellos buenos resultados, pero ningún método de tratamiento prevendrá o curará una parálisis debida a una destrucción de las partes esenciales del sistema nervioso central, los reclamos extravagantes, y en mi opinión, absurdos y falsos de los conceptos y método de tratamiento Kenny no tienen hasta ahora ninguna base en el razonamiento ni en los hechos probados. El movimiento Kenny ha tenido tal publicidad y ha tomado tal momentum que habrá de seguir su curso. El final de ese curso, cualquiera que sea, dependerá no de las declaraciones que ahora hagan la Srita Kenny y los que la siguen, sino sobre la observación y el razonamiento científicos.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, Nos. 7 y 8. Noviembre y diciembre de 1943.

Observaciones sobre el uso del Extracto Renal en el Tratamiento de la Hipertensión Esencial. Por los Drs. Francis D. Murphy, John C. Grill y L. J. Kurten (Milwaukee, Wis.) Traducción del resumen.

Comentarios

La experiencia de más de 22 meses con el uso de extractos renales en animales hipertensos y en personas, nos conduce a la conclusión que esta forma terapéutica no está desprovista de méritos. Aunque hay informes de observadores cuidadosos que concluyen que el extracto renal no es efectivo, creemos que los informes son muy escasos y la experiencia muy limitada todavía para extraer conclusiones sintéticas. No estamos convencidos de que se haya encontrado un extracto efectivo. Sin embargo, nuestras observaciones no autorizan el abandono sin reservas de la investigaciones de los extractos de riñón.

En general se usaren dosis altas, de 10-20 ce. de extracto renal, inyectadas diariamente, considerando que esta era la dosificación óptima. Pero en muchos casos se administraron dosis diarias mucho más pequeñas—de 2-5 ce—y ellas fueron seguidas de una mejoría sintomática definida, así como de una baja de la tensión sanguínea. Esta forma de respuesta nos ha conducido a pensar que tal vez el extracto puede promover la formación de un material antipresor aun a pequeñas dosis.

Hubo una falta de correspondencia entre la caída de la tensión sanguínea y la mejoría sintomática. En algunos casos las cefalalgias, mareos, molestias visuales y zumbidos en los oídos desaparecieron cuando la baja de la tensión no era grande.

Se ha dicho que las reacciones pirogénicas son la causa de la reducción de la tensión sanguínea, pero aunque tales reacciones hayan sido observadas y anotadas por nosotros, la depresión prolongada de la tensión sanguínea y la mejoría en los síntomas

fueron independientes, en nuestros casos, de esas reacciones. Un informe reciente de Schales, Stead y Warren señala que la caída, de la tensión arterial en sus casos fue producida por un efecto no específico del extracto renal, más bien que por una interferencia directa con el sistema renina-hipertensina. En el curso de este estudio se preparó un extracto de músculo cardíaco de buey y se inyectó a algunos de los pacientes observados por nosotros; no, se observaron cambios en la tensión arterial ni mejoría de los síntomas.

Debemos poner énfasis en el hecho de que el trabajo esta todavía en estadio experimental y que las dificultades técnicas son grandes. La preparación del extracto es cara y no es cosa fácil obtener el gran número de riñones necesarios, en buen estado. Y luego, es necesario tener un adecuado cuerpo de asistentes y técnicos, si se quieren obtener resultados satisfactorios. Se debe* obtener una substancia fraccionada que hay que inyectar sin reacciones locales o sistémicas y que produzca resultados más uniformes, antes de que podamos hacer proclamas de grandes alcances a propósito del tratamiento con extractos de riñón. Aunque el tratamiento con extracto de riñón no haya sido enteramente satisfactorio, no abjuremos prematuramente de este tipo de terapia; tal posición podría desviar del descubrimiento de UQ remedio específico de uso indefinido.

Resumen

L. Se preparó y usó un extracto de riñón de cerdo en el tratamiento de pacientes con hipertensión esencial benigna y maligna. Todos los extractos se probaron en ratas hechas hipertensas por el método de envolvimiento de Page, antes de darlo a los pacientes. 2. Se ha explicado brevemente el método de preparación del extracto. 3. Se han discutido las reacciones desfavorables de dos tipos. Afortunadamente, a medida que se progresa en la purificación del extracto, se observan menos reacciones genera-

les. 4. Se han tratado 16 pacientes con hipertensión esencial. Seis de ellos están clínicamente mejorados después de 22 meses de observación. Dos de estos tienen hipertensión maligna. La mejoría se manifiesta por un retorno de la visión a Standard casi normales y desaparición de los mareos y las cefaleas. La presión sanguínea se ha mantenido a niveles bajos. 5. No se demostró mejoría en la función renal; se usaron la mayoría de las pruebas **funcionales** aceptadas de la función renal. 6. No se pudo descubrir la mejoría en miocardio mediante los medios disponibles. 7. El período de tiempo que la presión sanguínea continuó baja después de suspendido el tratamiento fue sumamente variable y no sabemos cómo explicar esta observación ahora.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIEN.
CÍES MEDICAS, Año I, N°. 10 de Febrero de 1944

Intoxicación por Tiocianato de Potasio —"Por los Drs. Prof. Luis F. Cieza Rodríguez y Fidel Shaposnick (Fac. Ciencias Médicas de La Plata). Traducción del Resumen.

Se hace en este artículo la descripción de un caso de hipertensión arterial **secundaria** debida a una glomerulofrenitis subcrónica, y tratada por tiocianato de potasio. La muerte ocurrió a los cuarenta días después de haber tomado 3.31 gramos de la droga, y fue acompañada de una grave sintomatología debida a la intoxicación que pareció añadirse a la nefropatía del paciente. El proceso se explica: la administración del medicamento era inadecuada debido al gran déficit renal que resultó en efectos acumulativos tóxicos.

Después de revisar la bibliografía más sobresaliente sobre la materia y la experiencia personal de autor, se sacan las siguientes conclusiones: 1. El tiocianato de potasio es una droga de alto potencial de toxicidad. 2. No existe estricta correlación entre terapéuticas y resultados útiles. 3. No hay proporción absoluta entre niveles sanguíneos considerados óptimos y resultados terapéuticos. 4. Existen casos de idiosincrasia al tiocianato de potasio, en los que, dosis consideradas útiles y niveles tenidos por óptimos, han provocado intoxicaciones mortales. 5. El nivel óptimo de la droga a la sangre se halla muy próximo del dintel tóxico. 6. Siendo la hipertensión arterial una afección de curso eminentemente crónico, requiere un uso prolongado de la droga, con controles cuantimétricos periódicos, pues su suspensión acarrea un rápido retorno a las cifras tensionales previas al tratamiento. No ha sido demostrado en modo alguno que tal empleo reiterado no acarree serios riesgos al paciente, y, por el contrario, experimentalmente se han comprobado lesiones medulares y hepáticas, de tipo degenerativo. 7. Existe la impresión que el descenso **tensional** sanguíneo registrado es una consecuencia de los efectos tóxicos. 8. En Norteamérica, país donde el método tiene gran **difusión**, el Consejo de Farmacia y Química ha proscrito la droga en 1929, reiterando una advertencia anterior similar. 9. La existencia de casos mor-

tales, aunque en mínima proporción, son suficientes para desaconsejar la generalización de esta terapéutica, y para extremar la observación de los casos en que se indique, los cuales han de ser debidamente seleccionados.

R. A. C.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANO DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, Nos. 11 y 12. Marzo, Abril de 1944.

El Tratamiento de la Hemorragia masiva *por* Ulcera Péptica. Por los DR. Joseph Barnett Kirsner y Walter Lincoln Palmer (Universidad de Chicago), traducción del resumen en inglés.

En este artículo se define la hemorragia y se estudia su incidencia, al mismo tiempo que la localización de la lesión, el sexo y la edad, la duración de los síntomas ulcerosos que anteceden a la hemorragia, y la mortalidad.

En la década comprendida entre 1929 y 1939, hubo 230 casos (10.6% de hemorragias masivas en una serie de 2.150 pacientes que se trataron en el Billing's Hospital por úlceras duodenales, gástricas o pépticas. El total de mortalidad para toda la serie es de 3.7%, *lo que* incluye cinco muertes por hemorragia en blanco (2.17%) y tres más por complicaciones (1.3%), en tanto que en 150 casos de menores de 50 años la incidencia de muertes fue de 1.80%.

Por consiguiente, la mortalidad fue aproximadamente tan alta en la primera hemorragia como en las subsiguientes.

Los autores presentan un estudio y análisis de varios tratamientos que se han propuesto y discuten al final el papel que desempeña, la cirugía.

Morfina.—Alivia el insomnio y es" por consiguiente una de las drogas más útiles en el tratamiento de las hemorragias masivas. Los efectos de la morfina se aumentan por la adición de atropina, ya que esta droga inhibe la secreción gástrica.

Dieta.—Es la base del tratamiento. Se prescribe el método de Meukiagracht y el paciente debe tomar a intervalos frecuentes, té, pan blanco y mantequilla, cebada, costillas cocidas, puré de papas, verduras, algunos pasteles, etc. El antiguo método de ayunos ha cambiado.

Álcalis,—Hay varios métodos, desde el de Sippy (Mgo 4 grs. y CaCo₂, 2 grs.) hasta el goteo continuo con hidróxido de aluminio. (Brown y MacHardy).

Estos últimos aconsejan dar desde el principio carbonato de calcio en leche o crema; se usa a veces después de un período de 24 horas de ayuno. El goteo a lo Winkelstein ha dado ciertas ventajas por mantener una proporción uniforme en la vertiente a la corriente sanguínea,

Líquidos parenterales.—Inyecciones subcutáneas aliñas, glucosados, de suero Ringer o de glucosa en suero fisiológico por servir también para el tratamiento de la alcalosis, se han aconsejado.

Transfusiones de Sangre.—Algunos autores notan un aumento de la proporción de muertes, con su uso. Es difícil apreciar el valor de las transfusiones sanguíneas, porque se usa siempre en los casos más graves. El procedimiento es útil en los casos en que se requieren en múltiples ocasiones.

Varios.—Veneno de serpiente, suero hemioplástico, e irrigación estomacal, son procedimientos peligrosos e ilógicos.

Vitamina C.—No hay evidencia convincente de que la falta de ácido ascórbico juegue un papel en el desarrollo de la hemorragia en la úlcera, o de que la administración de vitamina C sea de algún valor en la terapéutica.

Acido Oxálico.—Queda al futuro decidir si este método es o tío de valor.

Cirugía.—Es un problema de difícil solución, el resolver el verdadero valor de la cirugía en circunstancias tales como la que se estudia.

Finster aconseja la cirugía en todas las hemorragias masivas; Cooke en las que continúan sangrando, y Wilkie sugiere, tratamiento médico primero, después ele 10 días de tratamiento para la segunda hemorragia y finalmente cirugía.

Por último se estudian los problemas quirúrgicos y las condiciones de profilaxis, ya que se ha observado la recurrencia de la hemorragia en 12 pacientes operados.

R.A.C.

THE AMERICAN REVIEW OF TUBERCULOSIS NOVIEMBRE IDE 1945

Parálisis del diafragma y neumoperitoneo. Observaciones terapéuticas en pacientes blancos

Doctores Horace E. Croww y Fred C. Whelchel

Resumen y traducción del inglés por el Dr. Marcial Cáceres Vigil

En este trabajo se pone de manifiesto la importancia que tiene la combinación de la interrupción temporal del nervio frénico y el neumoperitoneo, en el tratamiento blancos, con tipo de reinfección de Tuberculosis pulmonar.

Los casos de abscesos pulmonares, bronquictasias, neumonías, enfermedades provocadas por los hongos, silicosis, enfisema, sarcoidiosis y neoplasmas, fueron excluidos.

Todos los casos de esta serie con esputo, negativo, fueron positivos a un miligramo de Tuberculina de Koch, y cinco de ellos tuvieron contacto íntimo con conocidos casos abiertos de tuberculosis pulmonar. En todos los casos en que el examen directo del esputo fue negativo por Bacilo tuberculoso, se practicaron tres concentraciones del mismo, y en los casos en que estos fueron negativos, se hizo el cultivo y la inoculación experimental. En cada caso en que el esputo no fue obtenido satisfactoriamente, se hizo el cultivo por la inoculación experimental de la concentración del contenido gástrico.

Los factores que se tomaron en cuenta para evaluar esta forma de tratamiento fueron: la clasificación de la enfermedad, observación de tiempo, el número de las cavidades cerradas, la conversión de los esputos, la regresión o la completa desaparición de las lesiones exudativas y la incidencia de las complicaciones;

456 pacientes o sea el 83.5% tenían caverna pulmonar demostrable, cuando el tratamiento fue iniciado. De los 456 pacientes con caverna, 331 es decir el 72.5%, tenían caverna en un pulmón; 125, o sea el 27% , tenían una o más cavidades en cada pulmón. En 59 casos el diámetro de la cavidad era de 2 1/2 a 4 cms. o menos: en 141 el diámetro de la caverna era de 2V. a 4 cms.; 256 pacientes tenían cavidades que fluctuaban" de 4 a 12 cms. de diámetro; en 436 casos con excavación en quienes, la parálisis del nervio frénico y el neumoperitoneo no han continuado o han sido terminadas. 276 o sea el 63.3% tienen un cierre aparente de todas las cavidades; en 160 o sea 36.6%, las radiografías demuestran que todas las cavidades no están cerradas. Se observó que el cierre de las cavidades de la base ocurrió solamente en el 5% más frecuentemente que en las del vértice, y solamente 1% más frecuente en la parte media. El neumoperitoneo **fue** suspendido, por no ser "satisfactorio, en 19 casos; 6 de estos 19 tenían extensivas lesiones productivas, 4 tenían considerable dolor abdominal, aparentemente debido a adherencias subdiafragmáticas y en 9 fue suspendido el tratamiento para iniciar neumotórax.

Para iniciar el neumoperitoneo, los autores recomiendan la siguiente técnica: esterilizar la piel por los métodos usuales; usar las mismas agujas para el neumotórax artificial, y practicar la anestesia de la pared abdominal. Generalmente eligen el lugar situado a dos o tres pulgadas debajo del reborde costal izquierdo, justamente en el borde lateral del músculo recto del abdomen; se introduce la aguja dentro de la cavidad peritoneal, y consideran conveniente adaptar una jeringa a la aguja y aspirar, para estar seguros de que la aguja no se encuentra dentro de un vaso sanguíneo, después se conecta aquella con el aparato de neumotórax, y se introducen con ligera presión 2 o 3 c. c- de aire. Las fluctuaciones del manómetro no son obtenidas igualmente en el neumoperitoneo como en el neumotórax, pero tampoco son ellas necesarias: el principal objetivo en que el aire penetre fácilmente en la cavidad peritoneal, y esto es conocido por la ausencia de una alta lectura manométrica.

Según el concepto de los autores la iniciación del neomoperitoneo y las siguientes insuflaciones de aire, son menos peligrosas que en el neumotórax.

. Los accidentes serios pueden ocurrir al introducir aire en la cavidad peritoneal, como resultado de falta de experiencia pero tales accidentes son siempre de menos consideración y por la misma razón cuando se practica el neumotórax artificial.

Continuará