

LINFOGRANULOMA INGUINAL

El linfogranuloma inguinal, por Hellerstron (Deut. Med. Wochenschrift, Julio 12 de 1935. Reseña de Revista de Patología Infecciosa).

El autor se refiere a los trabajos experimentales de los distintos autores para afirmar las siguientes conclusiones:

1. Que el linfogranuloma inguinal es una enfermedad infecciosa "sui generis."

2. Que depende de un virus, que es susceptible de contagiarse al mono en 100 % y a los ratones blancos en un gran porcentaje.

3. Que lo concerniente a la susceptibilidad del cobayo, toda vía es discutible.

4. Que el virus con la mayor probabilidad, es invisible y no filtrable.

5. Que es poco resistente a la glicerina, soportando bien bajas temperaturas.

6. Que es un virus de electividad linfotropa.

7.—Que el suero de los enfermos de linfogranuloma inguinal contiene anticuerpos de carácter virulicida.

8.—Que el virus es demostrable poco tiempo después de la infección y que bajo ciertas circunstancias puede quedar allí muchos años.

9. Que el estiómeno, etiológicamente, es semejante al linfogranuloma inguinal como lo prueba la inoculación en animales.

Refiere el autor las observaciones de Wassen, cuya parte experimental es definitiva al respecto.

Por último, se ocupa del tratamiento cuya solución desgraciadamente está muy distante todavía. En 1931, hace por primera vez el antígeno de Frei por vía endovenosa. En 1932 Ravaut, Levaditi y Maisler, consiguen con el antígeno de Frei, producido con cerebro de mono, el mismo fenómeno en los enfermos de linfogranuloma inguinal. Igualmente, Gay Prieto, con antígeno de mono, en dos casos de estrechez rectal, ascensos térmicos de 39*?6 a 39*93.

LOS casos tratados son 10 de linfogranuloma inguinal y 3 de estiómeno, que toleraron bien el tratamiento sin shock ;los mayores ascensos térmicos se acompañaron de escalofríos ligeros

mación de la ubre o la disminución de la leche.

Un conocido bacteriólogo, profeta pesimista algunas veces, pretende que la fiebre ondulante es la enfermedad del porvenir. Esperemos que este pronóstico tan poco halagüeño no se realice antes de que los sabios,

que actualmente estudian el modo de sofocar eficazmente esta enfermedad, vean su perseverante labor coronada por el éxito.

(Comunicado por le Secretaría de la Liga de Sociadades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, PARIS. XVI).

las dosis variaron entre 0,1 y 1 c. c. de antígeno sin filtrar. Los resultados fueron semejantes a los obtenidos con vacuna específica en el tratamiento de los bubones del chancro blando.

El autor da las siguientes conclusiones:

1. La introducción por el autor de la aplicación intravenosa del antígeno, ha demostrado interés teórico, diagnóstico y terapéutico.

2. Los casos de linfogranuloma inguinal y estiómeno por aplicación del método intravenoso del antígeno, han reaccionado con elevación de temperatura y en inyecciones masivas con desensibilización poco a poco.

Los casos en que no se trata

el linfogranuloma inguinal no dan la reacción.

3. Terapéuticamente se ha mostrado importante el método.

4. Los fenómenos observados en unión a la inyección intravenosa de antígeno linfogranuloma inguinal deben interpretarse como análogos a la reacción de Frei.

Cree el autor racional el uso de pequeñas dosis de antígeno con grandes intervalos, estimulando así la formación de anticuerpos y fuerzas de virulicidad y esquivando la saturación de anticuerpos por exceso de antígeno o la temporaria insuficiencia en la formación de dichos elementos.

REVISTA QUIRÚRGICA

Chancros sifilíticos múltiples

Blum en *Annales des Maladies Veneriennes*, afirma la existencia de chancros sifilíticos múltiples genitales o extra genitales y de ambos a la vez. Pueden ser contemporáneos o sucesivos. Favorecen la multiplicidad el herpes, la sarna, el ecsema, las dermatosis pruriginosas, los frottes, los escurrimientos de serosidad diseminan los treponemas hasta las erosiones. Cree el autor que los chancros múltiples son por lo menos tan frecuentes como el único. Se deben a una contaminación simultánea, a contaminaciones sucesivas o a la auto-inoculación precoz.

Colecistotomía y Coledstectomía secundaria

Harttug en *Centralblatt fur Chirurgie*, practica en los casos de empiema de la vesícula biliar, pericolecistitis supurada y perforaciones de la misma, en individuos sobre todo que pasan de los 60 años, la colecistostomía cuya mortalidad es infinitamente menor que la ectomía. Después de la incisión en el fondo de la vesícula, en zona de adherencia, evacúa los cálculos, el pus y drena sin más explorar.

Si después de 8 semanas la fístula no cierra espontáneamente, previa radiografía con inyección de lipiodol en la vesícula por la fístula, hace una colecistectomía sub serosa. En 500

casos de cirugía biliar ha practicado 18 veces la colecistostomía de necesidad; 3 murieron después de la stomía; 7 curaron sin fístula; 8 sufrieron ectomía secundaria de los que 3 murieron después de la operación.

Los factores de mortalidad en la Apendicitis aguda

A. C. Pattison de Iowa, en *Annals of Surgery* resume en varios cuadros el examen de **1.211** enfermos ingresados al mismo Hospital de 1919 a 1934, por Apendicitis aguda. Los clasifica en 4 grupos:

I—814 casos (67%) Apendicitis aguda no complicada.

II—268 casos (22%) Abscesos apendiculares.

III—48 casos (4%) Peritonitis localizada.

IV—81 casos (6%) Peritonitis generalizada.

Mortalidad total 5.2% repartida así: 0.37 para el grupo I; 8.6

para el II; 4.2 para el **III** y 43.2 para el IV. La mayor mortalidad se presentó en los extremos de la vida: 10.8% para los menos de 10 años; 16.4% para los mayores de 50 y 3.6 para los de edad intermedia. En 6 casos de diabéticos hubo 4 peritonitis generalizadas de los que murieron 3.

En 9 casos de embarazadas ninguna muerte, pero sí un aborto.

En las operaciones dentro de las 12 primeras horas ningún muerto. Alcanza 9.8% después de las 72 horas.

Prefiere la incisión de Mac Burney a la Jalaguier. La mortalidad con la primera es de 0.9 mientras que con la otra llega a 6.4%.

500 cuerpos extraños en un estómago

R. Stewart Kennedy en *The British Medical Journal*, reporta el caso de un joven de 28 años

que vio por trastornos psíquicos de buen estado general, a pesar de una anemia y ligero enflaquecimiento que vomitada desde 2 años antes, casi diariamente. Una radiografía mostró al nivel de la región epigástrica una masa enorme opaca a los rayos cuya existencia no revelaba la palpación.

La abertura del estómago enseñó una gran cantidad de cuerpos extraños cuya extracción larga y difícil no soportó el paciente, falleciendo a las 10 horas.

Se encontraron 500 objetos de un peso total de un kilogramo y medio: 218 tornillos y clavos; 36 garfios; 5 cucharas de té; 1 cuchara de huesos; mangos de 8 cucharas de sopa; 3 tenedores; 3 cuchillos de bolsa; 1 tirabuzón; 37 agujas de fonógrafo; 45 alfileres; 1 llave puerta; 2 llaves de balija; 2 grandes ganchos de carne; 12 anillos metálicos; una moneda de plata y 6 de bronce; 1 llave de fuente; 1 cartucho de revólver y 117 artículos metálicos de imposible denominación. Mucosa gástrica polipoide.

Gangrena extensiva post-operatoria después de intervenciones sobre el tórax y el abdomen

Nils Liedberg en Acta chirurgica Scandinávica, refiere un caso mortal de gangrena cutánea post-operatoria progresiva después de una apendicectomía con cierre total de la pared. Recuerda 40 casos encontrados en la literatura.

Parece tratarse de una entidad clínica caracterizada por gangrena progresiva rebelde de la piel y tejido celular subcutáneo, acompañada de fuertes dolores al nivel de la herida. Es una complicación casi siempre después de operación en afección purulenta, apendicitis supurada y drenada. Un autor, Meleney, cree se debe al encuentro de un estreptococo específico de origen intestinal con el estafilococo.

Es posible salvar la vida por una incisión precoz y amplia de los tejidos gangrenados.

Ptosia gástrica. Su tratamiento

G. Merlo en II Policlínico, refiere 6 observaciones de suspensión gástrica por el procedimiento de su maestro Losio, que consiste en crear un diafragma de sostén por medio del mesocolón transversal con los mejores resultados.

Tratamiento quirúrgico de las Colitis ulcerosas no específicas.

G. Lardenois en Memoires de la Academie de Chirurgie relata el resultado de intervenciones: 4 cecostomías, 4 fracasos; 1 apendicostomía, un fracaso; la ileostomía practicada 82 veces en la clínica Mayo dio 41 muertes; colostomía de derivación en 6 casos, 1 muerto; 7 colectomías izquierdas con 3 muertes y 4 mejorías. El pronóstico es siempre muy sombrío.

S. Paredes P.