

REVISTA DE REVISTAS

Autores, Foster-Carter, A. F. Revista, British Journal of Tuberculosis. Tomo 36, páginas 19-38. Enero, 1942.

LA ANATOMIA DEL ARBOL BRONQUIAL

Del examen detenido de la embriología y anatomía comparada del árbol bronquial, queda demostrado que el esquema fundamental de cada pulmón consiste en un tronco bronquial con una serie de ramas dorsales y ventrales. La parte superior del pulmón tiene un tallo separado con ramas similares; en el lado derecho este tallo —el bronquio eparterial— tiene un origen independiente, en tanto que en el lado izquierdo se desarrolla partiendo de una rama especial ascendente del primer bronquio ventral hiparterial.

Después de pasar revista a lo publicado sobre anatomía de los bronquios en el hombre, se da una descripción del árbol bronquial humano basada sobre un estudio de 200 bronquiogramas, así como sobre disecciones, preparaciones por inflación y moldes de celoidina. Cada rama importante del árbol bronquial se describe en el trabajo junto con su aspecto bronquiográfico y el segmento pulmonar al cual contribuye.

En la nomenclatura del árbol bronquial, se sugiere que la palabra "lóbulo" quede omitida cuando se refiera a los bronquios individuales, ya que la distribución lobar difiere en los dos lados. Así, los bronquios que van a parar a los lóbulos superiores derecho e izquierdo se distinguen como eparterial e hiparterial respectivamente, en tanto que el bronquio que va al lóbulo medio derecho y su equivalente en el lado izquierdo se llaman bronquios medios derecho e izquierdo; el bronquio que va al lóbulo inferior se denomina simplemente bronquio inferior. En más del 80 por ciento de los sujetos el bronquio eparterial tiene tres ramas: apical, anterolateral y posterolateral; la lateral o rama axilar con su segmento separado, descrito anteriormente como común, es en efecto una variación poco frecuente. La importancia de este hecho añade a la localización y drenaje bronquial de lesiones en el lóbulo superior derecho, porque el área axilar es en realidad drenada por ramas de las divisiones anterolateral y posterolateral, y cuando se mira al bronquio eparterial no se aprecia de ordinario rama alguna que vaya exclusivamente a la axila. Otros modos de ramificación del bronquio eparterial, y aquellos que afectan al bronquio hiparterial en el lado izquierdo, se describen asimismo en el trabajo.

La distribución de los bronquios por el resto de los pulmones se vió que era sustancialmente la descrita por el mayor número de los autores anteriores.

El trabajo lleva un apéndice sobre los métodos de investigación del árbol bronquial.

Autores, Robinson, M. Revista, Archives of Disease in Childhood. Tomo 17, páginas 23-29. Marzo, 1942.

UNA NUEVA INVESTIGACION SOBRE LA CRIANZA DE NIÑOS AL PECHO

El autor, que es un Oficial Sanitario Auxiliar, de la ciudad de Liverpool, ha observado con anterioridad (Robinson, 1939) que de año en año se produce una variación en el índice de crianza de niños al pecho.

En el presente trabajo se hace un intento de averiguar los factores a los cuales se debe esta variación.

Un nuevo análisis de las cifras del año 1937 sobre una base mensual (según la fecha de nacimiento de los niños), demuestra que existía todavía una fluctuación que no pareció hallarse relacionada con las estaciones del año.

La duración de la lactancia se calculó luégo para 3.515 niños clasificados de acuerdo con su lugar en la familia, mostrando los porcentajes en cada grupo (desde el primer hijo hasta el octavo) de destetados al final del primero, tercero y séptimo meses, y aquéllos que todavía continuaban siendo amamantados en el octavo mes. Las familias de 9 o más hijos fueron demasiado escasas para ser incluidas. Dichas cifras no ofrecieron un efecto aparente del lugar del niño en la familia sobre la duración de la crianza al pecho.

Una investigación llevada a cabo sobre la crianza de hijos únicos en 300 madres, divididas en diferentes grupos de edad, tampoco logró revelar influencia alguna del aumento de la edad de la madre sobre la lactancia.

A continuación se recogieron las historias de todas las lactancias de 1.369 casos descartándose 369 que sólo habían tenido un hijo.

Las 1.000 historias restantes se dividieron en los 4 tipos siguientes:

Tipo I todos los niños totalmente criados al pecho.

Tipo II todos los niños destetados pronto.

Tipo III hijos anteriores destetados pronto, muchos de los más pequeños totalmente criados al pecho.

Tipo IV hijos anteriores totalmente criados al pecho muchos de los más pequeños destetados pronto.

Cuarenta y uno por ciento de las madres correspondían al Tipo I, 23.8% al Tipo II, 12.8% al Tipo III, y 22.1% al Tipo IV.

La madre del Tipo I se halló en 43% de las familias de 2 niños y este porcentaje sólo varió entre 43 y 38% hasta las familias de 7 hijos. La madre del Tipo II se halló en 33% de las familias de hijos y este porcentaje fué declinado poco a poco a 9% en las familias con 7 hijos, es decir, que el Tipo II de madre cambió a Tipo III a medida que la familia fué creciendo. La madre del Tipo III se encuentra en 13% de las familias con 2 hijos, y a medida que aumenta la familia, el porcentaje oscila entre 10% y 18%. Las madres del Tipo IV se hallaron en 11% de familias con 2 hijos y aumentó a 39% en las familias con 7.

En otro cuadro, el autor presenta el porcentaje de los 4 tipos de madre durante los años 1936, 1937 y 1938, con el índice de destete para cada uno de dichos años, en forma de porcentajes de destetados al final del primero, tercero, sexto y noveno meses, y puede verse que la fluctuación en el índice de criados al pecho es atribuible a los porcentajes de embarazos que tienen lugar en los cuatro tipos de madre en cada año.

Un análisis del físico de las madres demuestra que la lactancia se ve afectada no por el tamaño del pecho, sino por el tamaño del pezón y su ca-

rácter. Las madres con pezón plano o pequeño no crían tan bien como aquellas con pezones medianos o grandes.

Las mujeres obesas pertenecieron en su mayor parte al Tipo I en tanto que los tipos masculinos (juzgados principalmente por la distribución del vello) pertenecen predominantemente al Tipo II. Se consideran otros varios factores y se llega a las siguientes conclusiones generales:

La crianza al pecho no se ve afectada por: las estaciones, el lugar del niño en la familia, edad de la madre, tamaño de los pechos, secreción prenatal en la teta, retorno de la regla, endocarditis reumática, simple aumento de tamaño del tiroides, pre-eclampsia y síntomas prenatales mejorados con calcio.

La crianza al pecho se vé afectada por: Tamaño y carácter del pezón, masculinidad, obesidad, malestar por las mañanas, pielitis, venas varicosas graves, abscesos de los pechos, grietas en los pezones.

Referencia:

Robinson, M. (1939) Arch. Dis. Childh., 14, 259.

Autores, Medawar, P. B. Revista, Lancet. Tomo 1, páginas 350-352. Fecha 21|3|42.

COAGULANTES QUÍMICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Las quemaduras se diferencian de otras lesiones traumáticas en que hay: (a) una pérdida superficial extensa de piel (b) persistencia de una zona de tejido muerto dentro de la lesión misma.

La terapia por coagulación puede considerarse como un intento de resolver dos problemas que se hallan directamente relacionados con dichas propiedades de las quemaduras: (1) formar una cubierta que restrinja la pérdida externa de líquido y que ejerza una función protectora y analgésica general (2) colocar al tejido muerto fisiológicamente fuera del organismo mediante formación de compuestos de proteína tisular que sean estables a la acción mecánica de los líquidos orgánicos y a la digestión por enzimas proteolíticas.

El autor ha llevado a cabo sus experimentos en el Departamento de Zoología y Anatomía Comparada de Oxford, con objeto de determinar qué coagulantes son capaces de "fijar" el tejido y hasta qué punto son capaces de penetración los diversos coagulantes.

Utilizando cilindros de plasma sanguíneo coagulado de pollo, se vió que el ácido tánico, la violeta de genciana e, incidentalmente, el ácido crómico, tenían el poder de volver a las proteínas totalmente resistentes a la digestión trópica. Los tejidos coagulados mediante el empleo de estos agentes son, por consiguiente, resistentes a la acción de los líquidos orgánicos y enzimas leucocitarias.

Para determinar el poder de penetración de los coagulantes, se hizo uso de un simple método descrito por el autor en otro lugar (Medawar, 1941), que comprende el empleo de un gel proteínico formado por linfa o plasma coagulados. Se vió que el ácido tánico y la violeta de genciana tenían, con mucho, el poder de penetración más débil de todos los coagulantes ensayados. Por lo tanto, estos dos compuestos se distinguen de la gran mayoría de los

compuestos por una combinación de dos propiedades concretas: (1) capacidad de "fijar" el tejido; (2) poder de penetración excesivamente débil.

El autor señala que el resultado final de las técnicas de aplicación recientes, adoptadas en todas partes, —a saber, el método de Beck y Powers (1926) de pulverización y secado alternos, y la técnica de Bettman (1936) de nitrato de plata ácido tánico combinados— no es tanto el de fijar el tejido como el de producir una superficie cerrada, seca e impermeable. Esta reacción aun cuando pueda ir acompañada de coagulación se describe mejor como "curtido".

Los resultados experimentales de los autores sugieren que ni el ácido tánico ni la violeta de genciana pueden causar nueva lesión al ser aplicados a las quemaduras, que el tejido que fijan, una vez vuelto estable a la acción de los líquidos orgánicos, debe considerarse más como un vendaje de la herida que como parte de la lesión misma.

Referencias:

- Beck, C. S. & Powers, J. H., (1926) Ann. Surg., 84, 19.
 Bettman, A. G. (1936), Sur. Gynee. Obstet., 62, 458.
 Medawar, P. B. (1941), J. roy. mier. Soc., 61, 46.

Autores, Wyburn-Mason, R. Revista, Lancet. Tomo 2, páginas 662-3. Fecha 29/11/41.

NEURITIS BRAQUIAL EN FORMA EPIDEMICA

Desde diciembre de 1940 a agosto de 1941, se ha producido en Londres un número inusitado de casos de neuritis braquial. El autor da cuenta de 42 que él ha visto y aporta cuatro historias típicas. Se trata de una afección relativamente rara. Entre 1924 y 1940 sólo ingresaron en el Hospital Nacional 13 de dichos pacientes. Ciertos rasgos de este brote sugieren una infección. Los síntomas de los pacientes fueron muy semejantes y las lesiones se produjeron en las divisiones primarias anteriores de los nervios espinales. Hubo dolorimiento sobre los cordones del plexo y, de vez en cuando, sobre el nervio cubital. Por lo menos un observador ha visto fuera de Londres varios pacientes con síntomas semejantes. A esta infección putativa pueden ser debidos los síntomas de otros siete enfermos examinados últimamente por el autor. Algunos de ellos presentaron parálisis del serratus magnus con alteraciones sensoriales en los segmentos cutáneos correspondientes, otros presentaron parálisis de los músculos de la pierna y alteraciones sensoriales en la zona cutánea inervada por el nervio popliteo externo. Parecería como si existiese una relación entre esos dos grupos de pacientes. Los casos se presentaron durante el mismo período y en un paciente ambas lesiones coincidieron. No puede ponerse en claro el origen de la infección. Ninguno de los pacientes frecuentaba los refugios aéreos públicos, y sólo un paciente tuvo dolor de garganta antes de la enfermedad. Ninguno recibió inyecciones de suero ni presentó defecto nutritivo evidente alguno.

La enfermedad apareció en el invierno y persistió durante la primavera y verano. Los casos fueron como sigue: junio, 1940, un caso; octubre, 1 caso; enero 1941, tres casos; febrero, tres casos; marzo, tres casos; abril, seis; junio, doce; julio, trece; el enfermo más joven tenía 30 años y el más viejo 77.

Los signos clínicos sugieren que las ramas anteriores primarias desde el tercer nervio cervical al cuarto espinal dorsal inclusive, fueron afectadas to-

tal o parcialmente. De ordinario la parte superior del plexo y los segmentos cutáneos inervados por el quinto y sexto nervios cervicales, fueron los más fuertemente afectados. El examen cuidadoso en cada caso mostró alteraciones sensoriales más extensas. La mayor parte de los pacientes se quejaron de debilidad motora general, y los casos antiguos tenían agotamiento. En otros la debilidad se limitó a uno o dos músculos, por ejemplo, el serratus magnus y el triceps. Al aparecer la enfermedad todos los pacientes se quejaron de dolor descrito como ardiente y situado típicamente alrededor del omoplato.

El progreso del ataque ligero es bueno. Pronto aparece mejoría. La observación ha demostrado hasta la fecha que el caso grave es muy refractario al tratamiento.

Las cuatro historias de casos publicadas manifiestan que el líquido céfalo-raquídeo fué examinado en dos pacientes, encontrándose normal.

(Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 170, Marzo, 1942).