

# REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, octubre 25 de 1947  
1947, ii: 603-640

## Artículos originales

Medicina, ciencia y enseñanza.

Tenosinovitis supurada aguda, tratada con penicilina por vía general. Penicilina en las infecciones agudas de la mano.

Amibitis en Ceylán.

Tórax en embudo, congénito.

Acción "pelagrígena" del maíz.

## Artículos especiales

Tratamiento educacional de la sordera.

Cáncer del esófago.

## Sociedad Real de Medicina

Pie plano.

Trombosis postoperatoria.

## Editoriales

La integración de la medicina.

El dedo séptico.

Complicaciones en experiencias sobre alimentación.

## Anotaciones. Cartas al editor.

Amibiasis en Ceylán. T. H. Parkinson. Pp. 612-615.

Se presenta la experiencia de un año de servicio de la RAF en Ceylán. Planteado el problema en cuanto a su magnitud, el autor anota que se ha vuelto costumbre administrar sulfamidas a los enfermos que presentan síndrome disenteriforme y se interpreta la mejoría como evidencia de etiología bacilar, considerando amibianos los casos que no ceden a la droga. El au-

tor presenta observaciones de acuerdo con las cuales, casos de disentería amibiana se han beneficiado de las sulfamidas administradas por la vía oral; en consecuencia, administró varias sulfamidas en casos probadamente amibianos y observó mejoría clínica y retorno de las deposiciones a su aspecto normal en 9 a 10 casos estudiados; en 6 de ellos fue evidente la desaparición de la E. Histolítica de las deposiciones; es dudoso el hecho en otros dos casos y hubo persistencia del parásito hasta los 3 días en uno, del que no pudo obtenerse muestra posterior.

La manera de acción de las sulfamidas es oscura: hay evidencia de que la infección bacteriana asociada puede ser capaz de determinar la eclusión del brote amibiano en unos casos y la evolución de otros hacia la cronicidad; en consecuencia, es posible que la eliminación de esa flora asociada sea la causa del alivio sintomático observado; sin embargo, la rápida desaparición de la E. Histolítica de las deposiciones en 5 casos sugiere fuertemente que ella misma es susceptible a la acción de las sulfamidas.

En 42 casos se ensayó el tratamiento siguiente:

Días 1-10: Emetina 0.065 gr. diarios.

Días 1-3: Sulfatiazol, dosis total 14-20 gr.

Días 4-13: Carbarsono de 0.25 gr. dos veces por día.

Días 14-20; reposo.

Días 21-30: EBI, cada 1-3 noches, de acuerdo con la tolerancia;

El control lejano de los casos es animador, aquí cuando fue parcial, de manera que se tiene la sensación de que las sulfamidas pueden ser útiles en la amibirosis aguda.

Termina el autor con un comentario sobre la hepatitis amibiana: en su concepto, el diagnóstico ha de ser clínico y refrendado por la respuesta a la emetina; que es clásicamente dramática; ni la historia, ni el recuento blanco, ni el examen coprológico son decisivos para el diagnóstico, aún cuando pueden añadir importante evidencia de confirmación.

*El dedo séptico (Editorial) Pp. 622-623.*

Un tratamiento mal aconsejado o defectuoso de una infección digital severa, puede reducir la capacidad de trabajo de un sujeto por el resto de sus días. Es curioso observar, empero, cuán escasa es la literatura sobre penicilina en infecciones de la mano.

La gran mayoría de los panadizos e infecciones de la mano son producidos por organismos penicilinsensibles. La administración de penicilina, localmente como en las primeras experiencias realizadas, o por vía sistemática y acortamiento de la enfermedad, con la excepción de las infecciones simples de la pulpa digital, en que tal aceleración del proceso curativo no ocurre. La pulpa digital tiene gran resistencia a la infección y sus procesos bacterianos curan con relativa facilidad cuando se ha aliviado la tensión inherente al manadizo. Aún cuando Webster encuentra que la penicilina es inefectiva en todas las infecciones pulparas, Bolton y col. concluyen que lo es en la ma-

yoría pero resulta inapreciablemente valiosa en aquellas en que hay sospecha de que el hueso se halle comprometido: infecciones durables, con marcada necrosis de tejidos blandos, en que a veces se han hecho incisiones defectuosas que no alivian los síntomas, y todo esto asociado a datos radiológicos normales; según los últimos autores, cuando no se emplea penicilina estos casos evolucionan hacia la osteomielitis de la falange, con su radiología conocida, al paso que al emplear el antibiótico, la osteomielitis no se produce o acaso aparece pero regresa rápidamente.

Los principios de la cirugía de las infecciones de la mano son conocidos pero es útil recordarlos. La anestesia con cloruro de etilo es poco recomendable por su acción local inconveniente y dolorosa y el carácter fugaz de sus efectos. La ausencia de sangre en el campo operatorio se consigue fácilmente mediante un maniquito de esfigmomanómetro. La incisión para infecciones pulparas ha de ser lateral y no cruzar la pulpa, porque esto perjudica la capacidad tactil del dedo; las incisiones han de ser profundas para que corten todos los tabiques que dividen en celdas el espacio pulpar; puede hacerse una incisión externa y otra interna. Las curaciones requieren toda asepsia (incluso el empleo de máscaras), no deben ser frecuentes ni húmedas y deben asegurar al dedo adecuado reposo en posición de descanso. Cuando haya duda o evidencia de que la infección se está extendiendo más allá de la pulpa, se empleará penicilina, 100.000 unidades dos veces por día. Si la osteomielitis se ha producido, la penicilina debe prolongarse por bastante tiempo, las curaciones se realizan en la misma forma pero se añade la extracción de los secuestros óseos; en ningún caso ha de extir-

parse la parte distal de la falange antes de que se haya separado espontáneamente porque sólo se conseguirá producir una deformidad permanente del dedo e impedir la regeneración de la diáfisis falangiana.

Los efectos más dramáticos de la penicilina se han marcado en la infección de las vainas tendinosas; antes de la penicilina, esta infección acarreaba la producción de una rigidez permanente y de un dedo inservible. Hoy sigue siendo muy importante el aspecto quirúrgico pero la penicilina ha transformado el resultado final. Debe procederse por incisión de la vaina infectada, sin buscar otra cosa sino permitir el alivio de la tensión por salida del material infectado; aliviada la tensión, puede comenzar el movimiento del dedo, útil porque se opone a las adherencias.

Aquí como en el resto de los casos, la penicilina no reemplaza a la cirugía bien planeada y una vez formada la colección de pus, el mejor camino es darle salida, pero ante la infección del hueso o de las vainas tendinosas, tejidos ambos poco resistentes a la infección, la introducción de la penicilina crea la diferencia entre una mano normal y una inválida. Un punto por aclarar es el valor real de la droga en las infecciones pulparas que no afectan el hueso.

#### *Anotaciones*

Organización del servicio de salubridad. Esternón y Corazón. Espondilitis anquilosante. Cómo obra la roscilla sobre el embrión. Descanso para los médicos. Neuropatía diabética. Plaques en Eire.

#### *Neuropatía diabética. Pp. 626.*

El ataque al sistema nervioso es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes. Jordan divide las complicaciones neurológicas en cuatro grupos: 1) Hiperglicémicas,

en que la sensibilidad dolorosa sobre nervio y músculo, usualmente sin signos objetivos aparece en pacientes hiperglicémicos y responde bien al tratamiento de la diabetes. 2) Circulatoria, en que a los signos de ataque neural se añaden manifestaciones de arterioesclerosis. 3) Degenerativa, en que se presentan alteraciones de los reflejos tendinosos y de las reacciones pupilares, sin otra evidencia de proceso grave. 4) Neurítica, en que aparecen más o menos agudamente signos serios de alteración neural en las piernas; estas manifestaciones suelen mejorar un poco en semanas o meses.

El síntoma saliente en la neuropatía es el dolor en las piernas, intenso, especialmente en la noche y acompañado de sensibilidad dolorosa en las masas musculares. En los casos más intensos hay atrofia y debilidad en las piernas, a veces caída del pie, ausencia del reflejo patelar y alteración de la sensibilidad a la vibración; el sentido de posición de los pies puede perderse y lleva a la ataxia. A veces hay alteración de la sensibilidad cutánea, de tipo siringomiélico en ocasiones, distribuida más radialmente, que por territorios de nervios periféricos. Se han citado casos de lesión medular y puede observarse alteración de las funciones vesicales, similar a la del tabes dorsal y asociada a la neuropatía periférica, raramente aislada.

La neuropatía no está ligada a la hiperglicemia ni a la cetosis y se presenta a veces en casos bien controlados mediante tratamiento; por otra parte, la neuropatía puede aparecer bajo dietas cuyo contenido en vitamina B-1 desborda suficientemente los requerimientos mínimos y no se abrevia la evolución del proceso por administración de tiamina, de manera que si este factor se halla en

causa, sólo puede ser a través de algún trastorno sutil, ligado a la disfunción metabólica. La proporción de casos de neuropatía diabética en que se halla alteración vascular periférica hace improbable que sea ésta el primum movens del trastorno neurológico. Así pues, el mecanismo de

estos trastornos, es actualmente desconocido, generalmente tiene carácter transitorio la alteración nerviosa, pero a veces se muestra definitiva; de todos modos, debe controlarse la diabetes como primer paso en contra de la neuropatía.

L. M. B. H.

\*\*\*

PRENSAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL