

REVISTA DE REVISTAS

Autores, Gordon, J. Artículo, Inhibition of the Anaphylactic Reaction by Congo Red. Revista, Journal of Pathology and Bacteriology. Abreviación, J. Path. Bact. Tomo 51, páginas 460-463. Fecha, noviembre, 1940.

INHIBICION DE LA REACCION ANAFILACTICA POR EL ROJO CONGO

(Resumen publicado en el Bulletin of Hygiene, 16, 356, Julio, 1941).

El rojo Congo, administrado intraperitonealmente a cobayas en el catorceavo día después de la sensibilización con suero de conejo, reduce a un mínimo o inhibe el choque anafiláctico producido a consecuencia de una inyección intraperitoneal de 10 c. c. de suero de conejo. Con 3 inyecciones diarias de 3 c. c. de rojo Congo al 1 por ciento, 56 de 71 cobayas sensibilizados sobrevivieron a la dosis productora de choque, en comparación con 6 de 71 testigos. Una inyección de rojo Congo tuvo una eficacia inhibitoria inferior. La muerte fué inmediata o diferida durante períodos hasta de 20 horas. Con albúmina de huevo como antígeno, la protección que proporciona el rojo Congo fué muy inferior, salvo con dosis productoras de choque más pequeñas (2 c. c. de solución al 1 por ciento). Se ha sugerido que el rojo Congo estorbe o haga más lenta la entrada de la dosis de antígeno productora de choque en la célula, y que la ingerencia menos eficaz de la albúmina de huevo pueda ser debida a la mayor facilidad de penetración de las moléculas en las membranas superficiales sobre las cuales se absorbe el rojo Congo, en comparación con las moléculas de suero más grandes.

Autores, Abraham, E. P., Gardner, A. D., Chain, E., Heatley, N. G., Fletcher, C. M., Jennings, M. A., Florey, H. W. Artículo, Further Observations on Penicillin. Revista, Lancet. Tomo 2. Páginas 177-188. Fecha 16-8-41.

NUEVAS OBSERVACIONES ACERCA DE LA PENICILINA

En este trabajo se hace una descripción de las condiciones de cultivo y otras, para la producción eficaz de penicilina (descrita por primera vez por Fleming en 1929) mediante *Penicillium notatum* y de los métodos de producción en masa en pequeña escala y ensayos del material adecuado para uso terapéutico en el hombre.

Se han llevado a cabo observaciones en el conejo, gato y hombre acerca

de la absorción o excreción de la droga. El material se excreta a concentración elevada en la orina en las tres especies. Existe una elevada concentración en la bilis de los gatos y menos en la de los conejos (la bilis del hombre no ha sido aún investigada).

Se aducen pruebas de la baja toxicidad de la sustancia cuando se aplica directamente a tejidos orgánicos.

Hasta el presente no se han observado efectos tóxicos atribuibles a "penicillina terapéutica" inyectada intravenosamente, aunque los productos de la penicillina en bruto contienen una sustancia pirógena que puede ser eliminada mediante tratamiento adecuado.

Se demuestra que el crecimiento *in vitro* de muchas bacterias patógenas se evita mediante penicillina purificada a una dilución de uno por millón o más y que otras poseen grados de sensibilidad decrecientes siendo algunas completamente resistentes.

Se prueba que la sangre, pus y derivados de los tejidos son incapaces de prevenir la acción de la penicillina.

Se ha demostrado la adaptación del *Staph. aureus* a las concentraciones elevadas de la sustancia, y se ha demostrado que esto no es debido al desarrollo de una enzima destructora de la penicillina.

Se establece una comparación entre la actividad antibacteriana de la penicillina y las sulfonamidas y se aducen razones por las cuales puede esperarse que la penicillina actúe cuando las sulfamidas son ineficaces.

En el curso de algunos ensayos terapéuticos en infecciones humanas se ha visto que es posible conseguir y mantener una concentración bacteriostática de penicillina en la sangre sin producir síntoma tóxico alguno. Después de la administración intravenosa de la sustancia puede recobrase de la orina gran proporción de la sustancia activa y emplearse de nuevo.

La penicillina se dió intravenosamente a cinco pacientes con infecciones estafilocócicas y estreptocócicas y por vía oral a un niño con infección estafilocócica urinaria persistente. También se aplicó localmente a cuatro casos de infección ocular. En todos estos casos se obtuvo una respuesta terapéutica favorable.

Referencia: Fleming, A. (1929). Brit. J. exp. Path. 10, 22.6.

Autores, Israels, M. C. G. Artículo, Morbid Red-cell Development and the Treatment of Anaemia. Revista, Lancet. Abreviación. Tomo 2. Páginas 207-209. Fecha 23-8-41.

DESARROLLO ANORMAL DE LOS GLOBULOS ROJOS Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

En este trabajo se propone un esquema de la eritropoyesis normal y patológica que demuestra que la enfermedad puede producir alteraciones en el desarrollo del grupo normoblástico de células o la maduración puede ser desviada a un grupo megaloblástico considerado por algunos como una regresión al primer tipo de desarrollo embrionario de los hematíes.

Se distinguen cuatro grupos principales de eritropoyesis patológica:

TIPOS MEDULARES

1. **Falta de maduración normal de pro-eritroblastos**; supresión de normoblastos; desviación de la maduración hacia megaloblastos.

2. **Falta de maduración de los normoblastos**: Normoblastos hiperplásticos pero deformados y microcitos insuficientemente hemoglobinizados.

3. **Maduración hiperplástica normal**: normoblastos y pro-eritroblastos aumentados; a menudo formación inusitadamente precoz de hemoglobina en los normoblastos.

4. **Trastorno general de la eritropoyesis**: eritroblastos disminuidos o completamente ausentes: cuando existen, todos normoblastos.

TIPOS CLINICOS

(a) Anemia perniciosa debida a deficiencia de principio hepático.

(b) Anemia acréstica, refractaria al tratamiento, debida a la no utilización de principio hepático.

(c) Anemia debida a deficiencia dietética o falta de absorción de principio hepático.

Anemias de deficiencia en hierro.

(a) Anemias debidas a pérdida prolongada de sangre periférica por hemorragia crónica, lisis intravascular (anemia hemolítica) púrpura, procesos malignos, cirrosis del hígado, leucemia, etc.

(b) Anemias de etiología desconocida refractarias al tratamiento; "pseudopaplásticas".

Anemias aplásticas de tipo primario y aquellas debidas a la acción de drogas o toxinas; hipoplasia secundaria en la leucemia o anemia esplénica.

Cuadro sanguíneo: El grupo 1 siempre megalocítico, con valor globular por encima de 1. El grupo 2 siempre microcítico con valor globular por debajo de 1. Los grupos 3 y 4 generalmente normocíticos; valor globular alrededor de 1 pero puede hallarse por encima de 1 y puede haber megalocitosis en algunos casos, especialmente en el grupo 3.

...**Tratamiento:** El tratamiento con hígado o estómago desecado es apropiado solamente en el grupo 1; la terapia con hierro es específica para el grupo 2; en los grupos 3 y 4 el tratamiento de la anemia pasa a segundo lugar, actuándose contra la causa de la misma, de ser conocida; se encuentran indicadas las transfusiones de sangre y el tratamiento con hierro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CONTUSION CEREBRAL Y PSICONEUROSIS

El autor discute el diagnóstico diferencial de ambos estados en un período de 3 a 5 meses después del trauma original. La distinción tiene importancia, ya que el Gobierno Británico sólo reconoce las lesiones físicas (que comprenden contusión cerebral) recibidas por sujetos civiles y debidas a acción enemiga, para tener derecho a indemnización. Las observaciones están basadas sobre una serie de 300 casos de hembras y varones, en número aproximadamente igual, que han sido remitidos para examen al Ministerio de Pensiones como sufriendo de los efectos de "shock", "concusión", "neurosis de angustia", "neurastenia", etc. El síntoma más notable en los casos a consecuencia de concusión fué jaqueca grave, descrita a menudo como de carácter punzante o pulsátil, o como la presión de una banda apretada alrededor de la cabeza. Este fué el síntoma esencial, de la invalidez por la que se solicitaba auxilio oficial. En los casos neuróticos, solía haber jaqueca, pero este fué sólo un síntoma de un estado general de malestar que al paciente le era a menudo difícil describir. La persona contusa se mostró por lo general esperanzada y admitió una mejoría progresiva; el neurótico, en cambio, manifestó por lo general que se encontraba tan mal o peor que cuando recibiera la lesión. Otros síntomas de contusión fueron vértigos, incapacidad de concentrarse, por ejemplo para leer un periódico, y falta de memoria.

En las dos terceras partes de los casos clasificados como psiconeuróticos el estado pareció deberse enteramente al miedo. Dichas personas no habían sufrido lesión física material y no existían indicios para poder descubrir una neurosis pre-existente en su historia. Muchos de ellos habían tenido vidas activas y útiles, en algunos casos en ocupaciones que requieren valor y decisiones rápidas. El síntoma principal y, en muchos casos el único, era un extraordinario temor de los raids aéreos, bastando el sonido de las sirenas o de los antiaéreos para producir en seguida terror con temblor, diarrea y otros trastornos somáticos. El estado es esencialmente el mismo que el que aparece en el obrero que, habiendo sufrido una vez daño por una grave caída, tiene miedo de volver a trabajar en lugares altos. El autor no llega a descubrir en estos casos los trastornos psicológicos profundos que forman la base del estado de angustia corriente, y considera que emplear este término para describirlos es sugerir para ellos una etiología para la cual no existen pruebas. El autor desea apartarlos por completo de la categoría de neurosis, y propone para este estado el término de "hiperfobesis", significando con ello una excesiva reacción de miedo sin explicar la causa. Este estado, que fué a veces muy penoso, apareció con la misma frecuencia en hombres que en mujeres.

Autores, Hemphill, R. E. Artículo, The Influence of the War on Mental Disease: a Psychiatric Study. Revista, Journal of Mental Science. Abreviación, J. ment. Cci. Tomo 87. Páginas 170-182. Fecha, Abril, 1941.

LA INFLUENCIA DE LA GUERRA EN LA ENFERMEDAD MENTAL: UN ESTUDIO PSIQUIATRICO

(Resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 1, 400, julio, 1941).

El número de pacientes admitidos al Bristol Mental Hospital durante 1940 fué de 354, lo que constituye el total más bajo en cinco años sucesivos. Sólo en 17 de 175 hombres ingresados, parece haber jugado la guerra un pa-

pel etiológico, mientras que sólo en 14 de 179 mujeres ingresadas parece haber sido la guerra un factor contribuyente. De estos 31 casos, 21 dieron una historia de trastorno nervioso previo o de acusados trastornos en la familia. 17 de 31 casos pertenecían a los grupos de enfermedades maníacas o depresivas, 4 sufrían de depresión involutiva, 3 de esquizofrenia, 2 de histeria, 2 de efectos de onda explosiva, 1 de agotamiento y 1 de demencia senil. Los dos casos debidos a los efectos de onda explosiva presentaban psicosis de confusión.

La reacción de los enfermos mentales crónicos de hospital —tales como esquizofrénicos y aquellos con manías y depresiones crónicas— es la de ignorar por completo los raids aéreos, en tanto que los acontecimientos ordinarios se hallan mezclados en sus psicosis. Por ejemplo son bastante frecuentes, las ideas de referencia relativas a espionaje, proyectos alemanes de invasión, etc; el enfermo deprimido suele sentirse en cambio "emboscado", no cumpliendo con su deber, y manifestar otras ideas de este tipo acerca de la guerra. Los pacientes que no tienen personalidades psicopáticas trastornadas muestran un grado de temor desproporcionado. Las mayores oportunidades de conseguir trabajo, la brillantez de los uniformes y galones, el aumento de la vida de familia contribuyen a reducir los trastornos mentales en las enfermas, mientras que los salarios más elevados y la disminución del paro permiten un mejor nivel de vida y hacen posible cuidar en casa a los enfermos mentales.

Los casos psiquiátricos entre aquellas personas expuestas al peligro, tales como miembros de la defensa pasiva, conductores de ambulancias, etc., son raros.

La vida en comunidad tanto fuera como dentro del hospital es sin duda alguna importante para combatir el miedo y la ansiedad.

La relación entre pacientes dados de alta "curados" en 1940 (33 por ciento) sólo fué superada en tres de los últimos diez años. Muchos enfermos regresaron a sus domicilios en zonas bombardeadas y algunos fueron bombardeados de nuevo mientras estaban en sus casas durante su período de prueba antes del alta final.

Parece ser que los primeros efectos de la guerra sobre la salud mental de una gran ciudad son insignificantes y que la completa curación de una enfermedad mental no parece volver al enfermo más sensible que a otro individuo cualquiera a los cambios producidos por la guerra en el medio ambiente.

Autores, Moir J. C. Artículo, Detecting Pelvic Contractions. Revista, Edinburgh Medical Journal. Abreviación, Edinb. med. J. Tomo 48. Páginas 361-378. Fecha, Junio, 1941

MODO DE DESCUBRIR LAS ESTRECHECES PELVIANAS

En este trabajo se describen ciertas pruebas mediante las cuales puede predecirse la probabilidad de un parto laborioso.

Las medidas externas son una guía mediocre de la capacidad de la pelvis. La más valiosa de cualquier medida clínica aislada es la **conjugata diagonalis** (por la cual puede calcularse la **conjugata** vera). Esta medida no debe intentarse hasta las últimas semanas del embarazo. Las estrecheces de la circunferencia superior son de importancia primordial, pero hasta ahora no se ha dedicado suficiente atención a las de la circunferencia inferior. Son corrientes los grados menores de "pelvis en embudo" y la dificultad en la operación de forceps inferior se debe generalmente a dicha estrechez. La medida

antero-posterior de la circunferencia inferior debe calcularse por palpación: la punta del dedo corazón se apoya sobre el extremo del sacro y se levanta la mano hasta que la superficie inferior de la sínfisis toca la base del dedo índice.

El examen radiológico proporciona datos más exactos. Los métodos de Thoms son los preferidos, especialmente la vista lateral de la pelvis con la paciente de pie y la varilla métrica colocada contra el sacro. Durante el parto pueden usarse métodos semejantes. Debe prestarse atención a las dimensiones antero posteriores de la circunferencia superior e inferior, y debe medirse asimismo la distancia entre las *spinae ischiaticae*. La cefalometría es tan importante como la pelvimetría: la una sin la otra carecen de sentido. El diámetro más pequeño de la cabeza puede ser medido de ordinario en la vista lateral de la pelvis; en los casos difíciles, la pelvimetría de los bordes de Thoms también ayudará a determinar el tamaño de la cabeza si se hace la corrección adecuada de diferencia de nivel.

En los casos de presentación de nalgas deberá emplearse siempre la pelvimetría y la cefalometría; sólo por estos medios puede descubrirse la desproporción entre la pelvis y la cabeza subsiguiente del feto: muchos de los peligros del parto en presentación de nalgas —especialmente en las primíparas— pueden evitarse de este modo.

Mediante la pelvimetría es posible dividir a las pacientes en dos clases—aquellas en las que la dificultad mecánica puede presentarse y por consiguiente deberían ingresar a un hospital obstétrico para el parto y aquellas que pueden dar a luz sin peligro en sus hogares.

El artículo va ilustrado con ejemplos de radiogramas de muchos tipos de pelvis, junto con la historia clínica de las pacientes. El autor pone de relieve la necesidad de calcular la zona disponible a los diversos niveles pelvianos comparándola con la zona del plano sub-occipito-frontal de la cabeza del feto.