

cluyó que "no se notaron indicios o síntomas de intolerancia" durante la prueba realizada por él y cinco asociados.

Diez de los veinte pacientes recibieron una dosis total de 100 miligramos de fumagilina oralmente distribuida en un período de 12 días y medio. De éstos se notó que nueve sanaron sin ninguna recaída durante un período de 3 meses consecutivos. En el grupo segundo constituido de pacientes que durante el mismo período recibieron el total de 50 miligramos, no curaron más que cuatro infecciones.

Comentando estos resultados el doctor Anderson puso de relieve que no es posible predecir si las dosis mínimas bastaran para alcanzar la capacidad amebicida efectiva. Dijo el mismo médico que se administró la doble cantidad en las pruebas que antes se realizaron en Egipto sin consecuencias ningunas de intoxicación.

El Dr. Anderson también expuso que hay que determinar el lugar que ocupa la fumagilina en la terapia anti-amélica por estudios más extensos, pero añadió que el efecto directo amebicida ya distingue esta droga entre los antibióticos que ahora se pueden comprar. Predijo que especialmente servirá para combatir infecciones amebicas que no reaccionan ante drogas corrientes.

El crudito de la Universidad de California también trató un estudio realizado a un mismo tiempo con dos otros antibióticos aplicados a un grupo separado de pacientes de amebiasis. Los resultados mostraron, como dijo, que la fumagilina fué la más fuerte de los tres resultando más activa en casos crónicos en que no hay reacción contra otras drogas.

Informaciones Médicas Españolas

II Congreso Europeo de Reumatología

Bajo la presidencia del profesor A. Pedro y Pons, acaba de celebrarse en Barcelona el II Congreso Europeo de Reumatología, al que ha asistido gran número de representantes, no sólo de Europa, sino de los Estados Unidos y de algunos países de la América Latina.

Las diversas sesiones tuvieron lugar en el Paraninfo de la Facultad de Medicina y en algunas de sus aulas. Todos los asientos del primero estaban provistos de auriculares para oír la traducción simultánea en los idiomas oficiales del Congreso.

La sesión inaugural fué presidida por las autoridades civiles, militares y universitarias, pronunciando el discurso reglamentario el Secretario del Congreso doctor Barceló.

Después habló el Presidente del Congreso profesor A. Pedio y Pons y después el Decano de la Facultad de Medicina Profesor Soriano, el Presidente de la Liga Europea contra el Reumatismo, Dr. W. S. C. Copeman, y el de la Liga Internacional, Dr. Ejnar Jarlov y representante de la Liga Pan-Americana, doctor A. Ruiz Moreno.

El Gobernador Civil, declaró inaugurado el Congreso, después de haber pronunciado elocuentes palabras de salutación y bienvenida.

Bajo la presidencia de la doctora Nanna Swartz y actuando de secretarios los doctores Batalla, Carreras y Arcusa, comenzó la sesión en que había de ser expuesta la primera ponencia sobre "Espondilcartritis anquilopoyética", dividida en dos partes: una sobre "La espondiloartritis anquilosante (datos clínicos y radiológicos. Discusión nosológica, de la que eran ponentes los doctores Forestier, Certonciny Jacqueline y Rotes Querol. La segunda parte trataba de la "Patología de la espondilitis anquilosante", siendo ponentes los doctores H. Van Swany y J. Goslings.

De sus interesantes trabajos, que habían sido previamente distribuidos impresos en un lujoso volumen, extractamos las siguientes conclusiones: la espondiloartritis anquilosante es una enfermedad crónica que debe esquematizarse en su evolución en tres fases tomando como base la movilidad del raquis que en el comienzo no hay limitación clara y permanente de dicha movilidad; en la fase de estado hay limitación clara, superior a un tercio, de uno de los segmentos y en la fase avanzada, en que la enfermedad ha anquilosado la totalidad o parte del raquis.

En cuanto a los medios de diagnóstico, la enfermedad presenta alteraciones radiológicas en las articulaciones sacroiliacas extremadamente precoces y características, que permiten establecer el diagnóstico en su comienzo.

La causa de esta afección es desconocida, como el reumatismo articular agudo y la poliartritis crónica evolutiva. La espondiloartritis, no es más que un síndrome.

El resumen del segundo tema, puede hacerse en la siguiente forma: Tres enfermos que habían sufrido una espondilitis anquilosante, han estado bajo observación clínica durante varios años. En la necropsia se obtuvieron porciones de la columna vertebral, mostrando las articulaciones intervertebrales y sacroiliacas el mismo cuadro de proliferación difusa del cartilago no vascular, que conduce a la anquilosis cartilaginosa. El cartilago no vascular, que conduce a la anquilosis cartilaginosa. El cartilago se le encuentra fuertemente calcificado en su límite con el hueso, desarrollándose en él el tejido conjuntivo medular y formándose a continuación tejido óseo. De esta forma la anquilosis cartilaginosa, es finalmente reemplazada por una anquilosis ósea, no encontrándose crecimiento proliferativo de la membrana sinovial.

La segunda ponencia, sobre "Ultrasonido" estaba confiada a los doctores A. Boni, de Zurich y K. Matthes, de Erlangen. El Dr. Boni resumió su trabajo sobre "El tratamiento de las enfermedades reumáticas con el ultrasonido", diciendo: "El modo de acción de la terapéutica por el ultrasonido no está aún suficientemente aclarado. Sin embargo, este tratamiento ha sido empleado en gran escala sobre bases puramente empíricas. En Reumatología ha sido ensayado en casi todos los estados dolorosos. Después de un examen crítico de las más diversas estadísticas, concluimos que el ultrasonido no posee ninguna acción general y no puede influir sobre el proceso reumático inflamatorio. En las formas reumáticas degenerativas, por su acción sedante puede mejorar la función articular y la hipertonia muscular es influida favorablemente. Quizá se podrá orientar la terapéutica, según nuevos puntos de vista, cuando las bases teóricas hayan sido más investigadas.

Y por su parte el Doctor Matthes dió a conocer su comunicación que puede resumirse así: En el estado actual de nuestros conocimientos, debemos considerar que la acción de los ultrasonidos sobre el organismo humano se debe sobre todo a la producción de calor por absorción de la energía de las ondas ultrasonoras. Los ultrasonidos actúan favorablemente sobre las enfermedades de huesos, ligamentos, articulaciones y músculos que se consideran justiciables de tratamiento por el calor. Además ejercen acción analgésica sobre las neuralgias y neuritis. Por consiguiente los ultrasonidos pueden ser empleados en el tratamiento de las afecciones inflamatorias y degenerativas del raquis (enfermedad de Bechterew, espondiloartrosis, osteocondrosis) y de las grandes articulaciones. Igualmente las contracturas musculares inflamatorias de cualquier origen, con o sin afección simultánea del sistema óseo, responden a menudo favorablemente.

También pueden mejorar sintomáticamente neuralgias y neuritis de diversa naturaleza, especialmente el síndrome ciático. A causa de la localización especial del calor en los tejidos y de la posibilidad de dirigir las ondas ultrasonoras dentro del organismo, de modo que produzcan su efecto sobre ciertas estructuras escogidas, los resultados obtenidos son con frecuencia mejores que los de la diatermia de ondas cortas en las mismas enfermedades.

Los efectos nocivos de los ultrasonidos, observados en la experimentación animal, especialmente sobre los órganos parenquimatosos, sistema nervioso y esqueleto, se deben a un considerable exceso de dosis. No es de temer la producción de lesiones de aparición retardada comparables a las que produce la radioterapia.

La tercera ponencia sobre "Aspectos endocrinos" estaba en-

comendada a los doctores Chr. Hamburger, M. Sprechler, K. Brochener-Mortensen y Aa. Videbaek, de Copenhague (Dinamarca) y G. Edstron, de Lund (Suecia). El resumen de la ponencia de los cuatro primeros, puede hacerse así: Nuestras investigaciones referentes a la excreción urinaria de corticoides reductores y de 17-ketosteroides, durante la administración de A.C.T.H. a pacientes de poliartritis crónica, indican que: 1º No parece existir un "límite máximo" en la cantidad de A.C.T.H. capaz de ser utilizada por la corteza suprarrenal tras una inyección muscular única. 2º La respuesta córticosuprarrenal aumenta considerablemente por la subdivisión de la dosis total diaria en varias dosis parciales. 3º Tres inyecciones diarias, con intervalos de ocho horas, no bastan para alcanzar el efecto máximo. Y 4º Hace falta con urgencia un A.C.T.H. retardado, de actividad prolongada.

La cuarta ponencia sobre Reumatismo no articular fué encomendada a los doctores W. S. C. Copeman y R. M. Mason, de Londres. Se resume y discute la base anatomopatológica del reumatismo no articular y de la fibrositis. Se describe un nuevo síndrome clínico, al que se denomina "síndrome de tensión". El autor cree que la causa del dolor en este síndrome depende de un aumento de la tensión de los líquidos del tejido fibroadiposo en ciertas regiones del cuerpo. Se describe una serie preliminar de experiencias clínicas, de las cuales se deduce la conclusión provisional que el aumento de tensión es más que intra que extracelular.

La quinta ponencia sobre reumatismo Brucelar estaba encomendada al doctor A. Robecchi, de Turín (Italia) y a los doctores Cirera Voltá, Pedro y Pons, Barceló Torrent, Vilaseca Sabater, Rotés Querol y Batalla Boixot de Barcelona (España), con las siguientes conclusiones: Existen formas brucelares primarias del aparato locomotor que pueden revestir aspectos de reumatismo, artritis y espondilitis parecidas a las provocadas por otros gérmenes. Pueden confundirse principalmente con determinadas manifestaciones tuberculosas del aparato locomotor. La certeza diagnóstica de su naturaleza brucelar sólo se alcanza cuando es posible demostrar en el enfermo la coexistencia de estos datos: Bazo brucelar, serodiagnóstico positivo y respuesta biológica favorable de la antigenoterapia brucelar endovenosa. Existe un tratamiento específico que es el lisado de brucelas administrado a dosis progresivas por vía endovenosa, que es suficiente para curar estas formas brucelares primarias del aparato locomotor.
