Facultad de Medicina de Paris

Investigaciones Médicas en Francia durante la guerra

1939-1945

por el Dr. I. BENZECRY

"Assistant Etranger" de la Facultad de Paris
Médico del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires

SUMARIO: El síndrome neuroedematoso de Debré. Clínica, diagnóstico y tratamiento de las pancreatitis crónicas izquierdas. Los estudios sobre alergia digestiva en el servicio de Pasteur Valléry-Radot. Conclusiones de Laubry y Lenégre sobre el tratamiento mercurial prolongado de las aortitis sífilíticas. Las osteosis de hambre (Justin Besançon). Conclusiones de René Leriche sobre 800 gangliectomías lumbares.

"Algunas semanas después de la liberación yo recorría el continente americano. Me ha impresionado constatar el desconocimiento de nuestros trabajos médicos recientes por nuestros amigos de más allá del Atlántico. Ellos estaban persuadidos que durante los años de opresión, Francia se había replegado sobre ella misma y que de su cuerpo lastimado el espíritu había huido. Cuando yo les afirmaba que médicos y biólogos habían continuado a hacer investigaciones, yo los encontraba escépticos. En medio de las condiciones morales y materiales más espantosas que un pueblo haya conocido a través las vicisitudes de su historia, cómo esos hombres habrían podido trabajar? En sus laboratorios les faltaba a menudo los aparatos, ellos estaban a veces privados de gas y electricidad, no podían procurarse sino con grandes penurias animales de laboratorio. Ellos mismos llevaban una vida miserable, subalimentados, transidos de frío, arrastrando en su alma espantosos tormentos, sin cesar amenazados en su libertad; angustiados por sus parientes o sus amigos prisioneros, deportados, fusilados. Cómo habrían podido ellos llevar a buen término ningún trabajo científico? Sin embargo he aquí lo que sobrevivió; a pesar de las angustias, de la servidumbre, los sufrimientos materiales y los dolores morales, a pesar de las dificultades de trabajo casi insuperables, a pesar del muro infranqueable que separaba Francia del mundo exterior y del tétrico silencio que se extendía sobre todas las naciones

que no eran el Reich alemán, ellos han llegado a nacer el esfuerzo supremo de no dejar declinar el espíritu francés; han hecho obras originales y han enriquecido la ciencia con nuevos aportes. Puede ser que la lectura de estos trabajos dará a nuestros amigos extranjeros el deseo de leer las otras publicaciones francesas de estos últimos años. Muchas de estas publicaciones ocupan un lugar importante entre las obras científicas realizadas en los países de Europa y de América después de 1940. Si el azar hostil de nuestros difíciles tiempos de post-guerra impide a nuestros amigos conocerlas, que estos trabajos sean a lo menos el testimonio de una Francia que no ha querido morir y cuyo espíritu médico ha tratado de permanecer: lo que fué en el pasado: a la vez creador y crítico, dominado por el interés de la clínica".

PASTEUR VALLERY-RADOT

EL SINDROME NEUROEDEMATOSO

En el transcurso del año 1941, en plena guerra mundial, al Profesor Debré con sus discípulos Marie, Seringe et Mandé descubrieron una nueva enfermedad que poco después confirmaban otros clínicos franceses.

Esta afección está caracterizada por:

- 1º Edemas;
- 2º Dolores difusos;
- 3º Parálisis de tipo periférico;
- 4º Una alteración del estado general con fiebre y taquicardia;
- 5º Una evolución tan pronto hacia la curación en algunas semanas como por la muerte por perturbaciones bulbares;
- 6º Una modalidad epidémica.

Se trata de una afección particular observada hasta el presente en niños de corta edad y caracterizada por la asociación de perturbaciones nerviosas a menudo mortales y de un edema difuso eventualmente acompañado de hidropesía serosa. Los edemas, en un principio localizados a la cara o a la región dorso lumbar, pueden generalizarse y alcanzar los diferentes segmentos del cuerpo. No tienen ninguna relación topográfica con las parálisis de las que hablaremos más abajo. Los edemas interesan la cara, el cuello, la espalda, las regiones lumbares y la pared abdominal, las bolsas y en menor grado los miembros, exceptuando los inferiores en los cuales el edema es consistente. En el resto del cuerpo el edema es blando y conserva la impresión digital.

El médico piensa entonces: nefritis o nefrosis. Pero el laboratorio no confirma ninguna lesión renal: ni albuminuria, ni cilindruria, ni hematuria, azotemia, ni hipertensión. No se observan tampoco los estigmas de una nefrosis lipódica; sin embargo, la hiperlipemia con o sin hipercolesterolemia ha sido encontrada siempre que ha sido buscada.

El síndrome neurológico tiene los caracteres siguientes: al principio los dolores son difusos y tan intensos que se piensa en un reumatismo poliarticular agudo; los dolores tan vivos a la palpación de las masas musculares y sobre todo a la movilización pasiva de los miembros hace pensar al médico en la *poliomielitis anterior aguda* o en una polineuritis.

La evolución lleva a los enfermos a fenómenos paralíticos: ya el cuello, de la nuca, de los lomos (imposibilidad de mover la cabeza, de mantenerla erguida, de estar sentado), de los músculos de las regiones anteroexternas de las piernas, etc.

La parálisis es flácida. No se han observado nunca signos de pirralidismo, ni perturbaciones esfinterianas, ni perturbaciones de la sensibilidad objetiva. La exploración eléctrica muestra una reacción de degeneración parcial de los músculos, lo que aboga en favor de una lesión de la neurona periférica.

En todos los casos, la parálisis alcanzó a los pares craneanos o a los centros bulbares. Así, se han observado taquicardias irreductibles, tectones de los centros respiratorios del bulbo que llevan a la muerte, parálisis velo-palato-faríngea.

Esta evolución dramática no se acompaña de perturbaciones psíquicas ni meníngeas.

En resumen: la enfermedad presenta dos fases: una primera edematosa, con dolores difusos y taquicardia, una segunda fase paralítica que puede conducir a la muerte por lesiones de los centros bulbares, o regresar y curar.

La temperatura puede ser normal o ascender a 38°. La duración de la enfermedad es de 10 días a seis semanas.

La autopsia muestra un aumento de peso del cerebro por edema.

En consecuencia, se trata de una enfermedad que no puede ser confundida con la poliomielitis: la raquicentesis, sus síntomas y su evolución, establecen la diferencia. Los estudios bacteriológicos y de laboratorio realizados muestran asimismo que no cabe la confusión con las polineuritis tóxicas ni infecciosas, como por ejemplo las dityéricas. De la polirradicular neuritis de Guillain-Barré la distinción es establecida por la ausencia de alteraciones del líquido cefalorraquídeo en el síndrome neuroedematoso. Por otra parte, si bien pueden observarse edemas de los miembros en el Guillain-Barré, éstos son iniciales en el síndrome neuroedematoso y posteriores a las lesiones neurológicas en el Guillain-Barré.

Los edemas que preceden a la fase paralítica permiten establecer la diferenciación con la parálisis ascendente de Landry.

Podría pensarse en una polineuritis, ya infecciosa ya por avitaminosis; la rapidez de la evolución y la lesión de los centros bulbares eliminan esta posibilidad.

Finalmente, dado el carácter epidémico con que ha sido observada esta enfermedad, se ha emitido la hipótesis que sea producida por un virus neurotrófico desconocido hasta el presente.

CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS PANCREATITIS CRONICAS IZQUIERDAS

Se trata de una nueva entidad clínica identificada y estudiada por el Profesor Mallet-Guy de Lyon. Este profesor lionés ha hecho sus estudios sobre 45 casos diagnosticados clínicamente y confirmados quirúrgicamente; así ha sido demostrada la frecuencia de la esclerosis crónica inflamatoria localizada a la parte izquierda del páncreas, responsable de perturbaciones digestivas, de crisis dolorosas y de una alteración del estado general.

El punto de partida de las investigaciones en este sentido fué un enfermo operado de urgencia por pancreatitis edematosa de la cola del páncreas, que continuó, después de la operación, con sus crisis paroxísticas. El diagnóstico en este caso era evidente, y una reintervención que consistió en la exéresis de la cola del páncreas produjo la curación definitiva. Este enfermo ha sido reexaminado 10 años más tarde y ha confirmado su completa curación.

Desde ese primer caso hasta la fecha, son muchos los casos de pancreatitis izquierda diagnosticados e intervenidos exitosamente en Francia y las intervenciones quirúrgicas a realizar han sido mejor precisadas. Pero antes pasaremos una revista a las:

Formas anatómicas de la Pancreatitis crónica izquierda:

Si se observa cuidadosamente el sector del páncreas esclerosado, se comprueba que las lesiones de los diferentes focos no son todos contemporáneos sino que pareciera que se hubieran constituido sucesivamente al azar. La sección de piezas de pancreatectomía muestra en ciertos puntos esbozos esclerocísticos, y en otros depósitos cálcicos.

Desde un punto de vista topográfico cabe hacer las siguientes distinciones:

- pancreatitis estrictamente izquierdas
- pancreatitis crónicas izquierdas paramedianas
- pancreatitis difusa con máximas lesiones a la izquierda

- pancreatitis crónicas difusas, simétricas.
- pancreatitis crónicas difusas con máximas lesiones a la derecha.

Hasta el presente, siempre se vió a la patología del páncreas como un anexo de las vías biliares. Ello puede ser cierto para las pancreatitis crónicas cefálicas, pero no lo es para las izquierdas en las que la regla es que las vías biliares sean indemnes.

Los estudios histológicos realizados, permiten suponer que las lesiones focales fibrosas y cicatriciales son la resultante de procesos pancreáticos agudos. En medio de riachos esclerosos se ven napas de células epiteliales quísticas y escleroquísticas.

Los nervios muestran lesiones de interés: se ve edema y espesamiento de la vaina perinerviosa, invasión del nervio por células inflamatorias y finalmente invasión del mismo por el tejido fibroso.

El Síndrome doloroso de la Pancreatitis crónica Izquierda:

Es el equivalente menor de las pancreatitis edematosas. El dolor asienta sobre la región lumbar a la izquierda, en forma de crisis agudas o subagudas, de intensidad y duración variables a intervalos irregulares. En el intervalo de las crisis es frecuente que el enfermo sea diagnosticado como un ulceroso.

Al practicarse el examen es de importancia constatar el signo siguiente: "el punto doloroso provocado por la palpación de la región subcostal izquierda en el descúbito lateral derecho". Así, la mano que palpa apartando y contorneando el obstáculo gástrico interroga directamente el cuerpo y la cola del páncreas, y el dedo despierta en una zona bien limitada el dolor agudo que es la rúbrica de una lesión pancreática.

Elementos y condiciones de diagnóstico:

- 1º A menudo el diagnóstico de pancreatitis izquierda es fácil y pueda ser hecho sin gran riesgo de error.
- 2º Este diagnóstico puede ser hecho esencialmente sobre los datos clínicos.
- 3º Que nada es más engañoso en esta materia que el laboratorio, y ningún progreso puede ser realizado en tanto se exija de las pruebas llamadas características que den la clave del problema.

Es suficiente que una parte de la glándula funcione normalmente para que ni la glicemia ni el poder digestivo del jugo pancreático se encuentren alterados.

Es sobre los elementos clínicos y radiológicos que hay que apo-

ya: las radiografías muestran la repercusión sobre el estómago de las lesiones pancreáticas, imágenes de calcificaciones que es necesario diferenciar de las intracanaiculares, etc.

Tratamiento: Tres procedimientos quirúrgicos han sido precisados en sus indicaciones y técnica:

- 1º La pancreatometomía izquierda. Está indicada en todos los casos en que la lesión pancreática es estrictamente izquierda. En el post-operatorio se presenta, durante unos días, una ligera hipoglicemia; el derramamiento post-operatorio de jugo pancreático cesa de producirse al cabo de unos días, espontáneamente.
- 2º La intervención sobre las vías biliares: Al realizar la intervención quirúrgica por medio de una laparatomía, deben explorarse siempre las vías biliares en la mesa de operaciones y hacer el examen radiológico y manométrico de las mismas. Estarán justificadas la colecistectomía por colecistitis, una esfinterotomía por hipertonia del esfínter de Oddi o una intervención nerviosa en caso de hipotonía.
- 3º La esplanicometomía izquierda: Está indicada cuando la exploración operatoria demuestra la imposibilidad de la exéresis pancreática y las vías biliares son normales o ha fracasado una intervención precedente sobre las mismas. Las esplanicometomías realizadas hasta la fecha —más de veinte— demuestran que se trata no sólo de una intervención sintomática sino también curativa. Una reflexión última cabe hacer: si las vías biliares son hipotónicas, hay una razón más para recurrir a la esplanicometomía; si, por el contrario, son hipertónicas, la esplanicometomía no será realizada a menos de hacer una anastomosis biliar o de actuar directamente sobre el esfínter de Oddi a fin de prevenir los efectos hipertónicos biliares que sucedan a las esplanicometomías izquierdas.

LOS ESTUDIOS SOBRE ALERGIA DIGESTIVA. EN EL SERVICIO DE PASTEUR VALLERY-RADOT

Pasteur Vallery-Radot, con su colaborador Blamoutier, han demostrado que un individuo puede ser sensibilizado a un producto de la digestión de una proteína alimenticia.

Se considera habitualmente que una cutireacción positiva a una proteína o a un cristalóide, prueba la hipersensibilidad del sujeto a esta substancia. Por el contrario, una cutireacción negativa en un sujeto clínicamente alérgico no permite decir que no está sensibilizado.

Cuando la sensibilización se hace por vía respiratoria (asma por inhalación de polen, etc.), la cutireacción es siempre positiva. No ocurre lo mismo con la anafilaxia de origen digestivo, una proteína determinada, huevo, carne, leche, puede determinar una crisis de urticaria al ser ingerida y la cutireacción ser negativa. En ese caso, es probable que el individuo sea sensibilizado, no a la proteína ingerida sino a un producto de desintegración de la misma.

En ese sentido es particularmente ilustrativo el caso de Pasteur Vallery-Radot y Biamoutier.

Se trataba de un enfermo de 30 años de edad que padecía desde hacía 10 años de crisis de urticaria cada vez que ingería carne de carnero. La crisis aparecía 5 a 6 horas después de la ingestión, ya se tratara de costilla, lomo, etc., cruda o cocida de carne de carnero. Los sesos de ese animal como así también la carne de cualquier otro no producen los fenómenos alérgicos.

De este paciente todas las cutireacciones hechas con la carne de carnero fueron negativas. Entonces se procuró ver si lo que estaba en juego era un producto segundo de la desintegración de esas proteínas por los jugos digestivos. Para ello se hizo al sujeto un tubaje gástrico y duodenal y se obtuvo una muestra de sus secreciones. A título de control, se ensayó la sensibilidad del sujeto a sus propias secreciones y el test fué negativo. Establecido esto, se procedió a la digestión "in vitro" de la carne de carnero en diferentes tubos representando los diversos momentos digestivos de esa proteína. La escarificación hecha con el producto de digestión duodenal fué fuertemente positiva.

La enseñanza de este estudio es que no debe concluirse apresuradamente que un individuo no es alérgico a una sustancia determinada, pues puede serlo a un producto de desintegración de la misma en el organismo.

CONCLUSIONES DE LAUBRY Y LENEGRE SOBRE EL TRATAMIENTO MERCURIAL PROLONGADO DE LAS AORTITIS SIFILITICAS

Las series prolongadas de tratamiento por el cianuro de mercurio, de un total de 50, 100, 200 inyecciones intravenosas o más, a razón de una inyección de 0.01 gr. (es decir un centígrado) todos los días o día por medio constituye una técnica utilizada desde hace mucho tiempo en Francia en ciertas afecciones oculares por Abadie, y en sífilis a reacciones serológicas llamadas "irreducibles", por Degos. Este método es actualmente el mejor tratamiento de las aortitis sífilíticas. Puede ser prescripto a condición de ser estrechamente vigilado aún en caso de insuficiencia cardíaca o de ligera lesión renal.

Sus resultados son notablemente superiores a aquellos de las curas discontinuas clásicas de mercurio, bismuto y arsénico.

Laubry, después de una experiencia de más de treinta años, estima que es el mejor de los tratamientos, y que a condición de actuar con prudencia debe darse al enfermo esta última posibilidad terapéutica. Bases clínicas, anatómicas e histológicas sustentan este criterio. Sobre 20 enfermos, 5 han muerto súbitamente por crisis anginosas e por insuficiencia cardíaca aguda, y han sido aquellos no tratados o tratados insuficientemente.

Si bien es cierto que algunos casos de muerte súbita han sido relacionados con el tratamiento antiespecífico, no lo es menos que mucho más numerosos son los casos de muerte por falta de tratamiento o tratamiento insuficiente.

Esta opinión coincide con la de los cardiólogos norteamericanos en sus comunicaciones hechas al congreso de la sífilis cardiovascular (Am. Heart J. 6, 142 y 148, 1930).

El cianuro de mercurio es un producto de eliminación rápida y los efectos de acumulación no son de temer. Donzelot ha hecho notar que su valor diurético no es despreciable y puede ser prescrito en las insuficiencias ventriculares izquierdas con edema de las aortitis sífilíticas. Treinta y un enfermos de aortitis específica (A. E.) confirmada, grave, acompañada de crisis anginosas, recibieron este tratamiento, aun teniendo edemas, albuminuria e hipertensión arterial. El tratamiento fué acompañado de cuidados dentarios y de ouabaina y de digital para aquellos en estado de insuficiencia ventricular izquierda. Sólo en dos casos se interrumpió el tratamiento por rectocolitis hemorrágica o un aumento de la azotemia de 0.50 a 0.90 gr. a pesar de una disminución de la albuminuria de 1.20 gr. a 0.20 gr.

La forma de controlar a los enfermos así tratados es: cantidad diaria de orina, albúmina dos veces a la semana, examen mensual del sedimento urinario y de la urea en sangre y en algunos casos pruebas de suficiencia renal. Los sujetos jóvenes son los que dan resultados más favorables y precisamente los que peligran más, por falta de tratamiento. Se han visto regresar asistolias que otros cardiólogos habían estimado irreductibles, desaparecer crisis anginosas frecuentes, dos veces se han visto corregirse anomalías electrocardiográficas, desaparecer crisis frecuentes de edema agudo del pulmón.

Los exámenes histológicos hechos en aquellos pacientes fallecidos de una afección intercurrente, cáncer por ejemplo, han mostrado lesiones infinitamente más discretas que las de aquellos pacientes no tratados. En consecuencia, las lesiones histológicas de la sífilis sobre la aorta son influenciadas por el tratamiento.

Cuando por razones de comodidad se quiso reemplazar el mercurio por el bismuto una vez obtenida la mejoría con el primero, se produjeron desastres. Crisis de edema agudo, etc. El tratamiento con

cianuro de mercurio debe ser asiduo, proseguido durante años. Un tímido tratamiento de sólo unas pocas ampollas "irrita a la sífilis" y causa al enfermo más daño que bien. Todo aórtico sífilítico debe ser tratado por grandes series de inyecciones, pero el diagnóstico debe ser bien seguro en cuanto a la etiología específica para emprender el tratamiento.

LAS OSTEOSIS DE HAMBRE

Uno de los tristes privilegios de los médicos franceses ha sido poder estudiar los estados carenciales provocados por la subalimentación y aparecidos en gran número a partir de 1941.

El comienzo de la enfermedad es extremadamente insidioso. Es una fractura espontánea la que lleva al paciente al médico; más a menudo son dolores esqueléticos difusos.

El profesor Justin Besancon, que ha estudiado el problema en París, aconseja desconfiar de esos dolores reumáticos que interesan al raquis, la cara y los miembros inferiores. Los jóvenes alemanes que sufrieron este estado en 1919 se quejaban de tener "piernas de mermelada", expresión que traducía el estado de debilidad y de impotencia funcional. Las fracturas espontáneas pueden deberse a traumatismos mínimos, pueden ser simples infracciones, o fractura en tallo verde sobre el radio o el cúbito. En radiografías seriadas se ve que el paciente comienza por tener una "infracción", luego se produce una reacción perióstica sin tendencia a la calcificación y la hendidura de la fractura progresa transversalmente hasta fracturar la diáfisis entera. Los lugares de preferencia parecen ser ambos cúbitos, a 8 cm. por encima de la apófisis estiloides.

Contemporáneamente se observa una descalcificación general del esqueleto, los signos clínicos y biológicos del metabolismo anormal del calcio: manifestaciones discretas de tetania, signos de Chvostek, la calcemia disminuida a alrededor de 80 miligramos, el fósforo también disminuido y las fosfatasas sanguíneas expresadas en unidades Bodansky, ligeramente elevadas.

Un elemento interesante que señalar es el siguiente signo de transferencia cálcica: en las radiografías de perfil del tórax se constata un raquis descalcificado coexistiendo con una calcificación aórtica.

La terapéutica de estas osteosis de hambre es muy sencilla: es suficiente administrar fósforo, calcio y Vit. D a grandes dosis. La vit. D2 sintética a razón de 0.30 gr. dos veces a una semana de intervalo da excelentes resultados. El fosfato tricálcico a la dosis de 10 gramos por día. La curación se obtiene rápidamente y fracturas que datan de 6 meses se curan por esta terapéutica en 15 días.

**CONCLUSIONES DE RENE LERICHE
SOBRE 800 GANGLIECTOMIAS LUMBARES**

De las 800 gangliectomías hechas por Leriche, 246 han tenido lugar entre mayo de 1943 y mayo de 1944. Numerosas veces han sido asociadas a una esplancnicetomía, suprarrenalectomía unilateral, abla-ción del ganglio aórtico-renal, o del plexo mesentérico inferior. A tí-tulo de orientación de las indicaciones y frecuencia diremos que:

Sobre 800 gangliectomías se ha intervenido por:

Arteritis	501 veces
Enfermedad de Raynaud	21 "
Esclerodermia	20 "
Secuelas flebíticas	21 "
Cardioespasmo	1 "
Mega-estómago	1 "
Megacolón y delicocolón	37 "
Megauréter	3 "
Hipertensión	119 "
Síndromes dolorosos	33 "
Perturbaciones vasomotoras post-traumáticas	9 "
Heladuras	4 "
Enfermedad de Little	15 "
Hiperhidrosis	4 "
Tuberculosis articular	2 "
Artritis deformante	3 "
Pert. tróficas desp. secc. nerv.	6 "
Secuelas poliomiélicas	4 "
Impotencia	1 "

805 veces

Sobre las 501 arteritis, se ha tenido un 20% de fracasos comple-tos, es decir, la situación ha sido agravada o ha sido necesario am-putar sea por gangrena, sea por dolores residuales; 30% de resul-tados mediocres y 50% de buenos resultados.

Pero es necesario saber leer estas cifras; ellas no dicen todo quan-to puede obtenerse de las gangliectomías lumbares. Una endoarteritis obliterante esquemáticamente pasa por tres estados: isquemia al es-fuerzo, luego en reposo y luego gangrena. Si se interviene en el pri-mer estado los resultados serán exitosos; en el segundo mediocres y fracaso en el tercero.

Grave error se comete cuando se enseña que la enfermedad de Leo Buerger es tolerada durante mucho tiempo. Ello tranquiliza al médico y lo aleja de la indicación precoz.

De un modo general, desde el punto de vista de la gangliectomía, una arteritis es tanto más grave cuanto más bajo es su asiento. Una obliteración de la tibial posterior ofrece menos probabilidades de mejoría que una obliteración de la bifurcación aórtica. Esto no es una paradoja. Lo que ocurre es que la gangliectomía actúa dilatando las vías colaterales.

Se ha dicho que la condición para considerar exitosa una gangliectomía por arteritis era la reaparición del pulso y el registro de amplias oscilaciones. En ese sentido la gangliectomía no puede dar satisfacción. Si la iliaca externa está obliterada, el pulso falta en la femoral. Cuando la femoral superficial está obstruida, el pulso no reaparece jamás en la tibial posterior. Al cabo de unos años reaparecen algunas débiles oscilaciones, ello indica buena circulación colateral, pero no repermieabilización de la arteria. Esas son las enseñanzas de la arteriografía.

Leriche ha hecho 250 veces la operación de Diez de extirpación del 2, 3 y 4º ganglio lumbar. Los resultados han sido excelentes.

Simpatectomía y órganos genitales: muchos arteríticos son impotentes. Ellos no siempre lo declaran y a veces es mejor no insistir sobre el punto. La simpatectomía lumbar más de una vez ha devuelto una virilidad perdida y hay embarazos que han seguido de cerca a la intervención.

Operación de Leriche para la hipertensión arterial: A la derecha, sección de los espláncnicos con ablación de los dos últimos ganglios dorsales y los dos primeros lumbares. Algunas semanas más tarde, supra renalectomía izquierda, gangliectomía de la misma extensión y esplanicectomía. Esta operación compleja parece ser la que da mejores resultados.

En la enfermedad de Baynaud: Los resultados son buenos, pero a condición que la resección no sea demasiado extensa: la tendencia actual es de hacer ciertas reacciones entre los ganglios primero y segundo.

En las secuelas flebíticas: Los resultados son excelentes en los estados de atrofia dolorosa de la pierna que precede a la aparición de la úlcera. Algunos enfermos operados de un lado han venido a pedir la operación del otro.

Secuelas de poliomielitis: Frecuentemente los antiguos poliomielíticos se quejan de sensación de frío doloroso. La mejoría operatoria en ellos es eficaz y persistente.

Finalmente, igualmente buenos son los resultados de la gangliectomía lumbar en las perturbaciones tróficas debidas a la sección del ciático y en el tratamiento del mega y dolico-colón.

BIBLIOGRAFIA

DEBRE, SERINCE, MARIE, MANDE. Comptes-rendus des Séances de la Société de Biologie, 8 Fév. 1941 t. CXXXV, 1941, p. 121.

P. MALLET-GUY et VACHON. Pancréatites Chroniques gauches. Paris 1943. Mas.

BLAMOUTIER P. La Presse Médicale, 31 mars 1945, p. 162.

LAUBRY, LENEGRÉ y MATHIVAT. Bull. et Mém. Soc. Hosp. Paris, 11 juin 1943.

Justin BESANCON. Recherches Médicales en France pendant la Guerre, Paris, Flammarion.

R. LERICHE. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Novembre 1944. t. LXX p. 385.

Revista Médica de Costa Rica

Secretario de Redacción: Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. RAUL BLANCO C., Secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social.

Dr. CARLOS DE CESPEDES, Presidente de la Facultad de Medicina

Dr. A. PENA CHAVARRIA, Director del Hospital San Juan de Dios.