

*Dr. Brito Foresti.* — ETIOLOGÍA, FORMAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS CUTÁNEAS EN EL URUGUAY. «Revista Médica del Uruguay», noviembre de 1922.

Entre 20.000 dermatósicos vistos en 25 años sólo hemos hallado 229 casos de tuberculosis o tuberculides de la piel: es decir, el 1,1 por 100.

Conclusiones: I. Las tuberculosis cutáneas, bacilares y tóxicas, son relativamente raras en el Uruguay. Su totalidad alcanza alrededor del 1 por 100 de todas las dermatosis.

II. Las tuberculosis verdaderas representan un 0,25 por 100 del total de manifestaciones tuberculosas y las toxituberculides un 0,75 por 100.

III. Por orden decreciente, las proporciones son las siguientes: lupus eritematoso, 60 por 100; lupus vulgar, 15 por 100; tuberculosis verrucosa, 12 por 100; ulceraciones tuberculosas, 5 por 100; tuberculides pápulo-necróticas, 3 por 100; liquen scrofulosorum, 1 por 100 y angioqueratona, 1 por 100.

IV. Las formas clínicas son habitualmente benignas y discretas. Las asociaciones entre algunos tipos se observan, pero casi exclusivamente con el lupus eritematoso.

CHOQUE ANAFILÁCTICO EXPERIMENTAL VÍA RESPIRATORIA. — *Arloing y Lan-geron.* Academia de Medicina. París, 6 junio 1922.

Los autores han ensayado en la cobaya sensibilizado con suero normal de caballo, la acción de antígenos homólogos o heterólogos introducidos directamente en la tráquea o inhalados después de la pulverización en la entrada de las vías respiratorias.

Observáronse fenómenos más o menos intensos de anafilaxia, ya después de la pulverización del suero o de la insuflación del polvo desecado de suero, de ovalbúmina o de peptona. Nada de choque con los polvos conteniendo cuerpos microbianos (*b. subtilis*, *b. de Koch* pulverizados y desecados), ni con polvos orgánicos o anorgánicos (almidón, goma arábica, talco).

El choque anafiláctico de origen aéreo experimental es, pues, posible y tanto más claro y rápido cuanto el antígeno desencadenante está en forma más fácilmente absorbible.

La anafilaxia de origen respiratorio no se experimenta, pues, de un modo específico y localizado al aparato respiratorio, sino que se traduce de una manera general sobre el conjunto del organismo y se acompaña de fenómenos vasculares sanguíneos de la crisis hemoclástica. Así queda confirmada la necesidad de un terreno especial (diátesis coloidoclástica de Widal) en la patogenia específica de los fenómenos asmáticos.

LA LUCHA CONTRA LA INFECCIÓN POR LA INYECCIÓN DE AUTOSANGRE HEMOLISADA. — *Descarpentries.* «L'Echo Médic. du Nord», 10 junio de 1922.

Recógense 10 c. c. de sangre de la vena, se mezclan con 20 c. c. de agua esterilizada. Enseguida se inyectan 10 c. c. en el muslo. Dos horas después, otra inyección de 5 c. c. (cuidando de que la jeringuilla no contenga coágulos). Dos horas después una tercera inyección del líquido filtrado con gasa.

La inyección provoca un dolor fugaz, pero sin reacciones perjudiciales.

El autor lo ha aplicado en toda clase de infecciones. Sobre todo tiene más valor en las infecciones ligeras localizadas. En los estados septicémicos, fiebres puerperales, aún las graves, el enfermo experimentó un beneficio bien marcado. De ordinario conviene renovar muchas veces las inyecciones para obtener la curación.

Además, tiene el método cierto valor pronóstico. Así, cuando la sangre produce ciertas nubes blancuecinas al llegar al agua, la infección es grave. Si la sangre tiende a coagularse en la jeringa, el pronóstico es sombrío, pero no desesperado. Si la sangre no puede ser aspirada, el pronóstico es fatal.

UN NUEVO MÉTODO PARA LA COLORACIÓN DE LA CÁPSULA BACTÉRICA, por *Riemsdiesk.* (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2-1921). Referencia: «Rev. Sud Americana de Endocrinología, Inmunología», 15-X-21.

Líquidos necesarios: 1.ª solución preparada recientemente de protargol con agua destilada, a 1:200; 2.ª solución acuosa de eosina a 1:20; 3.ª solución acuosa a 20 por 100 de carbonato sódico.

Modus operandi: A cada centímetro cúbico de solución de eosina se agrega una gota de la solución de carbonato. En una proveta se ponen 5 gotas de la solución de protargol y un poco del cultivo bacterico que se quiere examinar; después se agregan 5 gotas de la solución alcalina de eosina. Se agita y se deja reposar durante 10-20 minutos. Se alistas láminas con el líquido, extendiéndolo como se hace para la sangre; se deja secar al aire y se examina al microscopio. Si el bacterio tiene cápsulas, el cuerpo microbiano aparece rojo claro, circundado por un halo blanco sobre fondo rojo.

## VIRUELA

TRATAMIENTO DE LA VIRUELA POR LOS BAÑOS CON PERMANGANATO DE POTASA. — *Martínez Vinuesa.* «Anales de la Soc. Méd. Quir. del Guayas». Guayaquil (Ecuador), junio 1922.

Recordando las propiedades desodorizante y desinfectante inocuo que tiene el permanganato, lo ensayé en los variolosos en 1918, en los pocos casos que vi en la epidemia 1920-21: