

leishmaniosis; Lección 22. Viruela y varicela; Lección 23. Sarampión; Lección 24. Escarlatina; Lección 25. Difteria. Anginas; Lección 26. Diagnóstico bacteriológico de la difteria y anginas; Lección 27. Meningitis. El líquido céfalo-raquídeo en las enfermedades infecciosas; Lección 28. Diagnóstico bacteriológico de las meningitis; Lección 29. Neumonía; Lec-

ción 30. Diagnóstico bacteriológico de las infecciones respiratorias no tuberculosas; Lección 31. Disenteria y síndromes disentericos; Lección 32. Diagnóstico bacteriológico y parasitológico de las disenterias; Lección 33. Tétanos y rabia; Lección 34. Triquinosis; Lección 35. Poliomieltitis; Lección 36. Reumatismo.

BIBLIOGRAFÍA

A) CRITICA DE LIBROS

EDINBURGH POST GRADUATE LECTURES IN MEDICINE. Vol. 2. 1942. Un tomo en cuarto, encuadernado, de 540 páginas.

La serie de conferencias para licenciados profesadas en Edimburgo, que suelen ir apareciendo en la Revista Médica de Edimburgo son recogidas en estos tomos, de los cuales el presente (volumen segundo) corresponde a las de 1940-1941. Como tales conferencias son siempre encargadas a personas que se han destacado por sus publicaciones o trabajos, por lo general se trata de puestas al día de un problema o de expresión de los puntos de vista de un autor sobre algún tema de interés general o de actualidad palpitante. Mencionemos como ejemplo entre los capítulos del libro los referentes al síndrome de esfuerzo, la biopsia de la médula esternal, los factores nutritivos de la adaptación en la obscuridad, los métodos modernos del tratamiento de la tuberculosis, la cirugía de las enfermedades torácicas, el colapso circulatorio, la cirugía vascular, los factores letales en las quemaduras, los avances en el tratamiento del cáncer, la patología del lenguaje, el valor de la traqueobroncoscopia y esofagoscopia en el diagnóstico y tratamiento, la quimioterapia moderna, la orientación fisiológica en los problemas médicos, etc.

Dada la naturaleza de los temas y los autores de los capítulos se comprende que el tomo resulte de un extraordinario interés para el lector.

TÉCNICA DE LOS MÉTODOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, por M. KOLSTOCK y A. KOWARSKI. Editorial Labor, S. A., Barcelona-Río Janeiro. 1943. Un tomo en cuarto menor, de 480 páginas, 63 figuras y 25 láminas en color.

Este volumen, primera versión española de la duodécima alemana, en doce capítulos densos, representa un conjunto seleccionado de los métodos habituales del laboratorio clínico y su aplicación al diagnóstico médico.

La metódica, en estilo claro, comprensible y sin ambigüedades, está dada con todo detalle.

En general, las ilustraciones en negro son magníficas. Por contraste, salvo alguna aislada, las láminas en color adolecen del defecto de que sus tonalidades no corresponden enteramente a la realidad.

Varios reparos pueden ponerse al libro. Uno de ellos se refiere a la exclusión de los conocidos métodos cuantitativos basados en la colorimetría absoluta, sea por el fotómetro o el colorímetro fotoeléctrico, ya de uso corriente en los laboratorios clínicos tanto por la sencillez de su manejo como por su exactitud, rapidez, posibilidad de efectuar análisis en serie y no necesitar soluciones testigo. También resalta la ausencia de adquisiciones tan importantes como son la determinación de índices eritrocitarios, de gran valor en el diagnóstico diferencial de las anemias, pruebas funcionales, etc.

La presentación del manual es cuidadosa, como todos los volúmenes editados por la Editorial Labor.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENNORRAGIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA, por P. MULZER. Un tomo de 160 páginas. Ediciones Morata, 1943.

El libro, redactado de manera clara y sencilla, está dedicado al médico práctico que tan frecuentemente ha de diagnosticar y tratar casos de infección gonocócica. El autor insiste sobre la necesidad de un diagnóstico bacteriológico exacto y de la determinación de la localización de la infección para sentar las indicaciones terapéuticas. Hace referencia especial al tratamiento actual de la infección, señalando las indicaciones y resultados de la quimioterapia moderna y las causas de los fracasos de esta medicación. Estudia también la terapia local, su técnica e indicaciones y el valor de las curas febriles. El libro será de una gran utilidad al médico general por sus indicaciones claras y precisas en las que se prescinde de toda referencia inútil. Debe señalarse, sin embargo, que el constante progreso de la quimioterapia, que tan fundamentalmente ha cambiado y sigue cambiando las indicaciones y las normas terapéuticas, hace, que a pesar de estar el libro redactado recientemente, esté en muchos aspectos ya desbordado por los nuevos hallazgos y conocimientos.

B) REFERATAS

Farmacología y Terapéutica

3-31-1942

Las sulfamidas en el tratamiento de la blenorragia. F. Sarrallach Juliá.

* Modificaciones por la vitamina B₁, C y PP de la acción farmacológica de la acetilcolina y adrenalina por vía suboccipital. Félix Sanz Sánchez.

La protamina cinc-insulina en el tratamiento de la diabetes. César Pérez.

Modificaciones por la vitamina B₁, C y PP de la acción farmacológica de la acetilcolina y adrenalina por vía suboccipital. — Ensayo el autor las modificaciones que en la acción de la acetilcolina por vía suboccipital pueda tener la previa administración por la misma vía de las vitaminas B₁, C y PP.

Hace su experiencia en perros previamente anestesiados por cloral-morfina. Emplea dosis de aneurina de 1 y 3 centigramos y de 5 y 10 centigramos de acetilcolina, así como 1 miligramo de adrenalina, empleando diferentes intervalos entre ambas inyecciones.

La acetilcolina se encuentra reforzada en su acción, tanto desde el punto de vista de su intensidad como de su duración, con la previa inyección de aneurina. Con vitamina C hay una disminución en sus efectos con una previa pausa o síncope inicial. Con la PP hay solamente variaciones en la dosis tóxica de la acetilcolina.

La adrenalina no modifica su acción vascular, pero hay una inhibición de su acción respiratoria con la previa inyección de vitamina B₁. Con la vitamina C se estimulan ambas acciones de la adrenalina, ocurriendo algo análogo con la vitamina PP.

Revista Española de Tuberculosis

11-90-1942

- * El neumoperitoneo terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. M. López Sendón y R. García Suárez. Ensayo sobre el problema social de la tuberculosis osteoarticular. V. Sanchis Olmos.
- La boca en los tuberculosos. A. Freudenthal Portas.
- Patronato Nacional Antituberculoso (Normas para el funcionamiento de los Servicios provinciales).

El neumoperitoneo terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. — Trata del fundamento, técnica e indicaciones del método, ya aislado o como complemento de la frénicoparálisis; donde encuentra su mayor aplicación, consiguiéndose elevaciones del diafragma considerables, que medida por el método de Alexander llega en algunas ocasiones a un 55 por 100 de reducción de la distancia ápico-basal primitiva; sobre todo si no se encuentra obstaculizado su ascenso por la existencia de adherencias hepatodiafragmáticas.

Comunica sus resultados en 26 enfermos. En contradicción con otras estadísticas, observa un aumento de la expectoración y de la baciloscopia. El peso con alguna constancia sufre un descenso.

Solamente en un caso de caverna infraclavicular derecha se ha "casi ocluido" la caverna; en los demás, solamente se obtuvo una disminución de su tamaño, teniendo que hacer constar que en todos los casos la pérdida de substancia motivo, asentaba en el tercio superior del pulmón, lo que no es la indicación ideal del colapso inferior.

Como terapéutica hemostática no la cree eficaz y concluye diciendo que es un método de muy limitadas posibilidades como terapéutica aislada, estando justificado, según el autor, su empleo a título de ensayo en los casos de contraindicación o fracaso de los restantes procedimientos colapsoterápicos.

Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra

5-47-1942

- ¿Influyen las características raciales en la eficacia de la guerra submarina? Ignacio Iribarren Cuartero.
- Sobre un caso de hernia diafragmática. D. R. Consuegra Muñoz.
- Observaciones sobre el tratamiento de los estados de confusión conmoción cerebral en los traumatismos craneoencefálicos. D. E. Fernández Divar.
- Un caso de meningoneurilabirintitis sifilítica. D. D. Jiménez Andrade.

Revista de Sanidad e Higiene pública

17-1-1943

- Algunos datos para la historia de la quina, recogidos en el Archivo General de Simancas. Ignacio Narciso Alonso Cortés Fernández.
- Estudio de los factores epidémicos en la endemia tracomatosa. A. Socías.
- Factores que influencian la mortalidad del tífus exantemático. Juan Figueroa.
- El estudio de los gemelos como problema de sanidad pública. M. Schachter.
- Mortalidad materna y fetal en Badajoz y su provincia, comparada con la de España durante el decenio 1926-1935. J. Vinagré.
- Problemas sanitarios que plantean los tratamientos del viñedo con arseniato de plomo. Carlos Sánchez Rey.
- * Un nuevo y eficaz tratamiento de la tos ferina. Rafael Alemany Soler.
- Flora y acidez normal en algunas vaginas sin bacilos de Doderlein. R. de Urioste.
- Método de tinción del bacilo de Koch visible para los daltonianos. R. de Urioste.

Un nuevo y eficaz tratamiento de la tos ferina. — Se refiere a los resultados obtenidos en 200 casos tratados con inyección intramuscular alterna de 2 c. c. de solución de sulfato de magnesio al 15 por 100, al mismo tiempo que administra por os un preparado del tipo del "Tospara", "Fluotimina", etc.

Empleado en el período catarral, consigue la curación absoluta a la segunda o tercera inyección en el 70 por 100 de los casos, en el 25 por 100 resultados más tardíos pero satisfactorios y en un 5 por 100 apenas si se influye el curso de la enfermedad.

Son peores los resultados cuanto más tardío se inicia el tratamiento.

Señala la utilidad de esta medicación en una época en la que tanto escasean los productos de vacunación específica de garantía.

Gaceta Médica Española

10-193-1942

- * Primer período de la enfermedad cancerosa. M. Bañuelos.
- * La ictericia epidémica con recaída. E. Chabrol, J. Salliet y H. Tetreau.
- Revisión crítica de la etiopatogenia y terapéutica de la esclerosis múltiple. A. Vallejo Nájera.
- Alteraciones que el electrocardiograma experimenta en la altura. M. Garrote Vega.
- Embarazo y tuberculosis pulmonar. C. Fernández Ruiz.
- Estado actual del problema de la inmunización antiestreptocócica. R. Ibáñez González.
- Asistencia obstétrica de la tuberculosis gestante. F. Navarro Blasco.
- ¿Una nueva rickettsiosis? J. Torres Carrasco.
- Opoterapia pluriglandular. J. M. Díaz Villar.
- Patogenia de las dermatitis infecciosas del lactante; eczematización. J. Velasco Pajares.

Primer período de la enfermedad cancerosa. — El autor hace referencia a un anterior artículo suyo, en el que llama la atención sobre la siguiente observación clínica:

En enfermos en los que diagnostica un cáncer de estómago se señala con alguna frecuencia, que él trata de contrastar con la experiencia de otros compañeros, la existencia de un episodio previo seudogripal con infartos ganglionares y otras características un tanto personales. Este episodio precede en uno a tres meses al comienzo de la sintomatología cancerosa.

Enriquece esta observación con otros dos nuevos casos que relata y otros tres casos comunicados por médicos que a su llamamiento los han aportado.

¿Es una coincidencia por ser el resfriado común y el catarro seudoepidémico un proceso tan frecuente? Repárese en las características especiales que tiene este episodio con gran infarto ganglionar, etc.

¿Se trata de un virus filtrable que en una primera fase produce este episodio seudogripal y posteriormente desarrolla la neoplasia?

¿Puede ser esta enfermedad seudogripal el motivo desencadenante de un cáncer a punto de desarrollarse?

Reclama la colaboración de los médicos en este hecho de observación para que, comunicando sus casos, enriquezcan la casuística.

La ictericia epidémica con recaída. — Describen un síndrome que empiezan por hacer constar no se debe confundir con la ictericia febril o recaída que hicieron conocer en Francia Mathieu y Weil, asimilable a la espiroquetosis de Inada e Ido.

El comienzo se manifiesta bruscamente con escalofrío, elevación térmica, náuseas y vómitos; a los 4-5 días desaparece la fiebre, sobreviniendo entonces una ictericia ligera que dura una decena de días. En la recaída, a diferencia de la espiroquetosis, en que lo más llamativo es la fiebre, en este síndrome es la ictericia, que es muy elevada y persistente.

El hígado y el bazo aparecen duros y voluminosos, poco dolorosos y sin dolor en el punto cístico, hipertrofia que dura algunas veces muchos meses.

En el primer episodio icterico la colemia pigmentaria oscilaba entre 0,10 y 0,15, llegando en la recaída a 1,10 gramos. Se obtiene por sondaje una bilis amarilla oro con 0,80 gramos de bilirrubina.

Desaparecen el colesterol y los ácidos grasos no saturados de la bilis, permaneciendo también las cifras de colestesterinemia por debajo de 0,50 gramos por 1.000 durante algún tiempo.

La colemia aumenta hasta 116 miligramos por 1.000 y la bilis duodenal tiene 0,80 gramos de ácido colálico.

En la segunda etapa de ictericia se puede encontrar una resistencia a la hiperglicemia provocada, no observándose glucosuria, como si la glucosa se fijase en los tejidos.

En la interpretación de estos casos, muy frecuentes en el invierno en París, manejan tres hipótesis: a) La recaída depende de la infección secundaria y tardía de un germen de salida. b) Ella representa una debilidad anterior del bazo y del hígado. c) Es la señal de una inmunidad imperfecta. Los autores se inclinan por esta última hipótesis.

A Medicina Contemporanea

60-15-2 de agosto de 1942

- Tratamiento de la meningitis cerebroespinal epidémica. F. Fonseca, Bernardino Freire, Andresen Leitão, Marques de Gama y Pacheco Nobre.
- Cómo conducir las investigaciones en un núcleo de población donde aparezcan casos sospechosos de tífus exantemático. F. Fonseca y Manuel R. Pinto.

60 - 16 - 16 de agosto de 1942

- * Algunas alteraciones de la sangre en el tífus exantemático. Amorin Cunha y Moraes Silva.
- Tratamiento de la meningitis cerebroespinal epidémica. F. Fonseca, Bernardino Freire, Andresen Leitão, Marques de Gama y Pacheco Nobre.

Algunas alteraciones de la sangre en el tífus exantemático.
Estudian el cuadro hemático en 19 casos de tífus exantemático. En el 63 por 100 de ellos encuentran una leucocitosis media de 11.000, no sobrepasando ésta nunca la cifra de 41.000; en el 21 por 100 observan leucopenias por debajo de 5.000 que se mantienen durante toda la enfermedad, no observan modificaciones en la cifra de leucocitos en el 16 por 100 restante. No confirman el mal pronóstico de la leucopenia señalado por Clavero y Gallardo.

En los primeros días se observa una neutrofilia que disminuye posteriormente con aumento de los linfocitos en la entrada de la convalecencia. En todo el curso de la enfermedad hay anaesinofilia que desaparece también en la defervescencia o en la convalecencia.

Las variaciones en la serie roja son mínimas con ligera anemia y descenso de la cifra de hemoglobina.

La V. de S. aumenta hasta el 14 día disminuyendo progresivamente hasta el mes de enfermedad que adquiere valores normales. En los dos únicos casos de defunción la V. de S. estaba disminuida.

Lisboa Medica

20 - 1 - 1943

- * Colesteatomas cerebrales. Egas Moniz.
- * Colesteatomas de medula. Almeida Lima.
- * Práctica anatomopatológica. Wohlwill.

Colesteatomas cerebrales. — Publica el autor 6 casos de colesteatomas cerebrales con reproducción fotográfica de las arteriografías y flebografías, así como fotografías de las piezas anatómicas de algunos casos. Tres, tenían una localización temporal, uno frontoparietal y dos del ángulo pontocerebeloso; uno de los cuales fué operado con éxito.

Según el autor en los colesteatomas del ángulo pontocerebeloso domina la sintomatología cerebelosa y paresias o dolores del trigémino, sordera y paresia facial; no tan acentuadas estas últimas como en otros tumores de la misma localización y distinta naturaleza.

Concede gran valor a la asociación de los síntomas angiográficos y neurológicos en el diagnóstico de estos tumores. Entre los primeros la desviación de los vasos o la falta de circulación arterial y venosa son los más importantes. Es la lenta evolución lo que les diferencia de los quistes, cualquiera que sea su clase y la existencia de crisis epilépticas jacksonianas y paresias menos acentuadas en los de localización temporal.

Colesteatomas de medula. — Llama la atención el autor sobre la imprecisión de los cuadros clínicos en los tumores medulares, que si bien en la mayor parte de las ocasiones permiten hacer un diagnóstico de localización, en raras permite hacerlo de su naturaleza. Por lo reducido del canal medular, así como la escasa sección de la medula, la sintomatología es global; no teniendo ésta un carácter disociado como en los intracerebrales.

Publica minuciosamente dos casos comprobados de colesteatomas y si bien por lo reducido del número no cree que quede marcado el cuadro de estos tumores, sí hace resaltar algunos hechos coincidentes en ambas historias.

Sorprende la rapidez de instalación de las paroplejias, así como la recuperación también muy rápida del movimiento después de la intervención. No existen trastornos dolorosos, así como los esfinterianos fueron mínimos en ambos casos. Señala una discrepancia entre el nivel de los trastornos sensitivos y la localización por el lipíodol.

Por su origen embriológico y consiguiente localización media hay una simetría de la sintomatología que suele tener un primer periodo de ataxia espinal.

El desarrollo brusco de la paroplejia hace pensar al autor en un factor vascular por compresión que afectando lentamente la circulación llega a una intensidad límite en que las funciones medulares se alteran.

Revista Médico-Quirúrgica de Oriente

3 - 2 - Junio 1942

- Contribución al estudio de las formas clínicas del paludismo. Cástulo Fereaud.
- El paludismo. Su influencia en la evolución clínica de la gestación y el puerperio. Francisco Pérez Acosta.
- Diagnóstico microscópico del paludismo. Nuestra experiencia. Angel Paultre Torrens.
- Eritema del noveno día. Severiano Salazar Cruz.
- Herpes zóster inespecífico y periférico. Teodoro Prios Catalá.
- Tratamiento de fractura del cuello del húmero. Arturo Fera Mora.

La Semana Médica

(Buenos Aires)

49 - 31 - 30 de julio de 1942

- * La sulfamidoterapia intraperitoneal profiláctica en la cirugía obstétrica del caso impuro. U. Fernández.
- Consideraciones sobre sífilis congénita recidivante de amígdalas y velo del paladar. Yago Franchini y Domingo F. Gustavo.
- Importancia de la fonocardiografía en el diagnóstico de las enfermedades del corazón. Pedro G. Belmes.
- Uxoricidio. Epilepsia. Inimputabilidad. Informe médicolegal. J. Delipiano. E. Belástegui, P. Pietranera y E. López Bancalari.
- La realidad demográfica en nuestro país. Bartolomé Bosio.
- Monstruo doble: dicefalus, tribrachius, cuadrumanus. Ernesto Carlos Cagiano.
- Endocrinopatías. IX. Criptorquidia. Enrique Cantilo y Carlos Fernández.
- Heridas de defensa en las lesiones por arma blanca. Luis F. Cuelli, F. Bonnet.

La sulfamidoterapia intraperitoneal profiláctica en la cirugía obstétrica del caso impuro. — Sugestionado por los resultados profilácticos y terapéuticos obtenidos por J. E. Thompson, J. A. Arabson y J. M. Walker con la aplicación intraperitoneal de las sulfamidas en los operados de apendicitis aguda, aun acompañados de absceso y peritonitis, el autor emplea el método en los casos obstétricos impuros en los que se intervino con una cesárea según la técnica de Opitz. Hace uso de la dosis de 4 a 8 g. distribuidos por el interior del útero, en la herida cervicosegmentaria, en la zona del istmo donde se desprendió la serosa, en la sutura del peritoneo visceral; poniendo la mayor cantidad en el peritoneo inferior del abdomen.

Emplea el Stopton y procede de esta manera sin emplear ningún artificio de técnica extraperitoneal. No observa ninguna complicación no dejando en ningún caso tubo de drenaje.

No tuvo más fracaso que uno atribuido a excesiva dosificación del medicamento. El útero involucionaba rápidamente y sólo se observó escaso timpanismo y cianosis con disminución ligera de los hematíes y hemoglobina.

49 - 32 - 6 de agosto de 1942

- Falsas imágenes neoplásicas del estómago. Gabriel Peco.
- * Acción de la sulfanilamida y sus derivados en la peste experimental. Enrique Savino y Nestor Norales Villazón.
- Contribución al estudio del parto indoloro desde el punto de vista obstétrico y médicolegal. Dionisio E. Caravias.
- De los grupos sanguíneos. José M. Pardiña.
- Acción social durante el año 1941. Nicanor Palacios Costa y señora Alejandra F. D. de Pastorini.
- Profilaxis de la caries y conservación del primer molar. Gustavo A. Chiappori y Julián M. L. Saint-Martin.
- Quiste hidatídico unilocular multivesiculado del lóbulo izquierdo del hígado, abierto en una vena suprahepática. Angel V. Ferloni, Amadeo Marano y Raúl F. Matera.

Acción de la sulfanilamida y sus derivados en la peste experimental. — Los autores llevan a cabo su estudio experimental en el cavia, tratándolo con sulfanilamida, sulfatiazol o sulfopiridina a distintas dosis y por vía parenteral o bucal.

Inoculan una suspensión de P. Pestis procedente de un cultivo virulento de la cepa Kimberley sembrada en agar de Fildes e incubada a 20, 22° C previa dilución en diferentes proporciones en caldo nutritivo.

Estudian anatómicamente e incluso bacteriológicamente con cultivo en agar de Fildes o inoculación al cavia, los órganos de los animales de experimentación, con lo que ponen de manifiesto "la peste inaparente".

La sulfanilamida a la dosis de 1,5 gramos no protege al cavia de una D. M. M. En oposición a esto se nota una acción protectora del sulfatiazol a la dosis de 0,5 gramos, así como de la sulfapiridina que a la dosis de 2 gramos protege al cavia contra 10⁻⁴ D. M. M.

Esta acción protectora se pone de manifiesto en algunos cavia así tratados, por la observación de formas de peste ganglionares o "inaparentes" que sólo pueden ser reveladas por la siembra de la medula ósea en agar de Fildes.

49-33-13 de agosto de 1942

- Estudios sobre inflamación. III. La coagulación de los exudados inflamatorios. Humberto R. Rugiero y Carlos A. Tanturi.
Consideraciones sobre el método de Ogino-Knaus. Raúl Pastorini y Enrique Cantilo.
Los aspectos neurológicos de la enfermedad de Heine-Medin. José Pereyra Käfer.
Instituto de Parasitología. Estadística de los análisis parasitológicos realizados en el Laboratorio de la Cátedra durante los años 1939, 1940 y 1941. Juan Bacigalupo y Enrique Rivero.
* La protidemia en enfermos tuberculosos. Moisés Schere.
El aborto en los libros hipocráticos. Fermín Raúl Merchante.

La protidemia en enfermos tuberculosos.— Lleva a cabo la dosificación de las albúminas totales, globulinas y fibrinógeno, en 29 tuberculosos según el método de Howe-Kjeldahl, así como en 26 enfermos de otras afecciones.

Comprueba que las proteínas totales no sufren modificaciones, pero que hay una disminución del coeficiente albúmino-globulinas a expensas de un aumento de las globulinas.

En dos enfermos con disminución del coeficiente de 2,5 a 1,1 por disminución de las albúminas se confirmó la existencia de una nefrosis lipoidea.

Revista Médica de Chile

70-6-1942

- Automatismo de los miembros superiores. H. Lea Plaza, J. y R. Núñez.
Histopatología de la enfermedad de Basedow. R. Barahona y L. Sauma.
* Glomerulonefritis aguda sin síndrome urinario. H. Alessandre y W. Roeschmann.
Consideraciones sobre la mortalidad en la arsenoterapia antisifilítica. P. Chaná C.
Frecuencia y valor semiológico de la honda U del electrocardiograma. L. Hervé y M. Besoin.
Peritendinitis osificante. N. Flores Williams.
Diafisectomía de la tibia y trasplante del peroné por osteomielitis traumática. R. Urzúa.
El injerto del hueso heterólogo muerto en cirugía. M. Casanueva y A. Velasco.
Estudio comparativo de los diferentes medios de sutura usados en la práctica quirúrgica. G. Fuenzalida Bade.

Glomerulonefritis aguda sin síndrome urinario.— Empiezan los autores diciendo que en la glomerulonefritis aguda se suele encontrar el síndrome urinario completo constituido por oliguria, hematuria macro o microscópica, albuminuria y cilindruria. Pero ya se sabe que existen casos en que dicho síndrome o no se presenta o lo hace de una manera esbozada y efímera manifestándose entonces la enfermedad por el edema y síndrome cardiovascular (hipertensión, insuficiencia cardíaca). Cita a continuación la estadística de glomerulonefritis vistas por los autores desde el 1.º de enero de 1933 hasta el 31 de diciembre de 1941, que fueron 248 casos entre los cuales se encontraron seis en los que el síndrome urinario estuvo ausente o sólo estuvo representado por signos insignificantes. En dos de ellos se recogió el dato de orinas oscuras antes de su ingreso en el hospital, sin embargo, el examen hecho en el hospital de su orina no revelaba nada anormal. Uno de ellos ingresó en grave insuficiencia cardíaca muriendo al tercer día de edema agudo de pulmón. El corte de riñón estudiado convenientemente revelaba el aspecto característico de la glomerulonefritis aguda. Dicen que todos estos casos ingresaron en el período de estado de la enfermedad, es decir, antes de la tercera semana. Es frecuente el error diagnóstico con una insuficiencia cardíaca no nefrítica. Afortunadamente el error diagnóstico no es de gran importancia práctica ya que en uno y otro caso el tratamiento de fondo es el mismo y el único peligro estriba en el uso de diuréticos mercuriales que nunca debe hacerse en la glomerulonefritis aguda. A continuación exponen las historias de los seis casos observados con las características especiales de cada uno.

Fortschritte der Therapie

18-9-1942

- Consideraciones fisiológicas y terapéuticas sobre el tratamiento con la infección intralumbal. G. Säker.
* Sobre las parestesias dolorosas de las manos. Laubenthal.

Sobre las parestesias dolorosas de las manos.— El autor separa en cuatro grupos las enfermedades que presentan en clínica como síntoma fundamental las "parestesias de las manos". Las afecciones del sistema nervioso central (mielosis funicular, esclerosis múltiple, tumores del sistema nervioso central, mielitis, tabes dorsalis), las del sistema nervioso periférico

(polineuritis esenciales, sintomáticas de las enfermedades infecciosas o provocadas por intoxicaciones), las del sistema vascular periférico (enfermedad de Raynaud, endoarteritis obliterante, acroasfixia crónica, arteriosclerosis) y enfermedades generales (diabetes, esclerodermias, etc.). A continuación enumera las medidas dietéticas y medicamentosas siguientes para el tratamiento de este síntoma: regularización del género de vida y de la dietética, protección del frío, masaje, gimnasia, supresión del tabaco, padutina, lacarnol, nitritos, vitamina B₁, infiltración con novocaína, hormonas folicular y luteínica).

Therapie der Gegenwart

83-10-1942

- El resultado de la tonsilectomía en los abscesos amigdalinos. A. Eckert-Möbius.
La técnica y las indicaciones de la transfusión de sangre en la infancia. J. Wolff.
Sobre el tratamiento de la tuberculosis ocular y sus complicaciones. R. Schmidt.
Indicaciones y resultados de la respiración artificial por el "Biomotor". R. Eisenmenger.
El prurito vulvar. K. Mannherz.

Klinische Wochenschrift

22-11-13 de marzo de 1943

- La caída de leucocitos por inyección intravenosa de heparina en el conejo y en el hombre. Importancia en las transfusiones. P. Jucker.
* Resultados con una prueba cutánea en el tifus exantemático. G. Bischoff.
* Demostración del efecto antisulfamida del suero humano, después de inyecciones de novocaína. H. Stoeker.
* Investigaciones sobre la prueba del suero cocido de Kuerten. C. Marquardt.
* Investigaciones sobre el origen del úlcus gástrico. G. Hetenyi y I. Kalapos.
Sobre el síndrome de Adie. A. Werner.

Resultados con una prueba cutánea en el tifus exantemático. Con el fin de estudiar el tiempo óptimo para la obtención de suero de convalecientes, el autor intenta obtener tal dato de los resultados de una prueba intradérmica con vacuna de Weigl. Las inyecciones se practican en el antebrazo y la lectura se valora a las 48 horas. Por medio de la prueba, se pueden diferenciar tres tipos de personas. Los sanos o enfermos de afecciones distintas del tifus exantemático ofrecen un resultado positivo constantemente. El mismo resultado positivo se obtiene en enfermos de tifus o en sanos, vacunados todos ellos con vacuna de Weigl. En cambio, la prueba cursa de un modo negativo en los enfermos no vacunados o en los convalecientes de tifus exantemático, especialmente entre los días 6.º de enfermedad y 15.º de la defervescencia. La reacción de los sanos es indudablemente debida a un antígeno tóxico; la de los vacunados es interpretada como respuesta anafiláctica a las proteínas del piojo; la falta de respuesta de los enfermos y convalecientes sería indicio de la neutralización de los antígenos tóxicos por anticuerpos formados; la desaparición de esta negatividad a los pocos días de transcurrida la infección hace recomendable la extracción de sangre para obtención de suero de convalecientes, poco después de la desaparición de la fiebre, de preferencia en el 8.º día.

Demostración del efecto antisulfamida del suero humano, después de inyecciones de novocaína.— La semejanza química entre el ácido paraaminobenzoico y la novocaína hace pensar *a priori* en la posibilidad de neutralización del efecto de las sulfamidas en los sujetos operados con anestesia local, si bien la clínica no habla en favor de este supuesto. Las experiencias realizadas por el autor se refieren al efecto bacteriostático de las sulfamidas sobre cultivos de gonococos en agar-ascitis-sangre de paciente inyectado con novocaína. Se deduce de ellas que en la sangre existe una acción antisulfamida en los momentos que siguen a la inyección de novocaína, pero que tal efecto desaparece a la hora de la inyección y su descenso comienza ya a los 30-35 minutos. El efecto es proporcional a la cantidad de novocaína administrada. La fugacidad de la acción de la novocaína hace que el fenómeno descrito carezca de importancia práctica, aun después del empleo de grandes cantidades de anestésico local.

Investigaciones sobre la prueba del suero cocido de Kuerten. Por la cocción del suero sin diluir, obtiene Kuerten dos tipos de floculación: una en granos finos (KF. I), que se presenta en normales y en la inmensa mayoría de los enfermos no can-

cerosos, y un tipo en bloque compacto (KF. II), que sería patognomónico de los enfermos neoplásicos. Posteriormente han sido controvertidos los resultados por otros investigadores, y el autor del trabajo presente, revisa un gran material propio y realiza un estudio estadístico. Se deduce de esta investigación que la forma KF. II no es absolutamente constante en los cancerosos (faltó en 50 casos, entre 165), pero sí lo es en la sífilis secundaria: así como en el período primario de la lúes se presenta la reacción KF. I, al pasar al período secundario y aparecer positiva la reacción de Wassermann, el suero cocido coagula según el tipo KF. II.

Investigaciones sobre el origen del úlcus gástrico. — Parten los autores de la teoría de que hace falta que se sumen dos condiciones en la génesis del úlcus: una tendencia a la enfermedad ulcerosa, general o local, y una distonía vegetativa. Las acciones vegetativas se ejercen sobre el estómago por intermedio de la producción de acetilcolina en las terminaciones motoras y secretoras. Realizan estudios sobre la úlcera de los perros originada por el atofán, y su influencia por la administración de acetilcolina. La administración prolongada intravenosa de atofán conduce sistemáticamente a la ulceración gastroduodenal en los perros; esta acción es aparente antes de los catorce días de tratamiento, pero este intervalo se acorta por debajo de dicho tiempo, cuando simultáneamente se trata a los perros con acetilcolina. La adición simultánea de fisostigmina no altera el resultado de la experiencia, pero la atropina es capaz de impedir la producción de úlceras por atofán y acetilcolina. El hecho de que, además de la atropina, también la cura de Sippy proteja contra la úlcera por atofán, hace muy semejante este tipo de úlcera a la espontánea humana y muy verosímil que la patogenia sea idéntica. El mecanismo de la acción del atofán parece ser vascular y sería favorecida por la vasoconstricción que ocasiona la acetilcolina.

22-12-20 de marzo de 1943

Investigación del sentido del gusto y de la permeabilidad. H. Hahn. El influjo de las vitaminas hidrosolubles sobre la "inflamación serosa". W. Beiglboeck y A. Bertschinger.

- * El electrocardiograma en la convalecencia del tífus exantemático. H. Robbers.
- Sobre la vasopatía. E. Schilf.
- * Sobre la tromboquinasa de la sangre. C. Reichel.
- * Alteraciones del metabolismo cardíaco en las enfermedades hepáticas. H. Seumann.
- * El comportamiento de la amilasa plasmática y urinaria en el curso del día. A. Guzzi y G. Scoz.

El electrocardiograma en la convalecencia del tífus exantemático. — Quizá en ninguna otra enfermedad infecciosa exista un mayor porcentaje de alteraciones electrocardiográficas durante la fase aguda, como en el tífus exantemático; en la estadística del autor, que comprende más de trescientos enfermos, se hallaron anomalías en el registro eléctrico en el 80 por 100. Subjetivamente no originaban síntomas, sino, a lo sumo, sensaciones de palpitación o de opresión. Contrasta esta gran frecuencia de alteraciones en la fase aguda con la escasez de secuelas cardíacas en la convalecencia. El autor ha seguido detenidamente cien enfermos durante el período que sigue a la defervescencia, realizando en ellos electrocardiogramas corrientes y después de esfuerzo. Solamente en un 10 por 100 se demuestran alteraciones, aparte de las taquicardias o bradicardias sinusales, que son muy frecuentes y duraderas. Muy raros fueron los extrasístoles y únicamente en un caso se observó un alargamiento del tiempo de conducción y en otro una disociación por interferencia, que desaparecía con el esfuerzo. En ocho pacientes existía una depresión del espacio S-T. Un aplanamiento de T en todas las derivaciones existía en un caso y una negatividad de la misma onda en dos derivaciones se vió en otro caso (sin síntomas clínicos). Los resultados de la prueba de esfuerzo son superponibles a los del electrocardiograma en reposo; tan sólo en un caso aparecieron las anomalías después del ejercicio.

Sobre la tromboquinasa de la sangre. — Los trabajos anteriores del autor y sus colaboradores le han llevado a una concepción sobre la tromboquinasa, distinta de la usual. Ya era notable que el tiempo de coagulación de la sangre fuese independiente de su contenido en lípidos o en plaquetas. Si se diluye un plasma libre de tromboquinasa y se le somete a una corriente de anhídrido carbónico, se obtiene un precipitado de euglobulinas, el cual disuelto en solución fisiológica, coagula espontáneamente en presencia de calcio; se ha formado, pues, una tromboquinasa, a partir de sustancias inactivas (protrom-

boquinasas). Las determinaciones del autor, en lo que se refiere al momento en que aparece la tromboquinasa, le han hecho comprobar que tal fenómeno se produce al terminar la corriente de carbónico, y que, probablemente, es el descenso en la tensión de este gas el causante de la transformación de protromboquinasa en tromboquinasa. Probablemente un mecanismo semejante es el que interviene en promover la coagulación de la sangre vertida en los tejidos. Cuando se extrae con éter el plasma citratado no se coagula, aun cuando se añada calcio; pero la coagulación se produce, tan pronto como se añade cefalina, y también, sin adición de ningún lípido, cuando se hace pasar una corriente de carbónico. La única explicación de este hecho es que la tromboquinasa sea un derivado de una euglobulina, que esta transformación se bloquee por la extracción de éteres y que se active por el descenso en la tensión de carbónico, después del paso de una corriente de éste, y que también puede activarse, por un mecanismo desconocido, por algunos lípidos.

Alteraciones del metabolismo cardíaco en las enfermedades hepáticas. — Son mal conocidas las alteraciones metabólicas del corazón, debido especialmente a las dificultades de su estudio, pues son poco sensibles las variaciones de la compensación circulatoria o del electrocardiograma, y son muy artificiales las condiciones de trabajo en el corazón aislado. Desde los estudios de Pinotti y Rein, tiene interés el influjo que puedan ejercer las afecciones hepáticas en el funcionamiento metabólico del corazón. El autor estudia, en ratas, a las que produce una lesión hepática por ligadura del colédoco, el contenido del músculo cardíaco en glicógeno, en fosfágeno y en ácido adenilpirofosfórico. Los valores de fosfágeno no sufren modificación por la ligadura del colédoco; en cambio, se origina un gran descenso de glicógeno cardíaco y una disminución moderada del adenilpirofosfórico. También el glicógeno de los músculos esqueléticos muestra un moderado descenso. A pesar de estas alteraciones metabólicas en el músculo cardíaco, el electrocardiograma de las ratas era completamente normal.

El comportamiento de la amilasa plasmática y urinaria en el curso del día. — Los datos que refieren los diferentes autores sobre valores normales de amilasa urinaria y plasmática difieren ampliamente. Las divergencias se deben, en gran parte, a deficiencias de metodología, como son trabajar a un pH inadecuado y no tener en cuenta la posible presencia de activadores. Pero hasta ahora no se ha tenido en cuenta la posibilidad de variaciones diurnas, en relación probable con la ingestión de alimentos. Los autores realizan perfiles de amilasa en plasma y en orina y llegan a la conclusión de que la amilasa plasmática sufre variaciones espontáneas escasas, pero con oscilaciones que alcanzan su máximo entre las 14 y las 22 horas y su mínimo a las diez. Las variaciones de la amilasa urinaria son más notables, teniendo su máximo valor a las 14-18 horas y su cuantía mínima a las 7; también son muy notables las diferencias en la eliminación de amilasa de uno a otro día, de tal modo que no pueden valorarse las diferencias inferiores a un 25 por 100.

22-13-27 de marzo de 1943

- Investigación del sentido del gusto y de la permeabilidad. H. Hahn.
- * Investigaciones sobre la utilidad del empleo de la proteinasa de defensa en el diagnóstico diferencial de las estreptococias, especialmente de la escarlatina. R. Abderhalden y H. Grosse.
 - * Observaciones sobre las alteraciones circulatorias en los miembros, después de congelaciones. H. Remé.
 - Investigaciones experimentales sobre el comportamiento de la circulación coronaria en el acceso cardíaco. L. Sarkady.
 - Un nuevo procedimiento para la demostración histológica del torio. P. Kneip.

Investigaciones sobre la utilidad del empleo de la proteinasa de defensa en el diagnóstico diferencial de las estreptococias, especialmente de la escarlatina. — En la orina de los escarlatinosos se halla un fermento defensivo que destruye los estreptococos hemolíticos procedentes de faringe de escarlatinosos. Sería importante confirmar la especificidad de esta acción, que proporcionaría un medio de diagnóstico diferencial con otras amigdalitis. Los autores investigan 109 personas, haciendo en cada caso tres pruebas en días consecutivos. De los 27 casos de escarlatina investigados, la reacción fue positiva en todos, excepto dos; esta positividad se mantiene largo tiempo, en un caso, hasta los 114 días de la enfermedad. Entre 65 personas no escarlatinosas, la reacción con estreptococos escarlatinosos fue positiva sólo cuatro veces. Se trataba en estos casos de estreptococias de otra naturaleza, que poseían, además,

fermentos defensivos contra otros tipos de estreptococos, por lo que la reacción con el escarlatinoso debe considerarse como no específica. En las enfermedades reumáticas no se obtuvieron resultados concordantes, en lo que se refiere a fermentos defensivos para estreptococos anhemolíticos y viridans.

Observaciones sobre las alteraciones circulatorias en los miembros, después de congelaciones. — Se refiere especialmente el trabajo a las alteraciones observadas en el esqueleto de los congelados, que traducirían las variaciones de la circulación ocasionadas por el frío. Comunica ocho casos propios con estudio radiográfico. En los congelados leves, a las cuatro semanas, cuando ya están en regresión las lesiones de las partes blandas, se encuentran las mayores alteraciones óseas, en forma de decalcificación en manchas; corresponde a la hiperemia reaccional "defensiva" y concuerda clínicamente con el aspecto congestivo y caliente de los miembros. Cuando las lesiones de congelación son más graves y se llega a la delimitación de la parte necrosada, las alteraciones óseas son de comienzo más tardío y se limitan a la zona en la que se establece la inflamación demarcadora. Indica esto una profunda lesión del sistema neuromuscular del miembro, lesión cuya gravedad hay que tener siempre en cuenta en el tratamiento de los congelados.

Wiener Medizinische Wochenschrift

92 - 46 - 1942

Prefacio al número dedicado a los baños húngaros. J. von Daranyi.

La cultura balnearia húngara actual. M. von Bernard.

Budapest, la ciudad de los baños y fuentes medicinales. A. Gaal.

Historia de una patología de Budapest. G. Benczur.

Consideraciones geológicas sobre los manantiales calientes de Budapest. F. Papp.

Composición química de las aguas minerales de Budapest. B. Hunkar.

¿Cómo curamos las enfermedades reumáticas en Budapest? L. von Papp.

* Hiperergia espástica y dilatadora con consideración del problema del reumatismo. S. Belak.

Hiperergia espástica y dilatadora con consideración del problema del reumatismo. — Comienza diciendo el autor que uno de los más ardientes problemas de la medicina actual es, sin duda, el conocimiento del estado reaccional del hombre, que hasta ahora sólo había sido considerado de un modo empírico. El enjuiciamiento moderno de los problemas consiste en el esfuerzo en llevarlos al terreno de los experimentos exactos, y observaciones a la luz de las modernas consideraciones fisiológicas, hasta tal punto que, en sentido de Neergard, podría hablarse de una patología de la reacción. El conocimiento de la anafilaxia forzó a distinguir dentro de la hiperergia, una forma espástica y otra dilatadora, pudiendo pasarse de una a la otra y cursando la reacción total de una manera difásica. Esto concierne especialmente al modo de reaccionar de los vasos y siempre están en primer plano las reacciones vasculares en los fenómenos anafilácticos y alérgicos, no solamente en las manifestaciones primarias sino también en las secundarias. Un significado especial alcanza la diferenciación de hiperergia espástica y dilatadora con el conocimiento del estado reaccional después de una sensibilización en ciertas enfermedades, así como también en el reumatismo. Aquí la forma espástica ocupa un primer plano, aunque hasta hoy sólo haya sido considerada la dilatadora. Hay ciertos antígenos (estreptococos, tifus) que sensibilizan en el orden espástico, mientras que otros (suero de caballo) no tienen esta facultad. Una vez que ha cesado la reacción hiperérgicoespástica, en los casos que tienen una reacción fisiológica adrenérgica, falta la respuesta dilatadoracompensadora o se manifiesta de una forma muy débil y estamos entonces ante una modificación, o mejor dicho, ante una parálisis del poder reaccional dilatador, a lo que el autor concede una gran importancia patogenética. La favorable influencia de los medios dilatadores (baños calientes, calor en general, histamina, acetilcolina, etc.) en la terapéutica del reumatismo apoyan dicha hipótesis, pero la elección del medio y la intensidad y continuidad de las dosis exigen primeramente un exacto análisis del estado reaccional, con especial consideración de los territorios vasculares afectados. El autor cree que la definición y el método prometen seguras perspectivas sobre dichos puntos de vista.

92 - 47 - 1942

El tratamiento postoperatorio en ginecología. J. Gigl.
Microscopia práctica para el médico. E. Schild.

The Journal of the American Medical Association

118 - 4 - 24 enero 1942

- * Insuficiencia cardíaca. Th. J. Dry.
- * Traumatismos cefálicos de guerra. R. B. Cloward.
- * Corazón irritable de soldado. P. D. White.
- * Cáncer del cuello del útero. D. G. Morton.
- Influencia de la irradiación sobre la longevidad, en el cáncer de mama. O. N. Meland.
- Influencia de la substancia gonadotrófica en la ovulación. J. I. Brewer, H. O. Jones y J. H. Skiles.
- Estudio comparativo de tres servicios contraceptivos. R. K. Stin.
- * Problema de la colostomía. L. J. Hirschman.
- Compresión del plexo braquial. F. Leet Reichert.

Insuficiencia cardíaca. — Con el objeto de averiguar en la medida de lo posible qué factores pueden influir en la ulterior evolución de enfermos con descompensación cardíaca, se han recogido los datos correspondientes a 150 enfermos sin seleccionar y tratados con métodos *standard* (diuréticos, digital, derivados xánticos). Un 76 por 100 tenían hipertensión o lesiones coronarias, un 16 por 100 lesiones valvulares reumáticas, un 4,7 por 100 hipertiroidismo. En el momento de la encuesta, 128 de los 150 habían fallecido. En los 22 restantes se observa un predominio de la estenosis mitral reumática. La insuficiencia circulatoria representa, por consiguiente, un acontecimiento muy grave dentro de la evolución del cardíaco. En los enfermos que han sufrido ya una descompensación cardíaca lo ordinario es un aumento progresivo de la mortalidad, de año en año, superior a la de un carcinoma de estómago operado. Si en los mitrales la descompensación es precoz y en cambio más fácil la recuperación funcional, en los aórticos la descompensación es tardía, pero más difícil el restablecimiento de la compensación. Parece también este trabajo apoyar la opinión corriente de que la fibrilación aumenta más bien las probabilidades de que un corazón, aun hipertrofiado, responda mejor al tratamiento. Debe impedirse la aparición de una descompensación por todos los medios, diagnosticándola ya desde muy temprano. Asegura el autor que el riesgo posible de la inyección de un preparado mercurial es mucho menor que el de dejar establecerse insidiosamente una insuficiencia circulatoria.

Corazón irritable de soldado. — El autor insiste en que debe evitarse confusión entre astenia neurocirculatoria e irritabilidad cardíaca. Las personas con taquicardia emotiva, astenia neurocirculatoria, etc., tienden a tener poca arritmia. La astenia neurocirculatoria es un complejo sintomático resultante principalmente de la fatiga y que consiste en variadas combinaciones de palpitaciones, disnea, mareos, fatigabilidad fácil, sudoración aumentada, temblor y nerviosismo. Una neurosis de angustia o la histeria pueden producir hiperventilación, y secundariamente, palpitaciones, lipotimias, y quizá, todo el complejo de la astenia neurocirculatoria. Debería establecerse con claridad, a pesar de que la zona limítrofe entre ambas entidades clínicas es muy amplia y vaga, el diagnóstico de neurastenia o de psiconeurosis y el de astenia neurocirculatoria. Se ha encontrado que es acertado tratar estos casos como simples casos de fatiga, sin enviarlos al psiquiatra o al cardiólogo, con lo que se les da demasiada importancia a las molestias de los enfermos.

Problema de la colostomía. — Aboga el autor por la práctica más generalizada de la colostomía perineal, con la cual muchos enfermos que por repugnancia rechazan la colostomía abdominal podrían ser sometidos a intervenciones que prolongarían su vida. Expone detenidamente las ventajas e inconvenientes de ambos tipos de operaciones.

The Journal of Experimental Medicine

75 - 5 - 1942

- Acción local sobre la médula espinal de la toxina tetánica inyectada por vía intramuscular. G. H. Acheson, O. D. Ratnoff y E. B. Schoenbach.
- * Cobre y cobalto. Producción de hemoglobina en la anemia experimental. F. S. Robscheit-Robbins y G. H. Whipple.
- * Glóbulos rojos y cobre radioactivo del plasma en perros normales y anémicos. H. H. Yoshikawa y W. F. Bale.
- Respuesta de anticuerpos en personas después de la vacunación con virus influenza. G. H. Hirst, E. R. Rickard, L. Whitman y F. L. Horsfall.
- * Hipertensión arterial en ratas. I. Métodos. H. A. Schroeder.
- * Hipertensión arterial en ratas. Su efecto sobre los riñones. H. A. Schroeder y H. Neumann.

Toxemia del embarazo en el cobaya. E. J. Faley.
* Hipofisis y secreción de insulina. B. A. Houssay, V. G. Foglia, F. S. Rietti y A. B. Houssay.

Cobre y cobalto. Producción de hemoglobina en la anemia experimental. — Estudian los autores el efecto del cobre y del cobalto sobre la producción de hemoglobina en el perro hecho anémico por sangrias repetidas.

El cobre en pequeñas cantidades favorece la producción de hemoglobina, por el contrario, a grandes dosis muestra un efecto inhibitor, debido, probablemente, a un efecto tóxico. No encuentran explicación adecuada a este fenómeno, pero suponen que el cobre favorece ciertos sistemas enzimáticos que intervienen en la construcción de la molécula de Hb.

Este efecto del cobre no puede atribuirse a una carencia en dicho metal, como la que aparece en la rata alimentada exclusivamente con leche, puesto que los análisis viscerales de los perros muestran un aumento del cobre en el hígado y bazo, y por el contrario, un empobrecimiento en hierro.

El cobalto, lejos de estimular la producción de Hb, tiene un efecto inhibitor en muchos de los animales estudiados.

Glóbulos rojos y cobre radiactivo del plasma en perros normales y anémicos. — Después de la administración de cobre radiactivo al perro, este metal aparece rápidamente en el plasma. La concentración máxima se alcanza de las dos a las cinco horas, pasadas las cuales desciende rápidamente, encontrándose, no obstante, pequeñas cantidades hasta los dos días. El cobre radiactivo aparece rápidamente en los glóbulos rojos circulantes, aumentando gradualmente y alcanzando su máximo a los dos días.

Concluyen diciendo que en los animales que han sufrido una aceleración en su actividad hematopoyética es mayor la utilización del cobre.

Hipertensión arterial en ratas. — La inyección de estradiol o pituitrina en la rata no va seguida forzosamente de hipertensión arterial y solamente se produce una hipertensión pasajera después de la inyección de dihidroxifenilalanina.

La inyección de adrenalina en aceite va seguida de la producción de hipertrofia cardíaca, igual que la obtenida por cualquiera de los procedimientos de producir hipertensión arterial (constricción de la arteria renal, hidronefrosis unilateral, lesión traumática del riñón, perinefritis por celofán, etc.).

En las ratas la medida del peso del corazón es probablemente el mejor índice para medir la hipertensión arterial, mejor, desde luego, que la toma directa de ésta bajo anestesia, dada su variabilidad, tanto en animales normales como en hipertensos.

Hipertensión arterial en ratas. Su efecto sobre los riñones. — Cuando uno de los riñones de la rata es alterado por uno cualquiera de los métodos usados para producir hipertensión arterial, aparecen frecuentemente lesiones vasculares en el riñón opuesto.

Cuando la alteración de uno de los riñones va seguida de hipertrofia cardíaca y elevación de la presión arterial, las alteraciones vasculares aparecen con gran regularidad, tanto en el riñón opuesto como en el lesionado, encontrándose rara vez lesiones vasculares en ausencia de hipertrofia cardíaca y elevación de la presión arterial.

En la rata, pues, se pueden producir alteraciones vasculares renales por lesión de un riñón y este fenómeno va unido y depende de la elevación de la presión arterial.

Hipofisis y secreción de insulina. — Los autores estudian la capacidad del páncreas para corregir la hiperglucemia producida por la extirpación del mismo mediante la unión de este órgano a los vasos del cuello de un animal pancreatectomizado y miden el tiempo necesario para corregir su glucemia a 1.20 miligramos por 100.

El páncreas de seis perros hipofisectomizados demuestra tener un contenido normal de insulina, pareciendo ser que esta glándula no es necesaria para producir y mantener un nivel normal de insulina.

De 17 perros que han recibido extracto de lóbulo anterior de la hipofisis durante tres días consecutivos, 14 de ellos se hacen diabéticos y su páncreas produce menor cantidad de insulina, encontrándose en el estudio histológico alteraciones en los islotes.

De 14 perros resistentes a la acción del lóbulo anterior de la hipofisis, la secreción de insulina fué normal en seis, super-normal en tres y subnormal en cinco casos.

Alcanzando la misma hiperglucemia que con los extractos hipofisarios mediante la inyección continua de glucosa, se

produce hiperplasia de las células B y una secreción normal de insulina.

Concluyen diciendo que la hiperglucemia producida al principio por los extractos de hipofisis es debida a factores extra-pancreáticos y que posteriormente aparecen factores pancreáticos que son los responsables de la diabetes permanente.

Los extractos de hipofisis producen alteraciones histológicas de los islotes de Langerhans, siendo la hiperglucemia la que agota las células B y exagera las lesiones.

En todos los casos encuentran una relación entre el estado de las células B y la capacidad de secreción de insulina.

The Practitioner

148 - 2 - 1942

- El coriza agudo. W. Wynn.
- La sinusitis nasal aguda y sus complicaciones. G. Gill-Carey.
- La sinusitis nasal en los niños. J. Crooks.
- El catarro nasal crónico. R. Rodger.
- La fiebre del heno. G. Bray.
- Las sulfamidas: algunas observaciones farmacológicas. W. Fitch.
- Formulario de guerra nacional. R. Heathcote.
- Los puntos de vista prácticos en el tratamiento de la diabetes mellitus. A. Patrick.
- * Una revisión clínica sobre la encefalitis. A. Wyllie.
- La enfermedad cardíaca en los viejos. B. Perry.

Una revisión clínica sobre la encefalitis. — El autor en este trabajo distingue tres formas clínicas en la encefalitis: Primero, encefalitis infecciosa provocada por virus; segundo, encefalitis de etiología desconocida, cuya característica anatomopatológica es una desmielinización de las fibras nerviosas; tercero, encefalitis incidentales (del tifus, sarampión, escarlatina, erisipela, etc.), en las que las lesiones cerebrales no forman parte esencial de la enfermedad. Dentro del primer grupo incluye la encefalitis epidémica o letárgica, la poliomieltis, la meningitis linfocitaria aguda benigna y el tipo B de encefalitis epidémica del Japón. Después de una descripción clínica de estas diferentes formas, se ocupa de su diagnóstico diferencial y de su tratamiento.

Journal of Neurology and Psychiatry

4 - 3/4 - 1941

- * Sulfanilamidas y sulfopiridina en las heridas experimentales del cerebro. E. H. Botterell, E. A. Carmichael y W. V. Cone.
- Forma congénita de la idiocia amaurotica familiar. R. M. Norman y N. Wood.
- Falta de percepción para la posición de los párpados en un lado. L. H. Rubinstein.
- Extensión local de las fibras nerviosas en las zonas desnervadas de la piel. G. Weddell, L. Guttmann y E. Gutmann.
- * Potasio en los trastornos musculares. J. N. Cumings.
- Influencia de la prostigmina en la eliminación de potasio por la orina en los sujetos normales. J. N. Cumings.
- Derrames subdurales traumáticos. A. A. McConnell.
- * Significación de un electroencefalograma anormal. D. Williams.

Sulfanilamidas y sulfopiridina en las heridas experimentales del cerebro. — Los autores estudian experimentalmente la acción de sulfamidas sobre heridas producidas experimentalmente en 24 gatos. Una vez que se ha completado la hemostasia, se cierra la herida con la sulfanilamida, en cantidad de 500 miligramos. Al sexto día después de la intervención se encuentran todavía cristales de la substancia, pero no a partir del día dieciocho. Microscópicamente puede descubrirse la persistencia del fármaco a los 27 días de practicada la intervención, pero no 36 días después de la misma. En líneas generales se requieren unos 44-58 días para la reabsorción completa de la sulfopiridina, esto es, bastante más que para la sulfonamida simple. Los animales no muestran alteración ninguna de su estado general, lesión hepática ni de la médula ósea, riñones, etcétera. El nivel que el medicamento alcanza en la sangre no basta para explicar la acción quimioterápica. Ambas substancias actúan como cuerpos extraños y determinan una reacción tisular general que tiende a encapsular los cristales. Una vez que la absorción se ha realizado, la reacción inflamatoria cede. Con la sulfopiridina la encapsulación por tejido conjuntivo es más marcada que con la sulfanilamida.

No se observan alteraciones de las células nerviosas, neuroglia, ni de la mielina, tampoco ninguna acción a distancia. Las cicatrices resultantes no parecen ser más extensas con el empleo de sulfonamidas que en las heridas corrientes. Como resultado de sus experiencias los autores emplean sulfonamidas en el tratamiento de las heridas infectadas de cabeza, pero con prudencia, a causa de su acción como cuerpos extraños.

Potasio en los trastornos musculares. — En anteriores trabajos el autor ha demostrado que el potasio se encuentra en exceso

en los músculos en la miastenia grave, con liberación del mismo tras la inyección de prostigmina, de lo que resulta un aumento en el potasio del suero. No se produce por la misma un aumento de la eliminación de potasio por la orina, y una vez que se restablece la situación de miastenia el potasio vuelve a enriquecer el músculo. El autor estudia la cantidad de potasio en una serie de afecciones musculares como la miopatía con marcada fibrosis, la tetania, el hipertiroidismo, el mixedema, la miotonía, una miopatía en fase avanzada, una parálisis familiar periódica en fase no paralítica y una neoformación de paratiroides sin encontrar anomalía ninguna. Únicamente en el enfermo con un tumor de las paratiroides, que ingresó aquejando sensación de debilidad muscular marcada, que desapareció después de la intervención, mostraba una disminución del potasio, que descendía aun más por la acción de la prostigmina. La cantidad de potasio y la respuesta a la prostigmina eran normales después de la extirpación del tumor.

Practica además el balance de potasio en dos enfermos con miastenia grave. Tanto en los hemáties como en el suero se observaba un mayor contenido en potasio después de la inyección de prostigmina sin aumento de la eliminación urinaria. La sección de los nervios motores no afecta al contenido de potasio del músculo. Buscando un medicamento que produzca en animales un cuadro similar a la miastenia ensaya sustancias extraídas de variedades americanas y chinas del jazmín amarillo, sin conseguir producir trastornos musculares ni modificaciones de la riqueza en potasio.

Discute los resultados, que tienen gran interés en relación con la importancia que actualmente se concede al potasio en el proceso de la contracción muscular, según las experiencias de Neddham y colaboradores.

Significación de un electroencefalograma anormal.— Para resolver la importancia que pueda tener la existencia de electroencefalogramas anómalos en personas completamente normales en otros aspectos, examina el autor 900 sujetos, que divide en varios grupos: normales rigurosamente seleccionados, normales sin seleccionar, psiconeuróticos, epilépticos y sujetos que sufren de un síndrome postraumático. Considera como rasgos anormales en reposo una frecuencia dominante de menos de ocho ondas por segundo, una frecuencia muy inestable o asimétrica, una desorganización de la frecuencia dominante por ondas de elevado voltaje y muy lentas, la aparición de dos o más ondas con una frecuencia de menos de ocho por segundo y una amplitud de más de la mitad de la frecuencia dominante en cualquier derivación. Grupos de ondas con una frecuencia superior a catorce por segundo, con un voltaje mayor de la mitad de la frecuencia dominante, ondas solitarias con una frecuencia mayor o menor que ocho por segundo y un voltaje mayor que cualquier frecuencia dominante.

Estima, además, como anormal, la aparición, después de la prueba de hiperventilación, de una serie de ondas de alto voltaje típicamente epilépticas. Con este criterio, la proporción de electroencefalogramas anómalos varía de un cinco por ciento en los normales rigurosamente seleccionados, a un sesenta por ciento en los epilépticos. Un 75 por 100 de los individuos con respuesta anormal a la hiperventilación presentan también anomalías en reposo. Concluye de sus observaciones que un electroencefalograma anormal en individuos por otra parte completamente normales, revela con gran verosimilitud la existencia de una anomalía constitucional congénita del sistema nervioso central. Esta anomalía no aparece específica y puede manifestarse en forma de trastornos de la conducta que pueden traducirse por psiconeurosis, psicopatías, epilepsia o simplemente neurosis.

Con un criterio que encuentra anomalías en un 10 por 100 de sujetos aparentemente normales, se descubre un electroencefalograma normal en un 40 por 100 de los epilépticos entre los diversos accesos, pero, en cambio, la frecuencia de electroencefalogramas anómalos en epilépticos que presentan más de un tipo de acceso clínico era del 90 por 100.

The Lancet

6.220 - 14 de noviembre de 1942

El reumatismo juvenil: sus problemas, R. Miller.

Sensibilización a las sulfamidas, D. Erskine.

El ácido ascórbico en las comidas de los restaurantes británicos y de las cantinas escolares, R. G. Booth, G. V. James, J. R. Mackay, W. W. Payne y F. Wokes.

Shock: su tratamiento por acción directa sobre los centros nerviosos vegetativos, L. S. Stern.

* El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la punción pulmonar, G. Robertson Lavalle.

* La absorción y excreción de oxalato, J. F. Barret.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la punción pulmonar.— El autor describió hace 5 años (*The Lancet*, II-1.299-1937), la técnica del tratamiento de las tuberculosis ósea y pulmonar por punción, de lo que denominó núcleo de infección focal postalérgico, y explicaba los buenos resultados obtenidos, sugiriendo que la punción liberaba a la circulación los anticuerpos que hasta entonces estaban contenidos en ese núcleo. Había obtenido un 76 a 80 por 100 de reacciones favorables en 450 casos de tuberculosis óseas y en doscientos casos de tuberculosis pulmonares. El núcleo aparece en el pulmón— estudiándolo con la estereoscopia— como una imagen estrellada, a veces en forma de rueda, cuyos radios están formados por pequeñas líneas o puntos y con un reborde constituido por una línea más o menos continua o por puntos del tamaño de la cabeza de un alfiler. Este núcleo de un centímetro de diámetro es frecuentemente visible en las placas ordinarias, pero es necesario hacer varias estereoscópias para poder identificarlo. Se localiza cerca de la pleura visceral y en el adulto se sitúa a seis centímetros de la línea media en el segundo espacio intercostal derecho, en las mujeres a 5,5 y en el niño a 4,5 centímetros en el mismo espacio intercostal.

Efectúa la punción, previa administración de calcio y morfina, con una aguja de 5-6 centímetros de largo y 1-2 milímetros de diámetro, pinchando perpendicularmente a la superficie, hasta una profundidad que atraviese la pleura y llegue al pulmón. La operación no es peligrosa; después hay ligera disnea y dolor localizado, a veces asciende algo la temperatura y puede haber algún esputo hemoptoico. En dos casos se produjo neumotórax sin consecuencias desagradables. Si el paciente no está en un estadio avanzado, los efectos de la punción son sorprendentes, aumentan el apetito y el peso y disminuyen la temperatura, los sudores y la expectoración. Las lesiones exudativas tienden a resolverse y no hay peligro de diseminación. Si no hay lesiones ulcerosas, el 60 a 70 por ciento de los casos mejoran. En los cavitados la mejoría no es tan aparente, si bien se beneficiaron un 40 a 50 por 100 de los cien casos últimamente tratados. Repite las punciones mensualmente. Las lesiones tuberculosas de otros órganos también se mejoran después de la punción pulmonar.

La absorción y excreción de oxalato.— Dado el creciente consumo, por las actuales circunstancias, de espinacas y ruibarbo en Inglaterra, como substitutivos de la fruta, el autor se interesa por el problema del metabolismo del ácido oxálico. En catorce sujetos normales con dieta libre, estudia la eliminación diaria en la orina, encontrando unas cifras de 20 a 47 miligramos (33 de media). En dos casos alimentados con ruibarbo y espinacas la eliminación ascendió a 67 miligramos por día, pero si simultáneamente se les administraba leche o cloruro cálcico, la eliminación no aumentaba (formación oxalato cálcico no absorbible por el intestino). Experimentalmente pudo comprobar esto mismo en el gato. Así, pues, parte del oxalato de la alimentación se absorbe en el intestino y se elimina por el riñón y si esta cantidad aumenta se puede favorecer la formación de cálculos. Se recomienda la toma de leche con el ruibarbo y las espinacas— muy ricas en oxalatos— para evitar una absorción excesiva en el intestino.