

*Sesiones prácticas.*

- 1.—Determinación de los aglutinógenos D, C, E y c.
- 2.—Determinación cualitativa y cuantitativa de los anticuerpos Rh.
- 3.—Elección del donante de sangre en relación con el factor Rh.
- 4.—Estudio de las extensiones de sangre en las hemopatías hemolíticas del recién nacido.
- 5.—Anatomía patológica de la hidropesía congénita.
- 6.—Revisión de familias con conflictos dependientes del factor Rh.

*II.—Ciclo de conferencias extraordinarias sobre Hematología y Hemoterapia.*

- J. Bernard.—Una nueva variedad de distrofia trombocitaria hemorrágica congénita. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Hodgkin.
- A. Fieschi.—La médula ósea, especialmente desde el

punto de vista de sus funciones normales y patológicas (dos conferencias).

F. Mas y Magro.—El sistema hematopoyético.

C. Trincão.—Anemia palúdica.

*III.—Ciclo de conferencias.*

- 1.—Resumen del Segundo Congreso Internacional de Hematología.
- 2.—El síndrome de Abt-Letterer-Siwe.
- 3.—El síndrome de Cruveilhier-Baumgarten.
- 4.—Las leucemias de células cianófilas.
- 5.—Las reacciones post-transfusionales.

La asistencia al curso y a las conferencias es gratuita; sin embargo, es necesaria la previa inscripción para el primero.

Las sesiones prácticas correspondientes al curso I requieren la inscripción previa y el pago de 2.000 pesetas.

Para la inscripción y obtención de detalles complementarios, es preciso dirigirse a la Administración del Instituto Policlínico.

## BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

INSUFICIENCIA ANTEROHIPOFISARIA TIPO V. BERGMANN (Síndrome hipotálamo hipofisario). RAMÓN A. BRANDAN. Córdoba (Rep. Argentina), 1945. Un volumen en cuarto de 228 páginas y 25 figuras.

Con diferentes nombres, como delgadez endocrina, hipometabolismo no tiroideo, astenia hipofisaria o enfermedad de V. Bergmann, ha sido conocido este cuadro hipotálamo-hipofisario (en los casos autopsiados no se ha podido demostrar con claridad lesión de la hipófisis), caracterizado esencialmente por la delgadez con metabolismo bajo y generalmente con talla elevada. A su estudio dedica el ilustre y conocido profesor de Patología

Médica de la Universidad de Córdoba (Argentina) esta monografía, basada en sus observaciones personales, con un análisis detenido de todos los elementos que integran el cuadro. Su tesis patogénica se basa sobre la aceptación de una disgenesia de los centros hipotalámicos en la infancia, que se evidencia en la crisis endocrina de la pubertad. Otro factor a tener en cuenta serían las lesiones de los centros grises o de sus vías de relación corticales o pituitarias, por la acción de un virus neurotrófico.

Se trata de un estudio muy completo acerca de este síndrome, en general poco tenido en cuenta, y a cuyo mejor conocimiento contribuye de modo valioso este trabajo.

## B) REFERATAS

**Clínica y Laboratorio.**

45 - 262 - 1948

- \* Anatomía patológica de las apendicitis crónicas. A. Híjar Ariño.  
 Lúes hepática. M. Carmena Villarta.  
 Las apendicopatías en la mujer. R. Horno Liria.  
 Septicemia y tromboflebitis del seno lateral otógena. F. Barrau Ortigosa.  
 Un caso de embolia grasa. A. Feroso Morilla.  
 Los procesos psíquicos en el psicoanálisis. A. Gimeno Pérez.

**Anatomía patológica de las apendicitis crónicas.**—Estudia el autor los distintos aspectos histopatológicos de las apendicitis crónicas y sus relaciones con la clínica, afirmando rotundamente que no existe la apendicitis primariamente crónica, sino que siempre se trata de procesos agudos recidivantes que gradualmente se van atenuando o de formas subagudas, que sólo dan molestias ligeras. No encuentra correlación estrecha entre las lesiones apendiculares y el cuadro clínico, igual que pasa en las formas agudas. Hay dos tipos de le-

siones fundamentales: la hipertrofia de las formaciones linfoides y la cicatrización y fibrosis, previa formación de tejido de granulación. Cree que hay que admitir la existencia de un factor alérgico para explicar la variabilidad de síndromes clínicos, así como de lesiones, como parece indicar la eosinofilia local que el autor encuentra en un tercio de los casos, aproximadamente. Recalca asimismo la importancia de agotar los medios de diagnóstico para evitar la extirpación inútil de un apéndice que no es el productor de las molestias.

45 - 263 - 1948

- La hepatointeropatía de la mononucleosis infecciosa. A. Oliver Pascual.  
 Sífilis terciaria del esófago. M. Fairén Guillén.  
 Sobre el tratamiento médico de las perforaciones gastroduodenales. E. Domínguez Rodiño.  
 Un caso de fragilidad ósea con fractura. V. Juaristi y L. del Campo.  
 Afecciones del canal anal. J. Viar Flores.  
 Acerca de la acción del complejo tritónico sobre el tejido tuberculoso. C. Xalabarder y J. L. Villalobos.

45 - 264 - 1948

Algunos problemas de herencia en Oftalmología. M. Ríos Sasian.  
Estudios sobre hematología de la gestación. M. Montoya Gómez.  
Afecciones del canal anal. J. Viar Flores.  
¿Permite la sulfamidoterapia intraperitoneal suprimir el drenaje de la cavidad abdominal? F. Seral y Casas.  
La cura polibromurada en el cáncer experimental. E. Romero Velasco.  
Acción del pronionato de testosterona sobre el metabolismo basal. Z. Giani.

45 - 265 - 1948

Del laboratorio a la clínica. Una extraordinaria novedad terapéutica: la B. A. L. J. Chabás López.  
\* El momento actual en la terapéutica de la sífilis. E. de Gregorio García-Serrano.  
Dehiscencia de la herida laparotómica. A. Feroso Mo-  
villa.  
Especificidad de la asociación extracto hepático-vitamina C en el tratamiento de las anemias post-ulcerosas digestivas. J. L. Yagüe y Espinosa.  
Afecciones del canal anal. J. Viar Flores.  
\* Una fiebre en general no bien interpretada inicialmente. R. Galbe Pueyo.

**El momento actual en el tratamiento de la sífilis.**—El autor hace historia del tratamiento antisifilítico a partir del descubrimiento del Neosalvarsán, sosteniendo que el mejor tratamiento es el de Hoffmann, ya que las restantes pautas terapéuticas prácticamente han dejado de existir, pues es un error el inyectar un arsenical cada ocho días con dosis totales pequeñas, la pauta de saturación de Schreus daba lugar a muchos accidentes y el tratamiento continuo de los anglosajones es casi imposible de llevar a la práctica, además de que sus resultados no son mucho mejores de los obtenidos con el tratamiento mixto intermitente. Los arsenóxidos tienen el inconveniente de que rara vez negativizan la serología, entre otros.

La penicilina consigue la desaparición de los treponemas de las lesiones a las ocho, diez y catorce horas de haber inyectado 500.000 unidades, la cicatrización rápida de los chancros, pero tiene el inconveniente de los porcentajes de recidivas, que oscilan, según los autores, desde el 3.2 por 100 en estadios preserológicos hasta el 43 por 100 en casos de sífilis secundaria de la manifiesta lentitud de la negativización de la serología. Como gran ventaja presenta la gran tolerancia y la poca gravedad de los accidentes que pueden presentarse.

De la comparación de los resultados obtenidos por ambas terapéuticas, llega a la conclusión de que la penicilina es indispensable en los casos intolerantes a los arsenicales o en aquellos en los que no se puede hacer por edad avanzada o tara orgánica. La penicilina en la sífilis precoz, unida a medicación arsenical, permite utilizar de esta última dosis menores, por ello menos tóxicas y peligrosas, y cree que con un tratamiento penicilinar arsenical o penicilinar bismútico se consigan mejores resultados en el porvenir, siempre que después de un primer tratamiento de ataque se hagan otros de consolidación, puesto que la penicilina no ha reemplazado en el momento actual a la terapéutica clásica arsenobismútica.

**Una fiebre en general no bien interpretada inicialmente.**—Hay ocasiones en que un sujeto tiene fiebre que evoluciona por accesos, comenzando con un gran escalofrío y termina con sudoración profusa, en que no se encuentran focos ni puerta de entrada, ni sintomatología que haga sospechar la naturaleza del proceso, hasta que al cabo de muchos episodios semejantes el enfermo presenta además dolor e ictericia, momento en el que se hace el diagnóstico de litiasis biliar evolucionada totalmente que precisa recurrir a un tratamiento quirúrgico que tiene una cifra de mortalidad no despreciable. Por ello se debe buscar en todos los casos de fiebre no filiada la probabilidad de que el enfermo tenga una litiasis de cólecodo latente, mediante una exploración cuidadosa de estos enfermos y la demostración de pigmentos biliares en sus orinas, teniendo en cuenta que, como su eliminación puede ser poco duradera, debe hacerse la determinación no en la orina de

veinticuatro horas, sino en muestras separadas. Insiste sobre la importancia del diagnóstico precoz de una forma latente de litiasis que presenta grandes posibilidades de tratamiento médico.

## La Prensa Médica Argentina.

35 - 1 - 1948

\* Neumopatías por aspiración accidental de nafta. Estudio clínico y experimental. M. R. Castex, E. S. Mazzei, M. S. Dreyer y E. A. Pedace.  
Poca importancia del factor O XI en la inmunización antitífica. Dos mecanismos diferentes en la inmunización. A. Bachmann.  
\* Adenopatías tuberculosas y su tratamiento por los rayos Roentgen. A. C. Frangella y N. Yasky.  
Corazón anémico. S. Zabudovich.  
Fibroadenoma de mama. A. A. Rosse.  
El prolapso genital posthisterectomía. L. A. Arrighi y D. Calandra.  
Recientes progresos con respecto a la poliomiелitis. R. Dobbs.  
Dietética de la nefrosis lipoidea. M. M.

**Neumopatías por aspiración accidental de nafta. Estudio clínico y experimental.**—Con motivo de un caso observado por los autores se hace una revisión del problema unida a un estudio experimental del mismo. Es un caso más de neumopatía por aspiración, ya que siempre se debe el proceso respiratorio o a ingestión directa del producto o por regurgitación en el período de vómitos que sigue a la ingestión. Cuando actúa por ingestión, se observa un período de toxemia generalizada, que es tanto mayor cuanto más impuro sea el hidrocarburo. En este caso hay somnolencia, estupor, colapso y afectación hepatorenal con hematuria y albuminuria, trastornos que si no son por una acción excesivamente intensa, pueden retrogradar.

En los casos de neumopatía, el líquido llega a la intimidad del alvéolo, provocando una gran irritación con exudación y atelectasia. Aparece entonces un estado lipotímico y sofocación, tos, disnea en accesos, dolor torácico intenso, y a la exploración hay cianosis y signos correspondientes a atelectasia. Radiológicamente, las alteraciones aparecen muy precozmente, en el caso por ellos estudiado a las ocho horas. Existe leucocitosis precoz y fiebre alta, que es máxima entre las dieciocho y cuarenta y ocho horas y termina en lisis. Espustos hemoptoicos.

El pronóstico suele ser favorable, y cuando sobreviene el éxitus, suele ser precozmente, en la fase de somnolencia, agitación o estupor y en la de toxemia generalizada, con ataque a casi todos los parénquimas. El de la neumopatía es bueno. El tratamiento es sintomático y se debe administrar penicilina para evitar el paso de la fase de irritación aséptica amicrobiana.

Histológicamente se encuentra atelectasia y edema pulmonar en la zona afectada, con hemorragias y focos de necrosis en la misma, tanto en los casos fallecidos como en la experimentación. En otros órganos hay lesiones en la mucosa del colon, congestión pasiva generalizada de las vísceras abdominales, escasa infiltración grasa del hígado, ligera miocardosis y lesiones nefróticas de poca intensidad. La neumopatía cura por remoción del tóxico que se elimina por los espustos o pasa a la sangre, aumentando entonces los trastornos tóxicos. La curación se hace por restitución completa del parénquima pulmonar. Existen casos complicados con derrames pleurales serosos, hemorrágicos, purulentos y con neumotórax, neumopericardias, enfisema, etc.

**Adenopatías tuberculosas y su tratamiento por los rayos Roentgen.**—Resaltan las excelencias de esta forma de tratamiento señalando que es necesario establecer antes del tratamiento el diagnóstico exacto y la forma anatomoclínica. El diagnóstico debe hacerse por biopsia ganglionar y nunca por la clínica sola, que muchas veces conduce a errores. La forma anatomoclínica viene dada por el examen de la adenopatía, existiendo la forma linfomatosa o tumoral y la escrofulosa o caseosa. Las formas graves de adenitis, en que la invasión de cadenas ganglionares se hace muy rápidamente

te, y el crecimiento de los tumores ganglionares es rápido, unido a anemias incontenibles con rápida evolución caquética, no responden a ningún tratamiento. En las otras formas han usado terapéutica por Radium con peores resultados que por Roentgenterapia, por lo cual últimamente sólo usan este último proceder, aparte del mayor coste del Radium, de su técnica más complicada y no ser posible canalizar en forma perfecta las radiaciones.

La forma tumoral es muy sensible a los rayos Roentgen, y por ello las dosis han de ser bajas, empezando por 50 R y aumentando hasta llegar a 350 R, administrando las dosis una vez por semana. La dosis total osciló entre 200 R y 6.000 R. Los fracasos se deben a errores de diagnóstico, dosificación incorrecta y susceptibilidad individual, muy rara.

La forma escrofulosa debe ser tratada con la técnica de Holfelder: 100 R en una sesión por espacio de cuatrocientos veinte-cuatrocientos cuarenta días. Cuando hay clara fluctuación, se hace punción evacuadora por un punto no declive.

En la terapéutica coadyuvante contraindican las inyecciones focales de yodo, que pueden ser causa de violentas reacciones. Pueden producirse fistulizaciones, que curan sin forzar las dosis. Obtienen un 24 por 100 de curaciones totales y un 38 por 100 de franca mejoría.

## 35 - 2 - 1948

Coexistencia de úlcera gástrica o duodenal con hiperparatiroidismo o nefrolitiasis. C. Bonorino Udaondo y M. R. Castex.

Los antisépticos y otras sustancias en el tratamiento de las heridas. H. Marino.

El médico general y la tuberculosis. Contagio, constitución y condiciones de vida. A. A. Cetrángolo.

Imágenes encefalográficas de un caso de malformación cerebral. Aplaxia de los sistemas comisurales, cuerpo calloso y lira. Disgrias corticales. J. A. Gherzi.

Importancia de la vía medular. A. M. Romero Alvarez.

## 35 - 3 - 1948

Valor actual de los métodos quirúrgicos de corrección de las retrodesviaciones uterinas. R. Gandolfo Herrera y J. Lagrutta.

El servicio social en la profilaxis de la tuberculosis. M. de Abreu.

La forma esofágica del cáncer broncopulmonar. J. Llamas y R. Moreno.

Curas climáticas y reumatismo. J. de Cendoya, C. Bonorino Perú, R. San Martín y D. J. Ortiz de Zárate.

Relaciones entre el síndrome clínico y radiológico de la úlcera del duodeno.

Estadística en el medio militar. A. P. Basiglio.

Tratamiento de la ectopia testicular por el propionato de testosterona. J. M. Marín.

## 35 - 4 - 1948

\* Protrusión cervical del pulmón. A. V. di Cio, J. M. Remolar y G. A. Lista.

Coartación de aorta y embarazo. F. A. Uranga Imaz y J. A. Fernández.

\* Consideraciones sobre la reacción de Galli Mainini. R. M. Pinto y H. J. Suer Boero.

Neumotórax espontáneo benigno recidivante. A. Mickelberg.

Seudohidronefrosis traumática. J. V. Uriburu (h.) y O. C. Carreño.

\* Polipeptidemia en clínica. R. M. Malmierca.

**Protrusión cervical del pulmón.**—Con motivo de un caso estudiado por los autores se hace una revisión de este proceso de escasa frecuencia, y que fácilmente pasa inadvertido. Wahl cree que para la producción de la hernia pulmonar se necesita aumento del volumen del pulmón, aumento de la presión endotorácica y punto débil en la pared del tórax, que se establecería a favor de anomalías costales, como costilla cervical supernumeraria, primera costilla flotante, agenesia de la primera costilla, anomalías musculares, como en especial la agenesia de los escalenos y anomalías de la clavícula. Los autores creen que basta la existencia de un aumento considerable del volumen pulmonar y de la presión endotorácica para que esta anomalía pueda hacer su aparición. El enfisema pulmonar reúne estas dos condiciones. Sintomatológicamente aparece una tumoración supraclavicular de tamaño variable, que puede ser de

presentación brusca o progresiva, y puede ir o no acompañada de manifestaciones subjetivas, principalmente dolor, que a veces puede adoptar las características de anginoso. El diagnóstico se hace por el aumento de tamaño en las espiraciones forzadas con la glotis cerrada y con la tos, y se confirma por la auscultación y el examen radiológico que señala una imagen pulmonar que rebasa los límites cervicales habituales. El tratamiento médico es poco eficaz, pues sólo el de los casos en que exista enfisema es de utilidad. El quirúrgico sólo está indicado cuando realmente exista alguna de las malformaciones señaladas, y es contraindicación la existencia de un proceso enfisematoso, estado en que naturalmente existe una gran tendencia a la recidiva, ya que persisten los factores mecánicos de desarrollo.

**Consideraciones sobre la reacción de Galli Mainini.**

Galli Mainini, basándose en estudios anteriores de Housay y colaboradores y Rugh, comprueba que la inyección de orina de mujer embarazada al sapo Bufo Arenarum Hensel determina el desprendimiento de espermatozoides y su paso a la cloaca, donde se demuestran fácilmente por el examen directo de la orina extraída mediante pipeta. Utilizan orina de la primera micción de la mañana, que es la que más elevado porcentaje de reacciones positivas les han dado, inyectándola en el saco linfático dorsal.

Concluyen que esta reacción es de gran sensibilidad y muy precoz (amenorreas de cinco, siete, diez y once días), por lo que es una de las mejores pruebas biológicas del embarazo, aventajando a las demás por su sencillez técnica y fácil interpretación. En los primeros cinco meses de la gestación es positiva en el 100 por 100 de los casos, siempre que se utilicen dos o más sapos para cada observación. No han observado falsas reacciones positivas. El porcentaje de positividad coincide con el nivel de gonadotropinas en sangre. Llamen la atención sobre el porcentaje de reacciones negativas que encuentran en casos de parto, puerperio y mola hidatiforme. La reacción siempre fué negativa en casos de ginecopatías diversas y de amenorreas de diferentes tipos.

**Polipeptidemia en clínica.**—Hace un estudio de las causas patológicas por las que aparece polipeptidemia, que son: por aporte digestivo en enfermos con lesiones de la vecindad del píloro, por insuficiencia de la deaminación hepática, por impermeabilidad renal y por autólisis tisular. Estudia este último tipo en los enfermos tuberculosos pulmonares, encontrando en todos los casos, con la única excepción de las formas completamente cicatrizadas, una cifra muy alta de polipéptidos sanguíneos, que es tanto mayor cuanto más profundamente está atacado el individuo, siendo menor en los casos con evolución lenta y tendencia a la fibrosis. El índice sigue en sus variaciones la relación entre el poder vulnerante del proceso y el poder defensivo del organismo. Con su proceder confirma el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y aclara la evolución de ciertos estados que otras pruebas de laboratorio muchas veces deja en duda.

**A Medicina Contemporánea.**

## 66 - 1 - 1948

\* Síndrome de Wolf, Parkinson y White. J. Moniz de Betencourt.

**Síndrome de Wolf, Parkinson y White.**—Describe las características electrocardiográficas de este síndrome, y se refiere a las teorías más en boga de entre las muchas emitidas para explicar el mecanismo fisiopatológico de esta alteración. La de von Grüber, para quien se trataría de una extrasistolia auricular; la de Holzmán y Scherf, según los cuales sería una conducción aurículo-ventricular accesoria. Según el primero, todo se explicaría por la producción de extrasístoles de foco ectópico auricular, regularmente acoplados con el sistole normal auricular y desencadenados por dicho sistole. Según el punto de vista de Holzmán y Scherf, el

estímulo de origen sinusal sería transmitido desde el miocardio auricular al ventricular por dos vías, una normal del nódulo de Tawara al fascículo de His y por uno o más fascículos anómalos, como los de Paladino-Kent o de Ohnell, etc., y la conducción por estos fascículos se haría más rápidamente que por el de His, con lo cual la excitación llegaría antes de lo normal a una región determinada de los ventrículos, y de esta forma, la anomalía eléctrica se debería a contracción prematura de la zona de miocardio ventricular, donde termina un fascículo anómalo. Estudia varios casos de síndrome de W-P-W, y cree que por la forma, amplitud y duración de la onda anómala, se trata de variaciones de potencial estrechamente emparentadas con las que determina la onda P y, por tanto, sus observaciones son contrarias a las teorías más arriba expuestas, ya que indican que la estructura donde se origina la perturbación debe ocupar una situación donde pueda conservar sus relaciones cronológicas anteriores con la excitación ventricular, y sugiere que la estructura en cuestión debe encontrarse en estrecha relación con el sistema nódulo de Tawara-fascículo de Hiss.

66 - 2 - 1948

Perturbaciones orgánicas causadas por alimentos y condimentos. A. A. de Aguiar.  
Esbozo de una topografía médica del Concejo de Seusel. A. Rogerio Simoes Eliseu.

66 - 3 - 1948

Esbozo de una topografía médica del Concejo de Seusel (continuación). A. Rogerio Simoes Eliseu.  
Lenocinio en la época de las Ordenaciones. A. Antonio de Aguiar.

66 - 4 - 1948

Esbozo de una topografía médica del Concejo de Seusel (continuación). A. Rogerio Simoes Eliseu.

66 - 5 - 1948

Esbozo de una topografía médica del Concejo de Seusel (conclusión). A. Rogerio Simoes Eliseu.  
Dolor visceral. Breves consideraciones sobre el dolor originado en las vísceras. A. L.

66 - 6 - 1948

Sociedad Portuguesa de Oto-neuro-oftalmología.  
Causos de fracaso escolar. J. de Paiva Boléo.

66 - 7 - 1948

El estudio del medio social. Topografía médica. F. da Silva Correia.  
La micro-radiografía al servicio de la profilaxia de la tuberculosis. Casanova Alves.

## Annals of Internal Medicine.

30 - 1 - 1949

- \* Nuestros cambiantes puntos de vista sobre la asistolia congestiva. I. Starr.
- \* Aclorhidria y úlcera péptica. Estudio ulterior sobre el papel de la actividad péptica en la patogenia y curso de la úlcera péptica. W. L. Palmer, J. B. Kirsner y A. Hamann.
- Problemas en la historia natural de la poliomiéltis. A. B. Sabin.
- Terapéutica con andrógenos. W. O. Thompson.
- Los efectos fisiológicos de la terapéutica física. G. M. Piersol.
- \* El empleo de anticoagulantes en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. I. S. Wright.
- \* Ciertos aspectos clínicos de la aplicación de los principios del balance de agua a las enfermedades del corazón y del riñón. F. R. Schemm.
- Observaciones clínicas con fagarina. D. Scherf, A. M. Silver y L. D. Weinberg.
- \* Cirrosis biliar xantomatosa (un síndrome clínico). H. E. McMahon y S. J. Thannhauser.
- Fiebre Q. Referencia de un caso en Pennsylvania. O. H. Pantón, A. Bondi y M. M. Sigel.
- \* Melanosis difusa, derrame pericárdico y melanuria asociados con un melanoma maligno. Referencia de un caso con hallazgos de autopsia. N. D. Ritz.

Bloqueo transitorio de rama derecha, tipo de onda S ancha, en el que aparecía conducción normal tanto espontáneamente como en respuesta a la estimulación vaga. E. Nichols.  
Enfisema mediastínico consecutivo a la perforación anterior de una úlcera gástrica. D. M. Welty.  
Lupus eritematoso diseminado con derrame pericárdico. A. C. Curtis y S. F. Horne.  
Editorial. Recientes estudios en problemas de la coagulación sanguínea.

**Nuestros cambiantes puntos de vista sobre la asistolia congestiva.**—Analiza el autor en esta revisión las teorías emitidas para explicar el mecanismo de producción de la asistolia congestiva, y después de una acertada crítica sobre las mismas, llama la atención sobre la importancia que tienen en su desarrollo los factores extracardíacos. Sobre la base de experimentos en animales y clínicos, así como de observaciones puramente clínicas, el autor establece una cadena de hechos que conducen a la asistolia congestiva, y que, resumidamente, consiste en lo siguiente: La cardiopatía supone una disminución en la circulación por el riñón, médula ósea y glándulas de secreción interna, lo que supone una retención de agua y sal y aumento de volumen sanguíneo, con la consiguiente congestión venosa, que condiciona una sobrecarga al corazón y cierre, por consiguiente, de un círculo vicioso.

**Aclorhidria y úlcera péptica.**—Los autores subrayan, en primer término, el hecho de que con aquilia no hay úlcera péptica. Presentan una estadística numerosa de casos de úlcera gástrica y duodenal, con las correspondientes cifras altas de acidez, y señalan la no aparición de úlceras yeyunales si se ha conseguido una anacidez completa después de la gastrectomía parcial y la curación de úlceras por la producción espontánea de una aquilia. Finalmente comunican los brillantes resultados obtenidos en 30 casos de úlcera gástrica y 102 de úlcera duodenal, después de haber conseguido una aquilia permanente por medio de la radioterapia del estómago.

**El empleo de anticoagulantes en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.**—El autor señala, en primer lugar, que hoy está establecido de una manera concluyente el valor de los anticoagulantes, dicumarol y heparina, en el tratamiento de las tromboflebitis, y, en segundo lugar, la importancia de su empleo postoperatorio en la prevención de las complicaciones tromboembólicas. A continuación manifiesta que la mortalidad por trombosis coronaria con infarto de miocardio se ha reducido a la tercera parte y a la mitad la incidencia de complicaciones tromboembólicas por el empleo de los anticoagulantes. No hay duda de que la mayoría de los fracasos terapéuticos encontrados hasta ahora son el resultado de un tratamiento inadecuado, pero hay que reconocer que algunos ocurren a pesar del tratamiento apropiado. Las complicaciones hemorrágicas son mucho más frecuentes en los enfermos que ya habían recibido anteriormente dichas drogas.

Igualmente recalca, el valor de los anticoagulantes en la profilaxis y tratamiento de las complicaciones tromboembólicas de la fibrilación auricular, pudiéndose hacer un tratamiento duradero y disminuir el riesgo del tratamiento con quinidina, aunque este problema no está resuelto actualmente de un modo concluyente.

**Ciertos aspectos clínicos de la aplicación de los principios del balance del agua a las enfermedades del corazón y del riñón.**—Subraya el autor la importancia de las necesidades de agua en las enfermedades del riñón y en las complicaciones renales de las cardiopatías, y declara que, a pesar de que los trastornos de la función renal aumentan grandemente las necesidades de agua del organismo, la preocupación general se centra sobre el aporte de sodio y proteínas y las exigencias de agua se ignoran o subestiman desastrosamente. Aplica, pues, los mismos principios de suministro de grandes cantidades de líquidos, ya descritos para el tratamiento de los estados de edema en las enfermedades del corazón, para la corrección o prevención de la anuria, azotemia y edema, teniendo presente, en primer lugar, que las

necesidades de agua simple del organismo en las enfermedades del riñón aumentan de modo considerable, advirtiéndose que el agua no llega al riñón mientras no se han satisfecho las demandas del resto del organismo. Ahora bien, especifica que el agua unida al sodio de las soluciones de Ringer, lactato R-molar y de Tyrode o la contenida en el plasma o sangre total, así como el agua de las soluciones isotónicas de cloruro sódico, no deben contarse como aporte de agua, ya que no puede ser empleada satisfactoriamente para los fines metabólicos del agua simple.

**Cirrosis biliar xantomatosa.**—Con motivo de la observación de cinco casos de cirrosis biliar xantomatosa (cirrosis biliar pericolangiolítica) con xantomas cutáneos planos y tuberosos, los autores hacen una revisión del proceso, describiendo los rasgos clínicos, el curso y la anatomía patológica evidenciada por biopsia y post-mortem. El síndrome clínico consiste en xantomas cutáneos de la variedad plana y tuberosa; hepato y esplenomegalia; ictericia de tipo obstructivo de varios años de duración; valores extremadamente altos de colesterolina total (de cuatro a ocho veces superiores a los normales), y de lecitina (de cuatro a diez veces) y valores bajos de grasa neutra en el suero, que por otro lado es transparente y no cremoso. Los hallazgos anatómicos obtenidos por biopsia, y coincidiendo con los valores altos de colesterolina y lecitina en el suero, consisten en una reacción inflamatoria crónica e inespecífica centrada sobre los finos conductillos biliares y conductos de unión en las áreas portales, bloqueo de los conductillos y estasis biliar intralobular subsiguiente, conservación de los grandes conductos biliares y ausencia de células espumosas en el tejido hepático. Por estas lesiones preconizan la denominación del síndrome como cirrosis biliar pericolangiolítica, con xantomas planos y tuberosos. Discuten la etiología y en especial dos posibilidades: la primera supone que el contenido excesivamente alto de colesterolina y lecitina en el suero depende únicamente de la retención por la obstrucción de los finos capilares biliares y conductillos de unión, y la segunda acepta la sobreformación hepática de dichos lipoides, con empeoramiento de la eliminación hipótesis ésta por la que se inclinan los autores. La enfermedad se presenta casi siempre en mujeres, y no hay incidencia familiar. A juicio de los autores, no debe incluirse en el grupo de la xantomatosis esencial de tipo hipercolesterinémico (xantomatosis familiar hipercolesterinémica), sino que la cirrosis biliar xantomatosa (cirrosis biliar pericolangiolítica) es un trastorno puramente hepático y constituye una entidad propia.

**Melanosis difusa, derrame pericárdico y melanuria asociados con un melanoma maligno.**—El caso en cuestión es interesante por la rara asociación de melanosis difusa de la piel, metástasis cardíacas con derrame pericárdico masivo y melanuria, todo ello secundario a un melanoma del antebrazo. Señala el autor que la melanosis difusa asociada con un melanoma puede estar relacionada con la destrucción concomitante de las suprarrenales, como ocurrió en este caso, en el que dichas glándulas estaban reemplazadas por masas tumorales. Las metástasis cardíacas se encuentran con frecuencia secundariamente al melanoma maligno, y tampoco es raro el derrame pericárdico masivo. Después de discutir la patogenia y algunas de las pruebas clínicas para el diagnóstico de la melanuria, manifiesta el autor que la reacción de Thormählen es la más específica.

30 - 2 - 1949

- \* Significación diagnóstica de las pruebas hormonales urinarias. Referencia de la experiencia con medidas de 17-cetoesteroides y hormona estimulante folicular en la orina. R. F. Escamilla.
- \* Los efectos hemodinámicos de la simpatectomía en la hipertensión esencial. R. W. Wilkins, J. W. Culbertson y M. H. Halperin.
- \* Resultados de la simpatectomía dorsolumbar alta para la hipertensión. J. A. Evans y C. C. Bartels.
- \* Arteriografía retrógrada en el diagnóstico de las lesiones cardiovasculares. I. Visualización de aneurismas y arterias periféricas. N. E. Freeman y E. R. Miller.

- \* El tratamiento del absceso purulento agudo de pulmón con penicilina y sulfadiazina. B. P. Stilvelman y J. Kavee. Evidencia clínica de la sensibilidad a las gonadotropinas en la mujer alérgica. E. W. Phillips.
- \* Observaciones sobre las recidivas en la anemia perniciosa. E. Jones, C. C. Tillman y W. J. Darby.
- \* Empleo de una mostaza nitrogenada en la enfermedad de Hodgkin y linfoma. A. H. Meyer y W. C. Overmiller.
- \* Empleo de la prueba de ejercicio en el diagnóstico de la insuficiencia coronaria. M. Grossman, W. W. Weinstein y L. N. Katz.
- \* El efecto de la caronamida sobre la concentración en sangre de penicilina consecutiva a la administración oral e intramuscular de penicilina. W. W. Zeller, M. H. Lepper, J. A. Robinson, H. L. Hirsh y H. F. Dowl-ling.
- \* Anemia hemolítica asociada con hemoglutininas atípicas. W. J. Kuhns y P. F. Wagley.
- \* Observaciones sobre el destino del conductor accesorio en el síndrome de Wolff-Parkinson-White. Referencia de un caso demostrando el retorno a la conducción normal consecutivo a una enfermedad aguda. D. Littmann.
- \* Intoxicación por vitamina D debida al ertron. Referencia de dos casos. T. K. Donegan, A. L. Messer y E. S. Orgain.
- \* Editorial. Anticoagulantes en el tratamiento de la trombosis coronaria.

### Significación diagnóstica de las pruebas hormonales

**urinarias.**—La posibilidad de contar con una prueba química de medición de los 17-cetoesteroides en la orina ha estimulado el interés y la investigación generales en este terreno de las pruebas hormonales urinarias, puesto que hasta ahora la mayor parte de las pruebas requerían el empleo de animales. En el momento actual las pruebas más realizadas son las de investigación del embarazo y las de medida de los 17-cetoesteroides, de la gonadotropina hipofisaria estimulante folicular y del pregnandiol. El autor revisa su experiencia con 488 determinaciones de 17-cetoesteroides y 233 de hormona estimulante folicular. Se encontraron valores bajos de 17-cetoesteroides en el infantilismo hipofisario, enfermedad de Simmonds, anorexia nerviosa, enfermedad de Addison, mixedema y asma grave, y valores altos en la hiperplasia y carcinoma de la corteza suprarrenal, viéndose que la fracción beta estaba especialmente elevada; se encontraron niveles ligeramente altos en enfermos con hirsutismo simple, síndrome de Cushing, acromegalia, embarazo e hipertecosis (ovarios poliquísticos) y ligeramente bajos en el eunucoidismo, castrados de uno y otro sexo, diabetes mellitus, climaterio y en enfermedades crónicas decaerantes y en general tendencia a niveles bajos en los ancianos. Señala que los valores ligeramente altos o bajos tienen un valor clínico limitado, a causa de la considerable variación diaria de la eliminación en el mismo individuo. Cita una larga lista de procesos con eliminación normal de 17-cetosteroides, y entre ellos el hipogonadismo, aplasia ovárica, ginecomastia, amenorrea simple, oligospermia, obesidad, alopecia y varios trastornos psíquicos.

El nivel de eliminación de hormona estimulante folicular (HEF) fué siempre muy alta en la aplasia ovárica cuando la enferma no recibía estrógenos; este es uno de los puntos cardinales en el diagnóstico clínico del proceso; fué ocasionalmente alta en el climaterio masculino y femenino (más consistente en el último), en el eunucoidismo y en la hipertecosis; se halló un valor alto en una mujer castrada. Se apreció una eliminación baja de HEF en enfermos con infantilismo hipofisario, enfermedad de Simmonds y anorexia nerviosa; se encontraron valores normales en la acromegalia, anorexia nerviosa, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hiperplasia corticosuprarrenal, hirsutismo simple, enfermedad de Addison, ginecomastia, climaterio, hipertecosis, oligospermia y alopecia. El valor clínico mayor de la prueba de los 17-cetosteroides en el momento presente está en los altos valores hallados en la hiperplasia y carcinoma de la corteza suprarrenal y los valores bajos del infantilismo hipofisario y enfermedad de Simmonds, y la determinación de HEF es particularmente útil por sus altos valores en el diagnóstico de la aplasia ovárica y del climaterio y por las cifras bajas en el infantilismo hipofisario y enfermedad de Simmonds. Las pruebas han conseguido una mejor comprensión de algunos de los síndromes clínicos, y es

posible que el fraccionamiento ulterior de los 17-cetoes-teroides pueda aumentar considerablemente su importancia en el diagnóstico.

**Los efectos hemodinámicos de la simpatectomía en la hipertensión esencial.**—Los efectos conseguidos consisten, en primer lugar, en un pequeño cambio en el volumen cardíaco de expulsión basal; en segundo lugar, un aumento precoz y ulterior moderación en el flujo sanguíneo porto-hepático; en tercer término, una disminución en la respuesta vasoconstrictora a la posición erecta, y, finalmente, disminución o abolición de los efectos vasopresores después de procederse depresores. Los efectos postoperatorios son similares, haya o no bajado la presión arterial, excepto que el flujo sanguíneo porto-hepático se influencia directamente por el nivel de la presión arterial. Estos resultados, junto con los estudios ya referidos sobre el flujo sanguíneo renal, indican que los efectos hemodinámicos directos de la esplanictectomía no se explican por el descenso de la presión arterial que pueda ocurrir. Sin embargo, es posible que en algunos enfermos los mecanismos indirectos físicos o químicos resultantes de estos efectos hemodinámicos puedan a su vez actuar motivando una disminución amplia en la resistencia periférica y un descenso de la presión arterial.

**Resultados de la simpatectomía dorsolumbar alta para la hipertensión.**—Este estudio de los resultados de la simpatectomía dorsolumbar alta desde el cuarto torácico al segundo o tercero ganglios lumbares, fué emprendido con el fin de averiguar si podían obtenerse mayores beneficios en los enfermos de hipertensión de diferentes tipos que con la resección simpática baja. Se puso especial interés en determinar si podían salvarse más enfermos con fondo ocular del tipo III (Keith-Kagener). Aunque las presentes series han sido observadas durante corto tiempo (173 enfermos de seis meses a tres años) e indudablemente con el paso de uno o dos años más las diferencias no serán tan marcadas, la superioridad de los resultados en los enfermos de dicho grupo III (hemorragias y exudados) se ha duplicado, de 21 al 44 por 100 y los resultados pobres han disminuido del 37 al 13 por 100. Se han duplicado también los buenos resultados en los enfermos de los grupos I y II del 39 al 74 por 100 y los resultados pobres descendieron del 23 al 9 por 100. El efecto principal de la esplanictectomía sobre la hipertensión es ortostático y ha podido verse que la mejoría sintomática va paralela más bien con la disminución de la presión ortostática que con la supina. La simpatectomía dorso-lumbar alta no protegió a 8 de los 173 enfermos de un accidente cerebro-vascular ulterior, dos de ellos fatales. Mejoró total o parcialmente la angina en el 60 por 100 de 15 enfermos, ninguno de los cuales tenía una enfermedad coronaria profunda. Se observó la reducción del tamaño del corazón en el 90 por 100 de los enfermos con diámetros transversos anormalmente anchos, en el 64 por 100 a límites normales. Hubo mejoría en el 42 por 100 de 50 enfermos con electrocardiogramas anormales. El 75 por 100 de 45 enfermos con nicturia mostraron una mejoría completa o parcial; mejoró por lo menos una prueba de función renal en el 58 por 100 de 55 enfermos que tenían antes de la operación una o más pruebas de hipofunción. Las alteraciones vasculares retinianas mejoraron en el 66 por 100 de 117 enfermos estudiados. La mortalidad operatoria fué del 0,5 por 100 y la mortalidad total en el período de observación de seis a treinta y tres meses fué del 7 por 100. Terminan los autores diciendo que son opuestos a considerar este tipo de operación, con su convalecencia tan prolongada, como una operación profiláctica, pero urge realizarla en enfermos de menos de cincuenta años de edad con trastornos arteriolares retinianos espásticos, exudativos y hemorrágicos, lesión cardíaca moderada, signos precoces de nefrosclerosis y presión arterial lábil.

**Arteriografía retrógrada en el diagnóstico de las lesiones cardiovasculares.**—Los autores han empleado la arteriografía retrógrada en 11 enfermos para la visualización de lesiones vasculares que afectaban a las

arterias periféricas y a la aorta abdominal y torácica. Señalan que aunque la arteriografía se realiza mejor por la inyección de material radioopaco en la arteria proximal a la lesión que ha de estudiarse, ocasionalmente la localización de la lesión o su carácter hace difícil llevar a cabo dicha técnica y tales circunstancias la arteriografía retrógrada supone la adecuada visualización. Declaran que no han tenido éxito en sus intentos de visualización de la aorta abdominal, excepto en un enfermo en el que se introdujo un catéter a través de una cánula insertada en la arteria femoral; posiblemente lo hubieran logrado de haber inyectado mayor cantidad de solución y a mayor presión. Subrayan el peligro de la trombosis en el sitio de la inyección, especialmente si se introduce una gran aguja en una arteria pequeña; este suceso ocurrió en tres enfermos. Con el empleo de diodrast al 70 por 100 debe considerarse la posibilidad de una fuerte reacción general, particularmente cuando el contraste pueda entrar en la circulación cerebral. Señalan, por último, que aunque los compuestos yodados provocan espasmo, no han dudado en emplear dicho material en las lesiones arteriales periféricas, evitando un empeoramiento de la circulación.

**Empleo de una mostaza nitrogenada en la enfermedad de Hodgkin y linfoma.**—Señalan los autores el tratamiento con una mostaza nitrogenada, el cloruro de metil-bis (beta-cloroetil) amina, de dos casos de enfermedad de Hodgkin durante un período en el que no era aconsejable practicar una nueva radioterapia. Los resultados fueron favorables y los enfermos se encuentran en buenas condiciones a los diez y ocho meses después de la terapéutica; uno de ellos se está irradiando actualmente sobre un área de recidiva local. De tres casos de linfoma tratados en iguales condiciones sólo en uno se consiguieron buenos resultados. Los autores creen que las mostazas nitrogenadas deben emplearse únicamente cuando no sea aconsejable la radioterapia.

**El tratamiento del absceso pútrido agudo de pulmón con penicilina y sulfadiazina.**—Declaran los autores que la curación espontánea del absceso agudo de pulmón tuvo lugar sólo en el 11 por 100 de los 70 enfermos estudiados, y que se alcanzó la curación completa sintomática y radiográfica en 19 de 21 casos tratados con penicilina y sulfadiazina. Un enfermo murió por absceso cerebral después de haberse curado el pulmonar, y hubo dos recidivas, una en una muchacha con ataques epilépticos frecuentes y otra en un alcohólico. Las cavidades del absceso de pequeñas y grandes dimensiones desaparecen con dicho método de tratamiento, y subrayan que el tamaño del absceso está determinado más frecuentemente por el grado de enfisema obstructivo coexistente que por la necrosis local. El rasgo saliente en este método de tratamiento es la continuación de la administración de penicilina y sulfadiazina, no sólo hasta que la radiografía del tórax no muestre sombras anormales en el segmento pulmonar afectado. No consiguieron la curación en los casos de absceso crónico, pero 8 de 10 enfermos se hicieron menos tóxicos en virtud de la curación completa o parcial de la neumonitis coexistente, y quedaron en condiciones favorables para la intervención quirúrgica. En vista de su experiencia, manifiestan los autores que ha de hacerse una revisión drástica del concepto de que se requiere una intervención quirúrgica precoz en los enfermos con absceso agudo pútrido de pulmón.

**El efecto de la caronamida sobre la concentración en sangre de penicilina consecutiva a la administración oral e intramuscular de penicilina.**—Los autores administran caronamida por vía oral a 106 enfermos con el fin de determinar su capacidad de aumentar las concentraciones de penicilina en el suero. Efectivamente, el aumento medio en las concentraciones de penicilina en el suero obtenidas con el empleo de penicilina más cara sobre las conseguidas con el empleo de penicilina sola fué aproximadamente de cuatro veces, no mostran-

do diferencias en las diversas vías de administración de penicilina. La toxicidad aguda de la caronamida es despreciable y la crónica no ha sido aún determinada. Recomiendan administrar la caronamida a la dosis de 4 gr. cada cuatro horas, y supone la mayor ventaja clínica en combinación con la penicilina administrada por vía oral.

### The Journal of Infectious Diseases.

84 - 1 - 1949

- Sinergismo en infecciones experimentales con bacterias anaerobias no esporuladas. K. Eileen Hite, Marcia Locke y H. Close Hesseltine.
- La identificación del *Brucella abortus*, raza 19 por tinción bacteriostática. H. B. Levine y J. B. Wilson.
- Estudios inmunológicos sobre leptospirosis bovina. L. Olitzki, L. A. Stuczynski, C. Halevi y H. Bernkopf.
- Observaciones sobre un virus pneumotrófico obtenido de ratas. I. Transmisión del agente al ratón blanco y a ratas. J. B. Nelson.
- Observaciones sobre un virus pneumotrófico obtenido de ratas. II. Características biológicas del agente. J. B. Nelson.
- Niveles de sulfonamidas en sangre en pruebas profilácticas contra el *Plasmodium gallinaceum*. W. Cantrell, F. E. Kelsey y E. M. K. Geiling.
- Estudios sobre inmunidad entre razas de virus en el grupo psittacosis-linfogranuloma venéreo. J. C. Wagner, O. J. Golub y V. W. Andrew.
- La acción de las drogas antipalúdicas en mosquitos infectados con *Plasmodium gallinaceum*. L. A. Terzian, N. Stahler y A. B. Weathersby.
- La distribución inicial en el huésped de las bacterias llevadas por el aire. A. May Ames y W. J. Nungester.
- Estudios sobre estreptococos. I. Infecciones estreptocócicas experimentales de la membrana corio-alantoidea del embrión de pollo. N. P. Sherwood, H. R. Wahl, C. Colglazier, T. R. Hamilton y A. Jay.
- Estudios sobre estreptococos. II. El papel de la hialuronidasa en la infección estreptocócica experimental. B. E. Russell y N. P. Sherwood.
- Estudios sobre estreptococos. III. Nuevas sustancias antibióticas producidas por el estreptococo beta hemolítico. N. P. Sherwood, B. E. Russell, A. R. Jay y K. Bowman.
- Estudios sobre infección con *Bacillus anthracis*. VIII. La producción de un antígeno inmunizante "in vitro". R. J. Heagly y E. Goldwasser.
- El curso de la infección de *Plasmodium gallinaceum* en embriones de pato. R. Barclay McGhee.
- Desarrollo pre-eritrocítico del *Plasmodium gallinaceum* en embriones de aves. R. Barclay McGhee.

### The Journal of Experimental Medicine.

88 - 6 - 1948

- La inhibición de la dehidrogenasa del d-gliceraldehído-3-fosfato por antisuero específico. E. G. Krebs y V. A. Najjar.
- \* La osteopetrosis hereditaria del conejo. I. Hechos generales y curso de la enfermedad; aspectos genéticos. L. Pearce y W. H. Brown.
- \* II. Observaciones radiológicas, hematológicas y químicas. L. Pearce.
- Las reacciones asociativas del virus de la neumonía de los ratones (PVM) y los virus de la influenza. F. M. Davenport y F. L. Horsfall.
- La susceptibilidad del hamster al virus de la encefalomiélitis de los ratones. D. J. Dean y G. Dallforf.

**La osteopetrosis hereditaria del conejo. I. Hechos generales y curso de la enfermedad; aspectos genéticos.**—La osteopetrosis hereditaria del conejo ofrece la ventaja de poder estudiar aspectos genéticos y metabólicos de las enfermedades óseas, ya que la osteopetrosis humana es difícil de estudiar en tales aspectos a causa de la rareza de la enfermedad. La osteopetrosis del conejo se presenta ya en la época del nacimiento y es siempre de curso fatal en cuatro a cinco semanas. El desarrollo corporal es muy escaso. La herencia es de tipo mendeliano, como expresión de un solo factor recesivo. Los individuos heterocigóticos solamente se reconocen mediante cruzamientos adecuados. No existe ligazón al sexo en la herencia. El curso clínico ofrece bastantes semejanzas con la osteopetrosis, que se presenta a veces en niños, y que suele también terminar fatalmente. Un proceso muy semejante se conoce también en el ratón y en el manatí de Florida.

**La osteopetrosis hereditaria del conejo. II. Observaciones radiológicas hematológicas y químicas.**—Los huesos presentan ya en la época del nacimiento un aspecto denso homogéneo, y sólo posteriormente aparece un indicio de diferenciación en su estructura. En la sangre se encuentran marcados cambios caracterizados por anemia macrocítica, trombocitopenia y moderada leucocitosis mieloide. Son muy abundantes los reticulocitos y normoblastos, y hay alteraciones degenerativas en los neutrófilos y linfocitos. Desde el punto de vista químico se hallan cifras bajas de calcio en el suero; también el fósforo es bajo durante las cuatro primeras semanas, pero posteriormente se eleva un tanto sobre las cifras normales. La fosfatasa sérica es alta, así como la colesteroemia. Por el contrario, se encuentra descendida la glicemia y son subnormales los valores de glicógeno en el hígado y en el músculo. Tanto los datos radiológicos como los hematológicos y los químicos, recuerdan en sumo grado los que se obtienen de los niños con una forma grave de osteopetrosis.

### The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

33 - 5 - 1948

- \* Tratamiento de la actinomicosis con penicilina. D. R. Nichols y W. E. Herrell.
- Isolaminización materna sin síntomas clínicos de eritroblastosis fetales en el recién nacido. W. L. Donohue y A. Fremes.
- \* Anemia de las infecciones. IX. Influencia de la adrenalectomía y de la hormona adrenocortical, sobre la hipoferrémia y otras alteraciones sanguíneas asociadas a la inyección de turpentina. D. N. Majumder y M. M. Wintrobe.
- \* Hipoprotrombinemia idiopática (familiar). F. S. Hagen y C. J. Watson.
- Observaciones sobre el hígado graso alcohólico. Biopsia por punción y pruebas de función hepática. R. E. Buck.
- \* El test de la turbidez del timol en diversas afecciones humanas. H. B. Stillerman.
- Etilenglicol. Acción tóxica. P. O. Hagemann y T. R. Chiffelle.
- \* Acción de la pilocarpina sobre el pulmón en sujetos normales y en asmáticos. J. J. Curry y S. E. Leard.
- Comparación entre las manifestaciones tóxicas del benadril y la piribenzamina. T. H. McGavack y J. Weissberg.
- Valoración de una nueva droga sedante (3-3 dietil-2-4 dioxipiridina). A. E. Parsonnet, A. Bernstein, E. Kiosk, E. Hirschberg, S. H. Rubin y L. A. Pirk.
- Variaciones de la absorción dérmica con la edad. J. Strauss y H. Necheles.
- Algunos estudios sobre la reacción de coagulación suero de Weltmann. L. H. Siegel.
- \* Estudio electroforético del suero de enfermos de linfogranulomatosis. A. Rotino, D. Suchoff y K. G. Stern.
- Distribución tisular de antimonio radiactivo inhalado en forma de stibina. R. E. Smith, J. M. Steele, R. E. Eakin y D. B. Cowie.

**Tratamiento de la actinomicosis con penicilina.**—Desde que en el año 1942 se publicaron los primeros resultados de enfermos de actinomicosis tratados con penicilina, los datos en la literatura son varios, pero no se encuentra una uniformidad en los resultados obtenidos, achacándolo los autores a que en muchas comunicaciones el tiempo de tratamiento y de observación de los enfermos ha sido insuficiente. Presentan en el presente artículo 46 enfermos de actinomicosis de diferente localización tratados con penicilina, y a los que se les ha seguido por un periodo de tiempo que varía entre un año y cinco años. En 26 enfermos con localización cervicotorácica de su proceso, en 24 se lograron excelentes resultados; estos resultados favorables aparecieron antes de los dos meses de tratamiento, periodo muy rápido si se compara a lo que ocurre con otros tratamientos. De 9 enfermos con un actinomicosis pulmonar, 9 se recuperaron, así como 6 de 8 enfermos con una localización abdominal. Todos los enfermos con una localización pélvica mejoraron extraordinariamente. En todos los casos tratados se demostró "in vitro" una sensibilidad del actinomicosis bovis a la penicilina. Terminan los autores discutiendo el valor de la penicilina junto con otros procedimientos en el tratamiento de la actinomicosis.

**Anemia de las infecciones. IX. Influencia de la adrenalectomía y de la hormona cortical sobre la hipoferrremia y otras alteraciones sanguíneas asociadas a la inyección de turpentina.**—Dentro de las profundas alteraciones metabólicas que produce la infección, es la hipoferrremia el factor que más puede relacionarse con la anemia concomitante. Sabido es, por otro lado, el papel que las glándulas suprarrenales desempeñan en los estados infecciosos. En este sentido estudian los autores la influencia de la extirpación suprarrenal y la inyección de hormona cortical en ratas normales y en ratas a las que previamente se les había inyectado turpentina con objeto de producirlas un proceso inflamatorio, analizando los valores de hierro en la sangre, así como otras constantes hemáticas. Si bien no se puede demostrar una influencia de las glándulas suprarrenales sobre los niveles de hierro en la sangre en las ratas normales, en las ratas que padecen un proceso inflamatorio causado por la inyección de turpentina parece apreciarse una ligera acción, sobre todo en lo que se refiere a la recuperación de la hipoferrremia, que es más rápida en las ratas con su función suprarrenal conservada. De la misma forma parece no tener influencia sobre el mantenimiento de unos valores de hemoglobina normales, pero en las ratas con un proceso inflamatorio parece que previene el rápido descenso de ésta. En lo que se refiere a las alteraciones de la serie blanca, las suprarrenales son las responsables de la profunda leucopenia que se produce en los primeros momentos que siguen a la inyección de turpentina, y que afecta tanto a los granulocitos como a los linfocitos, ya que la extirpación suprarrenal hace desaparecer esta fase.

**Hipoprotrombinemia idiopática (familiar).**—Desde 1941 se considera a la hipoprotrombinemia como una de las causas de diátesis hemorrágicas, un tipo de hipoprotrombinemia es la llamada familiar o idiopática; ahora bien, los casos recogidos en la literatura de esta afección son pocos, ya que además, si los períodos de observación son pequeños, queda siempre la duda de que la hipoprotrombinemia se deba a una deficiencia externa. Presentan los autores un enfermo con un déficit en protrombina al que siguen con observaciones periódicas durante más de diez años. La enfermedad se caracteriza por una diátesis hemorrágica con epistaxis, hematomas subcutáneos, hemorragias articulares y metrorragias, siendo estas últimas tan graves, que fué necesario el practicar una histerectomía. La observación de los familiares del enfermo demostró una prolongación del tiempo de protrombina no tan acusada como en el enfermo. De los estudios hematológicos practicados que la deficiencia en protrombina se encuentra en la denominada componente B de Quick, esto es, el que se afecta por la administración de dicumarol, por lo que la inyección de vitamina K no es efectiva en el tratamiento del enfermo al no afectar al tiempo de protrombina. Los mejores resultados en el tratamiento se consiguen con protrombina purificada y con plasma humano, siendo este último el que únicamente se utilizó en vivo, demostrándose "in vitro" cómo el primero era enormemente efectivo. La existencia de una floculación del suero con el reactivo de cefalina colestestina y la presencia de una crioglobulina sugieren la posibilidad de un disturbio de la síntesis proteica en el hígado.

**El test de la turbidez del timol en diversas afecciones humanas.**—Han sido múltiples los artículos de la literatura sobre la reacción descrita por Mclagan, tanto sobre su valor pronóstico y diagnóstico como su mecanismo de reacción, que si bien en un principio se atribuyó a un aumento de la gamma globulina del plasma, más tarde se ha visto es dependiente de la globulina beta, así como de las fracciones lipóideas. Siendo, por tanto, una reacción dependiente de estos factores, no es de extrañar que esta prueba se encuentre alterada, no sólo en las afecciones hepáticas, sino también en otros procesos en los que se alteran las constantes plasmáticas antes indicadas. Estudian los autores la reacción de Mclagan en 567 individuos; del análisis de los resultados se desprende que no se puede considerar a la re-

acción de Mclagan como una reacción específica de insuficiencia hepática; dependiendo su positividad de los factores antes indicados, éstos pueden también afectarse en otros procesos no hepáticos, como ocurre en la artritis reumatoide, en la linfogranulomatosis, etc. Una de las mayores utilidades de la reacción de Mclagan estriba en la estabilidad del reactivo y en su sencillez, por lo que es de gran valor para seguir la evolución de los casos de hepatitis epidémica aun para el médico no especializado.

**Acción de la pilocarpina sobre el pulmón en sujetos normales y en asmáticos.**—Comienzan los autores refiriéndose a una serie de artículos anteriores en los que estudian las reacciones del árbol respiratorio de sujetos normales y asmáticos a diferentes drogas, como la histamina, el cloruro de mecholí, etc. En el presente artículo se estudia la acción de la pilocarpina, droga de acción parasimpática mimética, estudiando la capacidad vital en sujetos normales y asmáticos tras su inyección por vía intravenosa e intramuscular. La inyección de 1 a 5 mgr. de pilocarpina a sujetos normales no produce alteración de la capacidad vital; en contraste, la inyección de estas mismas dosis a enfermos asmáticos determina una disminución intensa de los seis a veinticinco minutos tras la inyección intramuscular, y a los treinta segundos, tras la inyección intravenosa, aunque en estos casos se sigue a veces de una segunda reacción no constante a los quince minutos. La prostigmina parece potenciar la acción de la pilocarpina. La adrenalina, teofilina, etilendiamina y la bellaafolina protegen al árbol respiratorio de la acción de la pilocarpina, no teniendo en cambio acción sobre el aumento de la salivación que produce esta droga. Terminan los autores haciendo algunas disquisiciones sobre la importancia clínica de estos hechos.

**Estudio electroforético del suero de enfermos de linfogranulomatosis.**—Se estudia electroforéticamente el suero de 36 enfermos de Hodgkin, en el sentido de poder establecer si existe una alteración de los componentes proteicos del suero de tipo específico que pudiesen ayudar al diagnóstico, así como también si se puede llegar a alguna conclusión pronóstica. Los tipos de curva obtenidos los clasifican en tres grupos: A, B y C. El primer tipo de curvas se encuentra en sujetos que llevan poco tiempo de enfermedad y cuyo estado nutritivo es bueno, siendo los perfiles proteicos completamente normales en el tipo de curva B, que se presenta en los estados terminales en caquexia, con edemas y gran anemia, se encuentra una elevación de la globulina alfa y, por último, el C de curva, que se presenta en los casos intermedios entre los anteriores, se observa una elevación de la gamma globulina. Si se trata de establecer una relación entre el estado clínico del sujeto y el resultado del análisis electroforético, se puede asegurar que las alteraciones en las proteínas plasmáticas están más en relación con el estado nutritivo del enfermo que con la gravedad y participación ganglionar del proceso. En cuanto a su valor diagnóstico, el único hecho a resaltar es que, a la inversa de lo que ocurre en la tuberculosis, la elevación de la fracción alfa de la globulina se presenta sólo en los estadios terminales y no precozmente.

## Archives of Neurology and Psychiatry.

59 - 6 - 1945

- \* Activación de accesos y alteraciones electroencefalográficas en epilépticos y testigos con metrazol. C. Cure, T. Rasmussen y H. Jarper.
- \* Papel de los impulsos aferentes en las convulsiones experimentales. E. Gellhorn y H. M. Ballin.
- \* El fenómeno del guiño y la mandíbula. R. Wartenberg.
- \* Respuestas a los estímulos térmicos, mediadas por la médula aislada. M. B. Macht y R. A. Kuhn.
- \* Terapéutica con rolo tripan de la esclerosis lateral amiotrófica. R. B. Aird.

**Activación de accesos y alteraciones electroencefalográficas con metrazol.**—Las pruebas de provocación de

accesos epilépticos o de alteraciones electroencefalográficas mediante hiperventilación o con hidratación y pitresina son inconstantes o de resultados lentos. Los autores han estudiado la respuesta al metrazol en 132 epilépticos y 42 no epilépticos. Se estudió el efecto de la inyección intravenosa rápida, de la inyección intravenosa lenta (40 mgr. por minuto) y de la inyección intramuscular. La inyección intravenosa rápida de pequeñas dosis de solución al 10 por 100 hubo de ser desechada por la rapidez y violencia de respuesta. La vía intramuscular es más recomendable, pero resulta difícil graduar la dosis. La inyección intravenosa lenta (solución al 2 por 100) es la de elección. De este modo se obtuvieron ataques o trazados eléctricos típicos en 80 por 100 de los epilépticos. Sólo en uno de los no epilépticos se provocó un acceso convulsivo con una dosis de 400 miligramos, pero en 26 por 100 aparecieron descargas de ritmo lento. La susceptibilidad al metrazol es mayor en los que tenían previamente alteraciones eléctricas bilaterales que en los que tenían exclusivamente focos epileptógenos corticales.

**El fenómeno del guiño y la mandíbula.**—El llamado fenómeno de Marcus Gunn e impropriamente del guiño y la mandíbula ("winking-jaw"), consiste en la elevación brusca del elevador del párpado al comer y al hablar, así como a los movimientos de laterización de la mandíbula. Cuando se toca la córnea de un lado, se produce un movimiento reflejo involuntario de la mandíbula hacia el lado opuesto, es decir, lo contrario del

fenómeno de M. Gunn. Este fenómeno se presenta en las lesiones supranucleares del trigémino, y es un signo diagnóstico valioso. Se trata de un movimiento asociado entre el orbicular de párpado y el músculo pterigoideo externo. El autor hace con este motivo una revisión de la patogenia de los movimientos asociados y de varios fenómenos similares, que se hallan descritos en la literatura, y les considera como fenómenos de liberación que han destruido las estructuras que separan a los dos citados músculos, los cuales se hallaban reunidos en su evolución filogenética.

**Terapéutica con rojo tripán de la esclerosis lateral amiotrófica.**—El autor ha demostrado que el rojo vital brillante y el rojo tripán poseen la propiedad de disminuir la permeabilidad de la barrera entre la sangre y el líquido cefalorraquídeo, como se prueba por la inyección posterior de cocaína o de trifenilfosfito. Quizá se deba a la misma acción el efecto protector de los citados colorantes contra la epilepsia. En las enfermedades neurológicas causadas por tóxicos sería en principio útil el empleo de tales sustancias, y el autor ha tratado con rojo tripán 12 enfermos afectados de esclerosis lateral amiotrófica. La norma habitual fué inyectar 20 c. c. diarios, durante cinco días, de una solución al 1 por 100. Los resultados no son muy brillantes, pero indican una cierta acción: en la mayoría de los enfermos disminuyó la fasciculación, y la velocidad de progreso de la enfermedad se lentificó en 6 de ellos y en 2 de ellos la enfermedad pareció detenerse.