

gatorio de Enfermedad de la provincia de Vizcaya. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de diciembre de 1954.)

Rectificando la convocatoria del concurso para nombramientos definitivos de Medicina General de la provincia de Valencia, publicada en el *Boletín Oficial del Estado* número 310, de 6 de noviembre de 1954. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de diciembre de 1954.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Ciudad Real. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de diciembre de 1954.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Zaragoza. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de diciembre de 1954.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Médicos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad de la provincia de Córoba. (*Boletín Oficial del Estado* de 10 de diciembre de 1954.)

## JUSTICIA

*Dirección General de Justicia.*

Anunciando a concurso de traslado entre Médicos Forenses de primera, segunda o tercera categoría la provisión de las Forensias vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Avila, Bilbao número 1, Cáceres, Canjáyar, Cervera del Río Alhama, Manzanares, Molina de Aragón, Montalbán, Mota del Marqués, Piedrabuena, Salamanca número 1, Sequeros y Sos del Rey Católico.

# B I B L I O G R A F I A

## A) CRITICA DE LIBROS

**DIE OBJETIVE STEROSKOPIE AN RONTGENBILDERN.** Dr. A. HASSELWANDER.—Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 187 páginas con 125 figuras, 27 DM.

No existe seguramente ningún libro equivalente sobre röntgenestereoscopia como esta monografía, magníficamente editada, con figuras muy demostrativas, fotografías de moldes y cortes de cadáver. El trabajo es principalmente el de un anatómico, suscitándose posteriormente sus aplicaciones a la clínica.

Inician el libro capítulos generales sobre la representación espacial y las condiciones técnicas de obtención de las imágenes y en la segunda parte se hace un estudio anatómico y ulteriormente de las aplicaciones a la ortopedia, obstetricia, odontología, medicina interna y cirugía.

**THE PLURIPOTENCY OF THE HYPOPHYSAL HORMONES.** Dr. J. SAMUELS.—Editorial N. V. Cyclosoop. Amsterdam, 1953.—Un volumen de 296 páginas.

Basándose sobre algunos datos firmes de la literatura sobre la importancia de la hipófisis en la creación del clima adecuado para el desarrollo de las neoplasias, el autor propuso hace ya muchos años el tratamiento de los tumores con la que llama la terapéutica causal,

en la que lo más importante es la irradiación alternativa de la hipófisis y el tiroides. Las afirmaciones que preceden a esta conclusión terapéutica, parcialmente fundadas, son en gran parte asunciones teóricas no aceptables. Resultados como los que se comunican (por ejemplo, curaciones que persisten desde hace catorce años de un glioma cerebral grande, influencias sobre procesos malignos en que la terapéutica se dirige a irradiar la hipófisis y las gonadas, evitación por la radioterapia de las recidivas, etc.) son afirmaciones que producen sorpresa y condicionan una reacción escéptica.

## LIBROS RECIBIDOS

"L'Hypertension portale le dumping Syndrome". L'Yone Republicaine.—Auxerre, 1954.—Un volumen de 102 páginas, 300 francos franceses.

"ACTH y cortisona en Hematología". Dr. E. Romero. J. Publicaciones. Valladolid, 1954.—Un volumen de 72 páginas con 10 figuras.

"Das transversale Schichtverfahren". Dr. A. Gebauer. Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 313 páginas con 469 figuras, 97,50 DM.

## B) REFERATAS

### The Journal of the American Association.

153 - 2 - 12 de septiembre de 1953.

- Principios y práctica del pronóstico con referencia particular a las cardiopatías. P. D. White.
- Papel del médico en la prevención de la deformidad músculo-esquelética después de la poliomielitis. R. L. Bennett.
- Camas privadas en la enseñanza médica. S. H. Armstrong Jr.
- Enteritis estafilocócica fatal consecutiva a la terapéutica con penicilina y estreptomicina. C. W. Fairlie y R. E. Kendall.
- Tratamiento de la actinomicosis con isoniazida. L. V. McVay Jr. y D. H. Sprunt.

Estudios ergométricos controlados del efecto de la heparina sobre la claudicación intermitente. E. P. Simon e I. S. Wright.

Ruptura de un aneurisma torácico en el estómago. W. Renner y J. Sindelar.

Anemia hemolítica congénita en hermanos negros. R. Irby.

Enteritis estafilocócica fatal consecutiva a la terapéutica con penicilina y estreptomicina.—Los autores presentan tres casos autopsiados de enteritis estafilocócica fatal presentada después del empleo profiláctico de penicilina y dihidroestreptomicina, junto con otros dos casos en los que la rápida supresión de los antibió-

ticos se siguió de la curación de lo que parecía ser un proceso idéntico. A su juicio, es demasiado simple el concepto de que esta complicación se debe a la supresión de la flora intestinal normal permitiendo el sobrecrecimiento de los estafilococos intestinales, siendo más bien la consecuencia de una estimulación directa de los estafilococos por los antibióticos. Añaden que la aparición de fiebre o diarrea en un enfermo que recibe antibióticos debe sugerir inmediatamente dicha complicación. Las medidas terapéuticas primarias serán la suspensión rápida de los antibióticos y la atención al balance de líquidos y electrolitos.

**Isoniazida en la actinomicosis.**—Los estudios "in vitro" demostraron a los autores un efecto inhibitorio de la isoniazida contra tres razas de *Actinomyces bovis*. Han obtenido resultados clínicos alentadores en tres casos de actinomicosis cérvicofacial y no han observado efectos tóxicos significativos. Terminan diciendo que una valoración definitiva de la eficacia de la isoniazida en el tratamiento de la actinomicosis localizada y diseminada requerirá la observación prolongada de gran número de casos.

153 - 3 - 19 de septiembre de 1953.

Experiencias médicolegales bajo el sistema del coroner de Ohio. K. E. Landé y G. Boone.

Significación diagnóstica de las cifras de glucemia. C. J. McLoughlin, L. M. Petrie y T. E. Hodgins.

Influencia del embarazo, lactación, crecimiento y edad sobre los procesos nutritivos. T. D. Spies.

- \* Patogenia del pericardio constrictivo. E. Moschcowitz. Práctica privada en la pequeña industria. F. E. Rieke. Separación quirúrgica en craneópagos. H. J. Grossman. O. Sugar, P. W. Greenley y M. S. Sadove.
- \* Elección de un vasodilatador coronario en la práctica clínica. H. I. Russek, K. F. Urbach, A. A. Doerner y B. L. Zohman.
- \* Embolia coronaria. J. T. O. Cheng, W. J. Cahill y E. F. Foley.
- \* Ruptura de la válvula aórtica. W. B. Bean y M. C. Schmidt.
- \* Lupus eritematoso diseminado con afectación de la médula espinal. P. G. Piper.

**Patogenia del pericardio constrictivo.**—Describe el autor la patogenia de siete casos de pericardio constrictivo que fueron autopsiados. En cuatro de ellos existían los clásicos signos y síntomas clínicos; la mayoría de los fenómenos clínicos podían atribuirse a la hipertensión mantenida, tanto de la circulación pulmonar como del sistema venoso periférico, incluida la circulación portal. Como resultado de esta hipertensión había arteriosclerosis de la arteria pulmonar, esclerosis de las venas cava y hepáticas y esclerosis de los capilares tributarios de los pulmones, hígado y bazo, con el desarrollo de esclerosis de los capilares pulmonares, fibrosis cardíaca del hígado y fase precoz de esplenomegalia congestiva. En los otros tres enfermos, aun faltando algunos de los signos y síntomas, tenían varios de los caracteres anatómicos, especialmente un pericardio engrosado y totalmente adherente; en un caso, el pericardio mostraba una considerable calcificación y en otro una hialinización completa; además había extensas adherencias a la pleura contigua, arteriosclerosis de la arteria pulmonar, perihepatitis y periesplenitis y fleboesclerosis de las hepáticas y de la cava; esclerosis de los capilares pulmonares en dos casos, fibrosis cardíaca en uno y fase precoz de esplenomegalia congestiva en dos. Etiológicamente, la pericarditis constrictiva es uno de los resultados tardíos de la poliserositis, sea tuberculosa o reumática o asociada con una endocarditis indeterminada, posiblemente del tipo descrito por LIBMAN y SACKS.

**Elección de un vasodilatador coronario.**—La evaluación de un vasodilatador en el tratamiento de la enfermedad coronaria presenta un problema difícil por la falta de métodos objetivos de estudio, el no poder aplicar al hombre las observaciones en animales, el elemento subconsciente y la inexactitud de las determinaciones clínicas de reserva coronaria y anoxia miocárdica

que se basan en el síntoma dolor. Los autores han intentado evitar algunos de estos defectos mediante el registro y comparación de la capacidad de los agentes específicos para modificar la respuesta electrocardiográfica al ejercicio standard (prueba de los dos escalones de Master) en casos cuidadosamente seleccionados. Los hallazgos obtenidos justifican las siguientes conclusiones: 1) El trinitrato de glicerina (nitroglicerina) en dosis terapéuticas ejerce un notable efecto favorable. 2) La papaverina a la dosis de 6,5-12 centigramos intravenosos o tres o cuarto veces superior por vía oral, es eficaz en algunos enfermos; sin embargo, este efecto no se aprecia con dosis terapéuticas. 3) De todos los agentes ensayados, el pentaeritritol (peritraite) tetranitrato es la droga más eficaz con que se cuenta actualmente para la terapéutica profiláctica prolongada de la angina pectoris; una dosis de 10-20 mg. proporciona una protección de 4-5 horas. 4) La aminofilina, roniadol, priscolina, cloruro de tetraetilamonio, nitrato de octilo, fosfato de dioxilina (paverl), khellin, heparina y dicumarol no ejercieron efectos valorables por dicho método. 5) El alcohol etílico, en cantidad de una a dos onzas, tampoco influenció la respuesta electrocardiográfica al ejercicio, aunque evitó o redujo la intensidad del dolor anginoso; debe, pues, señalarse al alcohol como sedante, pero no como vasodilatador coronario; la morfina es idéntica en sus efectos al alcohol. 6) De las drogas ensayadas, sólo la nitroglicerina, la papaverina y el tetranitrato de pentaeritritol son dignos del empleo clínico continuado como vasodilatadores en el tratamiento de la angina pectoris.

**Embolia coronaria.**—La embolia coronaria es una eventualidad francamente rara. Los autores describen el cuarto caso diagnosticado en vida: se trataba de un enfermo de veintiún años con una cardiopatía reumática con estenosis mitral. El origen del émbolo fué un trombo auricular izquierdo y la oclusión se realizó en la rama circunflexa de la arteria coronaria izquierda.

**Ruptura de la válvula aórtica.**—Describen los autores un caso de ruptura de la válvula aórtica por endocarditis bacteriana, diagnosticada antes de la muerte. Desde el punto de vista diagnóstico de este fenómeno, dan valor al descenso o desaparición de modo brusco de la presión diastólica, junto con dolor súbito, aparición o aumento de insuficiencia cardíaca congestiva y la presentación o modificación de un soplo diastólico aórtico.

**Lupus eritematoso diseminado con afectación de la médula espinal.**—El autor refiere un caso de lupus eritematoso diseminado con una complicación rara. La enferma presentó un cuadro de parálisis de las extremidades inferiores, comprobándose en la sección la presencia de alteraciones vasculares con trombosis de los vasos meningeos que condujeron a la necrosis isquémica de la médula lumbar.

153 - 4 - 26 de septiembre de 1953.

Servicios psiquiátricos en hospitales generales. L. A. Osborn.

- \* Empleo de antibióticos en las infecciones respiratorias no bacterianas. P. N. Jones, R. S. Bigham Jr. y P. R. Manning.
- La familia médica y el departamento de Salud Pública. V. A. Getting.
- \* Nuevas drogas colinérgicas para la retención urinaria postoperatoria. M. Weinstein y M. Roberts.
- \* Empleo de la prueba de la rana para el embarazo. J. E. Hodgson.

**Antibióticos en las infecciones respiratorias no bacterianas.**—Los autores han realizado el tratamiento con aspirina, terramicina o eritromicina en 150 enfermos con un síndrome gripeal no bacteriano; las dosis fueron, respectivamente, 600, 500 ó 200 mg. cada seis horas. Se extrajeron muestras de sueros pareados en 16 enfermos elegidos al azar para el estudio serológico; 11 de ellos, tenían una influenza de tipo A; aunque no se hizo la identificación serológica del grupo total, el

cuadro clínico y el curso fueron similares en todos los casos estudiados. De los 150 enfermos, 54 fueron tratados con aspirina, 76 con terramicina y 20 con eritroficina. El intervalo entre el ingreso y la normalización de la temperatura dió un promedio de treinta y siete horas para el grupo total; desglosando treinta horas para los tratados con aspirina, cuarenta y una en los de terramicina y cuarenta y dos en los de eritromicina, se ve claramente que los antibióticos no influían el curso de la enfermedad. No se observaron infecciones bacterianas secundarias en ninguno de los grupos.

**Nuevas drogas colinérgicas para la retención urinaria postoperatoria.**—Los autores han valorado clínicamente el bromuro de benzpyrinium (stigmonene) y el compuesto colinérgico en experimentación W-341 en un total de 160 enfermos con retención urinaria postoperatoria establecida. Sin enfermedad del tracto urinario, la dosis de 2 mg. de la primera y la de 1 mg. de la segunda acortan considerablemente la duración de la atonía vesical, reduciendo marcadamente así la necesidad de cateterización y/o del número de cateterizaciones. No han visto episodios de toxicidad por la administración de cualquiera de las dos drogas a las dosis antes citadas. Ambos compuestos son eficaces, pero de acción suave y seguros, tanto para los enfermos jóvenes como para los viejos.

**Prueba de la rana para el embarazo.**—Señala el autor que la prueba de la rana para el embarazo, tanto con suero como con orina, debe recomendarse como procedimiento de rutina; el empleo de suero es mucho más sencillo y aparentemente igual o más exacto. Las variaciones estacionales en la reactividad de la rana no constituyen un hándicap. Sobre la base de los resultados de 450 pruebas, el autor cree que la exactitud de la reacción en embarazos normales es, por lo menos, del 98 por 100, y que en los casos de embarazos patológicos el resultado de la prueba es útil para determinar el pronóstico e instituir el tratamiento.

### The New England Journal of Medicine.

248-7 - 12 de febrero de 1953.

- \* Pleurodinia epidémica en Texas. R. J. Huebner y cols.  
Aspectos radiológicos y clínicos del hiperfalangismo y braquidactilia. M. I. Choul y M. Ritvo.
- \* Dolor cardíaco prolongado después de la administración intraarterial de priscolina. E. L. Sagall y H. J. Lewenstein.
- \* Síndrome de Adams-Stokes por fibrilación ventricular y taquicardia. S. T. Berte y A. T. Smith.  
Aspectos farmacológicos de los esteroides adrenocorticales y del ACTH. G. W. Thorn y cols.
- Aplicación clínica de un método simple para la determinación cualitativa de acetona en el suero de diabéticos. O. C. Page.

**Pleurodinia epidémica en Texas.**—La pleurodinia epidémica o enfermedad de Bornholm o mialgia epidémica fué descrita por DAAE y HOMANN en 1872 en Noruega. Su frecuencia ha aumentado desde que apareció la monografía de SYLVEST en 1933. Los autores han estudiado una epidemia en Texas en la que han podido encontrar en las heces de 22 enfermos un virus que han identificado ser semejante al virus B3 de Coxsackie junto con la demostración de una respuesta antigenica semejante. Otros autores han podido hacer en otras epidemias de pleurodinia un hallazgo semejante.

**Dolor cardíaco prolongado después de la administración intraarterial de priscoline.**—Se relata el caso de un enfermo que presentó un intenso dolor precordial con manifestaciones semejantes a las del infarto de miocardio después de haberles inyectado en la arteria femoral una ampolla de Priscoline.

Por esta razón, los autores señalan que el empleo de esta droga por vía intraarterial debe de evitarse en los enfermos en los que existan manifestaciones de arteriosclerosis.

**Síndrome de Adams Stokes por fibrilación y taquicardia ventricular.**—El empleo del electrocardiograma en el momento del ataque de pérdida de conocimiento ha podido demostrar que muchas veces la causa reside en una fibrilación ventricular transitoria que antes se creía siempre mortal.

Este hecho tiene una gran importancia, ya que el tratamiento es diferente que si se trata de un Adams Stokes por bloqueo, por lo cual los autores consideran de gran interés la toma de un electro en el momento de ataque para poder establecer convenientemente el mecanismo.

248 - 8 - 19 de febrero de 1953.

- \* Defecto del septo interauricular con trombosis de la arteria pulmonar. W. J. Canada y cols.
- \* Ginecomastia durante la terapéutica por digital. E. B. Lewinn.
- \* Enteritis regional aguda en los niños. R. C. Storrs y R. A. Hoekelman.  
Aspectos farmacológicos de los esteroides adrenocorticales y del ACTH en el hombre. G. W. Thorn y cols.  
Presentación del feto a través del recto. F. C. Jackson.

**Defecto del septo interauricular con trombosis de la arteria pulmonar.**—La combinación de un defecto del septo con trombosis intensa de la arteria pulmonar no es frecuente. Los autores comunican tres casos en los que ambas alteraciones estaban presentes y se preguntan si la persistencia de la comunicación interauricular debe ser una condición que favorezca la aparición de la trombosis de la pulmonar. Parece que en los casos en los que esta asociación se presentan el pronóstico no es tan infiusto como cuando se trata de la presencia de una trombosis masiva de la arteria pulmonar. Es posible que el shunt establecido por el defecto interauricular permita una cierta irrigación del pulmonar por las arterias bronquiales.

**Ginecomastia durante la terapéutica por digital.**—El autor ha comunicado previamente seis enfermos varones en los que se desarrolló una ginecomastia marcada por el empleo de la digital y en este trabajo comunica ocho casos más. En casi todos los casos se presenta dolor en la región mamaria y abultamiento de la misma más o menos considerable. En todos los enfermos la indicación de la digital fué hecha por la presencia de manifestaciones de asistolia. En siete de los enfermos, las pruebas de función hepática manifestaron un ligero déficit tan sólo en cuatro, por lo cual no cabe invocar este factor como causa de la ginecomastia. Posiblemente, la ginecomastia está en relación con la estructura química de la digital, tan semejante a las hormonas esteroides.

**Enteritis regional aguda en los niños.**—Así como de esta enfermedad existen muchos casos en los adultos, en los niños se conocen muy pocos casos. Las descripciones de CROHN comprenden un caso de quince años como el caso más joven. En la revisión de la literatura hecha por los autores se presentaron 25 casos en niños en la forma aguda y tres de la forma crónica. Aparte de esto, los autores han estudiado ocho casos de niños con la forma aguda y todos ellos presentaron el cuadro de una apendicitis aguda y en todos se hizo una laparotomía que permitió establecer con seguridad el diagnóstico. El caso más joven tenía dos años y el mayor once años.

248 - 9 - 26 de febrero de 1953.

- Importancia del factor emocional en enfermos con quemaduras. D. A. Hamburg y cols.
- \* Paramiloidosis con diabetes mellitus y hemorragia gastrointestinal. D. S. Pocock y cols.
- \* Edema del pulmón en la intoxicación por el opio. Ph. Troen.  
Aspectos farmacológicos de los esteroides adrenocorticales y del ACTH en el hombre. G. W. Thorn y cols.
- \* Tratamiento de las infecciones del tracto urinario con el nuevo antibiótico magnamicina. H. M. Trafton y cols.

**Paramiloidosis con diabetes mellitus y hemorragia gastrointestinal.**—La paramiloidosis o amiloidosis pri-

maria es una rara afección de la cual sólo se han señalado unos 70 casos en la literatura. Los depósitos de paramiloide se hacen por todo el organismo y las manifestaciones clínicas son proteiformes. El caso que refiere el autor es una muestra de ello, ya que existía afectación del tracto intestinal con hemorragia, y tiempo del páncreas con manifestaciones diabéticas. La mayoría de las veces la paramiloidosis, en contra de la amiloidosis secundaria, afecta al tejido conjuntivo, aunque en el caso señalado por el autor también había afectación parenquimatosa en los riñones, hígado, bazo y páncreas.

**Edema agudo del pulmón en la intoxicación por el opio.**—El edema agudo del pulmón debe de pensarse que está producido por la intoxicación aguda por el opio cuando se encuentre al enfermo en coma, con respiración intensa y pupilas puntiformes y pueda además demostrarse la existencia del pinchazo de una inyección. El edema de pulmón en tales casos es intersticial. El mecanismo de su presentación no está bien aclarado, pero parece paradójico que puede presentarse cuando el opio se emplea para combatir el edema de pulmón de origen asistólico. Cuando se debe el edema a la intoxicación opiácea, el mejor método de tratamiento consiste en administrar de oxígeno hasta la total recuperación del enfermo.

**Tratamiento de las infecciones del tracto urinario por el nuevo antibiótico magnamicina.**—La magnamicina se muestra muy eficaz contra las infecciones producidas por gérmenes del grupo Gram positivos. La toxicidad del nuevo antibiótico es muy pequeña y no ofrece resistencia cruzada con otros antibióticos.

En este trabajo se comunican los resultados conseguidos en 15 enfermos con infecciones del aparato urinario y que fueron tratados con magnamicina cuando ya habían fracasado otros antibióticos. La mayoría de los enfermos recibieron 2 gr. diarios de magnamicina por vía oral, demostrándose que a los pocos días los cultivos de orina eran estériles, no obstante lo cual se continuó en la administración de la droga durante siete días más. No se presentaron manifestaciones tóxicas de importancia, en uno de los enfermos hubo dolor abdominal ligero y diarrea en otros dos. De los 15 casos, en 13 se obtuvo la esterilidad definitiva y sólo en dos los cultivos volvieron a ser positivos a poco de dejar de administrar la droga. Entre los 13 enfermos que curaron siete lo eran por *S. faecalis*, uno por *S. zymogenes*, uno por *S. pyogenes*, otro por la variedad albus de éste y otro por *D. pneumoniae*.

### Brain.

76 - 2 - 1953.

- \* Estudio de las causas por las que algunos meningiomas supratentoriales no muestran vasos tumorales en la angiografía. G. Monckton.
- \* La presentación clínica del angioma cerebral. Revisión de cincuenta casos. I. Mackenzie.
- \* Megalencefalia asociada con pan-neuropatía hialina. L. Crome.
- Métodos eléctricos en el diagnóstico y pronóstico de las lesiones nerviosas periféricas y de la poliomielitis. C. B. W. Parry.
- \* Parálisis ipsilateral del tercer par como signo de presentación en el hematoma agudo subdural. E. S. Clark y W. Goody.
- \* La presión del líquido cefalorraquídeo como factor etiológico en el desarrollo de lesiones que afectan el sistema nervioso central. J. F. A. O'Connell.
- \* Metabolismo de la creatina y del ácido guanidinacético en las enfermedades musculares. J. N. Cumings.
- Estudio experimental de las conexiones olfatorias centrales en un marsupial (*Trichosurus Vulpecula*). W. R. Adey.

**Angiografía en los meningiomas.**—Es un hecho bien conocido que con gran frecuencia es imposible por medio de una angiografía poner de manifiesto el sistema vascular de los meningiomas. El autor ha estudiado desde cuatro puntos de vista, clínico, radiológico, anatopatológico y fisiológico, 65 casos de meningioma

supratentorial, intentando encontrar una explicación para el hecho citado. Clínicamente, no encuentran ninguna relación entre la edad o sexo de los enfermos, la duración de la historia ni el estado del sistema cardiovascular y la visibilidad o no de los vasos del meningioma en la radiografía con contraste. La mejor manera de llenar los meningiomas que surgen en el territorio de la cerebral anterior es la inyección del contraste en la carótida interna; cuando el tumor está en el territorio de la cerebral media se debe inyectar simultáneamente el contraste en ambas carótidas interna y externa, aunque de todas formas los resultados de la angiografía en estos casos son dudosos. La arteria cerebral posterior y su territorio son los más difíciles de llenar en la angiografía. Hicieron también planigrafías, que en 11 casos fueron normales y sólo en 30 dieron datos de confianza para el diagnóstico de meningioma. En los huesos lo más frecuente fué encontrar hiperostosis y esclerosis, la osteoporosis es menos frecuente. En bastantes casos se ve decalcificación parcial de la silla turca, que incluso en raras ocasiones puede ser la única anomalía de la tomografía. Esta demuestra también alteraciones vasculares, que se ponen de manifiesto por un ensanchamiento del orificio espino, por un lecho en sacacorchos de la arteria meníngea media y por vascularización del cráneo en forma reticular o en forma de amplios canales vasculares de disposición terminal. En seis casos se vió calcificación del tumor, que puede ser en forma flocular, lineal o anular. La anatomía patológica no demostró ninguna relación entre el tamaño del tumor y su visibilidad en la angiografía. Estudiando el patrón vascular de estos tumores, según PICKWORTH y DOHEERTY y cols. se vió que los tipos angiorquitectónicos IV y V, más intensamente vascularizados, eran los que con más frecuencia daban imágenes visibles.

**Clinica del angioma cerebral.**—El autor ha observado 50 casos de angioma cerebral en el curso de cinco años. Todos eran intracraneales y supratentoriales, excepto uno que era al parecer puramente orbitario, aunque su aporte sanguíneo dependía al menos en parte de la carótida interna. El angioma cerebral representa el 1 por 100 de los ingresos por causa neurológica, afectando por igual hombres y mujeres. La frecuencia es aproximadamente la misma en todas las décadas desde la segunda hasta la sexta. El síntoma de comienzo fué epilepsia en 16 casos, hemorragia en 15, cefalea en 12, hemiparesia en 6 y exoftalmos pulsátil en 1. Naturalmente, que en un centro quirúrgico esta frecuencia relativa sería distinta, pues habría un aumento de las formas de comienzo por hemorragia. El diagnóstico no se suele hacer por este síntoma inicial, sino por el conjunto de otros síntomas adicionales que se van presentando después. Así, es frecuente que los que empiezan por epilepsia tengan después hemorragia o que los que comienzan con ésta sufran después cefalea o epilepsia. Es rara la presencia de un soplo en el cráneo cuando el síntoma inicial fué la hemorragia, siendo por el contrario casi constante en todos los demás casos. La situación del angioma guarda relación con el cuadro de comienzo: es paracentral en los que comienzan por epilepsia y está profundamente situado en los hemisferios cuando el comienzo es la hemorragia; en los que comienzan por ésta, pero seguidamente desarrollan epilepsia, está situado más externamente que en las formas puramente epilépticas, y en los que presentan jaqueca atípica la naturaleza del aura es de valor seguro para la localización del tumor.

**Megalencefalia asociada con pan-neuropatía hialina.** El primer caso de esta enfermedad fué comunicado por ALEXANDER en 1949. El autor comunica ahora un nuevo caso, en todo superponible al caso princeps. Se trataba de un niño que comenzó a tener crisis convulsivas a los cuatro meses de edad. La circunferencia de su cabeza fué aumentando progresivamente hasta llegar a medir 53,7 cm. a los dos años y dos meses, en que murió. No había, sin embargo, un aumento conco-

mitante de la presión intracranal. Mentalmente era un idiota inaccesible y fué desarrollando rigidez general y opistótonos. En la autopsia se encontró megalencefalía con una dilatación moderada solamente de los ventrículos laterales y estado esponjoso de la sustancia blanca, que estaba completamente destruida en algunas zonas; en la corteza correspondiente a éstas había una intensa pérdida de las neuronas y proliferación glial. Lo mismo se veía en los ganglios basales. Esparcidos por todo el sistema nervioso central y por la primera porción de los nervios craneales y espinales, había numerosos cuerpos hialinos, más abundantes en la zona subpial de la corteza, el tronco cerebral y la médula, alrededor de los vasos y en la zona de las fibras subaracnoides del centro semiovado. Por sus cualidades tintoriales se parecían a la fibrina y al material fibrinóide, pero no se teñían por el método del ácido periódico de Schiff y sólo parcialmente por la plata. ALEXANDER interpretó los cuerpos hialinos como debidos a una degeneración fibrinóide de los procesos fibrilares de los astrocitos. Por el contrario, el autor del presente trabajo cree que se producen por una interacción entre los elementos formes tisulares del cerebro o de los nervios y la sustancia fundamental o sustancias derivadas del líquido cefalorraquídeo o del plasma. Es todavía dudoso si se trata de un proceso congénito o adquirido; en el caso de ALEXANDER fué calificado de adquirido. Pueden ser de alguna importancia la hiperemesis de la madre durante el embarazo en el presente caso y las hemorragias repetidas por placenta previa en el de ALEXANDER.

**Parálisis del tercer par en el hematoma subdural agudo.**—El hematoma subdural es una lesión benigna, excepto en el anciano, si se la reconoce y trata a tiempo. Por ello, es de interés conocer todas sus formas de comienzo, especialmente en los casos en que el antecedente del trauma no es evidente. En efecto, aunque el traumatismo es su causa más frecuente, éste puede ser muy ligero o aun faltar en absoluto. Segundo FRAZIER, son agudos los casos en que los síntomas aparecen en las dos primeras semanas después del accidente. GROFF y GRANT prefieren darle el nombre de hemorragia subdural. Los autores comunican dos casos de su observación en que el síntoma inicial fué una parálisis del tercer par ipsilateral a la lesión. Tal parálisis se puede producir en el hematoma agudo subdural por tres órdenes de razones: 1) Aumento de presión intracranal, que a su vez actúa en forma múltiple; presión del uncus herniado en el espacio entre la tienda del cerebelo, lesiones centrales del tallo cerebral debidas a alteración vascular, compresión del tercer par sobre el esfenoides y presión sobre el nervio a su paso entre las arterias cerebelosa superior y cerebral posterior. 2) Presión, por desplazamiento del cerebro, sobre los pedúnculos, produciendo el llamado síndrome de Kernohan; y 3) Oclusión de la arteria cerebral posterior o de sus ramas por presión sobre ellas del borde libre cortante de la tienda del cerebelo, puede llegar hasta el infarto en la cisura calcarina. Los casos de hematoma agudo subdural se pueden dividir en tres grupos. En el primero, están aquellos con hemorragia masiva que rápidamente resultan mortales. En el segundo, los del extremo opuesto, en los que la cantidad de sangre derramada es muy pequeña, incapaz de producir compresión o desplazamiento del encéfalo. Finalmente, en el tercero, caben los casos en que la extravasación es lo suficientemente grande para que se produzca una compresión del hemisferio, pero no para que se produzca la muerte inmediata. Para llegar al diagnóstico en los casos en que la sintomatología dominante está integrada por la parálisis del tercer par, es necesario ante todo conocer esta posibilidad. La angiografía es útil no sólo para demostrar el hematoma, sino también para poner de manifiesto un aneurisma que puede haber sido su causa.

**Papel patogénico del líquido cefalorraquídeo en algunos procesos neurológicos.**—Se acepta generalmente el hecho de que fuerzas fisiológicas pueden ser esenciales para la producción de algunas lesiones patológicas.

Por ejemplo, la presión arterial normal en la producción de un aneurisma arterial, o la presión intrapleural subaracnoidal en el desarrollo de un neumotórax. El autor revisa las modificaciones que los cambios de postura y las variaciones en las presiones arterial y venosa producen en la presión del líquido cefalorraquídeo. Estas variaciones, dependientes de factores vasculares e hidrostáticos, tienen un indudable papel neuropatológico en el hombre. Por ejemplo, el hecho de que la presión del líquor intracranal sea subaracnoidal puede ser un factor que favorezca la producción del hematoma crónico subdural. La presión hidrostática en la parte inferior de la teca dural modular puede producir dilataciones quísticas del espacio subaracnoidal. Pueden ser completamente intradurales, estando compuesto el quiste solamente de aracnoides, o puede tener añadida una envoltura dural, siendo entonces un meningomele intraespinal lo que se produce. Son estrechas las relaciones que existen entre la presión venosa y la del líquido cefalorraquídeo, hasta tal punto que un aumento de la primera puede bastar para originar un síndrome de hipertensión intracranal en ausencia de toda enfermedad encefálica e incluso trastornos neurológicos focales.

**Metabolismo de la creatina y del ácido guanidinacético en las enfermedades musculares.**—El metabolismo de la creatina se altera en tres órdenes de enfermedades: alteraciones hipofisarias (Schrire, Cumings), tirotoxicosis (Schrire, Griffiths) y varias enfermedades musculares. En el presente artículo el autor presenta los resultados del estudio del metabolismo de la creatina y del ácido guanidinacético en 67 enfermos, distribuidos en la siguiente forma: 7, de miotonía; 10, de miastenia gravis; 28, de miopatía; 6, de distrofia muscular seudohipertrófica; 8, de neuronopatía; 3, de atrofia muscular peroneal; 3, de dermatomiositis, y 2, de polineuritis con porfiruria. Las pruebas realizadas consistieron en determinaciones de creatina y creatinina en sangre y orina, de ácido guanidinacético en orina y de la tolerancia a la creatina (eliminación urinaria después de una sobrecarga). En la miotonía congénita, en algunos casos de miastenia gravis y en la oftalmoplejia miopática, los resultados fueron normales. En la miotonía atrófica, en la miastenia gravis bajo los efectos de la prostigmina, en la distrofia muscular, en la neuronopatía, en la dermatomiositis y en la porfiruria hay creatinuria. En la porfiruria hay además una excreción muy disminuida de ácido guanidinacético. La tolerancia a la creatina disminuye marcadamente (eliminación urinaria del 40 por 100 o más de la creatina inyectada) en la miotonía atrófica y en la distrofia muscular generalizada. Estas determinaciones pueden ser de utilidad en la práctica en los casos en que la clínica no da datos satisfactorios. Haciendo una marcada disminución de la tolerancia a la creatina, la alternativa está entre miotonía atrófica y miopatía, siendo ésta más verosímil. Si hay franca atrofia muscular sin disminución de tolerancia a la creatina, el diagnóstico de neuronopatía tiene más posibilidades de certeza que el de miopatía y esta opinión se refuerza cuando al mismo tiempo hay un anormal metabolismo del ácido pirúvico.

#### British Heart Journal.

15 - 3 - 1953.

- Frecuencia familiar de las malformaciones congénitas del corazón. T. McKeown, B. MacMahon y C. G. Parsons.
- \* Balistocardiogramas después de fumar cigarrillos en estado de salud y en enfermedades coronarias. C. B. Henderson.
- Atresia congénita tricúspide. R. Astley, J. S. Oldham y C. Parsons.
- \* Presiones en los capilares venosos pulmonares y en la aurículo izquierda en la estenosis mitral. R. G. Epps y R. Adler.
- \* Vena cava superior izquierda persistente drenando las venas pulmonares. F. Gardener y S. Oram.
- \* Angiocardiograma en la Tetralogía de Fallot. J. B. Lowe. Muerte después de la cateterización cardiaca. J. F. Goodwin.

- Necropsias en algunas enfermedades congénitas del corazón, principalmente en la Tetralogía de Fallot, W. D. Brinton y M. Campbell.
- Resinas de recambio de iones (Resodec) en el tratamiento del edema cardiaco, A. A. Fitzgerald y T. Semple.
  - Disociación A-V en la distrofia miotónica, J. A. Litchfeld.
  - Anomalía de Ebstein diagnosticada en vida, C. B. Henderson, F. Jackson y W. G. A. Swan.

**Balistocardiogramas después de fumar en estado de salud y en enfermedades coronarias.**—Se hace un estudio sobre el efecto de fumar un cigarrillo en personas normales y en pacientes con signos de enfermedad coronaria, usando un balistocardiograma de alta frecuencia. En 50 jóvenes sanos, aunque se produjo un considerable aumento del promedio de pulsaciones después de fumar, la forma del balistocardiograma permaneció normal en todos los casos. En 30 personas de edad avanzada consideradas como normales, una anomalía temporal del balistocardiograma siguió al hecho de fumar en cuatro casos. En 40 enfermos coronarios con evidencia clínica de enfermedad cardíaca coronaria, el balistocardiograma se alteró en su forma después de fumar en 15 casos (38 por 100). En cuatro pacientes sin evidencia clínica de afectación coronaria, pero que padecían procesos en los que frecuentemente las coronarias se alteran, el fumar produjo alteraciones evidentes del balistocardiograma. La sensibilidad cardíaca a la nicotina es puesta de manifiesto por el balistocardiograma y se encuentra en los cardíacos con más frecuencia de lo que se cree habitualmente.

**Presiones venosas en los capilares pulmonares y en la aurícula izquierda en la estenosis mitral.**—Se presenta un método para recoger inmediatamente las presiones consecutivas en una arteria pulmonar periférica bloqueada y en la aurícula izquierda en pacientes conscientes con enfermedad mitral. Durante la cateterización cardíaca se hizo broncoscopia y se introdujo una aguja en la aurícula izquierda a través del bronco principal izquierdo. La mayor dificultad se registró en la toma de simultánea o consecutiva de las presiones en ambos sitios por la labilidad durante la broncoscopia. Se seleccionaron siete enfermos mitrales para establecer ejemplos de ritmo sinusal, fibrilación auricular, presiones intraauriculares bajas y altas y resistencias arteriales pulmonares bajas y altas. La estenosis mitral estaba presente en cinco casos, asociación de estenosis e insuficiencia en uno y en el último existía una insuficiencia mitral pura. En todos los casos, las presiones medias en la aurícula izquierda y en la arteria pulmonar periférica bloqueada se encontraron iguales, lo que confirma el punto de vista de que la presión de una arteria pulmonar periférica medida por cateterismo cardíaco permite apreciar de una manera bastante segura la presión en la aurícula izquierda en la enfermedad mitral. Esto confirma también que los trazados de la presión en la referida arteria pulmonar tienen forma venosa y que las ondas registradas derivan de la aurícula izquierda.

**Vena cava superior izquierda persistente drenando las venas pulmonares.**—Se revisa el desarrollo embrionario de las venas cava superior y de las venas pulmonares y se hace la clasificación de los tipos de persistencia de la vena cava superior. Se refieren cuatro casos de persistencia de vena cava superior izquierda que drenaban las venas pulmonares. En uno, el diagnóstico fué confirmado en la operación, y en otro, en la autopsia. Se describe el cuadro clínico, en el que destaca un considerable shunt de izquierda a derecha, gran aumento del ventrículo derecho, cianosis discreta o falta completa de ella, y radioscópicamente toda la sombra mediastínica, envolviendo el cayado aórtico y el arco pulmonar. El diagnóstico se confirma por cateterización cardíaca al encontrar sangre arterial en la vena innomada izquierda. Se discute el diagnóstico diferencial. El proceso no es raro y no conduce forzosamente a la muerte en la infancia o en la adolescencia y puede ser diagnosticado en vida. La corrección quirúrgica de esta anomalía se intentó en un enfermo,

pero fué irrealizable. Los objetivos de esta intervención quirúrgica se analizan brevemente.

**Angiocardiografía en la tetralogía de Fallot.**—Se revisan los angiocardiogramas intravenosos de 50 enfermos con tetralogía de Fallot. En todos los casos se demostró un shunt de derecha a izquierda. El área de la estenosis pulmonar se visualizó raramente de una manera directa. La reacción del calibre del árbol de la arteria pulmonar daba la evidencia indirecta de estenosis en algunos casos, pero en otros no se pudo encontrar ninguna anomalía de las arterias pulmonares. La estenosis pulmonar no era causa de retraso en la repleción de las arterias pulmonares y excepcionalmente se encontraba opacificación pobre de estos vasos. Se observó una indebida persistencia del contraste en las arterias pulmonares, pero ésto se ha observado también en pacientes con hipertensión pulmonar grave. En 18 casos los aspectos angiográficos estaban relacionados con el nivel o grado de la estenosis, como pudo ser determinado luego mediante la cirugía intracardíaca o en la necropsia. En este grupo, el sitio de la estenosis fué claramente demostrado por angiografía solamente en tres y en siete; las radiografías no suministraron indicaciones del nivel de la obstrucción. En los ocho restantes angiocardiogramas el sitio correcto de la estenosis se dedujo por signos indirectos. Se subrayan también las dificultades en el diagnóstico diferencial angiográfico entre la tetralogía de Fallot y el complejo de Eisenmenger o estenosis pulmonar con un septum interventricular cerrado y shunt interauricular. Una opacificación del ventrículo izquierdo densa y precoz debe ser considerada como una estenosis pulmonar con tabique interventricular intacto e interarterial comunicación y no una tetralogía de Fallot.

**Resinas de recambio de iones (Resodec) en el tratamiento del edema cardíaco.**—Los efectos del resodec (una resina carboxílica amonio-potásica compensada) sobre 10 enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva se estudian clínica y bioquímicamente durante 14 series de tratamiento. La resina produce resultados clínicos similares a los de una restricción dietética de sodio, pero a veces con efectos secundarios indeseables, debidos principalmente a la hipocloremia o al aumento de los niveles potásicos séricos. El control bioquímico es indispensable en los primeros estadios de la enfermedad. Esto es sobre todo importante en pacientes con afectación renal y en aquellos que han sido sometidos previamente a una dieta pobre en sodio o a los efectos de los diuréticos mercuriales, los cuales tienen un nivel anormal de electrolitos en el plasma como resultado del tratamiento previo. Estas anomalías a veces se corrigen con las resinas de recambio, pero otras se agravan considerablemente. Bajo el control bioquímico, las resinas de recambio pueden emplearse en sustitución de las dietas pobres en sodio o como complemento de éstas para reforzar su acción. Cuando se dan asociadas a dieta pobre en sodio, los mejores efectos se obtienen con tratamientos repetidos y cortos. El cloruro amónico no debe administrarse cuando se esté dando las resinas. Las dietas pobres en sodio tienden a producir hipocloremia y la terapéutica con resinas produce hipercloremia. Los pacientes intolerantes a una de estas formas de tratamiento pueden ser adecuados para la otra.

**Disociación aurículo-ventricular en la distrofia miotónica.**—Un caso de distrofia miotónica en la que los ataques de convulsiones en forma de crisis de Stokes-Adams fueron las primeras manifestaciones, es estudiado detalladamente por el autor. Los ataques eran debidos al comienzo de un ritmo anormal ventricular en el curso de una dissociación aurículo-ventricular. La ausencia de otras causas de enfermedad cardíaca aumenta la probabilidad de que el bloqueo cardíaco esté en relación con la distrofia, habiéndose afectado el corazón en este caso con una intensidad no acostumbrada.

**The Lancet.**

6784. - 5 de septiembre de 1953.

- A los graduados recientemente. S. Smith.  
 Ciencia básica. D. C. Sinclair.  
 Una posible reorientación del currículo médico. A. C. Dornhorst.  
 Enseñanza de la medicina social y preventiva. J. Penberton.  
 Modelos en la enseñanza médica. L. H. Hamlyn y P. Thilesen.  
 Sobre la referencia de los casos. R. Whitehead.  
 Desarrollo de un servicio anestésico en ultramar. L. T. Scott.  
 Progreso de los registros en la sala de disección. D. G. Sinclair y H. D. Darcus.  
 La enseñanza por películas. P. N. Cardew, W. H. Hughes y P. Collard.

6785. - 12 de septiembre de 1953.

- Las reticulosis. M. C. G. Isaëls.  
 \* Ataques postprandiales de palpitaciones y astenia después de operaciones gástricas. W. Hamilton Smith, R. Fraser, K. Staynes y J. M. Willcox.  
 \* Bacteriología de la bronquitis crónica. J. R. May. Liquefacción del esputo para examen bacteriológico. G. A. Rawlins.  
 \* Efectos de las emociones sobre la función renal. B. E. Miles y H. E. de Wardener.  
 Ruptura traumática del bazo normal en niños. B. W. T. Pender.  
 Ruptura traumática del bazo. R. K. Wilson.  
 Propagación del virus del resfriado común en cultivo de tejidos. C. H. Andrewes, D. Chaproniere, A. Gompels, H. G. Pereira y A. T. Roden.

**Síndromes postgastrectomía.**—Los autores han estudiado 17 enfermos con los dos tipos de síndromes postgastrectomía persistentes más de nueve meses después de la operación; de ellos, siete mostraban el síndrome precoz de dumping; ocho, el cuadro tardío o hipoglicémico de ataques postprandiales de palpitaciones y astenia, y los dos restantes, ambos cuadros simultáneamente, contrastan tales enfermos con otros nueve libres de síntomas después de la gastrectomía. El vaciamiento gástrico, que es rápido en todos los gastrectomizados, era precipitado en el grupo caracterizado por ataques de dumping; este vaciamiento precipitado estaba indicado por un estómago vacío a los diez minutos de tomar la papilla de bario o por una prueba de tolerancia a la glucosa con un aumento inicial muy rápido, siendo el "índice de absorción" (la suma de las cifras de glucemia a los 15, 30 y 45 minutos) superior a los 600 mg. por 100 c. c. El grupo con ataques hipoglicémicos se caracteriza en la prueba de tolerancia a la insulina intravenosa por la persistencia anormal de hipoglucemia, con un "índice hipoglícemico" (la suma de las cifras de glucemia a los 60, 90 y 120 minutos) inferior a los 180 mg. por 100 c. c.

**Bacteriología de la bronquitis crónica.**—Señala el autor que un sólo cultivo de una muestra de esputos fracasa a menudo en la demostración de todas las especies de bacterias existentes, incluso aunque el cultivo se haga de una parte purulenta. Afirade que los cultivos deben hacerse de cinco partes, por lo menos, diferentes de cada muestra para obtener una determinación segura de las proporciones presentes de cada germe. Indica la necesidad de un método de homogeneización del esputo que no interfiera con la viabilidad bacteriana. Subraya que muestras únicas de esputos pueden no revelar todas las especies bacterianas existentes en el tracto bronquial de un bronquítico crónico, debiéndose examinar por lo menos dos y, preferiblemente, más muestras. Declara que hay una asociación significativa entre el pus en el esputo y la presencia de patógenos potenciales, especialmente los neumococos y el *H. influenzae*; los gérmenes de dudosa patogenicidad, como el *Strep. viridans*, estreptococos no hemolíticos y la *N. catarrhalis*, no están relacionados con el pus en el esputo.

**Emociones y función renal.**—Los autores han estudiado el efecto emocional de la cateterización sobre la eliminación de diversos componentes de la orina en diez

mujeres hipertensas y otras diez normotensas. En el grupo hipertenso se observó una diuresis osmótica, que en algunas ocasiones fué de gran magnitud, atribuible principalmente al aumento en la eliminación de sodio y cloruros y que en dos casos se asoció con diuresis osmótica; una de éstas tenía al tiempo una diuresis acuosa pronunciada, que rápidamente cesó tras la administración de pitresina. Declaran que el aumento de la eliminación de sal se debe más verosimilmente a la disminución en la reabsorción tubular que al aumento asociado en la filtración glomerular. Terminan diciendo que los efectos emocionales pueden ser responsables de las cifras anormalmente altas en la eliminación de sal, referidas previamente en hipertensos cateterizados con sobrecargas de manitol, sal y agua.

6786. - 19 de septiembre de 1953.

- Factores renales en la producción de hipertensión. C. Wilson.  
 \* Carcinoma de la vesícula biliar. L. Cooke, F. Avery Jones y M. K. Keech.  
 Desequilibrio ácido-base y depleción de potasio en algunos enfermos quirúrgicos. J. E. Richardson, J. R. Billinghurst y D. W. Vere.  
 Acroparestesia en el síndrome del túnel del carpo. M. Kremer, R. W. Gillatt, J. S. R. Golding y T. Grahame Wilson.  
 Una prueba con torniquete neumático en el síndrome del túnel del carpo. R. W. Gillatt y T. Grahame Wilson.  
 \* Fenómeno en fondo de saco ciego intestinal en el hombre. J. Naish y W. M. Capper.  
 Las suprarrenales y la hiperplasia gingival debida a la fenitoína sódica. P. H. Staple.

**Cáncer de la vesícula biliar.**—Los autores evalúan la incidencia del carcinoma de la vesícula biliar y estudian su relación con los cálculos biliares. Encuentran que el carcinoma de la vesícula biliar es responsable de menos del 1 por 100 de todas las muertes por cáncer en Gran Bretaña. En tales casos hallaron cálculos biliares en una alta proporción de enfermos. Descubren un carcinoma de la vesícula biliar en el 3 por 100 de 231 enfermos con cálculos; entre los enfermos en cuya necropsia se encontraron cálculos, el 12 por 100 había muerto por complicaciones procedentes de los mismos. Terminan diciendo que el riesgo del carcinoma es suficiente justificación para aconsejar la colecistectomía en los cálculos asintomáticos.

**Fenómeno de saco ciego intestinal en el hombre.**—Señalan los autores que en los enfermos en los que se crea artificialmente un fondo de saco intestinal es fácil que al cabo del tiempo desarrolle una serie de trastornos como esteatorrea, creatorrea, adegazamiento, hipoproteinemia y déficits vitamínicos, especialmente de  $B_{12}$ , que conducen a un trastorno megaloblástico de la hemopoyesis y alteraciones degenerativas del sistema nervioso central. Describen tres casos en los que se desarrolló una anemia megaloblástica. En uno, existía factor intrínseco en la secreción gástrica y sin embargo la  $B_{12}$  no era eficaz por vía oral; este factor por vía parenteral y la aureomicina produjeron una buena respuesta hemopoyética. En el segundo caso, se vieron alteraciones anatomo-patológicas en la médula espinal, aunque la mucosa gástrica no estaba atrofiada. En el tercer caso, una gastrectomía a lo Polva con estancamiento en una larga asa aferente, condujo a la anemia megaloblástica. Describen otros dos casos representativos de la hipoproteinemia y esteatorrea que pueden aparecer después de una gastrectomía a lo Polva o una gastroenterostomía; en un caso, la insuficiencia ileocecal completamente al restaurar la continuidad normal del intestino. Al discutir la etiología de dichos fenómenos, dirigen la atención a posibles alteraciones químicas, físicas y microbiológicas del contenido intestinal.

6787. - 26 de septiembre de 1953.

- Metodología de la ciencia clínica. J. Spence.  
 \* Factores renales en la producción de hipertensión. C. Wilson.  
 Patrón clínico de la bronquitis crónica. N. C. Oswald, T. J. Harold y W. J. Martin.

- \* Leucotomia orbitaria. P. Macdonald Tow y W. Lewin.
- Fiebre en el puerperio. R. M. Calman y J. Gibson.
- \* Espondilosis cervical simulando la enfermedad de la neurona motora. L. A. Liversedge, E. C. Hutchinson y J. B. Lyons.
- Control de la malaria en Borneo. J. McArthur.
- Un cuerpo extraño en el ileon. C. M. Ottley.
- Disminución de la eliminación urinaria de citrato durante el déficit de potasio en el hombre. P. Fourman y J. R. Robinson.

**Factores renales en la hipertensión.**—El autor cree que los riñones y suprarrenales forman parte de un mecanismo homeostático que, a través del control de los electrolitos tisulares, mantiene el tono arteriolar y adapta la presión sanguínea a los cambios en el medio ambiente interno. Discute el papel de las suprarrenales, asumiendo que interviene algún principio activo semejante a la hormona salina, aunque es posible que puedan jugar también un papel otros esteroides suprarrenales, y así ya se sabe que la cortisona es capaz de producir hipertensión en determinadas condiciones. Si las experiencias han establecido una presunción razonable de que la hipertensión renal se mantiene a través de cierta acción del riñón sobre una hormona córticosuprarrenal, y que ésta actúa a su vez a través de la influencia de la distribución de los electrolitos tisulares sobre el tono arteriolar, entonces el primer paso ha de ser hacia una comprensión de los mecanismos fisiológicos que intervienen en la hipertensión renal. Discutiendo las relaciones entre lesiones renales e hipertensión, el autor demuestra que el concepto del círculo vicioso es un corolario natural de la doble proposición que, por un lado, la oclusión vascular renal da origen a hipertensión y que, por otro, la hipertensión conduce a lesiones vasculares oclusivas. Con relación a la aplicación de los resultados experimentales, el autor comenta ciertos problemas de la hipertensión en las enfermedades primarias del riñón y en particular de la nefritis crónica y de las nefropatías unilaterales.

**Leucotomía orbitaria.**—Los autores describen la operación de la leucotomía orbitaria. Se trata de una operación abierta, que consiste en una incisión horizontal en la sustancia blanca, justo por encima de la corteza orbitaria. De 20 enfermos con diferentes trastornos psiquiátricos operados hace dos años, siete han curado y ocho más han mejorado; no hubo muertes debidas a la operación. Consideran que como las complicaciones físicas y psicológicas son mínimas y los efectos beneficiosos son comparables a los de la leucotomía prefrontal, debe recomendarse el ensayo de la leucotomía orbitaria, particularmente en enfermos con profunda tensión intratable y trastorno de la conducta como alternativa a la operación standard.

**Espondilosis cervical simulando una enfermedad de la neurona motora.**—Refieren los autores que de ocho casos de espondilosis cervical, cuatro mostraban el cuadro clínico de la esclerosis lateral amiotrófica y los otros cuatro en la atrofia muscular progresiva. En cuanto al tratamiento de estos casos, dió buenos resultados la aplicación de un collar de cuero o plástico moldeado, especialmente en los casos con predominio de la afectación de la neurona motora.

### British Medical Journal.

4835 - 5 de septiembre de 1953.

- Carcinoma bronquial: Incidencia y etiología. R. Doll.
- Algunas anomalías aparentes del metabolismo del potasio. I. W. MacPhee.
- Ileo gástrico debido a depresión de potasio después de la gastroenterostomía. J. S. Logan.
- \* Mioglobulinuria paralítica paroxística. S. D. Elek y H. F. Anderson.
- Esplenectomía en tres casos de anemia mielopatísica. C. Merskey y O. E. Budtz-Olsen.
- \* Valor de la primidona en la epilepsia. C. W. M. Whitty.
- \* Paraplejia debida a la enfermedad de Paget (osteitis deformans). R. G. Robinson.
- Ileo recidivante por cálculos biliares. J. A. Macfarlane.
- Intoxicación por cloruro mercurílico tratada con dimercaprol. E. Montuschi.

**Anomalías del metabolismo del potasio.**—Declara el autor que puede producirse el déficit de potasio como resultado de la privación de este ión por pérdida excesiva a través de los vómitos, de la diarrea o por la orina. La pérdida se acentúa por la infusión de suero fisiológico, traumatismos operatorios y quizás también por otras situaciones de "stress". Añade que los síntomas del déficit de potasio pueden presentarse cuando la concentración en el suero está todavía en los límites normales, luego los síntomas se deben a la depleción de las células. La concentración de potasio en los hematies no constituye un índice del contenido de potasio en las células musculares. Termina diciendo que los síntomas de la intoxicación por el potasio están directamente relacionados con la concentración extracelular y no con el contenido de las células en potasio.

**Mioglobulinuria paralítica paroxística.**—Después de revisar brevemente la bibliografía sobre este proceso, los autores describen un caso ilustrativo. La enfermedad se presenta en sus formas minor y mayor, que difieren solamente en la extensión de las lesiones. Las formas minor se caracterizan por espasmos tónicos dolorosos que afectan a las extremidades inferiores, principalmente a los músculos de la pantorrilla, seguidos a las pocas horas de una mioglobulinuria transitoria; este pigmento se sugiere por el color y por la ausencia de hematies o sus estromas. Las formas major consisten en seudoparálisis de todo el cuerpo y son muy raras. La enfermedad tiene tendencia a recidivar, pero el pronóstico es bueno. Las alteraciones anatopatológicas en los músculos afectos consisten en una necrosis focal. La etiología es desconocida.

**Esplenectomía en la anemia mielopatísica.**—Describen los autores tres casos de anemia mielopatísica: uno, debido a enfermedad de Gaucher; otro, asociado con gota, y un tercero, de etiología desconocida. El primero, mejoró notablemente después de la esplenectomía; el segundo, sólo temporalmente, y el tercero, mejoró muy poco. Señalan que la esplenectomía está generalmente contraindicada en la anemia mielopatísica, pero sugieren que cuando hay evidencia de destrucción celular rápida, lo que puede demostrarse por la corta supervivencia de las células transfundidas, debe pensarse en la esplenectomía como último recurso.

**Primidona en la epilepsia.**—El autor revisa los resultados obtenidos con primidona (mysoline) en 70 casos de epilepsia cuya respuesta a otros anticonvulsivantes no había sido satisfactoria: 48, eran diopáticos; 12, traumáticos, y 10, sintomáticos; 31, tenían gran mal, 8, gran y petit mal; 10, petit mal sólo; 14, ataques psicomotores con o sin gran mal, y 7, ataques focales. Se apreció mejoría en 49 casos, lo que ocurrió en todas las formas clínicas. En vista de la mala respuesta habitual a los anticonvulsivantes de los ataques psicomotores, tiene especial interés la mejoría en 8 de los 13 enfermos que hicieron un tratamiento continuado. Los efectos tóxicos son generalmente leves y transitorios; en cinco casos motivaron la suspensión precoz del tratamiento: en dos, probablemente sin necesidad.

**Paraplejia en la enfermedad de Paget.**—Declara el autor que la osteitis deformans o enfermedad de Paget puede afectar a cualquier parte del esqueleto en los sujetos de edad avanzada. Así como es frecuente la afectación de la columna vertebral, es raro que se produzca la compresión de la médula espinal, aunque acepta como probable que esta complicación sea más frecuente de lo que la literatura indica, puesto que se produce en un grupo de edad en que raramente se hace una valoración exacta del sistema nervioso. Describe a continuación dos casos con dicha complicación: uno de ellos, en una mujer de sesenta y cuatro años, y el otro, en un hombre de sesenta y cinco.

4.836 - 12 de septiembre de 1953.

- \* Tuberculosis y lepra: Estudios inmunológicos en personas sanas. J. Lowe y F. McNulty.

- Cáncer bronquial: Incidencia y etiología. R. Doll.  
Acercamiento al psoriasis. J. T. Ingram.
- \* Eliminación urinaria de esteroides en la artritis reumatoide. A. E. Kerlie y A. P. Wade.
  - Síndrome postgastrectomía. J. Ewart Schofield y P. St. G. Anderson.
  - Un suero de conejo conteniendo una aglutinina específica para los hemáties del recién nacido. E. W. Ikin, H. Lehmann y A. E. Mourant.
  - \* Dolor provocado por el alcohol en la enfermedad de Hodgkin. J. G. de Winter.
  - \* Choque anafiláctico fatal debido a la penicilina. F. J. Pick y J. F. Patterson.
  - Infección local con Pasteurella séptica consecutiva a mordedura de perro. D. F. V. Brunsdon y B. L. Mallett.
  - La edad de la menarquia en los trópicos. D. C. Wilson e I. Sutherland.

**Tuberculosis y lepra.**—Examinan los autores la hipótesis de que existe una inmunidad cruzada entre la tuberculosis y la lepra que podría tener una influencia importante sobre la inmunología, difusión, profilaxis y epidemiología de la lepra. Discuten la naturaleza de la prueba de la lepromina y presentan un análisis de los resultados de pruebas simultáneas de lepromina y tuberculina en 359 personas sanas en Nigeria Oriental. Encuentran significativo el grado de acuerdo entre los resultados de ambas pruebas y consideran que es la infección tuberculosa la que sensibiliza a la lepromina. Presentan también los hallazgos del efecto de la vacunación con BCG sobre las reacciones a la lepromina y tuberculina en personas sanas. En 65 personas previamente tuberculín-negativas, se hicieron positivas 40, con resultados dudosos en 14; las conversiones de la reacción a la lepromina tuvieron lugar sólo en las personas con conversión de la prueba de tuberculina. Discuten el problema de si una prueba positiva a la lepromina supone inmunidad para la lepra, y aunque los hallazgos son sugestivos no pueden sacarse conclusiones definitivas. Discuten también la conveniencia de utilizar la vacunación BCG en personas sanas de regiones donde la lepra es corriente; su valor no está demostrado, pues la evidencia es incompleta y en parte contradictoria; sin embargo, dada su utilidad en la prevención de la tuberculosis, en el futuro podrá valorarse su eficacia en cuanto a la lepra.

**Eliminación urinaria de esteroides en la artritis reumatoide.**—Los autores han estudiado la eliminación urinaria de esteroides antes y durante el tratamiento con ACTH y cortisona de enfermos con artritis reumatoide. Confirman las alteraciones en la eliminación de los 17-cetoesteroides; pero en contraste con los hallazgos de otros autores, se vió un aumento en la eliminación de etiocolanolona durante la administración de cortisona. La ACTH aumenta la eliminación de esteroides no cetónicos totales, cuya aumento es más pronunciado en la fracción esteroidea dihidroxil. La cortisona tiene poco efecto sobre la eliminación de alcoholes no cetónicos.

**Dolor provocado por el alcohol en la enfermedad de Hodgkin.**—El autor presenta dos casos de enfermedad de Hodgkin en los que confirma el dato de la provisión de dolor por la ingestión de alcohol; en ambos existían localizaciones óseas de la enfermedad. Después del tratamiento apropiado los enfermos pudieron volver a tomar alcohol sin inconveniente. Considera que el alcohol tiene no sólo un valor diagnóstico, sino que también para valorar los efectos del tratamiento.

**Choque anafiláctico fatal por penicilina.**—Señalan los autores que son muy diversos los síntomas de la sensibilidad a la penicilina y que varían desde un simple rash urticarial a reacciones anafilactoides graves e incluso fatales. Describen un caso de choque anafiláctico fatal consecutivo a la administración de estopen. Subrayan que afortunadamente son muy raras las muertes por hipersensibilidad a la penicilina, pero que hay que tener presente la posibilidad de estos accidentes fatales, máxime cuando tales reacciones no pueden predecirse, ya que la administración de penicilina puede no dar síntomas antes e incluso después de reaccio-

nnes alérgicas graves. Como la muerte puede causarse por penicilina procaina o cristalina, antes de administrarse debe hacerse una encuesta sobre la producción previa de fenómenos alérgicos.

4.837 - 19 de septiembre de 1953.

- Almroth Wright. Pionero en Inmunología. L. Colebrook.
- \* Concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en el suero de enfermos con anemia megaloblástica después del tratamiento con vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico o ácido folínico. D. L. Mollin y G. I. M. Ross.
- \* Vitamina B<sub>12</sub> en la anemia macrocítica nutritiva. C. R. Das Gupta, J. B. Chatterjee y P. Basu.
- Naturaleza y tratamiento de la disfagia de Plummer-Vinson. J. A. W. Bingham y J. S. Logan.
- Antisialogogo y otros efectos del mucato de atropina. W. W. Mushin, S. Galloon y E. Lewis-Fanning.
- \* ACTH y cortisona en la púrpura trombocitopénica idiopática y de Schönlein-Henoch (alérgica). D. G. Adamson, W. Walker y A. E. Macintosh.
- \* Poliarteritis nodosa tratada con ACTH. J. H. Simpson, M. Hall y B. Morgan.
- Conversion del cartílago articular en la osteoartritis. B. F. Matthews.
- Coma diabético asociado con lipemia y complicado con uremia. S. Z. Kalinowski y J. Miles Walker.
- Torsión de la vesícula biliar. E. W. O. Skinner.

**Concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en el suero de enfermos con anemia megaloblástica después del tratamiento con vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico o ácido folínico.**—Señalan los autores que las concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en el suero de enfermos con anemia perniciosa en recidiva aumenta desde los bajos niveles antes del tratamiento a valores normales después de inyecciones intramusculares únicas de 20 a 1.000 gammas de vitamina B<sub>12</sub>. Permanecían normales las concentraciones durante 6 a más de 18 días después de inyecciones de 20 gammas; de 2 a 22 días, después de 40; de 11 a menos de 35 días, después de 80; de 11 a menos de 48 días, después de 160; de 39 a 98 días, después de 320, y de 34 a menos de 58 días, después de 1.000 gammas. Aunque estas concentraciones estaban en los límites normales durante dichos períodos, la media de las concentraciones de todos los enfermos en cada grupo de tratamiento caía a los pocos días de las inyecciones por debajo de la concentración media de los sujetos normales. Cuando las concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en el suero eran normales, la hemopoiesis era normoblastica y al descender por debajo de lo normal reaparecía la megaloblástica en la médula. Las inyecciones intramusculares de 40 gammas de vitamina B<sub>12</sub> cada 10 días o de 160 cada 21 días, mantenían la concentración en el suero en límites normales; estas dosis parecen ser las necesidades mínimas para el tratamiento de la mayor parte de los enfermos con anemia perniciosa en recidiva; sin embargo, recomiendan dosis mucho mayores (por encima de 5 mg.) en la primera o dos semanas de tratamiento con el fin no sólo de aportar suficiente vitamina B<sub>12</sub> para la hemopoiesis, sino también para repasar las reservas tisulares. Terminan diciendo que las concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en el suero de enfermos con diversas anemias megaloblásticas no se modificaron por el tratamiento con ácido fólico o ácido folínico.

**Vitamina B<sub>12</sub> en la anemia macrocítica nutritiva.**—Refieren los autores los resultados del tratamiento con vitamina B<sub>12</sub> administrada intramuscularmente en 21 casos y oralmente en otros siete de anemia macrocítica nutritiva. Aunque la mejoría inicial fué buena en el 64 por 100 de los casos, sólo en el 23 por 100 se obtuvo una remisión permanente; no fué adecuada la reticulocitosis después de la terapéutica y no se vió relación entre la mejoría y la respuesta reticulocitaria; la macrocitosis tendió a persistir, incluso en casos que mostraron gran mejoría. El ácido fólico y el extracto de hígado crudo consiguieron una respuesta adecuada o mejor en la mayoría de los casos que no obtuvieron una remisión sostenida con vitamina B<sub>12</sub>. En general, la respuesta máxima se consiguió con 200-300 gammas de vitamina B<sub>12</sub> por vía intramuscular, pero la respuesta no tenía una relación evidente con la dosis; la res-

puesta a la vitamina  $B_{12}$  oral tampoco mostró relación con la dosis o con el estado de la acidez gástrica. Los presentes estudios indican claramente que la anemia macrocítica nutritiva representa un déficit tanto de ácido fólico como de vitamina  $B_{12}$ , siendo en la mayoría de los casos el déficit de ácido fólico el factor principal y primario y la vitamina  $B_{12}$  el menor y secundario.

**ACTH y Cortisona en la púrpura trombocitopénica idiopática y de Schönlein-Henoch.**—Describen los autores tres casos de púrpura trombocitopénica idiopática tratados con cortisona y ACTH: uno, mostró una respuesta parcial a la ACTH y completa a la cortisona oral a base de 100 mg. diarios; otro, no mostró respuesta a la ACTH y dudosa a la cortisona oral en la misma dosis; el caso restante, no respondió a la ACTH ni a la cortisona: estos dos últimos casos respondieron a la esplenectomía. Por último, describen un caso de púrpura de Schönlein-Henoch que respondió dramáticamente a dosis pequeñas de ACTH y de cortisona oral.

**ACTH en la poliarteritis nodosa.**—Presentan los autores un caso de poliarteritis nodosa en fase aguda con los hallazgos clínicos y anatopatológicos. Se inició un tratamiento con ACTH intramuscular, que se continuó hasta la desaparición de toda evidencia clínica o analítica de actividad. Han conseguido la remisión completa de la enfermedad durante más de un año hasta la fecha.

4.838 - 26 de septiembre de 1953.

Revisión de conjunto de la práctica general, 1951-52. S. J. Hadfield.  
El médico práctico y el servicio hospitalario. H. Ogilvie.  
Práctica general y el hospital. J. G. M. Hamilton.  
Inversión aguda del útero tratada con éxito por presión hidráulica intravaginal. J. F. Enright.

### Folia Cardiologica.

12 - 2 - 1933

\* Indicaciones y resultados de la ligadura de la cava inferior en algunas enfermedades del corazón y de la circulación. Problemas fisiopatológicos. U. Bracci, L. Lorenzini y D. Tosetti.  
Estudio radiológico de la arteria pulmonar. (Contribución de la estratigrafía.) I. En el sujeto normal y en las dilataciones congénitas. G. Luzzati y F. Rovelli.

**Indicaciones y resultados de la ligadura de la vena cava inferior en algunas enfermedades del corazón y de la circulación. Problemas fisiopatológicos.**—Los autores han efectuado la ligadura de la vena cava inferior, por debajo de la confluencia de las venas renales, en 15 sujetos afectos de cardiopatías diversas. En tales pacientes se realizaron antes y después de la intervención todas las pruebas más importantes para el estudio de la fisiopatología cardiocirculatoria, especialmente el tiempo de circulación, presiones arteriales, venosas e intracavitarias en la cava superior, aurícula derecha, ventrículo derecho, en ocasiones en el seno coronario y en la arteria pulmonar, electrocardiogramas en las derivaciones standard, unipolares, precordiales exintracavitarias, telerradiograma y capilaroscopia. Señalan las indicaciones precisas de la ligadura de la vena cava inferior, especialmente en lo que se refiere a la estenosis mitral en comparación con otras intervenciones quirúrgicas. La ligadura está particularmente indicada en todos aquellos casos de insuficiencia del corazón derecho, con sobrecarga prolongada del círculo menor por estenosis mitral o por esclerosis de la arteria pulmonar. Igualmente, pueden obtenerse resultados brillantes en los enfermos cianóticos y disneicos por alteraciones del círculo menor consecutivas a bronquitis crónicas, bronquiectasias, enfisema pulmonar, fibrotórax, sínquias pleurales o pleuropéricardicas y deformaciones de la caja torácica.

### Schweizerische medizinische Wochenschrift.

83 - 31 - 1 agosto 1953.

- \* Las bases fisiopatológicas de la hipotermia y las posibilidades de la asociación hipotermia-circulación extracorporeal. A. M. Dokliotti y E. Fiocatto.  
La nefrectomía parcial en la tuberculosis del riñón. G. Staehli.
- \* Sobre la significación de las plaquetas en los procesos alérgicos. II y III. R. Hoigné, H. Frei y H. Storck.  
Profilaxis de las caries por fluorización de la leche. E. Ziegler.

**Las bases fisiopatológicas de la hipotermia.**—Los autores comienzan señalando las diferencias entre hipotermia provocada o perfrigeración e hibernación. En ésta, por medios farmacológicos, se consigue una disminución al mínimo del consumo energético, mientras que en la primera se trata de un procedimiento pasivo y externo. Se declaran abiertamente contra la primera, considerándola peligrosa por la necesidad de administrar prolongadamente cantidades enormes de narcóticos. Preceden la perfrigeración de la administración de un antihistamínico, que actúa como narcótico suave, y de un gangliopléjico, que paralizando el sistema vegetativo facilita y aclara la perfrigeración. Esta la llevan a cabo en forma brusca por ser menos peligrosa que el enfriamiento lento. Alcanzan los 26° (el cero biológico está en los 24°). Al terminar la operación producen el recalentamiento asimismo en forma rápida por medios físicos (calentamiento pasivo) y químicos (administración parenteral de simpaticomiméticos). El método empleado por los autores permite operar sobre un corazón prácticamente exangüe durante diez o quince minutos. Su combinación con la circulación extracorporeal podrá, creen los autores, mejorar las intervenciones en un futuro próximo.

**Las plaquetas en los procesos alérgicos. II.**—En esta segunda parte de su trabajo, los autores hacen estudios "in vitro" de la aglutinación de las plaquetas en la sangre oxalatada de enfermos sensibilizados al añadir el alérgeno. Se produce así un aumento del número de plaquetas aglutinadas, que pudieron comprobar, frente a 19 alérgenos diferentes, en diez casos de sensibilización comprobada clínicamente y por los restantes procedimientos diagnósticos, en sujetos sin trombocitopenia. La aglutinación se realiza en los primeros minutos y su intensidad depende de la concentración del alérgeno. La aglutinación de las plaquetas no es tan intensa como en los casos de trombopenia por sensibilización a la quinidina o al sedormid, pero llega a ser de 1,4 a 2,7 veces mayor que lo normal. En las personas no alérgicas no aumenta al añadir el antígeno el número de plaquetas aglutinadas.

83 - 32 - 8 de agosto de 1953.

Los recambiadores de cationes en el tratamiento de la hidropesia. A. F. Essellier, P. Jeannaret y H. Rossmund.

- \* La serología de la toxoplasmosis. W. Roth.
- \* Parálisis isquiática y peronea por luxación y luxación-fractura traumática de la cadera. E. Trojan.  
Shock y hemorragia en cirugía.

**Parálisis isquiática y peronea traumática.**—En un total de 79 luxaciones y luxaciones-fractura traumáticas recientes de la cadera ha observado el autor cuatro parálisis isquiáticas y dos peroneas, en total un 7,6 por 100 de los casos. Todos los casos de parálisis sobrevinieron en los enfermos con luxación-fractura posterior, que eran 33, de tal manera que el porcentaje de parálisis en este tipo de lesión de la cadera asciende al 18,2 por 100. En tres de los casos (una isquiática y las dos peroneas) se trataba de parálisis ligeras que en breve tiempo regresaron. En los otros tres casos fueron parálisis duraderas, en casos que no empezaron a reposarse hasta el cuarto al noveno día, y tenían lesiones óseas más graves que los demás. El punto más importante en el tratamiento de las parálisis es por tanto la reducción precoz y cuidadosa en el primer día, median-

te la cual el nervio afecto es liberado de la presión que le daña. Hay en la literatura descritos algunos casos en los que fragmentos de la cabeza o del cuello ejercen presión directamente sobre el nervio. Por esta razón conviene en los casos de indudable luxación-fractura llevar a cabo una intervención ya el primer día para hacer la reposición cruenta o extirpar los fragmentos que lesionen el nervio.

83 - 33 - 15 de agosto de 1953.

- \* El tratamiento "oscilante" de la tuberculosis pulmonar. E. Tanner, P. Baer y J. Wanner.
- \* Nota referente a la disminución de la resistencia a la hidrazida del ácido isonicotínico (INAH) después de la cesación del tratamiento. A. Petit.
- \* Los recambiadores de cationes en el tratamiento de la hidropesia. A. F. Esselier, P. Jeanneret y H. Rosenmund.

Fundamentos fisiológicos del metabolismo de los aminoácidos y su importancia para al terapéutica. H. Berger. Sobre la eliminación del ácido calcio-etileniaminotetraacético por la orina. Th. Bersin y H. Schwarz. Caída del cabello después de tratamiento anticoagulante. H. Kalk. El tratamiento moderno de las meningitis purulentas en pediatría. E. Rossi.

<sup>1</sup> Tratamiento oscilante de la tuberculosis pulmonar.—Los autores proponen bajo esta denominación una nueva forma de tratamiento de los procesos tuberculosos del pulmón. Consiste en ciclos trimestrales que comienzan con dos meses de asociación estreptomicina-PAS y terminan con un mes de isoniazida-PAS. Las dosis empleadas en esta pauta son: de estreptomicina, 1 gr. por vía intramuscular un día de cada tres; de PAS, los otros dos días de cada tres; 10-12 gr. "per os" o eventualmente 20 gr. diarios por infusión; deisoniazida, 5 miligramos por kilo de peso corporal diariamente. Obtiene de esta forma mejores resultados clínicos, bacteriológicos y radiológicos que con los tratamientos de estreptomicina-PAS o isoniazida-PAS solos. En especial los infiltrados extensos, recientes y no cavitados, suelen regresar totalmente. Las variaciones periódicas de estreptomicina e isoniazida y el empleo de PAS como medicación de base ejercen un efecto profiláctico de las resistencias. Excepto algunos síntomas alérgicos cutáneos aislados en el período de administración de INH-PAS, no se observan efectos colaterales dignos de mención.

Resistencia a la hidrazida.—El autor ha seguido vigilando durante varios meses a 14 enfermos en los cuales después de un tratamiento con isoniazida se había desarrollado una resistencia total o subtotal "in vitro" a 5 γ de la droga por c. c. Sus resultados son los siguientes: ocho casos siguen, del cuarto al noveno mes después de terminado el tratamiento, eliminando bacilos resistentes a 5 γ y de INH por c. c. En dos casos la flora se hizo parcialmente sensible a esta dosis del primero al cuarto mes. En los otros cuatro la flora se hizo totalmente sensible a la misma concentración de isoniazida del tercero al séptimo mes. En cinco de estos seis últimos casos aumentó también la sensibilidad a 0,5 γ por c. c., pero no tanto como para las 5 γ. En un caso en que del quinto al séptimo mes la flora se había hecho totalmente sensible a 5 γ y parcialmente sensible a 0,5 γ por c. c., reapareció los meses octavo y noveno una resistencia parcial a 5 γ y casi total a 0,5. En resumen, creen que la sensibilidad a la INH nunca se recupera totalmente, por lo que no cabe esperar una eficacia bacteriostática de larga duración.

Recambiadores de cationes en el tratamiento de la hidropesia.—Según el estado de su balance electrolítico, los autores dividen en dos grupos los casos con edemas o con ascitis. En el primero, incluyen aquellos enfermos con una eliminación urinaria muy débil de Na y mayor de Cl, de tal manera que haya una marcada discrepancia entre los valores en miliequivalentes de ambos iones. En el segundo, entran los que tienen menos reducida la excreción de sodio y, por tanto, menor desequilibrio Na-Cl. Los resultados del tratamiento con resinas de recambio de cationes varían mucho según el grupo considerado. En el primer grupo, nunca son suficiente para conseguir una diuresis tal que se elimine el líquido retenido; pero cuando esta eliminación se ha conseguido de otra forma, los recambiadores de cationes bastan para evitar la reaparición del edema y/o la ascitis. En el segundo grupo, por el contrario, tienen no solamente una acción preventiva, sino que por si solos pueden producir una eliminación del exceso de líquido. Para evitar una posible depleción de K por el tratamiento prolongado, interrumpen su administración cada sexto día, dando este ión en forma de mezcla alcalinizante de sales de K. Así se evita la mayoría de las reacciones colaterales.

83 - 35 - 29 de agosto de 1953.

- \* El problema de la anorexia nerviosa. M. Stäubli-Fröhlich.
- \* Acciones colaterales del tratamiento con Pyriter. L. Hensler.
- El diagnóstico de la llamada neumonía atípica primaria en la infancia. F. Busser.
- El depósito del calcio en los huesos. W. Minder y T. Gordonoff.
- Problemas diagnósticos de la alergia por ingestión. E. Hafter.

Efectos colaterales del tratamiento con Pyriter.—En los tratamientos con Pyriter, sustancia piroterápica formada por colibacilos de Escherich muertos, se observan con frecuencia efectos colaterales consistentes en alteraciones generales como laxitud, dolores de cabeza y articulaciones, vómitos, inquietud motora, herpes, trastornos circulatorios y más raramente fallo agudo del cerebro intermedio que puede llevar rápidamente a la muerte. En los casos con éxito letal se han descrito dos formas de curso: en la primera, se produce la muerte a consecuencia de un fracaso mesencefálico agudo; en las segundas, es secundaria a una infección por cocos, a una insuficiencia circulatoria o a un empeoramiento de la enfermedad fundamental. El autor refiere un caso de su observación muerto a consecuencia de una púrpura del cerebro en el curso de un tratamiento con esta medicación. El hallazgo anatopatológico más constante en tales casos es una extravasación de suero y hemorragias por diapédesis, especialmente en los centros vegetativos próximos al tercer ventrículo. Se consideran contraindicaciones de esta terapéutica el aneurisma aórtico, lesiones miocárdicas extensas, valvulopatías descompensadas, hipertensión y dilatación cardiaca, así como tuberculosis pulmonar avanzada. También ha de mirarse con precaución en las lesiones valvulares compensadas, infartos cardíacos mativos, todas las infecciones agudas, en especial de las vías urinarias; procesos inflamatorios recientes del sistema nervioso central y en las personas de más de cincuenta años.