

El Jurado calificador estará constituido por la Junta de Gobierno de la Academia, asesorada por aquellos Académicos numerarios que, por su especialización, se considere de interés conocer su juicio, con arreglo a las siguientes bases:

1.° Los aspirantes a los premios deberán remitir sus trabajos por duplicado antes del 15 de noviembre de 1955, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se inscribirá únicamente el lema del mismo, consignando, además, en la parte superior izquierda, lo siguiente: "Para el Concurso de Premios de la Real Academia de Medicina de Sevilla". En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá escrito en su exterior el mismo lema del trabajo, y en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio, título profesional y Facultad que lo expidió.

2.° Los premios no podrán dividirse. La Junta de Gobierno podrá, además, conceder accésit, consistente en

el título de Académico Corresponsal, a aquellos trabajos que crea merecedores de esta distinción.

3.° Podrán concursar todos los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios españoles.

4.° Las obras, para obtener premio, deberán tener mérito absoluto, no bastando el relativo en comparación con las demás recibidas, reservándose el Jurado el derecho de juzgarlo, así como de excluir aquellas que no hayan cumplido las bases de este Concurso.

5.° El fallo del Jurado será inapelable.

6.° El resultado de este Concurso será dado a conocer por la Prensa y hecho público en la sesión inaugural del Curso de 1956. Igualmente será comunicado directamente a los autores premiados.

Nota.—En el caso de que algunos de los trabajos premiados fueran de más de un autor, el título de Académico Corresponsal sólo será otorgado al primer firmante.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

VIRUSERKRANKUNGEN DES MENSCHEN. Doctor W. D. GERMER.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 190 páginas con 47 figuras, 30 DM.

Como cada vez van conociéndose más enfermedades producidas por virus y varios aspectos, sobre todo lo que se refiere a contagiosidad y sus vías, profilaxis, cuadros clínicos, etc., van ampliándose, un libro como éste, en el que en el espacio de 180 páginas se desenvuelve el estado actual de estas enfermedades, es muy útil.

La clasificación empleada parte de los síntomas predominantes, y así, se estudian las virosis respiratorias, las que se acompañan de exantemas, las del hígado, del sistema nervioso, de la musculatura, de los ganglios linfáticos, del ojo y de la piel. Cada una de las enfermedades es tratada de modo sucinto, con buen sentido clínico, y las figuras y en general la edición del libro son magníficas, como es lo habitual en esta editorial.

TEMAS DE FISIOLÓGIA. JOSÉ F. VERNA y otros. Córdoba (Argentina).

Se contienen en este volumen valiosas contribuciones sobre diferentes aspectos de la tuberculosis, comprendiendo desde los aspectos profilácticos a diferentes formas anatomoclínicas, terapéuticas, etc.

DIE BEDEUTUNG DES BLUTCHEMISMUS. Doctor E. LEUPOLD.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 207 páginas con 102 figuras, 48 DM.

Gran interés ofrece este libro, en el cual se estudia un problema de tan palpitante interés como éste del medio interno en relación con la formación y destrucción de los tumores, sobre la base del estudio principalmente del azúcar y los lípidos de la sangre. Es cierto que el estudio es muy unilateral y que existen otros aspectos distintos de los tratados, sin duda más importantes, los minerales y proteínas. Mas hay otros aspectos aún más importantes en las hormonas y esteroides y productos de su metabolismo.

Las conclusiones del autor deben ser miradas, por consiguiente, con reserva crítica, aunque evidentemente despierte interés este intento de estudiar más a fondo el medio favorable y adverso de la tumorigénesis.

DIE MUND. UND RACHENKRANKHEITEN. Doctor C. R. GRIEEL.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 140 páginas con 42 figuras, 29 DM.

El médico general y el estudiante, a quienes esta monografía va dedicada, conocen en general mejor enfermedades más complejas y menos asequibles a la visión directa que las enfermedades orofaríngeas. Por eso, este compendio, en el que se describen clínicamente las enfermedades de las encías, mucosa bucal, glándulas salivares, lengua, labios y anillo linfático, haciéndose después una relación entre enfermedades internas y la orofaringe, es sumamente útil, utilidad que se aumenta por las magníficas figuras en colores en que la descripción va apoyada constantemente.

### LIBROS RECIBIDOS

"Erethismus und Tuberkulose".—Dr. A. Huzly. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 128 páginas con 258 figuras, 57 DM.

"Lehrbuch der Auskultation und Perkussion".—Doctor K. Holldack.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 195 páginas con 83 figuras, 27 DM.

"Die Chirurgie der Peripheren Nerven". Dr. H. Nigst. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 196 páginas con 104 figuras, 29,70 DM.

"Cirugía de la sordera". Dr. Mosota.—Santander, 1955.—Un volumen de 187 páginas con 83 figuras, 125 pesetas.

## B) REFERATAS

## La Presse Médicale.

61 - 30 - 2 de mayo de 1953

- \* Los verdaderos aerosoles de antibióticos y la tuberculosis pulmonar. J. Paraf, P. Zivy, M. Paraf, E. Rosemberg y G. Rapaud.
- Las bases fisiológicas de la acción terapéutica de los ultrasonidos. P. Cdauchard, H. Mazoné, R. Busnel y J. Gligorijevic.
- \* Las malformaciones renales congénitas en el niño. J. F. Forge.

**Los verdaderos aerosoles de antibióticos y la tuberculosis pulmonar.**—Los autores estudian los últimos perfeccionamientos de la técnica de aerosolterapia, considerando que el tratamiento local de la tuberculosis pulmonar, en vista de estos adelantos técnicos, puede suponer un importante avance en este campo.

Consideran que la mejor terapéutica supone el empleo del PAS estabilizado, asociado a un vasodilatador, a un anestésico local y tamponamiento a un pH óptimo.

Han podido observar con los aerosoles de PAS que éste no aparece en la sangre hasta las tres o cuatro horas de su administración, que el nivel se eleva con rapidez, descendiendo después muy lentamente. Esto indica seguramente un prolongado contacto de éste con los tejidos, lo cual es uno de los resultados apetecidos.

También asocian hidrazida del ácido isonicotínico, observando igualmente niveles en sangre más mantenidos que con su administración oral. Concluyen que esta nueva forma terapéutica está llamada a tener un gran alcance en el número de buenos resultados obtenidos con ésta.

#### Las malformaciones renales congénitas en el niño.

El autor comenta la gran frecuencia con que, desde el empleo amplio de la urografía, se descubren las malformaciones renales entre las nefropatías de la infancia. Muchos autores hacen notar este mismo hecho, pero, al parecer, aún continúa siendo ignorado por la mayoría de los médicos prácticos.

En su amplia experiencia, el autor encuentra que por lo menos un 10 por 100 de las nefropatías de la infancia y adolescencia (por debajo de los veinte años) se deben a distrofias renales. El descubrimiento de una insuficiencia renal en un niño sin antecedentes de nefritis, nos debe hacer pensar inmediatamente en esto. En la etiopatogenia, es muy frecuente encontrarse antecedentes familiares.

Es muy importante la consideración terapéutica de que debe ser evitado el régimen declorurado y, por el contrario, debe corregirse la pérdida de sal que su malformación ha acarreado a estos enfermos.

Hacen, por último, una serie de consideraciones pronósticas, diagnósticas, clínicas y terapéuticas.

61 - 31 - 6 de mayo de 1953

Resultados preliminares del primer centro de investigación sistemático de los tumores digestivos, basados en el sistema de preinvestigación clínica escalonada. G. Albot y cols.

Pseudotumor de células granulosas y epiteloma espinocelular del aritenoides. Metástasis cervical del epiteloma. J. F. Martin, M. Dargent y J. Feroldi.

\* La cura de sueño de larga duración en psiquiatría. J. Bastie y A. Fernández.

\* Causas de la retinopatía de los prematuros: Discusión. A. Minkowski y B. Auvert.

Hipertrofia compensadora del riñón e hipertensión arterial. E. Braun-Menéndez.

**Causas de la retinopatía de los prematuros: Discusión.**—El interés actual de esta afección desborda el campo de la pediatría; descrita hace apenas diez años, actualmente está considerada en los Estados Unidos como una de las más importantes causas de la ceguera

temprana. Su etiología permanece aún desconocida, planteando una serie de problemas fisiopatológicos de naturaleza vascular y del metabolismo oxigenado e hidroelectrolítico.

Los autores piensan que la retinopatía del prematuro obedece a una causa compleja, probablemente múltiple, que recae, como terreno de menos resistencia, en los débiles niños prematuros.

Los autores discuten y pasan revista a todas las causas invocadas en esta enfermedad. Concluyen diciendo que es muy importante la conservación de la oxigenoterapia, dando preferencia a la leche materna sobre otros tipos de alimentación infantil, y consideran contraindicadas las transfusiones y la reducción de líquidos cuando las lesiones están en plena evolución.

#### La cura de sueño de larga duración en Psiquiatría.

Los autores describen la técnica y resultados del sueño de larga duración en Psiquiatría. Presentan diez observaciones haciendo notar la inocuidad del método y su fácil técnica, subrayando la importancia del ambiente en que el enfermo se vea para la realización de este tratamiento.

Buscan la obtención de un sueño casi fisiológico, profundo y ligero, en cualquier momento reversible, de 18 a 20 horas de duración al día y de 25 a 30 días. Las modificaciones fisiológicas que durante este tiempo se pueden observar en el enfermo son mínimas: la aparición de uno o dos brotes térmicos, de breve duración y brusca iniciación y término, así como una sensible baja en la tensión arterial, especialmente en la mínima y en sujetos hipertensos. Los diez enfermos presentaban afecciones psiquiátricas graves y, de ellos, cuatro fueron curados y los otros seis muy mejorados.

Los autores concluyen que la inhibición del sueño proporciona al cortex un reposo prolongado e inocuo, lo que permite una neuroregulación de las conexiones córtico-subcorticales, lo cual equilibra el organismo agotado.

61 - 32 - 9 de mayo de 1953

Infección por bacilo piocianico en el niño. R. Clement y L. Millard.

Hepatitis icterígena asociada a síndromes neurológicos. J. Sterne.

61 - 33 - 13 de mayo de 1953

\* Sobre la importancia del factor "lesión reciente" en los efectos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la hidrazida. E. Bernard, B. Kreis y A. Lotte.

Sífilis y embarazo. L. Digonnet, L. Bigey y H. Payenneville.

\* El tratamiento del ictus cerebral de origen vascular. P. Cossa.

Cianuro de sodio y eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Van Cauwenberge.

\* Un nuevo antibiótico: La eritromicina. B. Mathieu de Fossey.

**Sobre la importancia del factor "lesión reciente" en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la hidrazida.**—En los éxitos obtenidos con la aplicación de la isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el factor más importante de todos es el carácter reciente de las lesiones.

Según una importante estadística realizada por todos los jefes de los centros de fisiología de París, que comprende 414 enfermos tratados con la isoniazida en un intervalo de tres meses, es mucho más fácil obtener una negativización de la expectoración y una mejoría de los síntomas radiológicos cuando se trata de lesiones recientes (unos seis meses) que cuando el tratamiento se efectúa sobre antiguas lesiones, ya se trate de nódulos, infiltraciones o cavidades. En el caso de lesiones recientes, los resultados mejoran con la prolongación de la cura, lo cual se puede hacer gracias a las medi-



caciones antibacilares que retrasan la aparición de una posible resistencia.

Los autores consideran que, teniendo en cuenta las medicaciones específicas de que se dispone en la actualidad (estreptomycin, PAS, isoniazida), y sus efectos, el tratamiento de un nuevo caso de tuberculosis pulmonar activa debe ser considerado como un tratamiento de urgencia, ya que el menor retraso hace del enfermo un candidato a la cronicidad.

**Tratamiento del ictus cerebral de origen vascular.**—El autor considera que lo más importante en la patogenia del ictus apopléctico es la aparición y desarrollo del edema cerebral, que invade amplias zonas del encéfalo y, a veces, incluso todo un hemisferio. Por lo tanto, al instituir el tratamiento considera que, en todos los casos, contra lo primero que tenemos que luchar es contra el edema, para lo cual recomienda una perfusión intravenosa, continua, de suero glucosado isotónico (500 c. c. cada ocho horas) asociando novocaína (40 c. c. al 1 por 100) y fenergan ó 45-60 R. P.

A este tratamiento base, y según la causa del ictus, se debe añadir:

I) Si creemos que se trata de un reblandecimiento cerebral, heparina e infiltración anestésica del ganglio estrellado.

II) Si se trata de una hemorragia, trombase.

A continuación, si vemos que el curso del proceso evolutivo hacia la gravedad, recurriremos a los fuertes ganglioplécticos. Si se ha formado un hematoma, recurriremos a procedimientos quirúrgicos.

**Un nuevo antibiótico: La eritromicina.**—La eritromicina, un nuevo antibiótico extraído del eritromicines eritreus, parece ser un considerable complemento en la terapéutica anti-infecciosa. Resulta sumamente activa contra los gérmenes Gram-positivos, particularmente ante estreptococos y estafilococos, teniendo también acción sobre los grandes virus, bacilos diftérico y de Bordet-Gengou. La ausencia de toxicidad, al menos en el estado actual de experimentación, y la comodidad de su administración, que se hace por vía bucal, le permiten colocarse en un sitio de preferencia dentro del arsenal anti-infeccioso entre los antibióticos de amplio espectro (aureomicina, tifomicina, terramicina) y la penicilina, sirviendo de sustitución de esta última en los casos, desgraciadamente frecuentes, de penicilin-resistencia.

Las experiencias de autores franceses y americanos han permitido comprobar su eficacia en las neumopatías en general, en la enfermedad de Osler, las linfogranulomatosis benignas y en otras localizaciones menos graves de la infección, como anginas e infecciones banales. Sin embargo, aún no se puede decir la última palabra sobre este nuevo antibiótico, que actualmente está en plena experimentación.

61 - 34 - 16 de mayo de 1953

- \* El tétanos en el medio urbano: Condiciones de aparición. Deducciones profilácticas. J. Boyer y cols.
- \* Sedimento y litiasis urinaria. J. Cottet y Ch. Vittu.
- \* Observaciones sobre el tratamiento de la amebiasis con la terramicina y la fumagilina. G. C. Theoris y J. F. Kessel.
- \* Ritmos patológicos y fisiológicos. P. E. Morhardt.

**El tétanos en el medio urbano. Condiciones de aparición. Deducciones profilácticas.**—Los autores presentan el resultado de un estudio sobre el tétanos en el Departamento del Sena en el transcurso de los últimos nueve años (279 casos).

Consideran que las infecciones por herida son las más frecuentes, incluso en el medio urbano. Sin embargo, como las medidas profilácticas son tomadas sólo en presencia de un herido grave, los casos observados son generalmente a consecuencia de un traumatismo mínimo. Siguen dándose los tétanos post-abortum, postoperatorios y a consecuencia de inyecciones sépticas.

Ciertas observaciones subrayan la necesidad de practicar la seroprevención el mismo día del traumatismo; mejor que solamente suero, es la serovacunación.

En 10 casos, los téticos declararon haber sido vacunados, pero un más detenido interrogatorio mostró que la vacunación había sido antigua e incompleta. El tétanos disminuiría patentemente si los individuos, correctamente vacunados, recibieran además cada tres o cuatro años otra inyección.

**Observaciones sobre el tratamiento de la amebiasis con terramicina y fumagilina.**—Tratan con terramicina 38 casos de amebiasis, a razón de 8 cápsulas de 250 miligramos por día durante tres días y 10 cápsulas durante los siete días siguientes. Las reacciones al tratamiento son raras y ligeras. Al fin del tratamiento, un 100 por 100 de los enfermos está clínicamente curados y sus heces son negativas. Un mes después, 97 por 100 eran negativos, y a los seis meses todos menos uno estaban clínicamente curados y 87 por 100 presentaban heces negativas. La terramicina, pues, se presenta como un agente anti-amebiano de gran valor y activo también frente a otros protozoarios, a los sishella y a los treponemas.

Tratan también 12 casos de amebiasis con fumagilina, a razón de 3 cápsulas de 10 mg. al día durante tres días y 6 durante los siguientes doce días. Ha habido algunos enfermos que han presentado reacciones graves al tratamiento. Al final de la cuarta, 10 enfermos eran negativos en sus heces y en 11 habían desaparecido todos los signos clínicos de infección. Dos meses después había sido registrada una recaída clínica y bacteriológica. Al cuarto mes, 10 casos aún eran negativos. La fumagilina, pues, parece poderse considerar como un amebicida de gran eficacia y fácil empleo, aunque es necesaria más experiencia para poderlo juzgar convenientemente.

61 - 35 - 20 de mayo de 1953

- \* Las estructuras basófilas del citoplasma y sus relaciones con el cáncer. Ch. Oberling y cols.
- \* Osteosíntesis con hilo de acero en las fracturas del ángulo y de la rama horizontal del maxilar inferior. M. Dechaume y C. L. Crepy.
- \* Estudio angiográfico de las variaciones de la circulación arterial en los pulmones bronquiectásicos. S. Scarini y C. Zucconi.
- \* Tratamiento de las fracturas transcervicales recientes del fémur por medio de las prótesis acrílicas. A. Sicard y colaboradores.
- \* Las lesiones tiroideas en la estrangulación: Su estudio radiológico. L. Derobert y P. Pizon.
- \* Eruptura de la aorta. L. Lutembacher.
- \* Los sarcomas del ovario. J. Oudot y J. M. Cormier.

61 - 6 - 23 de mayo de 1953

- \* Ensayos de cura de las estenosis ectópicas de la aorta. J. Patel y J. Facquet.
- \* La enfermedad tromboembólica de los enfermos mitrales. R. Raynaud y cols.
- \* Las toxi-infecciones alimenticias por salmonella: Necesidad de vigilancia en los manipuladores de artículos alimenticios. R. Buttiac, V. Lessaffre y J. Moriametz.
- \* Antibióticos y síntesis del complejo vitamínico. B. J. Brisou.

**Ensayos de cura de las estenosis ectópicas de la aorta.**—Basados en hechos publicados y en un caso personal, que es el sexto operado y primero en Europa, los autores llaman la atención sobre la extrema rareza de las estenosis ectópicas, sub-istmicas, de la aorta, ya que el número de estos casos publicados no sobrepasa los 20.

Estas estenosis pueden ser torácicas bajas, extendidas en una longitud de varios centímetros (11 en la literatura), o abdominales (justamente 10 casos). En estos últimos casos, más se observa una hipoplasia del fin de la aorta y de sus ramas que una estenosis segmentaria. Estos fueron en tiempos descubrimientos casuales de las autopsias y hoy en día lo son de las angiografías.

Los autores desmienten la reputación que a este tipo de estenosis se la ha dado de estar por encima de todo procedimiento quirúrgico. En el tipo torácico, considera indicado una aortectomía seguida de injerto; en las abdominales, por razones anatómicas, no se puede esperar su curación más que creando una especie de válvula

de seguridad. Todo ello, naturalmente, a condición de que no se espere a intervenir cuando la intervención sea urgente porque se hayan presentado graves complicaciones.

**La enfermedad tromboembólica de los enfermos mitrales.**—La enfermedad tromboembólica es la complicación más temible de los enfermos mitrales. El síndrome clínico se caracteriza por tres elementos: una fiebre moderada, de carácter más o menos ondulante, sobre la cual se añaden agujas que vienen a corresponder a los accidentes embólicos; accidentes embólicos, sobre todo pulmonares y también arteriales y, por último, signos de fletotrombosis.

Esta complicación se observa de preferencia en tres órdenes de circunstancias: primero, en enfermos mitrales con ritmo sinusal: en estos casos se trata casi siempre de una estenosis pura, intensa, con aurícula atónica; segundo, en los mitrales con arritmia completa antigua, portadores del síndrome: aumento de la aurícula izquierda, arritmia completa, fiebre; tercero, en el momento de transformarse un ritmo sinusal en arritmia completa.

Modificaciones biológicas: hipercoagulabilidad sanguínea, trastornos del equilibrio protídico (brotes de aumento de la gamma globulina y de la alfa globulina).

Puede evolucionar en forma aguda, crónica y por brotes. En el tratamiento hay que tener en cuenta el ritmo cardíaco: si éste es sinusal, anticoagulantes indefinidamente administrados, y si hay fibrilación, asociación de anticoagulantes y antifibrilatorios auriculares (hidroquinidina).

**Las toxi-infecciones alimenticias por salmonellas.** Necesidad de una vigilancia de los manipuladores de artículos alimenticios.—Entre siete intoxicaciones alimentarias observadas en el Norte de Francia entre 1946 y 1951, todas ellas por *Salmonella*, cinco fueron originadas por manipuladores de productos alimenticios que eran portadores sanos de gérmenes.

En el primero de estos casos (49 contaminados, una defunción) la causa fué una crema de pasteles contaminada por el pastelero, portador de *S. Typhi-murium*. La segunda (6 casos), es debida a una confitura conteniendo también *S. Typhi-murium*; también pudo ser localizado el portador de los gérmenes entre los trabajadores de la fábrica. En la tercera (40 casos), la carne infectante ha sido picada por un portador de gérmenes. La cuarta (16 casos, dos defunciones), es debida a una cocinera con una salmonellosis en evolución, y la quinta, está ocasionada por un cocinero que elimina *S. enteritidis*.

De estas observaciones deducen los autores la necesidad de descubrir, entre los que por su oficio han de manipular los alimentos, los posibles eliminadores, para lo cual, ante los más leves síntomas intestinales, les debe ser practicado un coprocultivo.

61 - 37 - 30 de mayo de 1953

Las imágenes histopatológicas elementales en las neumonías. A. Follicard y A. Collet.

- \* Brucelosis y agranulocitosis. J. Pieri, Casalonga, H. Ruf y H. Seite.
- \* Acción de la cortisona sobre la intradermorreacción tuberculínica y la prevención por la BCG. P. R. Brygoe. Las causas de fracaso y de error en la investigación de la amebas y quistes mesentéricos. J. Morichau-Beauchant.

**Acción de la cortisona sobre la intradermorreacción tuberculínica y la prevención por el BCG.**—El autor señala publicaciones anteriores que tratan de las relaciones entre la cortisona y la tuberculosis pulmonar, que hasta ahora no han permitido la elaboración de una clara doctrina, aunque sí hacen pensar en una profunda modificación de la resistencia del terreno, condicionada por la depresión de la alergia tuberculínica y de las reacciones inmunológicas en general. Por ello le parece muy interesante observar la acción de la cortisona en animales alergizados con el BCG y reinoculados con un

cultivo virulento. Observa que la cortisona deprime considerablemente los "test" cutáneos, a condición de que éstos sean examinados según los métodos usuales de medida de la reacción pápulo-eritematosa de naturaleza inflamatoria. Pero considerando más detenidamente estas reacciones tuberculínicas, en apariencia negativas, se ve que si comportan los caracteres citológicos y necróticos de las reacciones positivas. El autor insiste sobre esta disociación de componentes específicos y no específicos de la reacción tuberculínica y demuestra que según la forma como sea hecha la lectura se puede sacar o no la conclusión de la existencia de un efecto depresivo sobre la situación alérgica del organismo tuberculizado. Los animales vacunados, tratados con cortisona y reinoculados, se han mostrado tan resistentes a la reinfección como los testigos, aun cuando los "test" cutáneos eran aparentemente negativos.

**Brucelosis y agranulocitosis.**—Los autores describen un caso de brucelosis y agranulocitosis en un hombre de treinta y ocho años, empleado de un matadero, que ingresó con síndrome de hiperpirexia y ataxo-adinámico; este cuadro era relativamente frecuente hace varios años, cuando no se contaba con los potentes medios terapéuticos de que disponemos hoy día. Al examen hematológico, y en mielograma, se podía apreciar una agranulocitosis total, presentando también manchas exantemáticas cutáneas. Clínicamente el diagnóstico no se presentaba fácil, pero el serodiagnóstico presentó un Wright fuertemente positivo con una intradermo de Burnet típica.

Sometido inmediatamente a un tratamiento con aureomicina, los autores pudieron comprobar una inmediata mejoría, saliendo el enfermo de su estado comatoso y sufriendo un importante cambio el hemo y mielograma.

Piensen los autores que esta sintomatología, que tan gravemente matizó el cuadro clínico, se debió a la violencia de la infección, condicionada por el paso rápido y directo del germen del animal al hombre. Concluyen que la patología proteiforme de las enfermedades infecciosas en general parece deberse a la evolución hacia nuevas formas o variedades, nacidas de las reacciones orgánicas y sanguíneas, variables según la agresividad o atenuación del virus y según la rapidez de tratamiento.

## Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.

46 - 8 - 1953

Observaciones críticas a propósito de los datos hemodinámicos en la estenosis mitral. Van Bogaert A., Van Genabeek A., Van der Henst y Vandael.

- \* Estenosis valvulares pulmonares moderadas. P. Soulié y colaboradores.
- \* Estudio de la repartición del agua en 26 casos de gran insuficiencia cardíaca: Deducciones terapéuticas. R. Tricot, F. Vernant, P. Meudic y R. Prost.
- El vectograma unipolar en la hipertrofia y en el bloqueo de rama izquierda. R. B. Podio.
- Estudio comparado de 100 balistocardiogramas normales recogidos por sistema piezo o fotoeléctrico. E. Donzelot y cols.
- Nuevo método balistocardiográfico. L. Jonnart y J. Lequime.
- La hemodinámica en los síndromes gastrocardiales. L. Baschieri y cols.

**Estenosis valvulares pulmonares moderadas.**—Se han escogido diez observaciones entre 32 casos de estenosis valvular pulmonar. Faltando elementos orgánicos que permitieran determinar el grado de estrechez, la selección ha sido hecha particularmente, según la relación recíproca de las presiones sistólicas en las dos cavidades ventriculares. La cifra de la presión ventricular derecha, netamente inferior a la de la presión ventricular izquierda, es una de las principales características hemodinámicas de los 10 casos estudiados. La autopsia de un caso ha permitido observar el grado moderado y la morfología de la estenosis valvular (sinfisis comisural sobre una longitud de 2 a 3 mm.). Los datos esen-



ciales de las observaciones estudiadas son: En el examen clínico, la buena tolerancia funcional y la constancia del soplo sistólico subclavicular izquierdo; en rayos X, la ausencia de cardiomegalia; la frecuencia de la expansión del arco medio, generalmente saliente (siglo que entre las estenosis valvulares pulmonares no ha sido observado nada más que en las formas moderadas); la presencia de signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular derecha discreta; en la angiografía existe, como en las estenosis valvulares intensas, la dilatación ovoide de la arteria pulmonar, que es siempre de un volumen más pequeño; en el estudio hemodinámico, aparte de la caída de la presión sistólica entre ventrículo derecho y arteria pulmonar, resalta la elevación relativamente moderada de la presión sistólica ventricular derecha y la frecuencia de la comunicación interauricular (7 veces de 10).

**Estudio de la repartición del agua en 26 casos de gran insuficiencia cardíaca.**—El estudio clínico y biológico de 26 casos de insuficiencia cardíaca ha permitido a los autores sacar las siguientes conclusiones: La insuficiencia cardíaca no tratada no se acompaña por lo general de graves perturbaciones de la hidratación intracelular. Un mecanismo homeostático permite la estabilidad de la presión oncótica del plasma, así como de la presión osmótica de los líquidos extracelulares y de la hidratación de las células. En el curso de la insuficiencia cardíaca tratada, es preciso sospechar la existencia de hiperhidratación o un síndrome de deshidratación celular por los medios clínicos y biológicos, ya que al ser desconocidos pueden revestir una extraordinaria gravedad y en cambio cuando se diagnostican pueden ser corregidos fácilmente. Raramente, la insuficiencia cardíaca se acompaña de una disminución de la masa sanguínea.

### Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

83 - 43 - 24 de octubre de 1953

Reunión de la Sociedad suiza de Hematología.

83 - 44 - 31 de octubre de 1953

- \* La hipertensión arterial pulmonar. W. Schweizer. Estudios sobre el problema de la reacción general después de la vacunación con BCG. H. Wissler y J. Tuckowa.
- \* Panmielopatía mortal por thorotrast (dióxido de torio). S. Moeschlin, H. R. Marti y W. Germann. Turbocolorimetría. R. Levi.
- \* A propósito del tratamiento de un caso de tétanos. J. Lubas.
- Experiencias con el anticonvulsivante M 551 (feniletilacetilurea y fenilacetilurea). P. Luetz.

**La hipertensión arterial pulmonar.**—En la mayor parte de los casos es una alteración hemodinámica secundaria, cuya causa puede ser establecida. Raramente esto no es posible, hablándose entonces de hipertensión arterial pulmonar primaria. La circulación pulmonar del hombre sano se caracteriza por la gran capacidad del lecho arterial, la pequeña resistencia circulatoria y el pequeño gradiente entre la presión en la arteria pulmonar y la de las venas pulmonares. Una hipertensión pulmonar venosa y capilar o una alteración patológica de la relación entre el volumen por minuto del ventrículo derecho y la sección transversa total del sistema arterial del pulmón conduce a un aumento de presión en la arteria pulmonar. La hipertensión en las venas y capilares del círculo menor puede estar motivada por una insuficiencia del ventrículo izquierdo, una estenosis mitral o una pericarditis constrictiva; la relación entre volumen circulatorio y lecho vascular se altera por un fuerte aumento del volumen de expulsión del ventrículo derecho (en los defectos del septo interauricular o interventricular o en la persistencia del conducto de Botal) o por una disminución del lecho vascular arterial (cor pulmonale). La hipertensión arterial pulmonar tiene como consecuencia una hipertrofia del ventrículo dere-

cho, pudiendo ser puesta de manifiesto la relación entre ésta y la presión tanto anatómica como eléctricamente.

**Panmielopatía mortal por thorotrast.**—El empleo del thorotrast (dióxido de torio) para la arteriografía o para la representación del hígado o del bazo puede, por depósito de la sustancia en el sistema reticuloendotelial, producir después de varios años graves lesiones por irradiación (tumores hepáticos, cirrosis, sarcomas). Se ha llamado poco la atención sobre las alteraciones en el sistema hematopoyético producidas de la misma manera. Los autores comunican el caso de un enfermo en el que siete años después de una inyección intraarterial de 30 c. c. de thorotrast conteniendo 7,5 c. c. de dióxido de torio se desarrolló el cuadro de una panmielopatía (anemia aplásica con leucopenia y trombopenia) que terminó lentamente. Es característico de las alteraciones por thorotrast un prolongado tiempo de latencia de seis a doce años y más. Esto también se observó en el presente caso, en el que a los siete años de la inyección aún persistía una manifiesta radioactividad en el hígado y bazo. Terminan los autores proscribiendo en absoluto el empleo de este medio de contraste.

**Nuevo tratamiento del tétanos.**—Los recientes progresos de la narcosis (curare e hibernación según LABORIT) y los éxitos de la cura de sueño parece que deben modificar el tratamiento clásico del tétanos. Basado en estos principios, el autor ha tratado con éxito un caso de tétanos con fenérgán y lisefén. Este relaja los espasmos musculares debidos a una lesión cerebral o espinal, probablemente actuando sobre estos centros. El fenérgán es un antihistamínico de síntesis con una marcada acción central hipnógena y una poderosa acción anestésica local; es además un antisináptico ganglionar débil y un anticolinérgico. Estos tratamientos necesitan, sin embargo, una vigilancia cuidadosa para evitar los inconvenientes de la inmovilización prolongada (decúbitos, complicaciones pulmonares, sonda vesical, alimentación parenteral) y de la "desconexión psíquica" del enfermo.

83 - 45 - 7 de noviembre de 1953

- \* Tratamiento combinado con cortisona y butazolidina en la artritis reumatoide. O. Gsell y H. K. von Fockenberg. La enfermedad del esquema corporal, padecimiento del enfermo crónico. E. Wilms.
- \* Flaxedil. H. Neuenschwander y A. Senn. Acción de la electrocortina sobre la eliminación de agua y electrolitos en comparación con la DOCA. P. Desaulles, J. Tripod y W. Schuler. Relaciones funcionales entre la vitamina B<sub>12</sub> y el ácido fólico en relación con la patogénesis de las anemias perniciosas. B. Aruffo. Determinación colorimétrica de la relación albúmina/globulinas en el suero sanguíneo. M. Noverraz. Hipersensibilidad al hexaclorociclohexano. O. Baumgartner.

**Cortisona y butazolidina combinadas en la artritis reumatoide.**—Se recomienda en las formas graves de los reumatismos articulares inflamatorios crónicos un tratamiento combinado de butazolidina y cortisona, que consta de tres períodos. En el primero, de preparación, se da butazolidina para disminuir la agudeza del proceso. Seguidamente se pasa a una segunda etapa, en la que se administra un total de 1,5 gr. de cortisona repartidos en 12-20 días. Finalmente, termina el ciclo terapéutico un tercer período, también de butazolidina, que permite prolongar los efectos de la cortisona. Cuando la situación es satisfactoria, puede suprimirse la medicación para volver a darla más tarde si se producen recaídas. Es necesaria una estricta vigilancia del cuadro hemático. Sin que se presenten acciones colaterales hormonales, han conseguido efectos duraderos considerables en el 55 por 100 y ordinarios en el 40 por 100.

**Flaxedil.**—Los autores comunican su experiencia de 200 narcosis por intubación empleando como relajante el flaxedil, producto de síntesis que califican de muy seguro. Tiene sobre los preparados naturales de curare

las ventajas de ser más extensas sus aplicaciones terapéuticas y mucho menores los efectos colaterales. Tiene un efecto hipertensor que es especialmente favorable en los enfermos hipotónicos. Por el contrario, esta misma propiedad hace que esté contraindicado en los hipertensos, en los que puede tener efectos letales (refieren un caso). También está contraindicado en miasténicos. Tiene una acción aceleradora de la frecuencia del pulso: por lo menos en un 50 por 100 de los casos se produce una taquicardia por encima de 100 y en una parte de estos casos por encima de 140 latidos por minuto. Esto no comporta ninguna dificultad técnica en los procedimientos clásicos de narcosis, pero impide su empleo en la narcosis por hibernación, en la que han de emplearse los curarizantes naturales junto con antihistaminicos de síntesis.

83 - 46 - 14 de noviembre de 1953

Sobre el problema de la insuficiencia cardíaca. R. Heglin.

7 Púrpura hiperglobulinémica de Waldenstroem y enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann. A. Cautier y P. A. Maurice.

\* Acción hipotensora de la combinación de apresolina y sangría. A. Schmid y H. Kellner.

\* El tratamiento con mostaza nitrogenada de las adenopatías tuberculosas. G. Bovo y B. D'Agnolo.

**Púrpura hiperglobulinémica de Waldenstroem y enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann.** — WALDENSTROEM describió en 1947 la púrpura hiperglobulinémica independiente de los casos de macroglobulinemia. Se caracteriza por púrpura y alteraciones de las proteínas plasmáticas. La púrpura es de curso crónico, por brotes de intensidad variable aun dentro del mismo individuo. En el lugar ocupado por cada mancha purpúrica queda una pequeña cicatriz bronceada. Se localiza de preferencia en los miembros inferiores y se desencadena a menudo por una marcha o una prolongada estancia en pie. Las constantes de coagulación son normales y positivas las pruebas de fragilidad capilar (lazo, ventosa). Los trastornos proteicos son principalmente la hiperglobulinemia absoluta y relativa. Las proteínas totales alcanzan 8-10 gr. por 100 y las globulinas 5-6 gramos por 100. La albúmina está poco o nada disminuida. Por electroforesis se ve que el aumento es predominantemente de la  $\gamma$ , estando la  $\alpha$  y la  $\beta$  sólo raras veces alteradas. La onda  $\gamma$  es redondeada y de base ancha, como en las enfermedades por virus, indicando su naturaleza heterogénea. Por ultracentrifugación hay un aumento de los componentes 7 s a expensas de los 4,5 s; falta el componente de 20 unidades Svedberg, característico de la macroglobulinemia. La viscosidad del suero está aumentada; las reacciones de labilidad, a menudo positivas, y la V. de S., de 160 a 100 mm. a la primera hora. HORSTER ha encontrado en la médula ósea un aumento del retículo y de las células plasmáticas que contiene inclusiones albuminicas que ponen en relación con la génesis de la hiperglobulinemia. La duración del proceso es muy larga y su curso absolutamente benigno. Los autores del presente trabajo comunican un caso típico asociado con una enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann, comprobada por estudio histológico del tejido muscular de una extremidad inferior, que hubo de ser amputada por oclusión arterial. Sugieren posibles relaciones etiológicas entre ambos procesos. Ya WALDENSTROEM pensaba que la púrpura hiperglobulinémica era un síndrome más bien que una enfermedad y diversas disproteinemias pueden originar un cuadro purpúrico.

**Efecto hipotensor de la apresolina y sangría.** — La inyección intravenosa de apresolina produce un descenso de la tensión diastólica; la sistólica queda igual: disminuye o aumenta un poco. Se produce también un aumento de la frecuencia del pulso, que junto con el aumento de presión diferencial, son expresión del aumento del volumen por minuto. La temperatura cutánea en la frente y en las extremidades aumenta y disminuye el tiempo de circulación, medida con la decolina, sin mo-

dificarse el volumen de sangre. Los autores se explican todo esto pensando que la apresolina debe ser fundamentalmente arterioldilatadora; la dilatación de las arteriolas conduciría a una plenificación más rápida de los canales venosos, a un mejor aporte venoso al corazón derecho y, por tanto, a un aumento del volumen minuto. Si esto es así, modificando la oferta venosa al corazón se podrá influir sobre el aumento del volumen minuto y restantes cambios circulatorios producidos por la apresolina sin disminuir su efecto hipotensor. Esto lo consiguen por medio de una sangría, practicada después de la administración de apresolina. La sangría disminuye intensamente la presión sistólica, aumenta sólo ligerísimamente la diastólica (por una vasoconstricción periférica compensadora) y restituye a la normalidad el tiempo de circulación y la frecuencia del pulso.

**Tratamiento de las adenopatías tuberculosas con mostaza nitrogenada.** — Según la experiencia de los autores, la mostaza nitrogenada es en el tratamiento de las adenitis bacilares un remedio rápido y a veces decisivo. No tiene ninguna contraindicación absoluta, a diferencia de otros tipos de terapéutica; no produce edemas ni origina nunca una reactivación local o general de las lesiones. No produce, como los tratamientos quirúrgicos, cicatrices o deformidades. Tampoco requiere el empleo de técnicas dolorosas, como es el caso en los tratamientos locales con antibióticos. Tiene además la ventaja de la ubicuidad de su acción en cualquier período de su enfermedad. Finalmente, es el producto más barato que lleva más rápidamente al resultado apetecido.

83 - 47 - 21 de noviembre de 1953

\* La implantación de estrógenos puros en la mujer. C. Miller.

Contagio y tiempo de incubación de la tuberculosis. J. Stiger.

\* La regulación del potasio en los músculos enfermos. H. Rodeck.

\* Tratamiento de los hemangiomas cavernosos de los párpados con inyecciones de agua hirviendo. W. Rudowski y J. Mewawiecki.

El estado actual del tratamiento de la meningitis tuberculosa. E. Rossi.

**Implantación de estrógenos.** — Sus indicaciones se han reducido por la aparición de preparados de depósito, especialmente las suspensiones cristalinas. No obstante, siguen encontrando aplicación en las amenorreas intensas, en la esterilidad y en los síntomas de ausencia hormonal consecutivo a operaciones radicales. La superficie del implante determina la intensidad de su acción mientras que su peso condiciona la duración de la misma. Los cristales de estradiol se reabsorben muy lentamente y son por esta razón muy adecuados para la implantación. Para la mayoría de las indicaciones es suficiente una cuota de reabsorción mensual de 1-3 miligramos. Con implantaciones hasta de 10 mg. se observan hemorragias por proliferación como síntoma colateral. En los casos graves con marcada atrofia del útero y esterilidad se pueden hacer implantaciones de 20-40 mg. Las dosis pequeñas dadas durante mucho tiempo estimulan funciones centrales y periféricas, verbigracia, el sistema diencefalo-hipofisario. Las dosis suprafisiológicas producen una depresión central. Se debe dar la preferencia a los estrógenos naturales sobre los sintéticos. Los estilbenos se reabsorben demasiado rápidamente y su actividad es excesivamente alta, por lo que producen con frecuencia hemorragias del endometrio. Para la implantación se puede emplear la musculatura glútea, el tejido subcutáneo de los cuadrantes inferiores de la pared abdominal o la submucosa vaginal. Las dos primeras vías se preferirán en las indicaciones extragenitales; la última, eventualmente asociada con una de las anteriores, cuando se desee conseguir algún efecto sobre los órganos genitales.

**El potasio de los músculos enfermos.** — Es indudable que el potasio contenido en las células musculares está



en relación inmediata con los fenómenos energéticos, representando una necesidad vital para la fibra muscular el mantenimiento de una adecuada concentración de K. El músculo enfermo o en necrosis pierde K en gran cantidad, el cual, según la concentración del mismo en el tejido próximo todavía sano, realiza acciones diferentes, en parte incluso muy perjudiciales. Será interesante estudiar de qué manera pueden ponerse en relación causal otros trastornos metabólicos con el metabolismo alterado del K.

**Tratamiento de los hemangiomas cavernosos palpebrales con inyecciones de agua hirviendo.**—Los autores comunican seis casos tratados en esta forma. El agua hirviendo actúa como un triple mecanismo: coagulación rápida de la sangre en las cavernas; coagulación del tejido que rodea las mismas, que toma una estructura vitrea homogénea; formación de abundantes infiltrados leucocitarios alrededor de este tejido. Aun cuando este método produce cicatrices y ligeras retracciones palpebrales, que llegan en ocasiones a determinar un cierre incompleto de los párpados, los enfermos lo consideran como una mejoría en relación con la molestia debida a la ptosis producida por el hemangioma. Es un método que debe ser divulgado, haciendo posible una dosificación de los efectos y una prevención de las complicaciones, principalmente la retracción y el ectropión.

83-48-28 de noviembre de 1953

- \* Las curas prolongadas de cortisona. G. Vickel.
- \* Reacciones circulatorias en breves cambios de altura en los Alpes. E. Haus y H. Jungmann.
- \* El hipogonitalismo hipergonadotropo. Ch. A. Jöel.
- \* Tratamiento de la hipertensión con serpasil, un alcaloide de la rauwolfia serpentina. L. Hensler.
- \* Terramicina intrapleural. G. Robel.

**Las curas prolongadas de cortisona.**—El autor se muestra poco partidario de las curas prolongadas con cortisona, a menos que se esté en condiciones de transformar este tratamiento prolongado en un tratamiento definitivo. Esto puede hacerse en ciertos reumáticos y en algunos asmáticos y más aún en casos de lupus eritematoso u otras enfermedades del colágeno, en los cuales la cortisona vendría a ser lo que la insulina en los diabéticos. De no ser así, hay que tener en cuenta que la interrupción de un tratamiento cortisónico mantenido largo tiempo amenaza con producir una insuficiencia suprarrenal. Además, la suspensión del tratamiento será tanto más difícil cuando más tardía. La mayoría de los enfermos, aunque su vida no quede en peligro, no saben ya resignarse a la reaparición de sus molestias, incluso en los casos en que estaban relativamente habituados a ellas antes de iniciarse el tratamiento. Por esta razón, nunca se emprenderá a la ligera un tratamiento con cortisona, que se presuma deba ser prolongado, si el enfermo no está en situación social que le permita perpetuarlo si es necesario.

**Hipogonitalismo hipergonadotropo.**—Es aquél en que la alteración es primariamente testicular, respondiendo la prehipofisis a la falta de andrógenos con un aumento de producción de gonadotropinas. Se puede diagnosticar por: 1) Negatividad de la respuesta a la gonadotropina coriónica, según HELLER y NELSON. 2) Eliminación urinaria aumentada de gonadotropinas hipofisarias y disminuida de 17-cetoesteroides. 3) Biopsia del testículo, mostrando una atrofia testicular total o una ausencia de epitelio espermiogénico con tejido conjuntivo y células de Leydig normales; y 4) Respuesta favorable a los andrógenos. Hay que distinguir varios tipos: agonalismo prepuberal con eunuquismo por ausencia congénita y pérdida o destrucción de gonadas; eunucooidismo puberal o prepuberal, como en el síndrome de Klinefelter; eunuquismo postpuberal por castración o enfermedad testicular (cáncer, tuberculosis, etc.); el llamado climaterio viril. Refiere el autor varios casos, señalando la utilidad en ellos del tratamiento con andrógenos: se obtiene capacidad para copular, desarrollo

de los genitales externos, estimulación de los caracteres sexuales secundarios y cambios psíquicos: individuos deprimidos se transforman en personas seguras en sí mismas.

**Rauwolfia serpentina en la hipertensión.**—El autor ha empleado para el tratamiento de diversos tipos de hipertensión un nuevo preparado: el Serpasil. Este es el nombre comercial (Ciba) de la reserpina, alcaloide aislado por MUELLER, SCHLITTLER y BEIN, en 1952, de la Rauwolfia serpentina, con acción sedante e hipotensora. Ha tratado en total 60 casos, de los que 31 eran hipertensos no renales y 29 renales. En la hipertensión esencial obtienen buenos resultados en 72 por 100 de 18 casos y solamente en 23 por 100 de 13 casos con otros tipos de hipertensión no renal, preponderantemente de elasticidad. En 52 por 100 de 19 esclerosis renales el efecto hipotensor fué bueno, así como en 3 de 5 casos de nefritis crónica, en 1 de 3 esclerosis malignas y en 1 caso (único tratado) de hidronefrosis. La dosis es de 0,5 miligramos (tabletas de 0,25 mg.) tres veces al día, que se puede aumentar, si falta la respuesta, a 1 mg. o incluso 1,5 mg. tres veces al día. No tiene efectos colaterales de importancia: solamente somnolencia, diarrea, bradicardia, trastornos gastrointestinales y en un caso arritmia. La reserpina no es superior en su acción a los preparados de alcaloides totales de rauwolfia serpentina, pero es más tolerable.

### Deutsche Medizinische Wochenschrift.

78-10-6 de marzo de 1953

- \* Resección segmentaria en la tuberculosis pulmonar. E. Derra y H. Rink.
- \* Excisión de la novocaína por la esterasa del suero. G. Taubmann y E. Tresser.
- \* Efectos circulatorios de los gangliopléjicos. R. Wenger, D. Doneff y E. Vyslonzil.
- \* El tratamiento de 100 casos de osteomielitis aguda hematogénica con penicilina. H. Waskoenig.
- \* Experiencia clínica con el nuevo anticoagulante Trombodin. U. Wilbrand.
- \* Ocená, bronquiectasias y alergia. W. Moritz.
- \* La aglutinación de las espiroquetas, una reacción simple para el diagnóstico de lúes en líquido cefalorraquídeo. G. B. Roemer y H.-W. Schlipkoeter.

**Resección segmentaria en la tuberculosis pulmonar.** Las alteraciones funcionales tardías del sistema cardiopulmonar en la colapsoterapia son una desventaja importante de tal método. Ahora la resección segmentaria hace posible la extirpación selectiva de los focos de necrosis específica con preservación del parénquima sano. Puesto que en la patogénesis de la tuberculosis pulmonar crónica la formación de un foco caseoso y su abertura en el árbol bronquial caracterizan el comienzo de la evolución tísica, será eficaz la eliminación quirúrgica de este foco de tisis. Es racional la extirpación de focos de los segmentos apical y posterior del lóbulo superior, que aparecen como focos encapsulados estacionarios pre o postcavernosos y que frecuentemente originan un brote tuberculoso después de su reblandecimiento. La resección primaria de un foco de tisis deja el camino abierto a la acción de quimioterápicos y antibióticos y evita el riesgo de resistencias en procesos que a causa de su estructura histológica son inasequibles a este tratamiento. Los autores no han tenido ningún caso de muerte ni complicación alguna grave en las resecciones segmentarias por formación de cavernas en los segmentos interlobares y en cavernas situadas subpleuralmente en los segmentos apical y posterior del lóbulo superior. Tampoco en combinación con la decorticación en el pulmón rígido por neumotórax ni el empiema específico con fístula bronco-pleural ni tampoco, finalmente, en las cavernas que se reprodujeron en el seno de una toracoplastia.

**Excisión de la novocaína por la esterasa del suero.**—La capacidad de la esterasa del suero para escindir la novocaína varía notablemente en los diferentes individuos. Este desdoblamiento se hace peor en los sujetos

febriles que en los sanos. Especialmente se ve en los traumatizados del cráneo una disminución durante largo tiempo de la capacidad de escisión de la novocaina. Esto puede considerarse como una aportación al problema de las relaciones entre funciones centrales y acciones fermentativas.

**Efectos circulatorios de los gangliopléjicos.**—Los autores realizaron controles ECG en 20 enfermos (10 sanos desde el punto de vista circulatorio y otros 10 hipertensos o con miocardiopatía arterioesclerótica) tratados con hipotensores (nexametonió y pendiomida) para llevar a cabo operaciones otológicas. Observaron en 18 casos una disminución de T en I y II, más marcada en los casos en que el ECG preoperatorio era ya anormal. Estas modificaciones pudieron ser demostradas a los pocos minutos de la inyección (una vez al primer minuto), persistiendo hasta nueve horas. En un caso se vió una prolongación del tiempo de conducción. No se vieron alteraciones importantes de la frecuencia. En los normales, los cambios del ECG regresaron pronto, aun cuando todavía persistiera el efecto hipotensor; por el contrario, en los enfermos circulatorios estas alteraciones persistieron por más tiempo, aun cuando las cifras de tensión estuvieran ya en aumento. Los mejores medios de investigación resultaron ser la prueba de la regulación circulatoria después de la inyección de histamina, de Schellong, y el control ECG continuo durante este prueba. En los normales, se observó generalmente sólo reacción hipodinámica y pequeñas modificaciones de la onda T y del espacio S-T, mientras que en los cardiopatas se presentó con frecuencia colapso ortostático y por la histamina, siendo más acusadas las alteraciones ECG. En los sujetos circulatoriamente sanos, la práctica de la hipotensión controlada con fines quirúrgicos es inocua. En los arterioescleróticos, una respuesta muy intensa en la prueba de la histamina de Schellong será un aviso para no producir grandes descensos de tensión, que podrían producir una anoxia cerebral importante. Lo mismo en los sujetos con alteraciones cardíacas en que se comprueben grandes cambios ECG, pues hay el riesgo de irrogar disturbios del riesgo coronario.

**Experiencias con Trombodin.**—El Trombodin es la gal de neodimio del ácido 3-sulfo-isonicotínico, dotado de propiedades anticoagulantes por disminuir el contenido en protrombina de la sangre. Actúa electivamente sobre la protrombina: electrofóticamente no se ha comprobado ningún cambio después de su administración y faltan asimismo modificaciones de los valores seidométricos. El autor ha empleado este nuevo fármaco principalmente como profiláctico de las trombosis; apenas tiene experiencia como curativo. En el primer sentido, su eficacia es indudable: de 305 enfermas en que lo empleó en el postoperatorio, en ninguna se presentaron trombosis, infartos o embolias. Tiene la ventaja de no requerir control del tiempo de protrombina por no producirse acumulación funcional del medicamento. Esto hace posible la aplicación de una pauta esquemática, consistente en dos inyecciones intravenosas (250 mg.) el primer día y una (125 mg.) los restantes días. La tolerancia en general es muy buena y no tiene efectos tóxicos.

78 - 11 - 13 de marzo de 1953

- \* El dolor de rodilla, N. Hakenbroch.
- \* Función ovárica y epilepsia, C. Mueller.
- \* La narcosis potenciada, W. Irmer y F. H. Koss.
- \* La administración de un relajante muscular, el diyoduro de succinilcolina, en los tratamientos convulsivos, K.-Th. Ruckdeschel.
- \* Diagnóstico diferencial y tratamiento de los accidentes transfusionales, L. Koslowki y H. Kolde.
- \* Experiencia en el tratamiento de los estados de colapso inminente, U. J. Wassner.
- \* Estadísticas del tratamiento con teofilina-etilendiamina del asma bronquial, H. Martin.
- \* Indicación de la dieta hiperproteica en la diabetes mellitus, H. Wenderoth.
- \* Tratamiento de la intoxicación con ECG5 en el hombre, K. Jaeth.

**El dolor de rodilla.**—Cuando se estudia comparativamente las diferentes clases y localizaciones de un dolor, se puede afirmar que apenas un dolor por sí sólo puede aclarar el cuadro clínico. Siempre forma parte de un todo, que es el único que permite llegar a un diagnóstico. Ante un dolor intenso de la rodilla hay que considerar las posibilidades de síntomas del menisco, trastornos estáticos, engrosamientos de la cápsula y derrames articulares. Lo mismo vale para las alteraciones de la movilidad de la rodilla, en las cuales hay que considerar también el estado de los músculos. Hay que explorar siempre también la articulación de la cadera y, según el carácter y curso de las irradiaciones dolorosas, el raquis. Muy a menudo la historia del enfermo con dolores en una o ambas rodillas es muy larga; la inspección del enfermo puede ya aclarar muchas cosas: edad, obesidad y pie plano. Los traumas referidos en la anamnesis han de ser valorados con un juicio crítico muy severo.

**La narcosis potenciada.**—Los autores comunican su experiencia en 150 casos. El bloqueo vegetativo e histamínico disminuye o aumenta la reacción defensiva adrenalínica de la circulación con vasoconstricción periférica, y el aumento del metabolismo producido por el paso de adrenalina a la sangre. De la estabilización circulatoria vasopléjica, de la supresión de la reacción defensiva y de la disminución de temperatura, resulta una mayor seguridad contra la hipoxemia. Las mayores ventajas frente a los otros procedimientos se observan en la cirugía cardíaca y en la narcosis etérea en circuito abierto. Destacan principalmente la disminución de las secreciones bronquiales, de los reflejos laringeos, de los espasmos bronquiales y de los reflejos cardiovasculares, dilatación capilar y analgesia postoperatoria sin alteraciones respiratorias por el dolor o por los opiáceos. El refuerzo de la acción narcótica sin aumento de la toxicidad facilita la narcosis y aumenta la seguridad.

**Succinilcolina en los tratamientos convulsivos.**—La succinilcolina presenta en la terapéutica convulsivante las siguientes ventajas sobre el cloruro de D-tubocurarina y otros relajantes sintéticos anteriormente empleados: en primer lugar, un rápido comienzo de acción y una asimismo rápida conversión en productos atóxicos por ser metabolitos no extraños al organismo. Por esta brevedad de su acción es especialmente útil en el tratamiento convulsivante. Por oposición a los relajantes musculares anteriores, la succinilcolina no libera histamina, faltando por esto el peligro de un espasmo bronquial o laringeo. Como con el curare, hay el peligro de una parálisis respiratoria demasiado prolongada que exija la intubación. Carece de otros inconvenientes del curare: tratamientos previo y posterior con atropina y fisostigmina y parálisis de duración no controlable con seguridad. Con el empleo de la succinilcolina (que no tiene acción perjudicial sobre el aparato circulatorio) desaparece la contraindicación del tratamiento convulsivo en los enfermos circulatorios, pues en esta forma representa una exigencia muy pequeña para el corazón y la circulación.

**Dieta rica en proteínas en los diabéticos.**—El autor es partidario del empleo de una dieta rica en proteínas en determinados casos de diabetes, con lo que encuentra buenos resultados en diversos estados complicativos de esta enfermedad, principalmente las alteraciones vasculares (en especial retinianas) y hepáticas, así como los trastornos del crecimiento y del desarrollo que se presentan en las formas juveniles. Esta dieta no se opone al principio de una alimentación rica en hidratos de carbono y pobre en grasas. Se debe dar especialmente proteínas animales en una cantidad no inferior a los 100 gr. diarios.

73 - 12 - 20 de marzo de 1953

- \* Asma bronquial y psicoterapia, J. H. Schultz.
- \* Génesis y tratamiento del mareo, E. M. Glaser.



- \* Sobre el tratamiento del mareo. L. Benkendorf. Diagnóstico y tratamiento de las secuelas tardías de las trombosis. R. May y R. Nissl.
- \* La significación de la obesidad como causa de enfermedad, su tratamiento y profilaxis. F. Grosse-Brockhoff.
- \* Cambios en la concepción de la esencia de la tetania. K. W. Essen.
- \* Sobre la meningitis recidivante consecutiva a otitis del lactante. H. Richter.
- \* La mortalidad de los lactantes en el primer día de la vida. B. Manstein.
- \* Valoración diagnóstica y pronóstica de la glucorraquia en la meningitis tuberculosa infantil. M. Groll-Kahl.
- \* La exanguinotransfusión.

**Naturaleza y tratamiento del mal de mar.**—La principal causa del mal de mar es la irritación del aparato vestibular. No se produce cuando ambos vestibulos están destruidos. El reflejo nauseoso y del vómito se produce principalmente por los movimientos de ascenso de la cabeza. Tiene su centro en la formación reticular lateral y puede convertirse en un reflejo condicionado, de manera que un sujeto que ya se haya mareado con frecuencia puede sufrir el impulso al vómito al entrar en un barco parado. Todos los medios de transporte moderno pueden producir "mareo", por lo que sería mejor llamarlo enfermedad del movimiento (motion sickness). Son eficaces para el tratamiento las sustancias que disminuyen la excitación o la excitabilidad de los centros cerebrales subcorticales. En la experiencia de los autores, lo mejor es el bromhidrato de escopolamina. Los antihistamínicos serían de efectos muy variables; el mejor parece ser el fenegán o prometazina, pero hay otros que empeoran la quinetois. La dramamina sería, como el benadril, de efectos menores que el bromhidrato de escopolamina.

**Tratamiento del mal de mar.**—El autor presenta su experiencia en el tratamiento del mareo con vitamina B<sub>6</sub>. En 500 enfermos lo administraron por vía oral (tabletas). Un tercio de los casos fueron fracasos, otro tercio resultados moderados y el tercio restante resultados sorprendentes. En otros 2.500 casos la administración fué rectal (supositorios); en este grupo los resultados satisfactorios llegaron al 90 por 100, con desaparición completa o mejoría satisfactoria de los síntomas.

**Ideas actuales sobre la tetania.**—La tetania no constituye una unidad etiológica, sino una unidad clínica. El cuadro clínico se caracteriza por la demostración de hiperexcitabilidad neuromuscular (signos de Chvostek, Erb y Trousseau y prueba de hiperventilación), junto con crisis de dolor o contracciones tónicas no sólo en los músculos esqueléticos, sino también en otros órganos: vasos del cerebro, corazón y extremidades; órganos huecos como vesícula biliar, intestino y tracto urogenital (formas larvadas de tetania). En lo que se refiere a la etiología, ha de establecerse que el punto crucial en la génesis de la tetania puede estar en las paratiroides, también en una desviación del metabolismo en el sentido de la alcalosis, pero frecuentemente en una especial predisposición individual a la hiperexcitabilidad neuromuscular, que se manifiesta clínicamente en crisis tetánicas por influencias de diversas clases (psíquicas, infecciones, intoxicaciones, etc.). Los factores que entran en juego en este complicado sistema de regulación neurohormonal pueden conducir a la tetania en parte independientemente y en parte influyéndose mutuamente. El tratamiento ha de atender a la multiplicidad de posibles mecanismos.

**Meningitis recidivante por otitis media.**—El autor comunica un caso en un lactante de siete meses, que sufrió una meningitis seguida de otras dos recidivas con los intervalos de ocho y nueve días y, finalmente, curado por la intervención sobre el oído, en la que se encontró una mastoides casi completamente compacta-esponjosa y en aditus ad antrum una pequeña cavidad completamente llena de pus; no había absceso extradural. En todo caso seguro o sospechoso de meningitis hay que controlar el estado de los oídos aun cuando no

haya síntomas directamente referibles a ellos. La exploración otológica es necesaria, incluso en los casos en que la administración de penicilina parezca eficaz, pues con ésta, lo mismo que con las sulfamidas, sólo se puede conseguir una curación definitiva cuando se suprime operatoriamente el foco inflamatorio primitivo, de donde se diseminan los gérmenes. Se aconseja hacer esto en las complicaciones de las otitis tan pronto como sea posible.

78 - 13 - 27 de marzo de 1953

- \* Sobre la génesis de los dolores abdominales recidivantes de tipo cólico en los niños ("cólicos umbilicales"). K. H. Schaeffer y M. A. Lassrich.
- \* Crítica del concepto de la miocardosis desde el punto de vista de la patología. E. Letterer.
- \* Queratitis por virus. P. A. Jaensch.
- \* Sobre la acción virulicida de los antibióticos. A. Herrlich.
- \* Tratamiento de la tuberculosis ocular humana y experimental con neotebén. R. Zintz y W. Wegner.
- \* La importancia de la obesidad como causa de enfermedad, su tratamiento y profilaxis. F. Grosse-Brockhoff.
- \* Contribución a la etiología y tratamiento del oca. G. Fabian y H. zur Horst-Meyer.

**Dolores abdominales recidivantes en los niños.**—MORO, en 1913, les dió el nombre de "cólicos umbilicales recidivantes", señalando que se trataba de procesos puramente funcionales. Los autores consideran que no se trata de una unidad nosológica, sino de un síndrome con etiología muy diversa. En más de la mitad de los casos observados pudieron demostrar radiológicamente alteraciones orgánicas; a la cabeza de éstas, por su frecuencia, están los procesos inflamatorios recidivantes del ileon terminal y de la válvula ileocecal. A rayos X se ve una granulación de la superficie de la mucosa, que le da un aspecto "empedrado". Siguen, por orden decreciente de frecuencia, la ascariasis, los infartos, específicos o inespecíficos, de los ganglios abdominales; los procesos inflamatorios o ulcerosos del estómago y duodeno, el enterocatarro sin diarrea ("diarrea interna"), las apendicitis, las invaginaciones recidivantes e incompletas y algunos procesos del intestino grueso. Es difícil precisar en cada caso hasta qué punto se trata de un proceso simplemente funcional; en algunos casos pueden ser equivalentes migrañosos o epilépticos. En todo caso, excepto en los de naturaleza epiléptica, se necesita una hiperexcitabilidad vegetativa que permita que las afecciones orgánicas abdominales banales y más frecuentes (por ejemplo, la ileítis) se manifiesten clínicamente por ataques de dolor abdominal.

**Terramicina y viruela.**—Se conoce la acción virulicida de algunos antibióticos. La experimentación "in vitro" con diversos antibióticos sobre el virus vacunal demuestra que es la terramicina la dotada de máximo efecto sobre éste. Para probar su acción "in vivo" tomó el autor dos series de niños de 8-10 meses de edad, a los que hicieron la vacunación antivariólica, dejándola en unos a su evolución natural y comenzando en otros a los 3-12 días de la vacunación un tratamiento con 50 miligramos de terramicina por kilo de peso. En los tratados se observa que la elevación febril producida por la vacunación es muy discreta (sólo unas décimas); la pústula es aproximadamente igual en ambos grupos, pero el área inflamatoria peripustulosa es mucho menor en los tratados que en los no tratados. La experiencia en el tratamiento de enfermos de viruela es muy reducida: dos senegaleses tratados en comparación con otros dos que no recibieron terramicina, sirvieron de control. La dosis fué de 3 gr. diarios y sus efectos se manifestaron por no aparición o desaparición de la fiebre, no aparecen nuevas pústulas y si ya había algunas comienzan rápidamente a secarse. Reconoce el autor que aunque los resultados son muy alentadores es imprescindible una experiencia más amplia, ya que incluso en los casos no tratados se observa a veces variaciones en el curso clínico, y por otra parte, pudiera la acción de la terramicina limitarse a suprimir o prevenir la infección secundaria, purulenta, del exantema.

**Etiología y tratamiento del ocena.**—Los autores han estudiado 74 enfermos de ocena, habiendo encontrado en el 70 por 100 trastornos de la regulación del metabolismo del agua y de los hidratos de carbono y además en el 73 por 100 alteraciones del flujo sanguíneo en el territorio de las más finas ramificaciones vasculares, con tendencia a los espasmos arteriales, como se pudo demostrar en los dedos. En total, un 89 por 100 de los enfermos presentaban trastornos de las funciones reguladoras centrales. Por otra parte, de 100 enfermos endocrinos no seleccionados observaron alteraciones circulatorias y cambios atróficos en la mucosa nasal en 32. En conclusión, piensan que la rinitis atrófica y el ocena están determinados, si no exclusivamente, al menos principalmente por trastornos circulatorios de origen neurohormonal debidos a disfunción del sistema diencefalo-hipofisario. Han obtenido buenos resultados terapéuticos con la vitamina E.

### Journal of the Biological Chemistry.

203 - 1 - 1953

- \* Uricolisis en el hombre normal. J. B. Wyngaarden y D. Stetten.
- \* Proteínas en el mieloma múltiple. F. W. Putnam y P. Stelos.
- \* La toma de compuestos sulfhidrúlicos por la suprarrenal, el hígado y el músculo de rata. J. E. Goldzieher, W. B. Rawls y M. A. Goldzieher.

**Uricolisis en el hombre normal.**—Se ha medido la uricolisis en el hombre determinando la distribución del isótopo utilizado en ácido úrico, urea y amoníaco urinarios tras la inyección intravenosa de ácido úrico-1,3- $N^{15}$ . Sobre la base de la recuperación de isótopo se ha calculado que, del ácido úrico administrado, alrededor del 18 por 100 fué degradado hasta otros productos nitrogenados que aparecen en la orina y alrededor del 6 por 100 fué excretado con las heces durante un período de dos semanas, concluyendo que el 78 por 100 del ácido úrico se excretó sin cambio alguno por la orina. La repetición de este experimento en el mismo sujeto, mientras se mantuvo la bacteriostasis intestinal mediante

una sulfamida suministrada por vía oral, no dió lugar a ninguna alteración esencial de los resultados analíticos. Los resultados se toman como prueba de la aparición de uricolisis en el hombre normal y como índice de que la flora intestinal no juega un papel importante en este proceso.

**Proteínas en el mieloma múltiple.**—El análisis físico-químico de la proteína urinaria excretada por 18 individuos con mieloma múltiple ha revelado una gran diferencia en su homogeneidad y movilidad electroforética. En 10 casos (grupo I) la porción principal se obtuvo por electroforesis y ultracentrifugación a pH 8,6 y la constante de sedimentación era 3,1 a 3,6 unidades Svedberg. Las otras proteínas (grupo II) eran de menor peso molecular y usualmente muy heterogéneas. Aunque las proteínas del grupo I satisfacían los criterios de identificación de la proteína de Bence-Jones, difirieron todas en una o más propiedades físicas tales como la constante de sedimentación, punto isoelectrico, homogeneidad eléctrica o molecular y estabilidad al pH. El análisis físico-químico, aunque establece la diversidad de las proteínas de Bence-Jones, fracasa para indicar su origen.

**La toma de compuestos sulfhidrúlicos por la suprarrenal, el hígado y el músculo de rata.**—La administración de l-cisteína origina un acúmulo de sulfhidrúlos no proteicos en el hígado y suprarrenal en tres horas. La l-serina, el análogo a la cisteína libre de azufre, no tiene efecto sobre la concentración de sulfhidrúlos tisulares. El glutatión reducido no origina ningún cambio. Estos hallazgos con respecto al hígado no se afectan por la suprarrenalectomía. La administración oral repetida de l-cistina produce también un acúmulo de SH libres en el hígado, pero no en las suprarrenales ni en el tejido muscular. Parece que tanto la corteza suprarrenal como el hígado participan activamente en el metabolismo de los compuestos sulfhidrúlicos y la respuesta metabólica de estos tejidos a la incorporación de materiales portadores de SH varía con el tipo de compuesto SH usado.