

Accésit.—Se podrá otorgar un accésit al trabajo que suceda en mérito al premiado (en cualquiera de los dos temas anunciados), cuyos autores tendrán derecho a diploma especial y concesión del título de Académico correspondiente.

Condiciones: 1.º Podrán concurrir los profesionales de toda España, con la sola exclusión de los Académicos de número de la Corporación.

2.º Los trabajos deberán ser inéditos, en doble ejemplar, escritos a máquina, doble espacio, y ser remitidos al señor Secretario general, precisamente por correo, en sobre certificado, lacrado, acompañados de "Plica" cerrada y lacrada, conteniendo el nombre y dirección del autor.

3.º Será excluido del concurso todo trabajo que contenga alguna indicación que pueda revelar el nombre del autor. A este fin, no se sostendrá correspondencia alguna respecto de los mismos en ningún sentido.

4.º El plazo de admisión de trabajos finalizará el 15 de noviembre de 1955.

5.º Recaído acuerdo de la Real Academia, en sesión plenaria, sobre los trabajos que han de ser premiados, se abrirán por el Secretario las correspondientes plicas, comunicando a los autores dicho fallo e invitándoles a la sesión pública inaugural.

6.º El reparto de los diplomas y premios tendrá lugar en dicha solemne sesión pública inaugural del curso de 1955.

7.º Los trabajos premiados quedarán de propiedad de la Academia, y los no premiados serán remitidos a sus autores, si así lo solicitan, con la comunicación oportuna del fallo del concurso.

Nota.—Cuando los trabajos contengan fotografías,

grabados, etc., sólo es necesario intercalar éstos en el ejemplar original, haciéndose en la copia la cita correspondiente.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Facultad de Medicina. Cátedra de Otorrinolaringología.

Patología clínica rinosinusal.

Alergia rinosinusal.

Sepsis rinosinusal.

Tumores rinosinusales.

Curso intensivo monográfico a cargo del Profesor Adolfo Azoy, Catedrático de la asignatura y miembro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Este Curso se desarrollará en la Clínica Universitaria de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina y en el Servicio de Otoneurología del Instituto Neurológico Municipal del 20 al 25 de junio, ambos inclusive, del año en curso.

El Curso se verificará desde las nueve de la mañana a las dos y de seis a nueve de la tarde. Se dictarán dos lecciones diarias efectuándose sesiones quirúrgicas cotidianas, procediéndose, además, a la explicación y realización de las maniobras y medios de diagnóstico en sesiones clínicas y prácticas. Los asistentes ejecutarán intervenciones en piezas anatómicas. Se extenderá un diploma de asistencia a quien lo solicite.

Derechos de inscripción, 700 pesetas.

Para informes e inscripciones en la cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Barcelona, teléfono 308000.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTREE. Doctor JEAN QUENU.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1953.—Un volumen de 294 páginas con 251 figuras, 2.300 francos.

El fascículo VII de la "Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée" contiene varios artículos del profesor QUENU (amputación de mama, frenoplastia, histerectomías por fibromas) y otros autores desarrollan diferentes cuestiones (nefrectomía parcial, simpatectomía lumbar, medulosuprarrenalectomía, resección de la safena, etcétera). Este fascículo mantiene un carácter similar a los anteriores, de evidente valor práctico, con excelentes esquemas que apoyan las descripciones.

DIE KREUZSCHMERZEN DER FRAU. Doctor H. MARTIUS.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 166 páginas con 73 figuras, 19,50 DM.

Esta conocida monografía, que aparece en su cuarta edición, será siempre leída con fruto por el especialista y por el médico general, pues en ella se tratan los problemas de la etiopatogenia y sintomatología de los dolores lumbosacros derivados de las afecciones genitales femeninas. Se trata después bastante detenidamente de las medidas que integran la ortopedia ginecológica. Un diagnóstico y un tratamiento bien orientados sobre base científica dentro de este terreno permiten la curación de molestias importantes que, aunque no revistan gravedad "quod ad vitam", constituyen con frecuencia la cruz de las pacientes. En todos esos aspectos el libro constituye una excelente guía práctica.

LES REGULATIONS NEURO-VEGETATIVES. Doctor SANDRO BURGI.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1953. Un volumen de 176 páginas, 680 francos.

En forma sencilla y esquemática, trata el autor la organización general del sistema vegetativo y su participación en las regulaciones orgánicas. Se basa sobre una buena información y hace una exposición grata y bien comprensiva.

LIBROS RECIBIDOS

"Rehabilitación. Ejercicios correctores y masaje". Doctor L. Esteban Mújica.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 247 páginas con 117 figuras, 140 pesetas.

"PATOLOGÍA UROGENITAL. Enfermedades de la próstata". Tomo II. Volumen II. Doctor S. Gil Vernet.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 984 páginas con 518 figuras, 600 pesetas.

"PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA". 3.ª edición. Dr. J. Rof Carballo.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 1.134 páginas con 167 figuras, 320 pesetas.

"Dilthey, Jaspers y la compresión del enfermo mental". Doctor Martín Santos.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 311 páginas, 95 pesetas.

"ATLAS DER HANT-UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN". Doctor W. Frieboes.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 292 páginas con 476 figuras, 118 DM.

B) REFERATAS

A. M. A. Archives of Pathology.

56 - 5 - 1953

- Perosis, S. B. Wolbach y D. M. Hegsted. Cambios sanguíneos en el hombre tras la muerte debida a sumersión. S. H. Durlacher, H. C. Freimuth y H. E. Swan. Cáncer asociado con hiperplasia del estroma ovárico. S. C. Sommers y O. M. Lombard. Es el grado histológico del carcinoma del colon un procedimiento válido? R. E. Qualheim y E. A. Gall. Efecto de los productos de crecimiento del estreptococo sobre el desarrollo de la artritis por virus experimental. L. Sokoloff y P. M. Beegel. Morfología del riñón en el morbus ceruleus. H. Mecssen y M. A. Litton. Leontiasis ósea, epifisis fusiforme y tumor de células granulosas del testículo con enfermedad renal. J. Cohen e I. Diamond. Coartación de la arteria celiaca. P. G. Piper. Un útero en un hombre. R. W. Prichard.

Cáncer asociado con hiperplasia del estroma ovárico. La investigación estadística de los cánceres que se encuentran asociados generalmente con hiperplasia del estroma cortical del ovario ha revelado muy alta frecuencia de esta anomalía acompañando a carcinomas del pulmón, esófago y estómago en comparación con los casos de carcinomas del cervix o del colon y con los casos controles no neoplásicos. Se ha demostrado que la mayoría de los cánceres de mama y de endometrio se acompañan de esta anomalía. Parece que los cambios hipofisarios acompañantes y la disfunción adrenocortical subsiguiente pueden ser de importancia carcinogénica.

Los productos de crecimiento del estreptococo en la artritis por virus.—Los experimentos demuestran que ciertos virus filtrables, cuando penetran en suficiente cantidad en las estructuras articulares, pueden producir el desarrollo de artritis. En las condiciones de estos experimentos ninguno de los productos del crecimiento del estreptococo hemolítico investigados (estreptolisina O, estreptolisina S o estreptoquinasa-estreptodornasa) ejercen una influencia apreciable potenciando el desarrollo de la artritis por virus. El hecho de que la estreptolisina O influencia el desarrollo de la carditis por virus en conejos indica que ello es, de algún modo, una acción cardiotrópica y no afecta a otras estructuras de las atacadas en la fiebre reumática. Si la fiebre reumática es una lesión por virus provocada por una infección estreptocócica preexistente, la relación entre el virus y la bacteria es de un tipo más específico que lo que se ha postulado anteriormente.

Morfología del riñón en el morbus ceruleus.—Se aporan los hallazgos histológicos en el riñón de 28 enfermos con morbus ceruleus. Es característica la ectasia de las asas capilares con aumento glomerular; los vasos aferentes son grandes y las venas eferentes están dilatadas. Se describen la obliteración fibrosa de los glomerulos, obliteración parcial de las asas capilares y engrosamiento del tejido intersticial. La hipoxia crónica del morbus ceruleus no da lugar a la destrucción del parénquima renal. Los hallazgos anatómicos en el riñón de los enfermos con morbus ceruleus son un prerequisito para la interpretación de las pruebas clínicas de función del riñón en esta enfermedad.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

29 - 2 - 1953

- Hormonas de la corteza suprarrenal. E. C. Kendall. Diagnóstico de las enfermedades endocrinas: Consideraciones clínicas y de laboratorio. L. J. Soffer.

- Efectos de la adrenalectomía subtotal sola y combinada con la simpatectomía sobre los niveles de presión sanguínea y las complicaciones de la hipertensión arterial grave. C. C. Wolfert, W. A. Jeffers, H. A. Zintel, J. H. Hafkenschiel y A. G. Hills. Recientes avances en dermatología. C. T. Nelson. Respuestas locales electrocorticales inducidas por aplicación tópica de cloruro de acetilcolina en la corteza cerebral humana. J. G. Chusid y C. G. de Gutiérrez-Mahoney. Teoría auditiva. E. G. Wever y M. Lawrence. Una teoría general de los tumores óseos. L. C. Johnson. Nuevos métodos ópticos para el estudio de la célula: Aplicaciones en patología. R. C. Mellors.

Diagnóstico de las enfermedades endocrinas.—Como final del análisis que hace el autor, concluye que no hay ningún procedimiento que permita la distinción entre los diversos estados endocrinos y que el diagnóstico depende de la relación inteligente entre el juicio clínico y los resultados del laboratorio para llegar a una conclusión correcta. A menudo procedimientos sencillos pueden servir para nuestro propósito. Así, en un enfermo con mixedema se puede muchas veces establecer el carácter primario de la enfermedad pasando un contador de Geiger sobre el cuello y parte superior del tórax después de la administración de una dosis indicadora de yodo radioactivo; si no se demuestra toma por el tiroides, hay un buen dato para suponer que un enfermo semejante tiene una ausencia congénita del tiroides y, por ende, un mixedema primario, y en tales casos no son necesarios procedimientos complejos de laboratorio para establecer el diagnóstico correcto. De igual modo, una historia cuidadosa, un examen físico inteligente y el estudio radiográfico de la silla turca que muestra aumento y erosión del techo o de las clínoïdes, permiten establecer el diagnóstico correcto en muchos casos. Es importante recordar que la interpretación de múltiples procedimientos de laboratorio a que un paciente puede ser sometido, no es siempre sencillo ni los resultados, muchas veces, aclaran el cuadro, por lo que éstos sólo pueden servir como coadyuvantes de una cuidadosa observación y estudio clínicos.

Adrenalectomía subtotal en la hipertensión.—La cantidad de tejido suprarrenal capaz de mantener a los enfermos en estado satisfactorio, en ausencia de stress especial, es relativamente pequeño, en algunos casos no más del 5 por 100. La reducción de la hipertensión no se consigue si no se obtiene una insuficiencia suprarrenal aunque leve, de tal modo que se precisa la resección de por lo menos el 95 por 100 para conseguir algún resultado. La impresión de los autores es que los mejores resultados se consiguen combinando la simpatectomía abdominal y esplacnecectomía o la simpatectomía toracolumbar con la adrenalectomía subtotal. La adrenalectomía sola o combinada ha conseguido un efecto considerable en nueve casos de fracaso cardíaco congestivo que complicaba la enfermedad hipertensiva, sugiriendo que la mejoría puede atribuirse en parte a la disminución de la presión y en parte a la alterada regulación de los electrolitos, por lo que constituye una indicación de la intervención. En cambio, los resultados han sido desagradables en casos con función renal muy afectada. También mejora la retinopatía hipertensiva y la deterioración mental avanzada.

Una teoría general de los tumores óseos.—Un análisis de dónde, cuándo y por qué aparecen los tumores óseos, indica que estas neoplasias no son completamente autónomas, sino que están sujetas a las leyes del crecimiento del hueso normal, que puede caricaturizar, pero a las que no puede escapar totalmente. Las diversas categorías de tumores representan ensayos abortados o grados variables de éxito en recapitulando la química orgánica de producción y destrucción de las matrices esqueléticas por la actividad citoplasmática de las células. El aspecto de un tumor particular parece ser el

resultado de la influencia de las fuerzas que juegan en aquel campo sobre las células neoplásicas y se manifiesta por una actividad citoplasmática característica que define al tumor. Así, los aspectos del crecimiento biológico de los tumores óseos se reflejan en su morfología y, al contrario, su biología puede inferirse de un detallado estudio de su morfología.

Brain.

72 - 2 - 1954

- sobre la clasificación, historia natural y tratamiento de las miopatías. J. N. Walton y F. J. Natrass.
- Epilepsia fotogénica: Ataques autoperpetuados. E. G. Robertson.
- Angiomas de la fosa posterior. Presentación clínica de nueve casos. V. Logue y G. Monckton.
- Espondilosis cervical. Frecuencia y complicaciones. C. Paillie, A. M. Jones y J. D. Spillane.
- Observaciones sobre las modificaciones reflejas en los miembros inferiores en la paraplejia espástica en el hombre. J. Marshall.
- La discriminación entre el pellizamiento y la presión de la piel. La base de una prueba clínica. S. Renfrew y D. Cavanagh.
- Comportamiento de los cilindroejes piramidales después de la sección. J. W. Lance.
- Dispersión temporal en las descargas corticales aferentes como un factor en la percepción. W. R. Adey, R. Porter e I. D. Carter.

Miopatías: Estudio de 105 casos de diversas formas de miopatía.—La mayor parte de los casos de distrofia muscular son incluyibles dentro de uno de los tres tipos de DUCHENNE, facio-escápulo-humeral y de las cinturas de los miembros. Se pueden presentar también algunas formas más raras, clínica y genéticamente distintas, tales como las formas distal, ocular, congénita y local, así como algunos tipos de miopatías de origen endocrino-metabólico y los que aparecen relacionados con las enfermedades del colágeno: el tipo menopáusico y el tipo benigno de la infancia. Por lo que se refiere a la miotonia, piensan los autores que todos los casos, con distrofia o sin ella, forman parte de una sola entidad morbosa en la que caben tres síndromes distintos: distrofia miotónica, miotonia congénita y paramiotonía. Después de una amplia exposición de los caracteres clínicos, evolución y complicaciones presentados por los enfermos de cada tipo, los autores exponen los resultados de los tratamientos llevados a cabo. Dividieron al azar los enfermos en cinco grupos, cuidando solamente de que todos los grupos de enfermos fueran semejantes entre sí en lo referente al número de enfermos de cada tipo incluidos en el grupo; a cada grupo de enfermos aplicaron un tratamiento distinto durante seis meses. Estos tratamientos fueron: alfa-tocoferol sintético, aceite de germen de trigo, mezcla de tocoferoles naturales, nicotinamida y un placebo. En ningún caso se observó mejoría objetiva; algunos enfermos manifestaron encontrarse mejor subjetivamente, pero ni siquiera en éstos se vió un efecto decidido de ninguna de las terapéuticas empleadas. Concluyen que estos tratamientos farmacológicos disponibles hasta ahora son ineficaces, y que lo mejor que se puede hacer por estos enfermos es estimularles a que se muevan casi todo lo que puedan y a que hagan ejercicio moderado con movimientos frecuentes, activos y pasivos, de las articulaciones de las extremidades con el fin de evitar la aparición de contracturas.

Epilepsia fotogénica con ataques autoinducidos.—El autor comunica siete casos de epilepsia en que los ataques se desencadenaban por la acción intermitente de la luz sobre los ojos, pudiendo el mismo sujeto provocarse los ataques mediante movimientos de los dedos o de la mano por delante de los ojos cuando daba el sol en ellos o parpadeando en las mismas condiciones. A veces se ven los ataques en sujetos que tienen un parpadeo como espasmo habitual o tic que generalmente se desencadena en los momentos de mayor tensión psíquica. Es un tic que se diferencia de la mayor parte de los demás por aparecer de modo constante y sólo a

la luz del sol y por no tener caracteres de compulsión, de manera que el sujeto no siente desagrado si lo inhibe (lo que puede conseguir fácilmente) ni satisfacción después de que ha tenido lugar. Los accesos epilépticos suelen ser ligeros y de breve duración, generalmente en forma de ausencias, crisis de petit mal o descargas mioclónicas. Coincidirán con la aparición en el electroencefalograma de descargas formadas por espiga y onda lenta de alto voltaje. Generalmente la conciencia está conservada durante el ataque, aunque indudablemente algo disminuida. Cuando se prolonga más la duración del estímulo lumínoso intermitente se producen crisis más intensas con convulsiones generalizadas y pérdida de la conciencia. Hay una clara relación entre el desencadenamiento de los ataques y la intensidad de la luz; algunos enfermos refieren que se encuentran aliviados durante el invierno; parece asimismo haber una relación entre la luminosidad del clima y la frecuencia de aparición de estos casos. El autor cree que no es un proceso raro, ya que desde que comenzó a prestarle atención ha podido observar siete casos de ataques autoinducidos por la luz en doce meses. En cuanto al tratamiento, las drogas del grupo de las dióxinas no han resultado satisfactorias, pese al trazado típicamente de petit mal. Parece que lo más eficaz es explicar al enfermo el papel desencadenante del tic palpebral exhortándole a que lo inhiba voluntariamente.

Angiomas de la fosa posterior.—Los autores han observado nueve casos: en dos de ellos, el angioma estaba en el cerebelo, y en los otros siete, estaba predominantemente en el tronco cerebral, aunque en algunos afectaba también algo al cerebelo. En los dos casos de angioma cerebeloso la lesión estaba en la profundidad de uno de los surcos del órgano, y los dos bordes de este surco adheridos de tal manera que no se podía ver el angioma por la superficie externa del cerebelo. El comienzo clínico en los dos fué rigurosamente agudo, sin ningún síntoma premonitorio de cefalea ni afectación neurológica. El cuadro fué de una hemorragia intracranial, apareciendo los signos de disfunción cerebelosa al regresar el ictus inicial, junto con paresia del sexto par y afectación piramidal muy débil y transitoria. Los siete casos de angioma del tronco del cerebro aparecían sobre la superficie de éste y en parte también sobre la del cerebelo, formados por numerosos vasos tortuosos (arterias y venas); frecuentemente una parte del tejido nervioso era pulsátil o estaba sustituida por vasos de paredes delgadas. Resultaba muchas veces difícil distinguir en la operación los vasos angiomaticos de las arterias normales, hipertrofiadas para irrigar al mismo tiempo el tallo cerebral y el angioma. El comienzo en estos enfermos fué variable: en cuatro casos, el cuadro fué el de una hemorragia subaracnoidea; en dos, manifestaciones neurológicas de aparición progresiva, incluso durante quince años, y en el otro, un hidrocéfalo obstructivo agudo. El diagnóstico se puede hacer por medio de la angiografía, e incluso en la radiografía simple se pueden apreciar alteraciones características: aumento de las huellas vasculares en la parte posterior de la bóveda craneal, aumento de diámetro de los orificios de las apófisis transversas de las vértebras cervicales superiores, ampliación del surco de la arteria vertebral en el arco del atlas y dilatación del agujero yugal. El tratamiento quirúrgico radical, la extirpación del angioma, es posible en los casos cerebelosos. En los otros sólo se puede hacer en ocasiones la ligadura o pinzamiento de alguno de los principales vasos del tumor, la sección de la tienda del cerebelo cuando el tumor produce parálisis oculares o la ventriculostomía anterior en caso de hidrocéfalo obstructivo.

Espondilosis cervical.—La enfermedad degenerativa crónica de la columna cervical se diagnostica en la actualidad con gran frecuencia y cada día se reconoce más su importancia como causante de alteraciones de la médula o de las raíces en esta región. Sin embargo, entre muchos clínicos reina la opinión de que se trata de lesiones muy frecuentes, pero de importancia dudosa

y tan inevitables como la arteriosclerosis, por lo que su estudio resultaría de difícil interpretación y de dudosa importancia en la clínica. Para aclarar la frecuencia de estas alteraciones en las edades avanzadas y su importancia patogénica, los autores han realizado estudios clínicos y radiológicos en 50 enfermos de más de cincuenta años ingresados en un hospital por diferentes causas; 75 por 100 de ellos mostraron a rayos X estrechamiento del canal medular debido a combinaciones variables de osteofitosis posterior de los cuerpos vertebrales, subluxación de las vértebras cervicales y pérdida de la lordosis normal en esta región. Por encima de esta edad no aumentaba, a medida que ésta progresaba, la frecuencia de tales alteraciones. Sólo tenían manifestaciones neurológicas la mitad de los sujetos con estrechamiento del canal medular. Esta frecuencia aumenta con la edad: 75 por 100 de sintomatología neurológica a partir de los sesenta y cinco años. El 75 por 100 de los sujetos estudiados tenían estrechamiento de los agujeros de conjunción por osteoartritis de las articulaciones intervertebrales. El 40 por 100 de éstos mostraban un cuadro neurológico correspondiente a este hecho. Ni la frecuencia de las lesiones articulares vertebrales ni la de la sintomatología radicular correspondiente aumentaron con la edad por encima de los cincuenta años. Cuando se les exploraba por los métodos puramente clínicos, prescindiendo de los radiológicos, sólo el 40 por 100 de los sujetos mostraban alteraciones en el cuello, y el 60 por 100 manifestaciones neurológicas objetivas: sin embargo, pocos tenían síntomas subjetivos de padecimiento nervioso. En resumen, es indudable la frecuencia de las alteraciones del raquis cervical en las edades avanzadas así como la posibilidad de que existan signos neurológicos precediendo a los síntomas correspondientes; la afectación de la médula y de las raíces puede cursar, al menos durante mucho tiempo, en forma silente.

Los reflejos de los miembros inferiores en la paraplejia espástica.—Desde BABINSKI, es clásica la división de la paraplejia espástica en dos tipos: paraplejia en flexión y paraplejia en extensión, según que predominase la hipertonia en los músculos flexores o en los extensores, respectivamente, de los diferentes segmentos de las extremidades inferiores. Al mismo tiempo se pensó que también predominarían en uno u otro tipo los reflejos flexores o los extensores, hasta tal punto que el mismo BABINSKI afirmaba que la exaltación de los reflejos cutáneos era quizás la mejor forma de diferenciar las dos formas de paraplejia espástica. El autor ha estudiado 44 enfermos con paraplejia espástica segura desde el punto de vista de sus reflejos. Saca en conclusión que en cualquiera de los dos tipos de paraplejia espástica se puede obtener todas las combinaciones posibles de reflejos flexores o extensores, tanto directos como cruzados. Un reflejo extensor cruzado, que se considera generalmente como típico de la paraplejia en extensión, puede aparecer en el mismo enfermo y en la misma ocasión junto con un reflejo flexor cruzado, clásicamente descrito como característico de la paraplejia en flexión. A juicio del autor no cabe duda, por tanto, de que aunque las dos formas de paraplejia espástica constituyen entidades clínicas definidas, dependientes de la distribución del tono predominante, no pueden ser diferenciadas por el estudio de los reflejos; éstos dependen de la intensidad y duración del estímulo aplicado (cuantos mayores, tanto más posible será la producción de los reflejos extensores) y en menor grado del lugar en que se aplique; los reflejos flexores se obtienen con mayor facilidad desde las porciones distales del miembro, mientras que los extensores son provocados de preferencia por los estímulos en las partes proximales.

La discriminación sensitiva en la piel.—En 1928 TSHLENOW describió lo que él llamó cinestesia cutánea: percepción de la dirección del movimiento impreso a un pellizco de piel cogido entre dos dedos. Vió que estaba disminuida cuando lo estaba la percepción de las actitudes segmentarias, es decir, el sentido músculo-articular.

Posteriormente, en 1946, HALPERN describió la misma prueba sin tener conocimiento de los anteriores trabajos de TSHLENOW; HALPERN dió el nombre de dermatokinestesia a este tipo de sensibilidad y según él nunca estaría alterada en presencia de una sensibilidad muscular-articular normal. Los autores, en el curso de estudios sobre esta forma de sensibilidad, pudieron apreciar que los enfermos a menudo no aprecian la dirección del movimiento del pliegue cutáneo ni siquiera notan el mismo pellizcamiento, no pudiendo distinguir entre el pellizcamiento y la simple presión sobre una zona de piel, y este fenómeno era ya muy evidente en casos en que la disminución del sentido músculo-articular era sólo muy ligera. Posteriormente han comprobado la certeza de esta prueba de sensibilidad cutánea en 50 enfermos y en 75 sujetos sanos que sirvieron como control, y la han comparado con otras pruebas de discriminación cutánea, principalmente con la prueba de discriminación de dos puntas y la percepción del movimiento pasivo de los dedos (sensibilidad músculo-articular). La menos sensible de las tres pruebas resultó ser esta última. La discriminación de las dos puntas es una prueba de alteración de la sensibilidad cutánea en las lesiones progresivas, más sensible que la prueba de la discriminación de la presión y el pellizcamiento, pero ésta es más digna de confianza.

Comportamiento de los cilindroejes piramidales después de la sección.—En general, ha habido tendencia a admitir que los cilindroejes de la médula no pueden regenerar después de la sección debido a que se interpone entre los dos cabos del corte una cicatriz glial exuberante que ahogaría todo intento de crecimiento. Por esto se realizaron experimentos para estudiar la capacidad de regeneración axonal suprimiendo esta excesiva proliferación glial mediante diversos artefactos. Recientemente se ha descrito un polisacárido, de origen bacteriano, al que se le ha dado el nombre de Piromen, que tendría, entre otras, la propiedad de inhibir el crecimiento del tejido glial. El autor ha realizado experimentos en gatos tratados con esta sustancia, a los que seccionaba una pirámide bulbar, para estudiar después su regeneración. No pudo observar ningún intento de regeneración en los cilindroejes. En la porción distal, al corte, sobrevino la degeneración completa de casi todos ellos y en la porción central hubo también un grado variable de atrofia retrógrada, más marcada en los axones más largos. En las primeras semanas después del trauma hay una degeneración retrógrada hasta un anillo de Ranvier y unos meses más tarde ésta llega hasta la última colateral. La administración del Piromen no parece haber influido en absoluto sobre la cicatriz glial consecutiva: no se vió modificaciones de su tamaño ni de sus caracteres histológicos, pero es poco probable que sea esta cicatriz glial la causante de la falta de regeneración, ya que no se vió ningún intento de la misma: ya desde los primeros momentos el hecho predominante fué la degeneración.

Clinical Science.

12 - 4 - 1953

- * La función de los órganos de Zuckerkandl. G. B. West, D. M. Shepherd, R. B. Hunter y A. R. Macgregor.
- * El volumen del plasma en la glomerulonefritis. A. W. Steinbeck.
- * La distribución del agua, sodio y potasio en el músculo cardiaco y esquelético durante la hipertensión renal experimental en las ratas. J. M. Ledingham.
- * Vida media de los hematies en la nefritis y en la cirrosis hepática. H. Chaplin y P. L. Mollison.
- * El flujo sanguíneo en el músculo humano durante la anestesia con ciclopropano. A. H. Kitchin, C. Sanger, H. E. de Wardener e I. M. Young.
- * Vesicación con cantáridas en niños con fiebre reumática. B. M. Ansell, F. Antonini y L. E. Glynn.
- * La eliminación de fósforo radioactivo por la saliva y jugo gástrico en el hombre. J. Stevens.
- * Utilización del ácido fólico en la anemia y en la leucemia. G. H. Spray y L. J. Witts.
- * Utilización del ácido fólico inyectado intravenosamente. G. H. Spray y L. J. Witts.

- Estudios acerca del efecto del perclorato y del tiocianato sobre los ioduros de la saliva. E. N. Rowlands, D. A. W. Edwards y A. J. Honour.
- La circulación en el antebrazo crónicamente denervado. F. Duff y J. T. Shepherd.

La función de los órganos de Zuckerkandl.—ZUCKERKANDL describió en 1901 la existencia de células cromafines extrasuprarrenales en los plexos simpáticos abdominales del feto humano. KOHN, que las estudió posteriormente muy bien, les dió el nombre de paraganglios, siendo éstos masas celulares cromafines que se sitúan de preferencia a lo largo de la aorta, próximos al origen de la arteria mesentérica inferior. Los órganos de Zuckerkandl se desarrollan antes que la médula suprarrenal, alcanzando su madurez en una fase de la vida fetal que en esta médula es todavía rudimentaria. En el feto y en el recién nacido los órganos de Zuckerkandl contienen más aminas presoras (solamente noradrenalina) que la médula suprarrenal, y hay que suponer que por su secreción contribuyen en alto grado al mantenimiento del tono vascular. Durante el primer año que sigue al nacimiento, los órganos de Zuckerkandl se van empobreciendo en aminas presoras y al mismo tiempo muestran signos histológicos de involución. Simultáneamente la médula suprarrenal se va desarrollando hasta llegar a alcanzar su madurez y aparece adrenalina en ella y en los paraganglios. Puede ser que el desarrollo suprarrenal sea el que por sí mismo determine la involución de los órganos de Zuckerkandl o que ambos fenómenos estén subordinados a otra regulación superior, verosímilmente hipofisaria. En el tercer año de la vida los órganos de Zuckerkandl llegan a su completa fibrosis y han perdido casi por completo su contenido en aminas presoras, cuya formación parece estar asumida entonces principalmente por la médula suprarrenal. Parece, pues, que la función de los órganos de Zuckerkandl sería hacer durante la vida fetal y primeros tiempos de la extrauterina la misma función que posteriormente está encomendada a la médula adrenal. Sabido es que los tumores de los paraganglios pueden producir el mismo cuadro clínico que el feocromocitoma de la médula suprarrenal y que incluso durante la operación se ha de tomar las mismas precauciones de establecer una infusión continua con noradrenalina con el fin de evitar intensas caídas de la tensión, que pueden ser mortales.

Volumen del plasma en la glomerulonefritis.—Ha sido objeto de determinación por numerosos investigadores, pero los resultados son muy discordantes, tanto como las técnicas empleadas por cada uno: monóxido de carbono, T-1.824 y otros colorantes menos satisfactorios. El autor presenta sus resultados empleando para la determinación el T-1.824. El volumen de enfermos estudiados asciende a 19, de los que encuentra volumen del plasma normal en 13, aumentado en cuatro y disminuido en dos. El aumento de volumen de plasma en los casos en que se observó apareció relacionado con un descenso de la cifra de hemoglobina y del valor hematocrito; es lógico, por tanto, pensar que el aumento del volumen plasmático es sencillamente compensador de la anemia. En efecto, en estos casos el volumen de sangre total está en límites normales. Algunos enfermos presentaban disminución de hemoglobina y hematocrito sin aumento compensador del plasma. Finalmente, los casos en que el volumen de plasma estaba descendido presentaba al mismo tiempo anemia.

Agua e iones en el músculo en la hipertensión experimental.—Se sabe que el cloruro sódico toma una parte importante en la producción y mantenimiento de la hipertensión renal experimental en las ratas. Basta agregar una pequeña cantidad de cloruro sódico al agua de bebida de las ratas para que éstas, si tienen suprarrenales, se hagan hipertensas en cierto grado; la hipertensión producida de esta manera persiste aun después de extirpar las suprarrenales. El cloruro sódico aumenta los efectos presores de la desoxicorticosterona. En la hipertensión renal experimental y en la produ-

cida de las ratas por extirpación de todo el tejido renal, la presencia de cloruro sódico puede mantener la hipertensión aun si se extirpa las suprarrenales. Además, un exceso de cloruro sódico aumenta el grado de la hipertensión experimental y una restricción del mismo lo disminuye. Todo esto resalta el fundamental papel del cloruro sódico en la hipertensión y ha motivado que se hayan emitido hipótesis según las cuales un disturbio de la distribución del agua o de los electrolitos en o fuera de las fibras musculares de la pared arteriolar determinaría un acortamiento de la célula y por tanto una vasoconstricción. Para aclarar si esto es cierto, el autor ha hecho por medio de la inulina determinaciones del espacio extracelular y después estudiado la distribución del agua y los iones en los compartimientos intra y extracelular. Su propósito era hacer este estudio en las fibras musculares de la pared de la arteriola, pero debido a lo exiguo de su masa no le fué esto posible, por lo que hubo de contentarse con llevarlo a cabo en el músculo esquelético y en el músculo cardíaco. Observa un aumento inicial del espacio extracelular, que tiende a desaparecer a medida que se prolonga la duración de la hipertensión, por lo que no se le puede atribuir ninguna importancia en el mantenimiento de la hipertensión. Por lo demás, no halla ninguna alteración de la distribución iónica capaz de explicar la hipótesis anteriormente citada.

Tiempo de vida de los hematies en la nefritis y en la cirrosis hepática.—Una anemia puede ser debida a una menor formación de glóbulos, a una mayor destrucción de los mismos o a ambos factores combinados. En la esferocitosis hereditaria sólo se produce anemia cuando el tiempo de vida de los hematies, que normalmente es de ciento veinte días, disminuye a un sexto de su valor normal, esto es, a veinte días, lo cual quiere decir que la médula ósea es capaz de aumentar seis veces la producción de hematies para compensar la sobredestrucción antes de que aparezca la anemia. Pero si esta capacidad de adaptación de la médula está disminuida, aunque no lo esté su función normal, la anemia se producirá mucho antes. Este es un ejemplo de cómo se puede producir una anemia por una combinación de los dos factores, siendo la intensidad de cada uno de ellos insuficiente por sí misma para determinarla. Este mecanismo no debe ser raro. Pensando así, los autores han estudiado cuál sería el mecanismo de producción de la anemia que a menudo, casi constantemente, se observa en los casos de nefritis y en los de cirrosis. En los casos de nefritis crónica en fase estacionaria, sin tendencia a la progresión, no hay un acortamiento del tiempo de vida de los hematies, por lo que la anemia se deberá exclusivamente a la depresión en la hematopoyesis medular. En las fases terminales de las nefritis crónicas encontraron acortamiento del tiempo de vida de los hematies, pero no de la intensidad necesaria para explicar por sí sólo la reducción de los hematies en la sangre, por lo que es necesario pensar en tales casos en un mecanismo combinado de la anemia. Lo mismo ocurrió en los casos de cirrosis hepática observados por los autores, todos los cuales se encontraban en períodos terminales, por lo que no se puede generalizar y aplicar estas conclusiones a los momentos iniciales de la cirrosis.

Flujo sanguíneo muscular durante la anestesia con ciclopropano.—Durante la primera hora de una anestesia ligera con ciclopropano aumenta al doble el flujo sanguíneo a través de los vasos de los músculos del antebrazo, pero este aumento no tiene lugar si previamente se hace un bloqueo de los nervios profundos del mismo. Por el contrario, la anestesia profunda con la misma sustancia produce una disminución del flujo sanguíneo muscular de un 40 por 100 por debajo del valor preanestésico, lo mismo cuando los nervios están bloqueados que cuando no lo están. Es indudable que el aumento del flujo en la anestesia ligera se lleva a cabo por un mecanismo nervioso. No se sabe con certeza si el ciclopropano actúa directamente sobre los nervios pe-

ráficos o sobre las estructuras centrales, aunque esto último parece más verosímil. La disminución del flujo en la anestesia profunda no puede ser debida a una caída de la presión arterial ni a la anoxia, que se ha comprobado que no existen en estas circunstancias. Tampoco puede ser por un aumento del anhídrido carbónico, pues cuando en la anestesia ligera se suprime del aparato de circuito cerrado el dispositivo encargado de absorber este gas, se puede alcanzar concentraciones en él en la sangre iguales o mayores que las que se ve en la anestesia profunda sin que se produzca disminución, sino aumento, del flujo sanguíneo por el músculo. Tal acción se debe, por tanto, a la elevada concentración del ciclopropano en la sangre; lo que no se sabe es si actúa por sí mismo sobre la pared arterial o si determina la liberación de alguna sustancia vasoconstrictora localmente o en algún otro sitio.

Vejigas por cantáridas en la fiebre reumática.—En el reumatismo agudo el tamaño de las vejigas producidas por la aplicación de cantáridas es menor que el que se ve en las personas normales y tiende a hacerse, como en éstas, a medida que se va produciendo la curación. Cuando la fiebre reumática se ha tratado con ACTH el tamaño de estas vejigas sigue siendo pequeño, como en la fase aguda de actividad, a pesar de que se asista a la remisión clínica y de laboratorio del proceso. En uno y otro caso las vejigas y su contenido muestran características que indican que la razón de su menor tamaño es diferente en ambos casos. En los enfermos tratados con ACTH la concentración de globulinas en el contenido de la vesícula es bajo y la pared es delgada, lo que indica que si la vejiga es pequeña es porque la irritación por las cantáridas determina la salida de menor cantidad de líquido. Por el contrario, en la fase de actividad sin tratamiento las vejigas tienen un gran contenido de globulinas y una pared gruesa y edematosa, indicando que la cantaridina aumenta en ellos la permeabilidad capilar al menos tanto como en los sujetos normales. Así, mientras que en el caso anterior la vejiga era pequeña por ser pequeña la permeabilidad capilar, en éste es pequeña porque, a pesar de que se extravasa mayor cantidad de líquido, su reabsorción se hace también a una velocidad mayor por una excesiva difusión a los tejidos vecinos en lugar de quedar localizada a la vejiga. En este trastorno de la difusión toma parte importantísima el estado de la sustancia fundamental: cuando a un sujeto convaleciente de fiebre reumática se le aplica en dos puntos distintos de la piel del abdomen hialuronidasa en solución salina en un lado y solución salina sola en otro, las vejigas producidas después por la cantaridina sobre estas zonas de piel son normales en su tamaño en el lado sin hialuronidasa y muestran el tamaño pequeño y el aspecto característico de la fase aguda en el lado infiltrado con hialuronidasa. El efecto de la ACTH es, pues, antiinflamatorio, al menos en parte, por disminuir la permeabilidad capilar.

Secreción de fósforo radioactivo por la saliva y el jugo gástrico.—El P^{32} inyectado intravenosamente aparece pronto en la saliva y en el jugo gástrico a una concentración mayor que la que se encuentra en la sangre en el mismo momento. La máxima concentración del isótopo en la saliva se alcanza en la segunda media hora después de la inyección y es más elevada que la concentración en el jugo gástrico, cuyo máximo se obtiene ya en la primera media hora. Por esta razón es necesario evitar en estas determinaciones la mezcla de saliva al jugo gástrico. Hay que desechar también las muestras de jugo gástrico que aparezcan teñidas por la bilis para descartar el F^{32} eliminado por vía hepática. Cuando se precipita la saliva o el jugo gástrico con ácido tricloroacético la radioactividad se muestra en el sobranadante, no en el precipitado. En el jugo gástrico se ve que la concentración de P^{32} varía inversamente al grado de acidez, siendo baja en los casos de hiperacidez y máxima en los aquilícos. Salvo en lo que se refiere a las diferencias en la concentración, los su-

jetos sanos parecen eliminar el fósforo por el jugo gástrico de la misma manera que los que padecen del estómago (úlcera péptica, carcinoma). Por tanto, la secreción de P^{32} por el estómago no tiene utilidad como prueba diagnóstica.

Utilización del ácido fólico en la anemia y en las leucemias.—La administración por vía oral de 1 mg. de ácido pteroilglutámico produce en los enfermos de anemia perniciosa no tratada y en los de esteatorrea una concentración en el plasma y una eliminación urinaria menores que en los individuos normales o en los anémicos perniciosos en completa remisión. Esto sugiere que en los individuos del primer grupo hay una menor reabsorción intestinal del ácido fólico o, lo que es más probable, una mayor demanda del mismo asociada con una disminución del otro factor hematopoyético, la vitamina B_{12} . Los autores han realizado ahora la misma prueba en varias clases de enfermos hematológicos. En los casos de anemia hipocrómica antes y durante el tratamiento la utilización del ácido fólico parece normal, aun cuando existe un aumento de la hematopoyesis reflejado en la gran cifra de reticulocitos. En un enfermo con escorbuto fueron bajos los niveles en la sangre y en la orina, sugiriendo una verdadera depleción de ácido fólico que en realidad puede ser la expresión de un estado carencial complejo padecido por el individuo, aunque la primera manifestación clínica hubiera sido la de carencia de ácido ascórbico. En la anemia hemolítica los valores en el plasma y en la orina estuvieron siempre dentro de límites normales, pero muy por debajo de la media normal. Esto parece indicar un aumento de la demanda de ácido fólico cuando la producción de hematíes por la médula está considerablemente aumentada, pero no es completamente seguro. Dos enfermos de anemia perniciosa, poco después de haber comenzado el tratamiento mostraron una gran elevación de la demanda de ácido fólico, igual que los no tratados; esto hace pensar que los depósitos de ácido fólico en el organismo se habían deplecionado intensamente durante el periodo de déficit de vitamina B_{12} y que el aumento de las necesidades tarda algún tiempo en desaparecer. La mayor parte de los enfermos con leucemias crónicas, mieloide o linfática, muestran también un aumento de los requerimientos de ácido fólico, lo que resulta de difícil explicación. En un enfermo de policitemia vera que estudiaron los autores la utilización del ácido fólico fué normal.

Utilización del ácido folínico intravenoso.—Se piensa en la actualidad que el ácido folínico (factor Leuconostoc citrovorum, leucovorina) es la forma en que el ácido fólico y compuestos afines ejercen su acción metabólica en el organismo. Los autores han estudiado la utilización del ácido folínico inyectando intravencosamente un miligramo de la sustancia y determinando después la curva de su desaparición de la sangre y la eliminación por orina en las dos horas siguientes a la inyección. En los individuos normales la desaparición, por paso a los tejidos, es muy rápida y el total administrado se elimina por orina en el curso de dos horas. Los enfermos de anemia perniciosa no tratados pierden más rápidamente el ácido folínico de la sangre y, por el contrario, la eliminación por orina en dos horas es notablemente menor que en los normales; esto indica una mayor utilización de tal sustancia por los tejidos y por tanto un estado previo de depleción de los mismos, lo que va en concordancia con los datos obtenidos al estudiar el metabolismo del ácido fólico. Estudiaron también en la misma forma un enfermo con esteatorrea y macrocitosis y los resultados fueron en todo comparables a los anteriores: en este caso el déficit de ácido fólico pudiera ser debido a una mala absorción del mismo en el intestino. En dos sujetos con degeneración combinada subaguda de la médula y médula ósea megaloblástica, pero con anemia solamente ligera, la utilización del ácido folínico fué normal. En éstos es probable que existiera una carencia de vitamina B_{12} responsable de la degeneración nerviosa, pero que todavía

no se había prolongado lo suficiente para determinar un empobrecimiento de los depósitos de ácido fólico del organismo.

Efectos del perclorato y del tiocianato sobre los ioduros de la saliva.—Los autores han comunicado previamente su tesis de que en el hombre las parótidas, el estómago y la mama durante la lactación concentran los ioduros del plasma con la misma intensidad que lo hace el tiroides, mientras que en la secreción pancreática y otras duodenales la concentración es la misma que en el plasma. Esto hace pensar que en las glándulas primariamente mencionadas se verifique la captación del iodo por el mismo mecanismo que en el tiroides; esto sería de gran importancia para poder estudiar las condiciones en que en éste se verifica el atrape del iodo, pues en aquellas glándulas de secreción externa tal estudio sería mucho más fácil que en el tiroides, en que se trata sólo de un primer paso en la elaboración de hormonas tiroideas. Se sabe que el tiocianato descarga el iodo acumulado en el tiroides cuando la síntesis de los compuestos orgánicos de iodo está bloqueada por la acción del tiouracilo y que impide un nuevo depósito de iodo. Más recientemente se ha visto que el perclorato tiene unos efectos semejantes, pero más intensos. Los autores han estudiado los efectos de estas dos sustancias, perclorato y tiocianato, sobre la eliminación por la saliva del iodo radioactivo previamente administrado, con el fin de ver si también en estas glándulas impiden la captación de iodo. Los resultados son que las dos sustancias disminuyen la concentración de iodo en la saliva sin que las variaciones en el flujo de secreción sirvan para explicar las modificaciones en la concentración. Los efectos del perclorato son más intensos que los del tiocianato, logrando en una hora reducir la eliminación salival de iodo a un séptimo de su valor inicial.

La circulación en el antebrazo crónicamente denervado.—En las condiciones habituales, el antebrazo crónicamente denervado (por rotura del plexo braquial de diez meses a tres años antes del experimento) estaba frío y el flujo sanguíneo a su través acentuadamente disminuido. El calentamiento a 35° C. o más determina un progresivo aumento del flujo sanguíneo, que llega a hacerse mayor que en el antebrazo normal en las mismas condiciones de calentamiento. Este aumento del flujo se hace a expensas de los vasos musculares, como lo demuestra el hecho de que el calentamiento sólo de la mano no determina un fenómeno similar y es lógico suponer que la piel del antebrazo ha de comportarse de la misma manera que la de la mano. El mecanismo determinante de este fenómeno no es bien conocido: no parece depender de la simpatectomía crónica, tampoco parece tener importancia la posibilidad de que la denervación fuese parcial o que hubiese tenido lugar un cierto grado de regeneración nerviosa. Cabe pensar que quizás este aumento del flujo sea una respuesta a la frialdad e isquemia en que anteriormente se encontraba el antebrazo denervado.

Edinburgh Medical Journal.

60 - 2 - 1953

William Harvey y los primeros días de la transfusión sanguínea. J. M. Graham.

* El bronquio, ¿clave de la patogénesis y tratamiento de la tuberculosis pulmonar? F. H. Young. Revisión de la leucemia en Aberdeen. W. R. Gauld.

Papel del bronquio en la tuberculosis pulmonar.—El autor se ocupa en su trabajo de esta cuestión y de los mecanismos por los cuales la enfermedad específica del bronquio condicionaría el desarrollo y evolución de la tuberculosis pulmonar. La afectación del bronquio puede realizarse de tres maneras: 1) Implantación en la mucosa bronquial de bacilos tuberculosos procedentes de lesiones abiertas del parénquima. 2) Extensión por

vía linfática; y 3) Infección directa del bronquio por ulceración de un ganglio en el período postprimario. Según los casos, la bronquitis tuberculosa puede ser beneficiosa o perjudicial para el cierre de una cavidad: unas veces creará un mecanismo de insuflación que conduzca a una balonización de la cavidad, pero otras, estrechando cicatrizalmente el bronquio de drenaje al mismo tiempo que la lesión ulcerosa pierde actividad, garantiza su más completo cierre. En el período primario, es frecuente la perforación de un bronquio por un ganglio; ésta puede curar sin dejar más que una cicatriz o puede ser la causa de bronquiectasias. Es frecuente el hallazgo de lesiones del bronquio en los casos con derrame pleural de evolución prolongada. Asimismo es responsable de una gran proporción de los accidentes neumotorácicos. En la producción de la epituberculosis el bronquio juega un papel primordial: compresión del bronquio por un ganglio con formación de atelectasia, infiltración de la pared bronquial y rotura del ganglio en la luz del conducto determinando reinfección por aspiración.

The Practitioner.

171 - 1 - 1953

- * Los virus neurótropos con particular referencia a la poliomielitis. A. Steigman.
- * Parkinsonismo y su tratamiento. H. Miller.
- Parálisis cerebral en niños. W. S. Craig.
- Dolor irritable. W. McKissock.
- Neuralgia del trigémino. N. G. Hulbert.
- Enfermedades profesionales con signos y síntomas neurológicos. D. Hunter.
- Aproximación biológica a la psicología. R. J. McDowell.
- * Fenilbutazona (Butazolidina). F. D. Hart.

Virus neurótropos.—Empieza el autor haciendo una completa clasificación de todos los virus que pueden afectar al sistema nervioso del hombre, dividiéndolos en aquellos que son transmitidos por el hombre, entre los cuales está el de la poliomielitis, por otros mamíferos (rabia, etc.) y por artrópodos.

De todas las posibles enfermedades de las cuales son causa estos virus, estudia especialmente el autor la poliomielitis. Empieza estudiando el virus, la epidemiología y la anatomía patológica de la enfermedad. La inmunización, por medio de la gamma globulina, que proporciona una inmunidad pasiva bastante completa durante una semana, incompleta durante las cuatro semanas siguientes y casi nula a la octava semana. En la inmunización activa utiliza una vacuna en la que figuran los tres tipos de gérmenes antigenicamente distintos. Estudia los distintos tipos clínicos: silente, forma abortiva, no paralítica y paralítica, que subdivide en espinal, bulbar, bulbo-espinal y encefalítica. Por último, estudia el tratamiento y posibilidades de rehabilitación de estos enfermos.

Parkinsonismo.—La frecuencia del parkinsonismo es de 1 por 1.700 en las Islas Británicas. Divide el autor, según la etiología, en parálisis agitante (enfermedad degenerativa progresiva), parkinsonismo postencefálico, arterioesclerótico y un último grupo de parkinsonismos indeterminados. Establece las bases del diagnóstico, que ha de estar sobre todo basado en el temblor y rigidez como síntomas más comunes. El tratamiento quirúrgico es de indicaciones muy limitadas. La terapéutica química es sintomática, pero puede ser beneficiosa, aunque nunca definitiva. Estudia la acción de las drogas solanáceas (hioscina, estramoniol, etc.), antihistamínicos y, por último, las nuevas drogas: parpanit y diparcol, que rechaza por su acción tóxica, y el artane y lisivane, de buena aunque reducida acción. El kemadrin es una de las últimas drogas introducidas y parece tener un efecto similar al artane, el cual se emplea a dosis máximas de 20 mg. Por último, estudia el autor la utilidad que la fisioterapia puede tener como complemento del tratamiento farmacológico.

Dolor irritable.—Empieza el autor por advertir que la cirugía del dolor ha de ser eminentemente racio-

nal y no se ha de emprender una intervención sin la seguridad de que es la indicada; así, hace la consideración de lo frecuente que es el que se inicie un tratamiento por la más sencilla de las intervenciones, anestesia o sección de un nervio periférico, pero que después resulte insuficiente esta intervención y haya que recurrir a otras más mutilantes. Los tres procedimientos quirúrgicos de alivio del dolor de más frecuente uso son: 1) La cordotomía espinotalámica, que consiste en dividir el haz espinotalámico en la zona dorsal o cervical, en las cuales transcurre en situación ventral; el sujeto pierde la sensación dolorosa en el lado contrario y disminuye en el homolateral. Si la intervención se realiza correctamente no hay pérdida de la motilidad ni de los otros tipos de sensibilidad. 2) La sección de los cordones posteriores, en la cual se pierde todo tipo de sensibilidad y por lo cual sólo debe hacerse esta operación cuando el miembro que se va a afectar es inútil. 3) La leucotomía, cuya única indicación, prácticamente, son las enfermedades malignas.

Neuralgia del trigémino.—De gran severidad y carácter espasmódico. La etiología de esta enfermedad es desconocida. Suele presentarse a partir de los cincuenta años y si el paciente tiene menos de cuarenta años debe de dudarse del diagnóstico. Hay que diferenciarla del dolor que pueden causar procesos como sinusitis, afecciones dentales, neuralgia postoperatoria, glosofaringea, esfenopalatina, neuritis del trigémino, esclerosis diseminada, glaucoma agudo, etc. En los primeros estadios puede intentarse un tratamiento médico a base de analgésicos y sedantes. Durante los ataques recomienda la aspiración de tricloroetileno, aneurina, etc. Debe tenerse en cuenta, antes de recurrir a otros procedimientos, la posibilidad de una remisión espontánea. La inyección de alcohol del ganglio de Gasserio a través del "foramen ovale" es de buenos resultados, pero de técnica difícil; puede dirigirse la aguja radiológicamente. Describe la sección de la tercera rama del trigémino y, por último, la leucotomía, que se debe llevar a cabo en los casos rebeldes a todo otro tratamiento, a pesar de la posibilidad de que se produzca un cambio en la personalidad del paciente.

Benilbutazona (Butazolidina).—Concluye el autor que la butazolidina es un analgésico eficaz en la mayoría de los casos de reumatismos crónicos. En la mayoría de los casos no se puede evidenciar una acción antiinflamatoria clínicamente apreciable; no suele alterarse la velocidad de sedimentación globular. No hay tampoco evidencia de acción adrenocortical: los eosinófilos circulantes y la eliminación urinaria de 17-cetosteroídes no se afectan. No hay acostumbramiento y un segundo tratamiento es tan eficaz como el primero. Aproximadamente en un 44 por 100 de los casos se presentan efectos tóxicos que, generalmente, son ligeros, pero si el tratamiento se ha prolongado por varias semanas o meses pueden ser graves: la agranulocitosis es el más grave. A despecho de esta toxicidad, considera el autor que es éste un eficaz fármaco antirreumático; según él, la dosificación no debe sobrepasar los 600 mg. al día, basta generalmente con dar 200 mg. una o dos veces al día.

La Presse Médicale.

61 - 38 - 3 de junio de 1953

- * Las ginecomastias. L. Gennes, H. Bricaire y J. M. Guiot.
- * Corrección fisiológica de ciertos factores del terreno asmático por la opoterapia pancreática. D. Santenoise y cols.
- * El problema del régimen en los diabéticos. Evolución de las concepciones fisiopatológicas. Incidencias terapéuticas. H. Lestrade.
- Estudio fisiológico del síndrome de aclimatación. A. Cuenot y H. Laborit.
- * Hipo y anergias cutáneas tuberculinicas. M. Fourestier y A. B. Blacque-Belair.
- * Medicaciones antibacterianas asociadas en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. E. Bernard, N. Rist y B. Kreis.

Las ginecomastias.—Con motivo de dos enfermos que presentaban ginecomastia observados por los autores, hacen éstos una revisión sobre la patogenia de esta anomalía, haciendo notar la abundancia de literatura que a este respecto hay y que a pesar de ello aún no se tienen, ni mucho menos, conceptos claros.

Como conclusión de los casos observados por los autores, y de su comparación con otros casos publicados, se comprende que en la génesis de las ginecomastias juegan dos factores principales: primero, un factor hormonal, caracterizado lo más frecuentemente por una hiperestrogenia, o más exactamente por un desequilibrio en la proporción estrógenos-andrógenos, desequilibrio que actúa por medio del conducto hipofisario; segundo, un factor individual, esencialmente local, condicionado a la predisposición y a la calidad de los receptores.

Este doble origen guía las direcciones del tratamiento, que será en la mayoría de los casos tributario de los andrógenos y en otros, más raros, de los estrógenos a grandes dosis.

Corrección fisiológica de ciertos factores del terreno asmático por la opoterapia pancreática.—Los autores estudian el terreno asmático con la ayuda de nuevos métodos exploratorios, lo cual les permite poner de manifiesto ciertos factores que condicionan este predisposición: a) Trastornos del parasimpático, que predisponen al broncoespasmo. b) Trastornos de la excitabilidad de los centros simpáticos vasculares, que de tal forma tienden a la vasoconstricción de los vasos pulmonares. c) Trastornos de la capacidad respiratoria de la sangre que predisponen a la anoxemia. d) Trastornos de la excitabilidad de los centros respiratorios, que predisponen a la disminución de la ventilación pulmonar.

El descubrimiento y aislamiento de una hormona pancreática, la centropneína, aumentando la excitabilidad bioquímica de los centros respiratorios, disminuyendo la eficacia refleja, bradipneizante o apneizante, disminuyendo la excitabilidad refleja simpática y aumentando la capacidad respiratoria de la sangre, ha permitido el intento de corregir por medio de la opoterapia pancreática ciertos factores predisponentes al asma. La administración oral regular de centropneína, desembarazada de vagotonina y asociada al resto de la terapéutica antiasmática, ha proporcionado excelentes resultados.

El problema del régimen en los diabéticos. Evolución de las concepciones fisiopatológicas. Incidencias terapéuticas.—El problema del régimen dietético de los diabéticos es cuestión muy discutida y—ni mucho menos—resuelta, ya que siempre se ha tratado de enjuiciar el problema desde el punto de vista de los resultados terapéuticos obtenidos con ambos regímenes, el clásico y el libre, y estos resultados son prácticamente iguales. El autor considera más práctico adoptar un punto de vista fisiopatológico.

Considera que las nociones sobre las cuales se basa prácticamente la concepción tradicional de la patogenia de la diabetes, la no utilización de glucosa por el organismo privado de insulina, no está libre de críticas. Pensa que los datos más recientes sobre la neoglucogénesis y sobre el metabolismo enzimático intracelular merecen que de nuevo se reconsidera el problema de la diabetes y, en particular, el de su régimen dietético.

El autor demuestra cómo actualmente es posible proyectar un tratamiento de la diabetes sin que en él cuente para nada el régimen clásico que, aún más, se puede considerar como nefasto. Para el autor las prescripciones dietéticas no están justificadas más que en dos casos: obesidad y por la relativa comodidad que en una diabetes leve pudiera implicar un régimen constante.

Hipo y anergias cutáneas tuberculinicas.—Los autores consideran en el presente trabajo que hay una anergia verdadera en donde todas las reacciones cutáneas tuberculinicas son negativas, lo mismo que el BCG-test y una pseudoanergia supratuberculinica, puesta de manifiesto solamente por el BCG-test.

La hipoergia cutánea tuberculinica puede ser banal.

La hipoergia tiene la misma significación biológica que la anergia. La anergia primitiva o la negativización de los test cutáneos tuberculinos puede estar bajo la dependencia de factores específicos y de factores inespecíficos.

En el curso de una infección tuberculosa en el hombre se pueden observar los siguientes estados de anergia: a) Una anergia verdadera, primitiva o secundaria. b) Una anergia espontánea de inmunidad, que traduce en determinados individuos una resistencia excepcional a la enfermedad tuberculosa. c) Una anergia pre-alérgica, en la primo-tuberculización, apareciendo a veces después de los accidentes clínicos. d) Una anergia secundaria, llamada pasiva o "de abdicación", que traduce un desmoronamiento importante de las defensas del organismo. e) Una anergia secundaria, llamada activa o "inmuno-anergia", que exalta al máximo las defensas biológicas del organismo contra la infección tuberculosa; esta inmuno-alergia puede ser espontánea o provocada.

Las medicaciones antibacilares asociadas en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.—Los autores estudian este problema desde el punto de vista experimental y clínico. Consideran que el efecto del tratamiento combinado depende, ante todo, del medicamento más activo que forme parte de la combinación; se puede añadir cierta acción complementaria si el medicamento de ayuda es capaz de atacar a ciertos gérmenes respetados por el otro; pero la hipótesis de una exaltación del efecto de un producto gracias a la presencia de un segundo, es muy poco verosímil, según datos experimentales y clínicos. Es la acción de protección contra la aparición de resistencia a uno u otro de los agentes lo que constituye la mayor utilidad de estas asociaciones; aumenta el porcentaje de negativización de baciloscopia, y permite proseguir por más tiempo un tratamiento; reduce también el peligro de que las personas que rodean al enfermo se contaminen con bacilos resistentes. Para que estas asociaciones sean útiles, es preciso que el enfermo conserve su sensibilidad a los productos utilizados, que éstos estén asociados inmediatamente y que las dosis de cada uno de ellos sea de por sí la eficaz.

61 - 39 - 6 de junio de 1953

- Acción de ciertos derivados pirazolados sobre los síntomas generales y funcionales de la pleuresia y de la tuberculosis pulmonar. M. Pastel y A. Ravina.
- Resultados del tratamiento de 115 casos de hipertiroidismo por el yodo radioactivo. M. Tubiana, J. Dutreix y M. Grinbera.
- Sobre los aspectos llamados engañosos del cáncer broncopulmonar. M. Rymer, P. Weiller y E. Habib.

Acción de ciertos derivados pirazolados sobre los síntomas generales y funcionales de la pleuresia y de la tuberculosis pulmonar.—Los derivados pirazolados han demostrado ser muy útiles en su aplicación en determinadas formas muy febres de tuberculosis pulmonar y en las pleurosis, siendo muy activos sobre los signos generales y funcionales: el descenso de la fiebre, la desaparición de los dolores, la sensación de bienestar, son los efectos generalmente observados después de su empleo. Sin embargo, parece ser que esta medicación no tiene influencia general sobre la evolución del enfermo.

La claridad de los hechos observados conduce a los autores a discutir la parte que tienen los fenómenos inflamatorios en el curso de la evolución de la tuberculosis pulmonar y el interés que tiene el combatirlos desde el comienzo de la afección por los derivados pirazolados, que tanto en la clínica como en la experimentación han demostrado la influencia que tienen inhibiendo la inflamación y los fenómenos congestivos que ésta trae.

Estos primeros resultados incitan a la prosecución de otras investigaciones que quizás pudieran modificar las concepciones patogénicas generalmente admitidas sobre la evolución de la enfermedad tuberculosa.

Resultados del tratamiento de 115 casos de hipertiroidismo por el yodo radioactivo.—En el presente trabajo consideran los autores que el yodo radioactivo actúa sobre el hipertiroidismo disminuyendo la actividad funcional del tejido tiroideo. Como con la cirugía y los antitiroideos, no se trata la causa del hipertiroidismo, sino su agente.

La evolución tras la ingestión de una dosis de yodo radioactivo se parece a la que sigue a una tiroidectomía subtotal, con la sola diferencia de que la disminución de la función es más lenta y más progresiva. El radio-yodo parece ser la terapéutica de elección en todos aquellos casos en que se prefiera no intervenir quirúrgicamente.

Parecen tenerse con el radio-yodo menos fracasos y menos recaídas que con los antitiroideos. La proporción de éxitos y de hipotiroidismos conseguida es semejante a la que se ha logrado con la tiroidectomía subtotal: 65 por 100 de éxitos y un 5 por 100 de hipotiroidismos. La simplicidad del tratamiento y la ausencia de peligros inmediatos hacen de este tratamiento el segundo de los posibles.

61 - 40 - 10 de junio de 1953

- * La profilaxis por la testosterona de la atrofia suprarrenal provocada por los tratamientos con cortisona. J. Turiaf, L. Zizine y Y. Veanjean.
- Modificación del esqueleto de origen endocrino, alimenticio y renal. H. Bartelheimer.
- * Hipo o agammaglobulinemia aislada en el niño. R. Jean.
- * Estado actual de la cirugía de la úlcera gastroduodenal en los Estados Unidos. F. Kanoui.

La profilaxis por la testosterona de la atrofia suprarrenal provocada por los tratamientos por la cortisona.—La administración de cortisona provoca en el ratón una atrofia de las suprarrenales igual a la que se observa en el animal hipofisectomizado. Uno de los autores demuestra que la administración simultánea de testosterona previene esta atrofia.

La atrofia de la corteza suprarrenal por la administración de cortisona es una realidad en la terapéutica humana; se manifiesta por desórdenes clínicos, desmoronamiento rápido de la prueba de Thorn y por el amioramiento del cortex suprarrenal, observado repetidamente en enfermos muertos durante un tratamiento con esta hormona. Los autores emprenden este estudio, para lo cual emplean el test de Thorn. Observan: 1) Sin aminorar la actividad terapéutica de la cortisona, la administración simultánea de testosterona se opone a la atrofia córticosuprarrenal; en realidad, sucede esto en la mitad de los casos observados. 2) La influencia proterorera de la cortisina, empleada a la dosis de 25 miligramos por semana, no se acompaña de ningún efecto secundario ni en el hombre ni en la mujer. 3) Los estudios histológicos de enfermos muertos tras un prolongado tratamiento con cortisona, y los que se hicieron sobre los animales a los que se había protegido con testosterona, demuestran, según los autores, que esta protección se realiza directamente no a través de la hipófisis. De todo concluyen que en tratamientos prolongados con cortisona debe emplearse la testosterona como medida de seguridad.

Hipo o agamma-globulinemia aislada en el niño.—Los estados de hipogamma-globulinemia son de reciente descubrimiento. Los que se presentan en las nefrosis lipoides han sido los primeramente conocidos, y a esto se ha achacado la facilidad para las infecciones que estos enfermos presentan. Además se ha podido observar una hipogamma-globulinemia en niños que sufren múltiples infecciones. Se trata de nípoglobulinemias, asociadas a hipoproteinemias, en niños hiponutridos, o bien de hipoglobulinemias al parecer esenciales.

En estos enfermos se puede observar una proporción muy débil o nula de anticuerpos séricos y, además la eficacia, al menos aparente, de la administración de gamma-globulinas en el curso de un proceso infeccioso, así como en la prevención de su aparición.

Esta exposición clínica está seguida de una relación

sobre los actuales conceptos sobre las relaciones entre la gamma-globulina y los factores que influencian la formación de los anticuerpos séricos.

Estado actual de la cirugía de la úlcera gastroduodenal en los Estados Unidos.—El autor expone los resultados de una encuesta realizada en los Estados Unidos y destinada a comprobar los resultados inmediatos y remotos de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. Estudian la vagotomía aislada, la vagotomía asociada a la gastroenterostomía, a la gastrectomía y a la piloroplastia; gastrectomía limitada o amplia.

Las dificultades de esta encuesta se extienden sobre todo a lo referente a las indicaciones operatorias y al criterio sobre recidivas. Salvando estas dificultades, se desprende de este estudio los siguientes criterios: en la úlcera gástrica, la gastrectomía aislada es considerada como el tratamiento de elección; en la úlcera duodenal, la gastrectomía sola o asociada a la vagotomía; en la úlcera péptica, la vagotomía sola puede ser incluso superior a la gastrectomía, la cual, para ser eficaz, debe interesar por lo menos a un 70 por 100 del estómago.

61-41-13 de junio de 1953

* De la enfermedad postoperatoria anatómica. R. Leriche.
Contribución al estudio del lisozima. H. Viole.
Estudios químicos del disco intervertebral. J. Lacapère y colaboradores.
Alcohol y traumatismo. Estudio de la impregnación eficaz por la dosificación del alcohol en la sangre de 100 heridos admitidos en un Servicio de cirugía. R. Besson y M. Redor.

De la enfermedad postoperatoria anatómica.—El autor considera que al lado de una enfermedad postoperatoria clínica, caracterizada por modificaciones sanguíneas, humorales y hormonales, existe una enfermedad postoperatoria anatómica que no conocemos. La estudia según cuatro diferentes aspectos: piensa, primeramente, que todas las supresiones de órganos (apéndice, estómago, etc.) deben de tener una repercusión en la zona vegetativa de la médula y en los ganglios paraventrales correspondientes.

Considera, en segundo lugar, que hay trastornos a distancia que son consecuencia de una extensión del desequilibrio vasomotor local; como ejemplo, considera las ulceraciones del tubo digestivo que a veces aparecen en los días siguientes a una operación; igual las atrofias musculares próximas o a distancia. En tercer lugar, hay alteraciones endocrinas provocadas por determinados drenajes, como el drenaje biliar, del cual el autor ha estudiado en 1933 las repercusiones paratiroides, tiroideas, suprarrenales y pancreáticas. Supone que el drenaje del conducto de Wirsung puede tener efectos similares; también considera interesante averiguar si ciertas operaciones de neurocirugía van seguidas de hipertiroidismo.

Por último, estudia el autor los cambios de estructura de un órgano después de ciertas supresiones como, por ejemplo, las modificaciones en la estructura de una arteria después de la amputación del miembro correspondiente.

Contribución al estudio del "lisozima".—La "lisozima" es una proteína conocida por su acción lizante sobre ciertos microbios desprovistos de virulencia. Además de esta propiedad, el autor ha comprobado que disminuye "in vivo" el tiempo de coagulación de la sangre en el conejo y que "in vitro" está desprovista de influencia.

La plenitud de la acción "in vivo" de la "lisozima" se alcanza a las dos horas después de inyectada y su efecto es tanto más duradero cuanta mayor cantidad se haya suministrado. Estas inyecciones fueron hechas por vía intravenosa, pero por vía subcutánea se alcanzan resultados muy semejantes.

Este cuerpo parece que está desprovisto de toxicidad, ya que resultó inofensivo a dosis que variaron entre 1 y 40 mg. por kilo de peso.

Se ha podido encontrar la "lisozima" en las lágrimas, mucus nasal, saliva, leche, etc. Se le obtiene fácilmente a partir de la albúmina de huevo, que contiene una cantidad bastante elevada.

Archives des Maladies du Coeur et des vaisseaux.

46-9-1953

- Electrocardiograma e insuficiencia mitral. P. Soluié, J. Di Mateo, G. Voci y G. Barbano.
• Histopatología de los pequeños vasos pulmonares en las estenosis congénitas de la arteria pulmonar. R. Tosetti, A. Actis Dato y F. P. Angelino.
Neumoestratigramas mediastínicos en cuatro casos de coartación aórtica. Estudio especial de los segmentos subestenóticos. G. Giraud y cols.
• La comunicación interauricular. Estudio de 50 casos. M. Puesch y R. Limon.
La zona precordial de transición en los bloqueos intraventriculares intermitentes. M. Segers.
Enderezamiento de la onda T en precordiales derechas por la zona de esfuerzo en la estenosis mitral intensa. P. Cahen, R. Froment, M. Lehmann y M. Pont.
Consideraciones sobre el estudio electrocardiográfico del infarto de miocardio. Investigaciones clínicas y estadísticas. C. F. Colucchi.
Observaciones sobre la preexcitación ventricular. G. Pelfuffo y M. Mezzano.
Medida, control y registro de la presión en el punto de inyección de un líquido en una cavidad. H. Reboul, P. Laubry y L. Vergoz.
Dilatación congénita aislada de la arteria pulmonar. Observación anatomo-clínica. F. Deyrieux, A. Toruniaire y M. Tartulier.
Dos casos de insuficiencia aórtica de origen traumático. H. Coumel, A. Camelin y R. Joseph.
Un caso de pneumopericardio espontáneo. H. Cohen y H. Bonan.

Histopatología de los pequeños vasos pulmonares en las estenosis congénitas de la arteria pulmonar.—Se hace el estudio del comportamiento morfológico de los pequeños vasos, arteriolas y vénulas, de diámetro inferior al milímetro, en siete casos de estenosis congénita de la vía arterial pulmonar. En dos casos, los vasos son de aspecto normal, y en los cinco restantes, las paredes arteriolo-venulares están claramente atrofiadas, mientras que la luz de los vasos está dilatada de forma más o menos considerable. Este estado de atrofia tisular no permite reconocer el carácter arterial o venoso de los vasos examinados cuando su diámetro es inferior a 100 micras. La existencia de trombos en diferentes estados de organización, ya señalados por RICH, es particularmente frecuente. En ningún sitio se han observado fenómenos de vasoconstricción arteriolo-venular ni tampoco espesamientos de la íntima arteriolar. El estudio del índice de Kernohan, Anderson y Keith (relación entre el espesor de la pared y la luz del vaso) da en general valores elevados que sobrepasan ampliamente los observados en los mitrales. Por el contrario, estos valores se asemejan a los observados en las cardiopatías que producen un aumento del gasto cardiaco.

La comunicación interauricular. Estudio de 50 casos. Los autores analizan 50 casos de comunicación interauricular con el propósito de establecer una correlación entre los datos de la clínica, de la radiología, del electrocardiograma y los resultados hemodinámicos (shunts y presiones endocavitarias). Clínicamente, la disnea es más frecuente en casos de shunt mixto y veno-arterial y cuando la presión arterial es elevada. La insuficiencia cardíaca se observa en los sujetos de edad avanzada y más frecuentemente en los casos de síndrome de Lutembacher. El soplo sistólico pulmonar no es nunca de débil intensidad cuando la presión está elevada. Los dobles soplos en el foco pulmonar se encuentran siempre en casos de gran hipertensión. La frecuencia del refuerzo del segundo tono pulmonar aumenta con la elevación de la presión. Radiológicamente, las cardiomegalías acentuadas se observan sobre todo cuando el shunt es mixto y en los casos de síndrome de Lutembacher. El grado de dilatación de la arteria pulmonar no está en relación con el grado de presión que existe en la arte-

ria, pero las dilataciones aneurismáticas están siempre asociadas a severas hipertensiones pulmonares. En el terreno electrocardiográfico, el alargamiento del espacio P-R se ha encontrado en el 26 por 100 de los casos y una onda P francamente anormal en un cuarto de los sujetos. Una onda P patológica se acompaña casi siempre de una presión auricular o ventricular elevada, sin que la reciproca sea cierta. El bloqueo de rama derecha (86 por 100 de los casos) es en general de tipo incompleto y los signos electrocardiográficos de gran hipertrofia ventricular derecha, aislados o asociados al bloqueo derecho, se observan en presencia de hipertensión pulmonar. El índice de Lewis patológico, la onda R' en V1 superior o igual a 12 mm. en casos de bloqueo de rama y la inversión de la relación R/S en V6, parecen signos ciertos de hipertensión ventricular derecha en las comunicaciones interauriculares. Los casos de onda T isquémica en derivaciones precordiales derechas corresponden a fuertes presiones ventriculares.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

78 - 14 - 3 de abril de 1953

- Tratamiento quirúrgico de las úlceras pilóricas. E. Borchers.
- Progresos en la cirugía del esófago. H. Krauss.
- Experiencia en el tratamiento de las bronquectasias mediante resección. E. Derra y F. Koss.
- Cambios en el conocimiento de la patogénesis y tratamiento de la osteomielitis aguda supurada. Th. Naegeli.
- El establecimiento de la vía arterial como tratamiento de la claudicación intermitente. R. Kanzky y E. A. Scharader.
- Cloruro de isopropilo (IPC), un nuevo narcótico por inhalación. W. Henkel y W. Huegin.
- El problema de la resistencia en los hospitales. F. Berker y J. H. Napp.
- Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la proteolisis consecutivas a la gastroenterostomía y a la resección gástrica parcial. Th. O. Lindenschmidt, F. Bramstedt y W. D. Heinrich.
- El EEG después de las heridas cerradas de la cabeza. R. W. Meyer Mickeleit.
- Génesis de los defectos del raquis. O. Boos.
- Sobre el mecanismo de la anemia en la hernia diafragmática. F. Kuemmerle.
- Parestesias por isoniazida y su tratamiento. F. Lange, H. Rudolph y F. Hammer.

Resistencias bacterianas en los hospitales.—Los autores han determinado la resistencia a los antibióticos de los estafilococos obtenidos por frotis nasal de los enfermos y personal de clínicas ginecológica, quirúrgica y psiquiátrica. En las dos primeras clínicas la frecuencia de estafilococos resistentes a los cuatro días de estancia de los enfermos en ella es de cinco a diez veces mayor que la que tenían en el momento del ingreso. En cambio, en la clínica psiquiátrica el aumento de resistencia en las mismas condiciones es sólo de muy pequeño grado. En su conjunto, la frecuencia de estafilococos resistentes en las clínicas ha aumentado notablemente en los últimos tres años en grado variable para los diferentes antibióticos. También en el personal de las clínicas se encuentra con gran frecuencia estafilococos resistentes, tanto mayor cuanto más lo sea el empleo de las sustancias antibacterianas.

El EEG en los traumatismos cerrados del cráneo.—El autor resume su experiencia de 1.115 trazados en 932 adultos de pocas horas a varios años después de un traumatismo craneal cerrado no complicado. En la conmoción sólo se encontró anormalidades en el 5-10 por 100, pero es posible que se tratase de contusiones cerebrales inestables clínicamente. En la contusión hay alteraciones EEG en el 73 por 100 en el primer mes; el 57 por 100 de los casos recientes tiene signos EEG focales y el 50 por 100 alteraciones EEG generales que duran más de una semana. Es frecuente un enlentecimiento del ritmo alfa en la primera semana, que puede ser la única manifestación de la contusión cerebral en el trazado. En la mayoría de los casos las alteraciones EEG difusas regresan en el curso de tres meses, paralelamente a la mejoría clínica. Por el contrario, los signos eléctricos focales son más duraderos: después de cinco años todavía se los puede encontrar en el 12 por 100. Un edema cerebral localizado postraumático se reconoce en el EEG por la aparición en un foco de un ritmo delta; esto se ve en el 20 por 100 de las contusiones durante el primer mes. La regresión del tal foco delta es más rápida que la de las restantes manifestaciones eléctricas focales. El EEG puede servir para establecer el diagnóstico diferencial entre conmoción y contusión en el primer mes, pero hay que tener muy presente que sólo dan signos focales en el EEG las contusiones que asienten en la convexidad de los hemisferios, por lo que un trazado normal no excluye la existencia de una contusión. Las anomalías que aparecen después de la regresión de las iniciales indican que se ha producido una complicación: hematoma subdural, absceso, epilepsia.

Anemia hipocrómica y hernia diafragmática.—Debido a la frecuencia de esta asociación se debe pensar en la hernia diafragmática ante todo caso de anemia hipocrómica cuya causa no aparezca clara. Como causa de la anemia puede ser considerado el factor mecánico que actúa sobre la pared gástrica en el anillo herniario, determinando trastornos circulatorios con erosiones y ulceraciones de la mucosa, que sangra. Puede tratarse también de una verdadera úlcera péptica o finalmente de alteraciones en la absorción del hierro. Los síntomas de la hernia diafragmática dependen de tres factores: trastornos en la función de los órganos abdominales, principalmente el estómago; en la de los órganos torácicos y en la del mismo diafragma. En la clínica se observa todos los grados, desde ligeras molestias digestivas hasta los cuadros dolorosos de tipo cólico en el abdomen superior. Es rara la sintomatología característica de la úlcera, aunque ésta exista; son más frecuentes los síntomas circulatorios con el cuadro del angor pectoris o el complejo sintomático gastrocardial de Roemheld, que en parte pueden depender de la anemia cuando es muy acentuada. La compresión del pulmón puede dar disnea y la del frénico dolor en el hombro izquierdo. El diagnóstico se hace con seguridad radiológicamente. El tratamiento de la anemia se hará con hierro y si es necesario transfusiones, pero esto sólo servirá como preparación al tratamiento curativo, que es el quirúrgico.