

IV) *Cursos de especialización*.—Se trata de la incorporación a un servicio especial durante un mínimo del Curso completo (nueve meses), expidiéndose el certificado de especialista solamente si, pasado ese tiempo, el Jefe del Curso estima que la formación del asistente le hace acreedor a ello. Este tipo de Cursos puede tomarse en:

- 1.º Alergia.
- 2.º Anatomía patológica.
- 3.º Bacteriología e inmunología.
- 4.º Electroencefalografía.
- 5.º Hematología y hemoterapia.
- 6.º Hormonología y nutrición desde el punto de vista de las técnicas de laboratorio.
- 7.º Inmunología.
- 8.º Laboratorio clínico.
- 9.º Radiodiagnóstico.

- 10.º Técnicas experimentales y exploratorias.
- 11.º Terapéutica física.
- 12.º Especialidades clínicas:

- a) Enfermedades del aparato circulatorio y cirugía cardiovascular.
- b) Dermatología.
- c) Enfermedades del aparato digestivo: Medicina y cirugía.
- d) Neurología y neurocirugía.
- e) Oftalmología.
- f) Proctología.
- g) Urología.

Los interesados en conocer detalles pueden solicitar el folleto explicativo en la Secretaría de la Institución, Doctor M. Bañón, Clínica de la Concepción, Avenida de los Reyes Católicos, 4, Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

"STRESS" (SUFRIMIENTO). Tomos I y II. Doctor HANS SELYE.—Editorial Científico Médica. Barcelona, 1954.—Un volumen de 1.279 páginas con figuras, pesetas 785.

Innumerables nuevos conocimientos de la histología, la fisiología, la farmacología, la clínica, la experimentación, han sido reunidos por el doctor SELYE en apoyo y aclaración ulterior de su bien conocida doctrina del "stress" y el síndrome general de adaptación. Libro tan conocido no se presta a una crítica a estas alturas. Lo más importante es subrayar el interés de su publicación en español, la bien cuidada edición y reproducción de las microfotografías, etc., y la cantidad de conocimientos y de avances que se mencionan en el texto poniéndose a disposición del lector. Una gran parte de lo que en el libro se expone no limita su utilidad a la contribución que haga al papel del "stress" en patología, sino que puede servir de información sobre diferentes problemas y de estímulo para ulteriores trabajos.

STRAHLENSCHUTZ UND SONSTIGER ARBEITS-SCHUTZ DER MEDIZINISCHEN ANWENDUNG VON RÖNTGENSTRAHLEN. Doctor W. ERNST.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 97 páginas con 22 figuras, 7,80 DM.

En este corto epitome se exponen los actuales métodos, precauciones y dispositivos para la protección del radiólogo y sus técnicas auxiliares contra las radiaciones, tanto para la radioterapia como para la radioscopia y radiografía, y lo mismo en lo referente a delantales, guantes, instalaciones, tipos de mesas, etc.

GASTROENTEROLOGIA. Doctor MARCOS MEEROFF.—Editorial Stilcograf. Buenos Aires, 1953.—Un volumen de 569 páginas.

El autor, que ha publicado anteriormente comentarios de gastroenterología en la Prensa Médica Argentina, recoge en este libro, con magnífico criterio, aspectos palpitantes del progreso gastroenterológico en los últimos años. Por esta razón, y por el amplio conocimiento de la materia y su bibliografía, este libro es muy interesante para el médico y para el especialista.

ARZT UND NEUROSE. Doctor J. H. SCHULTZ.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 107 páginas, 8,40 DM.

En la forma elegante, escueta y comprensiva que caracteriza a otros escritos del autor, esta monografía expone en forma general para estudiantes y médicos el concepto de las neurosis, su significación, su propedéutica y el puesto de la psicoterapia en la medicina clínica y el tratamiento de las enfermedades. Es un libro corto, lleno de atisbos y experiencia.

### LIBROS RECIBIDOS

"Widerbebung". Dr. H. Killian.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 320 páginas con 93 figuras, 24 DM.

"Anales del Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Varios.—Editado por el Hospital. Madrid, 1954.—Un volumen de 294 páginas.

"Recueil des travaux de Clinique et de Laboratoire". Doctor Lopo de Carvalho.—Editado por el Hospital de Santa Marta. Lisboa, 1955.—Un volumen con 173 figuras.

"Terapéutica celular". Dr. Paul Niehans.—Editorial Labor. Barcelona, 1955.—Un volumen de 426 páginas con 134 figuras, 260 pesetas.

"Lungenkrebs und Bronchographie". Dr. H. Anacker. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 78 páginas con 45 figuras, 28,50 DM.

"Lehrbuch der Allgemeinen Psychopathologie". Doctor K. W. Bash.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 288 páginas con 10 figuras, 29,50 DM.

"Pädiatrischer Röntgenatlas". Dr. M. A. Lassrich.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 333 páginas con 700 figuras, 115 DM.

"Medizinalkalender 1956". Dr. W. Brunn.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 842 páginas, 7,50 DM.

## B) REFERATAS

## Medicina Clínica.

22 - 1 - 1954

- Recientes avances en la cirugía de la tuberculosis vertebral. J. M. Vilardel.
- Cirugía plástica de la ulceración. L. Mir y Mir.
- Citoarquitectónica del sistema vesicular terminal del pulmón. A. Amell-Sans.
- Enfermedad yatrogénica organoneurosis y disquinesia biliar. Adolfo F. Dosal y José L. del Piñal.
- Estudio etiopatogénico del asma bronquial en relación con el metabolismo de óxido-reducción. Estudio farmacológico de los compuestos de ácido succínico usados en su terapéutica. F. Folch y J. Bosch Mollera.
- Enfermedad de Addison por aplasia suprarrenal. A. Moraga Valenzuela y F. Ciscar Rius.
- Manifestaciones pseudoapendiculares en la fase preictérica de la hepatitis infecciosa. Juan E. Brasis y J. Garán Armet.

**Cirugía plástica de la ulceración.**—El autor estudia el problema que plantea toda ulceración en relación con las posibilidades terapéuticas plástico-quirúrgicas. La extensión y duración de la úlcera son los factores que determinan la entrada en escena del cirujano plástico.

Para valorar correctamente y decidir con acierto la elección de la intervención plástica a efectuar deben considerarse, por un lado, las características de orden general y local del paciente (y úlcera) en cuestión, y por otro lado, las ventajas e inconvenientes de orden biológico y técnico que presentan los diversos tipos de injertos u otras intervenciones a realizar.

**Citoarquitectónica del sistema vesicular terminal del pulmón.**—En este trabajo hace el autor la descripción interpretativa, en comparación con la estructura de otros órganos contráctiles de la economía, de la citoarquitectónica del sistema vesicular del pulmón, a partir del nivel en que el bronquiolo respiratorio terminal se transforma en conducto o canal alveolar. Por su método panóptico de tinción simultánea de las estructuras fibrilares permite la visualización microscópica completa de las estructuras conectivas, miofibrilares y reticulínicas en una misma preparación, lo cual hace posible la exacta valoración de las relaciones existentes entre estos diversos sistemas y coexistencia de un perfecto sinergismo entre algunas de estas formaciones.

Con pulmones procedentes de neumectomía en los que los elementos citológicos, aún vivos, fueron fijados en posición inspiratoria, conservando totalmente sus relaciones. El estudio histológico de estas piezas quirúrgicas, sometidas a su proceder panóptico, le ha permitido conocer la finísima estructura del sistema vesicular terminal con detalles no descritos nunca en la literatura, cuya descripción y aquilatación constituyen el objeto de esta aportación.

**Estudio etiopatogénico del asma bronquial en relación con el metabolismo de óxido-reducción. Estudio farmacológico de los compuestos de ácido succínico usados en su terapéutica.**—Se estudia la patogenia del proceso asmático basándola en las modificaciones, constitucionales o adquiridas por sensibilización, que el enfermo presenta en las reacciones de su metabolismo de óxido-reducción; se relaciona este metabolismo con el proceso de formación de histamina, estudiándose la acción experimental de esta sustancia y su relación con los procesos asmáticos.

Finalmente, se estudia química y farmacológicamente el ácido succínico y sus derivados succinatos de sodio, potasio y amonio y éster succinato de procaina, indicando su acción antiasmática al actuar como biocatalizadores en los procesos de óxido-reducción y posiblemente por una acción antihistamínica derivada de la semejanza estereoquímica, dando cuenta de los primeros resultados terapéuticos con el empleo de estos derivados, y su asociación con aminofilina, en un total de

129 casos de asma bronquial y procesos disneizantes de otras etiologías.

En los enfermos que los resultados inmediatos no fueron francamente favorables, la terapéutica constante con derivados de ácido succínico en forma de "cura de mantenimiento" proporciona al organismo la cantidad necesaria de succínico para efectuar la acción biocatalizadora del metabolismo de óxido-reducción, observándose un manifiesto aumento de los intervalos libres y una disminución en intensidad y duración de los posteriores accesos asmáticos.

No han comprobado en ningún caso la aparición del "fenómeno paradójico" ni tampoco ninguna alteración patológica ni efecto secundario imputable al fármaco.

## Revista de Sanidad e Higiene Pública.

28 - 5-6 - 1954

- Especies de "Phlebotomus" halladas en Barcelona y sus alrededores. J. Vives Sabater.
- Aureomicina en la fiebre recurrente española. A. Gimeno de Sande.
- La fiebre recurrente española y su tratamiento con terramicina. E. Juárez.
- Aspecto sanitario-social de la actual quimioterapia anti-tuberculosa. S. Almansa de Cara.
- Estudio epidemiológico de los portadores de foco nasal aislados en el ambiente hospitalario. J. M. Barajas García.

**Aureomicina en la fiebre recurrente española.**—Se tratan 68 enfermos con aureomicina sin recaídas en ninguno, a excepción de unos accesos febriles durante un día en cuatro de los enfermos. Estiman una acción preventiva de las complicaciones neurológicas, por lo que aconseja el empleo de esta terapéutica en los accesos febriles sospechosos de fiebre recurrente española, aun cuando no se hayan encontrado treponemas en sangre, y la misma conducta se debe seguir en los casos apiréticos que con anterioridad tuvieron accesos típicos y se encontraron treponemas, y de ninguna manera esperar para encontrarlos a nuevos accesos.

La dosis debe ser: adultos, 250 mg. cada seis horas; niños, 5 a 10 mg. por kilo de peso; en total, 2 gr. No debe darse dosis inicial de choque.

Considera contraproducente el uso de los arsenicales (Neosalvarsán y Clorarsina) en la fiebre recurrente española por exaltar el neurotropismo del virus y ser más graves y frecuentes con dicha medicación las complicaciones neurológicas. También estima que siempre que sea posible no se haga uso de la penicilina por creer que puede favorecer la implantación del virus en el sistema nervioso.

**La fiebre recurrente española y su tratamiento con terramicina.**—Refiere el autor los resultados obtenidos en ocho enfermos de fiebre recurrente española tratados con terramicina con dosis de 2 gr. repartidos en tomas de 0,50 gr. cada seis horas, menos en dos de los enfermos, que por tratarse de niños lo fueron en la de un gramo en dosis parciales de 0,25 gr. con idéntico intervalo de tiempo.

Los ocho casos fueron seguidos, durante dos meses de observación, el que menos recidivando cuatro. La terramicina, al igual que la aureomicina, yugula rápidamente el acceso febril y demás sintomatología, pero no evita en alto porcentaje las recidivas como la aureomicina.

**Estudio epidemiológico de los portadores de foco nasal aislados en el ambiente hospitalario.**—Hace el autor un resumen anatómico y fisiológico de las fosas nasales. Considera las alteraciones de las fosas nasales de gran importancia por la repercusión sobre el organismo, con preferencia sobre el aparato respiratorio, al



constituirse en foco séptico capaz de originar trastornos a distancia.

De las investigaciones practicadas en 10 niños encuentra en un 52 por 100 de las veces el estafilococo amarillo, seguido de un 24 por 100 de las veces del estafilococo blanco, un 15 por 100 de difteroides y, ya en menor número, colis y gérmenes del grupo, cromógenos, algún bacilo de Pfeiffer y Neissera catarrilis. Gérmenes todos estos que coinciden en su totalidad con los desarrollados en las placas de cultivo que fueron puestas en contacto con el medio atmosférico de sala, por lo que puede admitirse que pasan gérmenes de las fosas nasales al medio ambiente y también del medio ambiente pasan a anidar en las fosas nasales.

Cree en la posibilidad que sugiere MANZANETE de que unos días antes de declararse casos de gripe se encuentre el bacilo de Pfeiffer en el aire, hecho que permitiría predecir la declaración de un foco gripal.

Los casos que encontró en fase de abiosis coincidieron con estados de hiperplasia de la mucosa nasosinusal y gran vascularización de la misma, lo que le hace pensar sea un estado en la fase evolutiva de presensibilización hacia la alergia nasal.

Los factores constitucionales hereditarios o adquiridos que obran como elementos defectuosos en la anatomía de las fosas nasales facilitan extraordinariamente la formación del foco séptico.

## American Review of Tuberculosis.

69 - 3 - 1954

- \* Pirazinamida-isoniazida en tuberculosis. W. McDermott, L. Ormond, C. Muschenheim, K. Deuchie, R. M. McCune y R. Tompsett.
- \* Observaciones sobre el uso combinado de pirazinamida (Aldinamida) e isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. M. Campagna, A. A. Canx y G. Hauser.
- \* Relación del stress, función adrenocortical y tuberculosis. E. R. Clarke, D. W. Zahn y T. H. Holmes.
- Tratamiento de la meningitis tuberculosa. M. J. Fitzpatrick.
- Respuesta a la vacunación con BCG como índice de susceptibilidad familiar a la tuberculosis. S. N. Meyer y C. E. Palmer.
- Embolismo aéreo complicando el neumoperitoneo. W. A. Lasher, J. P. Myles Black, W. Weiser y E. Bogen.
- Estudios sobre las propiedades tuberculoinhibitorias de los derivados del ácido ascórbico y su posible papel en la inhibición del bacilo tuberculoso por la orina. Q. Myrvik, R. S. Weiser, B. Hougum y L. R. Berger.
- Tuberculosis pulmonar embólica experimental en el ratón. E. Mayer, E. R. Jackson, E. S. Whiteside y C. Alverson.
- \* Observaciones sobre la pirazinamida (Aldinamida) en tuberculosis pulmonar. S. Phillips, J. C. Larkin, W. L. Litzenger, G. E. Horton y J. S. Haimsohn.
- \* Reacción alérgica fatal al PAS. W. J. Steininger, M. D. Klopstein y C. E. Woodruff.
- \* Shock casi mortal por el PAS seguido de síndrome de Guillain-Barré. K. G. Bulley.
- \* Efecto bociógeno del PAS durante el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. G. L. Brinkman y E. O. Coates.
- Estudio de la virulencia de los bacilos tuberculosos resistentes a la isoniazida en cobayos y ratones. W. C. Morse, O. L. Weiser, D. M. Kuhns, M. Fusillo, M. C. Dail y J. R. Evans.
- \* Antagonismo de la acción tuberculostática de la isoniazida por la hemina. M. W. Fisher.
- Resistencia a la isoniazida y actividad catalasa de los bacilos tuberculosos. G. Middlebrook.

**Pirazinamida-isoniazida en tuberculosis.**—El tratamiento de 55 tuberculosos pulmonares sometidos a un régimen de pirazinamida-isoniazida durante tres meses o más y a la administración de isoniazida sola después, dió por resultado un viraje sostenido de la infecciosidad en el 90 por 100, importante mejoría radiográfica en más del 70 por 100 y cierre de todas las cavernas en el 65 por 100. Estos resultados se alcanzaron durante los primeros seis meses de terapéutica, permaneciendo con posterioridad los resultados sin alteración. Se observaron cinco casos de hepatitis no letal y otro de hepatitis mortal. Con los datos obtenidos se deduce que la pirazinamida-isoniazida despliega una actividad antituberculosa superior a la de las demás drogas usa-

das hoy día, bien solas o en combinación. No obstante, la posibilidad de hepatitis grave hace peligroso su uso todavía.

**Observaciones sobre el uso combinado de pirazinamida e isoniazida.**—La administración conjunta de pirazinamida e isoniazida es eficaz en la quimioterapia de la tuberculosis pulmonar. Los efectos tóxicos de esta combinación son menospreciados en la mayor parte de los casos y no fueron de mayor importancia en los pocos enfermos en que se presentaron manifestaciones tales como ictericia y artritis. Ha habido viraje persistente del esputo en 19 de los 21 tratados. Las radiografías torácicas revelaron signos de mejoría en la mayoría de los sujetos tratados, aunque era de esperar poca mejoría, dada la naturaleza de las lesiones primitivas. Se observó poca mejoría en las radiografías de los enfermos con cavernas bilaterales de paredes gruesas y mala función pulmonar. No obstante, estos sujetos mostraron mejoría sintomática, y mientras permanezca su esputo negativo para bacilos tuberculosos, no revisten peligro para la colectividad, lo que posee gran importancia desde el punto de vista sanitario.

**Relación del stress, función adrenocortical y tuberculosis.**—Se hace un estudio de la función adrenocortical en 25 mujeres y 84 varones, que tenían diversas formas de tuberculosis, usando como índice de dicha función la excreción de 17-cetosteroides. Cuando se trata de establecer una relación entre esta excreción y la extensión de la dolencia, aparece patente que, por regla general, una excreción baja se asocia con tuberculosis extensa y exudativa y una excreción alta con tuberculosis fibrosa de grado moderado. Queda demostrado que la excreción de 17-cetosteroides en los casos estudiados se afecta además por la situación afectiva del enfermo. Inferen que los estados afectivos provenientes de varias situaciones en la vida afectan a la función suprarrenal, modificando así la respuesta de la tuberculosis durante el tratamiento.

**Observaciones sobre la pirazinamida (Aldinamida) en tuberculosis pulmonar.**—Esta droga pareció beneficiosa para algunos enfermos con tuberculosis pulmonar activa. Fué más eficaz en los casos que habían respondido favorablemente al tratamiento primitivamente instaurado que en aquellos en que había fracasado otra terapéutica antimicrobiana. Cuando se administró simultáneamente con estreptomycin y PAS o sólo con éste, ejerció algún efecto favorable en los enfermos que tenían bacilos estreptomycininsensibles, pero no en los con bacilos resistentes. La toxicidad de la pirazinamida no pareció exagerada, y así, uno de los 29 enfermos desarrolló una hepatitis y cinco de otros 20 mostraron pruebas de función hepática ligeramente anormales. El enfermo con hepatitis y uno de los que tuvieron función hepática anormal mejoraron prontamente al cesar la administración de la droga; aparte de eso se continuó la administración sin efectos adversos. Las pruebas "in vitro" de susceptibilidad no fueron de la menor ayuda en el uso terapéutico de la pirazinamida.

**Reacción alérgica fatal al PAS.**—Describen el caso de un enfermo que murió en shock tras la toma de 5,5 gramos de para-aminosalicilato sódico en presencia de hipersensibilidad a esta droga. El cuadro clínico de laxitud, náuseas, vómitos, diarrea, colapso, coma y muerte semejaron al de la insuficiencia corticosuprarrenal aguda. La ausencia completa de islotes de Langerhans en el páncreas sugiere el posible comienzo agudo de una diabetes.

**Shock casi mortal por el PAS seguido de síndrome de Guillain-Barré.**—Se comunica un caso de producción de grave colapso vascular periférico como manifestación de la hipersensibilidad al PAS. El shock prolongado se siguió de la aparición de un síndrome de Guillain-Barré, que desapareció con el tiempo. No explican la patogenia del síndrome neurológico.

**Efecto bociógeno del PAS.**—Se comunican 11 casos de hipertrofia tiroidea observados durante el tratamiento con PAS, con aparición de mixedema en dos enfermos. La yodoterapia resultó ineficaz para mejorar estos casos, mientras que el tiroideo a dosis moderadas se mostró curativo en los cuatro casos en que se administró. No parece que haya contraindicación para continuar el tratamiento con PAS simultáneamente con tiroideos cuando es necesario.

**Antagonismo de la acción tuberculostática de la isoniazida por la hemina.**—Se encuentra que la acción tuberculostática de la isoniazida está marcadamente antagonizada por la hemina, aparentemente sobre una base de competición. Tal antagonismo aparece solamente en un medio sintético sencillo, pero no si está presente suero o albúmina. Por otro lado, el ión manganeso parece actuar sinérgicamente con la hemina para aumentar el antagonismo. Los datos presentes indican que la isoniazida puede inhibir el metabolismo porfirínico de la mycobacteria.

### Edinburgh Medical Journal.

60 - 8 - 1953

- \* Desarrollo y crecimiento del disco intervertebral. R. Walsley.
- \* Lysivane en el tratamiento del parkinsonismo. R. O. Gillhespy.
- \* Timectomía en la miastenia gravis. D. M. Dunlop.
- \* Timectomía en la miastenia gravis. P. Brown.

**Desarrollo del disco intervertebral.**—Cada disco intervertebral con las porciones de las vértebras adyacentes que se desarrollan de la misma esclerotoma constituyen una unidad funcional. Con el nombre de disco pericardal se designa una banda de tejido muy celular que rodea la notocorda. Se deriva del mismo esclerotoma a uno y otro lado, y junto con la porción correspondiente de notocorda va a formar el disco intervertebral. De la parte periférica de este disco pericardal se origina el annulus fibrosus, que se caracteriza por su diferenciación, adoptando una estructura de láminas intrincadas. El núcleo pulposus está al principio, constituido por un agregado de células de la notocorda en el espacio intervertebral; también contribuye a su formación el disco pericardal. Las células de la notocorda envejecen rápidamente, su degeneración comienza en el sexto mes fetal y a los diez años de edad han desaparecido por completo. El núcleo pulposus contiene al principio un material gelatinoso que va siendo sustituido por tejido fibrocartilaginoso de maduración progresiva. El cuerpo vertebral se osifica de la misma manera que la epífisis de un hueso largo, pero el proceso se encuentra limitado en la periferia de las placas terminales superior e inferior con objeto de mantener la nutrición del núcleo pulposus, que es una estructura avascular.

**Tratamiento del parkinsonismo con Lysivane.**—El autor lo ha empleado en un grupo de 100 enfermos no seleccionados, de los cuales seis correspondían a la forma postencefalítica, 49 a la arterioesclerótica y 46 a la idiopática. La administración se hizo por vía oral: tabletas de 50 mg. Durante la primera semana la dosis fué de una cada seis horas, que en la segunda semana se aumentó a una cada cuatro si faltaban efectos colaterales de importancia. En el curso de la quincena siguiente la dosis se fué aumentando progresivamente, según la tolerancia y resultados, hasta un máximo de una tableta cada dos horas. La dosis diaria es por término medio de 8 (400 mg.), pero depende, entre otras cosas, del tiempo que duerma el enfermo. Obtuvo resultados favorables en el 68 por 100 de los casos, considerando como tales una relajación de la rigidez y una reducción del temblor suficientes para permitir una actividad más o menos normal. Los 32 restantes mostraron sólo ligeras mejorías o empeoraron; algunos de ellos respondieron bien a otro antihistamínico o a varios en combinación. Los efectos colaterales desagradables del

Lysivane consistieron en somnolencia, náuseas, vómitos y dificultad para la acomodación visual; el vértigo sólo aparece tardamente, cuando ya se ha dado una gran cantidad de la droga. La sequedad de boca es constante e inevitable; los demás efectos secundarios pueden ser evitados disminuyendo la dosis y sólo en un caso obligaron a suspender el tratamiento. A juicio del autor, ésta es la droga útil en un tanto por ciento más elevado de los casos, independientemente de su etiología.

**Timectomía en la miastenia gravis.**—La miastenia difiere de otras enfermedades neurológicas en que tiene asociaciones peculiares farmacológicas y posiblemente endocrinológicas. Posiblemente, porque aunque cada día se admite más el papel del timo en la enfermedad, faltan pruebas de que el timo tenga realmente una secreción interna de cualquier clase. Precisamente en esa posibilidad no comprobada se basa el tratamiento quirúrgico de la miastenia: la timectomía, que se practica no sólo cuando ha podido ser comprobado un tumor tímico, sino incluso en ausencia de todo signo de tal. No hay que olvidar, sin embargo, que aun en manos de los maestros es una operación de gran mortalidad y que un gran porcentaje de los casos no mejoran o sólo muy ligeramente. Pero, por otra parte, la mejoría rápida y prolongada que algunos enfermos muestran a raíz de la timectomía avalan la eficacia de esta operación. De la revisión de la literatura y de su propia experiencia concluye el autor que la timectomía debe ser realizada en los enfermos con afectación generalizada que no responden suficientemente al tratamiento médico; las condiciones más favorables se dan en los sujetos de menos de treinta y cinco años que no han sido previamente tratados con neostigmina o sólo con poca intensidad y por breve tiempo. No hay una relación entre el tamaño del timo extirpado y los resultados que se consiguen con su exéresis. Los timomas deben ser siempre extirpados por tratarse de un verdadero tumor cuya evolución independientemente de la miastenia puede ser desagradable.

### The Lancet.

6.810 - 6 de marzo de 1954

- Neurofisiología. A. von Muralt.
- Relación entre la miopía y el crecimiento. P. A. Gardiner.
- \* Las suspensiones insulina-zinc. G. R. Venning.
- \* Alfa-tocotrol en la profilaxis del trombo-embolismo. M. G. Wilson y E. W. Fry.
- \* El test de retención de bromosulfaleína en la colecistitis aguda. W. Burnett.
- Nalorphine en la prevención de la asfixia neonatal debida a la sedación de la madre con Pethidine. S. Paterson y F. Prescott.
- \* Disfagia sideropénica. I. D. Henderson.
- Aminoaciduria de la inanición. M. Sandler y C. M. B. Pare.
- \* Tratamiento oral de la anemia perniciosa. C. P. Lowther, W. R. Alexander y E. B. Hendry.
- Aislamiento del factor intrínseco de Castle. A. L. Latner, R. A. Merrills y L. Raine.
- Antagonismo entre el preclorato, yodo, tiocianato y nitrato en la secreción de saliva en el hombre. D. A. W. Edwards, K. Fletcher y E. N. Rowlands.

**Las suspensiones insulina-zinc.**—El autor describe los resultados obtenidos en el tratamiento de la diabetes aguda con suspensiones de zinc-insulina. En general, la dosis de insulina-zinc requerida por el enfermo era superior a la que antes había usado. Hay cierta diferencia de acción de esta insulina, en cuanto a su rapidez, de unos a otros enfermos; así, unos necesitan asociar semilenta, mientras que otros han de añadir ultralenta, o administrar esta última solamente. La dieta se debe administrar de tal forma que la mayoría de los carbohidratos se tomen por la noche y una comida a media tarde. De su experiencia, deduce el autor que la diabetes aguda puede ser controlada mediante una sola inyección diaria, aunque para llegarse a ello hace falta un detenido estudio en muchos enfermos. La acción hipoglucémica de las suspensiones de zinc-insulina parece ser mayor y menos variable que la de otras preparaciones previamente utilizadas.



# **Alfa-tocoferol en la profilaxis de la tromboembolia.**

Los autores tratan de comprobar la afirmación de OCHSNER y cols. de que la administración oral de alfa-tocoferol, junto con la inyección intravenosa de gluconato cálcico, constituyen una excelente profilaxis de la tromboembolia. Observan a 200 enfermos quirúrgicos, 100 de los cuales son tratados y los otros como testigos. Recibieron los primeros 200 mg. diarios de alfa-tocoferol oral, y una inyección intravenosa de gluconato cálcico cada cuarenta y ocho horas. En ambos grupos se pudieron observar trombosis, pero fueron mucho menos graves en el grupo tratado.

# **Retención de la bromosulfaleína en la colecistitis aguda.**

Los autores emplean el test de la retención de bromosulfaleína en 46 casos de enfermedades de la vesícula biliar y en 32 de infecciones intraperitoneales no agudas. A los treinta minutos de la inyección de 2 miligramos por kilo del colorante, se investiga éste en el suero. Un falso resultado positivo puede obtenerse mediante la inyección de morfina, que produce espasmo del esfínter de Oddi. Hubo retención del colorante en 22 de 23 casos de colecistitis, pero no en colecistopatías sin inflamación aguda. Considera el autor que esta prueba puede suministrar elementos de valor diagnóstico en las colecistopatías.

# **Disfagia sideropénica.**

El autor presenta un caso de disfagia sideropénica sin anemia. Varios análisis mostraron que el contenido en hierro en la sangre era bajo, sin que ésta mostrara otras grandes anomalías. La restauración del nivel normal de hierro llevó a la curación sintomática de la enferma. Es necesario un prolongado tratamiento con hierro y posteriores cuidados. De todas formas, debe ser tenida en cuenta la posibilidad de que exista un carcinoma postéricoideo. El autor describe este caso con la esperanza de que este proceso sea tenido en cuenta, en especial al diagnosticar una disfagia histérica.

# **Tratamiento oral de la anemia perniciosa.**

Los autores utilizan para su experimento un preparado de estómago de cerdo concentrado, asociado a pequeñas dosis de vitamina B<sub>12</sub>, llamado Bifactor. Veinte casos de anemia perniciosa, todos ellos en remisión y satisfactoriamente controlados, son transferidos al tratamiento con Bifactor por vía oral, el cual contiene factor intrínseco. En ninguno de ellos se pudo evidenciar ningún signo de recaída hematológica ni de déficit nervioso después de seis meses de continuo tratamiento.

6.811 - 13 de marzo de 1954

- Patogenia de la fiebre reumática, D. A. Long.
- \* Simpatectomía por vía axilar, H. J. B. Atkins.
- \* Reacciones a la estreptomicina, H. R. C. Riches.
- \* Fosfato e hidróxido de corticotropina zinc, R. D. Homan, G. A. Overbeek, J. P. J. Neutelings, C. J. Boel y J. van der Vies.
- \* Fosfato de corticotropina zinc, R. Greene y J. Vaughan-Morgan.
- Fosfato de corticotropina zinc, D. G. Ferriman, A. B. Anderson y P. P. Turner.
- Fosfato de corticotropina zinc, S. A. den Ouden, L. van Leeuwen y R. J. Coers.
- Un aparato para la hipotermia controlada, J. McN. Inglis, W. H. Biffen y A. L. D'Abreu.
- Síndrome de Thorn tras una ingestión excesiva de álcalis, A. I. Cheyne y T. P. Whitehead.

**Simpatectomía por vía axilar.**—El autor describe un medio de exponer la parte superior de la cadena ganglionar simpática a través de la axila. Describe las complicaciones surgidas en las cuarenta y dos primeras operaciones y compara sus resultados con los obtenidos por anteriores procedimientos. Tiene el inconveniente de que no se puede intervenir sobre los dos lados al mismo tiempo. Una historia anterior de tuberculosis pulmonar contraindica la intervención por esta vía por la posibilidad de que haya adherencias. No obstante, el autor cree que esta vía se debe emplear en los casos en que no haya contraindicación, dadas las ventajas que tiene

de simplicidad operatoria, control perfecto de la hemorragia, conservación de tejidos e invisibilidad de la cicatriz.

# **Reacciones a la estreptomicina.**

De 91 pacientes tratados con estreptomicina, 31 (34 por 100) experimentaron reacciones tóxicas en las pocas horas siguientes a la inyección; en su mayoría las reacciones fueron de insignificante importancia, pero en otros casos obligaron a suspender la actividad del enfermo. Observan los autores que estas reacciones son más intensas y frecuentes en sujetos con actividades tras la inyección que en los que permanecen en reposo; en efecto, comprueban que los niveles de estreptomicina en sangre son mayores cuando el sujeto hace algún ejercicio. Consideran los autores que un período de descanso en cama tras la inyección puede ser conveniente para aliviar los síntomas desagradables que tras ésta pudieran surgir.

# **Fosfato e hidróxido de corticotropina zinc.**

Los autores obtienen preparaciones de corticotropina de acción aumentada y prolongada mediante la combinación de fosfato de zinc o hidróxido de zinc, en solución acuosa a la corticotropina, en valores de pH próximos a la neutralidad; mediante este procedimiento se precipita hasta un 99 por 100 de la hormona, formando suspensiones fácilmente inyectables. Las preparaciones así obtenidas muestran una acción aumentada y/o prolongada frente a las pruebas del glucógeno hepático en la rata hipofisectomizada, de la eosinofilia en el perro y en la prueba de la involución del timo.

# **Fosfato de zinc corticotropina.**

La combinación de corticotropina con fosfato de zinc da lugar a una suspensión fácilmente inyectable y cuyos efectos, juzgados por la mejoría del enfermo y la secreción urinaria de 17-cetosteroides, dura, por lo menos, de uno a tres días. Los resultados terapéuticos fueron casi siempre mejores que con la corticotropina ordinaria. Aunque generalmente la inyección dura más, los mejores resultados clínicos se obtuvieron con la inyección diaria de 10 a 20 unidades. No se han observado reacciones tóxicas en ningún caso.

6.812 - 20 de marzo de 1954

- La enseñanza de niños sordos, D. E. Fry y E. Whettnall.
- \* Intoxicación por agua, V. Wynn y C. G. Kobb.
- \* Terapéutica combinada con corticotropina y quimioterapia en la tuberculosis pulmonar, L. E. Houghton.
- Resultados de la vagotomía en el tratamiento de la úlcera anastomótica, B. W. Wells.
- \* Precocidad sexual transitoria en niñas, P. Rainsford Evans.
- Rotura cerrada del testículo, R. M. Laird.
- Administración preoperatoria de heparina en la obstrucción respiratoria, R. Green y B. L. Day.

**Intoxicación por agua.**—No es infrecuente que tras las intervenciones quirúrgicas se les suministre a los enfermos mas agua de la que sus riñones pueden excretar. El agua retenida, sin electrolitos, hace descender la presión osmótica de los líquidos orgánicos con los consiguientes trastornos. A causa de que la concentración de sodio es siempre baja, esta situación se puede confundir con la depleción de sodio, siendo distintos sus respectivos tratamientos. La intoxicación hídrica puede ser prevenida mediante un cuidadoso balance de los líquidos y electrolitos que se suministren al enfermo; el tratamiento consistirá en suspender la administración de agua y, en casos graves, la administración de suero salino hipertónico, intravenoso.

# **Corticotropina y quimioterapia en la tuberculosis pulmonar.**

Los autores tratan a 21 enfermos con tuberculosis pulmonar activa con corticotropina, estreptomicina y PAS. De éstos, ocho eran hipersensibles a una o ambas drogas antibacilares. La corticotropina suprimió todas las manifestaciones de sensibilidad mientras se estuvo administrando, y después de suprimirse su administración, también quedaron libres de síntomas seis de los enfermos. Cinco enfermos que tenían intolerancia

digestiva al PAS les desapareció ésta con pequeñas dosis de corticotropina. Nunca se vieron síntomas desfavorables. En algunos enfermos graves, que no habían mejorado con estreptomycin-PAS, mejoraron cuando a éstos se añadió la corticotropina.

**Precocidad sexual transitoria en niñas.**—El autor describe dos casos de precocidad sexual en niñas (cuatro y seis años) que cedieron en el transcurso de pocos meses. Investigando las circunstancias en que ambos procesos se desarrollan encuentra, en el primero, la casi segura ingestión de estrógenos, lo que sería la causa de esta precocidad; en el segundo, encuentra que, probablemente, la niña ha ingerido una gran cantidad de tiroideos; no encuentra grandes dificultades en admitir que también en este caso la precocidad sexual se debe a la ingestión de la droga.

6.813 - 27 de marzo de 1954

- El dolor como un viejo amigo. J. Penman.
- Pruebas de sensibilidad al dolor. K. D. Keele.
- \* Hipercloruremia en el coma diabético. W. H. Taylor.
- Peso al nacer en niños con parálisis cerebral. B. Childs y P. Rainsford Evans.
- Especificidad de la cortisona e hidrocortisona en la disminución de la sensibilidad tuberculínica de los cobayos. D. A. Long y P. C. Spensley.
- Factores nutricionales en la enfermedad renal en la infancia. A. Arends y H. O. Nieweg.
- Neumonía por virus en Glasgow. N. R. Grist.
- \* Quimioterapia en la tuberculosis del esqueleto. I. G. McKenzie.
- Paro cardíaco. R. T. S. Louttit.
- Valoración de la isoniazida. E. I. Short.

**Hipercloruremia en el coma diabético.**—El autor describe 10 casos de hipercloruremia en el coma o en el precoma diabético. Esta puede resultar de la infusión intravenosa de líquidos conteniendo una concentración de cloruros más alta que la existente en los espacios extracelulares, de una relativa falta de agua o de la imposibilidad de excretar este ión; esta última posibilidad se puede dar en las enfermedades renales, en las oligurias pre o postrenales y en el síndrome hiperclorémico hipoclorúrico, en el cual no se pueden evidenciar lesiones renales. El autor aconseja como guía en el tratamiento del coma diabético la determinación del nivel de cloro en el plasma.

**Quimioterapia en la tuberculosis del esqueleto.**—El tratamiento general es necesario para curar la fuente de la infección ósea. Es muy interesante la biopsia para el diagnóstico precoz. La quimioterapia no debe ser usada en forma indiscriminada; sus indicaciones son: lesiones progresivas, lesiones múltiples, preoperatorio e infecciones sinoviales. Las indicaciones del tratamiento local no han cambiado por la quimioterapia, pero sí las técnicas operatorias; la quimioterapia, en combinación con la cirugía local, ha reducido el período de inmovilización absoluta y de complicaciones.

## The Journal of the American Medical Association.

154 - 10 - 6 de marzo de 1954

- Consideraciones sobre el páncreas en la cirugía gástrica. K. W. Warren.
- Nutrición tras las operaciones gástricas. R. M. Zillonger y E. H. Ellison.
- Etiología y conducta antisocial de los delincuentes y psicópatas. A. M. Johnson y S. A. Szurek.
- \* Estudios inmunohematológicos en la anemia hemolítica. I. Davidsohn y W. Spurrier.
- Valoración radiológica de la expansión pélvica. A. Weinberg.
- La pelvis estrecha. D. F. Kaltreider.
- \* Valoración clínica de la Primidone (misolina), nueva droga anticonvulsivante. D. Sclarra, S. Carter, C. T. Vicalé y H. H. Merritt.
- Diagnóstico y tratamiento de la formación de costras en la tráquea. J. J. Conley.
- Obstrucción intestinal debida a deglución de aire. W. Trevor.
- Retención aguda del saco del catéter de Foley. H. Bodner, A. H. Howard y J. H. Kaplan.

**Anemia hemolítica.**—El test de Coombs directo y la determinación de autoanticuerpos libres son ambos necesarios para el estudio de los anticuerpos en la anemia hemolítica. El test de Coombs sólo puede conducir a falsos resultados negativos en determinadas circunstancias, como tras el tratamiento con ACTH y cortisona, mientras que los autoanticuerpos circulantes siguen en la misma proporción. Sin embargo, la determinación de autoanticuerpos es un test adicional que no debe hacerse en ausencia del de Coombs. En algunos casos de test de Coombs positivo, las células rojas muestran resistencia disminuida, lo que viene a abonar el punto de vista de que hay relación de causa a efecto entre los autoanticuerpos y los procesos hemolíticos. La cortisona y corticotropina parecen inhibir la unión entre el anticuerpo y el antígeno. La influencia sobre los anticuerpos libres no parece tan grande.

**Una nueva droga anticonvulsivante.**—Un nuevo compuesto, la primidona (Mysolina), es administrada a 121 enfermos con varios tipos de ataques. Sus efectos anticonvulsivantes fueron valorados en 72 de ellos. En todos menos siete, la primidona fué administrada en unión a otros anticonvulsivantes conocidos. Los ataques fueron dominados por completo en un 10 por 100, reducidos en frecuencia en un 43 por 100 y no cambiaron en un 47 por 100. Los mejores resultados se obtuvieron en casos de gran mal y tipos psicomotor, menor y focal. No mejoró ninguno de los enfermos con pequeño mal. Efectos colaterales se presentaron en 65, pero nunca fueron graves. Mareos y ataxia fueron los síntomas más frecuentes.

## The Practitioner.

172 - 1.027 - 1954

- \* El síndrome de adaptación en la clínica médica. H. Selye.
- Stress y sistema cardiovascular. C. J. Gavey.
- Stress e intestino. F. Avery Jones.
- Stress y alteraciones reumáticas. S. J. Hartfall.
- \* Tratamiento de las alteraciones por stress recurrentes en los niños. R. McKeith.
- El factor stress en dermatología. J. T. Ingram.
- El stress visto por un psiquiatra. D. R. McCalman.
- Stress y deporte. R. Bannister.

**Síndrome de adaptación en la Medicina.**—Generalmente se ha reprochado a PASTEUR haberse ocupado exclusivamente del agente patógeno, descuidando la importancia del terreno; sin embargo, cree el autor que esto no es cierto, y a este propósito cita los trabajos de aquél sobre inmunidad inducida; cree que el organismo desarrolla una serie de reacciones para defenderse del germen y que, imitándolas, nosotros podremos así ayudarle. En el criterio del autor, el S. G. A. representa, en cierto sentido, la contrapartida de esto. Muchas enfermedades podrían significar la inadecuada respuesta a un stress inespecífico.

**Stress en alteraciones recurrentes en niños.**—Los autores describen el estudio y tratamiento de 26 niños con dolor abdominal recurrente en los cuales no se pudo encontrar ninguna enfermedad orgánica. La causa más importante de sus dolores se encontró que era la tensión emocional. El tratamiento se dirigió a eliminar las fuentes de tensión emocional y cambiar, en lo posible, la forma de vida del paciente. Dieciocho niños mejoraron, desapareciendo sus crisis o disminuyendo en intensidad y frecuencia; en cinco, la mejoría fué menor y tres no mejoraron. El autor describe, por último, las causas por las que cree que estos últimos no mejoraron.

## La Presse Médicale.

61 - 66 - 17 de octubre de 1953

- \* Antibióticos antifúngicos: La candidina. H. Lechevalier.
- \* Hematemesis por disfunción de las anastomosis arteriovenosas de la pared gástrica. G. Menegaux, Ch. Gougou, M. Courtois-Suffit y Ph. Dédie.
- \* Las complicaciones cardiovasculares de la diabetes, menos el colapso. P. Kartun.



**La candidina.**—El gran número de sustancias antibacterianas que se conoce en la actualidad ha permitido dirigir las investigaciones de los nuevos antibióticos hacia las sustancias antivirales y antifúngicas. De estas últimas se han descrito hasta 24, de las cuales 16 no tienen más que una acción antirúngica. De ellas, seis, la nistatina, la antimicina, la cromicina, la rimocidina, la ascopina y la candidina tienen propiedades comunes. Esta última parece ser de las más activas, especialmente ante los hongos levuliformes. Su acción más intensa se manifiesta ante el "C. albicans" y "B. dermatitidis", menos frente al "H. capsulatum", y carece de acción ante el "C. Neoformans". Estas investigaciones experimentales no han pasado aún al terreno de la clínica.

**Hematemesis por disfunción de las anastomosis arteriovenosas de la pared gástrica.**—Los autores empiezan describiendo el aspecto de estas anastomosis, que constan de una parte arterial, otra venosa y un segmento intermedio, cuyas células, de aspecto epitelioide, regulan el cierre o apertura de las anastomosis. En un enfermo gastrectomizado por hematemesis han observado en la pieza que la hemorragia parte de un lugar donde la anastomosis ha permanecido abierta, determinando un aspecto cirsoide del estómago. Distinguen este aspecto macroscópico e histológico de las gastroduodenitis hemorrágicas descritas y lo comparan al estómago vascular púsatil de Deleore, cuyo soporte anatómico era desconocido. Esta observación viene, pues, a aclarar una parte del vasto capítulo de las hemorragias gástricas de causa desconocida.

**Complicaciones cardiovasculares de la diabetes.**—Las complicaciones de la diabetes están, como es bien conocido, en relación con la precoz arteriosclerosis. Su frecuencia está bien determinada por la estadística de JOSLIN. Del presente trabajo se desprenden tres conclusiones prácticas: a) La arteriosclerosis es, tanto en diabéticos como en normales, resultado de un trastorno de lípidos y del colesterol. Sin ser el único factor, el régimen dietético juega un importante papel. b) Esta anomalía puede ser fácilmente descubierta por la ultracentrifugación óptica, pero no por la simple dosificación total de colesterol. c) Sobre el plan terapéutico, además de la vigilancia del régimen, quizá la heparina pueda hacer un papel preventivo.

61 - 67 - 21 de octubre de 1953

- \* La mastografía al servicio de la clínica. Vergoz, Tillier y Laquière.
- \* Sobre un aspecto clínico particular del neuroblastoma congénito. El síndrome de diseminación metastásica pasiva en el tejido celular. M. Kaplan, R. Grumbach y P. Vesin.
- \* Miopatía y secuelas de poliomielitis. Interés de las radiografías musculares. A. Grossiord, J. Bernard y R. Marteau.
- \* Radiodiagnóstico de las oclusiones del intestino delgado por bridas y adherencias. Cl. Olivier, N. Arvay y J. Ferrari.
- \* Tumor melánico del ileon y anemia, metástasis de un melanoma de encía. Ch. Debray y otros.
- \* La localización más frecuente de la arteritis segmentaria: La de la femoral superficial. J. Oudot y J. M. Cormier.

**Mastografía.**—Recientes publicaciones muestran el interés que puede ofrecer el examen radiológico, sin preparación, de la glándula mamaria. Numerosos trabajos han sido publicados a este respecto y los autores, sumamente interesados por la utilidad que del método se puede obtener, han juzgado interesante el someter a todas sus enfermedades afectas de mastopatías al examen radiológico sistemático. En este trabajo presentan observaciones de lesiones variadas de la glándula mamaria y, en cada una de ellas, la mastografía estuvo conforme con las observaciones clínicas. Terminan haciendo resaltar la importancia que este método puede adquirir para el diagnóstico de los tumores malignos.

**Neuroblastoma congénito.**—Los autores presentan un caso personal, añadiendo a su estudio el de nueve des-

critos en la literatura. Con todos ellos describen un nuevo síndrome clínico del neuroblastoma congénito, que aparece al nacimiento o poco después, y está constituido por una diseminación metastásica masiva y difusa en el tejido celular subcutáneo, inter o intramuscular. La evolución es siempre fatal y extraordinariamente rápida. Este síndrome presenta la suficiente personalidad como para que solamente por la clínica pueda ser diagnosticado. Está caracterizado: a) Por su aspecto clínico particular, debido a la diseminación extraordinaria y localización de las metástasis del neuroblastoma en el tejido celular. b) Por su aparición en las primeras semanas de la vida; y c) Por su rápida y fatal evolución. No se conoce ninguna terapéutica eficaz.

**Arteritis de la femoral superficial.**—La obliteración crónica de la femoral superficial es muy frecuente en el curso de las arteritis. Se trata de una trombosis generalmente segmentaria y con signos propios que permiten individualizar un verdadero síndrome cuyo diagnóstico es capital para la elección de un tratamiento adecuado, ya que esta localización suele ser tributaria de un tratamiento reconstructivo, particularmente del injerto arterial. Los autores presentan en su trabajo los resultados de un estudio efectuado sobre 60 enfermos. Describen el síndrome de la femoral superficial; su sintomatología es típica. Cuando la obliteración es segmentaria y las crisis no se reiteran con demasiada frecuencia, suele ser posible el tratamiento reconstructivo. Si la obliteración se extiende hacia arriba, la isquemia del miembro es mayor, con signos más acusados. La extensión hacia abajo se asocia frecuentemente a trastornos tróficos precoces.

61 - 68 - 24 de octubre de 1953

- Prueba de la tolerancia a la glucosa con dosificación simultánea de la glicemia y de la piruvicemia en los diabéticos. R. Moreau y otros.
- Hepatitis epidémica o de inoculación en el curso del tratamiento por PAS en perfusión. E. Barré y A. Darnigal.
- Propiedades antiateromatosas de la heparina. Pruebas objetivas clínicas y biológicas. A. Tamchès.

61 - 69 - 31 de octubre de 1953

- \* ¿Qué sucede con la heparina inyectada por vía endovenosa? Estudio de su ritmo de eliminación en el hombre. R. Fontaine, P. Mandell y Mlle. Lux.
- \* Nuevas nociones sobre el estudio de la resistencia de los gérmenes a los antibióticos. R. Malloux, A. Bertoye, M. Carraz y J. P. Rebattu.
- Dificultades técnicas del balance nitrogenado. La importancia del régimen anterior. R. Lagier y M. Demole.

**Eliminación de la heparina.**—Los autores estudian el ritmo de eliminación de la heparina, cuando ha sido suministrada por vía endovenosa, en el sujeto normal. Según la dosis inyectada, de un 50 a un 60 por 100 es destruida por el organismo, escapando, pues, a los reactivos específicos. El resto se elimina por la orina. Para una dosis de unos 100 mg. la eliminación urinaria es aproximadamente de un 40 por 100 y es total al cabo de doce horas; este plazo es más largo para una dosis mayor (150 mg.). Las condiciones patológicas pueden acortar o alargar este tiempo. Así, pues, los autores creen que hay que vigilar a los enfermos que reciben esta droga, considerando que lo mejor es hacer un control sistemático de la heparina.

**Resistencia a los antibióticos.**—A menudo puede apreciarse una discordancia en cuanto a la resistencia de los gérmenes a los antibióticos, según los primeros procedan de cultivos de laboratorio o de los tejidos del propio enfermo. Una de las razones es que la resistencia no es igual según que sean cultivados a partir del pus o a partir de los tejidos del enfermo; esta nueva noción presenta un gran interés biológico y debe incitarnos a que siempre que en la práctica sea posible obtener los gérmenes a partir de los tejidos enfermos, mejor que del pus o de la sangre, donde al parecer sus propiedades están profundamente modificadas.

## Deutsche Medizinische Wochenschrift.

78 - 23 - 5 de junio de 1953

- \* Contribución al conocimiento del metabolismo de los ácidos láctico y pirúvico en ciertos procesos patológicos. G. Papayannopoulos y K. Vasilounis.
- \* Ruidos vasculares y circulación periférica. K. Hollnack y E. Kuhn.
- Nuestro método de tratamiento del carcinoma laríngeo. R. Schleimer.
- Las invasiones estreptocócicas (estreptoquinasa-estreptodornasa). Th. Halse y P. Braun.
- La patología de los accidentes hemolíticos en las transfusiones. H. U. Zolinger.
- El tratamiento de la esclerodermia. J. Hollschmidt.
- Clínica y tratamiento de la actinomicosis bronquial. A. Rumrich.

**Ácidos pirúvico y láctico en la sangre en diversos procesos patológicos.**—El tema ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años. En la fase oxidativa del metabolismo anaerobio de los H. de C. se origina ácido pirúvico que es decarboxilado por intervención de la vitamina B, fosforilizada (actuando aquí como cofermento) y se convierte en acetaldehído. Posteriormente, por una reacción de Cannizaro con una molécula de agua, se transforma en ácido láctico, que va en parte a ser resistitizado a glucógeno en el hígado. Por otra parte, el ácido pirúvico es, en la deaminación oxidativa de la alanina, el puente que conduce a la síntesis de hidrocarbonados por medio del ácido láctico. Por ser la vitamina B, fundamental para la conversión de ácido pirúvico en láctico, la determinación de estas sustancias es muy útil para conocer no sólo estados manifiestos, sino también latentes, de déficit de dicha vitamina. Los autores han determinado los dos ácidos y el cociente pirúvico/láctico en varias enfermedades. En los enfermos hepáticos, en los diabéticos con acidosis y en esquizofrénicos, especialmente durante el tratamiento con insulina o con electrochoque, aumenta la piruvemia disminuyendo el cociente citado. De la simple determinación del láctico no se puede sacar resultados concluyentes.

**Soplos vasculares y circulación periférica.**—Se presta en general poco interés a la auscultación de las grandes arterias para el diagnóstico de las enfermedades arteriales. Los autores han hecho este estudio auscultando la aorta abdominal y las ilíacas a través de las paredes abdominales, las que comprimen con el estetoscopio. Con una compresión cualquier vaso, aun normal, puede ser auscultable, pero este error es fácil de obviar con un poco de práctica. Hay que distinguir en estos vasos el tono del soplo; el primero es el segundo tono transmitido: no tiene interés en este caso. El otro es un verdadero soplo sobreañadido, de origen vascular, como se puede comprobar registrando simultáneamente el fonocardiograma y el pulso carotídeo. En más de dos mil sujetos con sistema vascular sano no encuentran nunca soplo en la aorta abdominal ni en las ilíacas. Este aparece, por el contrario, en el 75 por 100 de los sujetos que tienen trastornos circulatorios periféricos, generalmente esclerosis arterial generalizada. Representa, pues, este método una valiosa ayuda para informar sobre el estado de la pared arterial. Los resultados aquí expuestos demuestran que la afectación de la aorta abdominal e ilíacas en los procesos vasculares es muchísimo más frecuente que lo hasta ahora admitido. Con frecuencia se tratará tan sólo de alteraciones parietales sin marcado estrechamiento de la luz.

78 - 24 - 12 de junio de 1953

- La gota. E. Grafe.
- Crítica de las llamadas pruebas positivas de paternidad según Loens. P. Dahr.
- \* Contribución al problema de la etiología tuberculosa del sarcoide de Boeck. R. Döpfner.
- \* El tratamiento de la hipertiroseis con metilmercaptimidazol. E. Klein y U. Wiedenmann.
- Nuevos resultados del tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial. O. H. Arnold y K. D. Bock.
- Las invasiones estreptocócicas (estreptoquinasa-estreptodornasa). Th. Halse y Braun.

Uretano e hialuronidasa. R. Riegel.

La importancia de las hemolisinas heterófilas del suero humano para la reacción de fijación del complemento. E. Semenitz.

**Tuberculosis y sarcoide de Boeck.**—Es muy discutida la cuestión de si al sarcoide de Boeck puede o no atribuírse con seguridad la etiología tuberculosa. El autor ha intentado aclarar el problema mediante investigaciones bacteriológicas e inmunológicas. El cultivo de las piezas de biopsia de 12 enfermos fué sistemáticamente negativo. De las mismas piezas hizo inoculaciones, dando hasta seis pases en varios animales, sin poder nunca obtener bacilos. Practicó la reacción de fijación de complemento con antígeno tuberculoso en los afectos de sarcoide de Boeck en un grupo de sanos y en otro de tuberculosos sin hallar positividad en los primeros más que en un pequeño tanto por ciento, que corresponde al que se observa en la población general. Todos estos resultados vienen a engrosar el número de los datos en contra de la etiología tuberculosa de esta enfermedad.

**Tratamiento del hipertiroidismo con metilmercaptimidazol.**—Hasta ahora se había conseguido con los preparados de tiouracilo disponer de medicamentos antitiroideos eficaces que bloquean la síntesis de tiroxina en el tiroides. Pero su afinidad por la médula ósea hace que durante su empleo aparezcan complicaciones alérgicas y hematológicas que suponen un peligro cierto, aunque ha sido exagerado. Era, por tanto, de desear un medicamento que conservando una actividad antitiroidea, al menos semejante, estuviese privado de toxicidad o ésta fuese pequeña. Esto parece haberse logrado con el 1-metil-2-mercaptopimidazol, sustancia que químicamente tiene semejanza con el tiouracilo. Los autores la han empleado en 30 enfermos hipertiroideos, consiguiendo una remisión en 28; en los otros dos fracasó. Con el metilmercaptimidazol se consigue una normalización de la función tiroidea más rápida que con los derivados tiouracílicos. La tolerancia fué perfecta en todos los casos sin que aparecieran nunca reacciones colaterales. Los recuentos de leucocitos se mantuvieron por encima de 5.000. En 12 casos hubo un aumento de tamaño del tiroides, revelado por el de la circunferencia del cuello. Las dosis necesarias son de 1/6 a 1/10 de las de metiol y propiltiouracilo. Puede considerarse el metilmercaptimidazol como la sustancia antitiroidea más activa en la actualidad.

78 - 25 - 19 de junio de 1953

- La tuberculosis genital de la mujer. H. Kirchhoff.
- Sobre los trastornos diencefálicos del sueño. H. Haefner.
- Problemas de las secuelas funcionales de los traumatismos del cerebro. W. L. Mascher.
- \* Tratamiento de las hemoblastosis con trietilenmelamina (TEM).
- \* Observaciones clínicas en el empleo de un nuevo laxante de contacto en ginecología. A. Foertsch.
- \* Terapéutica sedante sin barbitúricos. K. Aelbert.
- \* Tratamiento de la gangrena arterioesclerótica. H.-D. Bick y G. Lorch.

**Tratamientos de las hemoblastosis con trietilenmelamina.**—Los autores comunican su experiencia acerca del empleo del TEM en procesos neoplásicos. No se puede dar una pauta rígida de dosificación, sino que habrá de adaptarse a cada caso, según los datos clínicos y hematológicos, el curso de la enfermedad y las posibles complicaciones. Rara vez se alcanza dosis superiores a los 150 gr., que requieren una administración muy protraída. Generalmente dieron dosis de TEM de 5 miligramos por la mañana, en ayunas. Es conveniente darlo junto con bicarbonato sódico (2 gr.) o, aún mejor, en forma de cápsulas que no liberen la droga sino en el intestino delgado. Sólo han empleado la vía venosa en casos de no reabsorción del TEM en el intestino o cuando sea necesaria una acción muy rápida: en ninguno de estos casos produjo trombosis, dolores ni vómitos. Los efectos clínicos son comparables a los de la mostaza nitrogenada, con las ventajas de su mayor tolerancia y acción por vía bucal. Buenos resultados en la



linfogranulomatosis, leucemias linfáticas agudas y crónicas, linfosarcomatosis y leucosarcomatosis. En los linfogranulomas y leucemias muy avanzados, resistentes a todos los tratamientos, tampoco el TEM produjo mejorías. La plicitemia vera y la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann responden muy favorablemente. No modifica, por el contrario, el cuadro clínico ni el curso progresivo de las carcinosis y sarcomatosis.

**Un nuevo laxante. Su aplicación en obstetricia.**—Conocida es la importancia del problema que el estreñimiento crea a diario en la clínica obstétrica, que hace deseable una sustancia con efecto laxante por acción puramente local, de una manera al mismo tiempo suave y eficaz. Estas condiciones parece reunir el 4-4'-diacetoxi-difenil-piridil-2-metano. Se emplea en forma de grageas dosificadas a 3,5 mg. o recubiertas de una capa ácidoresistente. La dosis media es de 2 ó 3 grageas por la mañana, en ayunas. La experiencia del autor se extiende a 50 enfermas encamadas por muy diferentes motivos en un Servicio obstétrico-ginecológico y padeciendo constipación relacionada o no etiológica o fisiopatológicamente con su proceso fundamental. En la mayoría de las pacientes la respuesta se ha producido ya en las primeras seis horas: una o dos deposiciones de consistencia normal. El nuevo laxante carece de acciones secundarias: ha estudiado la sangre y la orina sin observar modificaciones. La tolerancia es perfecta, incluso en casos de hiperemesis gravidica. No ha podido ser demostrada la eliminación del producto por la leche ni alteraciones de la marcha del vientre en los niños amamantados por sus madres durante el tratamiento con esta droga.

**Terapéutica sedante sin barbitúricos.**—El autor comunica haber empleado unas tabletas (Portafin) conteniendo 0,45 g. de alfa-monobromoisovalerianilcarbamida y 0,05 g. de alfa-isopropilbromobutiramida. Reúne todas las condiciones deseables en un sedante: comienzo precoz de la acción, eliminación rápida y completa, falta de acumulación y ausencia de acciones colaterales. La dosis ha de adaptarse a la respuesta individual o a lo que se intente conseguir en cada sujeto, pues no sólo tiene aplicación como sedante durante el día, sino también como hipnótico durante la noche. La dosis media puede ser la de 1-2 tabletas de tres a cuatro o más veces al día. El autor ha obtenido buenos resultados en la agitación e irritabilidad arterioesclerótica y en los estados de agitación en otras enfermedades psíquicas, especialmente en las que muestran colorido angustioso, así como las alteraciones neurovegetativas con hipertensión simpática.

**Tratamiento de la gangrena arterioesclerosa.**—La aparición de gangrena arterioesclerosa en una extremidad plantea siempre al clínico el problema de si es preferible decidirse por un tratamiento conservador o por uno operatorio. Como contribución al problema, el autor comunica 15 casos con gangrena de los pies tratados medicamentosamente. En ellos el diagnóstico de la naturaleza arterioesclerótica del proceso se hizo por: 1) Aparición en edad avanzada, con un promedio de sesenta y ocho años. 2) Los datos de la arteriografía; y 3) Características de la curva del pulso femoral (sólo palpable en el pliegue de la ingle) y análisis físico circulatorio. El tratamiento consistió en inyección intraarterial percutánea diaria de 10 c. c. de solución de novocaína al 1 por 100 más 4 c. c. de prisco. En nueve enfermos se asistió a la curación total de su gangrena y otros dos fueron dados de alta a petición propia, mostrando franca mejoría. Los dos restantes, con intensa caquexia, resistieron al tratamiento. La casuística es aún demasiado exigua para sentar conclusiones definitivas, pero es indudablemente esperanzadora.

78 - 26 - 26 de junio de 1953

Accidentes por transfusión de sangre conservada debidos a la formación de sustancias tóxicas en la sangre. L. Heilmeyer y cols.

- La posibilidad de reproducir la reacción alérgica en el hombre en estudios de anafilaxia pasiva local. R. R. Schleinzner.
- \* Complicaciones y peligros de la mielografía con Abrodil. N. Panter.
  - \* Insuficiencia cardíaca por hipertiroidismo "enmascarado". Schwab y R. Reinwand.
  - \* Tratamiento conservador de la fractura de la cabeza del húmero. H. Schultz.
  - \* Efectos del bloqueo del estrellado. P. Beickert.

**Complicaciones y peligros de la mielografía con Abrodil.**—Las mielografías con aceites iodados (lipiodol, iodipina) tiene hoy día escasas indicaciones debido a sus peligros; en efecto, obligan a una intervención para eliminar el contraste, pues por no ser reabsorbible su abandono determina causalgias, aracnoiditis, formación de granulomas menígeos, etc. Por el contrario, los medios de contraste iodados solubles en agua (anrodil) son absorbidos espontáneamente, por lo que no tienen dichos peligros y puede ser repetida la exploración más adelante si es necesario. Sin embargo, también con el Abrodil se ven algunos accidentes. Muchos pueden ser evitados con estas simples precauciones: probar la posible hipersensibilidad del sujeto al Abrodil, anestesiar completamente el espacio dural, inyectar lentamente el medio de contraste y al mismo tiempo efedrina para impedir un descenso de la presión sanguínea. Las complicaciones observadas por el autor fueron: tres casos de colapso circulatorio intenso, algunos de irritación meníngea acusada con el correspondiente cortejo sintomático, dos casos de manifestaciones radiculoneuríticas y tres de accesos epilépticos. Un breve tratamiento cardiocirculatorio previo disminuye considerablemente el riesgo de un fracaso circulatorio. Los casos de meningismo postmielográfico pueden ser abreviados mediante la punción lumbar. Los accidentes por el Abrodil fueron siempre agudos, no tratándose nunca de complicaciones crónicas, como alteraciones de los reflejos, parestias, mielitis, etc. Por otra parte, su frecuencia es tan escasa que en la práctica puede considerarse este medio de contraste como absolutamente inocuo.

**Insuficiencia cardíaca por hipertiroidismo enmascarado.**—Un primer grupo de causas de insuficiencia cardíaca está constituido por los factores mecánicos en el corazón o en los vasos que de alguna manera supongan un obstáculo a la circulación. En un segundo grupo entran los trastornos en el territorio de los vasos coronarios. Finalmente, hay que considerar las enfermedades miocárdicas: las miocardosis, cuya importancia es mayor que la que generalmente se les atribuye. El primer lugar entre las causas de miocardosis corresponde al hipertiroidismo. Unas veces éste es clínicamente evidente y el cuadro circulatorio con insuficiencia cardíaca aparece claramente como una consecuencia de él. Pero otras veces el hipertiroidismo tiene poca expresión clínica, está "enmascarado" y así puede pasar inadvertido si no se piensa en esta posibilidad ante otra insuficiencia cardíaca cuya causa no está a la vista. Estos hipertiroidismos monosintomáticos o tireocardiopatías pueden presentar grandes dificultades en el diagnóstico diferencial. Para éste el metabolismo basal es de valor limitado por ser alto en la insuficiencia cardíaca aun sin hipertiroidismo. Se debe prestar especial atención a todos los síntomas clínicos "menores": conducta del paciente, ligero exoftalmos, hipertermia, dermatografismo positivo, descargas de sudoración o piel húmeda, labilidad psíquica y alteraciones de la marcha del vientre, todos los cuales harán sospechar el diagnóstico. La mejor manera de confirmarlo es la prueba del almacenamiento del yodo radioactivo por el tiroides. El tratamiento no ha de dirigirse al corazón, sino principalmente al tiroides, por los métodos habituales, médicos o quirúrgicos.

**Efectos del bloqueo del ganglio estrellado.**—El autor ha observado que el bloqueo unilateral del stellatum produce una contrarregulación vegetativa en el territorio de la cabeza, en el sentido de que en el lado bloqueado la regulación se hace siempre en el sentido

opuesto al sano. Así, siempre hay diferencias de temperatura en uno y otro lado, porque cuando aumenta en el no tratado disminuye en el tratado y viceversa. Ahora comprueba que esto no ocurre solamente en la cabeza sino también en las extremidades superiores, y sugiere la posibilidad de que en el mismo sentido puedan ser afectados otros órganos dependientes del ganglio estrellado. Esta peculiaridad puede depender del mismo ganglio o de las fibras vegetativas que lo atraviesan. Especial interés merece la posibilidad de una inversión de las reacciones en condiciones especiales, principalmente después de la estimulación unilateral del simpático.

### Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

84 - 23 - 5 de junio de 1954

- \* Nuevos puntos de vista acerca de la significación de las llamadas distonías vegetativas y estados patológicos análogos en la práctica. G. E. Stiefel y cols.
- \* Mialgia epidémica (enfermedad de Bornholm, pleurodinia). H. Jakob y E. Schwarz.  
Estudios estadísticos sobre la mortalidad por procesos malignos en Suiza. H. R. Schinz.  
Síndrome de Cushing y obesidad. A. Labhart.  
Comunicación terapéutica sobre el extracto de placenta. A. Arquint y A. Hauser.  
Sobre la diabetes renal. G. Monasterio.

**Nuevos conceptos sobre las distonías vegetativas.**—En 50 casos de la llamada distonía vegetativa con sus correspondientes molestias y ausencia o debilitamiento del reflejo corneal y faríngeo, el autor encuentra una tendencia a mostrar las mismas alteraciones proteicas y del hierro sérico que en las disfunciones crónicas del hígado, a saber: ensanchamiento de la banda de Weltmann, disminución de la velocidad de sedimentación, reacción de la cefalina positiva, hierro sérico ligeramente aumentado por la mañana en ayunas; por electroforesis resultados normales o sólo ligera tendencia a la disminución de la albúmina con aumento de la gammaglobulina. En estigmatizados vegetativos sin molestias subjetivas encuentra un cuadro semejante. Desde el punto de vista de la práctica clínica señalan los siguientes datos característicos de las distonías vegetativas y otros procesos funcionales, a menudo coloreados psíquicamente, datos que sirven para diferenciarlos de las enfermedades orgánicas, anatómicamente condicionadas: reflejos corneal y faríngeo, débiles o ausentes; velocidad de sedimentación, de 1 a 3 mm. en la primera y segunda hora; banda de coagulación por el calor y el cloruro cálcico, según WELLMANN, ensanchada (0,20-0,10 por 1.000); hierro sérico en ayunas, superior a 135 gammas por 100, a menudo unido con carencia latente de hierro.

**Mialgia epidémica.**—Los autores refieren la observación de dos reclutas que servían en la misma compañía y pelotón y que casi simultáneamente padecieron una forma de enfermedad de Bornholm no completamente típica. Fueron típicos, en ambos, el dolor en la arcada costal, fiebre, ligeros síntomas catarrales y ausencia de hallazgos objetivos en la exploración del tórax. Por el contrario, tenían algunos datos que los diferenciaban de los casos rigurosamente típicos de la enfermedad, como eran la presentación en primavera, la falta de paralelismo entre dolor y fiebre, la duración demasiado prolongada (4-7 semanas) sin remisiones y recidivas alternantes del dolor. El diagnóstico de la enfermedad puede hacerse por el aumento del título de anticuerpos o por la demostración del virus en sangre o heces. En estos dos enfermos se aisló de las heces el virus de Cocksackie el diecisiete y veinte días de enfermedad en cada caso. La mialgia epidémica es sin duda más frecuente de lo que se suele pensar, porque muchos casos cursan atípicamente y por la poca peligrosidad de la infección, que a menudo semeja el cuadro de una gripe banal, lo que motiva que las investigaciones diagnósticas no puedan ser puestas en práctica en la mayoría de los casos.

84 - 24 - 12 de junio de 1954

- \* Tratamiento con ácido ascórbico a dosis altas en la poliomiélitis epidémica. O. Gsell y F. Kalt.
- \* Modificaciones del equilibrio electrolítico en el síndrome nefrótico por administración de recambiadores de cationes y de ACTH. O. Kraupp y cols.  
La jaqueca como problema psicósomático. C. Haffter.  
Sobre un caso de muerte por asma. H. J. Leu y cols.
- \* La cuestión de la dosificación de la butazolidina. P. Imhof y A. Gianoli.

**Acido ascórbico en la poliomiélitis.**—Su empleo se basa en el conocimiento de las necesidades aumentadas de vitamina C en la infección, en la disminución del contenido de la misma en las suprarrenales y en los nervios en la poliomiélitis y en el hecho ya conocido de que los diferentes oxidantes pueden inactivar el virus poliomiélico, como el agua oxigenada y el permanganato potásico. Los autores lo han ensayado en 125 enfermos, de los cuales en 43 iniciaron el tratamiento del primero al tercer día y en 63 del cuarto al séptimo. Se requieren dosis altas: 0,02 a 0,5 g. por kilo de peso corporal, lo que representa una dosis diaria de 5 a 25 g. para un adulto, con lo que se alcanza un nivel de 10 a 21 mg. por 100 en sangre y de 3 a 6 mg. por 100 en el líquido cefalorraquídeo. No encuentran resultados satisfactorios: el número de paresias y de muertes fué el mismo en los tratados que en los controles, así como la progresión de las parálisis. Ni siquiera en los casos de comienzo precoz del tratamiento pudo prevenir la aparición de las mismas. No es posible establecer una relación indudable entre la intensidad del tratamiento y el estado final de los enfermos al abandonar la clínica.

**ACTH y recambiadores de cationes en la nefrosis.**—A cuatro niños con síndrome nefrótico administraron simultáneamente los autores ACTH y resinas de intercambio. Se produjo un aumento de eliminación fecal de sodio y potasio, al mismo tiempo que disminuía la eliminación urinaria de ambos. La cantidad de Na y K tomada por la resina después de su administración oral depende en gran parte de la falta de regulación del metabolismo mineral, además del grado de retención renal de Na. Por tanto, las enfermedades febriles y la ACTH determinan una mayor captación de estos iones por la resina en el intestino. De esta manera, la administración simultánea de la hormona y la resina es capaz de disminuir la retención de sodio, que se produce generalmente en el primer tercio del tratamiento con ACTH. En los casos observados por el autor, no se pudo ver ningún aumento de presión arterial bajo los efectos del tratamiento combinado, como los que se ven a veces cuando se emplea la ACTH sola.

**Dosificación de la butazolidina.**—Desde hace unos dos años se han generalizado los tratamientos de los procesos reumáticos con butazolidina. Los resultados han sido en general buenos, mejores que los obtenidos hasta ahora con cualquier otro medicamento, por lo que se ha llegado a pensar que tenga una acción antirreumática realmente específica. Pero, al igual que ocurre con casi todos los medicamentos de gran actividad, tiene también efectos colaterales desagradables e incluso peligrosos. Los autores estudian la cuestión de la dosis óptima determinando la reabsorción y nivel hemático alcanzado por la droga. Después de una dosis oral de 600 mg. hay en sangre entre 7 y 15 mg. por 100, con un promedio de 10,3 mg. por 100. La curva de absorción varía de unos individuos a otros e incluso en el mismo sujeto en diferentes momentos. La curva obtenida con una dosis de 400 mg. "per os" es sólo un 12 por 100 más baja que la de 600 mg. El aumento de ésta a 800 y 1.000 mg. no conduce a elevaciones proporcionales de la butazolidinemia. Se lograría una curva de absorción ideal dando 800 mg. el primer día, 600 mg. el segundo y tercero y 400 mg. los siguientes. Las alteraciones de la función hepática no suben el nivel hemático de butazolidina; tampoco hay relación entre éste y el peso o edad del sujeto, la proteinemia ni el grado de retención acuosa. Las diferencias individuales no parecen de-



pender de la eliminación de la droga, sino de su destrucción. No se puede dar un esquema rígido de dosificación. La butazolidinemia óptima eficaz es de 10 mg. por 100, que generalmente se consigue con 600 mg., es decir, una gragea tres veces al día.

84 - 25 - 18 de junio de 1954

- Los granulocitos eosinófilos como sistema autónomo en la agranulocitosis. A. F. Essellier y cols.
- Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis maxilar crónica de los niños. H. Wissler, H. Iselin y A. Raebler.
- Crisis hemolítica determinada por anticuerpos Rh. F. Roethlisberger.
- Nuevas orientaciones en la patología y tratamiento de la enfermedad de Menière. A. Csillag.
- El tratamiento de la sarna y las pediculosis con gamma-hexaclorociclohexano (Atan). H. Spueller.

**Comportamiento de los eosinófilos en la agranulocitosis.**—Se ha solido concentrar todo el interés en el estudio de la agranulocitosis sobre las modificaciones de la mielopoyesis neutrófila sin atender a los demás granulocitos. Las escasas comunicaciones sobre los eosinófilos en estos estados se refieren en su mayoría a la granulocitosis por Salvarsán. Según HOHR, se encuentra en estos casos una amplia eosinofilia tanto en la sangre como en la médula, lo que interpreta en el sentido de que esta última sería un órgano de choque en las afecciones alérgicas. Los autores del presente artículo han estudiado el comportamiento de los eosinófilos en 53 casos de agranulocitosis. En 11 casos hay una persistencia o un aumento de los eosinófilos durante la agranulocitosis, que no puede ser interpretada como una reacción alérgica semejante a la de los casos salvarsánicos, sino como una verdadera "eosinofilia de reabsorción" consecutiva a la inyección de una sustancia eosinopoyética, que en estos casos fué aceite (inyecciones de bismuto o de penicilina en un vehículo oleoso) o de pentanucleótido. Estas observaciones vienen a demostrar que en la agranulocitosis los eosinófilos se comportan como un sistema autónomo, independiente de los neutrófilos; en ella, como en el sujeto normal, el número de leucocitos circulantes es la resultante de dos formas antagónicas: eosinopénicas y eosinopoyéticas.

**Sinusitis maxilar crónica infantil.**—La sinusitis maxilar crónica no es rara en los niños. Se presenta en la mitad de los casos con infecciones recurrentes del aparato respiratorio, mientras que sólo se ve en el 1 por 100 de los niños que clínicamente no manifiestan trastornos respiratorios. Es excepcional que produzca cefalea, pocas veces determina catarros nasales y generalmente se manifiesta por tos crónica, debido a que se suele combinar en los niños con bronquiectasias y bronquitis crónicas, lo que obliga precisamente a prestar mayor atención a la enfermedad. La radiografía del seno maxilar es generalmente el mejor medio diagnóstico: sus resultados coinciden en un 80 por 100 de los casos con los de la punción del seno. Los autores practicaron la operación radical en 24 casos, obteniendo buenos resultados en 14, satisfactorios en ocho y malos en dos. Sólo recurren a ella cuando fracasa (2/3 de sus casos) el tratamiento conservador a base de lavados repetidos de la cavidad, frecuentemente asociados a penicilina intramuscular.

**Enfermedad de Menière.**—Sigue siendo un complejo problema, desde la nomenclatura relacionada con ella hasta su terapéutica. La base anatómica del proceso es el hidrops laberíntico, la ectasia hidrópica del sistema endolinfático, de base no inflamatoria, cuyo origen todavía no está aclarado. El desconocimiento de la etiología depende de que sólo conocemos inexacta y parcialmente la más fina fisiología del laberinto: relaciones vasculares, secreción-reabsorción de la endolinfa. Posiblemente se trata de una distonía vegetativa que determina alteraciones de la función de los vasos. Esta hipótesis, que encuentra apoyo en los buenos resultados conseguidos mediante bloqueo simpático, necesita sin embargo una comprobación más exacta. Respecto al proceder tera-

péutico, surge la disputa entre los defensores del método conservador y los partidarios de la operación. Sin duda, esta última se ve apoyada por los fracasos generalmente conseguidos mediante el primero. El método quirúrgico de elección depende del estado del laberinto. Cuando está conservada la audición se debe hacer la descompresión del laberinto o la vestibulotomía intracaneal, mientras que en los casos de simultánea pérdida del oído está indicada la destrucción del oído interno por medios mecánicos, químicos o térmicos. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que éste es un último refugio que sólo se empleará cuando la función auditiva sea totalmente irrecuperable. Sería de desear el desarrollo de una microcirugía endolaberíntica en el sentido de que se pudiera realizar la anulación de la porción vestibular del oído interno sin daño para el aparato colear. El tratamiento con estreptomina de la enfermedad de Menière está todavía en desarrollo.

**Gamexano en la pediculosis y sarna.**—El autor ha empleado un pomada de gamma-hexaclorociclohexano al 10 por 100 en el tratamiento de la sarna y de la pediculosis humana. Esta sustancia empezó siendo usada principalmente contra los parásitos en agricultura, pero se ha empleado también con éxito en Alemania y Estados Unidos contra la sarna. Tiene sobre las sustancias anteriormente empleadas la ventaja de ser también ovicida, lo que se ha comprobado mediante investigaciones "in vitro". Gracias a esta propiedad es suficiente una sola aplicación del producto. La experiencia del autor se extiende a 170 casos de sarna, 187 de pediculosis pubis y 16 de pediculosis capitis, de los cuales más de la mitad fueron objeto de controles ulteriores, sin que se observara recaídas en ninguno de éstos. También resultaron favorables los estudios sobre el pediculum vestimentum. No han podido observar hasta el momento de hacer esta comunicación ningún caso de intolerancia ni de hipersensibilidad. Algunos de los trabajadores encargados de la elaboración de los preparados de hexaclorociclohexano sufrieron eczemas.

84 - 26 - 25 de junio de 1954

- Tratamiento de las psicosis endógenas con insulina combinada con histamina. P. Kielholz y R. Battagay.
  - Contribución al conocimiento de un síndrome reumático con afectación generalizada de los cartilagos. H. Harders.
- Experiencias con un nuevo preparado de acción antialérgica. F. Wortmann.

**Tratamiento de las psicosis endógenas con histamina.** Los autores han ensayado el tratamiento de las psicosis endógenas con histamina e insulina, basados en que la histamina refuerza el efecto de la insulina e influye sobre el tono vegetativo actuando primeramente sobre el vago, pero determinando luego una contrarregulación por acción sobre el simpático; además produce hipermia y aumento de la permeabilidad capilar, lo que mejora la circulación encefálica y la nutrición de las células cerebrales. Han empleado con éxito este procedimiento en los estados depresivos. Aunque no es un tratamiento tan intenso como la electroconvulsión, hay que tener en cuenta que también es raro que el electroshock en los dos primeros meses de una depresión produzca una mejoría o curación duraderas. En el tratamiento de la esquizofrenia paranoide crónica y de la hebefrenia también da buenos resultados, aunque mucho menores. En estos casos el Largactil, derivado de la fenotiazina, es el tratamiento más útil, como han demostrado los autores con anterioridad.

**Síndrome reumático con afectación generalizada de los cartilagos.**—El primer caso que se conoce fué descrito por v. MEYENBURG en Suiza en 1936. En 1944-48, GORDON, PERLMAN y SHECHTER, ignorando la anterior observación, comunicaron otro caso similar. El autor refiere ahora un tercero, semejante a los dos anteriormente mencionados, y sobre la base de estos tres casos piensa que se puede hablar ya de este cuadro como de

una entidad clínica definida de presentación rara. Comienza por un catarro de las vías respiratorias superiores y se caracteriza por inflamación y reblandecimiento de todos los cartílagos del organismo. A esto se suma un síndrome reumático poliarticular con miocarditis, episcleritis e iridociclitis. La afectación de los cartílagos laríngeos y traqueales determina precozmente estridor. Se produce una tráqueobronquitis crónica y en el caso del autor un neumotórax espontáneo recidivante de localización variable. Un síntoma constante es el hundimiento en forma de silla de montar de la nariz. La etiología del proceso se desconoce. Los autores le dan el nombre de "pancondritis" y discuten su inclusión en el grupo de las enfermedades del colágeno.

### Circulation.

8-4-1953

- \* Reactivación de la fiebre reumática a continuación de una comisurotomía mitral. L. A. Soloff y otros.
- \* Terapéutica con antibióticos de la endocarditis bacteriana. J. E. Geraci y W. Martin.
- \* Relación con la edad de ciertas respuestas electrocardiográficas de los adultos normales al ejercicio. H. M. Silver y M. Landowne.
- \* Cambios con la edad de la respuesta al ejercicio de la cifra de latidos cardíacos y de la presión sanguínea. A. H. Norris, N. W. Shock y M. J. Yienst.
- Fisiología del gasto cardíaco. W. L. Hamilton.
- Fracaso del intento de reducir el tamaño de los infartos experimentales por medio de la cortisona. D. F. Opdike, A. Lambert y otros.
- Aneurisma congénito del seno de Valsalva derecho, diagnosticado por aortografía. W. Falholt y G. Thomsen.
- Derivaciones electrocardiográficas: I. Introducción. R. McFee y F. D. Johnston.
- Kinetocardiograma. E. E. Edleman y K. Willis.
- Ballistocardiografía de torsión, con especial referencia a los aspectos en las enfermedades operables. K. R. Reisman y E. G. Dimond.
- Significado de los ruidos intermedios de Korotkoff. S. Rodbard.
- Vectocardiografía. G. E. Burch, J. A. Abildskov y J. A. Cronvich.

**Reactivación de la fiebre reumática después de comisurotomía.**—Un 24 por 100 de los enfermos observados por los autores padecieron un síndrome febril episódico después de un intervalo libre tras la intervención. Consistió en dolor precordial y fiebre, frecuentemente asociada a la aparición o intensificación de la insuficiencia cardíaca, y que a veces fué acompañado de dolores articulares, arritmias, hemoptisis y psicosis. De 43 enfermos que presentaron esta contingencia, tres fallecieron. Se consideró que se trataba de una reactivación de la fiebre reumática. Los autores piensan que este síndrome es de presentación aún más frecuente de lo que ellos reportan en este artículo, debido, primero, al gran número de casos que no se pueden observar durante mucho tiempo después de la intervención; segundo, a los enfermos que no se han tomado la temperatura o lo han hecho incorrectamente, y tercero, al gran número

de centros hospitalarios donde rutinariamente se dan salicilatos tras la intervención, práctica que aprueban los autores.

**Terapéutica con antibióticos de la endocarditis bacteriana.**—Los autores tratan durante dos semanas a 16 hombres y siete mujeres con endocarditis bacteriana a estreptococos penicilín-sensibles. En 18 de ellos, había enfermedad reumática del corazón; en tres, cardiopatía arterioesclerótica, y lúes, en uno. En el otro, no fué posible establecer cuál era la afección previa.

Dieciocho enfermos (78 por 100) permanecieron bien durante periodos de 3 a 24 meses después de tratamiento: de éstos no hubo recurrencia ni fallos. Cinco (22 por 100) murieron. Cuatro de estas muertes fueron debidas a complicaciones de la endocarditis o de la enfermedad primitiva cardíaca, principalmente insuficiencia cardíaca congestiva y embolia cerebral. El quinto murió por infarto de miocardio. Los autores consideran que la dosis óptima consiste en un millón de unidades de penicilina G procaína en solución acuosa y un gramo de dihidroestreptomicina, dados intramuscularmente cada doce horas y durante dos semanas.

**Relación con la edad de la respuesta electrocardiográfica al ejercicio.**—Los autores estudian a 60 hombres adultos, normales, de distintas edades, para poder observar las distintas respuestas al ejercicio de sus electrocardiogramas. Hacen una minuciosa valoración cuantitativa de éstos y una interpretación fisiológica de los resultados obtenidos. En la mayoría de los sujetos pudieron observar una depresión del espacio ST y de la onda T, que se hacía máximo durante el periodo de recuperación.

Dentro de un tipo general de respuesta se notaron diferencias con la edad. Los grupos de mayor edad (estaban entre los 20 y 80 años) mostraron un tiempo de recuperación mayor y una más acusada reducción del espacio QT durante e inmediatamente después del ejercicio, así como una mayor depresión del espacio ST y de la onda T.

**Cambios con la edad de la respuesta al ejercicio.**—La cifra de latidos cardíacos y la presión sanguínea por auscultación son valorados en un grupo de 140 hombres comprendidos entre los 20 y los 92 años, antes y después de efectuar un ejercicio físico previamente reglamentado. El grupo de más edad sufrió un mayor aumento de la cifra de latidos cardíacos, así como un aumento más considerable de la presión arterial; además, estos cambios tardaron más tiempo en compensarse que en los sujetos jóvenes.

También encuentran variaciones, dentro de las mismas edades, según la postura en que se efectúa el trabajo y el reposo posterior. Los datos presentados por los autores hacen pensar tanto los cambios de postura como la edad en la recuperación tras el ejercicio del sistema cardiovascular y del metabolismo del sujeto.