

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

HIPOFISIS. FUNDAMENTOS, PATOLOGIA Y CLINICA. Colaboración, Doctor E. ROMERO y otros.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1954.—Un volumen de 452 páginas con 121 figuras 248 pesetas.

El doctor ENRIQUE ROMERO, infatigable trabajador, dotado de gran inquietud, organizó un curso sobre la hipofisis, que ha sido utilizado para construir este libro, en el que figuras eminentes nacionales y extranjeras han contribuido en sendos capítulos sobre la histología, anatomía patológica, bioquímica, fisiología de la hipofisis y sus relaciones con el hipotálamo, efectos metabólicos, gonadotropinas, síndrome de adaptación y diversos aspectos clínicos. Por la calidad de los contribuidores y la amplitud de los temas tratados, este libro, según era de esperar, constituye una fuente muy estimable de información sobre el papel de la hipofisis en la patología.

PSORIASIS. Doctores N. V. GRECO y F. F. GUNCHE.—Editorial Mundi, S. R. L. Buenos Aires, 1954.—Un volumen de 160 páginas con 83 figuras, 50 \$ m/n.

Los autores de este libro sostienen la etiología micótica del psoriasis, formando parte de las por ellos llamadas "micohemias". Se basan, en primer término, en los caracteres morfológicos del brote y en la evolución con agudizaciones intermitentes y, por último, en investigaciones con hallazgo del hongo *s. psoriasigeno*, que expresan haber encontrado en las lesiones cutáneas y en los glóbulos rojos. Estas aseveraciones de los autores parecen acazo aventuradas y pueden constituir un estímulo para investigaciones futuras confirmatorias.

FISIOLOGIA QUIRURGICA. Doctor J. NASH B. BLADES.—Editorial Mundi, S. R. L. Buenos Aires, 1954.—Un volumen de 640 páginas con figuras, 240 \$ m/n.

La fisiología quirúrgica, de la que ya existen varias ediciones y reimpresiones, traducida ahora a nuestro idioma, ofrece evidente interés en el sentido práctico principalmente, en general para los médicos y más de cerca para los que tienen que estar en contacto con los operados. Los fundamentos científicos de cada capítulo están expuestos en forma muy sencilla y elemental. No obstante, su utilidad reside principalmente en las normas prácticas que de ellos se obtienen. Lástima que algunas de las figuras no estén reproducidas con suficiente claridad. Fuera de eso, la edición es grata.

LEHRBUCH DER RÖNTGENOLOGISCHE DIFFERENTIALDIAGNOSTIK. Tomo II. Doctor W. TESCHENDORF.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1954. Un volumen de 1.037 páginas con 1.610 figuras, 186 DM.

De la obra de TESCHENDORF se han criticado ya anteriores ediciones en esta Revista. No tenemos sino repetir que constituye uno de los libros mejores que se han escrito sobre radiodiagnóstico. Dedicado este segundo tomo a las enfermedades abdominales. Tiene un valor especial el primer capítulo, donde se estudian aspectos poco frecuentemente tratados y, sin embargo, de gran importancia práctica: los procesos que afectan al cuadro clínico del abdomen agudo, desde la perinefritis y el absceso subfrénico, al infarto del bazo, al vóvulo, etcétera. Despues se estudian sucesivamente, en forma sistematizada, los aspectos radiológicos de las enfermedades del estómago, el estómago operado, el duodeno, las vías biliares, el intestino delgado y grueso, aparato urinario, el hígado, páncreas, bazo y tumores abdominales, a la luz del neumoperitoneo.

Unas muy abundantes ilustraciones (pasan de 1.600) y una cuidadosa edición, en la que las reproducciones radiográficas son excelentes, avaloran la obra, donde los problemas diagnósticos son tratados en forma muy completa. Es éste, sin duda, uno de los libros más ilustrativos que se han publicado. Contiene asimismo una abundante bibliografía.

LIBROS RECIBIDOS

"Examen neurologique du Nourrisson". Dr. André Thomas.—Editorial La Vie Médicale. París, 1955.—Un volumen de 47 páginas con figuras, 450 francos franceses.

"El estremimiento: Sus peligros y tratamiento" (segunda edición). Dr. J. Sandoval.—Instituto Editorial Reus. Madrid, 1956.—Un volumen de 172 páginas con 10 figuras, 40 pesetas.

"Anales del Hospital Civil de Santiago, de la ciudad de Vitoria" (volumen II). Varios.—Editorial H. Fournier. Vitoria.—Un volumen de 446 páginas con figuras.

"Ergebnisse der Medizinischen Grundlagenforschung". Doctor Fr. Bauer.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 856 páginas con 217 figuras, 129 DM.

B) REFERATAS

British Medical Journal.

4.874 - 5 de junio de 1954

- La dinámica de la hemopoyesis. I. Whitby.
- Mantenimiento de la circulación por un oxigenador con bomba durante la dilatación operatoria de la válvula aórtica en el hombre. I. Aird, D. G. Melrose, W. P. Cleland y R. P. Lynn.
- Resistencia a la insulina consecutiva a lesiones hipotálamicas y a la extirpación de la médula suprarrenal. J. Beattie.

- Presencia de electrocortina en la orina humana. C. I. Cope y J. García Llauradó.
- Un peligro de úlcera péptica. P. A. Lane Roberts.
- Experiencia reciente sobre la encefalitis en la infancia. E. G. Brewis.
- Plasmocitoma extramedular. B. Rowlands y N. Shaw.
- Isoniazida y aumento de peso. I. S. Mudie, N. W. Horne y J. W. Crofton.
- Grupos sanguíneos y cáncer ginecológico. E. Krokfors y O. Kinnunen.
- Sensibilidad extremada a la insulina. A. I. Roieh.
- Poliomielitis en la madre y el niño en Trieste. A. E. Read.

Mantenimiento de la circulación por un oxigenador con bomba durante la dilatación operatoria de la válvula aórtica en el hombre.—Los autores han utilizado el oxigenador con bomba para mantener la circulación total, extrayendo la sangre de la vena cava inferior a través de la femoral y haciéndola volver a la aorta a través de la arteria femoral después de haber sido oxigenada. El enfermo, que padecía una estenosis aórtica, angina de esfuerzo e incluso en reposo e insuficiencia congestiva, no podría haber sido intervenido, especialmente en cuanto a que la manipulación necesaria habría reducido el flujo sanguíneo coronario por debajo del nivel tolerable, ocasionando una fibrilación ventricular irreversible. Se pudo realizar una dilatación de la válvula aórtica a través de una incisión en la pared del ventrículo, introduciéndose el dilatador de Bailey. Para evitar la coagulación de la sangre en el aparato, se añadió heparina; a pesar de la neutralización con protamina, se produjo una evidente hemorragia, aunque no grave, hacia el final de la operación. Los autores piensan que esto se debió fundamentalmente a la falta de plaquetas. Después de la intervención desapareció por completo el angor del enfermo y aumentó grandemente su tolerancia al ejercicio.

Resistencia a la insulina consecutiva a lesiones hipotalámicas y extirpación de la médula suprarrenal.—Refiere el autor que después de la sección de las vías de conexión entre el hipotálamo y el tronco cerebral y la extirpación de la médula suprarrenal, las ratas colocadas a una temperatura ambiente de 29,5° C. no mostraron descenso en la glucemia a los treinta minutos de la inyección de insulina en una dosis de una unidad por kilo de peso. La extirpación de la médula suprarrenal por si sola o la sección de las vías hipotalámicas no produjeron el citado cambio en la sensibilidad a la insulina. El contenido en glucógeno de los músculos era significativamente más bajo que lo normal en las ratas con lesiones hipotalámicas y sin médula suprarrenal; el contenido en glucógeno no aumentó después de la inyección de glucosa (1 mg. por gramo de peso) o después de la inyección simultánea de glucosa e insulina. Estaba también marcadamente reducido el contenido en glucógeno del hígado (15 por 100 de lo normal) en estado de reposo. Al someter dichas ratas a la acción del frío durante nueve días, seguían sin mostrar respuesta hipoglucémica a la inyección de insulina; el contenido en glucógeno en el hígado en estado de reposo se redujo a 11 mg. por 100 gr. de hígado. Concluyen diciendo que estos datos experimentales sugieren que la resistencia insulínica encontrada en estas ratas se debe a la presencia de un antagonista de la insulina.

Electrocortina en la orina humana.—Las investigaciones de los autores les han permitido hallar una sustancia que tiene el poder de aumentar la retención de sodio por el riñón, contenida en grandes cantidades en la orina de una mujer que presentaba un proceso de tipo pielonefritico con una gran eliminación de potasio; otras propiedades de esta sustancia hacen sugerir a los autores que se trata de la electrocortina. Han podido encontrar también indicios de la presencia de una sustancia activa similar, pero en pequeñas cantidades en la orina humana normal y, en cambio, no la han podido demostrar en la orina de cuatro enfermos que padecían artritis reumatoide.

Encefalitis en la infancia.—El autor ha tenido la oportunidad de estudiar 93 casos de encefalitis. De ellos, 65 con 12 muertes, eran de etiología desconocida y los 28 restantes con tres muertes dependían de infecciones definidas como sarampión, tos ferina, varicela, rubeola, parotiditis, herpes simple, fiebre reumática aguda y mononucleosis infecciosa. Desde el punto de vista clínico, distingue en principio cuatro grupos: el primero, se caracteriza por un comienzo brusco con convulsiones y pérdida de la conciencia; el segundo, comienza agudamente con una corta fase de somnolencia y parálisis; el tercero, de comienzo insidioso con movimientos co-

reiformes continuos y ataxia; el cuarto, corresponde a una enfermedad letárgica con espasticidad y trastorno mental; deja, por último, un grupo heterogéneo que no encajaba en los cuatro tipos antes citados. Se encontraron secuelas en 23 de los 78 supervivientes, lo que supone una incidencia de casi el 29 por 100; en 15 casos, o sea el 19 por 100 de los supervivientes, las secuelas fueron muy intensas o incapacitantes (ataques convulsivos, reducción mental o hemiplejia). Tras el intento de agrupar algunos casos de acuerdo con el tipo clínico de la enfermedad, ha encontrado que no hay una relación constante entre el cuadro clínico y la etiología o anatomía patológica. Las alteraciones histológicas en el cerebro son a menudo sorprendentemente leves y desde luego desproporcionadas al grado de trastorno cerebral que se ve durante la vida. Sugiere que en cierto grado, la intensidad de la enfermedad puede valorarse observando el modo de comienzo, la profundidad y duración de la pérdida de la conciencia, la frecuencia de las convulsiones y la persistencia de los signos que indican una lesión focal del cerebro.

Isoniazida y aumento de peso.—La aseveración de que la isoniazida es capaz de promover un aumento de peso ha movido a los autores a hacer un investigación en este sentido. Encuentran que el aumento de peso se manifiesta en cuatro hombres sanos a los que se dió isoniazida durante ocho semanas fué similar al aumento en el mismo grupo tratado durante dos semanas con cápsulas de control que contenían lactosa y al aumento durante las cuatro semanas de observación. El promedio de aumento de peso fué menor que el de un grupo similar de cuatro hombres tratados durante diez semanas con cápsulas de lactosa. Los autores, por tanto, no han obtenido la evidencia como para sugerir que la isoniazida en los enfermos tuberculosos tiene un efecto sobre el aumento de peso distinto del que corresponde a su efecto sobre la enfermedad. No se vieron efectos colaterales que podrían atribuirse con certeza a la isoniazida: uno de los casos del grupo tratado mostró somnolencia y otro un fenómeno de Raynaud.

Poliomielitis en la madre y el niño.—El autor describe dos casos de poliomielitis en Trieste que correspondían a una madre y su hijo de trece días de edad, los cuales mostraron una evidente parálisis y el típico líquido cefalorraquídeo. Es muy rara la combinación de infección clínica en la madre y el niño recién nacido y asimismo la poliomielitis en el período neonatal. Ambos enfermos sobrevivieron, lo cual es de interés, puesto que la poliomielitis en el período neonatal es a menudo fatal para el niño y al tiempo para la madre cuando se afecta.

4.875 - 12 de junio de 1954

- Ingeniería e higiene industrial. P. Drinker.
 * Resultados tardíos de la transplantación de los uréteres en el colon pélvico. A. Jacobs.
 Estados psicopáticos e intentos de suicidio. I. R. C. Batchelor.
 * Divertículo de Meckel como urgencia abdominal. E. Christensen.
 Penicilina-sodio y penicilina-procaina en el tratamiento de la infección estafilocócica experimental en el ratón. F. R. Selbie.
 * El climaterio masculino: ¿Es una entidad? A. W. Spencer.
 * Isoniazida en el tratamiento de las tuberculosis óseas articulares. D. L. Griffiths, A. G. Quinlan y H. J. Richards.
 * Aurícula izquierda masiva y valvulotomía mitral. A. Vemner.
 * Terapéutica intraarterial en la enfermedad vascular occlusiva. J. Woodrow Betts.
 Estomatitis ulcerosa asociada con síntomas de úlcera péptica. T. H. Oliver.
 Adenoma bronquial. M. A. Weller.

Resultados tardíos del transplante ureteral al colon pélvico.—El autor analiza los resultados de la anastomosis uretero-cólica realizada en 162 enfermos. De su revisión llega a la evidencia de que siempre que la lesión para la que se realiza la diversión urinaria no sea una que predisponga por sí misma a la enfermedad y

mortalidad eventual, la transplantación de los uréteres al intestino se sigue de bienestar y expectación de una vida prolongada. Esto está influenciado en gran medida por el estado renal, que a su vez depende grandemente del éxito de la anastomosis actual. La unión entre el uréter y el intestino debe, por lo tanto, realizarse con el mayor grado posible de perfección técnica.

Divertículo de Meckel.—El autor presenta varios casos demostrativos de los cuadros que se presentan en el curso de complicaciones del divertículo de Meckel. Entre ellas cita la infeción, que provoca síntomas y signos clínicos muy similares a los de la apendicitis; la perforación, la obstrucción intestinal, el vólvulo, la intususcepción y la hemorragia. El diagnóstico es en general muy difícil y en muchas ocasiones se trata de un hallazgo operatorio. Considera el autor que cuando en una de estas intervenciones se encuentra incidentalmente un divertículo de Meckel, deberá extirparse si esto no aumenta materialmente el riesgo operatorio.

El climaterio masculino.—El autor considera que el climaterio masculino es una entidad clínica definida por las siguientes razones: 1) Se producen ocasionalmente síntomas similares en los castrados después de la pubertad y en la eunucoides y se mejoran por la terapéutica con andrógenos. 2) La secreción de 17-cetoestroides tiende a ser baja. 3) Algunos de los síntomas pueden explicarse por la falta de la acción anabólica de la testosterona. 4) Está aumentada la eliminación urinaria de gonadotropina, hecho indicativo de una insuficiencia testicular, aunque no necesariamente de andrógenos. 5) La histología testicular demuestra alteraciones estructurales. 6) Los síntomas se mejoran con la terapéutica con andrógenos, pero se presenta la recidiva cuando se sustituye por una sustancia inerte. 7) Argumentos similares a los que se han invocado contra el concepto del climaterio masculino podrían hacerse contra la existencia del climaterio femenino, que, sin embargo, nadie pone en duda.

Isoniazida en la tuberculosis ósea y articular.—Los autores han tratado 20 enfermos con lesiones tuberculosas no complicadas de los huesos y articulaciones por medio de procedimientos ortopédicos, régimen al aire libre y la administración de isoniazida a la dosis de 5 miligramos por kilo de peso al día durante seis meses; durante este período no se administraron estreptomicina ni PAS. Hubo una mejoría uniforme en el estado general y aumentó el peso, pero las lesiones tuberculosas locales no fueron mejor ni peor que si no se hubiera administrado la droga.

Aurícula izquierda masiva y valvulotomía mitral.—La frecuencia con que la dilatación masiva (aneurística) de la aurícula izquierda en la valvulopatía mitral reumática se asocia con un predominio de la insuficiencia, ha sido un factor contra el intento de la valvulotomía mitral en tales casos. El caso que refiere el autor tiene el interés de que los signos físicos eran exclusivamente los de la estenosis mitral, lo que se confirmó y mejoró por medio de una valvulotomía.

Terapéutica intraarterial en la enfermedad vascular oclusiva.—Describe el autor una serie de casos en los que una enfermedad arterial obliterante de la extremidad inferior fué tratada por inyecciones intraarteriales. Distingue en sentido amplio dos grupos de casos: en uno de ellos, lo principal era la claudicación intermitente, y en el otro, la necrosis isquémica. Las drogas utilizadas fueron la papaverina y el priscol. Los resultados fueron valorados desde un punto de vista clínico en el sentido de hallar una línea práctica de terapéutica. Concluye diciendo que este método no es eficaz en la claudicación intermitente, mientras que en la necrosis isquémica constituye una ayuda útil al tratamiento local.

4.876 - 19 de junio de 1954

- Práctica general en América y Gran Bretaña. C. M. Fleming.
- * Colitis ulcerosa. F. Frankel.
- * Desequilibrio electrolítico en la meningitis tuberculosa. F. A. Boxidis, M. K. Goldsinch y M. G. Philpott.
- Estudios clínicos y químicos en la lactación humana. F. E. Hytten.
- Carcinoma del oído medio. M. Ellif y R. Pracy.
- Estomatitis angular y su asociación con las dentaduras artificiales. J. G. Harkness.
- Enfermedad de Katayama, estadio toxémico precoz de la bilharziasis. J. Ritchken y M. Gelsand.
- Pesario de Hodge en la operación de retroversión. F. H. Leckie.
- * Actinomicosis tratada con aureomicina. F. A. Seligman.

Colitis ulcerosa.—Revisa el autor la literatura sobre los aspectos psicosomáticos de la colitis ulcerosa. Describe los protocolos de un caso de esta enfermedad en el que la enferma presentó trastornos en las relaciones interpersonales, caracterizados por inmadurez emocional, culpabilidad, dependencia y resentimiento hacia una madre dominante. Las situaciones de stress que provocaban los trastornos se asociaron con el matrimonio, proposiciones de matrimonio y situaciones que ponían en peligro la seguridad de la dependencia de la enferma. Los grandes trastornos de la personalidad y los factores ambientales, precipitantes en este caso, concordaban con los subrayados por otros autores. Cree que este caso refuerza la idea de una investigación psiquiátrica en enfermos con colitis ulcerosa.

Desequilibrio electrolítico en la meningitis tuberculosa.—Los autores han estudiado el trastorno electrolítico en la meningitis tuberculosa. De un total de 19 niños con esta enfermedad y dos con tuberculosis miliar solo, han encontrado que 10 tenían un patrón electrolítico anormal. Pudo verse una relación entre el patrón electrolítico anormal (hipocloremia, hiponatremia y aumento de la reserva alcalina) y la presentación de intensos vómitos. No se vió este patrón en los niños que habían sido tratados durante largos períodos y desapareció, después de cesar los vómitos, con la mejoría del proceso cerebral y con el aumento de la ingestión oral a límites normales. Las inyecciones de suero salino hipertonico, en cuatro casos no aumentaron permanentemente los cloruros del plasma, aunque se apreciaron elevaciones transitorias. Administran potasio bajo la forma de una mezcla de cloruro y citrato a dos niños por vía oral y hacen estudio del balance; en un niño con sodio en el suero normal se retuvo el 81 por 100 del potasio, y en el otro, que tenía una hiposodemia, sólo se retuvo el 26 por 100. Sugieren que los trastornos electrolíticos de la meningitis tuberculosa pueden explicarse por los vómitos intensos y por el mantenimiento de una pobre ingestión alimenticia en los estadios precoces de la enfermedad. La anormalidad no se debe a un déficit de cualquier electrolito, sino que probablemente se debe al déficit combinado de sodio, cloruro y potasio. Terminan diciendo que asegurando una ingestión adecuada de electrolitos se cuenta con un importante factor que contribuye a la recuperación de los enfermos con meningitis tuberculosa.

Aureomicina en la actinomicosis.—El autor comunica un caso de actinomicosis cérvicofacial que fué tratado con éxito con aureomicina. Se administró a la dosis de 3 gr. diarios durante dos días, 2 gr. durante ocho días y 1 gr. diario durante 23 días. Considera que la aureomicina constituye el tratamiento de elección en la actinomicosis, pero que debe hacerse el tratamiento adecuado si se pretende evitar la recidiva.

4.877 - 26 de junio de 1954

- La mortalidad de los médicos en relación con sus hábitos de fumar. R. Doll y A. Bradford Hill.
- * Terapéutica con cortisona oral en la periartritis del hombro. N. J. Blockey, J. K. Wright y J. H. Kellgren.
- * Carcinoma del cardias. H. J. Aenerson y H. P. Kelly.
- * Carcinoma del esófago. M. Meredith Brown.

- **Ulcus rodent:** Un análisis de 711 lesiones tratadas con radioterapia. I. Churchill-Davison y E. Johnson.
- **Acetilcolina intravenosa en el tratamiento de las neurosis:** R. M. Phillips y J. T. Hutchinson.
- **Prevención de la sifilis congénita:** R. S. Morton.
- **Pilocarina como antagonista de los efectos desfavorables de los agentes bloqueantes ganglionares en el tratamiento de la hipertensión:** J. A. Cunn y A. M. Cooke.
- **Pareo del tabaco en la bronquitis:** K. N. V. Palmer.
- **Estado asmático tratado con mostaza nitrogenada:** B. P. Arya.
- **Coláculos asfixiantes de un niño con diarreas recurrentes:** R. L. MacKuen.
- **Reacción psicótica aguda después de inhalar metilanfetamina:** R. B. Carr.

Cortisona oral en la periartritis del hombro.—En una serie de 32 casos de periartritis del hombro los autores han comparado los efectos de un curso de cuatro semanas con cortisona oral con los de una medicina inerte de control. La terapéutica con cortisona facilita la desaparición del dolor y la recuperación del movimiento del hombro y reduce el número de enfermos que requieren terapéutica física; hay, sin embargo, grandes variaciones individuales en la respuesta al tratamiento, de forma que ríngula de las diferencias entre los dos grupos de tratamiento consiguieron niveles convencionales de significación estadística.

Carcinoma del cardias.—Los autores presentan una serie de 26 casos de carcinoma de la porción cardial del estómago. Discuten los síntomas, la radiología y los resultados de la esofagoscopia. El predominio de la disfagia dentro de la sintomatología se debe al hecho de que la neiformación es habitualmente silente hasta que se afecta la unión gastroesofágica. Incluso la radiología más cuidadosa puede fracasar en la demostración del carcinoma gástrico como la causa de la obstrucción en el extremo inferior del esófago y además puede ser confusa la esofagoscopia. Como resultado en la mayoría de los casos de esta manifestación tardía de la lesión y parcialmente porque no se reconoce todavía con claridad la significación de los síntomas en los enfermos de edad media, siguen siendo los resultados del tratamiento quirúrgico extremadamente malos.

Cáncer del esófago.—El autor revisa 50 casos no seleccionados de neoplasia maligna del esófago subrayando el mal pronóstico de esta enfermedad. Los síntomas más frecuentes fueron la disfagia y la pérdida de peso; la historia es breve y los signos físicos específicos se presentan con rareza. El estudio radiológico con contraste y la esofagoscopia con biopsia son métodos esenciales para el diagnóstico y constituyen en la mayoría de los casos una gran ayuda para el mismo. Sólo siete enfermos pudieron ser tratados por una resección radical: dos murieron por la operación y los restantes están vivos y bien. La mayoría de los otros casos fueron tratados paliativamente por anastomosis, intubación o radioterapia.

Acetilcolina intravenosa en el tratamiento de las neurosis.—Los autores describen una investigación basada en el tratamiento con acetilcolina intravenosa para diferentes formas de neurosis. El tratamiento fue bastante eficaz en un grupo de enfermos con estados tensionales y obsesión: de los 104 enfermos en este grupo, el 70.2 por 100 mejoró con el tratamiento. Este también es útil en ciertos enfermos como tratamiento complementario al electroshock, al método de la insulina modificada y al de la adverión con emetina para el alcoholismo. Han administrado ya más de 6.000 inyecciones intravenosas de acetilcolina y, tomadas las precauciones debidas, constituye un procedimiento seguro y relativamente sencillo para ejecutar en enfermos ambulatorios.

Tabaco y bronquitis.—El autor ha estudiado un total de 422 hombres, de los cuales 310 eran fumadores y 112 no fumadores. La incidencia de bronquitis fué significativamente mayor en los fumadores que en los no fumadores y al mismo tiempo la incidencia de bronquitis aumentaba paralelamente a la cantidad de tabaco fumado.

Tratamiento del estado asmático con mostaza nitrogenada.—Animado el autor por las comunicaciones de JIMÉNEZ DÍAZ y cols. ha tratado con mostaza nitrogenada a un niño en situación de estado asmático. El tratamiento se acompañó de éxito y el niño permaneció libre de ataques tres meses y medio después de la última inyección de mostaza. Se muestra de acuerdo con la eficacia de la mostaza nitrogenada en el asma y recomienda su ensayo ulterior para confirmar esos buenos resultados.

La Presse Medicale.

62 - 1 - 2 de enero de 1954

- **Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Inmovilización:** R. Benda y F. Franchet.
- **Vólvulos ceco-cólicos con perforación diastática del ciego:** F. Fabeau, P. R. Breger y A. Cohen-Bouak'a.
- **Investigaciones sobre la influencia de la calidad del espermatozoide sobre la calidad del producto de la fecundación y de los trastornos de la embrionogénesis:** H. y M. Hinglais.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar.—Consideran los autores que, en la actualidad, todo médico ha de convencer a costa de grandes trabajos a los enfermos de la conveniencia de efectuar el reposo en cama. No discuten lo bien fundado del reposo, ya que es observación muy antigua el que solamente la permanencia en el lecho modifica favorablemente la curva térmica, cuando se trata de un enfermo febril, y ha sido considerado como el mejor procedimiento un simple reposo de quince días para calmar los fenómenos de actividad antes de iniciar un neumotórax. Es además un complemento indispensable de cualquier tratamiento con antibióticos. Llama por último la atención sobre la inconveniencia de prolongar el reposo en exceso.

Vólvulos ceco-cólicos.—A propósito de dos casos observados por ellos, los autores sistematizan los signos clínicos y radiológicos que nos pueden dar el diagnóstico del vólvulo ceco-cólico con perforación diastática del ciego. Llaman la atención sobre la importancia de los fenómenos de estenosis, que traducen la torsión de asas espontáneamente resuelta; sobre la discordancia entre la acuidad de los signos físicos peritoneales y la latencia de los signos funcionales y generales. En el terreno radiológico, advierten la presencia de un neumoperitoneo particularmente intenso, asociado a la imagen hidroárea del vólvulo, que debe ser cuidadosamente buscada en la radiografía.

Investigaciones sobre la influencia de la calidad del espermatozoide sobre la calidad del producto de la fecundación.—Los autores investigan, en general, la influencia de la participación del sexo masculino en los trastornos de la fertilidad. Comprueban que los trastornos de la calidad del esperma influyen no sólo sobre la frecuencia de las fecundaciones, como ya era conocido, sino también directamente sobre la calidad del huevo o sobre las anomalías de la gestación cuando la fecundación ya se ha realizado. Distinguen, pues, en el espermatozoide una función fertilizante y otra ontogénica, de las cuales la segunda puede estar trastornada a pesar de no estarlo la primera.

62 - 2 - 9 de enero de 1954

- **Por o contra la hibernación:** J. Ducuing.
- **Accidentes y complicaciones del neumoperitoneo:** S. Ballonboit y J. F. Louison.
- **La encefalitis del sarampión:** J. Cambier.

Neumoperitoneo.—Consideran los autores que, en la actualidad, es preferible el neumoperitoneo al neumotórax como tratamiento local de la tuberculosis pulmonar. Basan su preferencia sobre los resultados equivalentes de los dos métodos y sobre la menor frecuencia de complicaciones en el primero. La embolia gaseosa es unas cuatro veces menos frecuente en el neumoperitoneo que en el neumotórax, la exudación serosa unas diez veces menos frecuente y el derrame purulento de diez

a veinte veces menos. La mortalidad por complicaciones es de cinco a once veces mayor en el neumotórax. Raramente las adherencias peritoneales impiden un neumoperitoneo y no quedan secuelas tras su aplicación.

La encefalitis del sarampión. — El autor considera que la encefalitis sarampionosa merece figurar en primer plano de importancia entre las encefalitis posteruptivas por su frecuencia, por la diversidad de aspectos clínicos que puede presentar y por los problemas pronósticos que plantea. Esta encefalitis está definida por el síndrome clínico de encefalomielitis diseminada y anatómicamente por lesiones de leucoencefalitis de distribución perivenosa. Para marcar los límites de esta afección, el autor discute las manifestaciones nerviosas de causa distinta, que pueden depender de flebitis cerebrales o de supuraciones metastásicas. Tras estudiar los distintos aspectos del proceso, termina haciendo un resumen de todos los tratamientos hasta ahora empleados.

62 - 3 - 13 de enero de 1954

Sobre algunos puntos de semiología nerviosa en el recién nacido I^{er} en el lactante. André-Thomas, Y. Chesni y Mlle. Autgaeden.

- * Meningitis por *cryptococcus neoformans* (túcula histológica). A. Laporte, R. Houdart, R. Caldera y G. Maignand.
- Interés de la investigación de los poliesteroideos urinarios. E. Azerad, E. Beaulieu y F. Jayle.
- * Eritroblastopenia aguda por anuria. G. Richet, D. Alaguille y E. Fournier.
- Noción del terreno en microbiología a través de los recientes descubrimientos. S. Bazin.

Meningitis por criptococos neoformans. — El autor analiza un caso por él observado en una mujer de sesenta y nueve años. El comienzo fué agudísimo, pudiéndose observar en la exploración un síndrome meníngeo y otro de ataque encefálico, en el líquido cefalorraquídeo, reacción linfocitaria y albúmina progresivamente creciente; no fué encontrado el parásito. En dos meses evolucionó a la muerte. En la autopsia pudo comprobarse la etiología del proceso y el ataque electivo al mesénquima. Aprovechando el presente caso, los autores revisan la literatura sobre el proceso, en especial el tratamiento.

Eritroblastopenia aguda por anuria. — Los autores han practicado 35 mielogramas en 21 anúricos, revelándose en ellos una anomalía hasta ahora inédita, consistente en la aparición temporal de una eritroblastosis. La eritroblastopenia, que puede ser casi total, se opone a la persistencia de megacariocitos y a la actividad de la raza mieloides. El trastorno aparece hacia el quinto día y puede durar un mes o más; es constante y se observa cualquiera que sea la causa de la anuria. Esta alteración es solamente propia de la insuficiencia renal aguda y no se observa en procesos crónicos. Las consecuencias de este trastorno son principalmente perceptibles en la convalecencia.

62 - 4 - 16 de enero de 1954

La hipertensión arterial y las lesiones vísculo-humorales del ratón en parabiosis. J. Turiaf, L. Zizine y Ch. Sora. Del ictus apoplético al edema pulmonar agudo por la cura de Sakel. P. Cossa y J. Postel.

Ensayo sobre los principios de la terapéutica del cáncer. A. Tallhefer.

El quilotorax y su tratamiento. G. Picard-Leroy.

62 - 5 - 23 de enero de 1954

- * Hiperglucemia en el infarto de miocardio. R. Boulin, P. Uhry y H. Kaufman.
- La terapéutica combinada heparina-lipocalic en administración sublingual. H. Laborit, J. Delga, H. Baylon, R. Hugonot y J. Dechen.
- * Reglas prácticas de lectura y de interpretación de una vacunación BCG-S. M. Fourestier.

Hiperglucemia en el infarto de miocardio. — Los autores miden las cifras de glucemia en cinco casos de infarto de miocardio, comprobando que ésta puede elevarse temporalmente hasta cifras de 2,5 g.; incluso cuando

esta es subnormal, se puede objetivar un trastorno en la glucorregulación, testimonio de lo cual son los valores sucesivamente recogidos en el enfermo. Estos trastornos no deben hacernos pensar en la existencia de una diabetes, sino que parecen ligados a una cadena de fenómenos entre los que figuran la alteración neurovegetativa con descarga de adrenalina, descarga de ACTH y descarga de glucocorticoides; también es posible que entre en juego una insuficiencia pancreática aguda y una insuficiencia hepática aguda.

Vacunación BCG-S. — Con motivo de la puesta en práctica de una ley en Francia haciendo obligatoria la vacunación con BCG, el autor considera interesante recordar ciertas normas prácticas de lectura de una reacción cutánea vacunal por escarificación. Después de recordar someramente la técnica de vacunación, expone la interpretación que hay que dar a la lectura de la misma en el séptimo día, en el 21 día y al cabo de seis meses, así como la interpretación alergo-inmunitaria en los años siguientes a la escarificación con BCG en un individuo en el cual se ignoran las condiciones de la vacunación y la evolución de los dos primeros meses.

62 - 6 - 27 de enero de 1954

Enfermedad hipertensiva con infartos múltiples y determinación pancreática predominante. A. Lemaire y otros.

- * Las piodermitis vegetantes. R. Degos y A. Carteaud. Sobre el refljo gastroesofágico del adulto. P. Hillemand, R. Wattebled y Bennet.
- * El aspecto quirúrgico del problema de la tuberculosis del bazo. J. Patel.
- Papel de las enfermedades infecciosas, sin ataque aparente de la madre, en la etiología de las malformaciones congénitas. M. Dumont.
- Radiografía volumétrica y pruebas hormonales del adenoma hipofisario. M. David y otros.
- * Dos años de experiencia en colapsoterapia quirúrgica con prótesis por medio de pelotas acrílicas. P. Guedj y otros.
- Estudio radiológico de un nuevo contraste biliar: el ácido (triyodo 2-4-6 fenoxi) butírico o 4.114 TH. R. Lehmann, F. Pouan y J. Cottet.
- * Cáncer de pene en los vietnamitas. N. Xuan Chu y P. Biou Tam.

Las piodermitis vegetantes. — Las piodermitis vegetantes son frecuentemente causa de errores diagnósticos; cuando son localizadas, su aspecto suele ser más tumoral que inflamatorio; cuando se extiende en capas papilomatosas, evocan la tuberculosis, la sífilis, las micosis y el pénfigo vegetante. Plantean además estos procesos un problema etiopatogénico aún confuso. Pero, en el aspecto práctico, hay un hecho que no hay que olvidar: la frecuencia de un origen medicamentoso por medicamentos a base de yodo o bromo. Se ha discutido el origen alérgico de estas toxicodermias vegetantes, pero, sea lo que fuere, su aspecto es el de una piodermitis vegetante, de la cual se puede aislar el germen causante y que responde al tratamiento antiséptico local y a la supresión de la causa. Son descritos numerosas variantes, que se pueden reducir a una forma circunscrita y otra difusa.

Tuberculosis del bazo. — Se exceptúan de este estudio las formas agudas y subagudas en las cuales la tuberculosis del bazo es sólo una parte de un proceso generalizado. La tuberculosis del bazo toma la forma de una esplenomegalia aislada o preponderante que afecta una marcha sumamente lenta y cuyo diagnóstico diferencial con otras esplenomegalias es muy difícil, aunque hace dero. El autor cita los elementos diagnósticos, entre los que figuran un antecedente tuberculoso del sujeto y signos poco particulares como astenia, adelgazamiento, brotes febriles y un bazo grueso y sensible a la palpación. El tratamiento considera que ha de ser principalmente quirúrgico, eligiendo para ello un momento en el que no haya actividad.

Colapsoterapia quirúrgica con prótesis. — Los autores describen las ventajas que para ellos tienen los neumotórax extramusculo-periósticos, con prótesis por medio

de pelotas de acrílicos, sobre los demás métodos de colapsoterapia. Lo adoptan por la benignidad del acto operatorio (controlado con antibióticos y PAS) y por el alivio rápido del enfermo. Observan una perfecta tolerancia al material de prótesis, que sólo en una ocasión se han visto obligados a retirar, no habiendo observado acodaduras ni compresiones del árbol bronquial. También llaman la atención sobre los magníficos resultados lejanos. Por último, describen la técnica empleada.

Cáncer del pene.—Del presente estudio se desprende el papel predisponente que tiene la fimosis y determinadas lesiones benignas en la aparición del cáncer de pene y se plantean los autores el problema de su profilaxis. Consideran que hay que eliminar las fimosis congénitas y adquiridas; también hay que eliminar las vegetaciones del pene y del prepucio. Hay que aconsejar a los sujetos que mantengan la higiene del pene y consultar al médico antes de que sean demasiado avanzadas las lesiones. El tratamiento debe interesar al tumor y a los ganglios linfáticos, sirviéndose para ello de la cirugía complementada por la radio o la radiumterapia.

62 - 7 - 30 de enero de 1954

Estudio crítico sobre la delimitación clínica, humoral y electrofisiológica de la tetania del adulto. T. Alajouanine y otros.

Hay que orientar una terapéutica neurofisiológica a los accidentes vasculares de las lesiones nerviosas graves? G. Tardieu.

- El embarazo prolongado. J. Richon.
- Dos casos de enfermedad de Ledderhose. F. y J. Françon.

El embarazo prolongado.—Los embarazos prolongados representan actualmente una realidad clínica indiscutible. Su proporción varía entre un 0,28 y un 0,65 por 100, pero se necesitan múltiples condiciones para asegurar su autenticidad. Hay embarazos prolongados fisiológicos sin peligro fetal y otros patológicos en que se puede llegar a la muerte del feto sin que el diagnóstico de estos dos tipos se pueda hacer anticipadamente. Hacia el décimo mes está el momento de máximo peligro para el feto y, por tanto, el desencadenamiento del parto o la intervención por vía alta deben efectuarse en estas fechas.

Enfermedad de Ledderhose.—Es una aponeurosis plantar de naturaleza inflamatoria; tiene su asiento en un tendón del flexor del pie (o de ambos). Los autores presentan dos casos: uno, en un sujeto de sesenta y tres años, con un terreno de reumatismo crónico degenerativo y una constitución coloidoclástica con trastornos intestinales; el otro caso, en una mujer de cuarenta y cinco años, tras la fractura de una pierna. La presencia de una fractura en la pierna es clásica; en su ausencia, la etiología del proceso es misteriosa. La asociación con la enfermedad de Dupuytren no es muy frecuente y aún más rara con la enfermedad de Le Peyronie (induración de los cuerpos cavernosos). Los casos extremos pueden indicar la aponeurectomía.

Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.

47 - 10 - 1954

La pericarditis tuberculosa del adulto. Interés de la electrocardiografía sistemática. Ed. Benhamou, E. Albou y J. Laaban.

Las pericarditis agudas infecciosas de germen conocido. Ed. Benhamou, E. Albou y J. Laaban.

- Relaciones entre el aire residual y la presión capilar pulmonar en la estenosis mitral. A. Van Bogaert, J. Vandael, A. Van Genabeek y H. Van der Henst.
- Estudio electrocardiográfico en las sigmoiditis aórticas calcáreas. P. Chiche y J. Abiteboul.
- A propósito de las perturbaciones electrocardiográficas en el curso del cateterismo cardiaco. J. Carlotti, S. Birnbaum y J. R. Sicot.
- La hipertermia del infarto, ¿es una fiebre de reabsorción? H. Fabre e Y. Linquette.
- Acción frenadora de la amida procaina sobre la conducción intramiocondraca. W. Coetens y D. De Mey.

- * Fibrilación auricular y flutter de aparición tardía después de electrocución. F. Rouyer y P. Berbie.
- * Sobre la significación clínica del bloqueo de rama tránsitorio. L. Pescador.

Relaciones entre el aire residual y la presión capilar pulmonar en la estenosis mitral.—En el curso de las afecciones mitrales que se acompañan de un aumento de la presión venosa pulmonar que expresa la presión capilar telediastólica, se produce al principio una alteración funcional reversible; luego anatómica, que es reversible sólo parcialmente, y en la que hay una alteración de los músculos bronquiolaris y prealveolares, así como de las fibras conjuntivas y elásticas intersticiales interalveolares por imbibición de los tejidos y retardado de los cambios tisulares. Resulta de todo ello una afectación más o menos profunda de la dinámica bronquiseptal y por consecuencia de la ventilación alveolar, además de los trastornos en la difusión gaseosa que tales alteraciones acarrean simultáneamente. Tal alteración intersticial se aprecia fácilmente por la medida del aire residual. Todo mitral que presenta trastornos funcionales respiratorios muestra un aumento del volumen de su aire residual. Este está siempre aumentado, es decir, superior al 25 por 100 (tasa normal) de la capacidad pulmonar total cuando la presión capilar venosa sobrepasa los 25 mm. de Hg. En ningún caso una presión capilar superior a 25 mm. de Hg va acompañada de una tasa de volumen de aire residual vecina a la normal, a menos que exista una exudación intraalveolar difusa como la que se observa en la estenosis mitral edematosas y en el curso de la insuficiencia ventricular izquierda. Por debajo de 20 mm. de Hg. de presión capilar telediastólica, el 75 por 100 de los mitrales estudiados por los autores tenían un volumen de aire residual superior al 25 por 100, salvo aquellos en los que la presión capilar era normal o poco superior a la normal (10 a 15 mm. de Hg.). Las afecciones de raturaña infecciosa o alérgica que afectan las vías respiratorias aumentan también el volumen del aire residual en la medida en que alteran la trama y la dinámica bronquio-alveolar. Por este motivo el volumen del aire residual puede estar aumentado, a pesar de una presión capilar normal y de manera no proporcional a los cambios de esta última. No puede por tanto existir una relación estrecha entre la presión capilar y el volumen del aire residual.

Estudio electrocardiográfico en las sigmoiditis aórticas calcáreas.—En un número apreciable de casos de sigmoiditis aórticas calcáreas estudiadas por los autores, el trazado eléctrico puede ser normal. La ausencia de modificaciones eléctricas no elimina, pues, el diagnóstico de este proceso. Los signos de hipertrofia ventricular izquierda están prácticamente presentes en la mayoría de los casos. Los aspectos más característicos son: a) Signos de isquemia subendocárdica difusa. b) Bloqueos de rama con trastornos de la conducción auriculo-ventricular. Esta semiología electrocardiográfica parece en conjunto distinta de las debidas a hipertrofia ventricular por otras causas. En efecto, en la insuficiencia aórtica pura de origen reumático, la hipertrofia ventricular izquierda se acompaña con gran constancia de una onda T positiva en las precordiales izquierdas. Por el contrario, la aorto-miocarditis sifilitica trazados que pueden estar muy próximos a los de las estenosis aórticas calcificadas. Lo mismo ocurre con las aorto-coronariitis ateromatosas. En los hipertensos, el aspecto eléctrico se aproxima a los de las estenosis aórticas cuando existe o bien una atherosclerosis coronaria o bien cuando se trata de una hipertensión maligna rápidamente evolutiva con presión diastólica elevada. Tales diferencias y semejanzas se explican sin duda por factores comunes. En el curso de la estenosis aórtica calcárea, es la conjunción de dos elementos la que da a los trazados su aspecto; de estos elementos, uno es inmutable o no evoluciona más que en el sentido de una agravación progresiva: es el obstáculo que se opone a la eyeción ventricular por la calcificación de las sigmoides aórticas; la otra es variable, lábil en su

grado y duración, así como en su expresión clínica y electrocardiográfica: está constituida por las variaciones en el gasto coronario. Las modificaciones evolutivas de los trazados en el curso de la enfermedad y en un mismo enfermo, junto con la posibilidad de alteraciones regresivas, encuentran así su explicación. Este hecho es un argumento más en favor del papel de los factores puramente funcionales susceptibles de modificar en un sentido variable el aspecto electrocardiográfico.

Perturbaciones electrocardiográficas en el curso del cateterismo cardíaco.—Se basa el presente trabajo en el estudio de las modificaciones del ritmo cardíaco producidas por el cateterismo de las cavidades d'rechas del corazón (633 casos), lo que permite a los autores precisar los hechos siguientes: 1) Se trata de un método de investigación frecuentemente indispensable y en la práctica desprovisto de peligro. Nunca han observado ningún accidente mortal. 2) Todos los cateterismos desencadenan, salvo raras excepciones, extrasistoles ventriculares al paso de la tricúspide. 3) Los incidentes más severos, tales como salvadas de taquicardia y ventricular, flutter o arritmia completa, son siempre benignos, sin ocasionar molestias particulares al enfermo, y se han terminado siempre rápida y favorablemente. 4) Ocurre lo mismo con los trastornos de la conducción del tipo de bloqueo de rama d'recha o de disociaciones paroxísticas. 5) En ciertos casos excepcionales (dos), el trastorno del ritmo se instaló cuando el catéter no había aún penetrado en las cavidades cardíacas, lo que habla en favor de la "irritabilidad cardíaca particular" en ciertos enfermos. 6) En vista de los resultados suministrados por el cateterismo en las cardiopatías congénitas o adquiridas, no debe desecharse el empleo de tan valioso método de diagnóstico por el temor de la aparición de trastornos graves d'ritmo, ya que tal eventualidad es poco frecuente, siendo en general benignas las alteraciones que se suelen presentar.

La hipertermia del infarto, ¿es una fiebre de reabsorción?—Se ha discutido mucho el origen de la fiebre que suele aparecer en el hombre consecutiva a la insauración de un infarto de miocardio. Se han supuesto diversas hipótesis: septicemia venosa, procesos de arteritis subaguda, reabsorción tóxica a nivel de la zona infartada y paso de los productos de desintegración a la circulación general, desequilibrio electrolítico de los humores bajo la influencia d'ura dis regulación neurovegetativa. De todas estas hipótesis, la más admitida es la de la fiebre de reabsorción. Los autores efectúan la ligadura de ramas de las coronarias en el perro en condiciones de absoluta asepsia para producir una zona de mortificación del miocardio. En la observación subsiguiente no encuentran la aparición de hipertermia, por lo que creen que al menos en estas condiciones experimentales la reabsorción sanguínea y el paso a la circulación de los productos de desintegración celular no son elementos generadores de hipertermia.

Sobre la significación clínica del bloqueo de rama transitorio.—Después de la sección experimental en el perro de una rama del fascículo de His, puede ocurrir que el trazado vuelva a presentar una morfología normal de los complejos incluso después de la comprobación anatómica de una sección completa de esta rama. Los mismos hechos pueden producirse, al menos para ciertos complejos, incluso después de haber seccionado las dos ramas del fascículo de His con bloqueo auriculoventricular completo y persistente. La presencia en el trazado de complejos de bloqueo de una rama no nos asegura sobre la integridad funcional de la rama opuesta. Así, en el animal, cuando se han seccionado las dos ramas, se obtiene la mayor parte de las veces complejos exclusivamente del tipo de bloq. de rama derecha. La aparición de bloqueo transitorio en clínica debemos en guardia contra la pretendida benignidad de esta manifestación.

Folia Cardiologica.

12 - 6 - 1953

- Fibrilación auricular paroxística, crisis sincopales fugaces, tipo Adams-Stokes, y descompensación congestiva temporal del corazón en un sujeto operado de hematoma subdural craneal traumático. C. dal Palu.
- Comportamiento de la onda T en las derivaciones torácicas V1 y V2 en sujetos con corazón normal. C. de Simone y F. Masellis.
- Utilidad del electrocardiograma en el infarto atípico del miocardio complicado con bloqueo de rama izquierdo. G. Faldini.
- Observaciones vectoriográficas sobre el síndrome de Wolff-Parkinson-White. M. Rosselli y G. Gazza.
- Sobre un caso de arritmia completa en enfermedad reumática con estenosis mitral. G. P. Vecchi.

Fibrilación auricular paroxística y crisis sincopales fugaces en sujeto operado de hematoma subdural.—Se refiere y discute el caso de un enfermo en el cual, en estrecha relación con un traumatismo craneal y con sus secuelas, empezaron a manifestarse interesantes fenómenos referidos al aparato cardiovascular, que consistieron: 1) Una crisis de fibrilación auricular que duró cinco días. 2) Dos crisis sincopales del tipo de Stokes Adams, probablemente debidas a la gran taquicardia ventricular condicionada por la fibrilación de la aurícula. 3) Un breve episodio de descompensación congestiva de corazón. Dada la manera de aparecer los referidos fenómenos, la ausencia de precedentes anamnéticos y el ulterior curso clínico (el paciente fué controlado hasta veinte meses después), se sugiere la hipótesis de un estrecho nexo causal entre la fibrilación auricular y la irritación de los centros vegetativos provocada por el trauma craneal y por sus secuelas.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

84 - 36 - 4 de septiembre de 1954

- El mundo del esquizofrénico y su abordabilidad psicoterapéutica. G. Benedetti.
- Agammaglobulinemia esencial. G. Moncke.
- Los constituyentes antigenicos del leucocito polinuclear y su importancia clínica. P. Miescher y M. Fauconnet.
- Estudios sobre el problema del origen hormonal de la úlcera gástrica. M. Saegesser.
- Estudios clínicos sobre la insulina lenta. R. Mangold.

Agammaglobulinemia esencial.—La disminución, o incluso ausencia de gamma-globulina a consecuencia de una enfermedad, es un proceso repetidamente observado. KOERVER señaló la disminución de las globulinas, principalmente a expensas de la gamma, en los prematuros. En el primer año de la vida es normal la hipogammaglobulinemia. En el adulto es raro que la gammaglobulina del suero disminuya intensamente, salvo en las nefrosis y estados afines. El primer caso conocido de agammaglobulinemia no debido a enfermedad ni hipoalimentación fué el comunicado por BRUTON en 1952 de un muchacho de ocho años que venía padeciendo desde los cinco una serie de infecciones, la mayor parte por neumococos, debida a una completa falta de gammaglobulina. Por la larga duración no cabía duda de que se trataba de algo no claramente relacionado con una enfermedad ni carencia alimenticia. La tendencia a las infecciones sólo desapareció durante la administración de inmunoglobulina humana. El autor comunica ahora un caso en el que durante dos años viene encontrando una constante ausencia de gammaglobulina en los exámenes electroforéticos. Clínicamente se manifiesta por una gran tendencia a las infecciones, que quizás comience a los tres años con una ferita, y se prolonga durante ocho con repetidas infiltraciones pulmonares, neumonías y otitis, sin que pueda encontrarse en el enfermo ningún otro dato patológico capaz de explicar la agammaglobulinemia, que puede por tanto ser considerada como esencial. Ni aun después de la administración de 7 g. de gammaglobulina se pudo observar esta fracción en el espectro electroforético.

Constituyentes antigenicos de los polinucleares.—Que los leucocitos polinucleares tienen poder antigenico se co-

noce desde hace tiempo (METZCHNIKOFF). Se sabe también que este poder antigenico es rigurosamente específico. Recientemente se plantean nuevas cuestiones por el conocimiento del fenómeno L. E. y de casos de leucopenia con existencia en el plasma de un anticuerpo antileucocitario, que parece ser distinto del factor L. E. Los autores han estudiado tres constituyentes antigenicos de los polinucleares: el citoplasma, las nucleoproteínas y los residuos nucleares después de la extracción de ésta. Concluyen que el polinuclear tiene dos antigenos: uno, citoplasmático, que parece ser el responsable de la especificidad antigenica del leucocito, y otro, nuclear, que comparte su especificidad con otros núcleos celulares, y que por tanto no es exclusivo del leucocito. Parece estar ligado a las nucleoproteínas. En patología humana, los antigenos citoplasmáticos del leucocito pueden determinar la producción de isoanticuerpos postransfusionales, sin importancia clínica o autoanticuerpos responsables de las leucopenias crónicas. Frente al antigénico nuclear se producen autoanticuerpos que tienen importancia patogénica en el lupus eritematoso diseminado, dando leucopenia y fenómeno L. E. positivo.

Insulina lenta.—El autor ha ensayado una insulina semilenta (insulina-zinc en suspensión amorfa) y otra ultralenta (insulina-zinc en forma cristalina). De la mezcla de cinco partes de la primera y siete de la segunda resulta una insulina, llamada lenta, con la que ha realizado la mayoría de su experiencia. Esta se extiende a 60 enfermos con diabetes moderadas o graves. En el 90 por 100 de ellos bastó una inyección diaria para obtener un control satisfactorio: los seis casos que fracasaron lo habían hecho igualmente con otros preparados insulinicos. No son habituales las reacciones hipoglucémicas; se presentan sólo entre las nueve de la mañana y las cuatro de la tarde, y pueden ser evitadas sencillamente reajustando la dieta. Nunca produjo hipoglucemia nocturna, a diferencia de otros preparados de acción retardada. No produce reacciones locales ni manifestaciones alérgicas. En 43 enfermos compararon los resultados de esta insulina lenta con los de la insulina soluble y los de la insulina zinc protamina: en 11 fueron mejores aquéllos y en tres peores. El uso de estas dos últimas insulinas a la primera no crea una pérdida del control de la diabetes ni aumento de la dosis necesaria. Esta nueva forma de insulina lenta resulta muy beneficiosa para el tratamiento domiciliario con inyección única diaria.

84 - 37 - 11 de septiembre de 1954

El tratamiento de la parada cardiaca y de la fibrilación ventricular. J. J. Schlegel.

Un caso de obesidad. H. Walther-Buel.

Experiencia en Zúrich en el tratamiento del carcinoma laringeo e hipofaringeo con radiaciones. K. Schaefer.

* Largactil en el tratamiento de la tuberculosis. H. Geiger y B. A. Finkelstein.

* Estudios experimentales sobre la absorción de la aureomicina por el estómago e intestino delgado y su eliminación por la bilis. E. Danopoulos y cols.

Largactil en el tratamiento de la tuberculosis.—Los autores parten de su observación de un esquizofrénico con tuberculosis pulmonar que en el curso de un tratamiento con Largactil mostró una franca mejoría de esta última, que atribuye a la droga. Han encontrado "in vitro" una cierta acción bactericida de la misma, pero sugieren que aparte de esto podría actuar porque frenando el sistema simpático quedaría en predominio el parasimpático-anabólico. Por este mecanismo el Largactil podría aumentar la resistencia local y general a la infeccción, la producción de anticuerpos y la localización fibroblástica del foco. Que el sistema vegetativo tiene un gran influjo en la evolución de la tuberculosis se pone de manifiesto por los brotes puberales y los casos con curso difásico. Creen que la posible utilidad de esta droga en la tuberculosis debe ser bien estudiada.

Absorción y eliminación de la aureomicina.—La aureomicina dada oralmente es absorbida por el estómago

e intestino delgado y eliminada por la bilis. En ésta la concentración es dos o tres veces más alta que en la sangre. La aureomicina que con la bilis llega al intestino es nuevamente reabsorbida, llegando por vía porta al hígado, de donde una parte pasa a la circulación general a través de las venas suprahepáticas y otra parte (la mayor) es eliminada de nuevo con la bilis. De esta manera se establece una circulación enterohepática del antibiótico. La concentración de la aureomicina en la bilis no depende de la capacidad de concentración de la vesícula, sino de la del hígado, como lo demuestran los experimentos en los que se establece una fistula biliar y el hecho, por otra parte, de ser mayor su concentración en la porta que en las suprahepáticas. La circulación enterohepática de la aureomicina tiene importancia práctica por dos razones: en primer lugar, porque gracias a ella pequeñas cantidades de la droga pueden permanecer durante largo tiempo en la circulación general, y en segundo lugar, porque esta circulación y la capacidad concentradora del hígado aumentan la concentración del antibiótico en las vías biliares, lo que lo hace de suma utilidad en el tratamiento de las colangitis y colecistitis.

84 - 38 - 18 de septiembre de 1954

- * Tratamiento de los divertículos de Zenker. F. Escher.
- Tratamiento de la parada cardiaca y de la fibrilación ventricular. J. J. Schlegel.
- * Compresión bronquial como complicación de la escoliosis acentuada en la región torácica. L. Meier.
- * Eliminación urinaria de calcio y magnesio en los sujetos sanos y en los cancerosos. A. Striebel y H. Baur.
- Nuevas experiencias sobre la encefalitis por garrapata checa. L. Hloucal y D. Slonim.
- * Un progreso en el tratamiento del carcinoma de próstata por medio de hormonas naturales. A. Jentzer.

Tratamiento de los divertículos de Zenker.—En la génesis de los divertículos por pulsión (de ZENKER) de la porción superior del esófago, se concede hoy importancia no sólo a la presencia de una parte débil en la pared, sino también a la existencia por debajo de ella de una estenosis anular determinada por el músculo cricofaringeo (pars fundiformis), pues esta estráchez hace que sea mayor la presión a que se ve sometida en los movimientos deglutorios la pared de la parte de esófago situada por encima. Los mejores resultados operatorios se obtienen mediante la dilatación de este anillo combinada con la resección del divertículo. El autor emplea una técnica propia, con elevación del saco diverticular e incisión de la pars fundiformis hasta llegar a la mucosa, sobre un dedo introducido a través del divertículo. Coloca una sonda nasal y quita el divertículo. De esta forma ha tratado 12 casos de edades comprendidas entre los 41 y 78 años con curación por primera intervención en todos ellos sin ninguna recidiva. En un caso se había producido la degeneración carcinomatosa en el fondo del divertículo; también curó sin complicaciones por el procedimiento dicho.

Atelectasia por escoliosis.—Son frecuentes las complicaciones respiratorias de la escoliosis cuando afecta la columna en su porción torácica. Una de ellas es la atelectasia, que BACHMANN encuentra en el 31 por 100 de los casos. La atelectasia puede producirse por diversos mecanismos; unas veces, por incapacidad de la musculatura respiratoria para mover bien las paredes torácicas; otras veces, por compresión del parénquima pulmonar entre las paredes del tórax o entre éste y el diafragma. El autor comunica un caso en que la escoliosis había producido atelectasia por compresión de un bronquio entre la columna vertebral y la pared anterior del tórax aplastada.

Eliminación urinaria de calcio y magnesio en el cáncer.—El cociente Ca/Mg eliminados por la orina es un valor constante para cada individuo; en los normales se elimina aproximadamente la misma cantidad de ambos iones, de manera que dicho cociente es aproximadamente 1 ($\pm 0,2$). En la mayor parte de las enfermedades no se modifica la eliminación urinaria de estos

iones, por lo que el cociente Ca/Mg permanece invariable. No ocurre así en el cáncer, en el que hay un desequilibrio entre ambos, con predominio en unos casos del Ca y en otros de Mg. Esta modificación del cociente parece indicar un trastorno de la regulación de estos iones. Los hallazgos de los autores están de acuerdo con los datos de la literatura. Según ellos, la falta de equilibrio entre estos iones sería un factor causal más bien que una consecuencia del proceso canceroso. Le atribuyen un valor diagnóstico y pronóstico relativos: un cociente entre 0,8 y 1,2 permite excluir el diagnóstico de cáncer con cierta verosimilitud. Desde el punto de vista pronóstico, un sujeto clínicamente sano con un cociente normal no enfermará de cáncer. Para hacer esta valoración es necesario excluir todas las causas no cancerosas que pueden influir sobre este cociente: alteraciones de las funciones intestinal, renal o endocrinas, aportes medicamentosos, etc.

Hormonas naturales en el cáncer de próstata.—Ningún tratamiento hormonal puede dar resultados muy brillantes en el cáncer de próstata, porque el tratamiento de elección es la prostatectomía, pero ésta sólo es realizable en los casos diagnosticados precozmente (5 por 100). El autor reconoce los resultados "maravillosos" obtenidos con las hormonas sintéticas, pero manifiesta haber obtenido éxitos mejores con un producto natural llamado Camrpo, que consta de estrógenos hidrosolubles, estrógeno liposoluble, progestina liposoluble, extracto soluble del cuerpo amarillo, lipoïdes ováricos, andrógeno en proporción muy débil, factores anabólicos, tioxina y sustancias tampones. Con este producto obtiene mejoría rápida del estado general y de los datos de sangre, ginecomastia, atrofia testicular, feminización (datos favorables), la tumoración prostática se ablanda y en la mayoría de los casos disminuye o desaparece; la micción se normaliza, desapareciendo la retención. En un caso desaparecieron casi completamente las metástasis óseas y varios enfermos pudieron reanudar sus actividades. Ha seguido también, de mes en mes durante más de tres años, la evolución de las fosfatases, pero piensa que éstas, utilizadas para el diagnóstico, son de eficacia dudosa para el control de tratamiento. Comparando las supervivencias del tratamiento hormonal sintético y el empleado en este trabajo, resulta que este último da en su conjunto (no en casos aislados) una supervivencia doble que el otro.

84 - 39 - 25 de septiembre de 1954

- * Sobre los factores de la leucocitosis. W. Laves.
- Nuevas observaciones sobre inmunoleucopenias e inmunoagranulocitosis. S. Moeschlin.
- Los constituyentes antigenicos del leucocito y su importancia clínica. P. Miescher.
- * Los fenómenos seudo-L. E. P. Miescher.
- Sobre la participación de elementos hematígenos mononucleares en la formación del tejido de granulación. M. Allgoewer.
- Histoquímica hematológica: Aspectos citopatológicos en los casos de leucosis aguda. C. Franzini y cols.
- * Plasmocitoma leucémico extramedular con disproteína y anemia hemolítica adquirida. G. Forster y S. Moeschlin.
- * Reacción plasmocitaria o mieloma verdadero en un caso de mesotelioma pleural. O. Jallut.
- El volumen globular total. R. Cachera.
- Estudios sobre la utilización del PO₄Cr radioactivo en solución coloidal para la determinación del volumen de sangre circulante. O. Jallut y cols.
- Patogénesis de las alteraciones de la médula ósea en las ratas después de irradiación total con electrones rápidos. R. Stodmeister y M. Th. Fliedner.
- * Anemia aplásica (eritroblastosis crónica) por autoinmunización. R. E. Bonham-Carter y cols.
- * Resistencia eritrocítica aumentada en las hepatopatías. A. Pletscher y W. A. Hunzinger.
- La significación de la eliptocitosis eritroblástica para el estudio de la eritropoyesis. C. Franzini.
- Sobre las relaciones genéticas entre la eliptocitosis y el sistema Rh. L. Hollaender.
- El tratamiento marcial de las anemias alimenticias de los elefantes viviendo en cautividad: Una contribución al problema de la anemia alimenticia en general. E. Lang y E. Undritz.
- Nuevo método para la determinación cuantitativa de ferritina y sus primeros resultados. L. Heilmeyer y F. Woehler.

Factor intrínseco (Castle) y absorción de la vitamina B₁₂. B. Jasiuski y G. E. Stiefel.

Análisis métrico y lógica combinatoria como métodos para la resolución del problema hematopoyético. H. Wacker.

Nuevo método para el aislamiento de trombocitos. W. H. Hitzig.

La importancia del factor X para la terapéutica antiocoagulante. P. Blueckinger y cols.

Valor respectivo de la tromboelastografía según Hartert y de la prueba de tolerancia a la heparina "in vitro" en los estados trombofilicos. R. Della Santa y P. Dufrafford.

Investigaciones sobre las plaquetas aisladas. P. de Nicola y cols.

Factores de la leucocitosis.—La vida de los hematíes se cifra en unos cien días. La de los glóbulos blancos no se conoce con seguridad, pero la mayor parte de las comunicaciones sobre el particular dan un valor medio de veinticuatro horas. Teniendo en cuenta que diariamente llegan a la sangre periférica desde los lugares de formación gran número de leucocitos, se comprende que el problema de la regulación de la leucocitosis no depende sólo de su formación, sino también de una intensa pérdida en cantidad equivalente. Los leucocitos pueden desaparecer de la sangre por leucocitosis enzimática o por destrucción por anticuerpos. El autor se ocupa ampliamente de los procesos de leucocitosis fermentativa, la cual comprende dos procesos: alteraciones endoleucocitarias con destrucción final de la célula y acciones extracelulares mediadas por el plasma. En los líquidos orgánicos (principalmente en el suero y en el cuerpo vitreo) de los individuos sanos se encuentran factores leucocitóticos de naturaleza enzimática, consistentes en una mezcla de proteasas (plasmina), quinasas y otros fermentos, principalmente ribo- y desoxirribonucleasas, y también fosfatases. Estos fermentos en el individuo sano tienen una importancia secundaria en la lisis de los leucocitos, limitándose a destruir los ya muertos y alterados autolíticamente. Cuando se encuentra un aumento de actividad de los enzimas plasmáticos hay que considerar la existencia simultánea de algún proceso patológico, principalmente en el sentido de una formación de isoanticuerpos.

Fenómenos seudo-L. E.—En los últimos tiempos se ha dudado de que el fenómeno L. E. fuera específico del lupus eritematoso agudo diseminado por haberse visto en multitud de otros procesos. Los autores han estudiado atentamente el problema, llegando a la conclusión de que el fenómeno L. E. es tan estrechamente específico como se había pensado primeramente; en los demás casos se trata de un fenómeno seudo-L. E. que puede imitar, semejar más o menos el fenómeno L. E. genuino, pero sin reproducirlo nunca exactamente. Este último tiene dos fases: en la primera, los núcleos de los leucocitos, principalmente de los polinucleares, se hinchan, se homogenizan y pierden su afinidad por los colorantes básicos. En la segunda, estos núcleos alterados, después de separarse del protoplasma, son fagocitados por leucocitos sanos que se disponen previamente en rosetas alrededor de los núcleos homogenizados. La causa de estos fenómenos es una gammaglobulina patológica en el plasma que produce la alteración de los núcleos. Los fenómenos seudo-L. E. son otra cosa y posiblemente no todos tienen el mismo mecanismo. En unos se trata de una fragilidad aumentada de los leucocitos, principalmente de los linfocitos, por la cual quedan en libertad los núcleos, que son seguidamente fagocitados. En estos casos se trata verosimilmente de un factor en el plasma, pues el fenómeno indirecto es positivo, pero en cualquier caso se presenta sólo célula "tar" o con un material nuclear fagocitado, pero sólo incompletamente homogenizado, nunca con alteraciones nucleares intracelulares ni material perfectamente homogenizado como en el genuino fenómeno L. E.

Mononucleares y tejido de granulación.—En la formación del tejido de granulación toman parte elementos tanto locales como procedentes de la sangre, pero hasta el presente se ha estimado en poco el papel que en la misma juegan los elementos hematígenos mononucleares.

dos. El autor ha comprobado que cuando éstos son suprimidos el tejido de granulación se reduce a un 50-80 por 100, por lo que se consideran dichos elementos como una reserva celular móvil que colabora a la formación del tejido de granulación en cualquier parte del cuerpo vascularizado mediante la producción de células fibrocytoides. Indudablemente, la parte que a cada uno de los dos órdenes de elementos, tisulares y hemáticos, corresponde en la génesis del tejido de granulación, varía en sus proporciones mutuas según el asiento de la lesión.

Plasmocitoma leucémico extramedular con anemia hemolítica adquirida.—Han observado los autores a una enferma con adenopatías, hepatoesplenomegalia, diarrea y fiebre, que presentaba en la sangre periférica 6.700 leucocitos, de los que 30 por 100 eran células plasmáticas. Tenía hiperproteinemia con gran aumento de la gammaglobulina. Funciones ganglionares repetidas en diversas regiones denotaron gran cantidad de células plasmáticas, no así en la médula ósea; no se pudo demostrar ninguna alteración esquelética. Al mismo tiempo presentaba una intensa anemia hemolítica adquirida, con prueba de Coombs directa fuertemente positiva e indirecta negativa, que relacionan con la paraproteinemia: ésta daría lugar a la formación de autoanticuerpos. Con ACTH y cortisona se produjo una remisión que duró por lo menos cuatro meses; estas hormonas produjeron la casi completa normalización del espectro proteico. Este caso demuestra que las células plasmáticas circulantes no sólo se originan en la médula ósea, sino también en las células reticulares de los ganglios linfáticos y que la capacidad de formar globulinas no es privativa de las células plasmáticas medulares, como quería JAEGER, sino que corresponde a las de ambos orígenes.

Reacción plasmocitaria en los tumores.—ROHR y HEGGLIN fueron los primeros en señalar, en 1935, el frecuente aumento de las células plasmáticas en el mielograma de los cancerosos. Desde entonces las observaciones se han multiplicado y se da en la literatura como frecuencia de este hecho el 60 por 100 de los cánceres examinados. Aunque es más frecuente en las neoplasias, puede aparecer también en enfermedades alérgicas, infecciones agudas o crónicas, cirrosis, etc. Por otra parte, en los tumores malignos metastatizantes en el esqueleto no es raro ver aumento de los elementos reticuloendoteliales de la médula así como eosinofilia. Todas estas reacciones medulares en el cáncer son frecuentes, pero no específicas, y pueden imitar un mieloma múltiple. MARCHALL y MALLET llegaron a considerar esta enfermedad como un síndrome debido a una multitud de causas, de las cuales los traumatismos y los tumores malignos serían las más importantes. Esto es sin duda excesivo, pero el autor piensa que ciertos "mielomas" poco típicos no son quizás más que plasmocitosis medulares reaccionales a un cáncer, a una cirrosis, etc., no diagnosticados. La diferenciación entre mieloma y reacción plasmocitaria es muy difícil y no se puede hacer sobre la base de un solo dato. La presencia de células cancerosas en el frotis medular puede ser de gran ayuda.

Anemia aplástica por autoinmunización.—Los autores comunican un caso que ilustra sobre la posibilidad de que una anemia hemolítica adquirida pueda abocar a una anemia aplástica o seudoaplastica, por destrucción o por detención de la maduración de la serie eritrocítica, debidas a la acción de una sustancia anormal presente en el propio plasma. Por esta razón, en todo caso de anemia aplástica se debe estudiar la posible existencia anterior o concomitante de un proceso hemolítico, pues puede ser de utilidad al establecer el tratamiento (administración de ACTH y cortisona, esplenectomía). Un número de reticulocitos normal o bajo no es lo habitual en una anemia hemolítica, pero en modo alguno la excluye; puede ser el índice de una afectación más grave de la eritropoyesis.

Resistencia globular osmótica como prueba de función hepática.—En la ictericia hepática hay frecuentemente un aumento de la resistencia globular osmótica, que no parece depender del aumento en la sangre de la bilirrubina, o de los ácidos biliares, sino de una modificación del hematíe. Los autores han realizado en numerosos enfermos la determinación de la resistencia osmótica de los eritrocitos, del volumen y diámetro globulares medios y del índice esférico de los hematíes, las pruebas de Takata, Weltmann, Hanger y MacLagan, y determinaciones de bilirrubinemia y proteínas del suero; de la comparación de los resultados llegan a la conclusión de que la fragilidad osmótica sirve como prueba funcional hepática que sirve de complemento a las restantes, ya que permite el estudio de una de sus funciones parciales, inaccesibles a las restantes pruebas: la inhibición de la producción normal de hematíes. El aumento de la resistencia globular osmótica y la macroplacocitosis dependen de los mismos factores, pero la determinación de la primera es mucho más fácil y más sencilla en la práctica.

Variaciones de la coagulabilidad durante el ciclo menstrual.—Se conoce desde hace tiempo la existencia de variaciones periódicas en los factores de coagulación de la sangre en la mujer coincidiendo con las diversas fases del ciclo menstrual, principalmente por lo que se refiere a las plaquetas. El número de éstas disminuye más o menos intensamente al comienzo de la menstruación o en el periodo que la precede inmediatamente, volviendo de nuevo a su cifra normal al romperse el folículo, es decir, a la mitad aproximadamente del período intermenstrual. Esto se debería al predominio luteíno y folicular, respectivamente, en dichas dos fases. De esto se quiso incluso sacar conclusiones terapéuticas. Más recientemente se ha visto que coincidiendo con el descenso del número de plaquetas sobreviene una disminución del consumo de protrombina. Los autores han determinado la actividad tromboplastinica de las plaquetas aisladas, para lo cual miden la acción coagulante de un determinado número de plaquetas problema sobre un substrato constituido por plasma humano exento de plaquetas y con concentraciones óptimas de protrombina, Ac-globulina, factor VII y globulina antihemofílica. De esta manera la acción de las plaquetas no depende de su número, sino de su actividad funcional. Encuentran que el descenso menstrual del consumo de protrombina no se debe solamente a la disminución del número de plaquetas, sino también a la de su actividad tromboplastinica.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

78 - 36 - 4 de septiembre de 1953

- La difusión linfogénica de las enfermedades. K. Bingold y W. Trummitt.
- * Meningitis por fiebre Q en una zona de endemia. W. D. Germer y W. Schaubert.
- Clinica de la perforación aguda del septum. G. Jantzen.
- El cuadro funcional pre y postoperatorio en las intervenciones sobre las válvulas del corazón izquierdo y en la cardiolisis. W. Bolt y cols.
- * Determinación de la resistencia. P. Klein y H. Sous.
- * Tratamiento de la neurólisis con penicilina. H. J. Dammann y E. Schmidt.

Meningitis por fiebre Q.—El curso clínico de la fiebre Q es muy variado. Además de la forma neumónica típica puede presentarse con un cuadro simplemente febril, que puede confundirse con una gripe, o ser totalmente inaparente. Hay algunos casos en que la enfermedad toma un curso crónico y otros, raros, en los que aparece un exantema maculopapuloso igual al de las restantes rickettsiosis. En los casos graves es frecuente la participación del sistema nervioso central o de sus cubiertas en forma de un meningismo febril o de un estadio encefalítico; por el contrario, es muy raro que el cuadro meningítico o encefalítico sean los predominantes o exclusivos. Los autores comunican un caso que cursó como meningitis linfocitaria aséptica crónica, y en el que el diagnóstico de fiebre Q se estableció por el aislamiento

miento de la Rickettsia burnetti del líquido cefalorraquídeo por inoculación al cobaya y por la positividad de la reacción de desviación de complemento, que llegó a alcanzar un título de 1/128. La enfermedad en este caso fué transmitida por la oveja. En 9 de 21 ovejas estudiadas se encontró una desviación de complemento positiva al 1/16 o más; se pudo aislar la rickettsia de la leche mezclada en 10 ovejas y de la placenta de una de ellas, así como de las garrapatas de estos animales.

La determinación de la resistencia.—Ante la necesidad de disponer en el laboratorio práctico de un método sencillo para determinar la resistencia de los gérmenes frente a los antibióticos, se ha difundido notablemente el empleo de la prueba mediante papeles de filtro impregnados del antibiótico puestos sobre la superficie del medio en que se ha sembrado la bacteria en cuestión. Los autores analizan los factores que juegan en esta prueba y las posibles causas de error de la misma. En este tipo de pruebas intervienen los factores de difusión del antibiótico por el medio, las cualidades de éste, el pH, la cuantía del material sembrado, el tiempo de observación, etc. La principal fuente de error es la interferencia entre la tasa de difusión y el tiempo de latencia de la siembra. Estos dos factores, dependiendo también de la densidad de gérmenes, características del medio y contenido del papel en antibiótico, determinan el tamaño del halo de inhibición. Este, a igualdad de dosis del mismo antibiótico, depende del tiempo de latencia del germen, que por esta razón no debe ser standarizado. La prueba de resistencia a los antibióticos por el método de los papeles de filtro es de utilidad práctica si se tienen en cuenta estos factores, pero cuando se deseen resultados exactos sólo debe ser una prueba previa a la de las diluciones.

Tratamiento de la neurolúes con penicilina.—En 1950 fueron tratados en la clínica de los autores 48 casos de neuro- y metañues con 12 millones de unidades de penicilina G sódica disuelta en agua. En 1952, sin haber sido objeto de tratamiento en el intervalo, revisaron a 20 de estos enfermos, encontrando que en la mayoría de los casos la pleocitosis y el aumento de proteínas totales en el líquido cefalorraquídeo habían disminuido y permanecían así sin nuevo tratamiento. En un nuevo control aún se observó que seguía bajando el número de células en un enfermo y la cifra de proteínas en dos. La curva del mastic no sufrió prácticamente ninguna modificación. En general, el Wassermann en sangre y líquor se modifica poco: seis meses después del tratamiento se había negativizado en dos casos y dos años después en otros dos. Subjetivamente todos los enfermos se encontraban mejor y más aptos para el trabajo, mientras que los datos neurológicos objetivos y los psiquiátricos no habían variado. Los autores tienen la impresión de que la única mejoría objetivamente comprobable, la del líquido, sobreviene en el primer año después del tratamiento, y sólo en raros casos entre el primero y el segundo. El valor práctico del tratamiento penicilínico y de la combinación malaria-neo-bismuto parece ser aproximadamente el mismo, pero la penicilina tiene la ventaja de su más fácil empleo y de la rara presentación de complicaciones.

78 - 37 - 11 de septiembre de 1953

- Carenza vitamínica y vitaminoterapia en la infancia. E. Rominger.
- Estado actual de los estudios sobre la dispesia cólica. A. Adam.
- Contribuciones al problema de las convulsiones infantiles. H. Zellweger.
- Hipotiroidismo en la infancia. W. Horst y G. A. Harnack.
- Sobre la miastenia gravis seudoparalítica en la infancia y su combinación con la enfermedad de Basedow. H. Althoff e I. Floer.
- Contribución a la técnica del cateterismo cardiaco. W. Heck.
- Sobre el mecanismo de acción de algunos quimioterápicos en los trastornos nutritivos del lactante. A. Cochlovius, K. Daecke y A. Loeschke.
- Resultados hasta el presente de un tratamiento exclusivamente con Neotebén de la meningitis tuberculosa. M. Groll-Kahl.

Convulsiones en la infancia.—Son muy frecuentes en los niños las convulsiones y las enfermedades convulsivas, pero la dificultad de establecer una sistematización de las mismas se deduce del hecho de que han sido numerosas las propuestas. Se habla, por una parte, de convulsiones ocasionales como las que se presentan en la fiebre e infecciones, en numerosos procesos del sistema nervioso central y enfermedades generales (anoxia, deshidratación, acetonemia, hipoglucemia, hipocalcemia, etc.), y por otra parte, de convulsiones recidivantes como las de la epilepsia genuina o sintomática, tetanía, afecciones respiratorias, convulsiones psicogénas, etc. Hay una relación de los procesos convulsivos con la edad. Las convulsiones determinadas por fiebre, infecciones y procesos respiratorios se dan sobre todo en las últimas épocas de la lactancia y en la primera infancia, rara vez después de los seis años. Las debidas a alteraciones cerebrales prenatales o a traumatismo obstétrico tienen su mayor frecuencia en los primeros meses de la vida, haciéndose más rara después, mientras que la llamada epilepsia idiopática tiene una distribución de frecuencia inversa, alcanzando su principal contingente en la pubertad. La mayoría de las convulsiones infantiles tienen una raíz común, que se manifiesta clínicamente como constitución letárgica y electroencefalográficamente por una disritmia cerebral. Esto explica el hecho de que en un mismo niño se presenten sucesiva o alternativamente convulsiones de diferente naturaleza. Sobre esta base, las convulsiones surgen generalmente por la acción combinada de diversas causas. En cada caso debe buscar el médico la tara hereditaria, la existencia de lesiones cerebrales orgánicas, alteraciones hormonales, químicas y neurovegetativas, sin olvidar la situación psíquica y las condiciones ambientales del niño. De este estudio se deducirá la terapéutica apropiada a cada caso, no limitándose a la prescripción sistemática de sedantes y anticonvulsivantes.

Acción de los fármacos en los trastornos nutritivos del lactante.—Desde 1948 se comenzó a ver la posibilidad de influir favorablemente en los trastornos nutritivos del lactante mediante quimioterápicos y antibióticos que actúan sobre la flora intestinal y cuyo mecanismo de acción estudian los autores en este trabajo. La estreptomicina es incapaz de neutralizar o destruir la toxina del colibacilo. La cloromicetina parece ser notablemente superior a los demás quimioterápicos en esta indicación. Estos dos antibióticos y el ftalilsulfamilamidotiazol disminuyen el número de los gérmenes intestinales, sobre todo de los gram negativos. La cuantía de esta disminución es variable, pudiendo llegar a la completa esterilización o al menos a la ausencia de organismos del grupo coli. En orden decreciente de eficacia, estos tres fármacos pueden ser nombrados así: cloromicetina, estreptomicina y ftalilsulfatiazol. Las pruebas "in vitro" del poder bacteriostático de estas sustancias frente a los gérmenes aislados de las heces no dan resultados paralelos a los obtenidos con su aplicación terapéutica en los mismos enfermos: ésta puede ser eficaz incluso frente a gérmenes insensibles "in vitro", lo que sugiere mecanismos bactericidas o bacteriostáticos más complejos en el intestino.

Tratamiento exclusivo de hidrazida en la meningitis tuberculosa.—Los autores han tratado con hidrazida 21 casos de meningitis tuberculosa comprobada por demostración del bacilo. La dosis oral fué de 0,01 g. en los lactantes a 0,04 en los casi adultos, en todos los casos repetidas diez veces al día. Intratecalmente dieron la misma cantidad tres veces a la semana durante cuatro y después dos veces a la semana hasta la normalización del líquido. Los resultados son: cuatro que ingresaron en estado agónico, murieron en los tres primeros días. De los demás, uno murió después de ocho semanas, habiendo añadido estreptomicina a partir de la quinta; otro, murió cuatro meses y medio después de terminar el tratamiento de una encefalitis aguda tosferinosa. Viven 15, de ellos cuatro todavía en tratamiento, pero mejorados. Los otros 11 están clínicamente

sanos (uno quedó con hemiparesia), siendo el tiempo de observación de 7 a 14 meses desde la interrupción del tratamiento. Uno de ellos sufrió una recidiva, que curó totalmente con un nuevo curso de tratamiento exclusivamente isoniazídico.

78 - 38 - 18 de septiembre de 1953

¿Es necesaria la asistencia a la embarazada? H. Ho-
semann.

El cometido médico social de los hospitales. C. Coerper.
Estudios funcionales en cirugía pulmonar. J. Maurath.

El médico y la mortalidad por parto prematuro. J. Gleiss.
• Hipotiroidismo en la infancia. W. Horst y G. A. v. Har-

nack,

El tratamiento de la sifilis precoz con penicilina. J. Felke.

• Estado actual del tratamiento antibiótico de las infeccio-
nes estafilococicas. L. Gruen, H. Rieschel y H. W. Fleischhauer.

Veinticinco años de tratamiento con vitamina D. M. Schmidtmann.

Contribución a la tolerancia al alcohol. H. Gross.

Hipotiroidismo en la infancia.—En 18 niños clínicamente hipotiroides los autores han estudiado el metabolismo del radioiodo mediante un método que comprende la captación del iodo por el tiroides con y sin administración de hormona tireotropa, la determinación del cociente de actividad y la demostración del iodo radioactivo en el suero diferenciando el orgánicamente ligado y la iodohormona. Así pudieron dividir los 18 casos en los siguientes grupos: 1) Atireosis por aplasia anatómica de la glándula (7 casos). 2) Hipotireosis determinada muy verosimilmente por ausencia anatómica de una porción del parénquima funcional (8 casos). 3) Hipotiroidismo por estruma con alteraciones de la utilización del iodo (2 casos); y 4) Hipofunción tiroidea secundaria a una insuficiencia prehipofisaria (un caso). El radioiodo es el método de elección para estudiar el destino ulterior del niño hipotiroides y para el diagnóstico precoz.

Tratamiento con antibióticos de las infecciones estafilococicas.—Los autores han estudiado la sensibilidad a tres antibióticos, penicilina, supracilina y aureomicina, de 100 razas de estafilococos patógenos aislados de enfermos ingresados y de policlínica. Se mostraron sensibles a la penicilina sólo el 38 por 100 de las razas, a la supracilina el 76 por 100 y a la aureomicina el 95 por 100. Esto revela el constante aumento de los estafilococos penicilin-resistentes y la aparición asimismo de algunas resistencias a la aureomicina. Las cinco razas no influídas por esta última no lo fueron tampoco por los otros dos antibióticos y habían sido aislados de enfermos del hospital. El problema de las resistencias del estafilococo a los antibióticos exige probar previamente su comportamiento "in vitro" para establecer el tratamiento consecuente. Puede hacerse por el método del papel de filtro, sencillo y rápido, pero sujeto a errores, o por la prueba de las diluciones, que da resultados más exactos.

78 - 39 - 25 de septiembre de 1953

- * Problemas de la hepatitis crónica. K. Beckmann.
- Alteraciones somáticas tardías y permanentes consecutivas a la distrofia. H. W. Banski.
- * ¿Se transforma la diabetes renal en una verdadera diabetes? H. Robberson y K. Ruemelin.
- * Moco gástrico y fermentos gástricos. A. Mahlo.
- ¿Qué conclusiones pueden obtenerse del tipo de reacción de la bilirrubina del suero? W. Mueller.
- Experiencias clínicas y radiológicas con el nuevo contraste biliar intravenoso "Biligráfina". Ch. Pueschel.
- * Diagnóstico del carcinoma bronquial enmascarado. W. Frommhold y W. Scheungbaum.
- Tratamiento intravenoso de las enfermedades parenquimatosas del hígado con hidrolizados hepáticos. R. Noelle.
- Tratamiento de la descompensación dinámica del bazo (seudo-Banti, hiperesplenio). H. Ewerbeck.

Hepatitis crónicas.—El estado de hepatitis crónica puede estar determinado por cuadros funcional y anamnésicos muy diferentes, aunque el complejo sintomático sea subjetivamente igual en todos los casos. Hay que distinguir: a) La hepatitis crónica con marcada tendencia a la cirrosis. b) La hepatitis crónica estacionaria con alteración parenquimatosa más o me-

nos acusada; y c) La hiperbilirrubinemia intermitente sin datos objetivos histológicos dignos de mención, pero con hepatomegalia y las molestias posthepatíticas características. Finalmente, hay que tener en cuenta que en muchos casos las complicaciones perihepatíticas y colaterales pueden tomar una parte fundamental en la determinación de los síntomas.

Diabetes renal y diabetes mellitus.—Es un problema muy debatido si la diabetes renal, caracterizada por glucosuria con glucemia normal, puede convertirse en una diabetes mellitus con hiperglucemia. Los autores presentan la mayor casuística mundial de diabetes renal: 60 casos, observados en su mayoría durante más de ocho años (de 2 a 30 años). La eliminación de azúcar permaneció generalmente constante durante muchos años: sólo en raros casos desapareció completamente. La glucemia y la curva tras sobrecarga de azúcar estuvieron siempre en los límites de la normalidad. Las molestias subjetivas que aquejan estos enfermos son principalmente de naturaleza funcional y tienden a desaparecer a medida que avanza la edad. Los autores niegan la conversión de una diabetes renal en una diabetes pancreática genuina. Puede darse en una misma persona una base hereditaria para ambos procesos, por lo que en ellos podrá manifestarse la diabetes mellitus en el curso de la renal, aunque son independientes. En la diabetes renal se trata de un trastorno central hereditario, en cuya virtud se produce precozmente un disturbio de la reabsorción en los tubos contorneados del riñón.

Moco gástrico y fermentos gástricos.—El autor definió en 1938 el moco gástrico como una unidad funcional. Su función no se limita sólo a recubrir y proteger las capas superficiales del epitelio, sino que tiene además un papel importante en el proceso digestivo, estando estrechamente ligada a los fenómenos fermentativos del mismo. Protege las vitaminas C, B₁ y B₁₂ contra las peroxidases y hace posible la absorción del hierro. La digestión de los leucocitos contenidos en el moco gástrico deja en libertad catépsinas y tripsinas celulares. Esta formación de catépsina es independiente de la secreción de este fermento por las células glandulares. En el estómago con acidez normal se puede distinguir ya catépsina celular y de la de secreción, pero lo que todavía no es seguro es si la catépsina no viene a ser una pepsina con un doble óptimo de acción. En los aquileos la digestión de las proteínas corre a cargo tanto de la tripsina celular como de la duodenal.

El cáncer pulmonar enmascarado.—Las posibilidades terapéuticas en el cáncer de pulmón han aumentado notablemente, pero su aplicación sólo es posible cuando los casos son diagnosticados precozmente y el tratamiento, por tanto, instaurado en las fases iniciales. Esto es muy difícil de lograr en gran parte de los casos. En el primer estadio del cáncer pulmonar, la imagen radiológica de conjunto puede, debido a las características anatomo-patológicas del tumor, no mostrar ninguna alteración patognomónica; el cuadro clínico es asimismo inexpressivo y a menudo es interpretado como debido a procesos banales. En la segunda fase, sobre todo en los carcinomas bronquiales centrales, se produce una estenosis ventilatoria con mayor aireación de la porción correspondiente del pulmón, produciéndose finalmente una atelectasis con la imagen radiológica típica. A menudo los síntomas clínicos favorecen en estos casos el error diagnóstico. En las fases finales el carcinoma bronquial puede ocultarse simulando ser una enfermedad de otro órgano, cuya sintomatología se produce por mediación de sus metástasis, que en ocasiones pueden ser muy tempranas, lo que aumenta aún más las dificultades del diagnóstico diferencial. La única posibilidad de un diagnóstico precoz reside en que el médico práctico piense en el cáncer de pulmón ante todo caso más o menos dudoso. Es dudosa la utilidad del reconocimiento radiológico seriado de la población masculina para el diagnóstico precoz.