

## BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

**CONCAUSAS MEDICAS DE LOS TRAUMATISMOS.** Doctor E. MONTAÑES DEL OLMO.—Editorial Pylsa. Madrid, 1955.

El autor nos ofrece en este libro una muy completa revisión de los procesos que pueden modificar el curso ordinario de los traumatismos, de forma que intervengan como causa añadida (Concausa) en el curso clínico del proceso.

La revisión, completa, exacta y de agradable y amena lectura, puede ser de gran utilidad para la práctica de la medicina forense en el medio rural.

**PATOLOGIA QUIRURGICA DEL PANCREAS.** Doctor VICENTE ARTIGAS.—Salvat, editores. 1956.—Un volumen de 566 páginas con 240 grabados.

Si toda obra que trate de la patología del páncreas debemos recibirla con interés por cuanto pueda contribuir a su mejor conocimiento, facilitando un diagnóstico no siempre fácil, en el libro del doctor ARTIGAS se encuentra esto perfectamente logrado, habiendo dedicado una atención especial a la patología pancreática, tanto en la clínica como en lo quirúrgico; la obra demuestra su gran experiencia, junto con una extensa información bibliográfica.

De los 17 capítulos de que consta la obra (páncreas anular, aberrante, traumas, tumores, tuberculosis, sífilis, litiasis, quistes, fistulas) consideramos del mayor

interés aquella parte que concierne a las pancreatitis agudas y crónicas, las cuales son estudiadas de forma detallada.

En cada capítulo se recogen los conocimientos más modernos e igualmente los avances de las técnicas quirúrgicas, expuesto todo ello con una gran claridad, por lo que todo médico de habla hispana deberá acudir a la obra del doctor ARTIGAS para el estudio de la patología del páncreas.

El libro, magníficamente editado, según es habitual en la Editorial Salvat, lleva un prólogo del doctor PI-FIQUERAS.

**DIE CERVIKALEN VERTEBRAL SYNDROME.** Doctor R. JANZEN y otros.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 71 páginas con 5 figuras, 7,80 DM.

En los últimos años se ha ido conociendo con creciente sorpresa hasta qué punto las alteraciones de la columna cervical podían producir los más diversos e insospechados síndromes. Desde los fenómenos dolorosos locales a las manifestaciones a distancia, y, sobre todo, síndromes viscerales, jaqueca, ángor, fenómenos vasomotores, trastornos digestivos, pueden depender de una lesión inicial de la columna cervical no diagnosticada si no se busca intencionadamente. Con esto, la exploración justa de esta zona ha adquirido una creciente importancia. En su virtud, esta monografía, breve, ofrece un interés general considerable.

## B) REFERATOS

## The Lancet.

6.843 - 23 de octubre de 1954.

- Medicina occidental en el mundo moderno. D. L. Keib.
- Enfermedades vasculares cerebrales. I. S. Wright y E. McDevitt.
- Enfermedades vasculares cerebrales. R. Brain.
- Cirugía de la mastoides supurada. F. B. Korkis.
- Alimentación artificial y necesidades energéticas de los niños pequeños. F. E. Hytten e I. A. G. MacQueen.
- Bacterias patógenas en la bronquitis crónica. J. R. May.
- Medias lunas rojas en la insuficiencia cardíaca. R. Terry.
- Tétanos local. A. H. Millard.
- Dolor bajo la cabeza del metatarsiano del dedo gordo. A. J. Helfet.
- Aneurisma arteriovenoso en el bazo. R. M. Evans.
- Adrenalectomía total en la cirrosis hepática con ascitis. F. G. W. Marson.

**Enfermedades vasculares cerebrales y su tratamiento con anticoagulantes.**—Los autores subrayan que las enfermedades vasculares cerebrales deben incluirse entre las enfermedades más graves y corrientes. A su juicio el estado actual sobre sus conocimientos y el tratamiento está muy lejos de ser satisfactorio. El diagnóstico diferencial no es solamente de un interés académico puro, y en este sentido discuten y evalúan diversos métodos para ayuda del diagnóstico. Subrayan que puede producirse el vasospasmo en las arterias cerebrales y que tiene importancia en términos de preservarse frente a la aparición de un fenómeno más grave y también a causa del tratamiento, que puede ser de alguna ayuda en evitar estas secuelas graves. La hemorra-

gia cerebral es siempre grave y los métodos quirúrgicos deben tenerse presente en algunas hemorragias subdurales o extradurales; por el momento, la mayoría de las hemorragias cerebrales restantes no es susceptible a una terapéutica específica. El empleo de los bloqueos simpáticos para las trombosis o embolias agudas está todavía en estudio. El empleo de los anticoagulantes para el tratamiento de la tromboembolia está también en proceso de investigación y su ensayo está justificado, aunque es esencial la experiencia futura para la evaluación final. Resumen a continuación su experiencia con el empleo de los anticoagulantes en la reducción de los episodios tromboembólicos en 57 enfermos tratados durante un período total de 1.162 meses. En 57 enfermos durante un período de 795 enfermos-meses antes de comenzar la terapéutica anticoagulante, se produjeron 205 episodios tromboembólicos, 81 de los cuales fueron de localización cerebral; después de la institución de la terapéutica anticoagulante y durante un período de 1.162 enfermos/meses, estos enfermos experimentaron 23 episodios tromboembólicos, de los cuales, 6 se localizaron en el cerebro. Se produjo la reducción en las embolias procedentes de trombos en los corazones de enfermos que padecen cardiopatía reumática y también de los de infarto miocárdico agudo. También han apreciado una reducción en la incidencia de trombosis recurrentes en las arterias del cerebro. Terminan diciendo que el riesgo de la hemorragia en el tratamiento de estas enfermedades con anticoagulantes es evidente, pero no excesivo.

**Bacterias patógenas en la bronquitis crónica.**—Describe el autor la incidencia de *H. influenzae* y neumococos en el espulo de enfermos con bronquitis crónica en el Brompton Hospital de Londres durante los últimos dos años. Señala que los neumococos eran considerablemente más predominantes en 1952 que actualmente. La incidencia de *H. influenzae*, por otro lado, ha permanecido constante; este germen existe en el 80-90 por 100 de los bronquíticos crónicos con espulo purulento. Subraya la importancia del examen citológico del espulo; en algunos enfermos, especialmente aquellos que tienen una base asmática, pueden exhibir tan gran número de eosinófilos que dé al espulo un aspecto macroscópico de "mucopurulento"; esto puede provocar una dificultad al diagnosticar la infección, si la naturaleza del "pus" no se evidencia con claridad.

**Medias lunas rojas en la insuficiencia cardiaca.**—Señala el autor que las medias lunas de las uñas, normalmente de aspecto blanquecino, pueden transformarse en rojizas o con un carácter más hemorrágico. Tales medias lunas rojas las ha observado en enfermos, de los cuales 14 padecían insuficiencia cardiaca. El estudio de las uñas extirpadas sugiere que las medias lunas normales dependan de la formación de una superficie reflectora de la luz entre la uña y su lecho, que es más firmemente adherente en el área de la media luna que en otras partes. Las medias lunas rojas resultan presumiblemente de una adhesión anormal del lecho de la uña a la uña. Añade que las medias lunas rojas son muy raras en las personas sanas, y su descubrimiento puede, por tanto, ser de alguna importancia.

**Adrenalectomía total en la cirrosis hepática con ascitis.**—En los casos de cirrosis hepática con ascitis de desarrollo rápido, la eliminación urinaria de sodio es extremadamente baja, lo que puede deberse a una alteración de la hemodinámica renal, pero la cifra baja de sodio en las heces, saliva y sudor sugiere como factor causal a un aumento en la actividad adrenocortical. En los perros con ascitis experimental producida por la constricción de la cava inferior torácica, la adrenalectomía bilateral provoca una diuresis de sodio y la desaparición de la ascitis; los perros pueden mantenerse en buena salud con pequeñas dosis de doxa, mientras que las grandes dosis originan la reproducción de la ascitis. Estos hallazgos sugieren que la adrenalectomía total puede tener valor en casos humanos de ascitis por cirrosis que no responden a otras medidas. En este sentido el autor comunica un caso de cincuenta y dos años con cirrosis hepática y ascitis resistente a los tratamientos habituales, en el cual ha realizado una adrenalectomía total, viendo con ello cómo desaparecía por completo la ascitis y disminuían las necesidades en las inyecciones de diuréticos mercuriales. La desaparición completa de la ascitis coincidió con astenia general, náuseas, hipotensión y descenso de las cifras de sodio en el cuero, pero estos trastornos pudieron prevenirse manteniendo una pequeña cantidad de líquido ascítico; fué necesario continuar con una dieta pobre en sal (aproximadamente 0,5 gramos diarios), resinas de cambio de iones y diuréticos mercuriales. Termina diciendo que es demasiado pronto para valorar las deducciones y el valor terapéutico de la adrenalectomía total en este enfermo.

6.844 - 30 de octubre de 1954.

- Traumatismos abdominales cerrados. R. Clarke.
- Acidez gástrica e histamina del plasma durante el embarazo. D. H. Clark y H. I. Tankel.
- Ileostomía para la obstrucción congénita del intestino delgado. C. Heanley.
- Control a largo plazo del asma bronquial grave con cortisona oral. R. S. Savudge y W. Brockbank.
- Dos muertes durante el tratamiento con cortisona del asma bronquial. R. S. Savudge y W. Brockbank.
- Cianosis por absorción de tinta de imprenta. I. F. MacMath y J. Apley.
- Aplicación de fórceps en los partos con presentación de nalgas. E. I. Ostry.
- Hemiplejia complicando al zoster oftálmico. S. Cope y A. T. Jones.
- Operación en el enfermo desangrado. I. Gordon, J. C. Grant y K. C. Grigor.
- Cáncer de mama. G. Hilton.

**Control a largo plazo del asma bronquial grave con cortisona oral.**—Declaran los autores que la cortisona no cura el asma, pero que algunos casos de asma crónico pueden ser efectivamente controlados con dosis moderadas de cortisona oral, siempre que la dosificación se mantenga. De 13 enfermos tratados con cortisona, 2 con enfisema no mejoraron, aunque disminuyó en ellos el broncoespasmo; la cortisona no impidió que 2 enfermos pasaran a un estado asmático fatal. Se vió ciertamente un elemento de euforia en los casos de éxito y en uno de los controles, pero es dudoso si una proporción tan grande de los casos pudiera haberse mejorado sólo por la euforia. En la mayoría de casos de éxito el enfermo aumentó de peso, parte de lo cual puede atribuirse a un estado general mejor, puesto que el control mejoró también de peso. No se vió aumento significativo de la presión sanguínea, ni alteraciones colaterales. En 3 enfermos se presentaron episodios neumónicos que fueron tratados favorablemente con antibióticos y sin suspender la dosis diaria de cortisona (75 y 50 miligramos). Los enfermos no recaen tan pronto como se reduce la cortisona por debajo de la dosis crítica; por tanto, las reducciones deben hacerse muy lentamente. Debe presumirse que cuando se comienza el tratamiento ha de mantenerse indefinidamente; sólo aquellos casos en los que se han ensayado otros tratamientos y han fracasado es en donde debe utilizarse la cortisona. Hasta que se obtenga mayor experiencia, quedan como contraindicaciones definidas las infecciones graves broncopulmonares, la presencia o historia de insuficiencia cardiaca y la tuberculosis. Añaden que el tratamiento con cortisona puede ser perjudicial para la vida para algunos tipos no definidos de asma. Juzgando por sus series, los casos que no responden a la dosis de 75 miligramos o menos en un mantenimiento a largo plazo pueden hacerlo con dosis mayores; pero parece que, donde se ha hecho esto en otras condiciones, los resultados finales de la cortisona pueden ser más perjudiciales que el propio asma. En conjunto, declaran que cuando un asmático no puede controlarse con menos de 100 miligramos diarios debe abandonarse el tratamiento con dicha hormona.

**Hemiplejia en el zoster oftálmico.**—Los autores describen un caso de herpes zoster que afectó a la rama oftálmica del V par derecho y que presentó ulteriormente un cuadro de hemiplejia del lado izquierdo. Con este motivo señalan que en la hemiplejia debida al zoster oftálmico el virus asienta en el ganglio de Gasser produciendo el herpes oftálmico, y después de un período latente de aproximadamente tres semanas, el virus invade el área cerebral colindante, atacando al tracto piramidal y ocasionando la hemiplejia por lesión directa.

### British Medical Journal.

4.891 - 2 de octubre de 1954.

- \* Papel del huésped en la quimioterapia de la tuberculosis. F. D'Arcy Hart.
- El peligro de la intoxicación accidental con monóxido de carbono. K. Simpson.
- Tres casos de enfermedad del colágeno tratados con corticoides. D. G. Richards.
- Resultados de un ataque planeado sobre el carcinoma de la vulva. S. Way.
- \* Tratamiento de la gota con H. P. C.—D. N. Ross.
- \* Fistula carótida-seno cavernoso. J. M. Potter.
- \* Meningoencefalomeleítes sarampionosa. W. F. Twining Mc-Math.
- \* Efecto antagonista de la ACTH y cortisona sobre la actividad anticoagulante del etil biscumacetato. J. B. Chatterjee y L. Saimon.
- Un caso de uveítis con sordera. P. K. Robinson.
- Absceso hepático y poliarteritis nodosa. I. C. Gilliland y G. C. Manning.
- Curación de la esterilidad después de la orquitis por parotiditis. B. Sandler.

**Papel del huésped en la quimioterapia de la tuberculosis.**—Declara el autor que la consideración de las relaciones huésped-parásito, complicadas por una droga como tercer elemento, cuya acción puede influenciar a ambos y ser influenciada por ellos, sugiere que podemos considerar a las defensas propias del organismo ac-

tuando de una manera similar a las drogas. Tal punto de vista tiene cierta base si se acepta que la interacción con el crecimiento y supervivencia de los bacilos tuberculosos en el interior de los macrófagos es un rasgo de alta resistencia natural e inmunidad adquirida. De acuerdo con este concepto, DUBSON y HIRSCH han sugerido que ciertas sustancias con propiedades tuberculosáticas o tuberculocidas "in vitro" pueden jugar un papel en la defensa del huésped creando un medio ambiente fisiológico desfavorable para el parásito. Entre ellas se incluyen ciertos ácidos orgánicos que proceden del metabolismo de los macrófagos y de los productos de liberación de las células tisulares en las áreas inflamatorias y caseosas; la lisozima, que también se produce en las áreas inflamatorias, y la espermina poliamina y un péptido, los cuales se encuentran en algunos organismos normales. La idea de la "quimioterapia interna combinada" no puede aplicarse a todos los aspectos de la defensa; es unilateral, puesto que los tejidos del huésped pueden considerarse como un medio de cultivo, ya que algunas células dan apoyo y confort al enemigo; pero la idea puede estimular el desarrollo de conocimientos de las relaciones huésped-parásito-drogas en tuberculosis, más específicamente cuando se consideran las drogas que pueden reforzar la contribución "quimioterapéutica" del propio huésped para enfrentarse con la infección. El concepto famoso de EHRLICH de compuestos químicos para los que las células germinan de enfermedad tienen una gran afinidad, mientras que las células corporales tienen poca o ninguna, ha sido cumplimentado para las infecciones bacterianas por la penicilina y en menor grado por otros agentes, incluyendo algunas de las drogas antituberculosas de uso actual. Los agentes activos de superficie ofrecen la esperanza de compuestos de utilidad clínica en cuya acción juegan un papel esencial ciertos tejidos del organismo, mientras que el bacilo tuberculoso no es lesionado directamente por la droga. Si al contrario es cierto, esto constituiría una modificación del concepto original de EHRLICH; no obstante, esta vía puede conducir al objetivo de sustancias químicas que destruyan al parásito invasor sin perjuicio para el huésped, pero el método de llegar a ellos será diferente.

**Tratamiento de la gota con ácido 3-hidroxi-2-fenil cinconíco.**—El autor ha tratado con resultado satisfactorio a 12 casos de gota aguda o artritis gotosa crónica por medio de el ácido 3-hidroxi-2-fenil cinconíco a la dosis de 20 miligramos por kilo de peso diarios en cosis divididas por vía oral y con una cantidad igual de bicarbonato sódico para impedir las molestias gástricas. No se vieron efectos tóxicos graves que complicaran el tratamiento; pero en cambio, se vieron pequeñas reacciones que afectaron fundamentalmente a la piel. Por esta razón, recomienda que esta forma de medicación debe reservarse para tratamientos de corta duración en los episodios agudos o para tratamiento profiláctico en los enfermos en los que se presentan síntomas premonitorios.

**Fistula carótida-seno cavernoso.**—De los 15 casos de este proceso registrados en la Radcliffe Infirmary, Oxford, durante los años 1938-53, se produjo la curación espontánea en 5. Señala el autor que en comparación con otros casos publicados, ello supone una proporción muy alta de curaciones, y añade que en los 3 casos más recientes tales curaciones no fueron tan estrictamente espontáneas. Esto pudo notarse especialmente por la existencia de factores asociados con su curación, principalmente la arteriografía carotidea y la hipotensión, por lo que creen que deben ser considerados en el futuro en el sentido de animar a resultados satisfactorios similares. En 3 de los casos (dos hombres jóvenes y una mujer joven) la causa de la fistula fué un fuerte traumatismo craneal, pero en dos mujeres mayores no se apreció un factor precipitante aparente en el comienzo de los síntomas. Un hecho notable de la observación fué la ausencia de trastornos visuales graves después de la curación.

**Meningoencefalomieltitis sarampionosa.**—El autor refiere 10 casos de meningoencefalomieltitis sarampionosa, de los cuales, 3 se presentaron en el estadio preeruptivo. La edad mínima de los enfermos fué de veinte meses, y la máxima, de veintitres años. No se observó relación entre la incidencia y gravedad de la enfermedad y el carácter de la enfermedad primaria. De los 3 casos preeruptivos uno fué fatal; esta aparición precoz y la falta de una relación fija en el tiempo con el Rash, parece hablar en contra de la etiología alérgica; además, no se presentó eosinofilia. Como datos desfavorables incluyen el coma y las parálisis intensas, especialmente las prolongadas, pero no obstante puede presentarse también la recuperación. Las formas predominante meníngeas tienden a mostrar alteraciones del líquido pronunciadas, y las formas encefálicas, sólo alteraciones ligeras; pero una pleocitosis alta no es incompatible con ataques graves. El tratamiento es sintomático, incluyendo el empleo de oxígeno y quimioterapia en las formas graves. El empleo de sueros inmunes y plasma administrado por vía intravenosa puede girar la escala en los casos seleccionados, especialmente cuando el edema cerebral es un rasgo importante. El fracaso de la ACTH para influenciar el curso de la enfermedad en 2 casos en que se empleó, va en favor de la hipótesis viral más bien que de la alergia en cuanto a la etiología, pero la droga se administró más bien tarde y en los casos muy graves. La mortalidad en conjunto fué del 10 por 100, que iguala a las más bajas registradas en casos comparables. Así como los residuos físicos fueron despreciables o faltaron por completo en los 9 casos curados; dos enfermos de tres años y medio de edad mostraron un empeoramiento indudable mental y de la conducta, en uno de ellos tan pronunciado que exigió el tratamiento en una institución.

**Efecto antagonista de la ACTH y cortisona sobre la actividad anticoagulante del etil biscumacetato.**—Los autores han podido observar en dos enfermos, uno de anemia hemolítica adquirida, y otro de tromboflebitis aguda, un aumento en la incidencia de complicaciones tromboembólicas durante la terapéutica con ACTH y cortisona. Han podido apreciar también que durante la terapéutica hormonal se precisó una dosificación más alta del etil-biscumacetato para obtener la actividad protrombínica del plasma al nivel óptimo.

4.892 - 9 de octubre de 1954.

Significación y tratamiento del psoriasis. J. T. Ingram.  
Resistencia bacteriana a la isoniazida y "marsilid" en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. C. M. Ogilvie.  
Inducción quirúrgica del parto en la práctica obstétrica moderna. R. A. Tennent y M. D. Black.  
Tratamiento del parto en la pelvis contraída. H. R. Mac Lennan.  
Estreptomicina e isoniazida en la tuberculosis miliar aguda. J. H. Lawson, A. W. Lees, G. W. Allan y P. Mc Kenzie.  
Tuberculosis miliar de la médula ósea. J. L. Emery y N. M. Gibbs.  
Estudios clínicos y químicos en la lactación humana. VIII. F. E. Hytten.  
Diagnóstico de la tuberculosis en niños menores de dos años de edad. F. J. W. Miller y R. McDougall.  
Sensibilidad a la histoplasmina en Uganda. J. D. Ball y P. R. Evans.  
Dermatitis exfoliativa después de pesarios vaginales de acetarsol. B. J. Peck.  
Onicogriphosis. H. E. Porteous.  
Encefalitis en un niño después de la vacunación con el virus 17 D de la fiebre amarilla. J. H. Smith.

**Resistencia bacteriana a la isoniazida y marsilid en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.**—El autor presenta evidencia clínica y bacteriológica de resistencia cruzada entre la isoniazida y su derivado isopropilico (marsilid), esto es, una infección tuberculosa resistente a una de ellas era también resistente a la otra. Se descubrió un grado ligero de resistencia a la isoniazida (crecimiento en 0,2 gammas por c. c.) en el 5,6 por 100 de todos los cultivos de antes del tratamiento, pero es dudosa la significación práctica de este hallazgo; no se encontraron niveles más altos de resistencia en los enfermos a los que no se había administrado previamente

isoniazida. Los resultados de los estudios de sensibilidad en pequeños grupos de tratamiento de enfermos con tuberculosis pulmonar indican que la estreptomicina a la dosis de un gramo dos o tres veces por semana no impide la resistencia a la isoniazida en un período de cuatro meses, pero no se observó resistencia a la estreptomicina en dicho grupo de enfermos ni en otro de control. Se apreció también una incidencia alta de resistencia a la isoniazida y al marsilid en enfermos tratados sólo con esta última droga, pero no cuando se combinaba con un gramo de estreptomicina tres veces a la semana. De los 21 enfermos que dieron razas isoniazido-resistentes, 9 (44,4 por 100) mostraron una reversión de la sensibilidad a los doce meses de la suspensión del tratamiento. Ha apreciado una variabilidad en la sensibilidad de los diferentes cultivos del mismo enfermo y en la respuesta clínica a la isoniazida de enfermos que dieron razas resistentes, y sugiere que en algunos casos puede existir una infección combinada con razas resistentes y sensibles, y que el examen de una muestra única de esputos puede no revelar la sensibilidad de la infección predominante. Discute ciertas deducciones prácticas de la resistencia a la isoniazida y de la reversión de la sensibilidad, llamando la atención de los peligros de administrar isoniazida o marsilid a enfermos que exhiben uniformemente razas resistentes, ya que no sólo puede demorarse la reversión a la sensibilidad, sino que puede provocarse una exacerbación peligrosa de la enfermedad.

**Estreptomicina e isoniazida en la tuberculosis miliar aguda.**—Los autores han tratado 24 enfermos con tuberculosis miliar aguda por medio de estreptomicina o estreptomicina y PAS diariamente, y encuentran que el 33 por 100 desarrolló una meningitis tuberculosa. A continuación declaran que a un grupo de 12 enfermos observados ulteriormente lo han tratado con isoniazida sola o con isoniazida en combinación con estreptomicina o con estreptomicina o PAS, y en ninguno de ellos se desarrolló la meningitis tuberculosa durante un período de observación de por lo menos un año.

**Tuberculosis miliar de la médula ósea.**—Los autores han encontrado tubérculos miliares en 0,1 c. c. de médula ósea en 13 de 44 niños que murieron con tuberculosis miliar generalizada. En estos 44 niños los diagnósticos clínicos de tuberculosis miliar se hicieron por una combinación de la radiografía del tórax y el examen del fondo ocular en dichos casos. La biopsia medular hubiera permitido hacer el diagnóstico clínico en otros 5 casos más. Terminan diciendo que la aspiración de la médula ósea tiene un puesto en el diagnóstico de la tuberculosis generalizada.

4.893 - 16 de octubre de 1954.

**Variaciones en la etiología de las cardiopatías.** W. M. Arnott.  
Coexistencia de cardiopatía y psicosis en el mixedema. R. J. Calvert, E. Smith y L. G. Andrews.  
Revaloración de la prueba de contacto con tuberculina. M. Caplin, J. Harrington, C. P. Silver y S. Grzybowski.  
Fibrosis endocárdica en el Sudán. W. O'Brien.  
Concentración máxima de la orina. B. E. Miles, A. Paton y H. E. de Wardener.  
Algunos problemas actuales en la dermatitis industrial. F. Ray Bettley.  
Anemia hipocrómica idiopática en varones. J. W. B. Forshaw.  
Cifras de hemoglobina de hombres y mujeres normales que viven en un clima tropical. G. R. Wadsworth.  
Portadores nasales en las infecciones cutáneas estafilococicas. L. G. Tulloch.  
Aureomicina y eritromicina para los *Str. pyogenes* en las quemaduras. E. J. L. Lowbury y J. S. Cason.  
Lesiones de la arteria femoral. J. P. Stephens, R. M. T. Walker-Brash y C. Noon.  
Perforación de una úlcera péptica por fenilbutazona. E. Christensen.  
Muerte debida al empleo del oro. R. B. Prowse.

**Anemia hipocrómica idiopática en varones.**—El autor describe 11 sujetos varones con anemia hipocrómica sin evidencia alguna de hemorragias o estenorrhea. Todos respondieron perfectamente a la terapéutica con hierro por vía oral, y ninguno recidió durante el período ulterior de revisión; 4 de los enfermos no habían to-

mado hierro durante el año anterior. Discute la etiología y concluye que los factores etiológicos consistían en una mala absorción del hierro, y durante la adolescencia, de una ingestión inadecuada de dicho metal.

**Aureomicina y eritromicina en las infecciones estreptocócicas de las quemaduras.**—Los autores han realizado una comparación de la eritromicina y la aureomicina, ambas por vía oral, como terapéutica para la supresión de los estreptococos *pyogenes* de las quemaduras y encuentran que el primer antibiótico es tan efectivo como el último. Ocasionalmente aparecieron estreptococos resistentes a la aureomicina y terramicina durante el tratamiento con aureomicina, pero persistía su sensibilidad a la eritromicina y penicilina y fueron eliminados de las quemaduras mediante un curso de tratamiento con eritromicina. El valor clínico de la quimioterapia de dicha infección se demuestra en el caso de la aureomicina por la mejoría en los resultados de las operaciones de injertos cutáneos, siempre que la terapéutica comience por lo menos tres días antes de la operación.

**Perforación de una úlcera péptica después de la terapéutica con fenilbutazona.**—El autor refiere el caso de un enfermo de cincuenta y tres años que nunca había presentado molestias gástricas y que después de haber estado tomando durante una semana 3 comprimidos diarios de 200 miligramos de fenilbutazona por dolores reumáticos en el hombro, presentó un cuadro de abdomen agudo, demostrándose en la operación la existencia de una perforación del tamaño de una cabeza de alfiler en la primera parte del duodeno. El autor considera que la fenilbutazona es una droga peligrosa, y que cuando se administre debe hacerse después de las comidas, con leche o alcalinos, y que está absolutamente contraindicada en los enfermos con úlcera péptica.

4.894 - 23 de octubre de 1954.

**Manifestaciones clínicas de la epilepsia del lóbulo temporal y su diagnóstico en relación con el tratamiento quirúrgico.** M. A. Falconer.

**Estructura dental y caries en los niños de cinco años de las L. C. C. Schools (1949 y 1951).** M. Mellanby, H. Mellanby y M. Kelley.

**Diagnóstico de la depresión.** W. Mayer-Gross.

**Pronóstico de la depresión con tratamiento eléctrico.** D. L. C. Thomas.

**Determinación rápida de la vitamina B<sub>12</sub> en el suero por un método microbiológico.** R. H. Girdwood.

**Efecto antagonista de la vitamina K<sub>1</sub> oral sobre la acción del etil biscumacetato y feniindanodiona.** J. N. M. Chalmers, M. F. Dixon y W. Polack.

**Ensayo del hexilresorcinol como desinfectante del aire para la prevención de resfriados en trabajadores de oncinia.** O. M. Lidwell y R. E. O. Williams.

**Protrombina y hemorragia.** A. C. Donald, R. B. Hunter, G. T. Tudhope, W. Walker e I. Whitton.

**Cálculos renales recidivantes.** L. N. Pyrah.

**Levorfán en anestesia.** A. K. Brown.

**Perforación de ambos timpanos durante la anestesia.** J. K. R. Whittingham.

**Intususcepción ileocólica en un adulto.** K. F. Wood.

**Determinación rápida de la vitamina B<sub>12</sub> en el suero por un método microbiológico.**—El autor ha determinado la cifra de vitamina B<sub>12</sub> en el suero por un método de crecimiento del *Lactobacillus Leschmannii* en 36 enfermos con anemia perniciosa en recidiva; 24 enfermos con otras formas de anemia megaloblástica; 55 personas que no padecían anemia megaloblástica, y 20 enfermos con anemia perniciosa en tratamiento. La cifra fué inferior a 130  $\mu\text{g}/\text{c. c.$  en 34 de 36 casos de anemia perniciosa en recidiva, en un enfermo que tenía anemia megaloblástica y en otro con anemia macrocítica, pero no francamente megaloblástica después de una gastrectomía parcial, en uno con estenorrhea idiopática y en otras 33 personas, dos de las cuales tenían anemia macrocítica con una médula normoblástica y que respondieron a la terapéutica con vitamina B<sub>12</sub>. En los restantes enfermos la cifra superó a la antes indicada. El método es rápido, y junto con la prueba diferencial de excreción urinaria de ácido fólico es de valor para la investigación de la patogenia de casos complejos de anemia megaloblástica.

**Efecto antagonista de la vitamina K<sub>1</sub> oral sobre la acción del etodiscumacetato y fenilindanodiona.**—Los autores describen una serie de experimentos en los que a sujetos normales se les dieron dosis por vía oral de vitamina K<sub>1</sub> emulsionada mientras estaban recibiendo tromexano y dindevan. Encuentran un marcado antagonismo de la vitamina K<sub>1</sub> sobre la hipoprotrombinemia originada por dichas drogas. Los enfermos con actividad protrombinica baja, al dárseles la emulsión de K<sub>1</sub>, mostraban una modificación del nivel de protrombina durante el mantenimiento con dosis regulares de ambos anticoagulantes. Discuten la aplicación de dichos efectos al tratamiento con anticoagulantes y subrayan que dosis pequeñas de vitamina K<sub>1</sub>, del orden de 10-15 miligramos, al usarlas de esta forma, deben utilizarse normalmente si han de evitarse estados que son refractarios a la acción de dichos anticoagulantes. El hecho de que hoy en día se cuenta fácilmente con la vitamina K<sub>1</sub> hace seguro el empleo de las drogas del grupo del dicumarol o la fenilindanodiona para la obtención de niveles terapéuticos de hipoprotrombinemia.

**Protrombina y hemorragia.**—En esta comunicación se describen 4 enfermos que sangraron durante el tratamiento con anticoagulantes cumarínicos y en los que la hemorragia se asoció con niveles muy bajos de protrombina como tal medida por el procedimiento en dos tiempos, más bien que con niveles bajos del factor VII. También describen los autores dos casos de hemorragia por enfermedad hepática, los cuales mostraban un déficit intenso de protrombina no revelado por la prueba en un tiempo y que mostraron sólo una prolongación ligera, demostrable debida a la reducción del factor VII. Concluyen diciendo que la prueba de Quick no constituye una buena medida de la hipoprotrombinemia, que, sin embargo, puede jugar un papel importante en la iniciación de la hemorragia en la sobredosificación de cumarina y en la enfermedad hepática.

4.895 - 30 de octubre de 1954.

- \* Resultados de la quimioterapia en las infecciones urinarias. L. P. Garrod, R. A. Shooter y M. P. Curwen.
- Fracaso de las sulfonamidas para prevenir las infecciones urinarias después de la cirugía vaginal. M. P. Durham, R. A. Shooter y M. P. Curwen.
- Efecto de la sonda permanente sobre la bacteriología de la uretra y vejiga masculina. R. Shackman y D. Messent.
- Insuficiencia respiratoria en las infecciones agudas del tórax. E. K. Westlake.
- El factor infección en la insuficiencia cardiaca. F. J. Flint.
- Resistencia a la insulina. D. Hubble.
- Valor de la electroforesis en papel de las proteínas del suero en el diagnóstico de la ascitis. H. E. M. Kay.
- Lesiones viscerales múltiples debidas a la toxicidad de la fenilbutazona. J. R. Nassim y T. Pilkington.
- Defectos fetales consecutivos al shock insuínico en el embarazo precoz. I. H. Wickes.
- El hígado en la colitis ulcerosa. R. G. F. Parker y E. J. C. Kendall.
- Sensibilidad a la penicilina originando un abdomen agudo. W. J. S. Still.
- Ataque fatal de vómitos clínicos. R. J. K. Brown.

**Quimioterapia de las infecciones urinarias.**—Los autores comunican los hallazgos clínicos y de laboratorio en 1.022 infecciones urinarias presentadas en 686 adultos, con referencia particular a la presencia de anomalías del tracto urinario y una historia previa de infección urinaria y a las especies de gérmenes existentes y su sensibilidad a las sulfonamidas y 5 antibióticos. De dichas infecciones, 726 se trataron con quimioterapia y los resultados del tratamiento valorados por el examen ulterior, utilizando la ausencia de gérmenes de la orina como el criterio de curación. Las muestras después del tratamiento en 562 enfermos demostraron, que así como el pronóstico fué bueno en los enfermos que no mostraban anomalías del tracto urinario y sin historia de infección urinaria (16/20 varones y 157/178 hembras quedaron curados), fué indiferente en los enfermos con historia previa de infección urinaria (16/34 varones y 118/159 hembras quedaron curados) y malo en los enfermos con una evidente anomalía del tracto urinario (sólo curaron 39/116 varones y 32/55 hembras). Los hallazgos ulteriores confirmaron este punto de vista y

demonstraron la necesidad de estudiar la orina varios meses después del tratamiento, si se quieren valorar correctamente los resultados. Entre otros factores menos importantes que afectan a la curación, se vió que las infecciones císticas respondían muy bien, las debidas a coli y aerogenes, bien; mientras que las infecciones por proteus y piociánico y bacilos paracólicos eran más resistentes al tratamiento. Se vió una relación evidente entre la sensibilidad *in vitro* del germen y el resultado del tratamiento y aconsejan el empleo de las pruebas de laboratorio de sensibilidad para evitar la prescripción de drogas inadecuadas. Para la mayoría de las especies la identificación por sí sola no es suficiente. No se obtuvo una evidencia clara de que algunas de las drogas utilizadas más a menudo (sulfatriadi, sulfadimidina, sulfatiazol, penicilina, estreptomicina y aureomicina) fuera superior a las otras.

**Insuficiencia respiratoria en las infecciones agudas del tórax.**—El autor ha estudiado los gases y el pH de la sangre arterial en 30 enfermos ingresados en el hospital con una infección respiratoria aguda. En 6 sujetos sin historia previa de enfermedad torácica, la tensión arterial del carbónico no se modificó o fué más baja que la cifra después de la curación; esto constituye una respuesta fisiológica normal a la infección respiratoria. En 18 de 24 sujetos con bronquitis o enfisema, la respuesta fué anormal y la tensión inicial del carbónico arterial fué 5-32 mm. más alta que después de la curación; estos enfermos puede decirse que estaban en insuficiencia respiratoria a su ingreso en el hospital. La insuficiencia respiratoria aguda con creciente anoxemia, hipercapnia y acidemia, es responsable del cuadro clínico típico observado durante la exacerbación de la infección en los sujetos con bronquitis crónica y enfisema: Cefaleas, hipertensión intracranial, papiloedema, confusión mental alucinaciones, sudoración, contracciones mioclonicas aumento del volumen cardiaco de expulsión, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca congestiva. Terminan diciendo que la mortalidad por "bronquitis" no ha declinado en los últimos diez años a pesar de la terapéutica antibiótica, lo que atribuye a la insuficiencia respiratoria como parte del fenómeno.

**El factor infección en la insuficiencia cardiaca.**—El autor ha estudiado 300 casos de insuficiencia cardiaca y encuentra que más de la mitad (167 casos) tenían alguna forma de infección respiratoria. En 156 casos había evidencia de que la infección respiratoria fué la causa precipitante de la insuficiencia (bronquitis en 103, neumonía en 51 y tuberculosis en 2), y en sólo 11 enfermos la mayoría de los cuales estaban en coma, se pensó que era secundaria. La insuficiencia cardiaca se precipitó por infección respiratoria en 64 de 76 enfermos con cor pulmonale, y en 82 de los 224 enfermos restantes con otras formas de cardiopatía. La incidencia de insuficiencia cardiaca en el invierno fué el doble que en el verano. Se realizó el estudio post-morten en 88 casos; la muerte se debió a neumonía en 21 casos, y a bronquitis aguda en otros 17. Discute el mecanismo por el que las infecciones respiratorias agudas dan origen a la insuficiencia cardiaca y, por último, sugiere que los antibióticos son por lo menos, tan importantes como la digital o los diuréticos mercuriales en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

**Resistencia a la insulina.**—El autor describe un caso único de resistencia a la insulina en una niña diabética: la dosis máxima diaria de insulina utilizada fué de 19.250 unidades; la resistencia era física, y cuando se estableció la menstruación se vió que las fases resistentes eran generalmente premenstruales y las fases sensibles postmenstruales. Se hizo un gran número de estudios endocrinos urinarios, y aunque fluctuaron considerablemente no mostraron desviaciones marcadas de los hallazgos normales. Dedujo que la hormona de crecimiento interviene en esta resistencia a la insulina; la enferma era 10 centímetros más alta del promedio normal al comienzo de su diabetes, creció lo habitual en un año de estabilidad, pero en el año de resistencia a la insulina

creció aproximadamente 5 centímetros más del promedio de su edad (1,8 cm.). Termina diciendo que el tratamiento correcto de la resistencia a la insulina es vencer la resistencia utilizando insulina en la dosificación adecuada.

**Electroforesis en papel de las proteínas del suero en el diagnóstico de la ascitis.**—El autor ha estudiado 38 casos consecutivos de ascitis por medio de la electroforesis en papel del suero y en unos pocos casos también de líquido ascítico; en general, es preferible el suero porque su mayor contenido en proteínas produce unas bandas más claras y densas y además se obtiene con más facilidad; el líquido ascítico se semeja al suero diluido, pero relativamente con más albúmina y con concentraciones de globulinas que están menos constantemente relacionadas con la causa de la ascitis. De su experiencia deduce que en las enfermedades crónicas del hígado el aumento variable de gammaglobulina acompaña a cifras en el límite inferior de lo normal o bajas de alfaglobulina, mientras que en las enfermedades malignas cifras de gamma globulina bajas, normales o ligeramente elevadas quedan oscurecidas por un alfa globulina muy marcada. En la pericarditis constrictiva e insuficiencia cardiaca congestiva se aprecia un patrón normal o un aumento moderado de las globulinas alfa y gamma. Las neoplasias intrahepáticas secundarias dan patrones diversos, mientras que la nefritis subaguda produce el patrón bien conocido; en ésta, una banda prominente de la hipoproteína alfa, contrasta con una reducción considerable de las otras fracciones proteicas; esta imagen semeja el patrón de algunas formas de enfermedad maligna.

**Defectos fetales después del shock insulínico en el embarazo precoz.**—El autor describe un caso correspondiente a un niño con déficit mental acompañado de nictemeroismo y atrofia óptica, que nació de una mujer esquizofrénica, a la cual se la había provocado el coma insulínico a partir del segundo mes de embarazo. Considera que la insulina, o posiblemente la anoxia inducida por ella, fué la responsable de los defectos fetales. Considera diciendo que el estudio de un pequeño número de casos, previamente referidos, sugiere que la insulina puede ser nociva sólo cuando se administra antes de la décima semana.

**El hígado en la colitis ulcerosa.**—Los autores han estudiado las lesiones hepáticas en 73 casos de colitis ulcerosa. Existía una intensa alteración grasa en 9 de los 39 casos examinados microscópicamente; en uno de ellos, sin embargo, podía atribuirse a una intoxicación exógena. Aparte del embarazo reciente en 3 casos y posiblemente la anorexia y los vómitos excesivos en otros, no se encontraron factores clínicos predisponentes a la lesión. La infiltración celular inflamatoria era mínima, y excepto en un caso con obstrucción biliar, no existía cirrosis. Concluyen que hay pocas posibilidades o ninguna para el desarrollo de cirrosis en enfermos con colitis ulcerosa, en relación con el total de la población.

### La Presse Medicale.

62, 40 - 2 de junio de 1954.

- \* **Ensayo de la metil-3-cromona en el tratamiento de fondo de la angina de pecho.** P. Soulié, P. Chiche, J. Carlotti y J. Baillet.
- \* **Toxoplasmosis humana adquirida.** P. Sedallian, J. P. Garin y P. Faure.
- \* **Tratamiento de la poliartritis crónica evolutiva por las inyecciones locales multiarticulares de acetato de hidrocortisona.** R. Weismann-Netter, R. Levy y P. Lorch. Terapéutica narcobiótica e invernación artificial. P. Decourt.
- \* **La encefalopatía de Gayet-Vernicke y las encefalopatías carenciales de los alcohólicos.** J. Cambier.

**Metil-3-cromona en la angina de pecho.**—Los autores utilizan en la angina de pecho la metil-3-cromona, producto sintético, cuyo núcleo es vecino de la kellina; pero sin núcleo furano y metilado en 3 con el fin de obte-

ner mayor actividad. La experiencia fisiológica demuestra que se trata de un potente vasodilatador coronario, con acción directa sobre la fibra lisa y escasa toxicidad. La experiencia clínica se realiza bajo la protección de un placebo para evitar influencias psíquicas, considerándose solamente como mejorados aquellos que no lo hicieron con el placebo y si con el fármaco. Se obtuvieron de un 50 a un 70 por 100 de mejorías. Creen los autores que los resultados por ellos obtenidos justifican una más amplia utilización de este producto.

**Toxoplasmosis humana adquirida.**—En dos observaciones de los autores los frotis de aftas banales o de amigdalitis demostraron la presencia de microorganismos morfológicamente parecidos al toxoplasma. En una de las observaciones, con angina y estomatitis aftosa febril, la serología débilmente positiva al toxoplasma no presentó modificaciones durante el proceso. En el otro, que se trataba de una angina aguda ulcerativa, hipertermica, con adenopatía y esplenomegalia, la proporción de anticuerpos aumentó en seis días. Estas observaciones plantean el problema de la puerta de entrada bucofaringea del toxoplasma y de la posible naturaleza toxoplasmática de determinadas anginas con monocitos y reacción de Paul-Bunnell, negativa.

**Tratamiento de la poliartritis crónica evolutiva.**—Las inyecciones locales de hidrocortisona son, en general, recomendadas en las afecciones mono u oligoarticulares. Los autores las han empleado en casos de poliartritis crónica evolutiva, inyectando en una sesión, de preferencia bajo anestesia general, un gran número de articulaciones grandes y pequeñas con dosis grandes del producto; en un caso inyectaron 27 articulaciones con 625 mg. El resultado es inmediato, con desaparición del dolor y movilización de la articulación, lo cual acrecienta las posibilidades del tratamiento fisioterápico. No suele haber síntomas de toxicidad ya que el producto se reabsorbe muy lentamente. La mejoría suele durar unos dos meses.

62, 41 - 5 de junio de 1954.

**Injertos óseos homólogos congelados.** A. Sicard y R. Mouly. Estudio comparativo del consumo de oxígeno al nivel de la piel en algunos casos de arteritis y de úlceras de la pierna. Mlle. Viaud, B. Winisdoerfer, P. Mandel y R. Fontaine.

**Acidosis y utilización de los hidratos de carbono.** Aplicación al tratamiento de los estados de deshidratación. R. Francois y Mme. Ruiton. Tratamiento de los estados maníacos por sales de litio. A. Plichet.

62, 42 - 9 de junio de 1954.

- **El recién nacido normal y el anencéfalo.** A. Thomas.
- **El problema del diagnóstico y tratamiento de las cavernas autónomas del vértice de Fowler.** E. Vaucher, E. Forster y E. Roegel.
- **La acción hipoglucemante de la vitamina E en el sujeto normal y en el diabético.** H. Gounelle, Ch. Marnay y H. Rabii.

**Cavernas del vértice de Fowler.**—Los progresos de las técnicas radiológicas han permitido localizar con precisión las cavernas del vértice de Fowler. La tomografía de perfil nos permite observar el asiento exacto de las lesiones, su extensión a la pirámide basal, sus relaciones con la pared torácica y el diafragma, la existencia de adherencias y las posibilidades terapéuticas. El tratamiento prolongado de reposo y antibióticos da a veces resultados notables; también los métodos colapso-terapéuticos (neumotórax artificial y neumoperitoneo) provocan en muchos casos una disminución verdaderamente notable de las lesiones y a veces una completa curación. Las lesiones bien localizadas que al cabo de unos meses de tratamiento conservador no han desaparecido totalmente hay que proceder a la exéresis local.

**Acción hipoglucemante de la vitamina E.**—En vista de la gran cantidad de trabajos recientes sobre la materia, algunos de ellos contradictorios, los autores estudian la acción hipoglucemante de la vitamina E en su-

jetos normales y en diabéticos. Pueden demostrar que la administración de una fuerte dosis de tocoferol, 10 gramos, cuatro horas antes del comienzo de la prueba de sobrecarga de glucosa, hace que la elevación de la glucemia sea considerablemente menor. En el diabético, el tocoferol disminuye también la glucemia basal, así como la curva glucémica tras administración de glucosa. En la diabetes experimental aloxánica también pueden comprobar la beneficiosa acción del tocoferol.

62, 43 - 12 de junio de 1954.

- Plexalgia pararrectal fugaz de los colíticos. G. Faroy. Clasificación de las hidrocefalias no tumorales. Aspecto clínico de la hidrocefalia por bloqueo de la cisterna. G. Lanthor. Radioterapia de la región pituitaria en las exoftalmias edematosas. R. Nadal y M. Nel.

62, 44 - 16 de junio de 1954

- Interrupción prematura y espontánea del embarazo, de origen endocrino. R. Merger, J. Lévy, G. Bejat y J. Melchior. Peritoneoscopia. Biopsia del hígado. Angio colegrafía. Radiomanometría bajo control peritoneoscópico. A. Fournier, P. Ricordeau y J. Caroli. Riesgo de la anestesia en cirugía torácica. H. Le Brigand y otros. ¿Es seguro que existe una terapéutica narcobiótica? H. Laborit. Estudio terapéutico de un "hipocolesterolemante" de síntesis: el ácido fenil-etil-acético. J. Cottet, A. Machivat y J. Redel. Noción del terreno en microbiología según los recientes descubrimientos: papel de los factores climatológicos en la aparición y propagación de las epidemias. J. Lebrun.

**Interrupción del embarazo de origen endocrino.**—Los frotis vaginales en el curso del embarazo normal tienen caracteres precisos, siendo las células naviculares el elemento más constante. En el peligro de aborto, el frotis muestra las siguientes modificaciones: viraje hacia la eosinofilia y desaparición de las células naviculares. Estas modificaciones son muy precoces y permiten instituir muy pronto el tratamiento hormonal; en los casos favorables, bajo la influencia de este tratamiento los frotis vuelven a la normalidad; en este momento puede afirmarse que ha desaparecido el peligro de aborto. Para los autores el tratamiento más común está constituido por los estrógenos de síntesis, aunque en algunos casos es necesaria la asociación de estrógenos progestinaria.

**Estudio terapéutico de un "hipocolesterolemante" de síntesis.**—Los autores empiezan considerando el origen exógeno y endógeno del colesterol y su papel en la arteriosclerosis. Sin llegar a dar al colesterol una importancia primordial y única en la génesis de este proceso, los autores opinan que juega un papel cierto e importante. De ello el interés de un tratamiento dirigido a disminuir la colesterinemia. Estudian en el terreno experimental y clínico la acción de un nuevo hipocolesterolemante de síntesis, el ácido fenil-etil-acético. En seis semanas la disminución de la colesterinemia es de un 40 por 100 para una colesterinemia de 4,83 gr. por 1.000, de un 27,5 por 100 para una colesterinemia de 2,17 por 1.000 y solamente de un 3 por 100 para una colesterinemia de 1,85 por 1.000.

62, 45 - 19 de junio de 1954.

- Estudio oximétrico de la sangre de la vena porta. A. Lemaire, E. Huosset, P. Casassus y Ph. Sée. Tercera observación de reticulosis ganglionar maligna en la forma clínica de fiebre periódica. R. Crosnier, A. Darbon y J. Galy. Aplicaciones terapéuticas de los isótopos radioactivos. A. Perroy.

**Reticulosis ganglionar maligna.**—Los autores presentan la tercera observación que ellos han tenido ocasión de hacer de reticulosis ganglionar maligna, bajo la forma clínica de una fiebre periódica, bimensual, con esplenomegalia y melanodermia, enemias y leucopenia pro-

gresiva. Hacen notar la negatividad de todos los análisis auxiliares y la ausencia de efecto del tratamiento, incluyendo la aureomicina. En la autopsia se pudo objetivar una micropolialadenopatía lumbar múltiple, así como mediastínica; hipertrofia del hígado y del bazo; pleuresia enquistada izquierda, con hepaticización de una de los lóbulos; leptomeningitis de la base y de las cisuras. El problema de la etiología no está aclarado; para los autores es, probablemente, vírica.

**Aplicaciones terapéuticas de los isótopos radioactivos.**—Aunque es muy elevado el número de isótopos radioactivos obtenido en las pilas atómicas, los utilizables terapéuticamente son muy pocos. En radioterapia externa el radiocobalto es capaz de competir con los aceleradores magnéticos de partículas. En radioterapia funcional es todo radioactivo interviene, junto a la cirugía, en el tratamiento de los estados hipertiroides y cánceres de tiroides. El fósforo 32 es útil en las poliglobulias y leucemias resistentes al rádium.

62, 46 - 23 de junio de 1954.

- La plasmocitosis y la hiperglobulinemia en los síndromes agranulocíticos. Las plasmocitosis alérgicas. L. de Gennes y G. Marchal. Pioneropenia con metrorragias ligada a una tuberculosis aislada del bazo y curada por esplenectomía. E. Berthomé, R. Bourgeon, J. Lafargue y B. Ferrand. Contribución al estudio de los peligros de la arteriografía con "norotrust", con ocasión de un caso de cirrosis hepática tardía. R. Fontaine, y Ch. M. Gross. Una variedad de anuria provocada por la hidratación excesiva de las células renales. J. Hamburger, B. Haipen y J. L. Funck-Brentano. Los tumores nerviosos primitivos disenbrioplásticos de riñón. L. Frühling, E. Baum y F. Schwanckgen. El fenómeno de la vasoconstricción y la plasticidad de la musculatura arterial del hombre. S. Hirach. Diagnóstico por cateterismo de la estenosis tricúspide asociada a la valvulitis mitral. A. Tournarie, J. Baum, F. Deyrieux y M. Tartuer. Contribución experimental al estudio de la inactividad hepática de la pitresina. G. Mathe y J. Aitman. Lagunas craneanas y cáncer. J. Latuste y F. Bataille.

**Plasmocitosis e hiperglobulinemia en el síndrome agranulocítico.**—Los autores presentan un síndrome agranulocítico determinado por un derivado arsénico-zincico. A la desaparición completa de los polinucleares se añadió una plasmocitosis de un 10 por 100. Las globulinas están moderadamente aumentadas con una elevación en alfa dos. Los autores comentan otras observaciones análogas, en las que los plasmocitos pueden infiltrar la mayor parte de los órganos. Discuten las relaciones de estos casos con los mielomas. En las mielotoxicosis la reacción reticulo-plasmocitaria puesta de manifiesto por ROHR anuncia la muerte a breve plazo.

**Anuria por hidratación excesiva de las células renales.**—Los autores describen un procedimiento por el que se puede crear en el conejo una hiperhidratación experimental del sector intracelular, por perfusión continua de solución glucosada isotónica. El análisis histológico revela la hinchaón de las células del riñón e hígado. Esto se sigue de un descenso rápido de la filtración glomerular, descenso del aporte sanguíneo al riñón y anuria. Los animales testigos recibieron igual cantidad de solución salina isotónica; en ellos aumentó la hidratación extracelular, pero no la intracelular. Los autores sugieren que tal vez sea éste el mecanismo de las uremias por falta de sal y de ciertas insuficiencias renales agudas agravadas tras la administración inmediata de soluciones acuosas sin suministro simultáneo de electrolitos.

**Inactivación hepática de la pitresina.**—Una serie de recientes observaciones han sugerido la posible intervención de substancias antidiuréticas, singularmente pitresina, en el origen de los edemas de la cirrosis. Según esta hipótesis fisiopatológica se produciría una disminución de la inactivación de la hormona posthipofisaria inactivación que estaría a cargo de las células hepáticas. En el presente trabajo los autores demuestran que

el efecto antidiurético de 0,5 unidades de pitresina inyectada en la vena esplénica es el mismo que el de una dosis igual inyectada en la vena esplénica, a pesar de que en el último caso la hormona ha de pasar a través del hígado. Lo mismo sucede con la inyección de dosis más fuertes.

62, 47 - 26 de junio de 1954.

- La prueba del Gallium 72 en el diagnóstico de los tumores óseos malignos. H. Desgrez, R. A. Guerin y Mme. M. T. Guerin.
- Pérdidas hidro-iónicas en la intoxicación por hongos. P. Boulet y J. Mirouze.
- Un nuevo antibiótico en otorrinolaringología: la soframicina. Maspétol y Semette.

**Prueba del gallium 72.**—Los autores acentúan el interés de esta prueba, que permite el diagnóstico de la malignidad de los tumores óseos, así como el de la existencia de metástasis óseas del cáncer común. Comprueban también que la zona de actividad de los tumores sobrepasa muchas veces la de las imágenes radiológicas, lo cual es de gran interés por permitir una más racional radioterapia de mejores resultados. En curso de la radioterapia, si es de efectos favorables, va disminuyendo la fijación del gallium, lo cual nos permite un control riguroso de la terapia.

**La soframicina.**—Los autores estudian un nuevo antibiótico de utilización únicamente local, empleándolo en supuraciones agudas y crónicas del oído y en las rinitis. La soframicina se ha mostrado de una notable eficacia y rapidez sobre una gran cantidad de gérmenes sensibles o resistentes a los antibióticos corrientes. Permite la curación de gran número de procesos que habían resistido a otras terapéuticas. Con su uso los autores no han podido observar ningún síntoma de toxicidad ni de hipersensibilidad.

### Schweizerische medizinische Wochenschrift.

85 - 6 - 5 de febrero de 1955.

- La función de la corteza suprarrenal en la contrarregulación insulínica. R. Froesch.
- El contenido de vitamina C de la sangre y del líquido cefalorraquídeo después de la administración intravenosa de Redoxon. F. Kalt.
- Tratamiento de la intoxicación plúmbica con calcio-etilenodiaminotetraacetato. A. Pletscher.
- Una nueva incompatibilidad medicamentosa. P. Knobel e Y. Saúdan.
- Tratamiento de la inhibición respiratoria en la parálisis infantil. H. Casparis.

**Insulina y corteza suprarrenal.**—Conocidas son desde hace tiempo las relaciones antagonicas entre la insulina y las hormonas suprarrenales; sin embargo, al principio se pensó que la neutralización de la hipoglucemia insulínica corría a cargo exclusivamente de la adrenalina. El autor ha estudiado el comportamiento de las hormonas corticosuprarrenales a este respecto, empleando el método de NELSON y SAMUELS para determinar los 17, 21-hidroxicorticosteroides en la sangre. Ha encontrado que la hipoglucemia insulínica produce, primero un descenso de estas hormonas en la sangre, y después un aumento más prolongado de las mismas, que son entonces eliminadas con la orina. Esta respuesta corticosuprarrenal depende de la duración e intensidad de la hipoglucemia y de la capacidad de respuesta del cortex adrenal: falta en el síndrome adrenogenital, aunque las curvas de glucemia sean normales. La contrarrespuesta a la hipoglucemia insulínica consta de tres fases: la primera, de respuesta rápida a cargo principalmente de la adrenalina, con depleción de los depósitos de glucógeno. En la segunda predomina la acción de las hormonas corticales, llenándose de nuevo los depósitos de glucógeno a expensas del metabolismo proteico (gluconeogénesis). En la tercera fase interviene la hormona del crecimiento, que actúa en sentido anabólico, tanto sobre las proteínas como sobre los hidratos de carbono, restituyendo el equilibrio metabólico.

**Vitamina C en sangre y líquido cefalorraquídeo.**—Por haber propuesto diversos autores la administración de dosis altas de vitamina C como recurso eficaz en el tratamiento de la poliomielitis y de algunas otras enfermedades por virus, tiene interés conocer los niveles de la misma alcanzados en la sangre y líquido cefalorraquídeo, para relacionar con ellos el éxito o el fracaso del tratamiento. El autor ha empleado el método de ROE y KUETHER, que oxida el ácido ascórbico a dehidroascórbico y después a dicetogulónico, dando estos dos productos de oxidación una reacción coloreada en rojo, measurable colorimétricamente, con la dinitrofenilhidrazina. Después de dar intravenosamente de 3,5 a 14 gr. de vitamina C se alcanzan niveles séricos de 10 a 24 mg. por 100 al cabo de una hora; de 6 a 17 mg., a las tres horas, y de 3,6 a 5 mg., a las seis horas. En el l. c. r. se alcanza un máximo de 6 mg. por 100, tanto a la hora como a las tres horas, descendiendo luego lentamente (4 mg. a las veinticuatro horas). Con estos niveles en suero y líquido no se obtuvo efecto terapéutico en la poliomielitis.

**Calcio-etilenodiamino-tetracetato en la intoxicación por el plomo.**—El ácido etilenodiamino-tetracético, en forma de sal disódica (EDT) tiene la propiedad de ligar iones metálicos formando complejos aniónicos relativamente hidrosolubles. Los complejos EDT-metal (quelatos) son mucho menos tóxicos que los metales ionizados, y son más estables que los complejos citrato-metal correspondientes. Los más estables son los complejos de EDT y metales pesados. El EDT, dado como sal disódica a dosis altas y en inyección intravenosa rápida, es muy tóxico, por formar complejos con iones, como el Ca, de importancia vital. Pero si se da como sal disódica del complejo Ca-EDT resulta muy poco tóxico sin perder utilidad, porque el Pb ionizado desplaza al Ca, por formarse un complejo Pb-EDT, que es más estable que el Ca-EDT. Con esta substancia se han descrito resultados muy buenos en numerosos casos de saturnismo. El autor comunica dos casos más tratados con 2,5 gr. de Ca-EDT en solución al 50 por 100 e inyectado intravensamente una vez al día durante cuarenta y cinco, sin observar reacciones secundarias. Hubo mejoría del cuadro hemático y eliminación urinaria de coproporfirina, aumentando la excreción de plomo con las heces y orina.

**Incompatibilidad entre mercuriales y cumarínicos.**—Los autores observaron una enferma, en asistolia y con accidentes tromboembólicos, tratada con digital, diuréticos mercuriales (thiomerin) y anticoagulantes dicumarínicos (Marcumar). En ella resulta imposible mantener la protrombina en niveles terapéuticos y prolongar el tiempo de la prueba de resistencia a la heparina, y los accidentes embólicos se seguían repitiendo. Excluidos los errores técnicos de laboratorio y comprobado que la enferma tomaba el medicamento, que no tenía trastornos digestivos que impidiesen su absorción y que la supresión de la digital no modificó la situación, sólo cabía pensar en el thiomerin. En efecto, su sustitución por diuréticos no mercuriales permitió el exacto control de la coagulación. Caben dos explicaciones. De una parte, aunque el mercurio en estos diuréticos está formando un complejo en el anión de la sal, posiblemente está en parte ionizado, y se sabe que el mercurio, como catión, es capaz de precipitar los derivados cumarínicos por contener éstos una función ácida. Por otra parte, podría sobreñadirse a esto la acción que, según CAHEN y colaboradores, tienen los diuréticos mercuriales de favorecer la hipercoagulabilidad sanguínea. De cualquier forma, el hecho tiene una indudable importancia en la práctica clínica.

85 - 7 - 12 de febrero de 1955.

- Vitamina B<sub>12</sub> y metabolismo proteico. C. Wild, C. Reymond y A. Vannotti.
- Neurolejia e hipotermia controlada. A. Cerletti y A. Fan-champs.
- Algunas observaciones sobre la poliomielitis y su tratamiento ulterior. E. Le Grand.
- Tratamiento del úlcus con Netrin (clorhidrato del éster dietilaminoetílico del ácido 1-(3', 4'-dimetil-fenil)-ciclopentano-1-carbónico). W. Renz.

**Neuroplejia e hipotermia controlada.**—La llamada "hibernación artificial" nació de los intentos de LABORIT de suprimir las reacciones orgánicas a la agresión, lo que se consigue con un bloqueo vegetativo multifocal (neuroplejia), al que se puede añadir un enfriamiento activo del organismo (hipotermia controlada). La hibernación artificial no es exactamente semejante a la sueño invernal natural, y sólo debe emplearse este término cuando se consiga un marcado descenso de la temperatura corporal. Para inhibir totalmente las reacciones a la agresión es necesario emplear una "mezcla lírica" de varios medicamentos, incluyendo generalmente un vasodilatador adrenolítico del tipo de la cloropromazina o de la hydrgina, un analgésico y un antihistamínico. El descenso del metabolismo no es la consecuencia directa de la acción de estas drogas, sino que se debe a la hipotermia, que se produce porque el bloqueo de los mecanismos de regulación térmica permite enfriar el organismo sin que se produzcan reacciones de defensa (aumento del metabolismo, escalofrios, vasoconstricción periférica). Las indicaciones en que la hipotermia controlada se ha mostrado superior a la neuroplejia simple y a los métodos clásicos son los casos en que interese disminuir el metabolismo y las necesidades de oxígeno: tireotoxicosis grave, cirugía cardiaca exanguine, síndromes vegetativos en neurocirugía, estados de anoxia prolongada, etc.

**Vitamina B<sub>12</sub> y metabolismo proteico.**—Todavía queda mucho por conocer acerca del mecanismo de formación de las proteínas. WHIPPLE cree que esta síntesis necesita una fase intrahepática previa, viéndose así a ocupar el hígado un primer puesto en el anabolismo proteico. Los autores han estudiado el papel del complejo B y, en especial, de la vitamina B<sub>12</sub> a este respecto, haciendo determinaciones de nitrógeno aminico en sangre antes y después de dar una sobrecarga oral de un hidrolizado de caseína y de lactalbúmina, lo que da una idea de la absorción y utilización de los aminoácidos. El complejo B estimula principalmente la absorción intestinal de los aminoácidos. La vitamina B<sub>12</sub>, en cambio, parece estimular más específicamente la síntesis proteica, disminuyendo así rápidamente la aminoacidemia provocada. Esto concuerda con el hecho de que la vitamina B<sub>12</sub> estimula el crecimiento y frena la producción de urea. Esta acción anabólica de la B<sub>12</sub> se produce también en los sujetos sin carencia de la misma, pero en todo caso requiere la integridad funcional del hígado, faltando en los sujetos con hepatopatía grave; esto apoya la hipótesis de una etapa intrahepática en la síntesis de las proteínas. Quizá lo que ocurre es que el apofermento necesario para esta acción de la vitamina B<sub>12</sub> deja de producirse como una manifestación más de la disproteinemia de las enfermedades hepáticas, cerrándose así un círculo vicioso, pues la falta de acción anabólica de la vitamina B<sub>12</sub> dificultará más aún la síntesis de las proteínas y, por tanto, la del apofermento.

**Tratamiento del úlcus con Netrin.**—El Netrin es el clorhidrato del éster dietilaminoetílico del ácido 1-(3', 4'-dimetil-fenil-) ciclopentano-1-carbónico. Se administra, tanto por vía oral como en supositorios, a la dosis de 25-50 mg. tres veces al día. Tiene propiedades anticolinérgicas, espasmolíticas, anestésicas locales y nicotinolíticas, que actuando combinadamente disminuyen los fenómenos inflamatorios que existen en la enfermedad ulcerosa. En 110 enfermos de úlcus y gastritis no seleccionados se mostró muy eficaz, regulando las funciones vegetativas alteradas en el tracto gastrointestinal. Su acción se manifiesta por una rápida mejoría de las molestias y del estado general y por una normalización de la acidez, tanto si estaba aumentada como disminuida. En el examen radiológico se comprueba un acortamiento del tiempo necesario para la curación. Su campo de aplicación es muy extenso, ya que no actúa directamente sobre la acidez y secreción, es fácil de dosificar, tiene un margen terapéutico amplio y es bien tolerado. Resulta muy útil para una cura prolongada por carecer de influencia sobre la salivación, acomodación y circulación.

85 - 8 - 19 de febrero de 1955.

- \* El lupus eritematoso visceral (síndrome de Libman-Sacks). W. Siegenthaler.
- \* Eliminación urinaria de calcio magnesio en el carcinoma mamario para la valoración del tratamiento con testosterona. A. Striebel, P. von Planta y G. Violier. Catastro tuberculínico 1953-54 en tres distritos del cantón de Aargau y retroceso de la epidemia de tuberculosis en Suiza. Th. Baumann y B. Widmer. Variaciones de la tasa de citocromo C en los estados de inanición en el conejo. Th. Béraud y A. Vannotti.
- \* Estudio comparativo de ocho aminoácidos esenciales en el líquido cefalorraquídeo y en el suero de personas normales. H. Esser y F. Heinzler.

**Lupus eritematoso visceral (síndrome de Libman-Sacks).**—El autor toma ocasión de la presentación de un caso de curso sobreagudo para revisar el estado actual de la cuestión y resumir el síndrome de la siguiente forma: Predomina en las mujeres, en la proporción de 5:1. Puede darse en todas las edades, siendo la media preferida los veintisiete años. Produce síntomas generales ( fiebre alta, mal estado general), prácticamente, en todos los casos, eflorescencias de lupus eritematoso en la piel en el 85 por 100 y en las mucosas en el 50 por 100 de los casos; artralgias o poliartritis, hasta en el 90 por 100; mialgias o miositis, con frecuencia; alteraciones osteoblásticas u osteoclásticas, muy raramente; endocarditis de Libman-Sacks, en el 30 por 100; arteritis de los vasos pequeños y medios en el 50 por 100; alteraciones neumónicas, rara vez específicas y frecuentemente inespecíficas; pleuritis, con frecuencia, así como pericarditis; pocas veces peritonitis y menos aún poliserositis; nefritis focal en el 70 por 100; aumento de bazo, hígado; ganglios en el 50 por 100; manifestaciones por parte del sistema nervioso central (crisis convulsivas, accesos epileptiformes, síntomas meníngeos, parálisis, etc.) en el 35-50 por 100 de los casos. En la sangre se encuentra anemia casi siempre, leucopenia en la mitad de los casos, trombopenia en la mitad, aumento de la velocidad de sedimentación constante, hemocultivos negativos en la mayor parte de los casos, células L. E. en el 80 por 100 y factor L. E., con aumento de gammaglobulina, en el 80 por 100. El curso, por accesos, dura semanas, meses o años, y el pronóstico es malo, generalmente, fatal. La ACTH y la cortisona pueden proporcionar remisiones.

**Calciuria como orientación en el tratamiento hormonal del cáncer de mama.**—Dado el inconstante efecto de las hormonas sexuales sobre las metástasis óseas o en partes blandas del carcinoma mamario, es deseable tener una prueba que nos oriente sobre la acción de esta terapéutica apenas iniciada, antes de que los resultados, beneficiosos o perjudiciales, sean perceptibles clínica o histológicamente. Los autores han encontrado que en este sentido es muy útil la determinación cuantitativa de las variaciones en la eliminación de calcio por la orina bajo el influjo del tratamiento (determinación gravimétrica, como oxalato cálcico). La variación del calcio urinario se presenta ya a los pocos días, precediendo a las modificaciones del cuadro clínico y a las de la calcemia, la fosfatasa alcalina y el magnesio urinario. De esta manera se puede determinar si el crecimiento del tumor en cada caso depende de los andrógenos o de los estrógenos. Un aumento de la eliminación de calcio por la orina se ve cuando aumenta el crecimiento de las metástasis y, por tanto, la destrucción ósea, mientras que una disminución se da en las detenciones del crecimiento tumoral o en la remineralización. Para valorar esta prueba hay que excluir otras causas de calciuria: osteoporosis en casos de inmovilización, bajo aporte de calcio en la dieta, hiperdosificación prolongada de vitamina D e hipertiroidismo.

**Proteínas y aminoácidos de la sangre y del líquido cefalorraquídeo.**—El estudio electroforético comparativo del suero sanguíneo y del líquido de los mismos individuos (normales) revela diferencias: en el líquido hay una pequeña cantidad de una fracción, "prealbúmina", que en el suero no existe o es inapreciable, y, además, la proporción de betaglobulina es doble, y la de gamma-

globulina, la tercera parte que en el suero sanguíneo. Esto hace pensar si las proteínas del LCR no tendrán también alguna diferencia cualitativa que las distinga de las de la sangre; es decir, no serían proteínas filtradas, sino formadas en el punto de origen del líquor. Para aclarar esto, los autores han estudiado el contenido de ocho aminoácidos esenciales (arginina, histidina, isoleucina, leucina, lisina, fenilalanina, treonina y valina) en el líquido y en el suero de 28 sujetos sanos, hidrolizando las proteínas con C1H 3N. Debido a la escasa cantidad de proteínas y, por tanto, de los aminoácidos que las integran, en el LCR tuvieron que recurrir a métodos microbiológicos, empleando el *lactobacillus delbrueckii* para la determinación de la fenilalanina y el *streptococcus faecalis* para todos los demás. El método da una exactitud del 97,5 por 100. No hay diferencias entre las concentraciones séricas y liquorales de lisina, fenilalanina, treonina y valina, diferencia verosímil en la arginina y una diferencia estadísticamente segura en la histidina, isoleucina y leucina. No pueden explicar estas diferencias las pequeñas cantidades de aminoácidos libres (no proteicos) en uno y otro humor. Un estudio más minucioso requeriría la comparación de los aminoácidos en cada una de las fracciones proteicas separadas por electroforesis.

85 - 9 - 26 de febrero de 1955.

- \* Varices esofágicas sangrantes sin hipertensión portal. R. Nissen.
- \* Vólvulo gástrico agudo e intermitente. R. Leemann. El estado actual de la cirugía cardiaca. H. Roth.
- \* La úlcera gástrica experimental y su reflejo en el químico gástrico. M. Saegesser.
- \* Resistencia al desgarro y elasticidad de la aorta. M. A. Zehnder.
- \* Experiencias con el anestésico local oxicaina en la cirugía menor. M. Haeberle.

**Varices esofágicas sin hipertensión portal.**—El autor ha observado dos casos con intensos vómitos de sangre procedente de varices esofágicas, en los que faltaba todo síntoma o signo de hipertensión portal. Casos de este tipo se encuentran muy escasamente en la literatura clínica; más a menudo en la anatomopatológica. Algunos autores llegan a considerar a las varices esofágicas como signo patognomónico de hipertensión portal. Sin embargo, es muy posible que casos como los presentados por el autor sean más frecuentes de los que se suele creer. No se ha investigado la causa de estas varices esofágicas "idiopáticas"; se ha pensado en un trastorno congénito, por presentarse incluso en sujetos jóvenes; en otros casos, una estenosis de la ázigos o una coronariopatía fueron imputadas como causa del trastorno. El tratamiento consiste en la ligadura transesofágica del plexo varicoso, seguido, no mucho tiempo después, de la anastomosis portocava si hay estasis portal de la resección gastroesofágica si la circulación portal es normal.

**Vólvulo gástrico.**—De las diferentes formas que puede presentar el vólvulo gástrico, el autor se ocupa principalmente de las formas agudas e intermitentes. Uno de los dos casos que presenta es notable por ser una extraordinaria movilidad del bazo la causa de su vólvulo. El vólvulo agudo da el cuadro de ileo agudo alto, siendo característica la imposibilidad de vomitar y de introducir la sonda. En estos casos la intervención urgente es indispensable. Los casos crónicos intermitentes son mucho menos típicos, con molestias vagas, que pueden consistir en náuseas y obstrucción, sobre todo tras esfuerzos corporales intensos. En estos casos, si las medidas dietéticas y la regulación del género de vida no dan el resultado apetecido, y las molestias siguen duraderamente, se impone la gastropexia, que se lleva a cabo suturando la pared anterior del estómago o el epiplón mayor a la serosa de la pared anterior del estómago.

**Úlcera gástrica experimental.**—El autor ha llevado a cabo una serie de experimentos sobre perros, tratando

de aclarar el mecanismo de producción de la úlcera. Sus resultados y conclusiones son las siguientes: si se aísla completamente el fundus y se anastomosa al mismo tiempo el antrum con el esófago se produce una hipersecreción en el fondo aislado; esta hipersecreción disminuye si se da por la boca jugo gástrico privado de pepsina, pudiendo llegar incluso a valores inferiores a los iniciales. Esto demuestra la existencia de un antagonismo entre la acción del fundus y la del antrum, de tal manera que cuando el estado de equilibrio entre ambas se rompe se origina un trastorno secretorío en el sentido de aumento o de disminución. Aun faltando en absoluto el C1H libre puede producirse una úlcera, debido a que es la pepsina la que en último extremo produce la ulceración. La primera fase de ésta no tiene lugar en la mucosa, sino en el sistema arteriolocapilar de la submucosa. Parece ser que la resistencia de la pared gástrica a la pepsina disminuye cuando hay un éxasis prolongado debido al cierre de los interiores metarteriolares y precapilares con abertura de la derivación arteriola-vénula.

**Elasticiada de la aorta.**—Por medios físicos equivalentes a los que se emplean en la industria textil para comprobar la resistencia de las fibras, el autor ha medido la resistencia de la pared aórtica al desgarro por distensión, empleando la aorta de 28 sujetos muertos de enfermedad o accidente. La resistencia disminuye progresivamente con la edad, y la tolerancia al desgarro disminuye a medida que se examinan porciones más alejadas del corazón. Hay además grandes variaciones individuales. La mayor resistencia encontrada fué la de 2.600 gr. para una tira de aorta de 5 mm. (se trataba de un urémico hipertenso de veinte años) y la menor fué de 600 gr. por 5 mm. Determinó también la resistencia a la rotura por estallido por presión actuando de dentro afuera, encontrando valores extremos de 2.500 mm. Hg y 580 mm. Hg, que corresponden a 35 y 0,8 atmósferas, respectivamente. El valor máximo hallado corresponde bastante bien a los 1.070 cm. de Hg. hallados por OPPENHEIM por otro procedimiento pero hay que observar que se trata únicamente de un valor máximo alcanzado sólo en dos de los casos del autor. La localización preferente de las roturas aórticas en el cayado aórtico, en la convexidad del punto donde la aorta ascendente abandona su contacto con la pared del tórax para hacerse libre en el tórax, formando el cavado tiene que ser explicada por factores mecánicos (flexión) en este punto, ya que considerando una resistencia media de 800 g/5 milímetros, esto viene a representar una resistencia transversal de 8,8 kilogramos en la zona considerada.

**Oxicaina.**—La oxicaina (*n*-aminosalicil-dietilaminoetanol) se diferencia de la procaina (*p*-aminobenzildietilaminoetanol) por la existencia de un CH en posición orto. El autor lo ha ensayado como anestésico local y de conducción en 500 enfermos. Las soluciones al 6,75 por 100 y 1 por 100 son de acción segura, mientras que la al 0,5 por 100 sólo es eficaz condicionalmente; recomienda el empleo de la oxicaina al 0,75 por 100. Las cantidades empleadas son, por ejemplo, de 8 a 10 c. c. para la anestesia de un dedo, y de 20 a 25 c. c. para extirpar un ganglio inguinal profundo. Nunca pasan de 30 c. c. de esta solución, no habiendo tenido a esta dosis ningún caso mortal ni de intolerancia. Comparada con la procaina, la oxicaina tiene una acción de comienzo más rápido (1-2 minutos), necesitándose, además, una cantidad menor. La duración de su acción es mayor: una hora o a lo sumo dos sin adición de adrenalina, es decir, como la procaina con adrenalina al 1 por 1.000. Esto concuerda con el hecho observado farmacológicamente de que el desdoblamiento de la oxicaina en los tejidos es más lento que el de la procaina. No hay inconveniente en añadir vasoconstrictores a la oxicaina, aunque no es tan necesario como con la procaina, porque no tiene o son mucho menores los efectos vasodilatadores de ésta.

## Deutsche medizinische Wochenschrift.

80 - 1 - 7 de enero de 1955.

- La sustancia activa del sistema simpático-adrenal. P. Holtz.
- Las anomalías de posición del corazón. C. Korth y J. Schmidt.
- La teoría vectorial del ECG. H. Schaefer.
- Los focos redondos en los pulmones y su importancia práctica. A. Brunner.
- El tratamiento del prurito de la vulva y del ano con inyecciones de alcohol. W. v. Massenbach y K. Mueller.
- Consecuencias estadísticas o tratamiento individual? H. Hosemann.
- La importancia del radiooro 198 para la radioterapia ginecológica. R. K. Kepp, H. Hartl y K. Mueller.
- El tratamiento de las dermatosis con preparados de dermofungin. W. Schultze.
- Fisiología y patología del hierro de depósito. F. Woehler. El "ECG basal" (ECG nocturno). G. Damin, F. Hammer y W. Pretzsch.
- El espectro lipoproteico electroforético del suero bajo la influencia de la heparina y en las enfermedades hepáticas. E. Klein y F. H. Franken.
- Estudios clínicos sobre el tratamiento de la hipertensión con reserpina. K. Huebner, G. Schettler y E. Stein.

**Anomalías de posición del corazón.**—Se pueden dividir en dos grupos, según que el corazón esté a la derecha o a la izquierda. También sería una anomalía de posición el mesocardia, en que la sombra cardíaca sobre-sale igualmente por la derecha que por la izquierda del esternón, pero esto es difícil de precisar, pues depende mucho del observador. En las dextrocardias se debe distinguir entre la dextrocardia con imagen en espejo, la dextroversión y la dextroposición. Las levocardias, mucho más raras que las dextrocardias, son también tres: La levocardia aislada, la levoversion y la levoposición. Las levocardias exigen, como se comprende, la situación inversa de las restantes vísceras. El examen radiológico y el ECG permiten en cada caso precisar el tipo y las peculiaridades de la posición anómala. Es útil el conocimiento de estos trastornos, porque sólo de esta forma se podrán interpretar adecuadamente imágenes radiológicas y trazados ECG producidos por ellos y que imitan determinadas enfermedades cardíacas. Así, por ejemplo, en la dextroversión los datos radiológicos se mejan una hipertrofia derecha, y el ECG, una hipertrofia izquierda. Las anomalías de posición en unos casos no causan ningún perjuicio al sujeto, pero a menudo lo hacen, sobre todo, por asociarse con otras malformaciones.

**Los focos redondos pulmonares.**—Los focos redondos del pulmón se caracterizan por dar a rayos X una sombra redonda, bien delimitada y generalmente única. Ante tal imagen se piensa ante todo en su naturaleza tuberculosa, el llamado tuberculoma, lo que nos confirma cuando hay otros signos seguros de tuberculosis pulmonar y sobre todo si se encuentran bacilos en el esputo. Esta etiología es también indudable cuando el foco redondo muestra calcificación circunscrita o cavitación central. Pero ante estos tuberculomas nunca se puede estar seguro de su encapsulación e inactividad totales, y, además, por su contenido bacílfero lleva en sí el peligro constante de rotura que cause una diseminación o el contagio de otras personas. Como los tratamientos colapsoterápicos son aquí ineficaces debido a la dureza del foco, lo mejor es en todo caso proceder a su eliminación mediante una resección segmentaria o cuneiforme. Esta conducta radical está justificada por la posibilidad de una reactivación incluso después de años de aparente calma y para obviar los inconvenientes que tendría la confusión de un tuberculoma con una neiformación benigna o maligna.

**Inyecciones de alcohol en el prurito anovulvar.**—Los tratamientos propuestos para el prurito anovulvar son numerosos. Siempre que sea posible este tratamiento debe ir dirigido a combatir la causa (diabetes, oxíurasis, colitis, etc.); pero hay muchos casos en que ni aun la búsqueda más meticulosa permite encontrar la causa del trastorno. En otros casos resulta muy eficaz la inyección de alcohol al 96 por 100, que los autores han practicado ya en 214 casos, habiendo obtenido la curación

o la mejoría en el 82 por 100 de los casos, y siendo mucho mayor el número de los completamente curados que el de los simplemente mejorados. En casi todos los casos de fracaso había un proceso de base que explicaba el prurito y su resistencia a este tratamiento sintomático. La técnica es tan sencilla que puede practicarse bajo narcosis en enfermos ambulantes. Si las inyecciones se hacen correctamente, el tratamiento no produce molestias duraderas, como anestesia y otras, aunque la serie de inyecciones haya sido muy larga y la cantidad total de alcohol dada muy grande.

**Radiooro 198 en ginecología.**—El oro 198 radioactivo tiene una vida media de 2,69 días, de manera que al cabo de diez días su actividad ha disminuido por debajo del 10 por 100, y a los dieciocho días a menos del 1 por 100. Emite una radiación mixta, compuesta por un 95 por 100 de rayos beta y un 5 por 100 de rayos gamma. Se puede administrar por tres vías: intravenosa, almacenándose en el sistema retículo-endoacial, principalmente en el hígado, bazo y médula ósea; intracavaria, en el peritoneo, pleura o pericardio, donde desarrolla una acción fundamentalmente superficial, e intratumoral, que permite alcanzar una alta concentración de radiación en un campo limitado. En ginecología tienen aplicación estas dos últimas modalidades de empleo. La vía intraperitoneal resulta útil en los casos de carcinosis ovárica o peritoneal, obteniendo buenos resultados paliativos, en especial sobre la ascitis, que suele haber en estos casos. Administrado intratumoralmente (cuello, parametros, metástasis ganglionares) reduce el tamaño del tumor en las proximidades del punto de inyección, pero en la mayor parte de los casos no disminuye las metástasis en otras partes del cuerpo. La aplicación directa en ellas permite la curación de metástasis ganglionares inguinales por carcinoma vulvar o uretral, resistentes a otras formas de radioterapia.

**Metabolismo férreo y placenta.**—La ferritina tiene una gran importancia en el metabolismo intermedio del hierro en la placenta; mediante el hierro radioactivo se ha podido comprobar que la tóma de hierro de la sangre materna se hace a través de la ferritina contenida en el sincitio o en el epitelio de las vellosidades coriales. Cuando las disponibilidades de apoferritina son insuficientes, el hierro se deposita transitoriamente en forma de hemosiderina, más pobre en componentes proteicas, hasta que tenga lugar la formación de la ferritina. Cuando está aumentada la oferta del hierro, no se produce en la placenta un bloqueo de la absorción, sino que sigue pasando hierro a la sangre del feto para depositarse en el hígado y bazo de éste.

**Lipoproteínas del suero en algunas enfermedades.**—La mayor parte de los lipoides del suero forman con las proteínas moléculas complejas llamadas lipoproteínas, que antes sólo se podían estudiar mediante la ultracentrifugación o analizando las grasas en las fracciones proteicas obtenidas por el método de Cohn. Ahora esto se puede hacer mucho más fácilmente por electroforesis en papel. Por este método han encontrado los autores las tres fracciones: alfa, beta y gamma de las lipoproteínas séricas en las siguientes proporciones en 32 sujetos sanos: alfa,  $20 \pm 4.2$  por 100; beta,  $49 \pm 10.5$  por 100, y gamma,  $31 \pm 11.6$  por 100. La delimitación de las dos últimas entre sí resulta problemática. Han estudiado el efecto de la heparina sobre el lidograma en cuatro casos de hipertensión esencial. A las tres horas de dar 5.000 unidades de heparina por vía intravenosa se produjo un aumento de la alta lipoproteína, que estaba disminuida, a expensas de la beta y gamma. También han estudiado las lipoproteínas en las enfermedades hepáticas. En 11 hepatitis agudas y en 8 cirrosis faltaba completamente la fracción alfa, y en otras dos cirrosis estaba muy disminuida. Por el contrario, en 16 hepatitis crónicas la alfa lipoproteína había ascendido hasta más de 37 por 100 de los lípidos totales. Hay, pues, una diferencia significativa entre las diversas formas de hepatopatías.

80 - 2 - 14 de enero de 1955.

- Hiporrefrigeración en los prematuros. G. Joppich y H. Schaeffer.
- \* Tratamiento de la escarlatina con penicilina por vía oral. U. Albrecht.
- \* Tratamiento de la cefalea con dihidroergotamina. K. Wurm y K. Hafner.
- \* Viremia en la infección parotidítica humana. F. Mueller y H. Lippelt.
- Observaciones epidemiológicas y clínicas en la hepatitis epidémica. G. Rewerts.
- Bazo y eosinopenia por glucocorticoides. A. F. Essellier, L. Morandi y R. Stein.

**Tratamiento de la escarlatina con penicilina por vía oral.**—La penicilina es eficaz contra la escarlatina porque suprime el complejo inicial y evita los estreptococos de la nasofaringe, disminuyendo así la contagiosidad. No influye sobre el exantema ni sobre el reumatoide precoz, actualmente raro. Respecto al comportamiento de la inmunidad, todavía no es seguro, pero parece impedir una inmunización eficaz, por lo que se produciría con mayor frecuencia la segunda enfermedad. Esto, sin embargo, no tiene mucha importancia, ya que esta segunda enfermedad responde a la penicilina tan bien como la primera. Puesto que la penicilina es un buen tratamiento de la escarlatina, interesaría disponer de un preparado del antibiótico activo por vía oral, con lo que se simplificaría el tratamiento, sobre todo en los niños. Esto se ha conseguido con la nueva penicilina de depósito, N, N'-dibenciletendiamino-dipenicilina G, químicamente muy notable y poco hidrosoluble (0,002 por 100). Atraviesa el estómago sin perdida apreciable y se absorbe en el intestino delgado y colon ascendente, alcanzando en la sangre niveles terapéuticos. No tiene ninguna desventaja en el tratamiento de la escarlatina con relación a la pauta habitual mediante inyecciones.

**Tratamiento de las cefaleas con dihidroergotamina.**—Ciento cincuenta y seis enfermos, en su mayoría mujeres, fueron agrupados de la siguiente forma con arreglo al tipo de cefalea que presentaban, constituyendo un síntoma predominante: 1) Jaquea genuina (46 enfermos). 2) Cefalea vasomotora, con el cuadro clínico de la distonía vegetativa (73 casos). 3) Cefalea por hipersensibilidad a los cambios de tiempo (24 casos). 4) El resto de los casos, formando un grupo heterogéneo. Todos estos sujetos fueron tratados con dihidroergotamina (D. H. E. 45), dándoles 1-2 mg. o más por vía parenteral en los momentos de dolor más intenso y 15-20 gotas tres veces al día en los intervalos. Del primer grupo respondieron al tratamiento 34 de los 46 pacientes; del segundo, 59 de 73, y del tercero, todos. Del cuarto grupo los resultados fueron inconstantes y difíciles de valorar, como corresponden a la multiplicidad de procesos causales (dismenorrea, hipertensión, traumatismos craneales, neuralgias).

**Viremia en la infección parotidítica.**—Empleando el enfriamiento a -70° C inmediatamente después de la extracción, que es el procedimiento óptimo, los autores han podido aislar de la sangre de algunos enfermos el virus de las paperas, identificándolo después por fijación del complemento e inoculación al mono. La demostración del virus en la sangre parece ser posible con regularidad en el primer día y verosimilmente también en el segundo de enfermedad, en ocasiones incluso más tarde. Generalmente sólo se encuentra el virus en la sangre antes de que la inflamación paratídea haya alcanzado su máximo. Parece haber, pues, como en la poliomielitis, una relación inversa entre el contenido de virus y de anticuerpos en la sangre. En el enfermo en que el virus estuvo presente en la sangre durante más tiempo encontraron también un aumento de anticuerpos, lento y tardío. Las presentes observaciones disipan toda duda acerca de la existencia o no de viremia en esta enfermedad. A pesar de esto falta en las paperas la curva febril en dromedario, típica de las demás virus con viremia, lo que puede explicarse, porque el virus específico tiene una gran afinidad por las células de los órganos parenquimatosos que afecta, por lo que la duración de la viremia es muy breve.

80 - 3 - 21 de enero de 1955.

- Psicoterapia de la colitis ulcerosa. F. Curtius y H. G. Rohrmoser.
- Contribución al tratamiento del mareo. J. Gruhier.
- \* La reacción de fijación del complemento en el diagnóstico de la ornitosis (psitacosis). H. Lippelt y G. Grand.
- Primeras observaciones de fiebre de Malta en Württemberg. W. Wundt.
- Sobre las intoxicaciones alimenticias. R. Rohde y K. Seitz.

**Fijación de complemento en la ornitosis.**—El único dato absolutamente seguro para el diagnóstico de la ornitosis es la demostración directa del virus en la sangre o en el esputo o indirectamente por inoculación a los animales de laboratorio. La primera es muy insegura, y la segunda debe valorarse en el sentido de que un resultado positivo tiene valor, pero no uno negativo, pues son muchos los factores que pueden hacer que no crezca el virus, aunque realmente exista: gran contaminación bacteriana del material, excesivo calentamiento del mismo durante su transporte al laboratorio que mata el virus o hace que no se pueda adaptar al animal receptor, etc. Otra dificultad es que el virus sólo se encuentra en la sangre al principio de la enfermedad, habiendo desaparecido ya generalmente al fin de la primera semana. Por esto las reacciones serológicas tienen un empleo mucho más amplio. Los autores se ocupan sobre todo de la reacción de fijación del complemento, que practican con un antígeno de preparación de virus del exudado peritoneal de un ratón blanco infectado por esta vía. Los anticuerpos fijadores del complemento aparecen generalmente al doceavo día enfermedad. Se observan títulos hasta de 1:24.000, pero el término medio es 1:256. El título empieza a descender en el segundo mes, pero en algunos casos se conserva invariabilmente alto durante mucho tiempo. Una sola determinación no permite sentar el diagnóstico sin duda, porque puede haber reacciones positivas inespecíficas o anamnéticas que alcancen títulos hasta el 1:128. Lo más demostrativo es seguir el curso de estos anticuerpos paralelo al curso clínico. Tiene valor comprobar un aumento del título si antes de los doce días la reacción había sido negativa.

80 - 4 - 28 de enero de 1955.

- Higiene dental preventiva. H. H. Rebel.
- \* Sanamicina (actinomicina C) en el tratamiento de los tumores malignos y de la linfogranulomatosis. H. Schmidt, H. Loosen y W. Heinen.
- \* Quimioterapia orgánica específica del carcinoma de próstata. R. Budnick, H. G. Stoll y G. Altvater.
- La acción del citocromo C en la narcosis y en diferentes estados de anoxia. F. J. Feinen.
- El tratamiento local de las fauces y de las vías respiratorias con antibióticos. P. Beickert.
- La prueba de la función del sistema hipofiso-córtico-cuadral con ACTH-Depot. L. Weissbecker.
- \* El diagnóstico diferencial del síndrome conjuntivo-glandular de Parinaud. F. Mueller.

**Actinomicina C en los tumores.**—Los autores han empleado la actinomicina C en el tratamiento de ocho casos de linfogranulomatosis, y otros doce con tumores malignos de diversas localizaciones. Los resultados en la linfogranulomatosis son alentadores, pues la mitad de los casos fueron modificados favorablemente desde el punto de vista objetivo; subjetivamente, casi todos los enfermos mejoraron. En las neoformaciones malignas los resultados han sido menos halagüeños: Sólo en dos enfermos se consiguió una regresión de las metástasis; el caso más sorprendente es el de un hipernefroma en que desaparecieron totalmente las metástasis pulmonares y se produjo la curación clínica. Se requieren dosis altas del medicamento, que son bien toleradas; Por término medio, 200 gammas diarias por vía intravenosa, y esto se ha de mantener durante mucho tiempo, hasta treinta y siete meses en el caso del hipernefroma referido, alcanzando dosis totales muy elevadas, de 20 a 45.000 gammas. No produce acciones colaterales, salvo algunas manifestaciones, poco frecuentes, por parte de las mucosas, que aparecen cuando ya se ha alcanzado una gran dosis y que es dudoso si se deben a una acción

directa de la actinomicina o a una carencia vitamínica por el desequilibrio en la flora normal producido por la acción antibiótica que la actinomicina C tiene además de la citostática.

**Quimioterapia organoespecífica del carcinoma prostático.**—Los autores han empleado el difosfato de dietil-dioxiestilbeno para el tratamiento del cáncer de próstata. No actúa como los demás estilbenos por una acción simplemente estrogénica, sino que es al mismo tiempo un potente citostático de acción selectiva sobre este tumor. Por ser hidrosoluble se puede dar por vía intravenosa, soportando bien los enfermos, sin ninguna manifestación tóxica, dosis altas de la droga. Su acción comienza rápidamente: los dolores producidos por las metástasis desaparecen incluso el primer día de tratamiento. Los efectos no se limitan a esta mejoría subjetiva, sino que, tanto el tumor primario como las metástasis retrogradan con rapidez, y la fosfatasa ácida se normaliza en el 28 por 100 de los casos. Como no se trata simplemente de un estrógeno sintético, tiene efectos incluso en la llamada fase refractaria a los estrógenos de estos tumores. La dosificación se guiará por el nivel de la fosfatasa ácida. Se empieza dando 500 mg. por semana; si no se consigue normalizar la fosfatasa ácida se da un segundo ciclo en la misma forma. Cuando sea necesario un tratamiento prolongado de mantenimiento se irán espaciando las inyecciones

hasta que el nivel de fosfatasa revele haber llegado al punto justo.

**Síndrome conjuntivo-ganglionar de Parinaud.**—Descripto por este autor en 1889, se caracteriza por: 1) Conjuntivitis granular unilateral, generalmente de la conjuntiva tarsal, a menudo ulcerada, sin participación de la córnea. 2) Tumefacción visible en uno o varios ganglios preauriculares y cervicales del mismo lado, apenas dolorosa, pudiendo a veces supurar. 3) Presentación más frecuente en carniceros, palfreneros, cocheros, lo que hace pensar en su transmisión por los animales. La etiología, pues, puede ser muy variada, y no sabemos cuál fue la de los tres casos de la descripción original de PARINAUD. Para el diagnóstico diferencial disponemos de los siguientes recursos: frotis conjuntival para buscar bacterias y virus; reacciones serológicas para la lúes, tularemia y enfermedad de Newcastle; biopsia de la conjuntiva o ganglios o punción de los mismos para inoculación a los animales y para estudio histológico; reacciones intracutáneas para afirmar o excluir tuberculosis linfogranuloma venéreo y linforreticulosis benigna; cultivos en medios especiales cuando se sospeche tuberculosis, tularemia o listerelosis; exploración general en busca de otras manifestaciones de algunas enfermedades, lesiones cutáneas, cuadro hemático, huevos de gusanos en las heces, etc.