

## BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

INTRODUCCION A LA ELECTROCARDIOGRAFIA. Doctor G. FERNÁNDEZ GARCÍA.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 187 páginas con 106 figuras, 100 pesetas.

Esta pequeña monografía está destinada a ser un auxiliar eficaz para el médico general. Ya no es posible que el médico renuncie a interpretar los electrocardiogramas, suscribiendo simplemente la interpretación que le llega. Muchos de los tratados modernos de electrocardiografía están escritos en idioma extranjero, y no son asequibles a todos los médicos, y otros tratados son más voluminosos; pero en esta monografía se expone todo lo fundamental para que el médico general se informe de la base de la interpretación electrocardiográfica. Por estas razones, tenemos la evidencia de que el interés de los médicos corresponderá a la real utilidad del libro.

DILTHEY, JASPERS Y LA COMPRENSION DEL ENFERMO MENTAL. Doctor L. MARTÍN SANTOS.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 311 páginas, 95 pesetas.

Esta monografía, magníficamente escrita, con un conocimiento básico fundamental de la bibliografía y certero criterio personal, sirve de base para el conocimiento del desarrollo histórico de la orientación de la psicopatología postkrepeliniana.

La primera parte se dedica al examen de los conceptos de DILTHEY, sobre los que se ha basado una gran parte de la obra fundamental de JASPERS, cuyo análisis ocupa la segunda parte. El concepto de la comprensión en psicopatología ocupa la tercera parte.

Los especialistas encontraran numerosas ocasiones de reflexión y a todo médico resultará aleccionadora su lectura como correspondiendo a la manera peculiar histórica-filosófica de la escuela española.

BRONCHUS UND TUBERKULOSE. Doctor A. HUZLY. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 137 páginas con 238 figuras, 57 DM.

Una parte de los avances que se han hecho en los últimos años sobre tuberculosidad en el pulmón se basa en el mejor conocimiento de un territorio antes tan poco tratado como es el de la tuberculosis bronquial. A partir de los estudios, que pueden considerarse como iniciales,

de LOESCHKE, se ha ido aprendiendo poco a poco la importancia de la tuberculosis de la pared bronquial en las diseminaciones, así como las consecuencias de las lesiones residuales del bronquio en la evolución ulterior, con frecuencia a años de distancia, de la enfermedad tuberculosa.

Los autores analizan las alteraciones de los bronquios en la tuberculosis del pulmón de diferentes formas, de los ganglios y pleura, la tuberculosis propiamente del bronquio y su evolución, y asimismo los estados cicatriciales residuales. Radiografías, broncografías, imágenes broncoscópicas y preparaciones histológicas perfectamente reproducidas, dan una base objetiva a este importante libro.

## LIBROS RECIBIDOS

"Síndromes neurológicos en las malformaciones y lesiones degenerativas del estuche craneo-vertebral y su tratamiento neuroquirúrgico". Dr. D. S. Obrador Alcalde y otros.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 341 páginas con 152 figuras, 160 pesetas.

"Tumores intracraneales". Dr. S. Obrador Alcalde.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 464 páginas con 222 figuras, 300 pesetas.

"Bioquímica". Dr. S. Pi Suñer.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 1.365 páginas con figuras, 650 pesetas.

"El estómago y sus enfermedades". Dr. R. Böller.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 953 páginas con 251 figuras, 500 pesetas.

"Malformaciones congénitas". Dr. M. Mari Martínez.—Editorial Alhambra. Madrid, 1956.—Un volumen de 376 páginas con 100 figuras, 195 pesetas.

"Methodische probleme der klinischen psychotherapie". Dr. D. Langen.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 120 páginas, 10,50 DM.

"Tumores del páncreas". Dr. M. A. Casal.—Editorial Aecius. Buenos Aires, 1956.—Un volumen de 179 páginas con 18 figuras.

## B) REFERATAS

## The American Journal of Medicine.

18 - 1 - 1955

- \* Tratamiento quirúrgico de la isquemia miocárdica. H. L. Blumgart y M. H. Paul.
- \* El ACTH en el diagnóstico de la insuficiencia adrenocortical. D. Jenkins, P. H. Forshaw, J. C. Laidlaw, W. J. Reddy y G. W. Thorn.
- \* Valor clínico del test con hormona tirotrófica en el diagnóstico de las enfermedades tiroideas. G. A. Bishopric, N. Garrett y W. Nicholson.
- \* Estudios sobre los 17-hidroxicorticosteroides. VI. Concentraciones circulantes en enfermos con fiebre reumática. V. Kelley, R. Ely, A. Done e I. Ainger.
- \* Valoración del tratamiento prolongado con cortisona en la artritis reumatoide. J. Bumim y C. McEwen.

- Efecto de la cortisona en el tratamiento prolongado de la artritis reumatoide. E. Toone y R. Irby.
- \* Significación diagnóstica de la osteoartropatía hipertrófica pulmonar. A. Vegl, S. Blumenfeld y L. Gutner.
- \* Aspectos inmunológicos de las reacciones a la penicilina. S. Winton y E. Nora.
- Etiología y patogenia de la artritis reumatoide. E. Dresner.
- \* Metabolismo de la hemoglobina y pigmentos biliares en la enfermedad hemolítica. W. Crosby.
- Relaciones hipófiso-gonadales. Reunión de la clínica. Escalofrios, fiebre, aumento de peso repentino, oliguria y arritmia. Conferencia clínico-patológica.
- \* Hipotermia después de la administración de cortisona. G. H. Kass.
- \* Acropaquias unilaterales por ausencia del arco aórtico. E. Dorney, N. Fowler y E. Mannix.

- Transposición completa de los grandes vasos en un muchacho de dieciocho años. S. Pung, K. Gottstein y E. Hirsch.
- Aneurisma del seno aórtico. J. Shipp, L. Crowley y R. Wigh.
- Septicemia por *pasteurella multocida* en el hombre. A. Bearn, K. Jacobs y M. McCarty.

**Tratamiento quirúrgico de la isquemia miocárdica.** Son diversos los procedimientos propuestos para mejorar quirúrgicamente a los enfermos afectos de isquemia miocárdica: omentopexia, anastomosis aorta-seno coronario, ligadura del seno coronario, implantación miocárdica de la arteria mamaria interna, producción de adherencias pericárdicas mediante la introducción de sustancias extrañas en la cavidad pericárdica, etc. Estas intervenciones se ensayan únicamente en aquellos enfermos con angina de pecho muy intensa que no remita por el tratamiento médico, ya que la mortalidad inmediata preoperatoria suele ascender a un 20 por 100. El autor subraya el que no se haya demostrado un aumento en la irrigación del miocardio después de estas intervenciones, ya que los estudios experimentales realizados en perros no pueden trasladarse punto por punto a la clínica humana por presentar estos animales un árbol coronario distinto al del hombre. Finalmente, tampoco existe ningún estudio convincente que demuestre un aumento mantenido del flujo sanguíneo coronario después de realizada la intervención en corazones previamente afectos por una enfermedad oclusiva o estenosante de las coronarias.

**El ACTH en el diagnóstico de la insuficiencia cortical adrenal.**—El test más específico para medir las reservas adrenales corticales es el propuesto por THORN y colaboradores mediante la determinación de los eosinófilos y 17-hidroxicorticosteroides urinarios después de haber administrado ACTH. El descenso del número de eosinófilos circulantes y el aumento de los 17-hidroxicorticosteroides después del ACTH indican una capacidad de reserva normal. Los autores resumen en este trabajo los resultados obtenidos con esta prueba en los últimos siete años, concluyendo que la manera más efectiva de realizarlo consiste en la inyección cada ocho horas de ACTH, ya que entonces la caída en el número de eosinófilos es marcada (del 75 por 100 o mayor), y el aumento de los 17-hidroxicorticosteroides es intenso (5 miligramos en las veinticuatro horas o más), permitiendo entonces una clara diferenciación entre los normales y los enfermos de insuficiencia suprarrenal. Es muy rara la presentación de reacciones adversas por el ACTH, pudiendo ser inmediatas, de tipo anafilactoide, o bien, retardada, con fiebre, dolorimiento general, etcétera. En el curso de miles de infusiones practicadas por los autores, sólo observaron seis reacciones intensas. La administración intramuscular o subcutánea de ACTH retardado puede ser más cómoda para el enfermo. El test rápido con ACTH (respuesta eosinopénica a las cuatro horas después de una sola inyección intramuscular de ACTH) puede ser útil como test de orientación preliminar; pero nunca debe emplearse como una prueba diagnóstica.

**Valor clínico del test con hormona tirotrófica en el diagnóstico de las enfermedades tiroideas.**—La administración de hormona tirotrófica (TSH), con observación ulterior de la toma de yodo radioactivo por el tiroides en las veinticuatro horas siguientes es un procedimiento útil para el diagnóstico diferencial entre el hipotiroidismo primario y el hipotiroidismo secundario a una insuficiencia hipofisaria. También permite diagnosticar los casos de aparente hipotiroidismo presentados en sujetos normales (con función tiroidea normal), que han sido sometidos durante un tiempo prolongado a un tratamiento con sustancia tiroidea. En estos casos, el tiroides exógeno administrado frena la hipófisis, y como consecuencia mantiene "durmiente" al tiroides del individuo. Al suspender la administración tiroidea se presentan síntomas de hipotiroidismo (fenómeno de Farquharson), que pueden dar lugar a diagnósticos equivocados de hipotiroidismo. Los autores realizan el test en

cuestión en 34 sujetos, 12 de ellos hipotiroides primarios, seis con hipotiroidismo de origen pituitario; cuatro normales; 10, normales, sometidos a tratamiento tiroideo, y dos, enfermos, que recibieron yodo en forma de sustancia de contraste. El test consistente en la toma de yodo radioactivo en las veinticuatro horas tras la administración de TSH les resultó más eficaz que la medida de la toma del yodo en un período de sólo tres horas. En los hipotiroidismos primarios, el límite superior de aumento en la toma de yodo (veinticuatro horas) por 100 fué de 10, y el de la toma de yodo total en las veinticuatro horas, de 15 por 100. Por encima de estos valores el aumento en la toma de yodo por el tiroides estimulado por el TSH demostró ser un hipotiroidismo secundario, de origen hipofisario, o un normal sometido a tratamiento con tiroideos, ya que en estos casos la capacidad funcional tiroidea se hallaba normal.

**Concentraciones circulantes de 17-hidroxicorticosteroides en enfermos de fiebre reumática.**—En las fases agudas de la fiebre reumática se han descrito una serie de alteraciones séricas, que facilitan su diagnóstico como, por ejemplo, la alteración del espectro electroforético del plasma, y también la aparición de anticuerpos antiestreptocócicos. Además se ha encontrado una serie de sustancias y alteraciones séricas, que si no patognomónicas, son, si, muy características de actividad reumática, denominadas "reactantes de fase aguda", entre las cuales está la velocidad de sedimentación, la proteína-C reactiva, el inhibidor no específico de la hialuronidasa, mucoproteínas serizas, la hexosamina, la reacción de la difenilamina, la de la sal de amonio catarinario, etc. Como se ha dicho que dichos reactantes de fase aguda se hallan controlados por la corteza adrenal, los autores estudian la función de ésta mediante la determinación de los 17-hidroxicorticosteroides en el plasma en un grupo de 212 niños en distintas etapas de la fiebre reumática, encontrando una elevación de dicha cifra en la fase aguda, con disminución ulterior por debajo de los valores normales a medida que la enfermedad progresaba, con cifras muy bajas en los efectos de fiebre reumática bien establecida, fiebre reumática inactiva o corea de sydenham. Los autores discuten la probable interpretación de estos hechos, sugiriendo que la elevación inicial es inespecífica, y la depresión ulterior indica un estado de relativa insuficiencia suprarrenal que puede ser un factor en la patogenia, especialmente en la susceptibilidad a la fiebre reumática.

**Valoración del tratamiento prolongado con cortisona en la artritis reumatoide.**—Los autores resumen en este artículo los resultados obtenidos en el plazo de cuatro años en un grupo de 78 enfermos de artritis reumatoide, tratados con cortisona o hidrocortisona en períodos que oscilaron desde unas semanas a casi cuatro años. La dosis diaria de mantenimiento fué por regla general de 100 miligramos. Se concluye que dicho tratamiento es útil especialmente en los casos de comienzo reciente y rápidamente progresivo. Con el tratamiento se consigue la recuperación parcial de gran parte de los casos y desaparición o mejoría de las molestias principales, si bien no se llega a impedir la aparición de nuevas lesiones óseas subcondrales, a pesar de la mejoría del paciente. Esto lo comprobaron realizando radiografías frecuentemente y observando la aparición de nuevas erosiones óseas en pleno tratamiento, cuando el enfermo se encontraba muy mejorado. Las limitaciones del tratamiento recaen en aquellos casos en los que no se consiga nada desde el principio con la cortisona, en aquellos en los que la suspensión del tratamiento hormonal origina recaídas graves, y en los casos en los que se produzcan manifestaciones perniciosas como consecuencia del tratamiento cortisonico (úlcera gástrica, etc.).

**Significación diagnóstica de la osteoartropatía hipertrófica pulmonar.**—A propósito de siete casos que presentaban como característica clínica saliente la osteoartropatía hipertrófica pulmonar, los autores subrayan la importancia clínica de este cuadro, especialmente por

el hecho de que con frecuencia precede en meses a los síntomas propios de un cáncer de pulmón, a diferencia de lo que sucede cuando la causa radica en un proceso supurativo intratorácico, ya que entonces suele aparecer la artropatía después de haberse manifestado los síntomas propios de la afectación pulmonar. En los tumores intratorácicos secundarios no suele encontrarse esta complicación. El cuadro comprende no sólo el engrosamiento de la última falange de los dedos de manos y pies, sino también la existencia de dolores aparecidos de modo agudo que el enfermo refiere profundamente a sus huesos largos, con carácter quemante, y que tiene la característica de aumentar en intensidad al bajar la extremidad. Además existe edema duro, con enrojecimiento, calor local e hiperhidrosis en el tercio inferior de las extremidades, y en la radiografía de los huesos largos, metatarsianos, metacarpianos y primeras falanges se encuentra una periostitis proliferativa. En vista de la rápida desaparición del cuadro clínico, cuando el proceso intratorácico responsable es extirpado (sin que reaparezca a pesar de producirse metástasis de carcinoma después de la operación), los autores piensan que se origina a través de un mecanismo reflejo que da lugar a un disturbio circulatorio reflejo en las extremidades con aumento del aflujo arterial de sangre, comprobando por otra parte, mediante estudios capilaroscópicos del lecho ungual, termometría cutánea, fotografías con rayos infrarrojos y arteriografías postmortem. Aunque clínicamente el cuadro es similar al de las acropaquias existentes en las cardiopatías congénitas (tipo congénito de osteoartropatía hipertrófica), y al de la osteoartropatía hipertrófica idiopática u osteofitosis generalizada familiar idiopática (tipo idiopático hereditario), la osteoartropatía pulmonar hipertrófica constituye una entidad morbosa completamente independiente.

**Aspectos inmunológicos de las reacciones a la penicilina.**—Se comunican las historias de seis casos de reacción a la penicilina: cinco de ellos presentaron dermatosis reversibles, y uno, shock anafiláctico mortal, en cuya autopsia se encontró miocarditis serosa con infiltración de células redondas, edema pulmonar y enfisema y afectación vascular generalizada de carácter necrótico. Hace algunos años se creyó que estas reacciones eran debidas a las impurezas que contaminaba la penicilina, pero desde que se emplea la penicilina cristalizada se sabe que, aparte de los casos en los que la reacción se debe a la procaina, puede la propia penicilina originar accidentes anafilácticos. Se creyó entonces que éstos se debían a la cadena lateral bencílica de la penicilina G, y de este modo se demostró que la penicilina O, que tenía una cadena lateral con un grupo alil-mercaptopropiato, podía emplearse en los casos sensibles a la penicilina G. Sin embargo, se ha demostrado ulteriormente que esta última penicilina también tiene propiedades antigenicas, creyéndose en la actualidad que el mecanismo inmunológico se pone en marcha al formarse un complejo penicilina-albúminas plasmáticas, que actúa como antígeno. En muchos casos puede demostrarse la existencia de anticuerpos mediante la técnica de transferencia pasiva y los tests cutáneos, habiéndose demostrado últimamente que existen dos tipos de anticuerpos en la alergia a la penicilina: 1) Un anticuerpo sensibilizante cutáneo. 2) Un anticuerpo anafiláctico, existiendo también probablemente un tercer tipo de anticuerpo precipitante. El tratamiento del shock anafiláctico por la penicilina debe realizarse administrando adrenalina, y si no basta para mantener la presión arterial, arterenol (noradrenalina), en infusión intravenosa, gota a gota. La cortisona es la droga de elección, y los antibióticos no tienen una gran utilidad.

**El metabolismo de la hemoglobina y de los pigmentos biliares en la enfermedad hemolítica.**—La producción diaria de Hb. en los normales viene a ser de unos 90 miligramos/kilogramo de peso, cantidad igual a la destruida diariamente, por lo cual, se mantiene constantemente su nivel en sangre. El tiempo de vida media de la molécula de la Hb. es igual al de los glóbulos rojos,

esto es, de unos ciento veinte días, por lo cual se deduce que los glóbulos rojos tienen siempre las mismas moléculas de Hb. con que salieron a la sangre desde la médula ósea. Se discuten de forma detallada los mecanismos por los que se verifica normalmente la destrucción de los glóbulos rojos y de la Hb. En los procesos hemolíticos la destrucción puede ser intravascular o en el sistema reticuloendotelial. En el primer caso, parte de la Hb. liberada es tomada por el sistema reticuloendotelial, pero la mayor parte se acumula en el plasma originando hiperhemoglobinemía, que acaba por determinar hemoglobinuria cuando el nivel sanguíneo de Hb. supera al dintel renal. Parte, finalmente, de la Hb. intravascular, se reduce a methemoglobina, de la cual se separan pronto los grupos Hme., para unirse a las albúminas del plasma, originando entonces la methemalbúmina. Si la hemólisis se realiza intracelularmente, la bilirrubina originada por la transformación de la protoporfirina circula por el plasma unida a la albúmina y a la globulina alfa, hasta llegar al hígado, el cual la elimina y libera de las proteínas plasmáticas por la bilis.

**Hipotermia después de la administración de cortisona.**—Se discute el mecanismo responsable de una reacción excepcional aparecida en un muchacho afecto de lupus eritematoso diseminado tratado con cortisona. La temperatura descendió hasta los 87,8° F. y se normalizó al suspender la cortisona. Nueva administración de pequeñas dosis de cortisona originó una hipotermia menos intensa. El autor piensa que la cortisona actuó sobre los centros termorregulares del hipotálamo posterior.

**Acropaquias unilaterales por ausencia del arco aórtico.**—Se comunica la historia de un niño de cinco años, que presentaba acropaquias solamente en la mano izquierda, al mismo tiempo que una serie de síntomas, que hicieron pensar a los autores que se trataba de un ductus con corriente invertida. Posteriormente pudieron comprobar en la intervención que era un caso de ausencia del arco aórtico, en el que el brazo derecho se hallaba irrigado por sangre arterial a través del comienzo existente de aorta, mientras que el brazo izquierdo recibía su sangre, al igual que las extremidades inferiores desde el ventrículo derecho, a través de un ductus persistente, abierto ampliamente en la aorta descendente. En el estudio preoperatorio pudo demostrarse que el catéter pasaba desde el ventrículo derecho a la aorta descendente a través de la arteria pulmonar y del ductus existente.

**Septicemia por pasteurella multocida en el hombre.**—Aunque frecuentes en otras especies, en el hombre son muy raras las infecciones por este microorganismo, y los pocos casos existentes han sido casi siempre debidos a contagio por los gatos, los cuales tienen con frecuencia este germen en su rinofaringe, sin que necesariamente presenten síntomas de enfermedad. Los autores observan el caso de una mujer de veinticinco años, a la que se había practicado años antes una anastomosis esplenorenal por padecer una cirrosis hepática, que presentó un cuadro de sepsis. En el hemocultivo se aisló una pasteurella multocida, aislándose también de la faringe de su gato, que pocos días antes del comienzo de la enfermedad le había producido varios arañazos. La puerta de entrada de la sepsis fué seguramente, por tanto, la cutánea, si bien no hay que olvidar la exclusión del hígado mediante la anastomosis esplenorenal practicada que pudo facilitar la puerta de entrada digestiva.

#### Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 1 - 1955

Determinantes bioquímicos de la infección. R. J. Dubós.  
Métodos habituales en el tratamiento de la tuberculosis.  
J. B. Amberson.

- Conceptos habituales en el tratamiento del asma, enfisema e infecciones pulmonares crónicas. D. W. Richard, F. B. Berry, J. H. Comroe, A. Cournand, M. Goldston y W. B. Sherman.
- \* Diagnóstico y tratamiento de las irregularidades menstruales. R. W. Gause.
- Uso de la psicoterapia para pacientes gravemente trastornados. W. K. McKnight.

**Irregularidades menstruales.**—La enferma con irregularidad menstrual se cura mejor efectuando naturalmente su ovulación. Deben ser corregidos los problemas metabólicos que presenten tales enfermas. La terapéutica de sustitución con progesterona o estrógenos-progesterona debe ser perfectamente empleada. La hormonoterapia no está indicada en presencia de un ciclo ovárico normal.

### American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

71 - 1 - 1955

- Estreptoquinasa-estreptodornasa en el tratamiento local de la tuberculosis supurada extrapulmonar. G. N. Hazlehurst.
- Estudios sobre el uso intratecal de estreptoquinasa-estreptodornasa en meningitis tuberculosa y de otros tipos. G. N. Hazlehurst.
- Tratamiento quirúrgico del hemoneumotórax idiopático espontáneo. W. Fry, W. L. Rogers, G. L. Crenshaw y H. C. Barton.
- Relación de los factores específicos y anespecíficos en la reacción a la tuberculina. J. Pepys.
- Características culturales y patogenicidad animal de un germe ácido-resistente atípico que origina enfermedad en el hombre. A. Pollak y V. B. Buhler.
- Observaciones sobre una mycobacteria pleomorfa aislada de cerebros de ratones. I. Características morfológicas y culturales. W. A. Vischer, J. Daniels y A. M. Pappenheimer.
- II. Anatomía patológica y comparación de las lesiones con las producidas por otras diversas razas de mycobacterias. A. M. Pappenheimer, J. Daniels y W. A. Vischer.
- Efectos de la irradiación con lámpara de cuarzo sobre la viabilidad, virulencia y actividad bioquímica del *M. tuberculosis*. W. Segal y H. Bloch.
- Aislamiento de *Allescheria boydii* del esputo. J. Creitz y H. W. Harris.
- Recurrencia de cavidad coccidiode después de la resección. L. Hyde.
- Resección pulmonar en silicotuberculosis. J. P. Chapman y J. R. Bumgarner.

### The Practitioner.

172 - 1.032 (junio) - 1954

- La epidemiología de los accidentes. J. Charles.
- Prevención de los accidentes de carretera. W. Gissane.
- Accidentes domésticos. H. E. Seiler.
- Las quemaduras domésticas. J. S. Tough.
- Accidentes de los viejos. R. Scott.
- Envenenamiento accidental, con particular referencia a los niños. M. S. Fraser.
- Ahogados y natación. A. Z. Baker.
- Peligros de intoxicación en los pasatiempos. M. Gleason.
- Prevención de accidentes en las fábricas. R. S. F. Schilling.
- Algunos errores diagnósticos. M. N. Pai.
- Mafedina en oftalmología. W. E. S. Bain.

173 - 1.033 (julio) - 1954

- Disminución del dolor en el parto. A. M. Claye.
- Tratamiento del aborto y amenaza de aborto. J. Howkins.
- Forceps fracasados. W. Hunter.
- Tratamiento de la presentación de nalgas en el embarazo y parto. R. G. Law.
- Tuberculosis pulmonar y embarazo. O. Lloyd.
- Factor Rh en obstetricia. A. S. Duncan.
- Investigaciones clínicas sobre la acción de los antiácidos. A. H. Douthwaite.
- Trabajo en colaboración para el tratamiento del alcoholismo. L. Williams.

**Disminución del dolor en el parto.**—El autor considera que en un parto lo esencial es la presencia del médico, que puede alentar a la parturienta y elegir con plena autoridad el método de analgesia más útil en cada momento. La morfina considera que produce una satisfactoria analgesia; pero, por la depresión de los centros respiratorios, puede perjudicar al recién nacido. La ma-

yoría de los pacientes que necesitan analgesia pueden obtenerla mediante la administración de petidina en la primera parte, y al final de éste y la segunda, anestesia gaseosa con óxido de nitrógeno o tricloroetileno.

**Forceps fracasados.**—Considera el autor que un minucioso examen durante las primeras fases del parto, la observación del curso de éste, el reconocimiento precoz de las anormalidades y prevención de éstas y una cuidadosa selección de los casos, puede disminuir considerablemente el número de intentos fracasados de aplicación de forceps. Si en un principio el médico ve que fracasa en su intento, debe desistir de posteriores intentos y examinar cuidadosamente a la enferma para descubrir la causa de ello. No debe traumatizar a la madre o al hijo con los forceps y, si hay alguna contraindicación, jamás insistir en un intento de superarla. En la práctica domiciliaria sólo debe intentarse una aplicación baja con la cabeza en el diámetro anteroposterior.

**Tratamiento de las presentaciones de nalgas.**—El autor considera que la conducta ante uno de estos casos debe estar basada en los siguientes puntos: 1) Reconocimiento precoz de la modalidad de la presentación. 2) Cuidadoso estudio antenatal de la pelvis materna, sus proporciones y las del niño, buscando especialmente las desproporciones mínimas. 3) Conocimiento adecuado de las causas que pueden originar la muerte del niño antes del parto, para prevenirlas; y 4) Empleo del mayor cuidado y suavidad posibles durante el acto del parto.

**Acción de los antiácidos.**—El autor considera que una efectiva neutralización del ácido clorhídrico en el jugo gástrico sólo se consigue por el uso de tabletas que se disuelvan lentamente en la boca durante las comidas. Los alcaloides de la belladona, especialmente la hiosciamina (0,5 miligramos dos veces al día) es un eficaz colaborador del anterior tratamiento, al disminuir la secreción total y evitar súbitas secreciones por excitación psíquica. El bromuro de metantelina no reduce la secreción, pero sí evita el aumento de ésta por la ingestión de alimentos. Una inyección nocturna de hexamettonio puede ser también muy útil. Este tratamiento debe hacerse durante el otoño e invierno. En el verano puede limitarse a la disolución de tabletas.

### The Lancet.

6.849 - 4 de diciembre de 1954

- \* Tratamiento del síndrome de Cushing. P. M. F. Bishop, F. N. Glover, R. R. de Mowbray y M. G. Thorne.
- \* Síndrome de Cushing. R. N. Beck, D. A. D. Montgomery y R. B. Welbourn.
- \* Cortisona y salicilatos en la fiebre reumática. K. S. Holt, R. S. Illingworth, J. Lorber y J. Rendle-Short.
- Uroporfirinuria sintomática. T. K. With y H. C. A. Petersen.
- Bacteriología de las quemaduras tratadas por exposición. E. J. L. Lowbury, D. J. Crockett y D. M. Jacksons.
- \* Experimentos sobre la existencia de una barrera sangre-corteza suprarrenal. A. Elkeles.
- Embarazo prolongado. L. G. Higgins.
- Neumotórax complicando a la respiración con presión positiva intermitente. P. Hay.
- Reacción prolongada a la penicilina-benzatina intramuscular. H. C. Anderson.

**Tratamiento del síndrome de Cushing.**—Subrayan los autores que es tan malo el pronóstico del síndrome de Cushing que este proceso debe ser tratado energicamente en todos los casos. Añaden que hoy día la hipertensión supera a la infección en cuanto a la causa más importante de la muerte, y es, por tanto, necesario controlar el progreso del trastorno antes de que la hipertensión se haga irreversible. La irradiación de la hipófisis por sí sola es a menudo ineficaz, y se muestran decididamente en el sentido de que el síndrome debe corregirse mediante la adrenalectomía subtotal. En una minoría de enfermos puede ser suficiente una adrenalectomía unilateral, bien sola o combinada con radioterapia, pero en los casos más rápidamente progresivos que comprenden probablemente todos los varones y al-

gunas de las mujeres jóvenes, se requiere la extirpación subtotal del tejido adrenocortical. En todos estos enfermos se irradiaría la hipófisis después del primer estadio de la adrenalectomía, para prevenir la regeneración de la porción restante de la glándula; en dos de sus enfermos en los que se siguió esta técnica hubo de realizarse una tercera operación motivada por las recidivas, como consecuencia de la neoformación del tejido adrenocortical. Terminan diciendo que su experiencia confirma la observación de que después de la adrenalectomía subtotal los enfermos con síndromes de Cushing pueden experimentar un estado de déficit cortico-suprarrenal, similar al que se ve en la enfermedad de Addison, pero que responde solamente a la cortisona y que debe darse en dosis que superen a las que se requieren habitualmente en dicha última enfermedad.

**Síndrome de Cushing.**—Los autores refieren brevemente los principales datos clínicos y de laboratorio correspondientes a seis casos de síndromes de Cushing, que fueron tratados por adrenalectomía subtotal, sin mortalidad. Dan detalles del tratamiento operatorio y postoperatorio, con énfasis al empleo de la cortisona. Llaman la atención sobre una reacción cutánea que ha demostrado ser un indicador útil del déficit postoperatorio de cortisona. Finalmente revisan los resultados excelentes a largo plazo de la terapéutica.

**Cortisona y salicilatos en la fiebre reumática.**—Los autores han realizado una investigación controlada de tres líneas de tratamiento en la fiebre reumática aguda. El método de tratamiento se decidió al azar después de haberse satisfecho rigidamente los criterios diagnósticos. A 10 niños se les dió cortisona con salicilatos en grandes dosis; a otros 10 se les dió grandes dosis de salicilatos sin cortisona, y a otros 10 se les dió solamente salicilatos en dosis baja. La velocidad de sedimentación descendió significativamente más en los niños a los que se dió cortisona y salicilatos que en los otros dos grupos. Con el tratamiento combinado el promedio de días necesarios para que la velocidad se normalizara fué de 17, comparado con 39.2 días en los niños a los que se dieron salicilatos en altas dosis, y 50.3 días en los que se dió en dosis baja. El promedio de duración del tratamiento en los tres grupos fué de 34, 79.6 y 67.3 días, respectivamente. Concomitantemente se vió una rápida mejoría en el estado clínico de los enfermos correspondientes al grupo de tratamiento combinado.

**Experimentos sobre la existencia de una barrera sangre/corteza suprarrenal.**—Señala el autor que cuando se inyectan por vía intravenosa los colorantes vitales ácidos, el cerebro y la corteza suprarrenal siguen sin teñirse en contraste con otros órganos. La inyección intravenosa de los colorantes básicos tiñen el cerebro y la corteza suprarrenal, incluso cuando se inyectan en cantidades que producen sólo una ligera coloración en la mayoría de los órganos y tejidos; el cerebro se tiñe más intensamente que la corteza suprarrenal. La observación de que la corteza suprarrenal reacciona a los colorantes vitales de la misma forma que lo hace el tejido cerebral, invalida el concepto previamente establecido de una función de barrera confinada exclusivamente a los capilares cerebrales. La gran cantidad de lípoides en el cerebro y en la corteza suprarrenal constituye probablemente un papel importante en la afinidad de estos órganos para las sustancias básicas (electropositivas) y falta de afinidad para las sustancias básicas (electronegativas). Los resultados de los presentes experimentos sugieren que las sustancias neurotrópicas, incluso los virus, pueden también almacenarse en la corteza suprarrenal, y que ésta juega un papel importante en la causa de las enfermedades producidas por dichos agentes.

6.850 - 11 de diciembre de 1954

\* Neuromas del acústico. F. A. Elliott y W. McKissick.  
Empleo de oxitocina intravenosa continua en obstetricia. J. M. Holmes.  
Dependencia de las convulsiones H. Bourne.

- \* **Salicilatos en la fiebre reumática.** K. S. Holt. Fenómeno de Shwartzman en una diarrea infantil fatal debida al *Escherichia coli* O-111, B4. D. G. McKay y G. H. Wahle.
- Ensayo clínico del robadeo y del jugo de coles. R. Doll y F. Pygott.
- Exceso de la actividad vasopresora en el plasma de niños nefríticos con hipertensión. G. C. Arneil y J. B. Dekanski.
- Masaje cardiaco. L. Neri y D. L. Stevenson.
- El síndrome nefrótico asociado con trombosis de las venas renales. J. D. Blainey. J. Hardwicke y A. G. M. Whitfield.
- Apéndice gangrenoso en el saco de una hernia femoral. H. D. W. Powell.
- Actividad tiroidea de los análogos de la triyodotironina. M. Mussett y R. Pitt-Rivers.

**Neuromas del acústico.**—Comienza diciendo el autor que la mortalidad postoperatoria en los enfermos con neuromas del acústico es muy desfavorable, especialmente teniendo presente el carácter benigno y la fácil accesibilidad de la mayoría de estos tumores. Describe tres casos en los que el diagnóstico se hizo en un estadio cuando solamente el VII y VIII pares estaban afectados por la neoformación; estos tumores se extirparon totalmente sin aumentar el dintel preoperatorio de sordera y sin provocar parálisis facial. Subraya el valor diagnóstico de las pruebas otológicas, especialmente la prueba del balance de tonos bajos. Presenta la evidencia en el sentido de que la depresión del reflejo corneal en los casos precoces se debe a la interferencia con la parte motora del arco reflejo en el nervio facial y no implica necesariamente la lesión de la raíz sensitiva del trigémino. Sugiere que la lesión del componente ventricular del VIII par puede originar la inestabilidad, tanto quieto como durante la marcha, y que estos síntomas no indican necesariamente la interferencia con el cerebelo, aunque en los casos más avanzados, efectivamente, puede complicarse con la ataxia cerebelosa. Subraya, por último, la posibilidad de un diagnóstico precoz en un estadio cuando los síntomas se limitan a trastornos exclusivamente de la función del VIII par.

**Salicilatos en la fiebre reumática.**—Los autores analizan los protocolos de 52 niños con fiebre reumática. En conjunto, se hicieron 58 cursos de tratamiento de la manera siguiente: 37 de salicilato sódico en dosis altas con bicarbonato sódico; 12 de salicilato sódico en altas dosis con cortisona; ocho de salicilato sódico en alta dosificación, y uno de aspirina en dosis altas con bicarbonato sódico. Dos niños no toleraron el tratamiento. Hubo de hacerse frecuentes ajustes de la dosis para colocar el nivel en el suero de salicilato entre 30 y 40 miligramos por 100. En 55 cursos de tratamiento con salicilato sódico se hicieron 172 modificaciones de la dosificación. Cuando se utilizó el bicarbonato junto con el salicilato fué muy corriente el fracaso en alcanzar el nivel terapéutico mínimo; pero con los otros regímenes terapéuticos los signos tóxicos y las cifras excesivamente altas fueron mucho más perjudiciales. La hiperventilación fué un signo tóxico corriente, y coincidió con los niveles altos de salicilato en el suero; los ruidos de oído afectaron solamente a los niños, y sordera en tres; no se presentaron ni sordera ni ruido en oídos en otros niños cuando el nivel de salicilatos era peligrosamente alto y, por tanto, estos síntomas no fueron útiles como indicativos de la adecuación de la dosificación. Consideran que el bicarbonato sódico no es necesario como adjunto para el tratamiento con salicilatos, y finalmente añaden que los niños a los que se les da salicilatos en altas dosis deben estar ingresados en el hospital.

**Exceso de actividad vasopresora del plasma de niños nefríticos con hipertensión.**—Con motivo de la observación de ocho casos los autores han llegado a confirmar la presencia de un aumento en la actividad vasopresora de la sangre venosa general procedente de enfermos con nefritis aguda durante la fase hipertensiva. Después de discutir su significación, señalan que dicha actividad se parece a la de la hipertensina (angiotonina) y puede deberse a un exceso de esta sustancia como consecuencia del aumento de la renina en el plasma.

**El síndrome nefrótico asociado a la trombosis de las venas renales.**—Refieren los autores la observación de dos casos de trombosis de la vena cava inferior y de las venas renales que se asoció con las alteraciones típicas, tanto clínicas como bioquímicas del síndrome nefrótico. En un tercer enfermo existía un síndrome nefrótico asociado con una pericarditis constrictiva y su albuminuria desapareció al hacer desaparecer la constrictión pericárdica por la operación. Los autores sugieren que en sus tres enfermos la albuminuria estaba causada por una hipertensión venosa renal o por la interferencia con el retorno venoso renal.

6.851 - 1 de diciembre de 1954

Aspectos psicológicos de la disfunción uterina. W. A. Cramond.

- Hierro intramuscular. R. F. Jennison y H. Ellis. Reacciones dérmicas a la terapéutica con insulina. R. G. Paley.
- Complicaciones neurológicas y mentales de la rubeola. W. Mitchell y G. Pampiglione. Broncografía ocasional. A. C. Glendinning. Congelaciones en los húrcenes dorados revividos de temperaturas corporales por debajo de 0° C. A. U. Smith.
- Tumor carcinóide del intestino delgado. A. W. Brannwood y A. D. Brain. Fibrosis endocárdica. W. J. S. Still.
- Diabetes insípida con obstrucción ureteral. E. A. Harris.

**Hierro intramuscular en el embarazo.**—Los autores han ensayado en la anemia del embarazo el complejo de dextrán-hierro (inferom), que contiene 50 miligramos de hierro por c. c., y es adecuado para su inyección intramuscular. Han observado sus efectos durante seis semanas o más en 68 casos y durante un periodo más breve en otros 13. A 50 mujeres se les dió una dosis de hierro calculada como necesaria para corregir su déficit, y todas ellas alcanzaron una concentración satisfactoria de homoglobina; a 18 enfermas se les dió una dosis "standard" de 500 miligramos, y respondieron en un grado menor. Han calculado el promedio de utilización del complejo en 0,29 gramos de hemoglobina por 100 miligramos de hierro (51 miligramos de hierro elevan el nivel de hemoglobina en un 1 por 100). Las reacciones generales y locales fueron generalmente leves, y poco frecuentes, y de las 225 enfermas tratadas con el nuevo preparado, sólo una tuvo una reacción fuerte. Terminan diciendo que el tratamiento por la inyección intramuscular de este complejo de dextrán-hierro tiene ventajas sobre el tratamiento por la inyección intravenosa de óxido sacarato de hierro.

**Complicaciones neurológicas y mentales de la rubeola.**—Los autores han realizado un estudio clínico y electroencefalográfico de un enfermo con rubeola, apreciando que este proceso afectó intensamente al tallo cerebral y médula espinal, y probablemente a sus lóbulos frontales, ocasionando un gran trastorno mental que duró dos meses en forma grave, y progresivamente disminuyó, para desaparecer a los seis meses. Añaden que, excepto en las psicosis tóxicas o metabólicas es infrecuente que se produzca una recuperación completa de una lesión tan difusa del sistema nervioso central; tal recuperación apoya el punto de vista de que las alteraciones anatómicas supuestas, en relación con las complicaciones neurológicas de la rubeola son reversibles en semanas o meses. En el caso presente es de interés por la intensidad no habitual de las alteraciones mentales no descriptas previamente como complicación de la rubeola y los estudios electroencefalográficos, que son los primeros referidos en dicha enfermedad.

**Carcinoides del intestino delgado.**—Los autores describen un caso de tumor carcinóide del intestino delgado con metástasis hepáticas. En su cuadro clínico se apreciaban los típicos sofocos de color azulado cianótico en la cara, que se acompañaban de episodios diarreicos, notándose el enfermo durante los mismos, con sensación de inestabilidad, visión borrosa y disneico. Lo curioso del caso es que además se acompañó de una estenosis valvular de la pulmonar, y en este sentido los

autores hacen sugerencias sobre si la hipersecreción de enteramina podría haber jugado algún papel en la patogenia de esta lesión valvular pulmonar.

**Diabetes insípida con obstrucción ureteral.**—El autor describe un caso de carcinoma posiblemente pulmonar con numerosas metástasis, entre las que destacaban una en la pars nervosa de la hipofisis, que llegaba a destruirla por completo, y grandes adenopatías pulmonares, que comprimían ambos uréteres. El cuadro de diabetes insípida que presentaba este enfermo difería de lo habitual en que el volumen urinario ascendía solamente a 1.700 c. c. diarios. En efecto, la compresión de los uréteres y la diabetes insípida debieron desarrollarse y progresar simultáneamente, puesto que no se vieron poliuria u oliguria en ningún momento. El enfermo presentaba como síntoma importante un edema que no podía explicarse satisfactoriamente sobre la base de una enfermedad cardiaca o pulmonar y que presumiblemente reflejaba un balance acuoso positivo, que tuvo lugar en las semanas anteriores a su ingreso.

6.852 - 25 de diciembre de 1954

Designios de los experimentos clínicos. D. D. Reid. Amputación de Syme. J. H. Shelswell.

- Estudios sobre el herpes zoster. E. E. H. Simpson. Efectos del metilpentinol. F. Trotter. Incapacidad física y electroshock. E. H. Kitching. • Variaciones electrocardiográficas después de la gastrectomía. L. Brotmacher. Línea de los zapatos y deformación de los dedos. R. W. Hines y A. McDougall.

**Estudios sobre el herpes zoster.**—Señala el autor que la evidencia previa ha dejado sin una respuesta decidida el problema de si la varicela que sigue al herpes zoster se debe al virus de la varicela ordinaria o a un virus no relacionado, o a un virus de especie distinta, pero relacionada. Con el fin de decidir este problema, ha comparado casos de varicela corriente en Gloucestershire con casos de varicela corriente en la isla de Shetland de Yell, y también de varicela consecutiva a casos de zoster (varicela-Z) en la misma isla. No se vieron diferencias entre los tres grupos en lo que respecta a las manifestaciones clínicas, en los ciclos reproductivos medios, en la infecciosidad de la enfermedad o en la solidez de la protección conferida por un ataque previo contra la varicela del mismo o de origen alterno y, en efecto, la inmunidad cruzada parece ser completa. En vista de ello, concluye que la varicela consecutiva a un zoster se debe al mismo virus que el de la varicela corriente.

**Variaciones electrocardiográficas después de la gastrectomía.**—En primer lugar señala el autor que la inyección intravenosa de 20 gramos de glucosa en siete sujetos sanos no produjo alteraciones electrocardiográficas. La administración de grandes volúmenes de agua provocó un descenso muy marcado de la onda T en la IIID en cinco de siete enfermos con gastrectomías a lo Polya, y en seis de 10 sujetos sanos. Las alteraciones pueden reproducirse, aunque en menor grado, cuando se elimina el efecto del enfriamiento. No se produjeron alteraciones comparables en cuatro enfermos con gastrectomía a lo Billroth-I. Concluye que las alteraciones electrocardiográficas que se presentan como resultado de la distensión mecánica del estómago y del intestino delgado no pueden interpretarse exclusivamente por el efecto del frío sobre la circulación, y queda la posibilidad de que intervenga un mecanismo reflejo, actuando bien a través del sistema nervioso autónomo o por liberación de adrenalina.

**British Medical Journal.**

4.900 - 4 de diciembre de 1954

- \* Tratamiento de las enfermedades cutáneas con ACTH y cortisona. Comunicación del Medical Research Council.
- \* Inhibición por la cortisona de la lesión aguda por rayos X. L. E. Houghton, J. B. Walter y D. E. A. Jones. Enfermedad de Hodgkin. R. Paterson y E. Paterson.

Observaciones sobre la etiología de la esteatorrea idiopática. J. W. Paulley.  
Infecciones estafilocócicas en la práctica general. L. Roodyn.  
Tuberculosis primaria del pulmón. J. H. Thomas, D. E. Morgan y T. W. Davies.  
Algunos aspectos de la curación paranormal. L. Rose.  
Tratamiento de la ascaridiasis con citrato de hiperazina. L. G. Goodwin y O. D. Standen.  
Los casos de neumonía fulminante en enfermos sometidos a terapéutica hormonal. J. A. Page.  
Intususcepción a las setenta horas de la vida. S. Feggetter.  
Carcinoma del cuerpo del útero encontrado en la biopsia endometrial. C. J. Champ y M. Pollock.  
Insuficiencia renal en la meningitis meningocócica. L. Gilchrist y L. L. Griffiths.

**Tratamiento de las enfermedades cutáneas con ACTH y cortisona.**—Los autores presentan los resultados de la dermatitis exfoliativa, eczema y prúigo de Besnier mediante la administración de ACTH y cortisona. Encuentran que en la dermatitis exfoliativa, diferente a la consecutiva al psoriasis, la enfermedad se controla y, generalmente, cura. En el eczema, excepto en el tipo seborreico, hay una respuesta teatral, pero habitualmente se produce una recidiva después de la suspensión del tratamiento, salvo cuando se ha descubierto una causa exógena que ha podido suprimirse. En el prúigo de Besnier la mejoría de los síntomas es igualmente teatral, mientras el enfermo está en tratamiento; pero hay un efecto menor sobre la liquenificación fundamental. Señalan además que la ACTH y cortisona impiden o reducen la reacción a las pruebas cutáneas que habían sido previamente positivas. Han obtenido reacciones tóxicas, que exponen en detalle, y declaran que pocas fueron de carácter serio y que aparecieron en enfermos señalados como susceptibles a tales fenómenos.

**Inhibición por la cortisona de la lesión aguda por rayos X.**—Los autores aplican una dosis de 6.000 r. en un área circular de piel en 38 cobayas. Los 19 animales controles mostraron una intensa ulceración persistente y ulceración, mientras que los 19 animales a los que se les dió cortisona parenteral no presentaron dicha ulceración. Bajo la acción de la cortisona se redujo el eritema precoz y se demoró la depilación. Las áreas irradiadas no se contrajeron aunque esto fué más marcado en los animales controles. Añaden que por el momento no se conoce si la acción protectora de la cortisona representa un efecto directo sobre las células o si se trata de una acción indirecta. Creen que la lesión tisular consecutiva a la exposición a los productos de excisión nuclear no difiere esencialmente de la producida por los rayos X. y que es posible, por tanto, que la acción protectora de la cortisona pueda extenderse a dicho campo.

**Esteatorrea idiopática.**—El autor ha tenido la ocasión de obtener una biopsia del yeyuno y de ganglios linfáticos en cuatro casos de estructura idiopática. En todos ellos se observó una inflamación crónica, pero al hacer una comparación de la imagen de estos casos con la correspondiente al yeyuno normal obtenido durante la gastrectomía parcial de otros sujetos, encuentran que las vellosidades en la esteatorrea eran aproximadamente del doble de anchura que en los controles; además se observan diferencias en las formas y celularidad de las vellosidades, presencia de grandes números de células inflamatorias en la mucosa, que se extendían hasta la submucosa, fibrosis y dilatación de los linfáticos; en uno de los casos, el proceso inflamatorio había avanzado hasta el estado de atrofia y fibrosis y las vellosidades eran cortas y gruesas. Por ello se muestra contrario a las observaciones anatomopatológicas negativas de Thaysen y de todos los autores que han revisado este problema. Piensa que la ausencia de datos anatomopatológicos en la estructura se debe al desconocimiento de los aspectos normales, a diferencias en el estadio de la enfermedad, a alteraciones postmortem e incluso antemortem, que hacen imposible la interpretación y a no haber tenido la ocasión de hacer biopsia.

**Piperazina en la ascaridiasis.**—Los autores han demostrado la eficacia del citrato de piperazina para la supresión de los áscaris del intestino, administrándolo en una sola dosis. Los resultados indican que una dosis de tres gramos es la más indicada en todos los sujetos, excepto en los niños que pesen menos de 20 kilos; los niños más pequeños deberán tomar dos gramos. No han observado efectos tóxicos colaterales. Los gusanos quedan narcotizados por la droga, pero no mueren, puesto que pueden recuperarse en pocas horas cuando se les coloca en solución Ringer a 37 grados. No han observado efectos contra los anquilostomas o estrongiloides.

**Neumonía fulminante durante la terapéutica hormonal.**—El autor describe dos casos de neumonía fulminante aparecida en enfermos durante la terapéutica hormonal para el control de una exacerbación de artritis reumatoide. Ambos casos exhibieron el efecto enmascarado bien conocido de la cortisona y ACTH sobre las infecciones bacterianas graves. En el primer caso la muerte se produjo durante la terapéutica prolongada con cortisona, y en el segundo, una semana después del comienzo de la terapéutica con ACTH. El problema del diagnóstico reside exclusivamente en un examen clínico, constante a intervalos, relativamente breves, a lo sumo una semana, y en cuanto al problema de tratamiento le parece justificable instituir la terapéutica antibiótica en cuanto aparezcan los síntomas o signos más precoces de infección.

4.901 - 11 de diciembre de 1954

El papel del individuo en el Servicio de Sanidad. Lord Beveridge.

- \* Un concepto inmunológico del cáncer: Referencia preliminar. H. N. Green.
- \* Nueva terapéutica para la prevención de las recidivas postoperatorias en el cáncer genital y de la mama. A. A. Loeser.
- Intoxicación por cantaridina. L. C. Nickolls y D. Teare.
- Intoxicación por cantaridina. J. D. Craven y A. Polak.
- Cloruro cálcico y adrenalina como dilatadores bronquiales comparados por análisis consecutivos. G. S. Kilpatrick y P. D. Oldham.
- Penicilina por vía oral en la infancia. B. Laurance y V. G. Alder.
- Bursitis del tendón de Aquiles ("talón de invierno"). N. W. Nisbet.
- Globulina placentaria en la prevención del sarampión. H. Ganguli y S. N. Mukherjee.
- La premedicación de los niños para la amigdalectomía. C. M. Rendell.
- \* Nefritis edematosas subagudas tratadas con paludismo. R. Porter.
- Intoxicación por cantaridina. M. A. Lécutier.
- Curación de una meningitis por *C. welchii*. J. K. Henderson, W. F. C. Kennedy y J. M. Potter.
- Trombosis cerebral complicando a la fiebre abortus. C. W. Lawson y C. A. Leeson.
- Hialuronidasa para el parafimosis. J. O. Doyle.

**Un concepto inmunológico del cáncer.**—Declara el autor que los hidrocarburos policíclicos no carcinógenos que inhiben poderosamente el crecimiento de algunos tumores transplantados han podido aislarse del aceite de alquitrán de hulla. Estos compuestos, comparados con los hidrocarburos carcinógenos relacionados, no eran tóxicos y no inhibían el crecimiento somático; no obstante, su efecto inhibidor de los tumores se demostró que era de la misma naturaleza específica que la provocada por los carcinógenos; ninguno de ellos tenía efecto citotóxico directo sobre el tumor. Ambos tipos no inhibían los tumores espontáneos o provocados químicamente ni los tumores transplantados faltos de antigenicidad para el huésped. Demuestra concluyentemente, en parte con la ayuda de la cortisona, que la propiedad inhibidora de los tumores se debía a una estimulación de la reacción inmune al tejido tumoral homólogo. Presenta datos que favorecen el punto de vista de que estos compuestos tienen la propiedad específica de alterar ciertos complejos proteínicos, de forma que se comportan como isoantígenos y excitan la producción, principalmente local, de anticuerpos homólogos. Discute su modo de acción y demuestra el papel importante de la célula plasmática en la respuesta inmune. Ha obtenido cierta evidencia de que los carcinógenos qui-

micos cuando se ponen en íntimo contacto con los hembras y las células epidérmicas inducen la producción de anticuerpos homólogos a los isoantígenos en células similares. Presenta la evidencia que sugiere que la capacidad inhibidora de los tumores y carcinógenos están relacionadas muy estrechamente desde el punto de vista biológico, y postula, por tanto, que la reacción inmune provocada por un carcinógeno es el estadio primario esencial en la carcinogénesis química. Sugiere que todos los hidrocarburos políclicos inhibidores de los tumores son capaces de provocar el estadio de "iniciación" primaria; pero que sólo los carcinógenos son capaces de hacer pasar a la célula al estadio de neoplasia por su acción hiperplástica inespecífica adicional. Postula que el estadio de iniciación de la carcinogénesis química es aquel en el que ocurre un cambio antigénico en las "proteínas de identidad". La respuesta de anticuerpos así desencadenada destruye la célula precancerosa en cualquier estadio o la hiperplasia continua conduce a una reacción inmune progresivamente creciente, que puede, finalmente, inducir una adaptación en la célula; la adaptación supone la pérdida de los complejos de "proteínas de identidad", y surge la célula neoplásica. Ha obtenido evidencia de que un hidrocarburo políclico inhibidor de tumor demora el crecimiento externo de un tumor espontáneo del ratón; por éstas y otras razones sugiere que el estadio inicial en el desarrollo de cualquier tumor maligno puede suponer la pérdida o modificación antigénica seguida de la pérdida de las "proteínas de identidad". Hace sugerencias referentes a cómo puede perderse con agentes carcinógenos tan diferentes como los virus, radiaciones ionizantes y la hiperplasia continuada prolongadamente. El concepto básico es de que todas las células neoplásicas carecen de una o más sustancias (probablemente complejos proteicos o sus sistemas enzimáticos relacionados) que confieren identidad tisular e individual sobre la célula; la célula se hace así más "neutra" antigénicamente y no atraen el mismo grado el mecanismo normal de disposición regulado inmunológicamente. Arguye que esta falta de las "proteínas de identidad" constituye en sí misma el estadio neoplásico, y que los atributos, gradaciones y progresiones de este estadio se definen por la naturaleza y extensión de la pérdida.

**Nueva terapéutica para la prevención de las recidivas postoperatorias del cáncer genital y de la mama.**—Declara el autor que la incidencia del cáncer de la mama femenina y genital es mucho más baja en los procesos alérgicos e hipertiroideos (grupo A) que en las mujeres hipotiroideas o después de una tiroidectomía parcial por bocio (grupo B). Las mujeres pertenecientes al grupo A tienen por término medio un contenido mucho más alto de histamina en sus células que las mujeres del grupo B, y el contenido en lípidos de la sangre es mucho más bajo en el grupo A que en el B. Cuanto más hormona tiroidea circulante existe en la sangre, mayor es el contenido de histamina de las células, y cuanto más baja es la cifra de los lípidos, mayor es la tendencia a la formación de cáncer. Señala a la histamina ligada a proteínas intracelular como una hormona de defensa contra la formación de cáncer bajo el control de la hormona tiroidea. Administrada ésta en dosificación masiva en casos de cáncer inoperable de la mama y genitales, se identifica el crecimiento del cáncer. La hormona tiroidea en dosis diarias oscilantes entre 65 y 320 miligramos fué administrada durante seis años como agente profiláctico contra la recidiva del cáncer después de operaciones radicales por cáncer de mama o genital, y después de la radioterapia profunda. Los buenos resultados obtenidos animan al ensayo ulterior de este método en gran escala.

**Globulina placentaria en la prevención del sarampión.**—Discuten los autores los resultados obtenidos por la inyección de globulina placentaria a 32 enfermos en la sala de difteria de un hospital de Calcuta, que se pusieron en contacto con sarampión. El grado de protección del 96,6 por 100 que se obtuvo, pudo en parte

deberse al aislamiento rápido y eficaz de los enfermos que presentaron el sarampión junto con la inmunización inmediata de todos los contactos. No se presentaron reacciones con dos c. c. de globulina placentaria, pero con cuatro c. c. dos de tres enfermos desarrollaron una reacción. Sugieren que el porcentaje alto de reacciones obtenido por otros autores pudo haber sido la consecuencia de emplear grandes dosis del antisiero.

**Nefritis edematosas subaguda tratada con paludismo.**—Se trataba de un enfermo con nefritis edematosas, hipalbuminemia y albuminuria masiva, que apareció tres años después de un ataque de nefritis del tipo I. En este enfermo se hizo un tratamiento con malarioterapia, con lo cual se obtuvo una remisión completa; no sacan conclusiones definitivas, pues la revisión ulterior del caso solamente alcanza a diez meses. Termina diciendo que todavía seguimos sin saber la explicación de la eficacia de diversas infecciones, como el sarampión y el paludismo sobre el curso de nefritis edematosas.

4.902 - 18 de diciembre de 1954

- El futuro de la cirugía. H. Ogilvie.  
 \* Respiración de Cheyne-Stokes. H. R. Gilmore y H. Kopolman.  
 \* Naturaleza de la hipersecreción gástrica de ácido en enfermos con úlcera duodenal. J. N. Hunt y A. W. Key. Estudios clínicos y químicos en la lactación humana. IX. F. E. Hytten.  
 Antibióticos en la laringitis flegmonosa (celulitis laringea). E. Rosenbaum.  
 Anemia del recién nacido consecutiva a placenta previa anterior. N. R. Butler y J. D. Martin.  
 \* Coma acidémico después del transplante bilateral de los uréteres. E. K. Westlake.  
 Varicela en un niño de tres días de edad. Y. S. Narayana Rao, N. R. Ratnakannan, K. S. Balasubramaniam y S. K. N. Gopalan.  
 Neumoconiosis por talco en la industria textil. B. Mann y J. B. Deasy.  
 \* Un caso fatal de encefalitis por ingestión de fenolftaleína. A. C. Kendall.  
 "Muñeca artificial". A. M. Sallam.  
 Fibrosarcoma del bronquio. L. J. Temple y C. Aligazakis.  
 Parálisis de Bell recidivante bilateral. G. Howells.  
 Anemia extrema con curación. P. Tasker e I. Polunin.

**Respiración de Cheyne-Stokes.**—Describen los autores en detalle dos enfermos con respiración de Cheyne-Stokes crónica; éstos, junto con otros tres enfermos posteriores, los investigan utilizando un oxímetro conectado a un electrocardiógrafo para su registro. Demuestran que la saturación arterial de oxígeno más alta se produce durante el período de apnea, y la más baja durante el intervalo hiperpneico; esto se debe a un retraso en el tiempo de circulación, y lo demuestran por medio de las curvas de concentración-tiempo del azul de Evans. La duración de la fase apneica parece estar relacionada con la prolongación del tiempo de circulación. Estudian también los efectos del oxígeno, carbónico y amoniocina sobre este proceso, junto con su efecto con la saturación arterial. En un enfermo con respiración crónica de Cheyne-Stokes han encontrado una lesión en el cerebro medio. Discuten los mecanismos causales de esta forma de respiración y sugieren que dos de los factores son una prolongación del tiempo de circulación y una alteración en la sensibilidad del centro respiratorio, que dependería de una interrupción en las vías que, desde la corteza, van a dicho centro.

**Naturaleza de la hipersecreción gástrica de ácido en la úlcera duodenal.**—Los autores expresan los resultados de una prueba de histamina en 27 sujetos normales y en 152 varones con úlcera duodenal en términos del volumen del componente parietal formado por las células secretoras de ácido. El análisis de estos resultados demuestra que la capacidad secretora máxima y la secreción basal de ácido son más altas en el grupo de úlcera duodenal. Además, el porcentaje de la capacidad secretora máxima activa durante la secreción basal no es diferente en los dos grupos. Concluyen que la hipersecreción basal de ácido en la úlcera duodenal puede explicarse por el aumento en la capacidad secretora máxima; no parece ser preciso el postular un aumento

en la excitación actuando sobre las células parietales en enfermos con úlcera duodenal durante la secreción basal. Termina diciendo que en los enfermos ulcerosos que desarrollan una estenosis, la capacidad secretora máxima parietal eleva con el aumento en la duración de los síntomas.

**Coma acidémico después del transplante bilateral de los uréteres.**—Describe el autor un caso de coma acidémico con hipokalemia precipitado por una pielonefritis aguda, presentada cuatro años después de una ureterosigmoidostomía bilateral. Se produjo la curación después de la infusión de alcalinos, rehidratación, potasio intravenoso y oral, y un curso de aureomicina. La hiperventilación con cifras bajas de bicarbonato del plasma y tensión de carbónico persistieron durante dos semanas después de la restauración del pH sanguíneo a lo normal. Llaman la atención sobre el valor de las medidas seriadas del pH arterial con un método rápido y exacto de controlar la terapéutica con alcalinos.

**Encefalitis fatal por fenolftaleína.**—Señala el autor que la fenolftaleína no tiene una acción tóxica directa, y que sólo puede causar una reacción alérgica cutánea en ciertos individuos que exhiben una idiosincrasia hacia dicha droga. El autor refiere un enfermo que murió tras la ingestión de fenolftaleína, y la imagen histológica del cerebro era muy similar a lo que se ve en la encefalitis provocada experimentalmente. Añade que es posible que en el presente caso la reacción encefalítica pudo deberse a una hipersensibilidad a la fenolftaleína.

4.903 - 25 de diciembre de 1954

Cómo se hizo anatómica la medicina. C. Singer.  
\* Síndrome de Landry-Guillain-Barré: Complicaciones cardiovasculares. E. Clarke, R. I. S. Bayliss y R. Cooper.  
\* Empleo de terramicina en la prevención o retraso en la resistencia a la isoniazida en tuberculosis pulmonar. S. M. Stewart, F. W. A. Turnbull y J. W. Crofton.  
\* Tratamiento de la hemocromatosis por sangría repetida. D. A. Davey, A. W. H. Foxell y T. A. Kemp.  
\* Anemia eritrocítica pura en enfermos con tumores del timo. J. N. Marshall Chalmers y K. Boheimier.  
Algunas peculiaridades clínicas de los epilépticos. E. C. O. Jewesbury.  
Tratamiento de los trastornos de la conducta en niños epilépticos. D. A. Pond y B. Bidwell.  
Aspectos médicos del boxeo amateur. J. L. Blonstein y E. Clarke.  
Fiebre y anestesia. R. C. Brown.  
Prurito en la melancolía. K. C. S. Enwards.  
Un caso de anemia aclorhídrica en un varón, seguida durante veinte años. F. P. Weet.  
Ruptura fatal de un absceso retrofaringo-oesofágico. W. F. T. McMath y A. Pereira.  
Erucción sulfonamídica fija simulando una sifilis precoz. J. O. Doyle.  
Intoxicación debida a emplastos de belladonna. S. R. Sims.

**Complicaciones cardiovasculares del síndrome de Landry-Guillain-Barré.**—Refieren los autores tres casos de síndrome de Landry-Guillain-Barré complicado por una insuficiencia circulatoria aguda, que fué fatal en uno de ellos. Presentan la evidencia de que en algunos casos la disfunción miocárdica es responsable de las complicaciones circulatorias. Revisan el valor de los esteroides adrenocorticales en la enfermedad no complicada, y ofrecen sugerencias para el tratamiento del colapso circulatorio. Terminan diciendo que hay indicios de que la cortisona puede influenciar favorablemente el curso de la enfermedad, y que está justificada una experiencia ulterior.

**Terramicina en la prevención o retraso de la resistencia a la isoniazida en tuberculosis pulmonar.**—Los autores han tratado 33 casos de tuberculosis pulmonar con terramicina e isoniazida. La terramicina se administró a la dosis de un gramo diario a 10 enfermos; dos gramos diarios a 10 enfermos; cuatro gramos diarios a 13 enfermos, y cinco gramos diarios a 10 enfermos; un grupo de 17 enfermos con proceso similar, que habían sido tratados con isoniazida sola, se utilizó desde el punto de vista comparativo. Se produjo la conversión del esputo al final del tercer mes del tratamiento en

cinco de los 10 enfermos del primer grupo; en seis de los 13 del segundo, y en cinco de los 10 del tercero; seis de los 17 enfermos del grupo control se hicieron negativos en el mismo período. Se aislaron gérmenes isoniazido-resistentes a diferentes tiempos en, aproximadamente, la mitad de los enfermos de los grupos primero y segundo, y en las dos terceras partes del grupo control; pero en el tercer grupo solamente se obtuvieron gérmenes resistentes en 3 de los 10 enfermos, y en ninguno antes del final del quinto mes del tratamiento. No se encontró resistencia a la terramicina. No se vieron diferencias importantes entre los cuatro grupos de tratamiento, en lo que respecta al curso clínico o radiológico durante los tres primeros meses del tratamiento. El tratamiento en un enfermo del tercer grupo hubo de suspenderse al cabo de una semana por vómitos y diarreas intratables; aparte de esto, fueron muy leves los efectos tóxicos atribuibles a la terramicina. Debido a la considerable incidencia de resistencia a la isoniazida en los dos primeros grupos, ninguno de estos métodos debe recomendarse como tratamiento. Por otro lado, la terramicina en dosis de cinco gramos diarios parece tener valor en retrasar o impedir el comienzo de la resistencia a la isoniazida; pero esta combinación posiblemente es menos eficaz que la de estreptomicina o PAS con la isoniazida, que además es menos cara.

**Tratamiento de la hemocromatosis con sangrías repetidas.**—Los autores refieren un caso de hemocromatosis tratado con sangrías repetidas. Se extrajo un total de 31 litros de sangre en el curso de dos años. Al final de este tiempo se desarrolló una intensa anemia, que consideran debida al agotamiento de los depósitos de hierro. A pesar de la anemia tuvo lugar cierta mejoría subjetiva y objetiva, y este dato, con las referencias publicadas, sugieren que la sangría es un medio eficaz de tratar enfermos seleccionados de hemocromatosis.

**Anemia eritrocítica pura en enfermos con tumores del timo.**—Los autores han encontrado que dos enfermos adultos que presentaban una anemia eritrocítica pura (aplasia o hipoplasia eritroide) presentaban un tumor del timo; uno de los enfermos mostraba el cuadro de una miastenia gravis. En ambos enfermos se hizo la timectomía y la esplenectomía ulteriormente. Previamente a las operaciones, la ACTH no consiguió modificar el cuadro hemático, pero después de la esplenectomía se produjeron respuestas rápidas y bien mantenidas en ambos casos después de la administración de ACTH. Ambos enfermos se encuentran en el momento actual en remisión clínica. La timectomía corrigió la miastenia gravis que presentaba uno de los casos.

### La Presse Medicale.

62 - 54 - 7 de agosto de 1954

Tasa de protrombina en el recién nacido tras la inyección intravenosa de vitamina K sintética en el curso del parto. H. Pigeaud, S. Neuken y H. Bohe.  
Hiperlipidemia provocada y arteriosclerosis. A. Camelin, P. Ramel, F. Sclear y A. Mindus.  
Los alcaloides de la Rauwolfia. A. Ravina.

62 - 55 - 14 de agosto de 1954

Detección de la intoxicación y del tiempo de impregnación arsénica por la cronaximetría vestibular sobre terrenos normales y deficitarios. G. Mouriquand y colaboradores.  
De la "estivoterapia" a la "invernación" en pediatría. A. Feghal y E. Hallak.

62 - 56 - 21 de agosto de 1954

\* Las propiedades citoestáticas y antitumorales de la actinomicina C (sanamicina). A. Ravina, M. Pestel y R. Thielen.  
\* Las modificaciones de la imagen electroforética del suero en el curso de las trombosis venosas y arteriales y de sus secuelas. E. Lux y colaboradores.

**Propiedades citoestáticas y antitumorales de la actinomicina C.**—Los autores estudian los resultados obtenidos mediante la administración de la actinomicina C por vía intravenosa en perfusión gota a gota en una solución de suero salino fisiológico de pH rigurosamente neutro y mantenida a cubierto de la luz. Con esta técnica aumenta la tolerancia a la droga, que se puede así dar a mayores dosis. Discuten las ventajas de este tratamiento, así como de su administración a dosis progresivas y la repetición de las inyecciones. Este tratamiento confiere a la medicación su máxima eficacia, confirmada por los primeros resultados obtenidos por los autores.

**Electroforesis del suero en las trombosis.**—Los autores estudian la imagen electroforética de las proteínas plasmáticas en el curso de las diferentes afecciones vasculares periféricas, pudiendo comprobar que la trombosis venosa aguda se caracteriza por un aumento franco y poco más o menos regular de la gamma globulina. También observan que este aumento se suele encontrar en el estadio de secuelas postflebiticas, incluso después de muchos años. En el curso de las trombosis arteriales no suelen encontrar este mismo aumento, y si, a veces, un ligero aumento de la beta globulina.

62 - 57 - 28 de agosto de 1954

- Manifestaciones encefálicas en el curso de la tuberculosis pulmonar. H. Warembois y G. Niquet.
- Relaciones eventuales entre ciertas adenitis mesentéricas y la seudotuberculosis. G. Girard.

**Manifestaciones encefálicas en el curso de la tuberculosis pulmonar.**—Los autores describen en tuberculosis pulmonares la existencia de manifestaciones encefálicas sin que haya participación meníngea, las cuales pueden curar completamente y sin dejar secuelas. El cuadro clínico, agudo o subagudo está frecuentemente constituido por una confusión mental asociada a paroxismos periféricos o de los nervios craneanos. El fondo de ojo puede ser normal o evidenciarse un edema papilar. Son corrientes los signos de sufrimiento cerebral en el electroencefalograma. La evolución puede hacerse en una sola vez o por brotes sucesivos. Los autores tratan de explicar esto, bien por la existencia de fenómenos alérgicos idénticos a los de las leuco-encefalitis de las enfermedades infecciosas o bien a trastornos de la hemodinámica cerebral, en los que de alguna forma toma parte la existencia de una insuficiencia suprarrenal más o menos latente.

**Relaciones eventuales entre ciertas adenitis mesentéricas y la seudotuberculosis.**—La pseudotuberculosis humana por el bacilo de Malassez y Vignal (*Pasteurella pseudotuberculosis*), de las que las raras observaciones conocidas tenían el cuadro clínico de una septicemia mortal, pueden presentarse bajo el aspecto de un síndrome apendicular, en el cual la intervención revela la presencia de adenitis mesentéricas con formación de abscesos. Exámenes bacteriológicos e histopatológicos concuerdan para poder diferenciar entre las distintas adenitis mesentéricas agudas o subagudas una "linfadenitis reticulocitaria en vías de formación de absceso" de naturaleza pseudotuberculosa. Esta etiología puede ser comprobada mediante la seroaglutinación, la cual es positiva a títulos elevados.

### Schweizerische Medizinische Wochenschrift

85 - 14 - 2 de abril de 1955

- Sobre el mecanismo de acción de los glucósidos cardíacos. W. Wilbrandt.
- La decorticación pulmonar en el tratamiento del empiema pleural posttraumático. R. Berchtold.
- Contribución al estudio de los hidratos de carbono en la cirrosis hepática. Cl. Reymond y colaboradores.
- Vacunación antivariólica y poliomielitis consecutiva. R. Siegert.
- Formación de anticuerpos en el ojo. R. Witmer.

**Empiema pleural posttraumático.**—Las dos guerras mundiales de este siglo han enseñado mucho acerca de esta afección, debido a la gran frecuencia de heridas penetrantes en el tórax. En la última guerra observaron KAY y MEADE en un gran número de casos, que de los hemotórax tratados conservadoramente con punciones, se infectaban el 17 por 100, mientras que de los no tratados lo hacían el 46 por 100. Sabemos actualmente que es muy rara la reabsorción espontánea completa de los derrames sanguíneos, tanto espontáneos como traumáticos, en la cavidad pleural. Nunca hubo una explicación satisfactoria para la vieja creencia de que la sangre en ella derramada quedaba siempre incoagulable, y la segunda guerra ha enseñado que al menos en los casos traumáticos se forman coágulos en la cavidad pleural a menudo muy rápidamente, incluso pocas horas después de producirse la herida. Las heridas del pulmón y de la pared torácica sirven de fuentes de los fermentos de la coagulación, determinando la aparición de fibrina, cuya presencia transforma al hemotórax en crónico, incapaz de ser evacuado por punciones. La infección del hemotórax puede producirse cuando la sangre está todavía líquida, originando una supuración masiva aguda con cuadro séptico, o puede hacerse después, por bacterias poco virulentas que favorecen aún más la producción de fibrina y originan recessos supurantes alternando con zonas no infectadas, lo que puede originar errores en la punción de prueba. El tratamiento se diferencia del de un absceso habitual en que no basta eliminar el pus, sino que es necesario suprimir la cavidad ocupada por él y permitir la reexpansión del pulmón. Por eso lo más útil para no tener que recurrir más tarde a operaciones toracoplásticas es hacer precozmente la decorticación, cuando el empiema sea resistente a un tratamiento conservador con punciones, antibióticos y estreptoquinasa-estreptodornasa durante las dos primeras semanas, y esto, más drenaje cerrado, pasado este plazo.

**Metabolismo de los carbohidratos en la cirrosis.**—Por la importancia de las fosforilaciones en el metabolismo de todos los principios inmediatos y en la elaboración de los fermentos celulares, y por ser el hígado donde estas fosforilaciones son más intensas, los autores han juzgado interesante estudiar la repercusión de una afección hepática sobre el catabolismo de los glucídicos. Utilizan 14 cirróticos, en su mayor parte etílicos, todos bien estudiados, y nueve de ellos comprobados histológicamente, y 22 testigos normales. En ellos, tras sobrecarga de 80 c. c. de fructosa al 40 por 100 en seis minutos por vía intravenosa, estudian la curva de fructosuria, la piruvemia, lactacidemia, glucemia, fosfato inorgánico en sangre y suero, y tasa de cocarboxilasa en sangre. Observa así un doble trastorno metabólico: enlentecimiento de la fosforilación de las hexosas en las fases iniciales del metabolismo intermedio, y trastornos de la degradación del ácido pirúvico, probablemente por insuficiente formación de carboxilasa. Ambos pueden explicarse por una lesión hepatocelular que dificulta la fosforilación de la hexosa y la de la vitamina B<sub>1</sub> (cocarboxilasa). En el "síndrome de insuficiencia de los catalizadores celulares" y en el síndrome de Sjögren sólo se ve el segundo de dichos dos trastornos metabólicos, pudiendo explicarse por un efecto de elaboración de los apofermentos por disproteinemia. Esto quizás sea cierto también en la cirrosis, en la que está muy disminuida la acción estimulante de la vitamina B<sub>1</sub> sobre la síntesis proteica a partir de los aminoácidos.

**Formación de anticuerpos en el ojo.**—Se sabe que en el ojo hay una activa formación de anticuerpos, si bien éstos no aparecen hasta los doce o catorce días de la infección (tuberculosis, leptospirosis), pero alcanzando después niveles mayores que en la sangre. El autor ha estudiado la localización de estos anticuerpos mediante el método de Coon: los cortes del tejido se fijan en alcohol, se tratan con una solución del antígeno, que se combina con los anticuerpos fijados y después con anti-

corpo homólogo marcado con fluoresceína, que se fija sobre el antígeno ligado a los anticuerpos fijados y puede ser detectado y localizado con el microscopio de fluorescencia. Ha observado de este modo que los ojos con gran actividad de anticuerpos contienen numerosas células fluorescentes, aisladas o en pequeños grupos en el estroma del iris, en el cuerpo ciliar y en las capas anteriores de la coroides. Todas las células fluorescentes son células plasmáticas, y la fluorescencia sólo existe en su protoplasma. Es decir, que en el ojo inflamado sólo las células plasmáticas contienen o forman anticuerpos; esto explica que su aparición se retrase doce o catorce días, el mismo tiempo que tardan en aparecer histológicamente infiltrados plasmocitarios visibles. La cuestión de si las células plasmáticas se forman in loco a partir de las células mesenquimales (que no muestran fluorescencia, como tampoco las epiteliales) o proceden de la sangre, queda en pie.

85 - 15 - 9 de abril de 1955

Posibilidades quimioterapéuticas en los fracasos de los tuberculosíticos clásicos. J. Wanner y G. Kaufmann. A propósito de la retención del radiofósforo en el hombre normal y canceroso, medida por eliminación urinaria. S. Neukom y colaboradores. Técnica de la broncografía en la tuberculosis pulmonar. F. Escher, H. Wissler y P. Zuidema. "Noludar", un nuevo hipnótico de la serie piperidínica. P. Belmont, A. Studer y R. Juergens. Experiencias clínicas con un nuevo hipnótico desprovisto de barditúricos. ("Noludar"). H. Krause.

**Retención del radiofósforo en normales y cancerosos.** Se sabe que los tejidos en proliferación activa, normal o patológica, retienen mucho más fósforo que los que se hallan en reposo mitótico. El  $P^{32}$  administrado se reparte en todos los tejidos; pero en su mayor parte y con mayor rapidez se fija en la médula ósea en el sujeto normal, por ser el centro de más viva proliferación, hasta tal punto, que esta fijación es exactamente proporcional a la intensidad de la hematopoyesis: si por otros medios se estimula o se retarda ésta, aumenta o disminuye respectivamente la fijación del  $P^{32}$  en la médula ósea. En los sujetos cancerosos existe otro centro de proliferación activa en competencia con la médula, y esta competencia será menor o mayor, según la naturaleza de la neoformación, su actividad bioquímica y la intensidad de su crecimiento, hasta tal punto, que en uno de los casos de los autores (seminoma metastatizante muy maligno) impedía que las variaciones de la hematopoyesis se reflejasen sobre la cantidad de  $P^{32}$  fijado en la médula. Si el poder del tejido canceroso para fijar el  $P^{32}$  es muy fuerte, la prueba de fijación en la médula ósea variará según la actividad y la extensión de las lesiones, permitiendo así apreciar la evolución anatomo-clínica del cáncer.

**Noludar, un nuevo hipnótico.**—El noludar es un nuevo hipnótico de la serie piperidínica, químicamente, 2,4-dioxo-3,3-dietil-5-metil-piperidina. Su acción tiene seis grados de intensidad: acción sedante ligera, acción sedante marcada, estado crepuscular intenso, parálisis inicial, pérdida del reflejo corneal y, por último, narcosis profunda con parálisis respiratoria. La dosis hipnótica mínima corresponde al grado segundo, y la dosis narcótica mínima está entre el tercero y el cuarto. Su margen terapéutico es muy bueno, y la acción, más prolongada que la de la dioxo-dietil-tetrahidropiridina. Su acción anticonvulsiva es menor que la del luminal. A las dosis terapéuticas no tiene efectos indeseables sobre la circulación, respiración e intestino. En los casos de intoxicación aguda son útiles los analépticos que actúan sobre centros más elevados que el bulbo. Hematológicamente es muy bien tolerado: en más de 2.600 personas no se observó ninguna acción desfavorable sobre los leucocitos.

**Empleo clínico del noludar.**—El noludar, hipnótico derivado de la piperidina, una de cuyas ventajas más importantes es su favorable índice terapéutico, ha sido

ensayado por el autor en más de 270 enfermos, mostrándose superior a los barbitúricos. Es útil para producir el sueño en los casos de insomnio (basta generalmente una tableta de 200 miligramos al acostarse), para reanudar el sueño interrumpido (2 tabletas de 200 miligramos) y también como sedante en las horas diurnas, a dosis de 50 miligramos dos a cuatro veces al día. Sus efectos rápidos en trastornos del sueño y estados de excitación de diversa etiología, y su buena tolerancia sin efectos colaterales ni consecutivos, hacen de él un medicamento valioso.

85 - 16 - 16 de abril de 1955

- \* Tres casos de agammaglobulinemia. Una contribución clínica, genética y fisiocoquímica al conocimiento del metabolismo de las proteínas. N. Kuinoff, K. O. Pedersen y J. Waldenstroem.
- Trombocitosis marcada en las ratas bajo tratamiento con 5-oxitriptamina. Chr. Hedinger y H. Langemann.
- \* Posibilidades quimioterapéuticas en los fracasos de los tuberculosíticos clásicos. J. Wanner y G. Kaufmann. Tuberculosis paracavitalia. M. Schmidt.

**Agammaglobulinemia.**—Los autores comunican haber observado tres muchachos, dos de ellos hermanos, y el tercero, posiblemente relacionado con ellos, padeciendo esta enfermedad. El diagnóstico, sospechado clínicamente por la impresionante tendencia a padecer procesos infecciosos de todas clases, fué confirmado por electroforesis (en papel y Tiselius), revelando la falta de la fracción gamma. Los estudios con la ultracentrifugación pusieron de manifiesto la ausencia de la fracción 7 S, que normalmente representa el 20 por 100 de las proteínas y corresponde a la gammaglobulina electroforética. En los padres, hermanos y otros familiares de estos enfermos se encontró un espectro proteico normal, lo cual habla en favor de un carácter hereditario recesivo. Estos casos demuestran la importancia que tiene la inmunidad humoral en la defensa contra las infecciones banales. Ninguno de los tres muchachos tenía en su suero aglutininas anti-A ni anti-B. Los hemáties de dos de ellos revelaron no ser aglutinados por los sueros anti-A ni anti-B; pero sí por el anti-O. No hicieron en ellos vacunación antitetánica ni antidiptérica; pero sí antituberculosa con BCG, haciéndose dos de ellos tuberculinos-positivos después de la vacunación.

**Medicamentos antituberculosos.**—Aparte de los medicamentos "clásicos": estreptomicina, PAS e isoniazida, útiles en la mayoría de los casos, hay algunos otros tuberculosíticos que pueden ser empleados con éxito cuando fracasan los anteriores o en algunos casos especiales. La terramicina puede sustituir al PAS como medicamento de base. Combinada con la estreptomicina tiene pocos efectos colaterales. La viomicina es "in vitro" en los animales de experimentación y en la clínica poco menos eficaz que la estreptomicina. Su principal aplicación es en los casos resistentes a la estreptomicina; pero es frecuente que se desarrolle también una resistencia a la viomicina, por lo que sólo se debe dar en forma intermitente. A menudo hay que limitar la duración de su empleo, por formarse induraciones dolorosas en el punto de inyección. Está contraindicada en las nefropatías. La pirazinamida (aldinamida) es activa en medio ácido (focos caseosos), al contrario que todos los demás tuberculosíticos. Administrada sola, su efecto clínico se desvanece en pocas semanas, por lo que su uso en esta forma queda limitado a las fases de diseminación y a los períodos pre y postoperatorio. Asociada a la isoniazida es uno de los mejores fármacos antituberculosos con que contamos ahora. Su empleo rutinario puede conducir a manifestaciones tóxicas por parte del hígado, lo que obliga a un riguroso control de la función hepática.

85 - 17 - 23 de abril de 1955

- \* Estudios experimentales sobre la génesis del carcinoma de mama. O. Muehlbock.
- \* Alteraciones musculares en el hipertiroidismo. H. Pipberger, R. Kaelin y T. Wegmann.

- \* La función tiroidea en el anciano. B. R. Scazzigna, L. L. Barbieri y T. Béraud.
- Sobre el aclaramiento renal en el embarazo normal y en la toxicosis tardía hipertensiva. Su modificación por los medicamentos hipotensores. R. Lanz y E. Hochuli.
- \* Las barreras fisiológicas en la aviación moderna. G. Schubert.
- \* Diagnóstico del feocromocitoma. J. Kaegi y H. Lange-mann.

**Génesis del cáncer de mama.**—El autor resume y comenta los resultados de las investigaciones sobre la génesis del carcinoma mamario en el ratón. El llamado factor lácteo, similar al cual no hay ningún factor en el cáncer de mama de la mujer, y que probablemente es un virus, no es el factor principal, sino sólo de importancia accesoria. Los factores esenciales son los influjos hormonales procedentes del ovario y de la hipófisis. Concurren con éstos otros elementos accesoriales además del ya citado, como son la constitución genética y las circunstancias ambientales: alimentación y género de vida. No hay que olvidar que lo encontrado experimentalmente en el ratón no es aplicable a la especie humana.

**Alteraciones musculares en el hipertiroidismo.**—De muy antiguo es conocida la frecuente participación de los músculos en el cuadro clínico del hipertiroidismo. Las manifestaciones musculares pueden ser diversas, enumerándolas así los autores por orden decreciente de frecuencia: miopatía crónica hipertiroides, miastenia gravis, pseudoparálisis, parálisis paroxística y oftalmoplejia exoftálmica. La primera de todas, la más frecuente, se manifiesta por una pronunciada debilidad muscular con distrofias musculares. Es muy frecuente hacer diagnósticos erróneos, sobre todo en los casos en que los síntomas musculares y la atrofia ocupan el primer plano del cuadro clínico. Los autores han investigado los fenómenos musculares en trece hipertiroides. Nueve de ellos tenían notablemente reducida la fuerza muscular. Sólo vieron distrofias musculares en un caso, que era además el único con creatinuria. El coeficiente de creatinina estaba disminuido en las dos terceras partes de los casos, y la prueba de tolerancia a la creatina reveló una menor retención, indicando una reducción de la masa muscular. Practicaron tres biopsias de músculo, encontrando sólo una anormal. En doce de los trece casos la exploración electromiográfica dió las alteraciones típicas de una distrofia muscular, resultando así ser el método más sensible para detectar la participación muscular en el hipertiroidismo.

**La función tiroidea en el anciano.**—La creencia más común es que el tiroides entra en reposo en la senectud, participando de la involución general del sistema endocrino. Esto, que se basa en las medidas del metabolismo basal y en los datos anatopatológicos, no está de acuerdo con los datos obtenidos acerca de la iodoproteína en la sangre de los viejos. Los autores han estudiado los diversos aspectos de la función tiroidea en diez ancianos sanos, encontrando un aumento del iodo ligado a las proteínas de la sangre, una mayor fijación del radioiodo en el tiroides y un índice de conversión alto. El metabolismo basal se mantiene sin alteraciones notables. Es decir, que en el viejo hay una hiperfunción tiroidea que tiene por consecuencia una mayor captación del iodo, una conversión más rápida del iodo inorgánico en orgánico y un aumento de la hormona tiroidea circulante. Esta hiperfunción tendría por objeto compensar la disminución de los procesos oxidativos en la periferia debida a la involución tisular, aumentando el aporte de la hormona que estimula dichos procesos. Quizá intervenga una disminución del freno que las gonadas ejercen sobre la hipófisis.

**Las barreras fisiológicas en la aviación moderna.**—Con este nombre se designan factores ambientales que disminuyen la capacidad del organismo humano durante el vuelo, de tal manera que hacen dudoso un nuevo progreso en los modernos aparatos y en determinadas condiciones. Las barreras de la altura y de la presión han sido ya definitivamente superadas, y sólo intervie-

nen como un factor más en algunos accidentes de vuelo. Por el contrario, hay otras dos barreras que hasta el momento siguen siendo insuperables: la barrera de la aceleración y la barrera óptica. Esta última está condicionada por la capacidad de reacción del órgano de la visión y se manifiesta por la formación de una zona ciega delante de los ojos del piloto, cuya profundidad es proporcional a la velocidad del vuelo, lo que le impide rápidos. Cuando se vuela en las capas más altas de la atmósfera hay que tener en cuenta además la barrera de las radiaciones, debida a la acción lesiva de los rayos cósmicos, y, en especial, de su componente nuclear pasado sobre el organismo.

**Diagnóstico del feocromocitoma.**—El feocromocitoma se distingue por su actividad incretora de los simpatogonios infantiles, muy malignos, y de los simploblastomas. Puede asentarse en cualquiera de los sitios en que en el feto haya tejido cromafín, desde el simpático cervical hasta el plexo pélvico; pero con la mayor frecuencia son de la médula suprarrenal. En un 10 por 100 se encuentran metástasis incretoriamente activas. Clínicamente el hecho más saliente es la hipertensión, que se acompaña de unos u otros síntomas y complicaciones, según la forma que revista: paroxística o duradera, lo que depende del predominio de la adrenalina o de la noradrenalina en la inyección del tumor. Para el diagnóstico hay, además de los datos anamnésicos, la palpación y la exploración radiológica, pruebas farmacológicas: unas de provocación (aumento de la tensión por histamina, etilamonio, mecolil, etc.), y otras, adrenolíticas (caída de la tensión por la benzodioxana, regitina y dibenamina). También se puede hacer la dosificación de adrenalina y noradrenalina en la sangre (normalmente no superior a las 0,4 gammas por 100 c.c. sumando ambas sustancias) y en la orina (normalmente 16-80 gammas por 100 en las veinticuatro horas, siendo un 85 por 100 noradrenalina).

85 - 18 - 30 de abril de 1955

- \* Sobre las pruebas de función del páncreas. B. Steinmann y J. Widmer.
- \* El problema de las adherencias postapendiciticas. H. Streuli.
- \* Alteraciones musculares en el hipotiroidismo. H. Pipberger, R. Kaelin y T. Wegmann.
- Sobre el aclaramiento renal en el embarazo normal y en la toxicosis tardía hipertensiva: su modificación por los medicamentos hipotensores. R. Lanz y E. Hochuli.
- Influencia de diferentes colorantes sobre la movilidad o "vitalidad" de los espermatozoides humanos. C. A. Joel y S. Kwiat.
- Uso y abuso de la eritromicina. F. Deucher.

**Pruebas funcionales del páncreas.**—Los autores han efectuado la prueba de la prostigmina en 125 enfermos, determinando por el método sacarógeno de Somogyi la diastasa del suero antes (en ayunas) y a varios intervalos (treinta, sesenta, noventa y ciento veinte minutos) después de la administración de prostigmina. La diastasa en ayunas es de 60-80-unidades en los normales, está aumentada en la pancreatitis aguda y en la litiasis biliar con uremia y disminuida en diversas afecciones, siendo mínima en las fases premortales de las hepatopatías. La administración de prostigmina no modifica o muy poco (a lo sumo, 25 u.) la cifra de diastasa del suero en los normales; la prueba tiene un valor patológico muy seguro cuando las diferencias alcanzan las 35 unidades por encima o por debajo de la cifra basal. Las curvas patológicas se encuentran con la mayor frecuencia en las pancreatitis agudas y crónicas, en la ictericia obstructiva, en la colelitiasis (sobre todo después de un cólico) y en la cirrosis. La prueba da resultados positivos a menudo también en diversas afecciones abdominales, en los períodos de intervalo del asma bronquial, en la diabetes y en la esclerosis en placas. Así, pues, la prueba de la prostigmina revela una pancreatitis, pero no la clase de ésta; no es signo de una pancreatitis, sino de una alteración de la secreción de diastasa, cuya causa habrá que aclarar por otros medios.

**Adherencias postapendicíticas.**—La frecuencia de adherencias productoras de molestias y síntomas clínicos consecutivos a la apendicectomía llega a constituir un serio problema. Los autores, basados en su experiencia de 61 casos y en los datos de la literatura, afirman que la formación de adherencias es importante, no en los casos corrientes de peritonitis aguda (ésta originó el 3,27 por 100 de los casos de adherencias), sino sobre todo en los casos perforados en que hubo que hacer drenaje y en las tifilitis crónicas (34,4 y 55,7 por 100, respectivamente). En los casos agudos la organización conjuntiva de la fibrina exudada a consecuencia de la laparotomía está impedida por las propiedades fibrinolíticas del exudado y las fagocitarias de los leucocitos; pero cuando la laparotomía recae sobre un abdomen sin inflamación aguda, la organización ya está irreversiblemente en marcha cuando la exudación de leucocitos alcanza la cuantía suficiente. Las medidas útiles para prevenir las adherencias son: indicación estricta, manejo cuidadoso de los tejidos durante la operación, peritonización suficiente, empleo de polvos de almidón en lugar de talco para los guantes, uso de diluciones muy altas de los antibióticos cuando es necesario ponerlos intraperitonealmente, instilación de Liquoid Roche cuando hay predisposición a las adherencias (casos crónicos, sin indicación apremiante), enteritis con escasa o nula participación apendicular y sin formación de exudados, afecciones ginecológicas que imitan la apendicitis aguda y cambios frecuentes de posición del enfermo en las primeras horas y días después de la operación.

**Alteraciones musculares en el hipotiroidismo.**—Desde hace tiempo se conoce la participación muscular en el cuadro del hipotiroidismo: en la mayoría de los casos hay hipertrofia y en un pequeño número distrofias. Son muy característicos los calambres y subsaltos musculares dolorosos. Pueden encontrarse reacciones mecánicas y eléctricas miotonoides, que se diferencian de la verdadera miotonia por su menor duración e intensidad. Están retardadas la contracción y relajación del músculo en los reflejos tendinosos. Como causa de todos estos fenómenos se aduce un aumento de la excitabilidad. Los autores estudiaron detenidamente las manifestaciones musculares en cinco hipotiroides, no encontrando hipertrofias o distrofias significativas ni disminución de la fuerza. En tres enfermos había calambres dolorosos y reacciones miotonoides. La biopsia de músculo practicada en dos casos dió resultado normal. En ninguno había creatinuria y en tres de cuatro el coeficiente de creatinina era bajo. De dos casos, en uno la sobrecarga de creatina por vía oral dió cifras normales y en otro una retención disminuida. Electromiográficamente vieron tanto el acortamiento de los potenciales de acción, característica de la distrofia, como su alargamiento, signo de hipertrofia. Todos los hipotiroides dan electromiogramas anormales, más frecuentemente en el sentido de hipertrofia. Sólo una vez vieron en el electromiograma de una reacción miotónica mecánica una actividad fibrilar sincrónica.

## Deutsche Medizinische Wochenschrift

80 - 9 - 4 de marzo de 1955

\* El tratamiento anticoagulante del infarto de miocardio. W. Loeffler y M. Schnebu. Una nueva penicilina antihistamina de depósito: Neopenicilina. J. Vonkennel. \* Tratamiento de la oxiuriasis en la infancia. W. Goeters. La lucha contra el dolor en los cancerosos. H. Schultze. Epidemiología de la poliomielitis en Europa en los años 1952 y 1953. F. Junk. La importancia del diagnóstico precoz de las tuberculosis del esqueleto. E. Rausch.

**Anticoagulantes en el infarto de miocardio.**—Para contribuir al tan debatido problema de la utilidad de los anticoagulantes en el tratamiento del infarto de miocardio, los autores presentan un estudio comparativo de 200 casos que recibieron tales sustancias y otros 100 en

que no se emplearon. Haciendo uso adecuado de esta medicación no observaron ninguna complicación venosa (trombosis periféricas y embolias pulmonares) ni embolias arteriales, mientras que en el otro grupo hubo 41 accidentes de este tipo con 24 muertes. En el grupo de sesenta a setenta años, que es justamente cuando es más frecuente el infarto, se observa claramente un curso más favorable en los sujetos tratados. A juicio de los autores, es tan segura la eficacia de los anticoagulantes en el tratamiento del infarto, que en ningún caso se debería prescindir de ellos, a menos que existiera una contraindicación formal. Sin embargo, no se ha podido demostrar que los anticoagulantes modifiquen el infarto mismo o la aparición de un infarto consecutivo. La diferencia entre la frecuencia de éste en los casos tratados con anticoagulantes (2 por 100) y en los no tratados (5 por 100) es demasiado pequeña para que tenga valor estadístico.

**Tratamiento de la oxiuriasis con piperazina.**—El autor ha empleado un preparado de piperazina (Uvilon) en 42 niños en los que diariamente durante dos semanas se contaron los huevos de oxiuros de la región perianal, pudiendo así detectar una fuerte infestación. Sólo incluyeron los casos con un promedio superior a 100 huevos por preparación. El grupo comprendía 17 niños de dos a seis años y otros 25 en edad escolar (seis a catorce años). Todos tomaron el preparado sin dificultades, mucho mejor que todos los vermiculos empleados anteriormente. La dosis diaria fué proporcional a la edad y se repartió de forma que se diese una torta con cada comida. La duración del tratamiento fué de siete días y durante cuarenta y cinco más se siguieron haciendo frotis anales para comprobar los efectos del tratamiento. No se requiere ninguna medida dietética y no se presentan vómitos, diarreas ni dolores abdominales. Los resultados fueron buenos: 40 de los 42 niños quedaron libres de vermes durante el tratamiento. De estos 40, en 37 el frotis anal siguió siendo negativo durante los cuarenta y cinco días de observación ulterior. En dos niños en que la piperazina se dió en tabletas en lugar de darlo en forma líquida, no desaparecieron los huevos de oxiuros del frotis anal, sin duda porque las tabletas no fueron suficientemente chupadas o masticadas. En ambos, un tratamiento en forma líquida produjo la curación.

**Butazolidina en el cáncer.**—El tratamiento del dolor de los cancerosos sigue siendo un problema terapéutico acuciante. El autor ha empleado para combatirlo la butazolidina, dada en forma de irgapirina, en ocasiones asociada a los alcaloides. Incluso en los casos más graves se observó una acusada disminución de los dolores, de la fiebre y de la inflamación peritumoral. La acción analgésica de los alcaloides se refuerza y se prolonga cuando se les asocia la butazolidina. En el aspecto psíquico hay que señalar la acción euforizante de la irgapirina, deseable en estos enfermos, y el hecho de que disminuye los trastornos de la personalidad producidos por los alcaloides. La dosis tiene que ser alta: el autor empieza por 1,5-2,25 gr. de butazolidina en las primeras veinticuatro horas y después regula la cantidad a dar según el estado de los dolores del sujeto. Al comenzar el empleo de la butazolidina en estos casos temió el autor que estas dosis grandes pudieran producir una agranulocitosis; sin embargo, en ningún caso se produjo una disminución de los leucocitos, aunque sí en algunos casos una desviación a la izquierda. No se produjo ninguna otra manifestación de intolerancia ni alteraciones en las pruebas o en el espectro proteico.

80 - 10 - 11 de marzo de 1955

Sobre los trastornos de la pubertad. G. Fanconi. Directrices para el informe en las infecciones por leptospiras. F. Fuehner y C. Mumme. Variaciones diarias de la acidez gástrica. J. Schunk y G. Schmitt. \* Sobre una nueva penicilina de depósito con larga duración de sus efectos. G. Thaeeler. \* La acción antitusigena de los compuestos de la serie del dromoran. H. Maurer.

**Tardocilina.**—El ideal respecto a las llamadas penicilinas de depósito es conseguir una que a la prolongación de sus efectos una la rapidez de su acción. Estas propiedades reúne la Tardocilina, que químicamente corresponde a la dibenciletilendiamino-dipenicilina G. Es regularmente soluble en alcohol, apenas soluble en acetona y difícilmente soluble en agua. Para su administración se suspende la cantidad del producto correspondiente a 600.000 unidades en 1,35 c. c. de agua y se inyecta intramuscularmente. No conviene aumentar el volumen de agua porque entonces aumenta la superficie del depósito en los tejidos y la absorción se hace más rápida, pero menos duradera. Una hora después de la inyección la penicilinemia alcanza la cifra de 10,9 unidades por c. c. de suero y luego va disminuyendo, al principio rápidamente, después más despacio, siendo el nivel en sangre a las veinticuatro horas de 0,04 u./c. c., superior al mínimo eficaz (0,03 u./c. c.). El preparado se tolera bien tanto local como generalmente y no se ha observado ningún accidente de hipersensibilidad al mismo.

**Antitusigenos de la serie del dromorán.**—Los alcaloides del opio, útiles para combatir la tos, tienen acciones secundarias indeseables: náuseas, estreñimiento, somnolencia y riesgo de habituamiento y manía. El autor ha empleado un producto sintético: dextro-3-metoxi-N-metilmorfinán (Romilar), consiguiendo un buen efecto depresor de la tos en 79 sujetos con bronquitis de diversos tipos. Su acción antitusigena corresponde, a dosis terapéuticas, a la de la codeína, e incluso se mostró útil en algún caso refractario a esta última. La asociación con efedrina o con los derivados del ácido tropánico no refuerza su acción. Las acciones secundarias de la codeína se presentan muy raramente con este nuevo cuerpo y en ningún caso produjo toxicomanía.

80 - 11 - 18 de marzo de 1955

- \* El cuadro clínico de la herpangina. A. Windorfer y H. Schicker.
- \* La forma enterotropa del hipertiroidismo. F. Kuhmann. La demostración de la mucosa del intestino grueso con "Unibaryt rectal". A. Gebauer y H. Hamm. Experiencias clínicas con myxal. H. K. Fuchs y K. Haack. El tratamiento de la tuberculosis infantil con isoniazida. W. Plettenberg.
- Bloqueo del ganglio estrellado con pendiomida. R. Ahrens y G. Kuever.

**Herpangina.**—A medida que se ha ido estudiando más el virus de Coxsackie y las enfermedades producidas por él, han aparecido nuevas comunicaciones sobre la herpangina. Sin embargo, esta enfermedad es aún mal conocida y se la toma a menudo por una angina con herpes labial simultáneo. La herpangina es una enfermedad producida por el virus A de Coxsackie y que puede presentarse esporádica, endémica e epidémicamente. Se trata de una enfermedad autónoma, aunque puede presentarse también frecuentemente como síntoma acompañante de otra enfermedad. Sus síntomas generales son inespecíficos: cansancio, malestar, anorexia y cefalea, a los que pueden añadirse conjuntivitis, dolores musculares, rigidez de nuca, dolores abdominales y diarrea. El comienzo es agudo, con fiebre, y muchas veces vómitos. Lo característico es la aparición de vesículas en la cavidad bucal, de tamaño entre una cabeza de alfiler y una lenteja, a menudo rodeadas de un halo rojo. Están unas al lado de otras, de preferencia en los pilares anteriores, y pueden extenderse por el paladar blando, úvula y amigdalas. Las vesículas dan lugar a ulceraciones superficiales que se recubren de una capa blanquecina de fibrina. Los pilares, y a menudo también las amigdalas, están muy enrojecidos. Todo pasa en tres a cinco días. El pronóstico es siempre bueno y el tratamiento sólo sintomático.

**Forma enterotropa del hipertiroidismo.**—La hipofunción tiroidea no repercute por igual sobre todas las partes del cuerpo. Las alteraciones intestinales, en especial las diarreas, son un síntoma casi obligado del cu-

adro completo del Basedow. Pero cuando las diarreas constituyen el único síntoma del hipertiroidismo, representando la forma enterotropa del mismo, pueden crear grandes dificultades diagnósticas, que se hacen aún mayores cuando se trata de un trastorno intestinal no revelado por el examen de las heces, sino sólo por la exploración radiológica, que pone de manifiesto la alteración del tono y de la motilidad. El trastorno intestinal, aun en los casos de diarrea interna, es decir, de diarrea delgado compensada en el grueso, es causa de un mal aprovechamiento de los alimentos y en especial de una pérdida de vitamina A. La forma enterotropa del hipertiroidismo puede por esta razón contribuir al adelgazamiento del sujeto y ser confundida con otras enfermedades consuntivas cuando faltan los demás síntomas característicos.

80 - 12 - 25 de marzo de 1955

- Nefropatías infantiles precoces. F. Linneweh.
- \* ¿Es posible la diferenciación clínica entre un linfogranuloma y un paragranuloma? M. Löew y K. Lennert. La circulación en el sueño fenotiazinico. H. Spitzbarth, H. Bauer y H. Weyland.
- \* Un antídoto de los opiáceos. M. Zindler y P. Ganz. Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por nebulizaciones. H. Uhde.
- La acción citostática de las quinonas y sus derivados. C. A. Apffel.
- Sobre el tratamiento de la osteitis deformante de Paget. W. Hirsch.
- El tratamiento de la alopecia areata y del eczema hidrótico con vitamina D<sub>3</sub> ligada a la lactalbumina. W. Schuchard.
- El tiempo de Quick para el control del tratamiento dicumarínico. M. H. Hoerder.

**La diferenciación clínica del linfogranuloma y el paragranuloma.**—La triple división establecida por JACKSON y PARKER en paragranuloma de Hodgkin, granuloma de Hodgkin y sarcoma de Hodgkin es auténtica hasta cierto punto, pues no cabe duda de que morfológicamente hay diferencias evidentes entre estas tres formas, si bien con casos intermedios. Interesa saber si esto tiene una expresión en clínica, y especialmente si es posible distinguir clínicamente un linfogranuloma de un simple paragranuloma. JACKSON y PARKER señalaron que en éste la afectación ganglionar es más limitada y faltan los síntomas generales. Para comprobar esto los autores han analizado el curso clínico de siete enfermos en los que por biopsia y en parte también por autopsia pudieron establecer con seguridad el diagnóstico de paragranuloma. Aunque la imagen histológica de este último es relativamente benigna, el curso clínico no siempre lo es. Esto, junto con la existencia de cuadros clínicos oligosintomáticos en la linfogranulomatosis clásica y de formas de transición entre estos dos, hace imposible diagnosticar o excluir el paragranuloma por medios puramente clínicos. Por estas razones los autores se inclinan a no considerar el paragranuloma como una entidad clínica, sino como una variante relativamente benigna del linfogranuloma.

**Un antídoto de los opiáceos.**—Una de las causas por las que los opiáceos, naturales o sintéticos, pueden poner en peligro agudamente la vida es la depresión respiratoria. Los autores han ensayado en 11 voluntarios la acción antídota del 1-3-oxi-N-alil-morfinán sobre esta depresión. Inyectado intravenosamente normaliza rápidamente la frecuencia y el volumen respiratorios. La dosis óptima es la de 2 a 3 mg., pero no se han observado efectos desagradables ni aun después de dar dosis altas o prolongadamente. Cuando se administra sin previa dosis de opiáceo produce ligeras molestias que nunca son peligrosas. Este antídoto resulta útil en las intoxicaciones debidas a hipersensibilidad, hiperdosificación o intento de suicidio, en el tratamiento de los dolores postoperatorios, en la administración preoperatoria de opiáceos y en el empleo de estas sustancias para reforzar la acción narcótica del gas hilarante y, por último, en la asfixia de los recién nacidos debida a la administración de opiáceos durante el parto.