

El Curso empezará el 18 de febrero de 1957 y su duración aproximada será de un mes y medio.

Las lecciones se darán en la cátedra de Patología General de la Facultad de Medicina. Las demostraciones prácticas se harán en los laboratorios de los conferenciantes.

Para inscripciones y detalles dirigirse a la Secretaría de la cátedra de Patología General de la Facultad de Medicina o al Secretario de la Regional de la Asociación Nacional de Médicos Especialistas de Análisis Clínicos, Doctor Coll Sampol, calle Aribau, 252, principal.

El precio de la inscripción es de 1.000 pesetas.

La matrícula será limitada a 20 alumnos.

Al final del Curso se dará un certificado de asistencia a los que hayan demostrado asiduidad y aprovechamiento.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Curso de conferencias sobre problemas actuales de PATOLOGÍA MAMARIA.

Organizado por las cátedras de Patología Quirúrgica de los Profesores Doctor Cortés y Doctor Gomar, de la Facultad de Medicina de Sevilla.

17 de enero de 1957.—"Introducción a la Patología mamaria: Ginecomastias". Profesor Gascó, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Valencia.

31 de enero de 1957.—"Fisiopatología de la lactancia". Profesor Bedoya, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada.

7 de febrero de 1957.—"Nosología y anatomía patológica de las mastopatías endocrinas". Profesor Llombart, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Valencia.

8 de febrero de 1957.—"El problema social del cáncer de mama". Profesor Llombart, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Valencia.

21 de febrero de 1957.—"Tuberculosis mamaria". Profesor Usandizaga. Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona.

8 de marzo de 1957.—"Precáncer de la mama". Profesor Guilera, Catedrático de Anatomía Patológica, Director del Servicio del Cáncer del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

21 de marzo de 1957.—"Formas Anatomoclinicas del cáncer de mama". Profesor Bullón, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Sevilla.

28 de marzo de 1957.—"Enfermedad de Paget". Profesor López Martínez, Catedrático de Dermatología de la Universidad de Sevilla.

4 de abril de 1957.—"Estado actual de la cirugía radical del cáncer de mama". Profesor Gomar, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Sevilla.

9 de mayo de 1957.—"Terapéutica física del cáncer de mama". Doctor Belloch, Profesor Adjunto de Terapéutica Física de la Universidad de Madrid.

16 de mayo de 1957.—"Tratamiento paliativo hormonal y quirúrgico del cáncer de mama". Profesor Piulachs, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Barcelona.

23 de mayo de 1957.—"Resumen del Curso". Profesor Cortés, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Sevilla.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TERAPEUTICA CELULAR. Doctor P. NIEHANS.—Editorial Labor. Barcelona, 1955.—Un volumen de 426 páginas con 134 figuras, 260 pesetas.

La terapéutica celular es fundamentalmente un capítulo de la biología teórico-experimental cuyas aplicaciones futuras no pueden preverse. En este aspecto, el doctor NIEHANS ha trabajado y obtenido algunos hechos y resultados interesantes. Este libro puede informar al interesado sobre la cuestión.

LEITFADEN DER UROLOGIE. Doctor C.-E. ALKEN.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 163 páginas con 82 figuras, 16,50 DM.

En la calidad de epítome este libro es, sin duda, útil para el médico o el estudiante, porque está hecho sobre la base de una auténtica experiencia, expuesto en forma muy sencilla y concreta y facilitado el texto por una gran cantidad de dibujos esquemáticos.

LUNGENKREBS UND BRONCHOGRAPHIE. Doctor H. ANACKER.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 78 páginas con 45 figuras, 28,50 DM.

Una auténtica revolución ha experimentado en los últimos años el conocimiento y la terapéutica del cáncer broncopulmonar. Deriva este notable progreso de la jus-

ta estimación de las zonas de atelectasia en las radiografías ordinarias y de la broncografía, que permiten sospechar a través de las interrupciones u obstrucciones de las ramas bronquiales la existencia del proceso formativo. El diagnóstico se complementará ulteriormente con el examen citológico y con la broncoscopia. Aquel primer aspecto, especialmente delicado, constituye el objeto de esta bien editada y profusamente ilustrada monografía, en la que se hace un estudio detenido de lo que la broncografía clínica puede dar en los diferentes períodos y localizaciones del cáncer. En este sentido es un libro objetivo y de gran utilidad, principalmente para el especialista.

LIBROS RECIBIDOS

"Diagnostics pneumologiques". Dr. A. P. Jarniou.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1956.—Un volumen de 148 páginas con 28 figuras, 1.350 francos franceses.

"Le traitement de la maladie de Hodgkin". Doctores G. Marchal y L. Mallet.—Editorial G. Doin y & Cie. París, 1956.—Un volumen de 116 páginas con 27 figuras, 1.400 francos franceses.

"Les constipations et leur traitement". Doctores A. Lamblin y J. Souillard.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1956.—Un volumen de 190 páginas con 13 figuras, 2.200 francos franceses.

B) REFERATAS

Archives of Neurology and Psychiatry.

72 - 1 - 1955.

- Estudios sobre la barrera hematodiencefálica con fósforo radioactivo. L. Bakey.
- Enfermedad de Wilson. Forma crónica. B. W. Lichtenstein y colaboradores.
- Problemas respiratorios en el síndrome agudo de Guillain Barré. P. Bendz.
- Investigaciones de la validez de las medidas en el Halstead de inteligencia biológica. R. M. Reitan.
- Esquema formado a nivel de la parte superior de la médula cervical por las fibras sensoriales de los nervios espinales y craneales. T. Humphrey.
- Respuesta de los eosinófilos sanguíneos y los 17 hidroxicorticoides plasmáticos al shock insulínico terapéutico. F. C. Doham.
- Adaptación a los trastornos táctiles en las lesiones del sistema nervioso. R. Jaffe.
- Perfil proteico en la esclerosis múltiple. B. W. Volk y colaboradores.
- Aneurismas arteriales múltiples intracraneales. N. H. Biegelow.

Enfermedad de Wilson. Forma crónica.—Los autores después de recordar la clínica y anatomía patológica de la enfermedad de Wilson, presentan dos hermanos (varón y hembra), de treinta y ocho y treinta y siete años respectivamente, afectos de la forma crónica de este proceso. Clínicamente presentaron cuadros cerebelosos y parkinsonianos respectivamente.

En ellos se encontraron lesiones cerebrales típicas de la enfermedad de Wilson en el núcleo lenticular y además alteraciones patológicas en el núcleo dentado, substancia nigra y bulbo, que dieron positivas las tinciones de Mallory para el cobre.

Igualmente se encontró cirrosis multilobular y anillos de Kayser-Fleischer. Se obtuvieron remisiones clínicas poco duraderas por medio del tratamiento con dimerocapsol.

Problemas respiratorios en el síndrome agudo de Guillain Barré.—El autor comenta la gravedad que presentan las complicaciones respiratorias en las formas ascendentes, tipo Landry de la polirradiculoneuritis. La mortalidad en estos casos oscila entre 15 y 75 por 100.

El autor comunica 15 casos de esta forma aguda maligna del proceso, de los que siete necesitaron tratamiento con respirador, falleciendo todos ellos, mientras que los otros restantes se recuperaron totalmente. Esta alta mortalidad podrá reducirse algo si se atiende a mantener libres las vías respiratorias mediante traqueotomía precoz, intubación y respiración artificial endotraqueal.

Respuesta de los eosinófilos sanguíneos y los 17 hidroxicorticoides plasmáticos al shock insulínico terapéutico.—El tratamiento de la esquizofrenia con shock insulínico ofrece la oportunidad de estudiar el efecto de un stress repetido en el hombre y la correlación entre la mejoría clínica y los datos de valoración obtenidos.

El autor estudia la eosinofilia sanguínea y la concentración de 17 hidroxicorticoides plasmáticos a lo largo de un tratamiento con shock insulínico en 35 pacientes esquizofrénicos.

Tanto en los enfermos que mejoraron como los que no, se observó un aumento gradual de la eosinofilia en las primeras semanas para ir descendiendo en las últimas semanas del tratamiento. El aumento de eosinófilos fué en líneas generales mayor en los enfermos que mejoraron.

El estudio de los 17 hidroxicorticoides plasmáticos demostró, en dos de tres pacientes controlados, una correlación inversa con la eosinofilia.

Un aumento significativo de los 17 hidroxicorticoides apareció durante el shock insulínico acompañado de un descenso en la cifra basal de eosinófilos de un 88 por 100.

Perfil proteico en la esclerosis múltiple.—Los autores estudian en 43 pacientes de esclerosis múltiple, la fracción de proteínas del plasma por técnica electroforética y simultáneamente determina en el líquido cefalorraquídeo las proteínas totales, la gamma globulina y la relación gamma globulina/proteínas totales.

En el 77 por 100 de estos pacientes mostró un descenso significativo de su albúmina sérica y de su cociente a/g. concomitantemente con una elevación marcada de las fracciones α -2 y/o β .

En el 93 por 100 de los casos se encontró en el líquido cefalorraquídeo una elevación acusada de la gamma globulina y/o de la relación g.g./p.t.

A los resultados combinados de estos cambios proteicos se le denominan "perfil proteico" de la esclerosis múltiple.

The American Journal of Clinical Pathology.

25 - 1 - 1955.

- Actinomycosis y nocardiosis. A. L. McQuown.
- Cambios tisulares y diagnósticos de la Criptococcosis. R. D. Baker y colaboradores.
- Histoplasmosis. Reacciones tisulares y variaciones morfológicas del hongo. C. H. Binford.
- Blastomicosis, en Norteamérica. L. A. Weed.
- Enfermedades por hongos como complicación de otras enfermedades. L. E. Zimmerman.
- La inmunología en las micosis. P. R. Beamer.
- Uso de la coloración de Schiff en la identificación de hongos en los tejidos. G. F. Starr y colaboradores.
- Esclerosis múltiple. Aspectos geográficos, termográficos y barográficos. B. W. Lichtenstein.
- Test de inmovilización del treponema pallidum. D. J. Mac Pherson y colaboradores.
- Formación rápida de Clamidiosporos por la Candida Albicans en un medio tampón alcalino. P. Liu y colaboradores.
- Estudios sobre Candida albicans. A. M. Carpenter.
- Reacciones anticomplementarias en el Test de fijación de complemento para la sífilis. J. A. Colmer.

Cambios tisulares y diagnóstico de la cryptococcosis (torulosis).—Los autores estudian la anatomía en 26 casos de torulosis, encontrando dos tipos fundamentales de lesión: una lesión reciente de tipo gelatinoso formada por conglomerado de organismos con escasa respuesta inflamatoria y otro cronológicamente más antigua de tipo granulomatoso formada por células gigantes, macrófagos, linfocitos y fibrosis. Un tipo de respuesta tisular poco frecuente fué la necrosis caseosa (5 casos), igualmente que resultó excepcional la lesión de tipo supuratorio (un caso). Estos cambios en la anatomía patológica no parecen estar en relación con diferencias de raza o virulencia del *Cryptococcus neoformans*, ni tampoco con la raza, edad o sexo del sujeto, sino más bien con la distinta reactividad de cada enfermo.

El diagnóstico fué hecho por medio de tinciones con el método de Schiff, Gridley, gram o hematoxilina-eosina, con lo que se demostró la presencia de criptococcos. Aunque el cultivo es útil, su diagnóstico puede hacerse sin un resultado positivo.

Histoplasmosis. Reacciones tisulares y variaciones morfológicas del hongo.—Los autores estudian los diferentes tipos de reacción tisular en 22 casos de histoplasmosis. La lesión histiocitomictóica se encontró en 19 casos. La reacción de tipo granulomatoso con células epitelioideas y de Lanhans con o sin caseificación apareció en 10 casos. La histoplasmosis de las glándulas supra-

renales se presentó en 21 casos, lesiones necróticas de la porción medular del riñón en tres casos, "absceso cerebral" en dos y endocarditis con crecimiento miceliano en los trombos valvulares en tres casos más. Se presentaron igualmente en seis de ellos afectación esplénica en forma de granulomas epiteloides sugestivos de sarcoidosis de Boeck o tuberculosis.

Citan los autores dos tipos diferentes de hongos: la forma corriente de histoplasmosis intracelular en la que el hongo por su apetencia selectiva por las células reticulocitodénticas crece proliferativamente en el interior de ellas y las formas extracelulares, que se distinguen de las primeras por su escasa apetencia por la hematoxilina-eosina, por su tamaño exagerado y morfología anómala.

Esclerosis múltiple. Aspectos geográficos, termográficos y barográficos.—Aunque la etiología de la enfermedad permanece desconocida, ha sido estudiada de manera estadística la relación que guarda su presentación con distintos factores ambientales. El autor hace cita a estos estudios, en los que se demuestra que es mayor el número de casos en los países fríos con grandes disturbios meteorológicos que en los de clima templado o cálido, hecho que unido a su presentación estacional (primavera) y precipitación por factores circunstanciales que representan un "stress" para el organismo (trauma, enfriamiento, infecciones, embarazo, parto, etc.), apoya la teoría del vasoespasmo de Petersen como mecanismo básico en la histodinámica de la enfermedad. Estas ideas han motivado la introducción de la climoterapia y el reposo en el tratamiento de estos enfermos junto a la piretoterapia, etc., que habitualmente se vienen usando.

Enfermedades por hongos como complicación de otras enfermedades.—Los autores estudian la asociación de las diferentes micosis con otros procesos orgánicos, encontrando: La aspergillosis y candidiasis aparecen con bastante frecuencia en pacientes con defensas disminuidas (anemia aplastica, linfoma maligno, leucemia, cáncer) y su difusión se facilita con el empleo de antibióticos, cortisona, ACTH, mostazas nitrogenadas, etc.; la cryptococcosis e histoplasmosis también encuentran campo propicio a su desarrollo en pacientes con defensas disminuidas (tuberculosis, enfermedad de Hodgkin, etcétera), no pareciendo que estas micosis se hayan incrementado con la presencia de los quimioterápicos; la mucormicosis se asocia frecuentemente con diabetes incontrolable, carcinoma, mieloma múltiple, quemaduras amplias, diarreas infantiles y terapéutica con antibióticos.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

96 - 1 - 1955.

- Calcificación in vitro del cartílago de la rata raquíntica en el suero humano normal y patológico, con algunas observaciones sobre la patogenia del raquitismo renal. E. R. Yendt, T. B. Connor y J. E. Howard.
- Efecto del piruvato sódico sobre el metabolismo del alcohol etílico en perros. P. Whittlesey.
- El doctor Hamman como yo lo conocí. Ch. W. Wainwright.
- Sicklemia e infarto esplénico durante un vuelo. Electroforesis de la hemoglobina en 15 casos. E. W. Smith y C. L. Conley.

Observaciones sobre la patogenia del raquitismo renal. Los autores estudian 56 sueros humanos en cuanto a su capacidad de calcificar el cartílago de la rata raquíntica. Por sus experiencias, tratan algunos factores que teóricamente pueden jugar cierto papel en la disminución de la capacidad calcificante de enfermos con insuficiencia renal. Estos incluyen la retención de urea, la disminución del sodio y cloro séricos, del bicarbonato sódico y la elevación del magnesio. Se concluye que de todos estos factores sólo la elevación del magnesio puede jugar cierto papel y que los factores más importantes aún son desconocidos. Discuten la posible relación de estos hallazgos con la patogenia del raquitismo renal.

Sicklemia e infarto esplénico en los vuelos.—Los autores hacen un estudio electroforético de 15 sujetos que desarrollaron un infarto esplénico durante un viaje aéreo. En los 15 se comprobó la existencia de sickle-hemoglobina y, en tres, de hemoglobina C. Evidentemente los viajes aéreos son peligrosos para los sujetos con sickle-mia y hemoglobina C, a causa del riesgo de infarto esplénico. Los infartos esplénicos pueden presentarse durante los vuelos en sujetos que solamente tienen el rasgo de la sickle-cell anemia.

96 - 2 - 1955.

Estudios sobre el flujo de aire respiratorio. D. F. Proctor. Altos y bajos de las operaciones de suspensión para la retroversión uterina. C. F. Fluhmann.

Valoración comparativa de la potencia hipnótica del hidrato de cloral y del tricloroetanol.

I. Estudios en "The Johns Hopkins University School of Medicine". A. H. Owens y E. K. Marshall.

II. Estudios en "St. Luis University School of Medicine". G. O. Broun y Ch. G. Zubrod.

III. Estudios en "Harvard Medical School". L. Lasagna.

A. A. M. Archives of Pathology.

59 - 2 - 1955.

Lesiones articulares precoces de la artritis reumatoide. J. P. Kulkarni, D. Bocking, M. W. Ropes y W. Bauer.

Vascularización peri y miocárdica después de la cardiopericardiopexia. A. Flatcha, S. A. Thompson y F. D. Speer.

• Hígado poliquístico. P. J. Melnick.

Lesiones aórticas inducidas en las aves por inyecciones de dietilestrolbestrol y alimentación con colesterol. S. Lindsay, C. W. Nichols e I. L. Chaikoff.

Anatomopatología de la deficiencia de colina en el ratón. G. P. Buckley y W. S. Hartroft.

Fibrosis hepática en niños con leucemia aguda después del tratamiento con antagonistas del fólico. J. Colsky, E. M. Greenspan y T. N. Warren.

Estudio morfológico de las membranas hialinas en el recién nacido. W. S. Gilmer y A. M. Hand.

Cambios de la gravedad específica del plasma en muertes súbitas. H. C. Freimuth y H. E. Swann.

Rotura longitudinal espontánea de la pared de la aorta. F. C. Bauer y E. F. Hirsch.

Transplante renal homólogo en perros. E. E. Muirhead y M. Groves.

Efectos de las inyecciones de treonina sobre ratas preñadas y sus crías. C. M. Lee, J. T. Wiseman, S. A. Kaplan y J. Warkany.

Metaplasia escamosa en el útero de rata. C. F. Fluhmann.

Efecto de la harina del quisante de olor sobre la aorta de la rata. T. E. Bachhuber y J. J. Lalich.

Estructura de los ganglios linfáticos en ratones control y con tumor CFW. M. M. Black y F. D. Speer.

Disminución de la mortalidad por sífilis en Minnesota. E. T. Bell.

Hígado poliquístico.—En el Los Angeles County General Hospital se han encontrado en un período de treinta y seis años, 70 casos de hígado poliquístico, lo que supone un caso por 687 autopsias. Este estado aumenta proporcionalmente de incidencia con la edad y resulta de la dilatación quística gradual de grupos de conductos biliares intralobulares persistentes (complejos de Meyenburg), que fracasan para involucrar en el desarrollo embrionario terminal del hígado. Existe una gran frecuencia de asociación con riñones poliquísticos congénitos bilaterales y ocasionales con quistes de páncreas, pulmones y otros órganos, así como con otras anomalías congénitas y tumores benignos y malignos. En ningún caso hay datos clínicos o de laboratorio de disfunción hepática. El parénquima hepático en general, así como la vesícula biliar y los conductos biliares extrahepáticos son normales. El proceso parece estar situado en los límites de la neoplasia, pero con un trazo orgánico y un orden celular regular.

Fibrosis hepática en leucemia aguda.—Cinco de siete niños con leucemia tuvieron remisiones de su proceso fundamental tras tratamiento con aminopterina o ameopterina. En estos cinco niños aparecieron signos clínicos y de laboratorio de fibrosis hepática después del tratamiento prolongado con compuestos antifóbicos y el examen postmortem de estos enfermos arrojó la evidencia histológica de fibrosis hepática extensa. No se cono-

cen los factores etiológicos de este estado, pero se sugiere la combinación de los siguientes factores: trastorno hepático después de la disolución de los infiltrados leucémicos del hígado por el tratamiento, la interferencia de la utilización de los metabolitos normales y una gran susceptibilidad del hígado de los enfermos jóvenes a los antagonistas metabólicos, pueden dar lugar al desarrollo de la fibrosis hepática.

The American Journal of Medicine.

18 - 3 - 1955.

La patogenia de la fiebre. Wood W. B.

Estudios sobre la función hepática en la diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades del hígado. I. Diabetes mellitus. II. Cirrosis portal y otras enfermedades hepáticas. A. Bogoch, G. B. Casselman, A. Kaplan y H. I. Bockus.

Metabolismo miocárdico en la diabetes mellitus. I. Ungar, M. Gilbert, A. Siegel, J. M. Blain y R. J. Bing.

Función ventricular. Alteraciones en la resistencia coronaria y en la función ventricular como consecuencia de las anemias agudas y efecto sobre la estenosis coronaria. R. Case, E. Berglund y S. Sarnoff.

Medición simultánea de la presión del corazón izquierdo y pulso en la valoración de los efectos de la cirugía de la válvula mitral. H. L. Moscovitz y colaboradores.

El E. C. G. precordial en la regurgitación mitral. R. Batenman y L. Janaway.

Causas de muerte en la cardiopatía reumática. Relación con la incidencia de estenosis mitral aislada o asociada a otras lesiones valvulares. L. Soloff y J. Zatuchni.

Observaciones sobre el patrón E. C. G. juvenil en los negros adultos. R. H. Wasserburger.

Cardiopatía arterioesclerótica en la diabetes mellitus. I. Liebow, H. Hallerstein y M. Miller.

Causas de la diabetes lábil. Su tratamiento. J. I. Goodman. Volumen sanguíneo y volumen del líquido extracelular durante el tratamiento con ACTH y cortisona. M. Weller, D. Seldin y Ch. Burnett.

Proteínas séricas y urinarias anormales en 35 casos de mieloma múltiple estudiadas mediante la electroforesis en papel de filtro. D. Osserman y Lawlor.

Influencia de la edad y de la enfermedad vascular sobre la hemodinámica y metabolismo cerebral. J. Fazekas, J. Kleh y F. Finnerty.

Esférocitosis hereditaria. L. Young.

Anemia, equimosis, fiebre, signos neurológicos y estupor de comienzo repentino. Conferencia clinicopatológica.

Insuficiencia pluriglandular que simula un panhipopituitarismo. Dos casos. J. J. Rupp y Paschkis.

Metabolismo del miocardio en la diabetes mellitus.

Mediante el cateterismo del seno coronario se estudian las alteraciones existentes en el metabolismo cardíaco en un grupo de diabéticos y en un lote de perros hechos diabéticos mediante la aloxana. Se comprueba que no sólo está disminuida la utilización de la glucosa por el miocardio diabético, sino también del lactato y en menor grado del piruvato. La de los cuerpos cetónicos está ligeramente aumentada en el mioacrdio de los enfermos diabéticos, y muy aumentada en el de los perros diabéticos. Asimismo se comprueba que existe un trastorno simultáneo en la utilización de los aminoácidos y de las grasas.

Función ventricular. Mediante la medición del flujo coronario y de la presión en los perros, los autores demuestran que los vasos coronarios y el miocardio son capaces de autorregularse con el fin de subvenir a las necesidades miocárdicas de oxígeno durante la anemia producida agudamente. Entonces, la capacidad disminuida de transporte de oxígeno queda compensada por el aumento del flujo coronario, conseguido mediante la disminución de la resistencia coronaria, y por la más completa extracción del oxígeno. Hasta que el valor hematocrito no se reduce enormemente y los vasos coronarios se dilatan al máximo no se produce disminución en la eficiencia de la función ventricular. Estos mecanismos compensadores se reducen notablemente cuando se produce en los animales una estenosis coronaria.

El E. C. G. precordial en la regurgitación. En vista de la importancia actual que tiene el diagnóstico preoperatorio de regurgitación más estenosis mitral, o de estenosis mitral pura, los autores estudian la posible utilidad a que a tal fin puede proporcionarnos los E. C. G. precordiales.

Con este fin se revisan los E. C. G. de 61 enfermos afectos de enfermedad mitral, comparándolos con los resultados obtenidos en la intervención quirúrgica. En los enfermos con regurgitación mitral existe un comienzo más tardío de la deflección intrínseca en las precordiales, y el voltaje de la S en V1 y de la R en V5-V6 es mayor que el de los enfermos de estenosis mitral pura. De todo ello, los autores concluyen que el estudio de los E. C. G. precordiales, en relación con la historia, hallazgos radiológicos y examen físico del enfermo, puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda de grado discreto que pueda pasar desapercibida mediante otras técnicas exploratorias (rayos X, examen físico, presiones, etc.).

Causas de muerte en la cardiopatía reumática.—Revisando los protocolos pertenecientes a 141 casos que murieron con el diagnóstico de fiebre reumática en dos hospitales norteamericanos (en un periodo de tiempo en el que hubo 188.066 ingresos), los autores deducen que las causas de la muerte en estos enfermos fueron: insuficiencia cardíaca (39,7 por 100), carditis reumática aguda (13,5 por 100), endocarditis bacteriana (11,3 por 100), embolias con insuficiencia cardíaca (9,2 por 100), embolias sin insuficiencia cardíaca (8,5 por 100) e infarto pulmonar con insuficiencia cardíaca (6,4 por 100). En el 11,3 por 100 restante la muerte fué por causa ajena a la fiebre reumática. Entre los hallazgos recogidos, señalan que aquellos que murieron con embolias sin insuficiencia cardíaca, tenían estenosis mitral pura, mientras que los que presentaron embolias con insuficiencia cardíaca presentaban predominantemente lesiones valvulares combinadas.

Cardiopatía arterioesclerótica en la diabetes mellitus. Los autores estudian la incidencia de cardiopatía arterioesclerótica en un grupo de 383 diabéticos, cuya edad media era de cincuenta y ocho años. La incidencia de tal complicación era, como se esperaba, alta: del 42 por 100, existiendo un 16,2 por 100 adicional con arteriosclerosis de la aorta. Examinando las causas de esta frecuencia de la arteriosclerosis en los diabéticos, los autores no pudieron ponerla en relación con el nivel sérico de colesterol, grado de control de la diabetes, peso del enfermo, dosis de insulina o duración de la diabetes, sino solamente con el sexo (mayor incidencia en los varones), edad y presencia de hipertensión.

Causas de la diabetes lábil. Su tratamiento.—Los factores responsables de la inestabilidad glucémica de los diabéticos lábiles son desconocidos. Con frecuencia se trata de personas que padecen la diabetes desde hace mucho tiempo (diez-doce años), por lo que algunos creen que éste pueda ser un factor importante, especialmente si durante este tiempo el control no fué satisfactorio. SOMOGYI atribuye la fluctuación amplia de la glucemia en los diabéticos graves directamente al efecto insulínico; la hipoglucemia originada por sobredosificación de insulina causaría una hiperglycemia compensadora y glucosuria. Paradójicamente, la orina del enfermo con hipoglucemia, puede entonces contener glucosa e incluso cuerpos cetónicos, lo cual induce a inyectar aún más insulina, cerrándose así un círculo vicioso.

En cuanto al tratamiento, el autor cree que no debe realizarse con un criterio excesivamente químico, ya que entonces caemos con facilidad en el error de creer que a toda costa debe mantenerse normal la cifra glucémica, con lo cual podemos facilitar los accidentes hipoglucémicos. Es conveniente, pues, no emplear dosis demasiado elevadas de insulina, así como tampoco las insulinas de depósito en estos enfermos lábiles, que, en cambio, se controlan mejor mediante dosis adecuadas de insulina corriente que permitan una glucosuria diaria total de 10 gramos.

Proteínas séricas y urinarias anormales en 35 casos de mieloma múltiple, estudiadas mediante la electroforesis en papel.—Se estudian mediante la electroforesis en papel de filtro las proteínas séricas y urinarias en 35 casos de mieloma, encontrando en todos los casos anor-

malidades ostensibles. 17 casos tenían ambos espectros (sérico y urinario) anormales, 11 casos solamente el del suero, y siete casos solamente el de la orina. Todos los casos con proteinuria de Bence-Jones tenían anomalías electroforéticas en la orina, y en cambio, solamente ocho de los 24 casos con electroforesis anormal de la orina, tenían proteína de Bence-Jones. Se discute la identidad de las proteínas séricas y urinarias halladas en estos enfermos, ya que por regla general, la movilidad electroforética de las proteínas urinarias es mayor que la de las proteínas séricas. Ello pudiera ser debido a que ambas proteínas provienen de una fuente distinta, pero los autores no creen que ésta sea la razón. Basándose en el hallazgo realizado en su laboratorio de que las globulinas séricas de estos enfermos separadas mediante la electroforesis en papel se tiñen con el reactivo peryódico de Schiff (PAS), creen que dichas globulinas anormales circulantes son en realidad glicoproteínas, esto es, globulinas a las que va unida una buena cantidad de hidratos de carburo, que se comporta, desde el punto de vista eléctrico, como una carga neutra. Entonces puede aceptarse que al separarse la fracción hidrocarbonada de estas glicoproteínas, queden fragmentos más pequeños, libres de esa carga neutra, filtrables por el riñón, que presenten mayor movilidad electroforética por no ir unidas a esa porción hidrocarbonada.

Esferocitosis hereditaria.—Se hereda con carácter dominante, y aunque todos los casos son heterozigóticos (el estado homozigótico es incompatible con la vida), unos casos son graves, otros ligeros, y otros, incluso, portadores del carácter. Los principales hallazgos hematológicos son: aumento de la relación espesor-diámetro de los hematíes, aumento de la fragilidad osmótica y mecánica de los hematíes, y hemólisis rápida a la temperatura del cuerpo. Es posible que estos trastornos sean debidos a alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado de los hematíes, según indican los datos encontrados en el laboratorio del autor. Como consecuencia del excesivo grosor, los hematíes quedan detenidos en el bazo, donde se encuentran privados del sustrato adecuado para la glicolisis. En esta situación desfavorable los hematíes se destruyen. Si el bazo se extirpa, los hematíes circulantes se hallan en contacto con el sustrato necesario, y entonces tienen un tiempo de supervivencia casi normal a pesar de persistir las anomalías en la forma, espesor y resistencia osmótica. Por esta razón la esplenectomía debe practicarse en todos los casos.

Insuficiencia pluriglandular simulando un panhipopituitarismo. Dos casos.—La insuficiencia pluriglandular, manifiesta clínicamente por síndrome de hipotiroidismo, de hipoadrenismo, e hipogonadismo, es generalmente el resultado de la insuficiencia prehipofisaria, a través de una disminución en la producción de las correspondientes hormonas "tropas". Sin embargo, no hay que olvidar que cabe siempre la posibilidad de una insuficiencia pluriglandular resultado de una esclerosis glandular múltiple, según fué descrito ya hace años por FALTA. Posteriormente se han comunicado algunos casos de insuficiencia glandular múltiple sin insuficiencia simultánea de la adenohipófisis, y en el presente trabajo se describen las historias de tres más, que presentando un cuadro de hipoadrenismo con hipogonadismo e hipotiroidismo, no presentaban simultáneamente insuficiencia adenohipofisaria, según se confirmó en las pruebas funcionales realizadas. Uno de ellos, que murió, no presentaba en la autopsia lesión alguna en la prehipófisis. Cabe la posibilidad de que, en alguno de estos casos, la insuficiencia tiroidea sea secundaria a la suprarrenal, como consecuencia de la falta de hormonas adrenales, constituyendo entonces el llamado síndrome de Schmidt.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 3 - 1955.

Prevención de la fiebre reumática por el uso de antibióticos. G. H. Stollerman.

Estado actual del desarrollo de agentes antimicrobianos. G. L. Hobby.
Conceptos habituales en el tratamiento de la arterioesclerosis. W. Dock, D. Adlersberg, H. A. Eder, F. E. Kendall y C. F. Wilkinson.
Nuestra herencia de William Osler. E. Dorst.

The Practitioner.

173 - 1.034 - agosto de 1954.

Concepto de las enfermedades del colágeno. A. H. T. Robb-Smith.
Reumatismo, colágeno y cortisona. J. J. R. Duthie.
Poliarteritis nodosa. H. Miller.
Lupus eritematoso. G. B. Dowling.
Esclerodermia y dermatomiositis. J. Sommerville.
Cosméticos hormonales. S. M. Peck.
• Valor de los antihistamínicos en el tratamiento de la urticaria. R. P. Warin.
• Tests por escarificación en los eczemas de la infancia. J. H. S. Pettit.
Uso de la cloropromazina en geriatría. T. H. Howell.
• Hidralazina en el control de la hipertensión grave. H. A. Schroeder.

Antihistamínicos en el tratamiento de la urticaria.—En la urticaria crónica los antihistamínicos no acortan ni alargan el proceso; pero, como mejoran al enfermo y están desprovistos de efectos tóxicos, no hay razón para que no se administren. La urticaria gigante edematosas no se afecta de la misma forma que la anterior, aunque en muchos casos parece reducir la frecuencia y tamaño de la inflamación. Hasta las grandes dosis de antihistamínicos suelen ser ineficaces en la urticaria aguda, por lo que se pueden suplementar éstos con adrenalina u otras medidas. La urticaria papular puede reducirse con los antihistamínicos, aunque deben reservarse para los casos de larga duración o que no hayan respondido a otras medidas.

"Tests" por escarificación en los eczemas de la infancia.—Los autores estudian 103 casos de eczema atópico infantil por medio de escarificaciones al huevo, pescado, leche y cereales. En unos casos, éstos confirmaron los hallazgos de la clínica y en otros no, lo cual confirma anteriores investigaciones de que estos "tests" no son útiles en la investigación de los eczemas de la infancia. Se encontró que en menos de tres años había un 50 por 100 de positividades al huevo, las cuales desaparecían con la edad y, por tanto, no tenían valor.

Hidralazina en el tratamiento de la hipertensión grave.—Por ahora el tratamiento de la hipertensión solamente se puede basar en la lucha contra el vasoespasmo, ya que las lesiones arteriales son inasequibles a la terapéutica. De esta forma se impide que la hipertensión cause lesiones y siga evolucionando, pero no se cura el proceso, por lo que no se puede hablar de tratamiento, sino de control. La hidralazina actúa sobre el vasoespasmo directamente y contra la acción vasoconstrictora de los nervios autónomos. La reducción sostenida de la presión no está exenta de riesgos y, por tanto, solamente es utilizable cuando la grave hipertensión amenaza la vida. Considera el autor que la hidralazina y derivados son un hipotensor de gran potencia cuando se usa asociada a otros fármacos, pero que se debe manejar con precaución.

British Medical Journal.

4.909 - 5 de febrero de 1955.

Ciencia médica y problemas del vuelo. H. E. Whittingham.
Efecto del vuelo sobre los enfermos con procesos cardiovasculares. G. Bourne.
Gases administrados en la respiración artificial. K. W. Donald y W. D. M. Paton.
¿Pueden las visitas en la sala constituir un peligro para los enfermos con infarto miocárdico? K. A. J. Järvinen.
Detención del desarrollo mental provocado por intoxicación saturnina. J. W. G. Gibb y J. F. MacMahon.
Intoxicación por plomo en niños. H. B. Marsden y V. K. Wilson.
Significación del estado inicial del cuello uterino sobre el curso ulterior del parto. D. P. Cocks.
• Sulfato de cloroquina en el tratamiento del lupus eritematoso discoide crónico. H. J. Lewis.

- Enfermedad Christmas asociada con déficit del factor VII. W. N. Bell y H. G. Alton.
- Un caso de feocromocitoma. R. A. C. Owen y G. H. Murray.
- Meningitis por *Bact. coli* en adultos. E. W. Hughes y G. C. Manning.
- Insuficiencia renal aguda después de fenilbutazona. R. Bolton y H. Barrie.
- Embolia pulmonar fatal en un enfermo psiquiátrico después de un viaje aéreo. D. Blair.

Cloroquina en el lupus eritematoso discoide crónico.—El autor ha tratado con sulfato de cloroquina por vía oral 18 casos de lupus eritematoso discoide crónico. Como consecuencia de sus resultados considera que la cloroquina es una forma de terapéutica paliativa tan eficaz como las previamente utilizadas, aunque no ilena todos los requisitos para la enfermedad crónica. Añade que todavía queda un lugar para el tratamiento con níque carbónica cuando existe una lesión discoide única.

Enfermedad Christmas; asociada con déficit del factor VII.—En este trabajo se llama la atención sobre la existencia de formas combinadas de déficit de factores de coagulación aislados. Refieren los autores una familia en la que el rasgo más sorprendente era que mientras que ambos sexos mostraban un déficit del factor VII, sólo algunos de los varones tenían asimismo la enfermedad Christmas; todos los que sangraban clínicamente pertenecían a este último grupo. Por sus resultados deducen que el nivel crítico de hemorragia para el factor VII es menos del 40 por 100 de lo normal y que era el déficit del factor Christmas el que determinó la tendencia a sangrar. Es interesante señalar que el suero de la madre (portadora de la enfermedad Christmas) era tan eficaz en la corrección de las pruebas anormales de generación de tromboplastina como el suero humano normal, proporcionando evidencia ulterior sobre la incapacidad para demostrar un defecto de laboratorio en la hembra portadora de esta enfermedad.

4.910 - 12 de febrero de 1955

- Errores diagnósticos en pediatría. B. Schlesinger.
- Revisión radiológica del tórax a largo plazo en la Rhonda-Fach. A. L. Cichrane, J. G. Cox y T. F. Jarman.
- Aneurisma aórtico debido a linfadenitis tuberculosa. C. G. Rob y H. H. G. Eastcott.
- Contenido en ácido nucleico de las células de la médula ósea en la anemia perniciosa. H. Brebner y J. F. Wilkins.
- Accidentes cerebrovasculares en hospitales para casos agudos. P. E. Brown.
- Valor de las cifras de hierro del suero para evaluar el efecto de los hematínicos en las anemias macrocíticas. C. F. Hawkins.
- Déficit de hierro en el embarazo. M. Fisher y R. Biggs.
- Confusión mental recidivante después de la anastomosis porto-cava. L. J. Hurwitz y R. S. Allison.
- Distrofia muscular en gemelos idénticos. A. G. Beckett. Pentosuria esencial. F. V. Flynn.
- Hermafroditismo verdadero. A. F. Bromwich.
- Horquillas como cuerpos extraños. R. H. Gardiner.
- Efecto del venostasin sobre las cifras de colesterina del suero. D. Ailward, H. Davies y R. Hecker.
- Hemoglobina óxido nítrico en la orina debida a contaminación. D. N. Baron y C. F. M. Rose.

Aneurisma aórtico por linfadenitis tuberculosa.—Los autores refieren un caso de un aneurisma de la aorta abdominal debido a la erosión de la pared aórtica por un tejido tuberculoso de granulación procedente de ganglios linfáticos abdominales caseosos. El tratamiento, que incluyó la resección del aneurisma seguida de la reconstrucción de la aorta con una prótesis de tejido de orlón, ha permitido al enfermo volver a sus ocupaciones habituales. Terminan diciendo que de 23 casos similares previamente referidos en la literatura todos fueron fatales.

Contenido en ácido nucleico de las células de la médula ósea en la anemia perniciosa.—Los autores han realizado la determinación química de los ácidos nucleicos en suspensión de células sanguíneas y de la médula ósea. El contenido celular de ácido fosforilnucleico es más alto en las médulas de la anemia perniciosa que en las médulas normoblasticas hiperactivas. El acúmulo de ácido ribonucleico en la célula es, por tanto, un rasgo específico de la hematopoyesis magaloblastica. Las células

de la médula en la anemia perniciosa y las de las médulas normoblasticas hiperactivas contienen aproximadamente la misma cantidad de ácido desoxiribonucleico, con cifras en cada caso de aproximadamente el 150 por 100 de los valores para los leucocitos sanguíneos. Este hallazgo sugiere que algunas de las células de la médula de la anemia perniciosa son de tipo proliferativo e intervienen en la fabricación de ácido desoxiribonucleico en la preparación para la mitosis.

Confusión mental recidivante después de la anastomosis porto-cava.—Describen los autores el caso de un hombre de cincuenta y dos años con cirrosis hepática, en el que después de una anastomosis porto-cava para corregir la hipertensión portal, se presentaron varios episodios de confusión mental, los cuales pudieron reproducirse mediante la administración de una dieta muy alta en proteínas. Asimismo se vieron alteraciones electroencefalográficas que dieron ulteriormente paso a un ritmo alfa normal. Llegan a la conclusión de que una dieta rica en proteínas está contraindicada en los enfermos sometidos a la citada operación.

Distrofia muscular en gemelos idénticos.—El autor describe la presentación de un cuadro de distrofia muscular progresiva en dos gemelos idénticos del sexo masculino que han alcanzado ya la edad de cuarenta y cinco años. Lo curioso de la comunicación es que, así como la enfermedad es muy intensa y conduce a la invalidez en uno de los hermanos, en el otro es tan leve que no se ha dado cuenta de que la padece.

4.911 - 19 de febrero de 1955.

- Combinaciones diversas de isoniazida con estreptomicina o PAS en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Séptimo Reporte al Medical Research Council.
- Resultados del tratamiento quirúrgico del carcinoma del pulmón. T. H. Sellors.
- Respiración con presión positiva intermitente en la poliomielitis bulbo-espinal. J. R. Harries y W. E. Lawes.
- Empleo clínico de la hidrocortisona intravenosa. F. D. Hart.
- Tratamiento de la epilepsia mioclónica progresiva con mefenesina. F. E. Kelly y D. R. Laurence.
- Regresión espontánea de un melanoma maligno. V. D. Levison.
- Terapéutica en la insuficiencia hepática experimental. P. C. Reynell.
- Enfisema quirúrgico como complicación de la anestesia. J. Ozinsky y A. B. Bull.
- Escápula alada originada por una exóstosis solitaria. S. Hulman.
- Analgesia tópica para la uretra. Bryce-Smith.

Combinaciones de isoniazida con estreptomicina o PAS en la tuberculosis pulmonar.—Los autores han estudiado en 51 hospitales a 588 enfermos en el estadio final de un ensayo clínico de isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar: 182 se trataron con un gramo diario de estreptomicina, más 100 miligramos, dos veces al día, de isoniazida; 142, con estreptomicina, un gramo dos veces a la semana, más 100 miligramos de isoniazida dos veces al día; 159, con PAS sódico, cinco gramos cuatro veces al día, más 100 miligramos dos veces al día de isoniazida, y 105, con cinco gramos dos veces al día de PAS, más isoniazida 100 miligramos dos veces al día. Todos los enfermos tenían gérmenes sensibles al comienzo del tratamiento para las drogas que estaban recibiendo. Desde el punto de vista general, todos los enfermos mejoraron; el aumento de peso fué de 5,1; 6,7; 5,1 y 6,3 kilogramos respectivamente para los distintos grupos de tratamiento. Desde el punto de vista radiográfico se vió una mejoría de dos o tres cruces en el 54 por 100, 44 por 100, 33 por 100 y 38 por 100, respectivamente; las diferencias entre el resultado del primer grupo y del tercero y cuarto tienen significación estadística. No se vieron empeoramientos radiográficos y se produjeron dos muertes en el primer grupo; seis empeoramientos y ninguna muerte en el segundo; dos empeoramientos y dos muertes en el tercero, y cuatro empeoramientos y dos muertes en el último. Las proporciones de enfermos bacteriológicamente negativos a los tres meses fueron: 75 por 100, 74 por 100, 73 por 100 y

75 por 100, respectivamente. A los tres meses se encontró una resistencia a la isoniazida en dos de 22 cultivos positivos en el primer grupo, comparado con 12 de 30 similares del segundo grupo, cero de 24 del tercero y dos de 25 del cuarto; para la estreptomicina se encontró resistencia a los tres meses en cero de 22 del primer grupo y tres de 31 del segundo; y para el PAS en uno de 22 del tercer grupo y uno de 23 del cuarto. La adición a los casos de los grupos primero y cuarto de los resultados de adultos jóvenes con proceso bilateral agudo confirma tanto la superioridad radiográfica del primer tratamiento como la gran semejanza de los resultados en los grupos primero y tercero. Concluyen que juzgando exclusivamente por los resultados a los tres meses, la estreptomicina a la dosis de un gramo diario más 200 miligramos diarios de isoniazida es no sólo el más eficaz de los cuatro tratamientos, sino que representa también la combinación de drogas más eficaces estudiadas en cualquier momento del ensayo. La estreptomicina a la dosis de un gramo dos veces a la semana más 200 miligramos diarios de isoniazida es menos satisfactoria en cuanto a la prevención de resistencia a la isoniazida y no puede recomendarse su empleo como medida quimioterapéutica primaria. El PAS más la isoniazida ha demostrado ser una combinación muy eficaz, aunque no tan poderosa como la anterior; no hay apenas diferencias entre los efectos obtenidos con 20 ó 10 gramos de PAS más 200 miligramos diarios de isoniazida; la combinación de PAS con isoniazida es la forma oral más útil de la quimioterapia combinada en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Tratamiento quirúrgico del carcinoma del pulmón.—El autor ha realizado un análisis de sus casos personales de cáncer de pulmón que fueron operados entre 1940 y 1950. De un total de 689 toracotomías, se encontraron 446 como aptas para la extirpación, lo que supone un grado de operabilidad de aproximadamente las dos terceras partes de los casos explorados. La revisión, al final de 1953, dió para los casos operados antes de 1948, una supervivencia del 34 por 100 al cabo de dos años; 30 por 100, a los tres años; 23,5 por 100, a los cuatro años, y 21 por 100, a los cinco años. En los casos entre 1940-50, el 40 por 100 vive al final de los dos años y el 34 por 100 a los tres años. Piensa que ya supone una cifra satisfactoria el 20 por 100 de los enfermos supervivientes a los cinco años, pero que, además, los casos más recientes sugieren que dicha cifra puede todavía mejorarse.

Empleos clínicos de hidrocortisona intravenosa.—En este trabajo el autor hace una revisión de las aplicaciones de la hidrocortisona por vía intravenosa y entre ellas cita preferentemente, presentando casos que comenta adecuadamente, la crisis addisoniana, el enfermo adrenalectomizado por cualquier motivo, el tratamiento de enfermos con artritis reumatoide que han sido tratados largo tiempo con cortisona y que han de sufrir alguna intervención, el síndrome de Waterhouse-Friderichsen, la enfermedad de Simmonds y, por último, algunos otros procesos, como después de las intervenciones quirúrgicas sobre el corazón, el estado asmático grave, el lupus eritematoso diseminado agudo y las reacciones alérgicas fulminantes.

Mefenesina en la epilepsia mioclónica progresiva.—Señalan los autores que hasta ahora ha sido imposible controlar el mioclonio de la epilepsia mioclónica progresiva por medio de drogas. Refieren cinco casos, en cuatro de los cuales pudo restaurarse satisfactoriamente la actividad de los mismos mediante el empleo de mefenesina intravenosa; el otro caso menos grave pudo controlarse por mefenesina oral. Reconocen que a causa de las grandes dosis que tuvieron que utilizar se presentaron diversos efectos colaterales, pero que no dejaron ningún residuo. Finalmente declaran que no se conoce el mecanismo de la acción de la mefenesina en esta enfermedad.

Regresión espontánea de un melanoma maligno.—El autor describe un caso de regresión espontánea de metástasis pulmonares de un melanoma maligno de la coquilla. Discute diversas teorías referentes a la etiología de esta regresión, aceptando como más probable, la necrosis debida al crecimiento externo del tumor con el trastorno en su aporte sanguíneo.

4.912 - 26 de febrero de 1955.

- * Factores que influencian la actividad adrenocortical en salud y enfermedad. R. I. S. Bayliss.
- Tratamiento endocrino en psiquiatría. R. E. Hemphill.
- Intoxicación acuosa espontánea e inducida en dos casos de hipopituitarismo. V. Wynn y O. Garrod. Resultado de la gastrectomía parcial en el tratamiento de la úlcera péptica. C. D. Anderson, R. T. S. Gunn y J. K. Watt.
- Tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica por un goteo intragástrico continuo de leche. D. W. Ashby y D. Whitehouse. Standards de aptitud entre conductores de vehículos comerciales. J. Webb.
- Ungüento de hidrocortisona en los eczemas. R. Church. Investigación de hemoglobinas anormales en algunos pueblos del sur del Sudán. D. F. Roberts y H. Lehmann. Investigación de hemoglobinas C y D en Uganda. G. F. Jacob. Muerte por fiebre por hexametonio. H. J. Goldsmith. Carbunclo del riñón. A. Standeven.

Actividad adrenocortical.—Declara el autor que la corteza suprarrenal elabora un gran número de hormonas diferentes, que en algún grado se suponen en sus efectos fisiológicos. Las investigaciones actuales se refieren principalmente a los 17 hidroxicorticosteroides (tales como la cortisona e hidrocortisona), esteroides androgénicos (según se refleja en la eliminación urinaria de 17-cetoesteroides) y en el compuesto que es probablemente responsable del control del metabolismo del agua y de la sal (aldosterona). En el trabajo revisado aquí se ha valorado la actividad adrenocortical estudiando la concentración plasmática de 17-hidroxicorticosteroides. Las cifras del plasma se influencian por la cantidad de material segregado por las suprarrenales (que están fundamentalmente controladas por la liberación de ACTH por la hipófisis), por la "utilización" de los esteroides liberados en los tejidos (particularmente en el hígado) y por el ritmo de la eliminación urinaria. La cifra en el plasma de 17-hidroxicorticosteroides es la misma en ambos sexos; muestra una variación diurna y se encuentran valores aumentados en el embarazo, en el síndrome de Cushing, ciertos trastornos emocionales, después de operaciones quirúrgicas, en procesos dolorosos y en el momento de la muerte. No se ha observado un aumento uniforme en la actividad suprarrenal después de la administración de adrenalina, salicilatos o radioterapia profunda en dosis habitual terapéutica. El sulfato de anfetamina aumenta la cifra de esteroides del plasma en algunos sujetos. Discute la relación entre la respuesta suprarrenal y la dosis de ACTH y la duración de su administración. Añade que se encuentran cifras bajas en el plasma de esteroides suprarrenales en la enfermedad de Addison, y hay evidencia de que en estos enfermos la insuficiencia corticosuprarrenal puede ser completa o sólo parcial, en enfermos con una destrucción hipofisaria extensa, en la hiperplasia suprarrenal congénita asociada con virilismo y en algunos enfermos con mixedema.

Intoxicación acuosa espontánea e inducida en dos casos de hipopituitarismo.—Describen los autores una anormalidad del balance acuoso en dos enfermos con hipopituitarismo anterior. Aunque no se forzara su ingestión de líquidos, retenían agua en exceso de electrolitos, causando una dilución de los líquidos corporales y la presentación de síntomas de intoxicación acuosa. El diagnóstico se sugirió por un aumento en el peso y una concentración plasmática de sodio muy baja. Al dar cortisona se produjo una rápida diuresis acuosa y la concentración plasmática de sodio se normalizó, aunque se vió poco cambio en el sodio total del cuerpo. La retención de agua no es muy rara en el hipopituitarismo anterior, aunque solamente se ha referido en la literatura

otro caso. Además, de la retención crónica de agua, los síntomas agudos de intoxicación acuosa, incluyendo las náuseas, vómitos, postración extrema, confusión mental y estupor, se precipitaron por las pruebas de eliminación acuosa de la función suprarrenal. Este efecto desfavorable de la prueba se produjo probablemente a causa de que había ya una dilución excesiva de los líquidos corporales que no se había reconocido cuando se realizaron las pruebas. Para evitar esta complicación, recomiendan que no debe realizarse una prueba de eliminación acuosa hasta que se conozca la concentración de sodio en el plasma y que si se presentan síntomas como consecuencia de la retención acuosa en enfermos con función hiposuprarrenal, debe administrarse cortisona, con lo cual el exceso de agua se eliminará rápidamente.

Tratamiento de las hemorragias por úlcera péptica mediante el goteo intra-gástrico continuo de leche.—Los autores refieren los resultados obtenidos en el tratamiento de 153 ulcerosos ingresados en el hospital como casos de urgencia por hematemesis o melenas. De ellos, han tratado 100 con un goteo intragástrico continuo de leche desde el momento de su ingreso y los 53 restantes quedaron como control, administrándoseles tomas de leche cada hora; el grupo tratado con goteo recibió purés a partir del primero o segundo día; ambos grupos fueron adecuadamente transfundidos. La terapéutica no impidió la intervención de la cirugía en el caso de continuar la hemorragia en sujetos de edad avanzada, ni produjo un aumento en la mortalidad de este grupo. Se vió una tendencia a disminuir la duración de la hemorragia en el grupo tratado con goteo; fueron muy raros en este grupo las hemorragias de repetición, pero el número de recidivas bajo tratamiento no fué muy diferente en los dos grupos. El grupo tratado con goteo mostró una recuperación más precoz, confianza y se liberó del shock más pronto que los controles. Señalan que la terapéutica con goteo continuo de leche para las hemorragias con úlcera péptica puede realizarse en el hospital durante períodos de tres o más semanas sin ningún inconveniente para los enfermos, y terminan diciendo que puede afirmarse que se trata de un tratamiento seguro, comparable, en sus resultados, con la alimentación horaria y los regímenes de transfusión.

Hidrocortisona en los eczemas.—El autor ha tratado 105 casos de eczemas y dermatitis con ungüento de hidrocortisona al 1 y 2,5 por 100; otros 23 casos fueron tratados con un ungüento inerte considerados como controles. Se produjo la mejoría o la curación en el 76 por 100 de los casos tratados y en el 17 por 100 de los controles. La respuesta pareció estar en dependencia de la facilidad de la absorción de hidrocortisona y así los eczemas erosionados y exudativos y la dermatitis curaron rápidamente, mientras que el eczema liquenificado mostró muy poca mejoría. Se obtuvieron muy buenos resultados en la dermatitis de contacto aguda, el eczema numular, el eczema atópico y la dermatitis perianal; respondieron pobremente el liquen simple, el eczema atópico liquenificado y los casos liquenificados de prurito ano-genital. La infección se difundió por el ungüento, a menos de que se controlara antes de su empleo. Se presentó la recidiva en algunos casos crónicos al suspender el tratamiento y pudo prevenirse utilizando el ungüento menos frecuentemente como terapéutica de mantenimiento o volviendo al empleo de las aplicaciones de brea.

The Lancet.

6.858 - 5 de febrero de 1955.

- El origen humano de la infección tuberculosa en niños. B. Briggs, R. S. Illingworth y J. Lorber.
- * Ulceras gástrica y duodenal con concomitantes. H. D. Johnson.
- * Radioterapia del síndrome de Cushing. J. E. P. Skrimshire.
- * Soplos continuos sin conducto arterioso persistente. R. E. Carter y C. H. M. Walker.

- * Infección humana con gérmenes del grupo de la pleuroneumonía. J. Stokes.
- Reflujo esofágico. B. Creamer.
- Anemia aplásica consecutiva al tratamiento con meprina del lupus eritematoso. M. D. Paton, M. J. Riddell y J. A. Strong.
- Neuropatía sensitiva maligna. W. T. Smith y A. G. W. Whitfield.
- Efectos inmediatos de los análogos de la tiroxina sobre las oxidaciones biológicas "in vitro". O. Thibault y R. Pitt-Rivers.
- * Anormalidades metabólicas de la hipofosfatemia. D. Fraser, E. R. Yendt y F. H. E. Christie.

Ulceras gástrica y duodenal concomitantes.—Declara el autor que las úlceras gástrica y duodenal se presentan en clases totalmente diferentes de gente y que el problema, por lo tanto, queda planteado en por qué en ocasiones se las encuentran en el estómago y duodeno del mismo enfermo. La incidencia de concomitancia de úlceras gástrica y duodenal es probablemente alrededor del 5 por 100, si se incluyen las úlceras asintomáticas. En los enfermos ulcerosos que van al hospital a ser investigados, aproximadamente el 7 por 100 tienen la doble localización ulcerosa; sin embargo, los cirujanos ven habitualmente una mayor proporción de tales enfermos, y así se ha visto un 9 por 100 en una serie quirúrgica de 311 casos. El análisis de una serie de 119 casos de úlceras concomitantes plantea los siguientes hechos: 1) La úlcera duodenal es la primera en aparecer; 2) los enfermos tienen un patrón de secreción intermedio entre los enfermos con úlcera duodenal y el de los enfermos con estenosis pilórica establecida y con mucha menor frecuencia se ve el patrón secretorio de los enfermos de úlcera gástrica; 3) una mayoría sustancial de enfermos con úlceras concomitantes tienen retención gástrica y algunos una gran estenosis pilórica, y aproximadamente el 16 por 100 de los enfermos ingresados en el hospital con estenosis pilórica tienen asimismo úlceras gástricas; 4) en la operación el hallazgo más habitual es una úlcera gástrica activa y una úlcera duodenal curada y cicatrizada. Describe 12 casos adicionales que ilustran cómo la retención gástrica por causas distintas de la úlcera duodenal puede también complicarse con el desarrollo de úlceras gástricas. Refiere nueve casos de úlceras pépticas asociadas con hernia del hiato y sugiere que la esofagitis por reflujo puede, en ocasiones, originar una hernia del hiato en lugar de lo contrario, y el reflujo puede a su vez estar causado por una úlcera duodenal y retención gástrica. La retención gástrica puede también originar una úlcera gástrica y la asociación de estas lesiones puede así ser explicada. Los enfermos con úlceras concomitantes están particularmente predispuestos a presentar hemorragias, y cuando así ocurre es la úlcera gástrica la que sangra. Una vez que se han establecido las úlceras concomitantes la cirugía electiva es cuatro veces más peligrosa que en los casos de úlceras solitarias.

Radioterapia del síndrome de Cushing.—El autor refiere nueve casos de síndrome de Cushing tratados por irradiación de la hipófisis. En cuatro de los seis casos se obtuvo una considerable mejoría objetiva. Admite que la radioterapia de la hipófisis es preferible a la cirugía en el tratamiento inicial del síndrome de Cushing debido a una hiperplasia cortical suprarrenal.

Soplos continuos sin persistencia del conducto arterioso.—Los autores han hecho un intento para explicar la auscultación de un soplo continuo en la base del corazón en cinco casos de cardiopatía congénita; ninguno de ellos tenía lesiones reconocidas como causa de tales soplos y no había modo de demostrar la exactitud de las explicaciones dadas. Sin embargo, puede decirse que en todos los casos que muestran los rasgos de un conducto arterioso persistente y en el que sospechan múltiples lesiones, puede constituir una gran ayuda el estudio cuidadoso del fonocardiograma. En tales casos deben tenerse presentes otras dos causas de soplos continuos: El defecto septal ventricular complicado y los grandes vasos colaterales tortuosos. La angiografía intravenosa no da siempre una explicación y tiene sus riesgos; los grandes riesgos de la aortografía retrógrada

hacan que no esté justificada en el momento actual. Es, por lo tanto, verosímil que en tales casos, difíciles y complicados, ha de recurrirse a la toracotomía exploradora; aunque la mortalidad ha sido alta en sus casos, consideran que la toracotomía en general tiene un riesgo bajo y que no debe permitirse que muera ningún niño sin tener la seguridad de que la anormalidad no sea posible corregirla quirúrgicamente.

Infección humana con gérmenes del grupo de la pleuropneumonía.—Describe el autor 4 casos de infección humana con los gérmenes del grupo de la pleuropneumonía; en dos de ellos se trataba de una sepsis puerperal, en otro, de una piosalinx, y en el otro, de un empiema postoperatorio. Describe brevemente los métodos de preparar el antígeno para el diagnóstico serológico y para el aislamiento de los gérmenes de las secreciones infectadas. Añade que las preparaciones por impresión son esenciales para el examen microscópico de las colonias y que los medios sólidos deben permanecer húmedos durante tres o cuatro días de incubación. El material examinado debe ser fresco o tomado en un frotis directamente. Termina diciendo que el antígeno utilizable para el diagnóstico serológico humano por fijación del complemento es una suspensión de gérmenes vivos concentrados.

Anormalidades metabólicas en la hipofosfatasa.—Los autores confirman en un caso que su suero no inhibía la actividad fosfatasa alcalina del suero normal y han podido ver también que el suero produce la calcificación "in vitro" en el cartílago de ratas raquíditas, lo que interpretan diciendo que la calcificación defectuosa en la hipofosfatasa se deriva de un trastorno primario en el metabolismo de la matriz ósea. La asociación de una enfermedad ósea metabólica y una leve insuficiencia renal les condujo a estudiar el patrón de aminoácidos urinarios por cromatografía en papel y han podido encontrar, repetidamente, una sustancia ninhidrin-positiva similar en todas sus propiedades al éster aminoetilfosfórico; este material se encontraba también en el plasma de su enfermo y, por lo tanto, es inverosímil que fuera un producto de un metabolismo renal anormal. Esta sustancia no puede descubrirse en el plasma u orina de sujetos normales y, por lo tanto, puede especularse sobre la posible relación de la fosfatasa alcalina y de la sustancia citada en la formación del hueso. Sobre la base de los estudios de la actividad de la fosfatasa alcalina del suero en los padres y hermanos, otros autores han sugerido que la hipofosfatasa está determinada genéticamente y ellos han encontrado concentraciones bajas de la misma sustancia anormal ninhidrin-positiva en la orina del padre, hallazgo que apoya la sugerencia de que intervienen factores hereditarios en la etiología de la hipofosfatasa.

6.859 - 12 de febrero de 1955.

Vacunación B. C. G. F. R. G. Heaf.

Eliminación urinaria de estrógenos durante el ciclo menstrual. J. B. Brown.

Circulación efectiva de la pared uterina en el embarazo tardío. N. Morris, S. E. Osborn y H. P. Wright.

Acción de los ejercicios respiratorios en el enfisema pulmonar. E. J. M. Campbell y J. Friend.

Tetanía complicando al tratamiento del déficit de potasio en la acidosis renal. P. Fourman y R. A. McCance.

Argentafinoma maligno. J. S. Jenkins y P. J. A. Butcher. Hipoglucemia espontánea debida a un tumor de células insulares del páncreas. T. A. Grimson y J. Yell.

Eliminación de ácido etanolamina-fosfórico en la enfermedad celiaca. O. D. Fisher y D. W. Neill.

Acción de los ejercicios respiratorios en el enfisema pulmonar.—Los autores han estudiado la "acción inmediata" de los ejercicios respiratorios en 12 hombres en fisematosos mediante pruebas de la función ventilatoria y por electromiografía. Las modificaciones observadas fueron las que se asocian con una respiración profunda lenta en una posición forzadamente inspiratoria. Terminan diciendo, que en un periodo breve de tiempo los ejercicios no produjeron ningún "efecto" sobre la función ventilatoria.

Tetanía en el tratamiento del déficit de potasio en la acidosis renal.—Refieren los autores el caso de un enfermo con déficit de potasio debido a acidosis renal que desarrolló una intensa tetanía cuando se normalizó el potasio del suero mediante la administración de cloruro potásico. La química del suero durante los ataques era normal, excepto la acidosis que no se corrigió por el cloruro potásico. La tetanía no se mejoró por la administración de calcio o por la respiración de carbónico al 5 por 100. En cambio, se corrigió el déficit de potasio y la acidosis, evitando al tiempo la tetanía, administrando dosis relativamente pequeñas de citrato potásico y citrato sódico. No encuentran explicación a la tetanía del enfermo y sugieren que se debe a un trastorno en el control normal del pH o concentración de cationes intracelulares.

Argentafinoma maligno.—Los autores refieren dos casos de argentafinoma maligno del intestino con metástasis en el hígado. Uno de ellos se asociaba con una peculiar cianosis en placas y el otro mostró una estenosis pulmonar con insuficiencia tricuspíde. Discuten, finalmente, el punto de vista de que el síndrome resulte de una secreción excesiva de 5-hidroxítryptamina.

Eliminación de ácido etanolamina-fosfórico en la enfermedad celiaca.—En un trabajo anterior los autores demostraron en la orina de 30 niños con enfermedad celiaca la existencia de una sustancia en la orina que en el cromatograma correspondía a la posición señalada para el ácido etanolamina-fosfórico. Amplian su experiencia y han realizado 709 cromatogramas de aminoácidos en la orina de un total de 606 enfermos. Han encontrado además de los 30 anteriores, otros 16 enfermos con un cromatograma similar; de ellos cinco eran niños menores de un mes de edad, de los cuales cuatro tenían eritroblastosis fetal, de los que tres recibieron una exanguinotransfusión y uno desarrolló ulteriormente una ictericia obstructiva; el quinto niño tenía un retraso del desarrollo y solamente se demostró la sustancia en un adulto, un hombre de cuarenta y dos años, que murió después de una ictericia obstructiva. En tres de los casos se trataba de hermanos de niños con enfermedad celiaca y en un cuarto se sospechó esta enfermedad, aunque no pudo confirmarse; un niño mostraba enanismo y tenía una diarrea "lienteífica"; un niño comenzó a vomitar y paró su desarrollo a los nueve meses de edad; y una niña de ocho años que había tenido fracturas de repetición, rehusó la investigación ulterior en la relación con la esteatorrea.

6.860 - 19 de febrero de 1955.

Los síntomas funcionales de la enfermedad orgánica del cerebro. E. A. B. Pritchard.

• Ulceras genitales y orales recidivantes con lesiones oculares asociadas. D. L. Phillips y J. S. Scott.

• Hipertensión grave tratada con bromuro de hexametonió en medio retard. H. J. Goldsmith, D. W. Beaven y H. P. Lambert.

• Carbimazol en la tirotoxicosis. K. Kirkeby y O. Romcke. La estimación de neurosis. A. Harris.

Un método sencillo de probar el gusto. I. C. K. Mackenzie.

• Fracaso tubular renal asociado con poliarteritis nodosa. E. M. Darmady, W. J. Griffiths, H. Spencer, D. Mattin-gly, F. Stranak y H. E. de Wardener.

Dos ataques de meningitis con breve intervalo. J. C. Blake. Toxina de clostridium welchii epsilon en el contenido intestinal del hombre. M. H. Gleeson-White y J. J. Bullen.

Aislamiento de clostridium welchii tipo D del hombre. J. Kohn y H. Warrack.

Alteraciones osteoescleróticas debidas a infección crónica o infiltración neoplásica. F. P. Weber.

Actividad expansiva melanófora de la hipófisis humana. E. Hudson y G. A. Bentley.

Ulceraciones genitales y orales recidivantes con lesiones oculares asociadas.—Los autores presentan 10 casos de síndrome de Behcet y con motivo de ellos hacen diferentes consideraciones. Subrayan que este síndrome presenta algunos problemas clínicos difíciles. Así, el dolor de las lesiones puede ser incapacitante, puede presentarse una ceguera total e incluso originarse la muerte. El cuadro está complicado por una terminología con-

fusa y es desafortunado el énfasis dado a la naturaleza triple del síndrome, puesto que tiende a evitar el diagnóstico en los casos que solamente presentan dos de los tres rasgos principales y oscurece la posibilidad de las lesiones adicionales (articulares, cerebrales, cutáneas, etcétera). El diagnóstico se confunde en ocasiones porque el enfermo es visto sólo por un especialista, por ejemplo, el oftalmólogo, dermatólogo, cirujano dental o el ginecólogo. La etiología es oscura, pero parece muy posible que tanto este síndrome como los relacionados puedan eventualmente incluirse entre las enfermedades del colágeno. El tratamiento y su valoración son difíciles. El tratamiento de cuatro de sus enfermos con cortisona y ACTH produjo unos períodos desacostumbradamente largos de remisión y las exacerbaciones, cuando se presentaron, disminuyeron notablemente de intensidad.

Hexametonio retard en la hipertensión grave.—Los autores han tratado con bromuro de hexametonio de acción lenta a 26 enfermos con hipertensión grave, de los que 11 tenían hipertensión maligna. Declaran que esta forma de tratamiento es practicable para el que ha de realizarse en algunos enfermos con hipertensión grave acompañada de síntomas orgánicos. El empleo del medio retard es beneficioso, puesto que el período de incapacidad que sigue a una dosis eficaz de la forma soluble se evita en su mayor parte.

Carbimazol en la tiroides.—Los autores han tratado con carbimazol a 56 enfermos con tiroides; en 52 se administró como tratamiento curativo y en cuatro como preparación preoperatoria. La mayoría de los enfermos se colocaron en situación eutiroidea al cabo de tres-doce semanas. En un solo caso se observaron efectos colaterales, en el cual hubo de suprimirse la droga a causa de la presentación de un rash. Se desarrollaron reacciones bocígenas en el 7 por 100 de los enfermos, en comparación con el 34 por 100 de 38 enfermos tratados con metiltiouracilo o propiltiouracilo. Concluyen diciendo que el carbimazol es tan eficaz como los demás anti-tiroideos actualmente utilizados, pero que es, sustancialmente, menos tóxico que éstos.

Fracaso tubular renal asociado con poliarteritis nodosa.—Los autores describen un caso de poliarteritis nodosa renal en el que el trastorno de la función renal consistió principalmente en el fracaso tubular, demostrado por una pérdida urinaria excesiva de electrolitos y la eliminación en todo momento de una orina hipotónica, que no se influenciaba por la pitresina. En el examen postmortem de los riñones, se encontraron múltiples áreas infartadas y las lesiones características de la poliarteritis nodosa en las arterias renales. La microdissección de las nefronas en las áreas no infartadas demostró una lesión tubular difusa y unos glomérulos relativamente intactos.

6.861 - 26 de febrero de 1955.

¹ Prevención y tratamiento de la insuficiencia cardiaca hipertensiva por los agentes bloqueantes ganglionares. K. S. Smith y P. B. S. Fowler.

Un método mejorado para los estudios clínicos del sodio total recambiable. N. Veall, H. J. Fisher, J. C. McC. Browne y J. E. S. Bladley.

Dieta pobre en grasa y dosis terapéutica de insulina en la diabetes mellitus. I. Singh.

Myleran en la leucemia mieloide crónica. D. A. G. Galton y M. Till.

Tráqueobronquitis membranosa postoperatoria. J. Dark y P. Jewsbury.

Osteoporosis post-embarazo. B. E. C. Nordin y A. Roper.

Enteritis provocada por drogas. H. F. Frame y D. W. Short.

Virilismo debido a un arrenoblastoma ovárico. P. R. C. Evans y R. O. Jones.

Tétanos tratados con mefenesina intravenosa. D. F. Doherty.

Prevención y tratamiento por los bloqueantes ganglionares de la insuficiencia cardiaca hipertensiva.—Los autores han estudiado 114 enfermos bajo tratamiento con bromuro de hexametonio por hipertensión, con re-

ferencia especial a la incidencia y control de la insuficiencia cardiaca. Encuentran que este tratamiento no puede ocupar el puesto de la digital y los diuréticos mercuriales en el tratamiento inicial de la insuficiencia cardiaca congestiva, pero al controlar la presión puede prevenir la recaída. Si existía insuficiencia ventricular izquierda cuando el enfermo vino a tratamiento, generalmente mejoró por el bromuro de hexametonio; en unos pocos casos la digital contribuyó al control ejercido por esta droga; disminuyó la disnea y no se presentó más el asma cardiaca y desaparecieron la angina de pecho y el ritmo de galope. No se observaron muertes por insuficiencia cardiaca, que es habitualmente la terminación de la cardiopatía hipertensiva; entre las 14 muertes observadas, los accidentes cerebrovasculares y la uremia fueron las causas principales y en proporción aproximadamente la misma. Consideran que el propósito fundamental del tratamiento con hexametonio es la prevención de la insuficiencia ventricular izquierda. Los efectos colaterales pueden ser formidables y exigen la relación del tratamiento; incluso así, cuando hay un control incompleto de la tensión, todavía puede conseguirse el objetivo de impedir la presentación de insuficiencia cardiaca.

Dieta pobre en grasa y dosis terapéuticas de insulina en la diabetes mellitus.—El autor ha tratado 80 enfermos con diabetes insulín-sensible con dietas calóricamente óptimas conteniendo 20-30 gramos de grasa, 120-150 gramos de proteinas y el resto en forma de carbohidratos y progresivamente disminuyendo la dosis terapéutica de insulina. Cincuenta de ellos se hicieron aglucosúricos en tres-seis semanas y ocho en dieciocho semanas y no necesitaron más insulina; seis precisaban 10 unidades diarias de insulina y en seis casos la exigencias primitivas de 80-120 unidades se redujeron a 20-40 unidades. Se hizo una investigación en siete casos con pruebas seriadas de tolerancia a la glucosa durante dieciocho-veintiséis meses; 5 de ellos mostraron una vuelta a la normalidad y dos casi por completo; describe otro caso en el que se desarrolló una hipoglicemia. Los 10 enfermos que habían quedado aglucosúricos con la dieta sola, mostraron una tolerancia aumentada a los carbohidratos.

Myleran en la leucemia mieloide crónica.—Los autores han tratado con myleran, durante cuatro años un total de 31 enfermos con leucemia mieloide crónica; se utilizaron cursos sucesivos y terapéutica de mantenimiento continuo. El tratamiento ulterior después de los cursos administrados se demostró hasta que aparecieron los síntomas. Las remisiones después de cursos ulteriores fueron más breves que después de la primera. Los enfermos con terapéutica de mantenimiento estuvieron en buena situación durante períodos hasta de dos años, pero en tres casos apareció una resistencia, aparentemente específica. Concluyen diciendo que aunque su experiencia es limitada, el myleran es, a su juicio, un sustitutivo satisfactorio de la radioterapia, siendo su principal ventaja la eficacia cuando la radioterapia es de valor limitado o deja de ser eficaz.

Enteritis provocada por drogas.—Los autores describen la presentación de una enteritis estafilocócica resistente que terminó fatalmente después de la terapéutica con terramicina en un enfermo en recuperación de una apendicitis y peritonitis. Se había administrado menos de cuatro gramos de terramicina cuando aparecieron por primera vez los síntomas, y a pesar del empleo de eritromicina y terapéutica de mantenimiento, el enfermo falleció aproximadamente a las veinticuatro horas. Se aisló un estafilococo resistente a la penicilina, aureomicina y terramicina de la faringe, intestinos y sangre, así como también de las viscera después de la muerte. Añaden que en el tratamiento debe administrarse eritromicina y antitoxina estafilocócica con otras medidas de apoyo, y sugieren que esta complicación puede evitarse posiblemente por el tratamiento preoperatorio de los portadores nasales por la aplicación tópica de un antibiótico.

Virilismo por arrenoblastoma ovárico.—Los autores describen un caso típico de arrenoblastoma ovárico de tipo intermedio en una muchacha de quince años. En efecto, a pesar de su juventud, en el momento del diagnóstico, la enferma presentaba los rasgos típicos de la defeminización y virilismo debido a tal tumor. Aunque la enferma fué operada y ha quedado aparentemente bien, con una eliminación normal de 17-cetoesteroídes, piensan tener a la enferma en observación, puesto que en ocasiones, a pesar de estos hallazgos normales puede ulteriormente aumentar la eliminación de 17-cetoesteroídes como consecuencia de la presentación de una recidiva o actividad de metástasis.

La Presse Medicale.

63 - 1 - de enero de 1955.

- * A propósito de 257 neurotomías retrogasserianas. R. Leriche.
- * Tuberculosis suprarrenal e hipertensión arterial. G. Ackermann y cols.
- * Conceptos modernos sobre la profilaxis del reumatismo articular agudo. A. Ravina.

Tuberculosis suprarrenal e hipertensión arterial.—Con ocasión de un caso personal, los autores estudian el problema de las hipertensiones paradójicas en el curso de la tuberculosis suprarrenal. Las observaciones publicadas al respecto son muy heterogéneas. Los autores proponen una clasificación de todos los casos publicados en la literatura médica, llamando la atención sobre el interesante problema fisiopatológico que estos casos representan.

Profilaxis del reumatismo articular agudo.—Las modernas publicaciones americanas vienen a demostrar que la profilaxis por la penicilina previene de forma casi absoluta las recaídas del reumatismo articular agudo. La introducción de la penicilina muy retardada constituye un nuevo e interesante avance. Según los autores americanos, esta profilaxis, si se realiza de forma sistemática, ha de permitir reducir considerablemente en el futuro, la frecuencia y gravedad del reumatismo articular agudo.

63 - 2 - 8 de enero de 1955.

- * Diagnóstico clínico precoz de la miastenia. A. Thévenard.
- Anemia de Biermer y gastrectomía parcial. C. Alibahary.
- * Hiperergias cutáneas tuberculinicas. M. Fourestier y A. Blacque-Belair.

Diagnóstico precoz de la miastenia.—El autor demuestra sobre el estudio de 42 casos que la miastenia grave raramente se diagnostica de modo precoz. Basa este diagnóstico en la minuciosa observación del modo de aparición de los primeros síntomas, de su topografía y de su aspecto clínico. De sus 42 casos, en 24 el primer síntoma fué una oftalmoplejia, en 11 un ataque en el territorio bulbo-protuberancial y en 7 un trastorno motor de los miembros. Puede sospecharse el diagnóstico por el carácter puramente motor de los síntomas, su variabilidad en la vigilia y su evolución en brotes breves. Una maniobra muy simple consiste en explorar la disminución de la resistencia a la abertura forzada de los párpados; ésta existía en los 42 enfermos.

Hiperergias cutáneas tuberculinicas.—En el presente trabajo son estudiadas las hiperergias cutáneas tuber-

culinas, la localización clínica de este fenómeno cutáneo (en el curso de la tuberculosis inicial, después de la vacunación B. C. G., en el curso de la tuberculosis de reinfeción, en las tuberculosis atípicas). Existen dos especies de hiperergia: una que traduce cierto grado de inmunidad y la otra un estado de hipersensibilidad tuberculinica que hay que temer siempre. La dificultad de una interpretación pronóstica proviene del hecho de que estos dos fenómenos (inmunidad e hipersensibilidad) están siempre estrechamente intrincados.

63 - 3 - 12 de enero de 1955.

- * Tratamiento de la meningitis tuberculosa con isoniacida. R. Debré y cols.
- * Macroglobulinemia con lesiones del esqueleto. Displasia a la vez linfocitaria y plasmocitaria de la médula ósea. F. Layani y cols.
- Bocio parenquimatoso hiperplásico. P. Guinet.
- Herencia en las enfermedades de la sangre. A. Grasset.

Tratamiento de la meningitis tuberculosa por la isoniacida.—Los resultados obtenidos con la isoniacida en el tratamiento de la meningitis tuberculosa son superiores a los que se obtienen sin la isoniazida. De 171 niños tratados entre 1952 y 1953, en julio de 1954 sobrevivían 143. Utilizada con estreptomicina y PAS curó 26 de 27 enfermos. Los resultados son peores en los lactantes que en los niños mayores. Los que murieron de este segundo grupo, todos habían iniciado el tratamiento en pleno coma. La estreptomicina y las inyecciones raquídeas sólo se suspenden cuando el tratamiento se ha comenzado pronto o cuando la evolución es favorable. En todo caso la duración del tratamiento debe ser superior a los ocho meses.

Macroglobulinemia con lesiones del esqueleto.—Los autores relatan la observación de un síndrome de Waldenström (macroglobulinemia esencial), caracterizado por anemia, poliadenopatías y una tendencia hemorrágica, así como por una alteración del estado general. Además había trastornos neurológicos y osteoporosis. La punción esternal puso de manifiesto una reacción linfocitaria y plasmocitaria de la médula y la electroforesis una hiperglobulinemia de tipo mielomatoso. El suero contenía crioglobulinas. En la ultracentrifugación se pudieron observar macroglobulinas.

63 - 4 - 15 de enero de 1955.

Lección inaugural de la cátedra de patología y terapéutica general de la Facultad de Medicina de París. R. Garcin.

Succinilcolina y electroshock. M. Porot y E. Bisquerra.

Astenia del deportado. A. Bacharach.

63 - 5 - 22 de enero de 1955.

Pasteurelosis humana. R. Worms y Y. Le Quintrec.

Expresión hepato-digestiva de ciertos disfuncionamientos tiro-ováricos. J. Baumel y E. Fassio.

Sobre la actividad de ciertas sustancias del grupo de la kellina sobre la motilidad ureteral "in vitro". W. Montorsi, S. Salvaneschi y G. Colomo.

63 - 6 - 26 de enero de 1955.

Nuevo caso de porfiria cutánea del adulto. M. Dérot y J. Canivet.

Etiología, patogenia y tratamiento médico de la estenosis mitral pura. M. R. Castex.

Conducta a seguir en presencia de un tumor pulmonar de naturaleza incierta. O. Monod y Hoyoun.