

para el Estudio de los Bronquios. Se desarrollarán dos temas, seguidos de comunicaciones libres y discusión.

Primer tema.—Prof. Máximo Soriano (Barcelona): "Tratamiento de las supuraciones broncopulmonares".

Segundo tema.—Dr. José Alix Alix (Madrid): "Patología bronquial en la tuberculosis pulmonar".

La duración máxima de las comunicaciones libres será de diez minutos. Quedan invitados todos los compañeros especialistas e interesados. Los títulos de las comunicaciones libres, que se aceptarán hasta el 15 de marzo, deben dirigirse a esta Secretaría, calle Córcega, 393, Barcelona, Dr. F. Coll Colomé, Secretario general.

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS. CAPITULO DE BARCELONA

El American College of Chest Physicians, Capítulo de Barcelona, tiene el honor de invitar a todos los interesados a la Mesa de Discusión que, versando sobre el tema "Cáncer pulmonar", se celebrará en el Auditorio de los Dispensarios Blancos, Paseo de San Juan, 20 (entrada al Auditorio: Ali-Bey, 37), el viernes día 29 de marzo del actual, a las siete de la tarde.

El tema será sintetizado, en un tiempo máximo de

diez minutos para cada uno de ellos, por los siguientes relatores:

Prof. L. Guilera.—Patogenia.

Dr. G. Manresa.—Diagnóstico.

Dr. A. Caralps.—Indicaciones quirúrgicas.

Los compañeros que tengan intención de participar en la discusión de estos temas podrán comunicarlo por escrito a esta Secretaría: Córcega, 393, Barcelona. Para cada una de éstas se concede un tiempo máximo de tres minutos.

Aunque no lo hayan solicitado previamente, todos los asistentes podrán participar en la discusión, con la venia de la presidencia de la Mesa. Un resumen de esta Mesa de Discusión será publicado y repartido a todos los que lo soliciten.—El Secretario, Dr. M. González Ribas.

BODAS DE ORO DE LA PROMOCION DE 1907 EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

El Dr. D. Antonio Martín Arévalo ruega a sus compañeros de promoción del año 1907 de la Facultad de Medicina de Valladolid que deseen celebrar las Bodas de Oro profesionales se dirijan a él; señas: Calle de la Alameda, núm. 5. Madrid.

B I B L I O G R A F I A

A) CRITICA DE LIBROS

ERLEBTES AUS DER THORAXCHIRURGGIE. Doctor R. NISSEN.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 64 páginas con 99 figuras, 14,40 DM.

Para la futura historia de este momento que hemos vivido en lo que va de siglo de grandioso avance de la cirugía en el tórax, antes incurables, y el mejoramiento del pronóstico de toda clase de intervenciones en este segmento, esta pequeña monografía, que es una ampliación de una conferencia dada anteriormente por el autor, es de un valor inestimable, como lo es también para los que cultivando esta clase de cirugía sienten el interés y la curiosidad por conocer algunos detalles de su evolución.

Al final hay reproducciones de trabajos, que jalonan la evolución seguida, con fotografías de sus autores.

La fundamental contribución del profesor NISSEN en este progreso hace especialmente valiosa esta revisión histórica de su pluma.

AUS-UND WEITERBILDUNG IN DER MEDIZINISCHEN STRAHLENKUNDE.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart. 1955.—Un volumen de 41 páginas, 3,60 DM.

En los últimos años, lo que comenzó siendo un medio auxiliar en manos del médico, la radiología diagnóstica, ha ido alcanzando un volumen considerable que planteó la necesidad de los especialistas. Ultimamente el concepto de la especialización radiológica está experimentando un cambio profundo. Dentro de ella surgen las especializaciones en los diferentes sistemas y aparatos, y el radioneurólogo, como el radiólogo digestivo, etc., son especialistas que manejan los rayos X para el diagnóstico, pero con conocimiento de la especialidad a la cual los aplican. En la mayor parte de las Facultades

de Medicina del mundo está planteado el problema de la enseñanza de la radiología y en qué forma debe de hacerse; en nuestro país el problema ofrece un urgente interés por cuanto la radiología ha sido transformada en los planes de estudio en terapéutica física. Nadie duda de la importancia de la terapéutica física; pero no se puede confundir una cosa con otra y es necesaria la enseñanza de la radiología diagnóstica y terapéutica, aunque se realice en relación con las clínicas médicas y quirúrgicas.

Esta monografía recoge puntos de vista sobre las posibles evolución e historia del proceso, pronunciados con motivo de la reunión de la Sociedad alemana en 1954. La autoridad de los que opinan y la información que en el libro se da sobre organización en diferentes países puede ser muy interesante en el planteamiento de esta cuestión. El número de cátedras de radiología en diferentes Universidades en Alemania y otros países es señalado, estando ausente nuestro país en esta mención.

LIBROS RECIBIDOS

"The treatment of high blood pressure". Dr. Frederick H. Smirk.—Editorial The Royal College of Physicians. Edinburgh, 1956.—Un volumen de 29 páginas con 3 figuras.

"Anaemia and the alimentary tract". Dr. L. J. Witts. Editorial The Royal College of Physicians. Edinburgh, 1956.—Un volumen de 94 páginas con 19 figuras.

"Tomografía lateral del tórax. Su utilidad clínica". Dres. Melquiades Cabal y M. Roiz Noriega.—Editorial Summa. Oviedo, 1957.—Un volumen de 143 páginas con 97 figuras.

B) REFERATAS

The American Journal of Medicine.

18 - 5 - 1955.

Symposium sobre los aspectos más recientes de los antibióticos:

- Introducción. Finland, M.
- Química de los antibióticos de importancia práctica. Regna, P. P.
- Modo de acción de los antibióticos. Umbreit, W. W.
- Resistencia bacteriana. Bryson, V. y Demerec, M.
- Estado actual de la quimioterapia de la tuberculosis. Ebert, R. H.
- Estado actual del bacilo tuberculoso "in vivo". Hobby, G. L.
- Quimioterapia y antibióticos en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario. Kass, E. H.
- Quimioterapia de las infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos comunes. Bryer, M. S.
- Complicaciones de la terapéutica antibiótica. Von Oettigen, W. F.
- Anemias hemolíticas auto-inmunes. Dacie, J. V.
- Mucormicosis cerebral. Bauer, H., Ajello, L., Adams, E. y Useda Hernández, D.
- Enfermedad de la hemoglobina C homozigótica. Thomas, E. D., Motulsky, A. G. y Walters, D. H.
- Activación aparente de la salmonella enteritis por la oxitetraciclina. Finger, D. y Wood, W. B.
- Un caso poco frecuente de sarcoidosis hepática fatal. Kelly, M. L. y McHardy, R. J.

Modo de acción de los antibióticos.—Aunque el mecanismo íntimo por el que actúan los antibióticos es desconocido, sabemos hoy que actúan (por lo menos los de uso más corriente) interfiriendo de modo irreversible algunas de las reacciones bioquímicas fundamentales para los gérmenes, siendo dicha reacción diferente para cada uno de ellos.

Para la penicilina, se ha demostrado que existe en la superficie de los gérmenes un componente capaz de adsorberla de modo reversible, responsable de la actividad antibacteriana. Una vez que este componente de unión a la penicilina se ha inactivado, se originan ciertas alteraciones metabólicas en el microorganismo, especialmente en el metabolismo de los ácidos nucleicos. Así, se explica que bajo la acción de la penicilina las células en crecimiento muestran una acumulación de uridina-5-fosfato. A diferencia de la penicilina, la estreptomicina inhibe una serie de reacciones, de las cuales la más importante es la reacción "oxalacetato-piruvato". Además, se ha observado que existe una relación entre la sensibilidad de un germen a la estreptomicina y la presencia de un intermediario del metabolismo: el ácido 2-fosfo-4-hidroxi-carboxi adípico. Finalmente, el modo de acción del cloranfenicol y de los antibióticos del grupo tetraciclina es, hoy por hoy, totalmente desconocido.

Quimioterapia y antibióticos en las infecciones del tracto urinario.—Dada la importancia del tratamiento precoz en las infecciones urinarias para evitar su paso a la cronicidad, es fundamental averiguar precozmente su existencia y el germen que las produce. En general, la baciluria se comprueba cuando existen por centímetro cúbico de orina más de 10⁵ bacterias. Aunque el colibacilo y el estafilococo dorado son los gérmenes más frecuentes en los procesos agudos, en las infecciones crónicas y en los casos complicados son frecuentes ciertas razas de proteus, seudomonas y enterococos. Los cultivos que contienen más de una especie bacteriana indican la existencia de una infección urinaria crónica o complicada. Se revisan los medios antiguos de tratamiento (cuerpos céticos, mandelatos, etc.), concluyéndose que son útiles siempre y cuando se trate de una infección aguda y no complicada. Se estudia también el efecto de las sulfamidas y de los diferentes antibióticos, concluyendo que en general es poco útil el empleo conjunto de varias drogas, ya que existe el peligro de que se produzca resistencia bacteriana a todas ellas.

Quimioterapia de las infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos comunes.—El uso cada vez más

frecuente que se hace de los antibióticos ha traído consigo un cambio en la clínica de las enfermedades infecciosas: los gérmenes patógenos, como el estreptococo hemolítico y el neumococo, han disminuido de importancia, y en cambio los semisaprofitos, como la *Pseudomonas aureoginosa*, *estafilococo aureus*, grupo del *coagulase* y el *proteus*, plantean con frecuencia problemas difíciles por producir infecciones diversas que responden mal a los antibióticos usuales. En el presente trabajo se estudian los cuadros producidos por estos gérmenes, así como los antibióticos más útiles en cada caso. En las infecciones por *proteus*, la cloromicetina, sulfamidas, furadantina (en las infecciones urinarias) y la estreptomicina, en combinación con otros antibióticos, suelen ser de gran utilidad. Si fracasan puede recurrirse a la neomicina, de gran actividad bactericida frente a estos gérmenes, pero de mayor toxicidad, especialmente sobre el riñón y el octavo par. En las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*, la oxitetraciclina, sulfamidas, cloromicetina, furadantina, estreptomicina y polimixina, este último con el peligro de producir afectación renal, síntomas neurológicos, etc. En las infecciones por *coli*, la tetraciclina, cloromicetina, sulfas, estreptomicina, polimixina y neomicina; en las de enterococos, la penicilina, estreptomicina, eritromicina, cloromicetina, tetraciclina, sulfas y bacitracina, y en las de estafilococos aureus, la eritromicina o la magnamicina (carbomicina).

Complicaciones de la terapéutica por antibióticos.—Se revisan las complicaciones que pueden aparecer en los tratamientos con antibióticos, especialmente las de tipo alérgico (exantemas, shock anafilactoide, edema angioneurótico, erupciones fijas, conjuntivitis, rinitis y asma, enfermedad del suero y fiebre), depresión de la médula ósea (anemias aplásicas), disturbios gastrointestinales, afectación hepática y renal, alteraciones del sistema nervioso central y periférico. Otro aspecto del problema es la acción de los antibióticos sobre la flora bacteriana intestinal, consecuencia de lo cual puede ser la superinfección por otros gérmenes (estafilococo dorado) o levaduras (monilias), conduciendo a cuadros diarréicos que pueden ser de gravedad, y también la producción de síntomas de hipovitaminosis. Finalmente se comenta la posibilidad de que como consecuencia de la rápida acción bactericida de los antibióticos, con la rápida supresión del proceso infeccioso, se produzca una reducción en la formación de anticuerpos, con lo cual se reduce la resistencia del enfermo a reinfecciones por el mismo organismo.

Las anemias hemolíticas auto-inmunes.—La mayor parte de las anemias hemolíticas adquiridas se deben a la aparición en el plasma de proteínas que funcionan como auto-anticuerpos anti-eritrocito, que disminuyen el tiempo de supervivencia de los glóbulos rojos circulantes. Pueden ser estos auto-anticuerpos fríos y calientes, pudiéndose dar unos y otros en los dos tipos de anemia hemolítica adquirida existente: la idiopática y la secundaria a causas diversas (neumonías por virus, leucemias, reticulosarcomas, sifilis, etc.). Se revisan las características clínicas y hematológicas de ambos tipos y se discute sobre los aspectos serológicos de las mismas. La patogenia es el resultado de tres mecanismos: autoaglutinación, esferocitosis y eritrofagocitosis. Finalmente se discute el tratamiento de estos enfermos, subrayando la utilidad de las transfusiones, esplenectomía y ACTH o cortisona.

Mucormicosis cerebral.—Los autores comunican las historias de dos diabéticos de mucormicosis cerebral, una complicación extremadamente rara de esta enfermedad. Hasta la fecha, no se ha diagnosticado en vida ningún caso de mucormicosis. Se trata de la infección por un hongo, el *Rhizopus oryzae*, que pertenece a los llamados "hongos azúcar", por la capacidad que poseen

de utilizar el azúcar, motivo por el cual estos hongos, normalmente saprofitos, adquieren propiedades patógenas en los tejidos ricos en glucosa de los diabéticos no controlados. Los autores sugieren los senos paranasales como la posible puerta de entrada de la infección. El cuadro producido se caracteriza por oftalmoplejia, signos de meningoencefalitis y sinusitis en un enfermo diabético mal controlado. Estos datos permiten realizar el diagnóstico ante-mortem.

Enfermedad de la hemoglobina C homozigótica.—Se estudió un caso de enfermedad de la hemoglobina C homozigótica en el cual existía una ligera anemia normocítica y normocrómica con muchas targetcells y el típico patrón electroforético de la hemoglobina C: los hemáties del enfermo transfundidos a un normal sobrevivían solamente 42 días. El Fe sérico era normal, así como también la velocidad de desaparición del Fe radioactivo del suero. Se comprobó que junto a la hiperdestrucción eritrocítica existía un factor de dis-eritropoyesis. Un hijo del enfermo, al nacer, sólo tenía hemoglobina adulta (A) y hemoglobina fetal (F). Cuatro meses después del nacimiento, presentaba la hemoglobina C con hemoglobina A, lo cual demuestra que la formación de la hemoglobina C se lleva a cabo solamente después del nacimiento.

Activación aparente de la salmonella enteritis por la oxitetraciclina.—Una de las complicaciones posibles en el curso de tratamientos con antibióticos es la de facilitar la producción de infecciones por agentes patógenos que, como el estafilococo aureus o las monilias, son huéspedes habituales del organismo y se hallan normalmente frenados por otros gérmenes. La anulación de éstos por el antibiótico permite el desarrollo de aquéllos. Los autores comunican la historia de un individuo que era portador de la salmonella muenchen, y que al recibir un tratamiento con oxitetraciclina desarrolló una típica gastroenteritis aguda, evidentemente desencadenada por el tratamiento.

Sarcoidosis hepática fatal.—Aunque la afectación hepática por la sarcoidosis es relativamente frecuente, son excepcionales los casos en que se produjo ictericia como síntoma relevante. En el estudio bióptico del hígado en enfermos de sarcoidosis, realizado por BRANSON y PARK, se encontraron lesiones en el 76 por 100 de los casos (en total eran 138) y sólo tres de ellos tenían ictericia. El enfermo comunicado por los autores presentaba ictericia intensa con hepaesplenomegalia, y el diagnóstico de sarcoidosis no se hizo hasta realizar una punción bióptica del hígado, en la cual se pudo demostrar la existencia de granulomas. La administración de cortisona no produjo la menor mejoría, y al parecer desencadenó una respuesta paradójica, en cuya virtud la lesión granulomatosa se convirtió en una extensa fibrosis del hígado que condujo a la muerte.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 5 - 1955.

- * Hepatitis por virus. R. Murray.
- * Pobre resistencia a la infección: Relación con anomalías de la gamma-globulina. D. Gitlin.
- Tratamiento de la arterioesclerosis cerebral. Aspectos psiquiátricos. E. B. Allen.
- * Cambios vasculares retinianos y conjuntivales en embarazos normales y toxémicos. R. Landesman.
- Cáncer en una comunidad. W. B. Quisenberry.

Baja resistencia a la infección.—Puede deberse a un error en el metabolismo de un grupo específico de anticuerpos y a la formación deficiente o defectuosa de anticuerpos en general con síntesis normal de otras gammaglobulinas o con síntesis anormal de esta globulina, habiéndose observado casos de poca resistencia a infecciones con concentraciones normales y aun elevadas de estas globulinas, aunque lo más frecuente es la poca

cantidad o la no existencia de gamma-globulina en los sujetos que padecen infecciones reiteradas.

Cambios vasculares en embarazadas.—Algunas de las alteraciones del fondo del ojo y conjuntivales son importantes para valorar la gravedad del proceso toxémico. En aquellas que sólo tienen vómitos no se ven prácticamente hemorragias retinianas. En la toxemía aguda grave el espasmo indica proceso avanzado con peligro de muerte fetal intrauterina. La presencia de hemorragias retinianas y trasudados se asocia con una gran mortalidad fetal en toxemias agudas e hipertensivas. La retinopatía diabética es una complicación grave que se asocia con crecimiento reducido del feto y enfermedad renal de la madre y puede dar lugar a la pérdida permanente de la visión de ésta. En embarazos normales aparecen variaciones del lecho vascular periférico de la conjuntiva bulbar, pero la progresión de estos cambios son evidentes en las toxemias y el espasmo arteriolar avanzado es significativo como síntoma pronóstico en la toxemía, alcanzando su máximo en la eclampsia. La presencia de tortuosidad capilar difusa sugiere hipertensión esencial.

American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

71 - 3 - 1955.

- * Estudio sobre la alteración de la función respiratoria en la tuberculosis pulmonar. H. Anno y J. F. Tomashefski.
- Resección pulmonar en tuberculosis. K. C. Sze, A. Samadi y J. S. Conant.
- Una prueba microcolonial para el reconocimiento de mycobacterias virulentas. K. I. Krasnow, L. G. Wayne y D. Salkin.
- Descubrimiento de bacilos tuberculosos en muestras de lavados bucales con el uso de cultivos filtrados por membranas. D. S. Rogers, G. M. Cooke y C. E. Meyers.
- Medios de agar con carbón vegetal para el cultivo de *M. tuberculosis*. J. W. Whalen y W. L. Mallmann.
- * Observaciones sobre la patogenicidad de mutantes isoniazido-resistentes de bacilos de enfermos tuberculosos. R. Oestreicher, S. H. Dressler, W. F. Russell, J. B. Grow y G. Middlebrook.
- Métodos para hallar casos y reactores tuberculosos. T. H. Lorenz, W. C. Lewis, G. Calden y J. R. Thurston.
- * Papilomatosis de la tráquea y bronquio. B. Schaff y R. V. Thomson.
- Calcificación tuberculosa total de un riñón y su uréter. L. G. Jacobs.

Estudios sobre la función respiratoria.—Se presentan los datos de los estudios efectuados en 25 casos seleccionados de tuberculosis pulmonar. Los datos sugieren que una aireación y perfusión alveolares irregulares caracterizadas por aumento de la mezcla venosa, son anomalías encontradas comúnmente en la tuberculosis pulmonar. Se observó una relación íntima entre la extensión del proceso morboso y la aparición de un patrón de enfisema pulmonar, caracterizado por aumento del volumen residual y reducción de la capacidad respiratoria máxima. Los enfermos con procesos crónicos, estudiados mientras recibían quimioterapia, no revelaron mayor alteración de las relaciones entre ventilación y perfusión al repetirse estos estudios de dos a cuatro meses después.

Patogenicidad de mutantes isoniazido-resistentes.—Se describen las observaciones realizadas en 45 enfermos que tenían tuberculosis pulmonar avanzada y excretaban persistentemente mutantes isoniazido-resistentes de bacilos tuberculosos, pero que fueron mantenidos con quimioterapia mediante isoniazida sola durante períodos de 6 a 25 meses después de terminada la farmacoterapia combinada preliminar. La falta de aparición de nuevas lesiones de afección tuberculosa evolutiva en todos estos casos, con la posible excepción de uno en dichas condiciones, es compatible con ciertas observaciones de otros investigadores acerca del tratamiento de la tuberculosis con esta droga. Se interpretan estas observaciones como prueba indirecta de que las potencialidades patógenas de la mayor parte de las mutantes isoniazido-resistentes de los bacilos tuberculosos de tipo

humano están rígidamente limitadas en forma importante para la mayor parte de los tuberculosos.

Papilomatosis de la tráquea y bronquio.—Se presentan dos enfermos que mostraban las diversas manifestaciones de la papilomatosis de la porción inferior del aparato respiratorio. El primero tenía un papiloma en el bronquio del lóbulo superior derecho con múltiples recurrencias durante un período de 17 años. El segundo enfermo padecía un papiloma laríngeo, seguido cinco años después de lesiones múltiples en la tráquea y bronquios principales del lado izquierdo. Estas lesiones fueron tratadas con éxito mediante la extirpación endoscópica. Hay muchos datos, tanto directos como indirectos, que sugieren que estas lesiones papilomatosas son ocasionadas por excitación viral. Otros autores explican la multiplicidad de los tumores a base de la implantación local de células descamadas.

The Practitioner.

173 - 1.037 - noviembre de 1954.

- Nuestra idea actual de los virus. M. Van Den Ende.
- Problema inmunológico de la influenza. C. H. Andrewes.
- Profilaxis de la poliomielitis. W. H. Bradley.
- Importancia de los virus de Coxsackie. E. A. Beaman.
- Catarro común como un problema de virus. A. T. Roden.
- Enfermedades por virus en los trópicos. G. W. A. Dick.
- Enfermedades por virus en la práctica general. G. I. Watson.
- Salud y normalidad en la infancia. C. C. Harvey.
- El oído que supura en la práctica general. F. B. Korkis.
- Uso de las drogas antitiroideas en el tratamiento del hipertiroidismo. S. P. Asper.

Nuestra idea actual de los virus.—Cree el autor que, aunque éste es un problema aún no resuelto, está cada vez más claro. Considera que los virus han de ser considerados no como unas diminutas bacterias, sino como estructuras químicas relativamente complejas, en las cuales los componentes esenciales son proteínas y ácido nucleico. Probablemente sólo esta última sustancia da al virus su específica acción, mientras que las demás son sólo necesarias para su vida extracelular. La actividad reproductora parece depender de una actividad por las estructuras genéticas del huésped en el que el virus se aloja. Se sugiere que en la mayoría de los individuos existirían virus capaces de producir el cáncer, pero que permanecerían latentes excepto en unos pocos en los que se rompería el equilibrio por la acción de agentes externos.

Problema inmunológico de la influenza.—La posibilidad de presentación de otra epidemia como la de 1918 es la principal justificación para el desarrollo de vacunas. Sin embargo, es dudosa su factibilidad, ya que es cuestionable que se pueda obtener una inmunidad duradera frente a determinada especie de virus. En el mejor de los casos, exigiría la vacunación de millones de personas un año sí y otro no, lo cual es imposible de realizar por razones económicas, por lo que el autor cree que esta vacunación podría limitarse a personas de especial valor o especialmente predispuestas al proceso. Esta vacunación habría de realizarse entre noviembre y diciembre.

Profilaxis de la poliomielitis.—El autor considera que la profilaxis de la poliomielitis ofrece grandes esperanzas, si bien aún no se ha conseguido el arma definitiva. Respecto a la inmunidad pasiva por medio de la gamma globulina, los experimentos aún no han llegado a un punto definitivo, si bien son esperanzadores. En cuanto a la vacuna de SALK, por gérmenes muertos, tampoco puede decirse aún nada definitivo, teniendo en cuenta, primero, que aún está en fase experimental, y segundo, que su estudio presenta la dificultad de la falta de paralelismo que existe entre el grado de inmunidad y la presencia de anticuerpos. Sin embargo, y en el terreno de lo teórico, cree el autor que una vacuna por gérmenes muertos no es fácil que proporcione una inmunidad duradera, por lo que las investigaciones deben dirigirse por el campo de los gérmenes atenuados.

Uso de las drogas antitiroideas.—La aplicación feliz de drogas que impiden la síntesis de hormona tiroidea ha inaugurado una nueva era en el tratamiento del hipertiroidismo. Estos agentes, principalmente el metiltiroidacilo, propiltiouracilo, metimazole y carbimazole, son conocidos con el nombre de drogas antitiroideas. En la preparación para la tiroidectomía subtotal han sido de grandes resultados. Igualmente como tratamiento previo a la administración de radioiodo. En el tratamiento prolongado del hipertiroidismo, han conseguido la remisión de los síntomas, después de cesar su administración, en la mitad de los casos. Su eficacia queda asegurada por la simplicidad de su administración, su bajo coste y falta de toxicidad.

British Medical Journal.

4.917 - 2 de abril de 1955.

Papel del pediatra en los servicios de maternidad. N. B. Capon.

- Preparados orales de rauwolfia 'serpentina' en el tratamiento de la hipertensión esencial. S. Locket.
- Reserpina en la hipertensión. I. Singh.
- Tratamiento de la hipertensión esencial con tartrato de pentolinium combinado con alcaloides de la rauwolfia. C. W. Bain, F. Ashton y B. P. Jones.
- Ineficacia de los factores antiulcerosos del pollo en el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal en el hombre. K. Brochner-Mortensen, N. B. Krarup, E. Meulegarth y A. Videbaek.
- Eritrodermia con hiperplasia lipomejánica de las células reticulares de los ganglios linfáticos. R. C. Nairn y T. E. Anderson.
- Depósitos amiloideos en los bronquios. W. Gordon. Significación del patrón fisiológico de las razas animales en la investigación biológica. E. S. Russell.
- Tuberculosis pélvica. A. Kouyoumdjian.
- Pérdida extremada de líquidos y electrolitos debida a un papiloma vellosillo del recto. M. G. Fitz Gerald.
- Curación de una transfusión sanguínea incompatible complicada con anuria. C. L. Clinton-Thomas.

Rauwolfia serpentina por vía oral en la hipertensión esencial.—En 39 casos cuidadosamente controlados de hipertensión (38 con hipertensión esencial y uno con hipertensión nefrótica), tratados durante 6 a 20 meses con preparados de rauwolfia, el autor encuentra un descenso uniforme y definido en la presión sanguínea en el 67 por 100 de los casos. En la mayoría de ellos se vió un descenso proporcionado, tanto en la presión sistólica como en la diastólica, pero en varios el descenso en la diastólica fué relativamente mayor que el de la sistólica. El descenso fué ligero (10-20 mm. Hg. distólicos) en el 21 por 100, pero apreciable o marcado en el 46 por 100 (mayor de 20 mm. Hg. distólicos) y en cuatro enfermos la presión diastólica descendió por debajo de los 100 mm. Hg. Sus resultados no se han modificado al añadir preparados orales de veratrum viride en 13 casos, de apresolina en tres casos o de ansolisen en dos. La mejor respuesta se presentó en los varones y en los hipertensos de edad avanzada con manifestaciones arterioescleróticas. Todos los enfermos con angina de esfuerzo necesitaron continuar con la nitroglicerina, incluso aunque en un caso la presión se había normalizado; no se ha visto empeoramiento del dolor en intensidad o frecuencia, pero tampoco se apreció un alivio evidente. La presencia de albuminuria no afectó significativamente a la respuesta hipotensora. No ha apreciado que solamente respondan los casos leves, lábiles o relativamente asintomáticos, puesto que los casos graves respondieron con frecuencia mejor que los asintomáticos y los hipertensos menos graves. La desaparición o mejoría de las cefaleas, palpitaciones, molestias precordiales, vértigos y ruidos de oídos se produjo en el 80 por 100 de los enfermos y no parecía estar en relación con la administración de la droga, sino con el interés prestado a su enfermedad; no se observó un paralelismo estricto entre la mejoría sintomática subjetiva y la objetiva de las cifras de presión. También es su impresión, contraria a la que habitualmente se acepta, de que una vez que el enfermo sabe que tiene hipertensión las visitas repetidas al hospital y las medidas de la presión le confortan considerablemente. No está impresionado particularmente por la acción sedante o "tranquilizante" de

la droga cuando se da en las dosis por él utilizadas. Tienen la impresión de que dicha droga es la más eficaz y útil por vía oral para reducir la presión arterial y que debe ensayarse en todo caso de hipertensión esencial.

Reserpina en la hipertensión.—El autor ha tratado con reserpina a 33 casos de hipertensión; de ellos, 24 con hipertensión benigna, dos con hipertensión maligna, uno con hipertensión nefrótica, dos con arteriosclerosis, uno con tirotoxicosis y tres con estado de ansiedad. Quince enfermos, cuya presión sistólica basal estaba por encima de los 200 mm. Hg., fueron tratados con 1,5 miligramos diarios de reserpina; 18, en los que la presión sistólica basal era inferior a 200, se trataron con 0,75 miligramos diarios. En el primer grupo, dos enfermos quedaron reducidos por debajo de 145/90; cinco, por debajo de 160/100; siete, por debajo de 170/110, y diez, por debajo de 185/115; y en el segundo grupo, 12 enfermos quedaron reducidos por debajo de 145/90 y 18 por debajo de 160/100. La falta de respuesta adecuada se asoció con una gran cronicidad de la hipertensión e insuficiencia miocárdica y/o renal. Continuaron presentándose fluctuaciones periódicas hasta de más de 45/20 mm. Hg. y exigieron el ajuste adecuado de la dosis. En algunos sujetos se produjeron aumentos irregulares de la presión de casi el mismo grado que se producía en cualquier otro día; las fluctuaciones afectaron fundamentalmente a la presión sistólica en la mayoría de los enfermos durante el reposo y no fué posible registrar la presión sanguínea basal en ellos; los aumentos asociados con el trabajo diario de rutina varió de más 30-35 sistólica a 5-20 mm. diastólica; la tendencia en estas circunstancias fué a revertir hacia los niveles previos al tratamiento, pero nunca el aumento fué tan grande. La presión comenzó a descender entre el cuarto y 19 días, alcanzando su límite máximo del 9 al 40; en ocasiones, después de ser constante durante unos pocos días, desciende nuevamente, pero no se obtuvieron lecturas por debajo de 115/75. En algunos casos fué posible suspender la droga durante 3 a 13 días antes de que empezara a subir nuevamente. Se presentó cierto grado de hipertensión postural en aquellos que recibieron reserpina en dosis de 1,5 mg. diarios. Ha obtenido efectos aditivos apreciables con el hexametionio. Se produjeron efectos colaterales de diversa intensidad y frecuencia, especialmente con dosis por encima de los 0,75 mg. diarios; al cabo de la semana, sin embargo, desaparecieron o se hicieron tolerables; cuando cesaron los efectos colaterales se vió una marcada mejoría subjetiva en la mayoría de los casos. En algunos enfermos el efecto bradicrótico fué muy marcado y se quejaron de molestias precordiales, observándose en el electrocardiograma sólo un espacio S-T prolongado; este efecto bradicrótico se abolió por la atropina, pero el ejercicio tuvo mucho menos efecto sobre él. La atropina también suprimió la hipertensión postural y el efecto fué fundamentalmente sobre la presión diastólica.

Ansolisen y rauwolfia en la hipertensión arterial.—Los autores comparan el empleo del ansolisen, combinado con alcaloides de la rauwolfia en el control de la hipertensión esencial, con el empleo de la primera droga aisladamente. Encuentran que se reduce marcadamente la dosificación necesaria con la combinación de drogas y los efectos colaterales del bloqueo ganglionar disminuyen fuertemente y los enfermos encuentran que el tratamiento es más aceptable.

Ineficacia de los factores antiúlcera del pollo en el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal en el hombre.—Los autores han tratado 82 enfermos elegidos al azar con úlcera gástrica o duodenal por medio de los "factores antiúlcera de la molleja" (extracto etéreo del cerebro de ternera más vitamina B₁₂); a otros 70 enfermos similares les administran placebos en lugar de los factores empleados en el grupo anterior. Después de un período de revisión breve evalúan los resultados del tratamiento, utilizando como criterios la disminución del dolor y de las hemorragias y la comparación de exámenes radiológicos repetidos. Han podido ver que los gru-

pos experimental y control no diferían en cuanto a su respuesta al tratamiento, por lo que concluyen que carece de valor en la terapéutica de la úlcera gástrica y duodenal en el hombre.

Eritrodermia con hiperplasia reticular lipomelánica de los ganglios linfáticos.—Los autores han estudiado, clínica y anatopatológicamente, durante un período de cuatro años, a 20 casos de tipo clínico diferentes de dermatopatías pruriginosas con diversos grados de linfadenopatía. En siete de estos casos no había exfoliación y mostraron sólo alteraciones inespecíficas en los ganglios linfáticos, bajo cuyo término han incluido la presencia de cantidades pequeñas o moderadas de melanina y lipoides. Los otros 13 casos, sin embargo, todos habían tenido una fase exfoliativa y mostraron, además de las lesiones inespecíficas de los ganglios, una proliferación característica de las células reticulares. Esta alteración, que denominan linfadenitis dermatopática, es caso patognomónica de una dermatosis pruriginosa exfoliativa. El síndrome dermatopático es una entidad clínica bien definida y tiene gran importancia conocerla porque sus manifestaciones pueden conducir a confusión con el cuadro ganglionar correspondiente a las reticulosis graves. Sin embargo, las alteraciones son simplemente reactivas y esencialmente benignas; regresan cuando desaparece el proceso cutáneo y el pronóstico de los casos es el que corresponde a la enfermedad cutánea primaria. No obstante, no puede excluirse la posibilidad de que la hiperplasia reactiva pueda en ocasiones cursar hacia una neoplasia franca.

Depósitos amiloideos en los bronquios.—Después de revisar la literatura de los tumores amiloideos de la tráquea y del pulmón, el autor presenta un caso de depósitos amiloideos en los bronquios, que se confirmó en la autopsia, y la cual demostró que la muerte fué la consecuencia de una bronquitis purulenta aguda sobreimpuesta a una bronquitis crónica y enfisema. Existía una infiltración amiloidea masiva en la submucosa, muscular y adventicia del bronquio principal izquierdo y derecho, teniendo el depósito en el bronquio principal izquierdo un grosor de 0,4 cm.; el examen histológico del hígado, riñones y bazo no demostró signos de amiloidosis. Termina diciendo el autor que debe tenerse presente esta localización amiloidea cuando se plantea la naturaleza de un tumor bronquial.

4.918 - 9 de abril de 1955.

- Desarrollo de la endocrinología británica. P. M. F. Bishop.
* Meningitis neuromocóica. C. D. R. Pengelly.
* Desacetilmetylcolchicina en el tratamiento de la leucemia mieloide. B. J. Leonard y J. F. Wilkinson.
Curación durante diez años de una leucemia linfocítica. M. Schott.
Empleo de la clorpromazina en enfermos de un hospital mental. J. Lomas.
Clorpromazina en el tratamiento de las mujeres psicóticas ancianas. C. P. Seager.
* Infección por *L. canicola* tratada por penicilina. J. Crooks y W. Blair.
Polialglutinabilidad de los hemáties humanos. S. Mitra y P. Choudhuri.
Varicoceles del ligamento redondo en el embarazo simulando hernia inguinal. J. S. Tomkinson y W. B. Winterton.
La forma simétrica del status de Bonnevie-Ullrich (síndrome de Turner). J. B. Barlow y S. E. Levin.
"Mixedema primario" en un hombre de treinta años. F. R. M. Young.
Taquicardia ventricular después del ejercicio en un caso de angina pectoris. R. Bruce.
Injerto de las uñas de las manos. C. R. McCash.

Meningitis neuromocóica.—El autor presenta una breve revisión de 78 casos de meningitis neuromocóica con discusión de ciertos aspectos de la etiología, pronóstico y tratamiento. La mortalidad fué de 49 por 100 ó 45 por 100 en 84 ataques de meningitis, puesto que hubo algunas recidivas. No se seleccionaron los casos y, por lo tanto, se incluyeron aquellos ya con enfermedades crónicas y caquetizantes. Demuestra que el pronóstico era mucho peor en los enfermos de más de 50 años de edad y que los resultados en los infantes y niños pequeños era

mejor que el promedio; también el coma o las convulsiones que se presenta en el momento del ingreso en el hospital influenciaron muy desfavorablemente el pronóstico. El oido medio o la afección de la mastoides fué el foco primario más frecuente en la infección, pero casi con la misma frecuencia no se pudo demostrar el foco de la infección o causa predisponente; en cambio, la neumonía fué un origen muy raro de la infección. El pronóstico fué peor en aquellos casos con un mayor período de enfermedad o en los que llevaban menos de tres días antes de su ingreso, presumiblemente a causa de que los casos fulminantes se ingresaron con urgencia mientras que algunos de los otros fueron tratados durante cierto tiempo ambulatoriamente.

Desacetilmethylcolchicina en el tratamiento de la leucemia mieloide.—Describen los autores los efectos de la desacetilmethylcolchicina (colcenid) sobre ciertos casos de leucemia mieloide crónica, mielofibrosis, leucemia linfóide crónica y leucemia mieloide aguda. Encuentran que el colcenid muestra su mayor valor en la leucemia mieloide crónica, teniendo una acción depresora evidente sobre los granulocitos y producción de una rápida reducción de la esplenomegalia con mejoría clínica marcada en seis de los ocho casos así tratados. No se observó en esos casos la desventaja de algunos otros preparados, como el myleran, de producir trombocitopenia y anemia aplásica. El colcenid parece estar contraindicado en el tratamiento de la leucemia linfática crónica y la evidencia sugiere que incluso puede producir una transformación aguda. Por último, declaran que el colcenid obtiene pocos o ningún beneficio sobre la leucemia mieloblástica aguda.

Infección humana con leptospira canicola tratada con penicilina.—Los autores describen dos casos de infección humana con leptospira canicola. Declaran que este tipo de infección debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de la fiebre no explicada o de la meningitis linfocítica. Han podido ver que el período de incubación de la enfermedad es aproximadamente de siete días y que la administración precoz de penicilina en dosis muy altas constituye una forma eficaz de terapéutica.

4.919 - 16 de abril de 1955.

Notas sobre la historia de la medicina canadiense. H. E. MacDermot.
 • Tratamiento de la policitemia con fósforo radioactivo. J. B. Harman, P. L. de V. Hart y E. M. Ledlie.
 • Protrombina y el tiempo de protrombina en un estadio. A. J. Quick y C. V. Hussey.
 • Glicósidos cardíacos en el tratamiento del shock cardígenico. R. Gorlin y E. D. Robin.
 Linfangiografía. J. B. Kinmonth, G. W. Taylor y R. K. Harper.
 El fuego de Deliwood. M. E. Cox, B. F. Heslop, J. J. Kempton y R. A. Ratcliff.
 Futuro social y psicológico de los niños tuberculosos. D. Rosenbluth y J. Bowby.
 Agranulocitosis fatal durante el tratamiento con clorpromazina. J. R. Tasker.
 Formación de quiste siete años después de un injerto cutáneo para la reparación de una hernia. A. G. Rutter.
 Intususcepción ceco-cólica complicando a una apendicitis perforada. B. A. Thompson.
 Curación después de una herida penetrante del corazón. R. W. Lawrie.
 Un caso de nefritis aguda en el embarazo. C. Mackie.

Fósforo radioactivo en la policitemia.—Los autores han tratado 48 enfermos de policitemia con fósforo radioactivo. En los casos graves la concentración sanguínea se normalizó por una sangría masiva e infusión simultánea de sustitutos del plasma. Revisan los síntomas presentes y el curso general de la enfermedad. La observación durante un período de más de seis años demuestra que la concentración sanguínea puede colocarse en una situación normal, o casi normal, en la mayoría de los casos, y cuando esto llega a conseguirse mejoran los síntomas. La mejoría puede durar desde aproximadamente un año a más de cuatro años, con un promedio de unos dos. Concluyen que este tratamiento es sin duda el más eficaz y el que produce menos perturbaciones al enfermo.

Protrombina y el tiempo de protrombina en un estadio. Los autores demuestran que la constancia del tiempo de protrombina del plasma humano normal reciente se debe a la concentración fija de protrombina activa. El aumento de la actividad protrombinica durante el almacenamiento y durante la coagulación del plasma hemofílico o pobre en plaquetas puede explicarse simplemente porque la sangre del adulto contiene, además de la protrombina activa, una alta concentración de protrombina inactiva (protrombinógeno) que no influencia el método de un estadio, pero que puede medirse por el método en dos tiempos. Durante el almacenamiento o la coagulación, el precursor se convierte en protrombina activa, que en los estados hipotromboplásticos no se consume y, por lo tanto, se acumula. La sangre del recién nacido contiene una concentración normal de protrombina activa, pero es deficitaria de protrombinógeno, que explica el tiempo de protrombina normal, pero la protrombina baja medida por el método en dos tiempos.

Glicósidos cardíacos en el tratamiento del shock cardígenico.—Los autores han tratado cuatro enfermos, uno en shock clínico y tres con shock y edema pulmonar, con un glicósido cardíaco por vía intravenosa en pequeñas dosis. Los cuatro enfermos mostraron respuestas clínicas notables con aumento en la presión sanguínea, disminución del edema pulmonar y una dramática desaparición del coma; tres de los cuatro enfermos sobrevivieron finalmente. Subrayan que el shock del infarto miocárdico representa una verdadera insuficiencia miocárdica y que el empleo de la digital puede ser altamente eficaz; al administrarla, la digital debe darse en dosis fraccionadas que contengan el 25-50 por 100 de la dosis inicial que se administra a un enfermo cardíaco corriente, y haciéndolo así pueden evitarse algunas de las complicaciones tóxicas.

4.920 - 23 de abril de 1955.

Infección cruzada de las heridas con gérmenes resistentes a los antibióticos. E. J. L. Lowbury.
 Estafilococos patógenos en el medio ambiente del recién nacido. P. N. Edmunds, T. F. Elias-Jones, J. O. Forfar y C. L. Balf.

Cuidados y tratamiento de los enfermos con neumonitis por carbón. J. C. Gilson y G. S. Kilpatrick.

* **Hematemesis.** G. J. Fraenkel y S. C. Truelove.
 * **Un caso de anemia hemolítica sintomática en el embarazo.** G. A. Craig y R. L. Turner.

Roseola infantum. E. L. McQuitty.
 * **Valvulotomía mitral por dextrocardia con estenosis mitral.** P. Koshy, T. Thomas, V. Benjamin y N. Gopinath.

* **Hemosiderosis pulmonar idiopática en un adulto joven.** N. A. J. Hamer.
 Un caso de gran divertículo de la trompa de Eustaquio. M. K. Muftic y S. D. Loutfi.

Jaqueo como secuela por una infección por la *L. ictero-haemorrhagiae*. J. B. Atkins.
 Aumento de tamaño del tiroides y el músculo cricotiroideo. D. J. Harries.

Ruptura del útero con supervivencia del gemelo extrauterino. M. Roberts.

Hematemesis.—Declaran los autores que durante el período 1948-52 se presentaron como urgencias en la Radcliffe Infirmary 540 casos de hematemesis o meleñas. Han comparado los resultados del tratamiento con los obtenidos en el decenio anterior. La úlcera péptica fué la causa más corriente de hemorragias, explicando 17 de cada 20 casos. La mortalidad total fué del 8,3 por 100 y en 317 enfermos con úlcera péptica crónica fué el 5,6 por 100. En el grupo de úlceras crónicas, aproximadamente uno de cada tres presentó hemorragias continuadas o recidivantes después de su ingreso en el hospital; las posibilidades de repetición de la hemorragia durante su estancia en el hospital no se influenció apreciablemente por la edad, duración de la historia ulcerosa o la historia anterior de hematemesis. Del grupo ulceroso, siete de cada diez curó por completo de la hemorragia con el tratamiento médico; en uno de cada seis se realizó una gastrectomía parcial de urgencia por la hemorragia, con una mortalidad del 9,2 por 100. Discuten el objeto de la cirugía de urgencia en el tratamiento de la hematemesis; nueve de cada diez casos de hematemesis es verosímil que se deba a la úlcera péptica o

YA SE PUEDE PRESCRIBIR

(La referencia de cada especialidad sólamente aparece una vez)

Akinetón Knoll - Igoda
Artosin - Boehringer.
Bellaneurán - Rof.
Biliopaco - Rovi.
Cobile - Rof.
D-Kan - Hermès.
Extracto Hepático Crudo Rovi - Rovi.
Extracto Hepático Rovi - Rovi.
Fluidin Codefn - Lasa.
Gastrogelosa simple fuerte - Gelos.
Gastrogelosa belladonada fuerte - Gelos.
Gelotrisín - Gelos.
Oratrase - P. E. V. Y. A.
Rastinon «Hoedst» - Activión.
Transpulmin Balsamo - Reder.

Remitimos gratuitamente la Información Mensual de FARMACOS a todo profesional que la solicite a:
Fármacos — Guetaria, 1 — San Sebastián

Antiácidos gástricos

Gelotrisín (Lab. Gelos)

P: C. con 100 gr.—28,80. S. O. E.

Co: Trisilicato de magnesio sintético (Idéntico al empleado por MUTH) 75 grs. Hidróxido de aluminio, gel desecado 25 grs.

Pr: Antiácido no alcalino, adsorbente, demulcente, no absorbible, atóxico.—Neutraliza la hiperacidez gástrica, sin producir acidez secundaria, ni alcalosis.

In: Hiperacidez gástrica y úlceras pépticas.

Po: De una a dos cucharaditas bien colmadas de polvo, desleido en agua, media hora después de todas las comidas.

Antianémicos

Extracto Hepático Crudo Rovi (Lab. Rovi)

P: Vial de 10 c.c.—44,75. S. O. E.

Co: Contiene el principio hematopoyético obtenido por extracción de la fracción hepática cruda soluble en alcohol al 70%, de acuerdo con la F.E.U.—Cada c.c. eq. a 2 gammas de vit. B₁₂.

Pr: Antianémico.—Los extractos de hígado crudos parecen de más valor en el tratamiento de los síntomas neurológicos de las anemias perniciosas, y la respuesta hematológica es mayor que cuando se utilizan preparaciones más refinadas. También parecen más beneficiosos en el tratamiento de otras anemias macrocíticas (sprúe, embarazo, por carencia nutritiva).

In: Anemias perniciosas. Sprúe. Anemias macrocíticas del embarazo y de la infancia. Anorexia. Astenia.

Po: Inyéctese vía intram., ya que la inyección resulta indolora por llevar el preparado Xilocaña. Como dosis media se cita la de 4 gammas de vit. B₁₂ al día hasta la desaparición de los síntomas. En anemia perniciosa la dosis de mantenimiento no debe ser menor de 1 gamma de vit. B₁₂ por día. En el Sprúe y otras anemias macrocíticas, dosis algo mayores de sostenimiento. En todo caso servirá de guía la evolución del cuadro hemático.

Extracto Hepático Rovi (Lab. Rovi)

P: Vial de 5 c.c.—96,00. S. O. E.

Co: Cada c.c. contiene 20 gammas de Vitamina B₁₂ nativa y 0,5% de Fenol, como conservador.—Cada c.c. eq. a 8.000 gr. de hígado fresco.

Pr: Antianémico.

In: Anemia perniciosa y otras anemias macrocíticas con médula ósea megaloblástica debidas a déficit de principio antianémico de hígado.

Po: Generalmente 2 c.c., 3 veces por semana, durante dos semanas; luego 2 c.c., 2 veces por semana, durante cuatro semanas, e ir reduciendo la dosis paulatinamente de acuerdo con el cuadro hemático, hasta alcanzar la de sostenimiento, que suele ser de 2 c.c. cada 15 días. Inyéctese por vía intram.

Balsámicos broncopulmonares

Transpulmin Balsamo (Lab. Reder)

P: Tubo 20 c.c.—18,70.

Co: Quinina 5. Menthol 5. Eucaliptol 10. Alcanfor 2,50. Excip. c.s.p. 100.

Pr: Rápido descenso febril; expectoración definitiva de la mucosidad de los bronquios; cesión rápida de la irritación tisígena; respiración más libre.

In: Tos, resfriados, infecciones gripales, catarras agudos y crónicos de los bronquios. Tratamiento coadyuvante en la pulmonía, pleuritis y tos ferina.

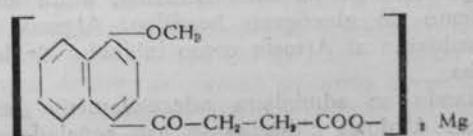
Em: Frotar el pecho y espalda varias veces al día. Adultos: aplicar 4 cm. de pomada; niños: de 1 a 3 cm. según edad.—Existe Transpulmin inyectable en pág. 493.

Colagogos y coleréticos

Cobile (Lab. Rof)

P: Fr. 25 comp.—26,20.

Co: Cada comp. contiene 0,15 gr. de 1-Metoxi-4-naftol-propionato de magnesio



hipertónicos con mediana y elevada necesidad de insulina.

Perspectivas de éxito inseguras: Pacientes con astenia, de elevada estatura, hipertiroides y con labilidad vegetativa que hasta entonces necesitaban poca cantidad de insulina o que hasta entonces no consumían ninguna cantidad (en ambos casos es posible la adaptación ambulante).

Malas perspectivas de éxito: Pacientes asténicos o hipertiroides con elevada necesidad de insulina, e igualmente los pacientes juveniles con diabetes mellitus.

Contraindicado en: Descompensaciones metabólicas acidóticas graves. Precoma y coma diabético. Descompensaciones metabólicas por infecciones febres. Intervenciones quirúrgicas. Graves trastornos funcionales de los riñones. Afecciones hepáticas severas. Síntomas de hipersensibilidad cutánea.

Po: Debe determinarse individualmente. Como orientación se citan: Primer día, 4-8 tab. Segundo día, 3-6 tab. Tercer día y siguientes, continuar disminuyendo hasta una dosis de sostenimiento que, en general, es de 1 a 3 tab. diarias. La dosis total diaria se distribuye en 2-3 tomas, con algo de líquido, después de las comidas.

Por regla general, el efecto aparece entre el 2.º y el 5.º día. Los ensayos de adaptación ambulante no deberían continuarse más allá de este período, si la respuesta fuera desfavorable.

El cambio de insulina a Rastinon debe hacerse bajo un cuidadoso control de la glucemia y glucosuria, que se proseguirá regularmente incluso después de una adaptación favorable. Se mantendrá la dieta prescrita aun después de la adaptación al Rastinon. El cambio se realizará en lo posible en régimen de internado.

Enzimas

Oratrase (Lab. P.E.V.Y.A.)

P: C. con 12 comp.—49,50.

Co: Cada comp. contiene 2 mgr. de Tripsina y 2 mgr. de α -Quimotripsina.

Pr: La asociación de estos dos enzimas proteolíticos complementa y sinergiza sus acciones.—De un lado, actúan por contacto directo, degradando y fluidificando los acúmulos fibrinosos o mucoproteídos. De otro, después de su absorción perlingual, activan los sistemas enzimáticos proteolíticos circulantes en los humores y tejidos, a través de los cuales se consigue una intensa acción antiinflamatoria general.

In: Broncopatías inflamatorias y exudativas; bronquitis aguda, subaguda y crónica; bronquiectasia; tráqueobronquitis y en todos los procesos afines caracterizados por la presencia en el tramo respiratorio de mucosidades muy viscosas que comprometen la dinámica respiratoria o cardiorespiratoria.—Broncopatías exudativas de origen no bacteriano, preferentemente en algunas formas bronquíticas de los niños.—Afecciones de la mucosa oral y glándulas anexas (de tipo inflamatorio, ulcerativo o mucomembranoso); gingivitis; limpieza enzimática de fondos de saco piorreicos; parotiditis.—Adherencias fibrinosas post inflamatorias, postoperatorias y traumáticas. Síndromes postraumáticos con edema, equimosis, hematomas, etc.—Enfermedades del aparato circulatorio (arteriosclerosis, cardiopatías tromboembolígenas).—Procesos inflamatorios en general, en especial los de naturaleza reumatoidea.

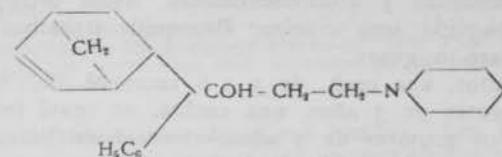
Po: Un comp. cada 3-4 horas, dejándolo disolver lentamente en la boca, cambiándolo frecuentemente de posición. Durante las primeras tomas puede acusarse un ligero escozor en la lengua, que desaparece en días ulteriores. En procesos severos, puede simultanearse, durante los primeros días, el tratamiento oral, con una inyección diaria de 1/2 a 1 c.c. de Triptase Intramuscular.—El tratamiento con Oratrase puede simultanearse o alternarse con antibióticos u otras medicaciones.

Parkinsonismo

Akineton Knoll (Lab. Igoda)

P: T. con 20 tab.—45,80.

Co: Cada tab. contiene 2 mgr. de Clorh. de 3-piperidin-1-fenil-1-bicicloheptenil-propanol-(1).



Pr: Antiparkinsoniano sintético original de la casa Knoll.—De entre los medicamentos utilizados hasta el presente en el tratamiento del parkinsonismo, es éste el que posee un efecto nicotinolítico más potente. Como anticolinérgico no es tan activo como la atropina, pero sí lo suficiente; efectos gangliopléjicos sólo se han observado en grandes dosis, y su evidente acción miospasmolítica es relativamente más energética que la de la atropina.—Estadísticas clínicas informan que se consigue notable disminución en la intensidad de la rigidez; se corta la acinesia; cesa la propensión a caídas; se reanudan los movimientos automáticos asociados; mejora la amiorasis; la mimica se hace más expresiva y el temblor es influenciado favorablemente en muchos casos.—Su tolerancia es mejor que la de las terapéuticas empleadas hasta ahora. La sequedad de boca, trastornos de la acomodación y estados vertiginosos, son mucho más raros que cuando se emplea atropina o ext. de belladona.

In: Preferentemente en todas las formas de parkinsonismo. También en espasmos de la esclerosis múltiple, tortícolis espástica, atetosis, corea de Huntington y de Sydenham, hemibalismo, calambre de los escribientes, tic facial, bléfaroespasio, cefaleas.—Contraindicado en los ataques de epilepsia.

Po: Han de determinarse las dosis más convenientes para cada caso, aconsejándose el siguiente método: Comenzar con 1/2 tab. 2 veces al día, y se va subiendo progresivamente hasta 1 tab. 3 veces al día, dosis que se mantiene durante unos días. Luego se aumenta poco a poco, hasta que ya no se aprecie mejoría de los síntomas, y seguidamente se va reduciendo con precaución, hasta que el estado empeora de nuevo. La dosis óptima estará comprendida entre la máxima alcanzada y la registrada al advertir la agravación; generalmente suele ser de 1/2 tab. 3 veces a 2 tab. 5 veces al día.—En el parkinsonismo arteriosclerótico se tomarán las tab. después de comer; en las otras formas, durante la comida, evitando su administración con el estómago vacío.—Cuando el temblor domina el cuadro clínico se aconseja un tratamiento combinado de Akineton y Soventol, siendo la

dosis media de éste último, de 1/2 a 1 tab. 2 veces al día tragadas rápidamente, con un líquido.—Si se presentaran lasitud, disritmias del sueño y retraso psicomotor, se recomienda tratamiento combinado de Akineton y Soventoletas, dando una dosis de 1 a 2 Soventoletas dos veces al día.

Tos, calmantes

Fluidin Codeína (Lab. Lasa)

P: Fr. 250 c.c.—38,20.

Co: Codeína 0,1 gr. Glicerilguayacol 1 gr. Benzoato de sosa 1 gr. Acetato amónico 1 gr. Clorh. efe-drina 0,1 gr. Yoduro sódico 0,175 gr. Cafeína 0,325 gr. Tint. de ipecacuana 0,5 c.c. Tint. lobelia 1 c.c. Tint. drosera 1 c.c. Tint. estramonio 1 c.c. Tint. primula 1 c.c. Tint. naranjas 3 c.c. Vehíc. c.s.p. 100 c.c.

Pr: Fluidificante bronquial. Antitusígeno. Antiespasmódico y dilatador bronquial. Expectorante.

In: Tos. Catarros agudos en su fase inicial. Gripe. Neumonías y bronconeumonías. Asma bronquial. Bronquitis seca crónica. Bronquitis irritativa por tabaco o gases.

Po: Adultos, una cuch. de 3 a 6 veces al día. Niños mayores de 3 años, una cucheta, en igual forma. Niños menores de 3 años, atenerse estrictamente a la prescripción facultativa.

Tos ferina

D-Kan (Lab. Hermes)

P: C. 6 sup. Serie I.—155,00.
C. 6 sup. Serie II.—86,90.

Co: —D-Kan Serie I: Cloramfenicol 0,15. Clorh. de oxitetraciclina 0,15. Ácido ascórbico 0,10. Excip. c.s.p. un sup.

—D-Kan Serie II: Clorpromacina 0,007. Ácido ascórbico 0,10. Cloramfenicol 0,15. Codeína 0,025.

Información facilitada por:

Fármacos

ENCICLOPEDIA DE MEDICAMENTOS Y ESPECIALIDADES

Con Fármacos podrá solventar rápidamente cualquier duda que se le presente en la práctica profesional referente a medicamentos, especialidades, laboratorios, etc.—Descripciones completas y acabadas de todas las especialidades que para medicina humana existen en el mercado nacional. Resúmenes concretos de los medicamentos que sucesivamente van apareciendo; sus acciones, fórmulas, indicaciones, posología.—Todos los datos al día, ya que cuando éstos cambian se insertan de nuevo las referencias.

Suscríbase al suplemento trimestral de FARMACOS-Precio: 90,— Ptas. al año.

Para informes, precios y condiciones de pago de la obra completa, rogamos consulte a:

FARMACOS - Calle Guetaria, 1 - San Sebastián

Bromoformo V gotas. Eucaliptol 0,05. Alcanfor 0,05. Excip. c.s.p. un sup.

Pr: La serie I es eminentemente antibiótica. La serie II, además de antibiótica, actúa como antitusígena, balsámica broncopulmonar.

In: Prevención y tratamiento de infecciones por gérmenes sensibles al cloramfenicol y oxitetraciclina, particularmente en infecciones respiratorias y de una manera especial en TOS FERINA.

Po: De 2 a 4 sup. diarios a intervalos de 4 a 12 horas.—En la tos ferina convendrá determinar si el proceso se halla en su primera o en su segunda fase, para administrar con preferencia la primera o segunda serie respectivamente. Se aconsejan tratamientos tempranos comenzando por los sup. de la serie primera para ir substituyéndolos paulatinamente por los de la serie II.

Ulcera gastro-duodenal

Gastrogelosa simple fuerte (Lab. Gelos)

P: C. con 20 bolsitas.—30,80.

Co: Cada bolsita contiene.—Carbonato de bismuto 1 gr. Silicato de aluminio hidratado 5 grs. Agar agar 0,50 grs.

In: Ulceras gástricas y duodenales, gastritis, hiperclorhidrias, colitis, etc.

Po: Se tomarán los polvos contenidos en una o dos bolsitas media hora antes del desayuno, comida y cena, desleídos en un cuarto o medio vaso de agua.

Gastrogelosa belladonada fuerte (Lab. Gelos)

P: C. con 20 bolsitas.—32,20.

Co: Cada bolsita contiene idem anterior más 0,001 gr. de alcaloides totales de la belladona.

In: y Po: Ver anterior.

carcino gástrico y la cirugía puede ser el tratamiento más conveniente en cualquiera de ellos que muestren evidencia de hemorragia continua o de repetición.

Anemia hemolítica sintomática en el embarazo.—Describen los autores un caso de anemia hemolítica sintomática en el embarazo. El proceso hemolítico se presentó durante los dos primeros embarazos de una mujer joven y cesó espontáneamente en ambas ocasiones durante el puerperio. No pudieron demostrarse hemolisinas circulantes ni aglutininas atípicas. El mecanismo de esta hiperhemolisis ha quedado oscuro y sugieren que puede estar relacionado con el que se presenta durante la fase progestacional del ciclo menstrual normal.

Valvulotomía mitral por dextrocardia por estenosis mitral.—Los autores describen un caso de estenosis mitral pura debida a una infección reumática y presentada en un dextrocardia verdadero (con *situs inversus*). Comunican además que se realizó con éxito la valvulotomía en este caso.

Hemosiderosis pulmonar idiopática en un adulto joven.—El autor describe un caso de hemosiderosis pulmonar idiopática, discutiendo la etiología del proceso. Sugiere que la enfermedad debe tenerse presente con mayor frecuencia en el diagnóstico diferencial de las sombras ciliares en la radiografía de tórax y de anemias de carácter oscuro en gente joven.

4.921 - 30 de abril de 1955.

- Aspectos cambiantes de la medicina. C. Kennedy.
- Ideas jóvenes en la práctica general. C. P. D. Grant.
- Tratamiento descompresivo de la tos ferina. H. S. Nanks.
- Cisticercosis cerebral. E. R. Bickerstaff.
- Hemoneumotórax espontáneo. A. J. Clyne y F. H. D. Hutter.
- Colitis ulcerosa tratada por colectomía total y anastomosis ileo-rectal. S. Aylett.
- Neurosis de ansiedad: Tratamiento por el médico general. R. A. B. Rorie.
- El psicópata neurasténico. W. L. Tonge.
- El pie como una semicípula. J. McKenzie.
- Ulceras anorrectales en la varicela. S. T. Winter.
- Afasia pálida respondiendo a la insuflación endotraqueal después de 140 minutos. J. A. Holmes y J. A. Payne.

Cisticercosis cerebral.—Con motivo de la referencia de siete casos, el autor llama la atención sobre la existencia de manifestaciones clínicas distintas de las convulsiones epilépticas, que frecuentemente se presentan en la cisticercosis cerebral. Así, por ejemplo, entre las manifestaciones observadas cita los trastornos de la conducta, paresias transitorias, hidrocefalia obstructiva intermitente, desequilibrio, meningoencefalitis, movimientos involuntarios, trastornos de la visión y alteraciones mentales. Insiste en la presencia de lesiones cerebrovasculares y sobre la importancia de las formas de la fosa posterior.

Hemoneumotórax espontáneo.—Los autores refieren tres casos de hemoneumotórax espontáneo, dos de los cuales fueron tratados por una toracotomía de urgencia. El objeto del tratamiento en este tipo de enfermos es reponerlos, sustituyendo la pérdida de sangre, detener la hemorragia e impedir la recidiva, extraer todo el aire, la sangre y los coágulos de la cavidad pleural y obtener y mantener una total expansión pulmonar, de forma que se pueda recuperar la función normal en un mínimo de tiempo. Considera que el proceso debe incluirse dentro de las urgencias torácicas agudas de carácter quirúrgico, para el que está indicada la toracotomía inmediata.

Colitis ulcerosa tratada por colectomía total y anastomosis ileo-rectal.—Comunica el autor en este trabajo los resultados obtenidos en 17 enfermos con colitis ulcerosa que fueron tratados por una colectomía total con anastomosis del ileon con el recto. Considera que el curso satisfactorio de todos menos uno de estos enfermos tan intensamente graves, e incluso el regreso a sus ocu-

paciones habituales, parecen indicar que el método descrito de tratamiento es satisfactorio. Admite que el período de revisión ulterior es todavía corto y que el número de casos no es grande, pero, no obstante, en ningún caso ha rebrotado la enfermedad en el recto restante y los exámenes proctoscópicos a intervalos regulares han demostrado la resolución de las alteraciones inflamatorias que existían antes de realizar la operación.

The Lancet.

6.866 - 2 de abril de 1955.

- El doctor, su enfermo y la enfermedad. M. Balint.
- Lesiones bilaterales del plexo lumbar. A. R. Taylor y N. M. Dott.
- Estatura, peso y la madurez esquelética en los cinco primeros años de la vida. R. M. Acheson, F. H. Kemp y J. Parfit.
- Vasodilatación cutánea durante la lipotimia. E. S. Snell, W. I. Cranston y J. Gerbrandy.
- Psoriasis espondilitis. E. Fletcher y F. C. Rose.
- Coriomeningitis linfocitaria en el recién nacido. G. M. Komrower, B. L. Willinams y P. B. Stunes.
- La floculación directa del virus de la influenza. G. Beiyav.
- Depósito de hierro en los testículos después de la administración de un complejo hierro-dextran. J. A. Nissim.
- Inoculación accidental con el virus de la poliomielitis. W. F. T. McMath.

Lesiones bilaterales del plexo lumbar.—Los autores señalan que pueden presentarse anormalidades neurológicas bilaterales en la distribución de los nervios lumbaros que simulan una compresión de la cola de caballo, tanto por lesiones paraespinales como intraespinales, aunque ambas tienen su punto de partida probablemente en un foco vertebral. Describen cuatro casos con este cuadro y subrayan que la causa de la lesión del plexo es con toda probabilidad el simple aumento de presión en el comportamiento del psoas con la compresión consiguiente y que el tratamiento debe dirigirse a eliminar esta compresión.

Espondilitis psoriásica.—Los autores en 100 casos consecutivos no seleccionados de espondilitis anquilosante han encontrado cuatro con psoriasis. Como la incidencia de esta dermopatía en la población general es de 0,3 por 100, los autores llegan a la conclusión de que la asociación entre espondilitis anquilosante y psoriasis es comparable a la que existe entre la artritis reumatoide y el psoriasis. Subrayan que la espondilitis anquilosante puede permanecer sin diagnóstico durante bastantes años, y en vista de ello sugieren que si un enfermo con psoriasis se queja de dolores referibles al sistema locomotor, debe hacerse una radiografía de las articulaciones sacro-iliacas para objetivar su estado.

Depósito de hierro en los testículos después de la administración de un complejo hierro-dextran.—El autor, en sus experiencias en ratones, ha podido demostrar la presentación de un depósito masivo de hierro en las células intersticiales de los testículos a los cuales se administraba el complejo hierro-dextran (inferon). Este fenómeno se asoció con una intensa atrofia testicular y degeneración de los túbulos seminíferos. El depósito de hierro en los testículos y la atrofia testicular recuerdan a la que se presenta en la hemocromatosis, pero, sin embargo, no se ha apreciado el depósito de hierro en la hipófisis, tiroides e islotes de Langerhans y, por lo tanto, debe haber diferencias en el mecanismo de los dos procesos.

6.867 - 9 de abril de 1955.

- Las uremias. G. M. Bull.
- El apéndice difícil. J. A. Kerr.
- Anemia feropénica en el embarazo. P. B. B. Gatenby y E. W. Lillie.
- Tratamiento por sueño de las enfermedades mentales. O. V. Kerbikov.
- Transfusión intraarterial por vía femoral. R. Neve.
- La reducción del flujo sanguíneo causa dolor? M. Kelly.
- Un caso de fabismo. O. R. McCarthy.
- Ulceras pépticas en un hemofílico tratada por gastrectomía. W. Walker.

El apéndice difícil.—Analiza el autor los síntomas y signos de los diversos estadios de la inflamación aguda del apéndice retromesentérico adherido y los relaciona con las alteraciones anatomo-patológicas. El cuadro clínico es totalmente diferente del correspondiente al apéndice móvil inflamado y no adherido, aparte del comienzo del primer ataque en este segundo caso antes de que se halla irritado el peritoneo parietal. Los síntomas y signos del apéndice retromesentérico adherido e inflamado originan un cuadro polifacético que sugiere a su vez tanto la gastroenteritis como la obstrucción intestinal, pero no es típico de ninguna de ellas; tiene muchas peculiaridades y alternativas, pero, sin embargo, ofrece un cuadro clínico de parálisis intestinal interrumpido por brotes de hiperactividad que no se reflejan adecuadamente en las acciones intestinales; esto es típico del proceso en los diferentes estadios. Señala además que ha apreciado la localización del punto de McBurney media pulgada por debajo del punto medio de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterior y superior derecha.

Un caso de fabismo.—El autor describe un caso de fabismo en un niño de nueve años, primera comunicación del proceso en un enfermo descendiente de ingleses; señala que hay fundamentos para creer que un tío-abuelo del niño tenía la misma enfermedad. Subraya que debe tenerse presente al fabismo como una causa posible de anemia hemolítica e ictericia inexplicada, incluso en enfermos que no son de origen mediterráneo.

Ulceras pépticas en un hemofílico tratada por gastrectomía.—El autor describe un caso de hematemesis repetidas debidas a una ulceración péptica en un enfermo hemofílico, al que ante la reiteración de las hemorragias hubo de realizarse una gastrectomía. La operación consiguió el éxito, pero el autor subraya la necesidad de evitar este tipo de cirugía mayor en la hemofilia siempre que sea posible.

6.868 - 16 de abril de 1955.

Las uremias. G. M. Bull. Clorpromazina en los trastornos obsesivo-convulsivos y relacionados. W. H. Trethowan y P. A. L. Scott. Radiología en el tratamiento de la placenta previa anterior. J. K. Russell y C. K. Warrick. *Carcinoma bronquial. J. R. Bignall. *Feocromocitoma y neurofibromatosis. J. Knox y A. Slessor. Isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar primaria. R. McL. Todd. Neumonectomía izquierda combinada con toracoplastia y ligadura de un ductus arterioso persistente. J. R. Edge y J. S. Glennie. Un nuevo tiobarbitúrico de acción breve. P. Nobes.

Carcinoma bronquial.—Señala el autor la observación de 317 enfermos con carcinoma bronquial durante 1951, de los que se obtuvo evidencia histológica en algo menos de las dos terceras partes. La quinta parte mostraba síntomas o signos durante menos de dos meses, pero la mitad lo refería desde más de cuatro, y la décima parte ya más de un año. Aproximadamente la tercera parte tenían evidencia clínica o radiográfica de metástasis al ser examinados por primera vez; incluso en aquellos casos con historia inferior a un mes, uno de cada 20 tenía metástasis y la proporción aumentó a la mitad en aquellos con historia de cinco meses. Se consideró contraindicada la toracotomía en cuatro de cada diez enfermos, a causa de la difusión intra o extratorácica, y en la tercera parte por la posición del tumor, función respiratoria deficiente, gran adelgazamiento, rechazamiento de la investigación o diagnóstico incorrecto. Se exploró el tórax en la cuarta parte de los casos, pero aproximadamente en la tercera parte de ellos el tumor no podía ser extirpado. En conjunto, fué posible la resección en sólo el 18 por 100 de los 317 enfermos. Algo más de la tercera parte recibió radioterapia. La tercera parte sobrevivió un año desde el primer examen y la sexta parte dos años; una cuarta parte vive dos años después del comienzo de su enfermedad, de los que 31 de 67 enfermos habían sufrido la extirpación del tumor. Ha regis-

trado también la causa de la muerte en 128 enfermos, de 25 que murieron después de la resección, 10 (40 por 100) tenían metástasis cerebrales clínicamente manifiestas en comparación con 16 (16 por 100) de los 103 en los que no se había extirpado el tumor.

Feocromocitoma y neurofibromatosis.—Los autores refieren otro caso de feocromocitoma asociado con neurofibromatosis. Fué positiva la prueba de la histamina y el diagnóstico se confirmó por la investigación de los catecolas urinarios; una placa de calcificación en el tumor lo localizó en la suprarrenal izquierda en la radiografía. El tratamiento previo con fentolamina o con cloropromazina redujo notablemente los síntomas de un paroxismo provocado por la histamina, pero sólo influyó ligeramente la hipertensión aguda. La fentolamina evitó la hipertensión durante la aortografía, pero no, en cambio, dos aumentos bruscos de la presión durante la operación, que respondieron rápidamente a la fentolamina intravenosa.

6.869 - 23 de abril de 1955.

- * Tratamiento de la epilepsia temporal por lobectomía temporal. M. A. Falconer, D. Hill, A. Meyer, W. Mitchell y D. A. Pond.
- * Cifras de amoniaco en sangre en las enfermedades del hígado y en el coma hepático. E. Phear, S. Sherlock y W. H. J. Summerskill.
- Achalasia del cardias en adolescentes con síntomas respiratorios. D. Davies y J. C. Roberts.
- Aplicaciones plásticas moderadas directamente en el enfermo. J. B. Brennan.
- * Vitamina E en el tratamiento de la dismenorrea primaria. E. B. Butler y E. McKnight.
- Vendajes impregnados de resina. R. H. Maudsley.
- Una sustancia homogéneamente aparente, con actividad del factor intrínseco, asociada con partículas celulares del estómago humano. J. R. P. O'Brien, W. H. Taylor, A. L. Turnbull y L. J. Witts.

Tratamiento de la epilepsia temporal con lobectomía temporal.—Señalan los autores que de 30 enfermos con epilepsia temporal intratable sometidos a la lobectomía temporal, 12 quedaron libres de ataques y otros 14 mejoraron notablemente en cuanto a su epilepsia, 20 se beneficiaron en lo que respecta a las alteraciones de la personalidad y de ellos marcadamente 17.

Amoniaco sanguíneo en las enfermedades del hígado y en el coma hepático.—Los autores han realizado 350 determinaciones de amoniaco en sangre en 66 enfermos con hepatopatías, de los cuales 33 mostraban complicaciones neurológicas, incluso el coma hepático. Las hiperamoniemias pudieron relacionarse con una función hepatocelular empeorada y con circulación colateral porto-cava. Se encontraron cifras elevadas en algunos enfermos con hepatitis viral grave sin circulación colateral, pero la obstrucción portal extrahepática con buena función hepática era compatible con cifras normales. En la cirrosis, las cifras elevadas pudieron atribuirse tanto a la circulación colateral como al trastorno de la función hepática. En los enfermos con alteraciones neurológicas las cifras de amoniaco en sangre estaban generalmente relacionadas con la intensidad del trastorno neurológico, pero el 10 por 100 de las cifras estaban entre los límites normales, independientemente del grado de afectación neurológica. Las cifras por encima de 2 μ g. por c.c. (dos veces el límite superior de lo normal) se asociaron invariablemente con alteraciones neurológicas. Señalan que la técnica de determinación de las cifras de amoniaco en sangre tiene desventajas tanto teóricas como prácticas. No puede recomendarse como método de rutina para diagnosticar las complicaciones neurológicas de las hepatopatías (particularmente el coma hepático) o para valorar el pronóstico, puesto que una vez que el clínico está familiarizado con la secuencia clínica el cuadro es inconfundible.

Vitamina E en la dismenorrea primaria.—La dismenorrea espasmódica es interpretada como una consecuencia de la isquemia muscular originada por la contracción de los vasos uterinos al comienzo del período menstrual. Aceptando esta premisa, el autor ha decidido

utilizar la vitamina E, dadas sus actividades contra el vasoespasmo. Los resultados obtenidos son, a su juicio, alentadores y exigen un ensayo clínico más amplio.

6.870 - 30 de abril de 1955.

- Osteoporosis. A. M. Cooke.
Una crítica morfológica de la lobectomía temporal. L. Crome.
- Efecto de la adrenalina sobre la secreción adrenocortical. J. D. Hunter, R. I. S. Bayliss y A. W. Steinbeck.
- Cortisona, corticotropina e infección. A. G. Shaper y A. Dyson.
Un método en un tiempo de congelar y desecar las arterias para injertos. T. H. Flewett, K. S. Zinnemann, M. W. C. Oldfield, H. S. Scucksmith y F. Dexter.
- Compresión del nervio cubital en la muñeca por un ganglion. B. L. Mallett y K. J. Zilkha.
- Mioglobinuria paroxística. M. C. Berenbaum, C. A. Birch y J. D. Moreland.
- Lesión de la médula espinal por efocaina. E. Clarke, R. Morrison y H. Roberts.
- Maíz y pelagra. R. Braude, S. K. Kon, K. G. Mitchell y E. Kodicek.

Adrenalina y secreción adrenocortical.—Los autores señalan que la adrenalina origina un grado variable de eosinopenia, que es máximo 2-4 horas después de la inyección, mientras que después de la inyección intravenosa de ACTH la eosinopenia es máxima después de un plazo de cuatro horas. Añaden que la eosinopenia, después de la inyección de adrenalina, no está relacionada con aumentos en la cifra en el plasma de 17-hidroxicorticosteroides. Concluyen diciendo que sus observaciones sugieren que en el hombre la adrenalina no origina un aumento en la secreción adrenocortical.

Mioglobinuria paroxística.—Describen los autores un caso de mioglobinuria paroxística de etiología desconocida. Se demostró la mioglobina en la orina por espectroscopia y por cristalización. La biopsia muscular mostró intensas alteraciones degenerativas, el acúmulo de una esterasa en las células del sarcolema y la aparición de una anisotropia negativa durante la degeneración de las fibras. El contenido en mioglobina del músculo enfermo está muy reducido. Recogen de la literatura 14 casos previamente publicados de mioglobinuria sin enfermedad muscular asociada, de los cuales cinco fueron fatales y otros siete casos adicionales asociados con distrofia muscular. Subrayan que la etiología es desconocida y sugieren que puede existir en estos casos una mioglobina anormal.

La Presse Médicale.

63 - 16 - 2 de marzo de 1955.

- Acción de la hormona somatotropa sobre las escaras por decúbito y los trastornos neurotróficos. A. Ravina y colaboradores.
- La radiografía ampliada del peñasco en la osteitis deformante de Paget. M. Juster y cols.
- El metabolismo mineral-proteínico y la función suprarrenal en las osteopatías seniles. M. Morpurgo y cols.
- Sobre un caso de xeroderma pigmentosum. G. Renard, A. Lelièvre y P. Bierent.
- De la suspensión del esfínter pilórico y exclusión del bloqueo duodeno-pancreático en cirugía gástrica. C. Couinaud.
- El fibroma no osteogénico del hueso de Jaffe y Lichtenstein (a propósito de una observación). J. Cabanac, P. Chatton y L. Beltrando.

Hormona somatotropa y úlceras de decúbito.—Las más recientes técnicas han permitido aislar una hormona cuyos efectos se aproximan a los del principio somatotropo y cuya acción sobre el crecimiento celular es cierta. En otros trabajos se ha estudiado su aplicación en los trastornos hipofisarios del crecimiento, en los de la osificación y en los de cicatrización, incluida la de las lesiones viscerales, como úlceras de estómago. Los autores la utilizan en procesos necróticos, en escaras de origen neurológico o por decúbito y en diversas gangrenas de los miembros. Consideran como muy buenos los resultados obtenidos, advirtiendo que da lugar a una verdadera regeneración tisular.

Un caso de xeroderma pigmentosum.—El "Xeroderma pigmentosum", descrito por KAPOSI en 1870, es una distrofia cutánea precancerosa. Aparece en la primera infancia y generalmente en regiones donde la luminosidad es intensa; se localiza en las zonas expuestas al sol. Tiene carácter familiar y mal pronóstico. Los autores presentan un caso, el cual aprovechan para hacer una descripción de esta rara enfermedad, así como de su terapéutica.

Fibroma no osteogénico del hueso, de Jaffe y Lichtenstein.—Los autores presentan una observación de fibroma no osteogénico de los huesos, tumor aislado en 1942 por JAFFE y LICHTENSTEIN. Según estos autores, se trata de un tumor benigno, que se desarrolla en el tejido conjuntivo de la médula, y que en el transcurso de su desarrollo no sufre metaplasia ósea. Se observa entre los 6 y los 21 años, casi siempre en los miembros inferiores y siempre en una de las extremidades de la diáfrasis de un hueso largo. Su aspecto radiológico es muy particular y suele permitir el diagnóstico.

63 - 17 - 5 de marzo de 1955.

- Interés clínico de la prueba de la hiperglucemia provocada por vía venosa. R. Arbou y cols.
- Contribución al estudio de un riñón gotoso. J. Sérane y J. Lederer.
- Diagnóstico cromosómico del sexo en el adulto. H. Hinglais y M. Hinglais.

Contribución al estudio de un riñón gotoso.—Se puede considerar que la litiasis úrica es la expresión renal de diátesis gotosa. En la décima parte de los gotosos se puede observar una nefritis crónica, de evolución muy lenta y sin carácter específico, que puede ser considerada como una enfermedad asociada. Los autores han comprobado una insuficiencia electiva de la eliminación urinaria de ácido úrico, atestiguada por la relación hemato-urinaria y el "aclaramiento". Consideran los autores que las manifestaciones articulares de la gota son frecuentemente condicionadas por un factor renal particular.

Diagnóstico cromosómico del sexo en el adulto.—Los autores describen los distintos aspectos de la cromatina sexual y la generalidad de su existencia en los tejidos. En el hombre está más particularmente estudiada, especialmente en la piel, tanto en el estado normal como en los estados patológicos intersexuales. Los resultados obtenidos con esta prueba provocan consideraciones muy interesantes y nuevas con respecto al problema de la orientación del sexo, y sugieren útiles avisos a la prudencia con respecto al abuso que se está haciendo de las terapéuticas hormonales a altas dosis en las mujeres embarazadas desde las primeras fases del desarrollo embrionario.

63 - 18 - 9 de marzo de 1955.

- Síndrome hemorrágico con fibrinolisis asociado al cáncer de próstata. P. Aboulker y cols.
- Valor comparado de la velocidad de sedimentación, de la electrofleoresis y del índice de hepatoglobulina en tisiología. A. Roulet y cols.
- Diagnóstico del bloqueo de rama por el método quimigráfico. I. Sayman.

63 - 19 - 12 de marzo de 1955.

- Acción terapéutica sintomática del clorhidrato de cicrimina sobre los síndromes parkinsonianos. J. Sigwald y J. Payot.
- La forma subaguda de la tromboflebitis del seno cavernoso. L. Barraquer-Bordas, A. Bachs y J. Barraquer-Moner.
- Tratamiento de los prolapsos genitales después de la histerectomía. Ph. Detrie.

Clorhidrato de cicrimina en el parkinsonismo.—El clorhidrato de cicrimina es un cuerpo químicamente parecido al artane, que ha sido aplicado, desde hace varios meses, a 33 parkinsonianos. Su actividad sintomática y su tolerancia fueron buenas. Los resultados de los autores son menos buenos que los de los autores americanos.

nos, que han sido los primeros en demostrar el interés de este medicamento. Concluyen que la cicrimina puede ser clasificada en la misma categoría que los cuerpos anti-parkinsonianos más activo: isothazina, trihexifendil y procyclinida.

Forma sub-aguda de la tromboflebitis del seno cavernoso.—Se trata, según los autores, de un tipo de infección distinto del grupo de casos en el cual la infección llega al seno cavernoso por vía posterior y su evolución es más lenta. A propósito de una observación personal, los autores limitan el concepto de la forma sub-aguda de la tromboflebitis del seno cavernoso, caracterizado por el cuadro moderado o muy moderado de la mayor parte de los síntomas, así como por lo prolongado de su evolución.

63 - 20 - 16 de marzo de 1955.

Cirugía cardiaca experimental por el método de Swan. Ch. Dubost y cols.

- El problema de la enfermedad ulcerosa. P. Frumusan y R. Cattan.
- Síndrome práxico y gnósico de las lesiones del hemisferio derecho. Valores respectivos de los hemisferios ante las funciones simbólicas. H. Hagaen y J. de Ajuriaguerra. Las menometrorragias funcionales. J. Mathieu y P. Villiedieu.
- Músculos motores oculares, cefaleas, desequilibrio y actitud escoliótica. J. B. Baron.

El problema de la enfermedad ulcerosa.—Los autores estudian los distintos factores que pueden jugar en la patogenia de la úlcera péptica. El factor clorhidropéptico tiene un papel secundario. El factor vascular es seguramente muy importante. Su intervención está probada por los argumentos experimentales, histológicos, clínicos y terapéuticos. Los autores desarrollan una teoría córtico-visceral de la úlcera que integra las teorías precedentes en una síntesis más vasta fundada en el papel determinante de la actividad nerviosa superior y basada en la experimentación. De ella deducen los autores una terapéutica revolucionaria de las formas muy graves, consistente en la infiltración novocainica del cerebro prefrontal.

Lesiones del hemisferio derecho.—Basándose en 38 casos personales, los autores estudian el síndrome de la encrucijada parieto - tómporo - occipital derecha. Está esencialmente constituida por trastornos en la somatognosia, apraxia en el vestirse, trastornos viso-constructivos, del pensamiento espacial, del cálculo y óptico-vestibulares. Este conjunto de síntomas es equivalente, por su valor localizador, a la afasia de las lesiones del hemisferio izquierdo. A propósito del presente estudio, los autores intentan una exposición esquemática de las funciones simbólicas según el hemisferio lesionado.

Músculos motores oculares.—Los autores tratan en el presente trabajo de demostrar el papel fundamental de la musculatura extrínseca del globo ocular en la realización del equilibrio estático y dinámico, así como en los trastornos físicos y funcionales que resultan de un desarrío en su funcionamiento. Los autores demuestran que un trastorno en el funcionamiento de los músculos extrínsecos oculares produce trastornos en el equilibrio estático y dinámico, caracterizados por vértigos, cefaleas y una actitud escoliótica.

63 - 21 - 19 de marzo de 1955.

Contribución al estudio de las variaciones del colesterol sanguíneo en el curso de las actividades físicas. Chaillely-Bert y cols.

Principios directores de las exéresis atípicas del hígado. C. Couinaud.

Resultados suministrados por el examen de los electroencefalogramas y de las radiografías de cráneo de los boxeadores. A. Ravina.

63 - 22 - 23 de marzo de 1955.

Vida vegetativa del dolor. R. Leriche.

Lesiones viscerales del pénfigo. J. Charpy y cols.

El fosfolipidograma y la macroelectroforesis sobre papel y su interés en las enfermedades con hiperbetaglobulina. Ed. Benhamou y cols.

- Cánceres del ángulo duodeno-yejunal. P. Hillemand y colaboradores.
- Actinomicosis cérvico-facial y sus problemas. Aspecto bacteriológico. H. Beerens.
- Endofibrosis de las arterias pulmonares en un caso de enfermedad azul. P. Ferrier.
- Tratamiento de la "alopecia capitis totalis" con extractos de "ammi majus". E. Sidi y J. Bourgeois-Gavardin.

Cáncer del ángulo duodeno-yejunal.—Los autores insisten sobre las dificultades diagnósticas y terapéuticas de esta localización a propósito de tres casos por ellos vistos. El diagnóstico es prácticamente irrealizable antes de que aparezcan los signos de obstrucción infravateriana. Radiológicamente se manifiesta por una mega-duodeno y una imagen de paro que hay que descubrir por medio de ciertos artificios técnicos. El único tratamiento satisfactorio es la exéresis quirúrgica, con restablecimiento de la continuidad por anastomosis latero-lateral submesocólica.

Endofibrosis de las arterias pulmonares en caso de enfermedad azul.—El autor estudia la vascularización pulmonar de una niña de cuatro meses portadora de una malformación cardiaca de la pulmonar, de tipo valvular, sin comunicación interventricular, sin hipoplasia del ventrículo derecho y con una amplia comunicación interauricular. Describe formaciones andoarteriales pulmonares de tendencia obstructiva, parecidas a las que ciertos autores han hecho mención en otras formaciones cianógenas. Cree el autor que hoy en día no existe aún un buen estudio histopatológico de la vascularización del pulmón en la atresia de la pulmonar.

Tratamiento de la alopecia capitis con "ammi majus".—Las peladas calvianas son, por su larga duración y su tenacidad desesperante, la más grave variedad de las alopecias. Las hay que se vuelven definitivas pese a toda terapéutica. Pero la mayor parte de las veces puede recuperarse, aunque siempre son de esperar las recidivas. El tratamiento por "ammi majus", experimentado por los autores desde hace años, tampoco puede evitar las recidivas. Además, no está exento de peligros, aunque les ha dado resultados que merecen ser comunicados. Los autores indican estos resultados, así como la técnica del tratamiento y posibles peligros.

63 - 23 - 26 de marzo de 1955.

La laringectomía intratiroidea. P. Truffert. Mialgias, artralgias y artrosis lumbares de los intestinales. V. Scheikevitc.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85 - 32 - 6 de agosto de 1955.

Filosofía y medicina. P. Haeberlin.

- Molestias articulares como síntoma precoz del carcinoma bronquial. P. Ricklin.
- Angina pectoris saturnina con infarto de miocardio. J. Voegtlín, T. Wegmann y F. Borbely. Valoración crítica y estudio comparativo de 1.374 casos de carcinoma de 1926 a 1946. F. Roth.
- Decorticación bioquímica mediante hialuronidasa como nuevo recurso en el empleo pleural crónico. W. Bross y T. Garbinsky.

Síntomas articulares precoces en el cáncer de pulmón.—Las posibilidades de curación de las neoplasias pulmonares siguen siendo muy limitadas, pese a los avances de la cirugía pulmonar, debido a lo difícil que es hacer un diagnóstico a tiempo, cuando el tumor aún no se ha extendido mucho y puede por tanto ser extirpado radicalmente. El autor ha observado en el curso de un año tres casos que presentaron como síndrome inicial de un cáncer de pulmón tumefacción dolorosa de las articulaciones, generalmente con el cuadro de una poliartritis subaguda o crónica, afectando las rodillas, tobillos, codos o manos. Sigue ser la manifestación parcial de una osteopatía hipertrofante neumática, que puede retrogradar tras extirpación de la neoplasia. Esta osteopatía

acompaña mucho más frecuentemente a los tumores pulmonares, sobre todo al carcinoma bronquial, que a las supuraciones crónicas pulmonares o a la tuberculosis. Puesto que los síntomas articulares pueden preceder en varios meses al tumor demostrable, deben ser consideradas como un síntoma precoz de éste, y sobre todo en los varones de más de cuarenta años obligan a una exploración radiológica reglada y eventualmente repetida del tórax.

Angina pectoris saturnina con infarto de miocardio.—La angina de pecho es una manifestación rara en el curso de una intoxicación por plomo, hasta el punto de que no fué reconocida por los autores antiguos, o atribuida a otras causas. Generalmente se incluye dentro de los síntomas del saturnismo, atribuibles a espasmos en el sistema vascular arterial, por lo que el pronóstico es favorable generalmente, y en la mayoría de los casos no quedan huellas electrocardiográficas del acceso. Hay, sin embargo, observaciones clínicas y experimentales y datos electrocardiográficos y de autopsia que hablan a favor de una verdadera lesión miocárdica, a pesar de lo cual KOELSCH y los autores americanos, entre ellos WHITE, piensan que el plomo no tiene acción directa sobre el miocardio ni sobre el sistema vascular del corazón. Los autores presentan un caso en el que en el curso del tratamiento de una intoxicación plúmibica subaguada se produjo un auténtico infarto miocárdico. No es seguro si se trata de una acción directa del plomo o de alteraciones vasculares primariamente funcionales que conducen posteriormente a lesiones orgánicas.

Hialuronidasa en el empiema pleural crónico.—Los autores denominan "decorticación bioquímica" a la aplicación intrapleural de la hialuronidasa en los casos de empiema crónico, que tiene las mismas indicaciones que la decorticación operatoria, y por carecer de riesgos debe emplearse antes de acometer cualquier tratamiento quirúrgico. Facilita la reabsorción del exudado, lo fluidifica, favorece la acción de los antibióticos sobre las bacterias y reblanquece la coraza que envuelve el pulmón, cuya reexpansión así hace posible. No actúa sobre las hojas pleurales no alteradas que quedan por debajo de la coraza conjuntiva. No cabe esperar nada, salvo la fluidificación del pus, en los casos de retracción pulmonar, estenosis irreversible de los bronquios o fistulas bronquiales de consideración. Inyectan 2 c. c. de la solución al 1:50 previo lavado de la cavidad con suero salino fisiológico, aplicando después una intensa presión negativa para facilitar la reexpansión. Repiten las inyecciones cada segundo día o dos veces por semana, según la rapidez con que se reproduzca el derrame y el grado de reexpansión obtenido.

85 - 33 - 13 de agosto de 1955.

* La diátesis hemorrágica en el carcinoma de próstata y su tratamiento. A. Cottier, R. Leupold y W. Scheitlin. La importancia clínica del sistema del grupo sanguíneo Lewis. A. Haessig, W. Meyer y D. Thommen. El tratamiento de la parálisis del accesorio. M. R. Franchillon.

Tendencias actuales en la ortopedia americana. H. Balsmer.

* La farmacodinamia del éster nitrado de colina. Ed. Frommell y cols.

* Estudio clínico preliminar de un nuevo hipotensor: la nitrocolina. G. Greder.

Diátesis hemorrágica en el cáncer de próstata.—HUGGINS y VAIL fueron los primeros en demostrar, en 1943, la existencia de una fibrinolisin en la secreción prostática normal. TAGNON observó después que esta fibrinolisin se produce en exceso en los cánceres de próstata, pasando a la sangre. Esta fibrinolisin es la causa de la afibrinogenemia observada en algunos casos y de la diátesis hemorrágica, si bien es mucho menor el número de cánceres prostáticos con diátesis hemorrágica que los que presentan fibrinolisin en la sangre. Los autores han observado un canceroso prostático con diátesis hemorrágica en el que demostraron fibrinolisin en la san-

gre y una disminución del factor V. Había además una sustancia heparinoide, quizás producida por el mismo tumor, y una disminución de los factores VII y VIII. Trataron al enfermo con dosis altas de difosfato de dietildioxiestilbeno por vía intravenosa (500 mg. los primeros 18 días, 250 los 13 siguientes y 250 de una a tres veces por semana durante otros seis meses y medio) sin obtener feminización ni ningún efecto colateral indeseable. Con este tratamiento el enfermo, prácticamente moribundo, mejoró notablemente y se normalizó su coagulación. Hasta el momento de esta comunicación esta sorprendente mejoría duraba ya un año.

Farmacodinamia del éster nitrado de la colina.—Se diferencia del cloruro de acetilcolina por su mayor resistencia a las colinesterasas del suero y de los hemáties, lo que hace que su toxicidad sea mayor y más prolongado su efecto hipotensor, aunque menos intenso. La atropina se muestra como antídoto del éster nitrado de la colina, suprimiendo o inhibiendo su acción hipotensora, su acción contracturante sobre el músculo aislado, el efecto muscarínico que muestra en sobredosificación, la sialorrea nitrocolinica, más intensa que la pilocarpínica y la acetilcolinica, y la acción purgante superior a la de la acetilcolina, pero inferior a la de la pilocarpina. La atropina, en cambio, sólo neutraliza parcialmente la acción hipotermizante de la nitrocolina sobre los animales sanos o en hipertermia vacunal. La nitrocolina tiene a la vez una acción central sobre los centros térmicos y vasomotores y otra periférica sobre los órganos aislados. Es activa por vía oral y rectal, produciendo una hipotensión duradera gracias a su estabilidad frente a las colinesterasas y a su escasa solubilidad.

Nitrocolina como hipotensor.—El autor ha ensayado clínicamente la acción hipotensora del éster nitrado de la colina, sometiendo previamente a los enfermos en estudio a un periodo de reposo suficientemente largo, dieta adecuada, sedantes y diversos hipotensores. Con estas medidas obtuvo cifras de tensión bastante fijas y francamente inferiores a las registradas antes de la hospitalización. Dando entonces nitrocolina sola no sólo logró mantener el descenso tensional conseguido, sino que en la mayor parte de los casos hubo un nuevo descenso, más sistólico que diastólico, difícilmente atribuible a las variaciones espontáneas, puesto que todos los enfermos habían sido estabilizados en la forma dicha. La nitrocolina se revela como un hipotensor suave sin efectos secundarios a las dosis adecuadas, útil para las hipotensiones moderadas en que no se requiera un tratamiento de urgencia con metonios u otros hipotensores energéticos. La dosis empleada fué de dos comprimidos de 0,01 g. al día. Sólo un enfermo que tomó 3 cg. se quejó de trastornos gástricos y llamaradas de calor.

85 - 34 - 20 de agosto de 1955.

* La circulación sanguínea en el hígado. V. Becker.

* Tratamiento medicamentoso de la hipertonia. A. F. Esselier, J. Goerre y A. Wegmann.

Sobre el comportamiento de las proteínas del suero en el embarazo tóxico. M. Keller y H. M. Heinisch.

* El valor de las investigaciones experimentales para el estudio de la toxicidad del metanol. O. Roe.

Tratamientos combinados con reserpina.—Dosis bajas de Serpasol (0,75-1,5 mg. diarios) como tratamiento único pocas veces (6 de 58) son suficientes en enfermos hipertensos resistentes al reposo en cama y dieta sin sal. La asociación de otros medicamento al alcaloide, la rauwolfia permite ampliar sus éxitos y el campo de sus indicaciones. Dando 10 mg. de Ritalin (éster metílico del ácido fenilpiperidilacético), que tiene una acción estimulante psicotónica intermedia entre la cafeína y la anfetamina, se puede aumentar la dosis diaria de Serpasol a 5 mg. sin aparición de efectos secundarios, aumentando así el porcentaje de éxitos (5 de 15) del tratamiento. Dosis de reserpina superiores a 5 mg. no son más eficaces y exponen al riesgo de síntomas parkinsonianos que aparecieron en dos enfermos que recibían 11 mg. diarios. La combinación de Serpasol con hidrazi-

noftalazina (Nepresol) a dosis de 1-1,5 mg. del primero y 50-125 mg. de la segunda, condujo al éxito en cinco de 30 casos; en tres hubo que suspender el tratamiento por aparecer síntomas de insuficiencia coronaria. La combinación con Ritalin da menor número de efectos colaterales.

Toxicidad del metanol en el hombre y en los animales. El autor llama la atención sobre la afirmación hecha anteriormente por MOESCHLIN y GARSON, en esta misma Revista, según la cual, y basándose en estudios realizados en cobayas, el alcohol etílico no sólo no impide, sino que parece aumentar la toxicidad del alcohol metílico. El autor señala que las conclusiones obtenidas en los animales son extensivas al hombre, porque el mecanismo de la intoxicación es distinto. En estos animales (no primates) no se produce la intensa acidosis que es el hecho más sobresaliente en la intoxicación metílica humana. De esta manera, el álcali y el etanol representan para los animales nuevas sustancias tóxicas además del metanol. En cambio, en el hombre estas dos sustancias ayudan a combatir la acidosis: el álcali, sustituyendo la pérdida de bicarbonato, y el alcohol etílico, disminuyendo e incluso suprimiendo la conversión del metanol en productos tóxicos por oxidación.

85 - 35 - 27 de agosto de 1955.

- Anatomía y desarrollo de la columna vertebral, con especial referencia los cambios seniles de los discos intervertebrales. G. Toendury.
 Anatomía patológica de la espondilosis deformante. M. Aufdermaur.
 La espondilosis. J. E. W. Brocher.
 La importancia de la edad en la espondilosis deformante (fisioterapia). A. Boeni.
 Contribuciones ortopédicas a la espondilitis deformante del anciano. H. Debrunner.
 Osteoporosis senil. R. Schaefer.
 Alteraciones seniles de la columna vertebral en el perro. R. Fankhauser.
 La transplantación de tejido cultivado y la edad del receptor. P. J. Gaillard.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

6 de mayo de 1955.

- * Tratamiento quirúrgico de las enfermedades de las vías biliares. L. Rathcke.
- * Sobre el tratamiento quirúrgico de la sordera. G. V. Schultess.
- * La importancia del tratamiento hormonal paradójico. H. Engelhardt-Golkel.
 Saneamiento de focos y terapéutica de relajación en la labilidad vegetativa. H. Feiereis y cols.
- * Sobre la etiología del cáncer de pulmón. R. Randig.
- * Acerca de infecciones estafilococicas en la edad infantil y su tratamiento. W. Meiget y cols.
 Tratamiento hormonal del cáncer de mama. A. K. Schmauss y cols.

Tratamiento quirúrgico de las enfermedades de las vías biliares.—Comenta el autor en este trabajo la actitud terapéutica ante la litiasis biliar, aconsejando que la intervención quirúrgica no debe demorarse demasiado, ya que después de los cincuenta años el riesgo quirúrgico es mucho mayor y cuando aparecen las complicaciones de la litiasis biliar (pancreatitis, etc.) las posibilidades de éxito quirúrgico disminuyen mucho.

Si en una ictericia que por su clínica parece ser obstructiva no se encuentra ningún obstáculo en las vías biliares, debe dejarse un drenaje de las mismas.

Por otra parte, no debe hacerse una colecistectomía sólo porque se encuentre un cálculo solitario asintomático.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la sordera.—El autor aborda en el siguiente trabajo el tratamiento quirúrgico de la sordera en la clínica otorrinolaringológica de la clínica de Zurich. Se comentan los resultados obtenidos con la fenestración del conducto semicircular horizontal en 400 pacientes afectos de otoesclerosis, insistiendo sobre la ventaja de la técnica en dos tiempos, que disminuye el proceso inflamatorio de la fistula

quirúrgica. Igualmente se aconseja esta técnica para mejorar la audición en la atresia congénita.

De todas maneras, es preciso tener mucha cautela para valorar los resultados funcionales tardíos. En las formas atrésicas adquiridas se aconseja la dilatación operatoria del conducto auditivo.

La importancia del tratamiento hormonal paradójico. El autor hace un comentario inicial a los fundamentos fisiológicos de la terapéutica combinada con estrógenos y andrógenos, resumiendo el fin terapéutico óptimo de esta combinación en servirse de los efectos de una combinación de estas hormonas suprimiendo los efectos indeseables sobre la esfera genital.

El autor estudia el resultado de esta terapéutica sobre 50 pacientes climatéricas, comprobando los efectos favorables que sobre los efectos generales, trastornos vasculares, dolores sacros y articulares tuvieron dichas hormonas.

Como otras indicaciones de esta terapéutica hormonal se citan: la hiperfunción tiroidea en el climaterio, los efectos secundarios en el tratamiento con ACTH y cortisona, la nefrosis, etc. Otra posibilidad terapéutica a largo plazo de la administración continuada de las hormonas sexuales se basa en el influjo metabólico que sobre el miocardio ejercen.

Sobre la etiología del cáncer de pulmón.—Sobre la base de una encuesta que se hizo en 30 Servicios clínicos de Berlin occidental para establecer factores etiológicos en 448 pacientes con carcinoma bronquial (comparándolo con 512 casos de control), afirma el autor la gran importancia que el humo de tabaco en sus diferentes formas tiene en el determinismo de esta neoplasia, indicando que por el momento sólo una reducción del consumo de tabaco llevada a cabo enérgicamente puede asegurar un decisivo éxito en la profilaxis del cáncer de pulmón.

Acerca de infecciones estafilococicas en la edad infantil y su tratamiento.—Los autores comunican que en el último año que en un 10 por 100 de los lactantes de la Clínica infantil de Friburgo padecieron estafilococias con o sin complicaciones, distinguen en la evolución del proceso tres fases: 1) De estafilodermia propiamente dicha. 2) De metástasis a distancia; y 3) De sepsis.

Los autores aconsejan que las personas con furunculosis deben mantenerse aisladas de los lactantes, el personal sanitario debe llevar protectores de boca y nariz en las estaciones tocológicas, en éstas debe hacerse periódicamente control bacteriológico de las cavidades rinofaringeas del personal y los lactantes que sufren una piodermia deben ser aislados y sus camas desinfectadas.

El 80 por 100 de los pacientes en las clínicas pediátricas tienen estafilococos coágulo-positivos y hemolizantes que son penicilo-resistentes, mientras que los mismos pacientes que proceden de un ambiente hogareño sólo un 10 ó 15 por 100 presentan resistencia a este antibiótico.

Los autores aconsejan, para evitar la propagación de la infección, el tratamiento con cloromicetina, y consideran decisivo para el tratamiento antibiótico posterior practicar un antibiograma. En casos graves tiene gran valor el tratamiento complementario con suero antiestafilococico.

13 de mayo de 1955.

- Sobre la importancia de la broncoscopia. L. Adelberger y colaboradores.
 Acerca de los fundamentos fisiológicos y fisiopatológicos del roetgenodiagnóstico cardiológico. H. Keindell y colaboradores.
 * Rigidex torácica y miocardiosis. W. Selberg.
 * Clínica y tratamiento de la moliniasis pulmonar. W. Straube.
 * Silicón en el tratamiento y profilaxis de las dermatosis profesionales.
 Diagnóstico clínico de las enfermedades de las articulaciones. A. Frhr y Dankelman.

Rigidex torácica y miocardiosis.—El autor comunica en el siguiente trabajo que se encuentra en un 60 por 100 de ancianos con enfermedades torácicas, que cursan

con una disminución de la movilidad, la existencia de una miocarditis, caracterizada histopatológicamente por la presencia de un edema rico en albúmina de afinidades tintóreas basófilas en el endocardio y miocardio del corazón derecho.

El recambio mineral y la capacidad funcional de las células unoculares están considerablemente disminuidos. El autor considera esta para amiloidosis cardíaca como un trastorno del mesénquima de carácter involutivo, coincidente con la enfermedad torácica.

Clinica y tratamiento de la moniliasis pulmonar.—Se comunica un caso de moniliasis pulmonar, como complicación secundaria a una tuberculosis pulmonar, en un enfermo con defensas muy disminuidas después de un tratamiento prolongado con antibióticos. Los autores comentan que el desarrollo de las micosis pulmonares se favorece plenamente con los modernos tratamientos antibióticos, que al anular la flora fisiológica permite la exaltación de hongos y levaduras normalmente saprofítos produciendo un severo trastorno en el balance vitamínico.

El terreno de anergia que crean las enfermedades crónicas favorecen también el desarrollo. Los autores aconsejan tomar en consideración en el diagnóstico diferencial de las afecciones pulmonares agudas poco claras el de la moniliasis pulmonar.

Después de discutir las posibilidades terapéuticas de las micosis pulmonares, insisten en el uso prudente y estrictamente indicado de los antibióticos así como la conveniencia de una determinación previa de la resistencia bacteriana a los mismos.

Silicon en el tratamiento y profilaxis de las dermatosis profesionales.—El autor afirma que la introducción del silicon en el tratamiento y profilaxis de las dermatosis profesionales ha sido un progreso.

En 52 casos se demostró la falta de toxicidad de este aceite y en 148 casos de dermopatías profesionales diversas se comprobó el efecto favorable de una pomada protectora de silicon. Sólo en cinco casos fracasó esta terapéutica.

20 de mayo de 1955.

- * Acerca del diagnóstico diferencial y tratamiento de las depresiones. J. Wyrsch.
- * Acerca del tratamiento con cloromicetina de las enfermedades tifícas. R. O. Vorlachuderg y cols.
- Acerca de la comprobación en el huevo de gallina incubado con la toxina diftérica de cepas de bacilo diftérico de portadores. H. Knothe.
- Acerca del mecanismo de la terapéutica por adsorción de carbón. G. Taubmann.
- * Trastornos de la función hepática en las enfermedades reumáticas crónicas. A. Gamp y cols.
- * ¿Es ventajoso un tratamiento dietético de la diabetes mellitus? G. K. Constant.

Acerca del diagnóstico diferencial y tratamiento de las depresiones.—El autor incluye, dentro del término de presión, para el médico práctico, las que aparecen en las psicosis circulares y en la esquizofrenia; también pueden presentarse depresiones endógenas en la arterioesclerosis cerebral y en la PGP. Sin embargo, la forma más frecuente, en la práctica privada, es la depresión exógena reactiva en psicópatas con estado de ánimo lábil, generalmente en el período de la pubertad e involución senil. En las depresiones endógenas es necesaria la reclusión en un sanatorio psiquiátrico y la vigilancia del enfermo por el peligro de suicidio.

Por el contrario, las depresiones reactivas son tributarias con frecuencia a un tratamiento sintomático.

Acerca del tratamiento con cloromicetina en las enfermedades tifícas.—Los autores comunican el efecto del cloranfenicol en el tratamiento de 191 casos de salmonelosis, encontrando que se acorta notablemente el período febril disminuyendo el estado tóxico, y ejerce una acción beneficiosa sobre la depresión miocárdica así como sobre otras complicaciones. La letalidad igualmente disminuye. Sin embargo, no ejerce ningún efecto

sobre los eliminadores de bacilos y sobre las colecistitis crónicas, por lo que se considera que la vesícula es el reservorio responsable de la eliminación duradera de bacilos.

El tratamiento demasiado corto con este antibiótico tiene como consecuencia una mayor frecuencia en las recidivas, por lo que aconseja la persistencia terapéutica durante un mínimo de diez días después de desaparecida la fiebre. Sin embargo, esta actitud terapéutica hace aumentar por su parte la negatividad en las aglutinaciones.

Trastornos de la función hepática en las enfermedades reumáticas crónicas.—Los autores estudian una serie de pruebas funcionales hepáticas en un conjunto de 119 pacientes con poliartritis crónicas y enfermedad de Bechterew, encontrando resultados patológicos en algunos de estos pacientes, sobre todo en la prueba del ácido hípérico, que con mucha probabilidad no es específica del hígado. En la enfermedad de Bechterew la reacción de labilidad del suero fueron positivos en un porcentaje menor.

Nada se sabe todavía sobre el substrato anatómico de este trastorno de la función hepática.

¿Es ventajoso un tratamiento dietético de la diabetes mellitus?—Las investigaciones llevadas a cabo por los autores en 103 diabéticos han demostrado que después de veinte años de enfermedad sólo 1/5 aproximadamente no presentaban síntomas tardíos, 1/5 mostraban pocos síntomas tardíos y los 3/5 restantes considerables trastornos vasculares. Del estudio de estos casos deducen los autores que el tratamiento dietético de los diabéticos continúa siendo necesario y que la suerte de los diabéticos no depende únicamente de la insulina, sino, entre otros factores, de la manera como se haya llevado el tratamiento combinado dietético-insulínico. Si éste se hace de una manera correcta, se pueden alejar la presentación de los síntomas vasculares y hacer éstos más soportables.

27 de mayo de 1955.

El cáncer en la evolución de los conceptos científicos. A. Dietrich.

- * Carenza de hierro y reabsorción de las grasas. Acerca del trastorno de reabsorción de las grasas postgastrectomía. M. Courmoulis y cols.
- * Productos del metabolismo de los microorganismos (antibióticos como sustancias de acción antineoplásica). Chr. Hackmann.
- * Progresos y perspectivas de una quimioterapia racional del cáncer en los Estados Unidos. L. G. Birth.
- * La psicoterapia de la hipertensión juvenil. D. Wyss.
- * La telenradiumterapia en el tratamiento de los tumores malignos. G. Froitzheim y cols.

Carenza de hierro y reabsorción de las grasas. Acerca del trastorno de la reabsorción de las grasas por gastrectomía.—Mientras se había considerado en la actualidad el trastorno de la absorción de las grasas en los gastrectomizados como un trastorno secundario a la aceleración del tránsito intestinal, la inhibición de la secreción pancreática, la yeyunitis, etc., los autores, investigando el metabolismo del hierro en 26 pacientes gastrectomizados (Bilroth II), con un severo trastorno de la absorción de los lípidos, encuentran que la sideropenia es un factor etiológico más en aquel trastorno de la absorción.

La sideropenia puede actuar desfavorablemente sobre la absorción de las grasas de las siguientes maneras: reducción de la producción de bilis, destrucción reducida de eritrocitos, emulsión insuficiente de las grasas alimenticias, disminución de los fermentos celulares que contienen hierro, etc. Con la medicación marcial, consiguieron los autores una mejoría progresiva y en algunos casos una normalización de la absorción de las grasas. En los pacientes en que no había sideropenia la absorción de las grasas era normal.

Productos del metabolismo de los microorganismos (antibióticos) como sustancias de acción antineoplásicas.

cas.—El autor comunica los hallazgos recientes sobre el desarrollo y propiedades farmacológicas de un nuevo antibiótico obtenido de un cultivo de actinomices con propiedades antineoplásicas: la actinomicina C (sano-mycin).

Esta sustancia tiene un efecto inhibidor sobre los órganos linfáticos, no influyendo sobre la hematopoyesis ni las gonadas, y estimulando la corteza suprarrenal. Hasta la actualidad ha sido empleada clínicamente, sobre todo en el tratamiento de la linfogranulomatosis, encontrando en las investigaciones histológicas de los ganglios linfáticos después del tratamiento una transformación fibrosa del tejido linfogranulomatoso.

No se pueden sacar conclusiones todavía sobre un efecto en esta enfermedad o en otros procesos neoplásicos.

Progresos y perspectivas de una quimioterapia racional del cáncer en los Estados Unidos.—Cita el autor que los resultados de las investigaciones recientes demuestran que el metabolismo del ácido nucleico de las células cancerosas es distinto al de las células normales y, por consiguiente, es posible esperar el hallazgo de sustancias que puedan lesionar selectivamente las células neoplásicas. Las purinas y pirimidinas tienen una

importante significación en la biosíntesis de los ácidos nucleicos y, por lo tanto, en el crecimiento celular normal o patológico.

En el momento actual se disponen de sustancias inhibidoras del crecimiento tumoral como son la 6-mercaptopurina, la azaserina, el gas mostaza y derivados, etcétera.

Es de interés excepcional el hallazgo de virus con acción inhibidora sobre células tumorales, y se está intentando por medio de pases en el animal y en cultivos de tejidos la obtención de razas viriásicas selectivamente cancerotropas. De esto se deduce que en un plazo no lejano podrá tener importancia práctica el tratamiento con virus de los tumores.

La psicoterapia de la hipertensión juvenil.—El autor refiere las observaciones catamnéticas llevadas a cabo en 14 pacientes con hipertensión juvenil que habían sido consideradas como nefríticos, arterioscleróticos, etc. La verdadera causa de esta hipertensión era un trastorno neurótico debido a una situación ansiosa ante el trabajo. En la mayor parte de los pacientes se obtuvo una remisión de la hipertensión con el tratamiento psicoanalítico o espontáneamente. Despues de los treinta años el pronóstico es menos favorable.
