

del 30 de junio, a la Delegación Provincial del Patronato Nacional Antituberculoso, Licenciado Poza, 13, Bilbao, indicando en el sobre "II Curso de Cirugía Torácica" e incluyendo 1.000 pesetas en concepto de derechos de matrícula.

Por riguroso orden de recepción se acusará recibo de la inscripción y de los derechos de matrícula que acreditará la condición de cursillista.

CONGRESO MUNDIAL DE MEDICOS PARA EL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES ACTUALES DE VIDA

El Congreso Mundial de Médicos para el estudio de las condiciones actuales de vida anuncia su II Conferencia internacional, del 27 al 29 de septiembre de 1957, en Cannes (Francia).

Conferencia internacional sobre la influencia de las condiciones de vida y de trabajo sobre la salud.

Programa:

1.º "La incidencia del nivel de la nutrición sobre el desarrollo de las enfermedades".

2.º "La influencia del trabajo sobre la salud física y mental".

3.º "Los efectos del aumento de la radiación ionizante sobre la salud del hombre".

Para toda clase de información dirigirse a la Secretaría del Congreso Mundial de Médicos. Viena, I, Wollzeile, 29/3 (Austria).

VI CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PATOLOGIA GEOGRAFICA

La VI Conferencia Internacional de Patología Geográfica tendrá lugar en París los días 9, 10 y 11 de julio de 1957 en el gran anfiteatro de la Antigua Facultad de Medicina, 12, rue de l'Ecole de Médecine, bajo la presidencia del Profesor Jacques Derarue.

Su tema está consagrado a la "Patología geográfica de las úlceras gastroduodenales".

Para toda clase de informes complementarios dirigirse al Secretario general adjunto del Comité nacional francés, Doctor J. P. Hardouin, 21, avenue Pierre ler de Serbie, París, 16ème.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

ATLAS DE HISTOPATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE. Doctor G. FORTEZA BOVER. Editorial Saber. Valencia, 1956.—Un volumen de 343 páginas con 235 figuras en negro y color, 875 pesetas.

No es de extrañar que sea FORTEZA BOVER (tan aficionado a la Citología, con libros publicados acerca de ella como su "Citología de los ganglios linfáticos" y como sus "Técnicas hematológicas", amén de otros trabajos, y que es ponente, también sobre un tema citológico, en el próximo Congreso de la Sociedad Internacional de Hematología que se celebrará en Montevideo) el primero en España que haya concebido y llevado a la práctica la ambiciosa idea de presentar en imágenes las lesiones de los órganos hematopoyéticos no desde un sólo ángulo, como en estos estudios morfológicos suelen hacerse, en cortes o en frotis, sino de ambos modos, única manera de poderse dar cuenta de los verdaderos cambios que en la forma la enfermedad provoca. Para este examen de las lesiones, cito e histológicas, se vale de múltiples técnicas, algunas muy nuevas, poco corrientes entre nosotros. Incluso nos consta que el autor maneja otras, y muy bellas y útiles, que ni siquiera nombra. Por que FORTEZA conserva la virtud, que se va olvidando, de ser él mismo quien confecciona sus preparaciones, secreto de muchos investigadores que los llevó a la insospechada maestría y a descubrimientos fundamentales. Lo mismo pasa con la iconografía que presenta: es labor personal, de artista, dotado además de todos los medios; por eso puede presentar micros de contraste de fases y esas grandes láminas panorámicas, a cualquier aumento, que llenan una página entera, verdadero alarde, sólo al alcance del que maneja óptica plana. Si; sólo el que posee los medios necesarios puede hacer lo que él hace; pero es de

admirar, y cuando se ha trabajado en esto se sabe la constancia, el tesón que supone obtener tan magníficas pruebas no ya en negro, sino también en color.

El material de trabajo, en su mayor parte, está obtenido por punción. Punción que por tantos motivos es de inapreciable valor; ya lo tendría solo porque no suele ser rechazada y porque es fácil de repetir y porque hay casos en los que no se debe aconsejar una biopsia "quirúrgica". Claro que todo lo que de la punción cabe esperar supone técnica correcta, como la del autor, que lo primero que se propone, y hay que proponerse, es obtener pedazos tisulares o cilindros susceptibles de ser incluidos, que con lo que queda en la aguja, con algún fragmento pequeño o con el mismo cilindro, se podrán hacer siempre impromptas o frotis. Esto exige como condición previa ineludible que el calibre de la aguja sea suficiente.

Por eso, cuando FORTEZA hace punciones ganglionares, la emplea de 2,5 mm. de luz. Si, como otros acostumbra, la aguja fuera muy fina, no puede obtenerse más que algo de jugo y siempre se queda privado de los beneficios, tanto veces decisivos, que el estudio de los cortes pudiera proporcionar. FORTEZA, que une a su lógico proceder su habilidad, consigue trozos ganglionares muy buenos, como puede verse en la figura 1 del libro que se comenta. Cuando se extienda el uso de los aparatos eléctricos de trocar giratorio, según técnica ya antigua, como por ejemplo, los trabajos de FORKNER atestiguan, será fácil conseguir buenos fragmentos de ganglios o tumores, que claro está que cuanto mayores son más fáciles de interpretar.

La presentación de la obra es magnífica y cuidada en todos sus detalles, como el contenido merece.

LIBROS RECIBIDOS

"Thannhausers Lehrbuch des Stoffwechsels und der Stoffwechselkrankheiten". Dres. N. Zöllner y S. J. Thannhauser. — Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957. — Un volumen de 1.040 páginas con 230 figuras, 127 DM.

"Conditionnement et reactivite en electroencephalographie". Dres. H. Fischgold y H. Gastaut. — Editorial Masson y Cie. París, 1957. — Un volumen de 476 páginas con 207 figuras, 5.800 francos.

"Les nouveaux syndromes hemorragiques la dysprothrombie". Dres. P. Chevallier y A. Fiehrer. — Editorial Masson y Cie. París, 1957. — Un volumen de 128 páginas con 25 figuras, 1.500 francos.

"Exposes annuels d'oto-rhino-laryngologie". Doctores R. Maduro y J. Bouche. — Editorial Masson y Cie. París, 1956. — Un volumen de 266 páginas con 32 figuras, 1.600 francos.

"Precis de bacteriologie medicale". Dr. J. Gastinel. — Editorial Masson y Cie. París, 1957. — Un volumen de 1.244 páginas con 163 figuras, 6.700 francos.

"Introducción al estudio de la Enzimoterapia". Varios. — Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1957. — Un volumen de 243 páginas con figuras, 120 pesetas.

"Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distócicos". Dr. Hernán Quijada. — Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1957. — Un volumen de 144 páginas, 70 pesetas.

"Luxación congénita de la cadera". Dr. José María Muñoz Pujol. — Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1957. — Un volumen de 123 páginas con 31 figuras, 65 pesetas.

"Alcoholismo. Stress. Cáncer". Dr. J. Viñes Ibarrola. Instituto Provincial de Sanidad. Pamplona, 1957. — Un volumen de 158 páginas con figuras.

"Einführung in die Augenheilkunde". Dr. P. A. Jaensch. — Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957. — Un volumen de 248 páginas con 197 figuras, 27,50 DM.

B) REFERATAS

The American Journal of Pathology.

31 - 4 - 1955.

- Evaluación morfológica de la idiocia familiar amaurotica. S. M. Aronson y cols.
- Sarcoma creciendo en un glioblastoma del cerebro. I. H. Feigin y cols.
- Cambios morfológicos en conejos a consecuencia de inyección intravenosa de toxinas meningocócicas. J. G. Brunson.
- Demonstración histopatológica de anticuerpos de localización glomerular en la glomerulonefritis experimental. R. C. Mellors y cols.
- Arteriopatía experimental. Y. T. Oester.
- Cambios mitocondriales en las células hepáticas de ratones irradiados. R. C. Mac Cardle y cols.
- Ictericia del recién nacido con transformación en células gigantes del parénquima hepático. H. F. Smetana y colaboradores.
- Lesiones en las raíces intrahepáticas de la porta en la esquistomiasis. F. Lichtenberg.
- Hemangiopericitoma en el perro. R. M. Mulligan.

Sarcoma creciendo en un glioblastoma del cerebro. — Los autores presentan tres casos de tumores malignos del cerebro en cuya composición entran a formar parte dos tejidos distintos: uno, de origen glial de la misma naturaleza que un glioblastoma multiforme y otro con características mesenquimales, parecido al fibrosarcoma fusocelular.

Es evidente para los autores que los elementos sarcomatosos nacen de la pared de los vasos hiperplasiados del glioblastoma por evolución neoplásica, y sugieren que los elementos sarcomatosos pueden crecer más rápidamente que los glioblastomas, llegándolos a sofocar. Esto sería, para los autores, el modo de aparecer algunos tumores del cerebro.

Demonstración histopatológica de anticuerpos de localización glomerular en la glomerulonefritis experimental. — Los autores inyectan por vía intravenosa una o más dosis de proteínas heterólogas purificadas (gamma-globulina bovina) a 15 conejos, 12 de los cuales desarrollaron glomerulonefritis; ocho, miocarditis; tres, endocarditis; cinco, neumonía intersticial; cuatro, angitis alérgica; quince, hiperplasia linfóide del bazo, y dos, granulomas alérgicos del bazo.

Los conejos afectados de nefropatía mostraron proteinuria, agrandamiento renal, ptequias renales, cilindros renales o tumorales, proliferación y exudación tisular, necrosis, etc. Por medio de técnicas de microfluorescencia demostraron los autores la localización de anticuerpos en los riñones de estos conejos afectados de glomerulonefritis. De la misma manera se detectaron dichos anticuerpos en los vasos sanguíneos de los

afectos de angitis y en el corazón de los que padecieron endocarditis o miocarditis.

Este método histoquímico permite estudiar el papel de las interacciones antígeno-anticuerpo de numerosas enfermedades en cuya patogénesis intervienen mecanismos de sensibilización (glomerulonefritis, fiebre reumática, lupus eritematoso, púrpura trombótica trombopénica).

Arteriopatía experimental. — Trabajando en la producción de arteriopatías experimentales en conejos, los autores usaron colesteroína, epinefrina y tiroxina en 210 conejos, encontrando lesiones de arteriopatía en la aorta en 88 animales. Los conejos que recibieron epinefrina intravenosa y tiroxina subcutánea, presentaron arterioesclerosis de la túnica media, que fue más frecuente y más intensa que en aquellos que recibieron epinefrina. La inyección intravenosa de suspensiones de colesterol originó en gran número de animales una producción arterioesclerótica de la misma, y la aplicación simultánea de estas tres sustancias provocó una arteriopatía combinada con arterioesclerosis muy severa (en particular ateromatosa).

Ictericia del recién nacido con transformación en células gigantes del parénquima hepático. — Los autores describen los cambios histopatológicos más frecuentemente vistos en el parénquima hepático de recién nacidos con hepatitis que consisten en la sustitución de células hepáticas normales por células gigantes multinucleadas, desaparición de los canaliculos biliares intercelulares y ausencia de bilis en los conductos biliares y en el intestino.

No obstante, la bilis sigue formándose, acumulándose en el interior de las células gigantes y en las células de Kupffer. Es muy discutible el origen vírico de este proceso a partir de un hepatitis vírica sufrida por la madre durante el embarazo. En su defecto, puede frenarse en malformaciones en el desarrollo de los conductores biliares intra o extrahepáticos. Mientras se aclara este problema, los autores proponen que se designe el proceso como "ictericia del recién nacido con transformación de las células hepáticas en células gigantes".

Lesiones en las raíces intrahepáticas de la porta en la esquistomiasis. — En un estudio necrópsico de 27 casos no seleccionados de esquistomiasis de Manson estudió el autor las lesiones de las raíces portales intrahepáticas presentes en 19 niños.

Estas lesiones fueron de tres tipos: 1.ª) Sustitución de las raíces portales por un granuloma. 2.ª) Fibrosis y

estrechamiento de los espacios portales; y 3.ª) Tromboflebitis intrahepática y lesiones obstructivas de las grandes ramificaciones venosas. Las lesiones vasculares intrahepáticas en esta enfermedad pueden ser la causa de la hipertensión portal, complicación frecuente de esta enfermedad.

The American Journal of Clinical Pathology.

25 - 6 - 1955.

- Estudios en microscopio electrónico de leucocitos y plaquetas seccionadas. J. F. Rinehart.
 * Púrpura trombótica trombocitopénica. Comunicación de un caso. E. R. Fisher y cols.
 Una epidemia de disentería causada por la *Shigella boydii* tipo 7. R. M. Cares y cols.
 Carcinoma de la glándula de Meibomio. P. H. Hartz.
 Infección humana con *Isospora belli*. Comunicación de un caso en Florida. J. W. Beck y cols.
 Hallazgos en médula ósea en distintos trastornos del sistema hemopoyético. G. L. Pease.
 Coccidiosis. C. C. Jones.
 Enfermedad de Paget extramamaria. R. B. Eisenberg y colaboradores.

Púrpura trombótica trombocitopénica.—Los autores comunican un caso de esta curiosa enfermedad en un hombre de treinta años, que es excepcional por haber tenido, a diferencia de la mayoría de casos publicados en la literatura, un curso crónico de más de cuatro años de evolución. La marcada eosinofilia que presentaba (75 por 100), es también poco frecuente y sugiere la existencia de un mecanismo de hipersensibilidad en su patogénesis.

El estudio histoquímico de los trombos demostró que estaban formados exclusivamente por material fibrinoide. Este hallazgo, junto con los datos proporcionados por los estudios morfológicos, parecen indicar que esta enfermedad afecta inicialmente a la pared y subendotelio de los vasos, lo que la aproxima notablemente a las enfermedades del colágeno. Los estudios electroforéticos del plasma demostraron un aumento de la gamma y alfa-1 globulinas, lo que va en apoyo de que un mecanismo de hipersensibilidad pudo existir en este caso.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

97 - 2 - 1955.

- * Hallazgos patológicos en nueve niños con hipertensión pulmonar "primitiva". M. Berthrong y T. H. Cochran.
 * Aspectos clínicos y patológicos de la muerte perinatal prematura. G. W. Anderson y R. E. L. Nesbitt.
 * Soplos musicales. V. A. McKusick y cols.

Hipertensión pulmonar en niños.—Los autores estudian nueve casos de hipertensión pulmonar en niños. No encontraron malformaciones cardíacas. La única causa aparente eran las lesiones vasculares pulmonares. Estas consistían en una hipertrofia arteriolar, trombos intravasculares y arterioesclerosis. Muchas de las lesiones de tipo arterioescleroso, se pensó eran debidas a la organización de trombos intravasculares; el desarrollo de los trombos parecía lo de mayor importancia en la mayoría de los casos; su origen era oscuro, porque en dos casos se evidenció una arteritis pulmonar. Creen que las lesiones éstas se podrían comprender mucho mejor si se conociera más íntimamente la vasomotricidad pulmonar.

Muerte perinatal en prematuros.—En el Servicio de Obstetricia del Johns Hopkins Hospital, los autores observan un 11,2 por 100 de prematuros, de los cuales muere un 18,8 por 100, lo que supone un 54 por 100 del total de la mortalidad neonatal. Los autores estudian las causas de estas muertes. En el grupo de muertes intraútero, la anoxia jugó un papel muy importante, siendo muy importante las complicaciones maternas, placentarias y del parto; el segundo gran grupo estuvo constituido por las malformaciones fetales, especialmente cerebrales. Después del parto, la causa más importante fué también la anoxia. Después, las hemorragias intracraneales, asociadas frecuentemente a ano-

xia. Creen que la causa específica de esta anoxia es, en más del 70 por 100 de los casos, la membrana hialina. También en este grupo fueron importantes las hemorragias intracerebrales.

Soplos musicales.—Los autores proponen una clasificación de los soplos musicales, en cuya génesis figuran los siguientes mecanismos: 1.º) Las vibraciones regulares de una estructura elástica (soplo sistólico de la estenosis aórtica). 2.º) Los soplos aórticos suelen estar relacionados con las diferencias tensionales aortoventriculares. 3.º) La forma del soplo musical uterino puede relacionarse con los cambios cíclicos hemodinámicos del generador.

Metabolism.

5 - 2 - 1956.

- Aspectos fisiológicos de la cetosis. J. Campbell y Ch. H. Best.
 Influencia de los esteroides de la corteza adrenal sobre el metabolismo de los carbohidratos en el hombre. J. W. Conn y S. S. Fajans.
 Distribución y degradación de la insulina. R. H. Williams.
 Papel de la insulina y sus inhibidores. I. A. Mirsky.
 Coma diabético: Valor de una prueba sencilla para determinación de acetona en el plasma. Ch. T. Lee y G. G. Duncan.
 Glucagón. I. J. Pincus y J. G. Snedecor.
 La inhibición de la insulina por sulfamidas hipoglucémicas. I. A. Mirsky, G. Perisutti y D. Diengott.
 Acción hipoglucémica de la 1-butyl-3-tolueno sulfonilurea dada oralmente en sujetos diabéticos. M. Miller y J. W. Craig.
 Un estudio de la acción anabólica del ciclopentilpropionato de nortestosterona y su efecto sobre la eliminación de N15 administrada intravenosamente como N15 glicina. G. Hollifield, K. R. Crispell y W. Parson.
 Acción del suplemento de vitaminas en la dieta sobre la reacción al stress del frío en adultos jóvenes normales. E. P. Ralli, W. J. Kuhl, H. Gesshberg, E. M. Beck, E. R. Street y B. Laken.

Distribución y degradación de la insulina.—Estudiando el metabolismo de la insulina pueden adquirirse conocimientos que nos sirvan para entender la patogenia y curso de la diabetes. Estos estudios son posibles gracias a la capacidad que tiene la insulina de ser etiquetada con yodo radioactivo sin pérdida apreciable de su actividad biológica. La combinación insulina-yodo se distribuye rápidamente por todo el cuerpo, encontrándose las concentraciones más altas en el hígado y riñones y las más bajas en el cerebro y hematies; penetra en las células y se distribuye con arreglo a un característico patrón de localización en los diferentes componentes intracelulares; se liga a la globulina del plasma con más fuerza en los diabéticos tratados con insulina que en los no diabéticos. Los ensayos para determinar la insulinemia no son muy satisfactorios. Los páncreas de la mayoría de los diabéticos tienen una cantidad de insulina algo inferior a la normal y este descenso suele ser mucho más acusado en las diabetes juveniles. Tanto en el hombre como en los animales de experimentación se ha podido demostrar una degradación de la insulina que en el hígado y el músculo es producida al menos por dos factores, uno termoestable y otro termolábil. El factor termoestable parece causar la inactividad por una reducción de insulina, y el factor termolábil por una proteólisis enzimática. La degradación de la insulina es inhibida, entre otras sustancias, por el zinc, cobre, yodocetato y una fracción no identificada que recibe por ahora el nombre de insulinasa-inhibidor.

Papel de la insulinasa e inhibidores de la misma.—En estos últimos años han sido numerosos los trabajos que ponen de manifiesto la existencia en el hígado y otros tejidos de sistemas enzimáticos responsables de la inactivación y destrucción de la insulina, así como de un factor que inhibe la acción de este sistema. El sistema responsable de la inactivación de la insulina tiene la propiedad de un enzima y es relativamente específico. Una gran variedad de metales pesados inhiben la actividad insulinasa de los extractos y se ha demostrado que la inyección subcutánea de uno de estos inhibi-

dores antes de la inyección de insulina va seguida de una respuesta hipoglucémica más acusada. Estudiando el efecto de varios aminoácidos sobre la destrucción de la insulina se ha visto que el triptófano produce una marcada disminución en la actividad de la insulina. El mismo efecto tiene el ácido nicotínico. Son varios los estados fisiológicos que pueden afectar la actividad insulínica de los extractos, y entre ellos está el ayuno prolongado, la hipofisectomía y tiroidectomía. Todos estos datos favorecen la hipótesis de que la insuficiencia insular de la diabetes pueda ser debida a un aumento de la destrucción de insulina. El tejido hepático obtenido por biopsia de los sujetos diabéticos tiene una actividad insulínica mayor que el de los no diabéticos.

La inhibición de la insulina por sulfamidas hipoglucémicas. — La sulfonamida llamada BZ-55 tiene una acción hipoglucémica que no puede ser debida a disminución de la actividad del glucagón, puesto que son ineficaces en la diabetes grave y en el animal aloxánico. En este trabajo se estudia la acción de dos sulfonil urea, la U-6987 y la U-2043. Demostrada la acción hipoglucémica de ambas, se determina la acción de la segunda sobre la actividad insulínica del hígado y se ve que ésta disminuye marcadamente después de una hora de la administración de la droga. Del trabajo se deduce que la acción hipoglucémica de la sulfonamida es debida a una acción no competitiva de la insulina y consecuentemente a una disminución en la destrucción de la insulina endógena. El aumento en la actividad insulínica puede ser responsable de la insuficiencia insular del enfermo diabético.

Efectos hipoglucémicos de la 1-butil-3-p-tolueno sulfonilurea dada oralmente a los sujetos diabéticos. — Si en la droga llamada por los alemanes BZ-55 se sustituye el grupo metílico por un grupo amínico, resulta una nueva droga, también de efectos hipoglucémicos, pero sin propiedades bactericidas, que es la 1-butil-3-p-tolueno sulfonilurea, con el nombre comercial de orinasa. Con ella comunican los autores magníficos resultados en un sujeto de cincuenta y cuatro años, con diabetes de veinte años de duración, que necesitaba 45 unidades de insulina. También han observado efectos beneficiosos, aunque no un perfecto control, en una mujer de dieciocho años con una diabetes lipoatrófica y en un sujeto sometido a una pancreatectomía subtotal, con la particularidad de que la mujer de dieciocho años, diabética, era resistente a la insulina, necesitando 2.000 unidades diarias. La orinasa se emplea a la dosis de 2 gramos diarios. Esta droga no se ha empleado todavía en la diabetes juvenil.

The American Journal of Medicine.

19 - 2 - 1955.

- * Utilidad clínica de la fructosa. Renold, A. E. y Thorn, G. W.
- * Precipitación de arritmias ventriculares digitálicas por la administración de hidratos de carbono. Page, E.
- * Eficacia de la presión sobre el seno carotídeo en el diagnóstico diferencial del ritmo triple. Read, J. L. y Porter, W. B.
- * Estenosis pulmonar y comunicación interatrial con cianosis. Callahan, J. A., Brandenburg, R. O. y Swan, H. J. C.
- * Alteraciones hemodinámicas en el lecho capilar de la conjuntiva bulbar de enfermos hipertensos asociados a síndrome de Cushing o a feocromocitoma. Lee, R. E.
- * Biopsia renal en la anuria aguda. Gormsen, H., Iversen, P. y Raaschou, F.
- * Agammaglobulinemia en el adulto. Young, I. I., Wolfson, W. Q. y Cohn, C.
- * Estudios sobre la colitis ulcerosa. III. Naturaleza del proceso psicológico. Engel, G.
- * Puntos de vista actuales sobre el mecanismo de acción de la insulina. Stadie, W. C.
- * Exposición a los insectidas, fracaso de la médula ósea, hemorragias gastrointestinales e infecciones no controlables. Conferencia clínico-patológica.
- * Agammaglobulinemia en el adulto. Rosecan, M., Trobaugh, F. E., y Danforth, W. H.
- * Bronquiolititis obliterante. McAdams, A. J.

Utilidad clínica de la fructosa. — Trabajos recientes han demostrado las diferencias existentes entre el metabolismo de la fructosa y el de la glucosa; la fructosa se utiliza casi exclusivamente por el hígado, gracias a enzimas específicos, y no precisa de la acción de la insulina. Por estas razones, especialmente por no precisar la presencia de insulina para ser metabolizada, es por lo que puede ser útil en terapéutica; así, en los primeros momentos de la acidosis diabética, la administración de fructosa puede reponer el contenido en hidratos de carbono del hígado sin los peligros de la glucosa, y en los procesos tóxicos en los que, como en el alcoholismo agudo, se precise aumentar el contenido hepático en hidrocarbonadas rápidamente, la fructosa lo logrará mejor que la glucosa por ser más rápidamente tomada por el hígado. Uno de los peligros que entraña la administración de fructosa a un diabético consiste en que se utilice más rápidamente la glucosa en la periferia se lleve a cabo con más rapidez que la formación de glucosa a expensas de la fructosa, originándose entonces hipoglucemia. Finalmente, la fructosa en la acidosis diabética puede aumentar la hipokalemia al originar una rápida formación de glucógeno.

Precipitación de arritmias ventriculares digitálicas por la administración de hidratos de carbono. — En siete enfermos digitalizados en los que la dosis de digital había llegado al límite de la dosis tóxica, se produjeron extrasístoles, y en uno de ellos taquicardia ventricular al administrarles hidratos de carbono por vía oral o parenteral. Los autores explican el hecho como el resultado de una disminución del potasio en sangre inducida por la rápida glucogénesis originada por la toma de hidrocarbonados, ya que está demostrado que cuando el nivel de potasio en la sangre arterial desciende (tratamiento con mercuriales o con cortisona, vómitos excesivos, etc.), aparecen con más facilidad los síntomas electrocardiográficos de intoxicación digitálica.

Eficacia de la presión sobre el seno carotídeo en el diagnóstico diferencial del ritmo triple. — Después de hacer una clasificación de las causas productoras de ritmo en tres tiempos, los autores describen los efectos que sobre el mismo ejerce la bradicardia obtenida mediante la presión sobre el seno carotídeo, y su utilidad para el diagnóstico diferencial entre el ritmo de galopar y otros ritmos en tres tiempos. En el 83 por 100 de los 13 casos de ritmo de galope estudiados por los autores, la presión sobre el seno carotídeo originaba una bradicardia con disminución primero y desaparición después, del tercer sonido, mientras que cuando el ritmo triple se debe a otras causas, la presión sobre el seno hace más audible y más fuerte el sonido extra.

Estenosis pulmonar y comunicación interatrial con cianosis. — Los autores estudian 10 casos de esta enfermedad, una de las causas más frecuentes (junto con el Fallot), de cardiopatía congénita cianótica, con policitemia y acropaquias. Clínicamente pueden confundirse con facilidad, siendo uno de los datos más importantes para la diferenciación, el hallazgo en las radiografías anteroposteriores de tórax de una prominencia de la arteria pulmonar, y en el e. c. g. de signos de hipertrofia del ventrículo derecho marcada. Finalmente, el cateterismo cardiaco puede completar el estudio y aclarar el diagnóstico. La técnica de inyecciones selectivas de T-1824 es de un valor extraordinario para demostrar la existencia y localización del shunt de derecha a izquierda.

Alteraciones hemodinámicas en el lecho capilar de la conjuntiva bulbar en hipertensos con síndrome de Cushing o con feocromocitoma. — Se estudia el lecho capilar de la conjuntiva bulbar en ocho enfermos hipertensos por Cushing o feocromocitoma, comparándolo con el encontrado en la hipertensión esencial. En la enfermedad de Cushing no se apreciaron diferencias con la hipertensión benigna, y en los casos de feocromocitoma, la vasoconstricción era menos intensa, existía me-

nos hiperreactividad a la adrenalina y no se apreciaba elongación de los capilares y vénulas. Durante una crisis hipertensiva, la vasoconstricción era extrema, produciendo intensa isquemia tisular, con gran hiperreactividad a la adrenalina, en contraste con la estabilidad del patrón vascular en la hipertensión esencial.

Biopsia renal en la anuria aguda.—Se estudian tres casos de anuria aguda, presentados respectivamente como consecuencia de traumatismo craneal, anemia hemolítica aguda y necrosis cortical bilateral de los riñones. En los tres estudiaron las lesiones renales mediante la biopsia renal realizada por el método de Irvesen y Brun, demostrando la existencia de lesiones, tanto en los tubos proximales como en los distales, por lo que el término tan difundido de "nefrosis de la nefrona distal" es inadecuado.

Agammaglobulinemia en el adulto.—Se estudian cuatro sujetos adultos, en cuya historia existían infecciones diversas de repetición, y en los que pudo comprobarse la existencia de una agammaglobulinemia. Este trastorno, que puede ser congénito o adquirido, se debe a un fracaso en la síntesis de inmunoglobulinas (beta-2 y gamma-globulinas), por lo cual, los enfermos se encuentran indefensos frente a los agentes infecciosos. Es característica la repetición de infecciones diversas, la ausencia de iso-aglutininas frente a grupos sanguíneos incompatibles, la incapacidad para formar anticuerpos (aglutininas), frente a vacunas diversas (por ejemplo, la antitífica), la negatividad de los tests de floculación aun cuando padezcan enfermedades hepáticas, la repetición de enfermedades infecciosas que normalmente confieren inmunidad permanente (parotiditis, rubeola, etc.) y la ausencia de gammaglobulina en el espectro electroforético. En tres de los casos estudiados existía una hipofunción del tejido linfoide con linfopenia, y en un caso se encontraron alteraciones disproteinémicas en los familiares (hipergammaglobulinemia). El síndrome se produce no por destrucción excesiva de las inmunoglobulinas (ya que la vida media de la gammaglobulina es normal o incluso mayor de lo normal).

Puntos de vista actuales sobre el mecanismo de acción de la insulina.—Se revisa el estado actual de este problema, discutiendo las diferentes teorías existentes en la actualidad para explicar el mecanismo íntimo de acción de dicha hormona. Algunos autores (LEVINE, etcétera), son partidarios de la hipótesis de la permeabilidad, según la cual la insulina facilita la entrada en el interior de las células de la glucosa y su puesta en contacto con los sistemas enzimáticos, aumentando la permeabilidad de la superficie celular y de la interficie existente entre el citoplasma y los agregados partiendo que contienen los diversos fermentos. CORI, aseguró que la insulina actuaba inhibiendo la acción frenadora que sobre la gluco-hexoquinasa ejercían las hormonas prehipofisarias y adrenales; pero posteriormente se ha negado por algunos tal posibilidad al demostrar que, al menos en los extractos de tejidos (acetulares), ni la insulina ni las hormonas pituitarias o adrenales influyen sobre la reacción hexoquinasa. Finalmente caben también las posibilidades de que la insulina actúe sobre la formación de ésteres fosfóricos, imprescindibles en el metabolismo de los hidratos de carbono (ATF, etc.) o en las reacciones oxidativas del ciclo de Krebs. Finalmente, el autor señala el que para que la insulina actúe (sea cual sea su mecanismo), es preciso que antes se combine con los tejidos, lo mismo que para que actúe una enzima es preciso que se combine con el sustrato, según el concepto de MICHAELIS-MENTEN.

Agammaglobulinemia en el adulto.—Después de discutir los datos hoy conocidos sobre este trastorno de las proteínas plasmáticas, comunican las historias de dos casos de agammaglobulinemia adquirida en adultos. En uno de ellos—que había padecido infecciones múlti-

ples—, se descubrió en su orina y plasma una elevada cantidad de etanolamina conjugada. Como esta sustancia se halla también elevada en la orina de los prematuros—que como se sabe, fabrican mal los anticuerpos—, piensan los autores si esta sustancia estará relacionada de alguna manera con la formación de gammaglobulina. Además este enfermo no respondía a las infecciones con leucocitosis, lo cual, pudiera ser debido a que la gamma globulina o algún componente de ella fuera necesario para la elaboración del LPF (factor promotor de la leucocitosis), de Menkin. El otro enfermo es el único caso de agammaglobulinemia descrito que no padeció infecciones repetidas, presentando en cambio adenopatías y episodios de obstrucción intermitente intestinal. En ambos enfermos el complemento del suero estaba dentro de los límites normales (ya que sus fracciones C₁ y C₂ están contenidas respectivamente en las globulinas alfa y beta), y uno de ellos presentaba un síndrome espuiforme que se ha descrito también en algún otro caso de esta enfermedad.

Bronquiolitis obliterante.—Se trata de un proceso poco frecuente, producido por la inhalación de gases irritantes, o por infecciones diversas. Entre los primeros, los más frecuentes son los vapores de óxido de nitrógeno (NO₂ y N₂O₄), que se disuelven en agua, formando ácido nítrico, causante de la lesión. Entre las infecciones pulmonares, la gripe puede ser una de sus causas, razón por la cual se vieron casos de bronquiolitis obliterante durante la pandemia de 1914. Clínicamente se caracteriza por evolucionar en tres periodos: al principio existe disnea, tos, cianosis y dolor torácico, sin fiebre. Después de unos días de aparente mejoría, se llega al tercer periodo, en el que la disnea es cada vez mayor, continua, y se acompaña de tos, con expectoración hemoptoidea y fiebre discreta, apreciándose en las radiografías un aspecto similar al de la tuberculosis miliar. Las lesiones radican en el árbol traqueobronquial, especialmente a nivel de los bronquios y de los ductus alveolares, existiendo también necrosis de la pared alveolar. En los bronquiolos existe necrosis de la mucosa, con crecimiento de un tejido de granulación que oblitera parcial o totalmente su luz, siendo obligado para aceptar este diagnóstico que dichas lesiones se hallen diseminadas de modo difuso por ambos pulmones. Se describe un caso, debido a la inhalación de vapores nitrosos, y se llama la atención sobre el peligro que estos gases encierran.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 8 - 1955.

* Puntos de vista habitual sobre el problema de los estafilococos resistentes a drogas y la infección estafilocócica. V. Knight y H. S. Collins.
Problemas actuales de la rabia. H. L. Hodes.
Psicoterapia en grupo en enfermos con úlcera péptica. A. Stein, R. W. Steinhardt y S. I. Cutler.
Aportación sobre la aplicación de drogas. Committee on Public Health.

Infección estafilocócica.—Ven los autores que estas razas aparecen mucho más frecuentemente en los enfermos hospitalarios, y sus estudios en el Bellevue Hospital revelaron que las razas resistentes a las drogas se adquieren más rápidamente por enfermos nuevos si han recibido en su tratamiento tetraciclinas, menos rápidamente si reciben penicilina y mucho menos si no reciben antibióticos. El análisis del tratamiento actual de las infecciones estafilocócicas lleva a los autores a opinar que la gran mortalidad no se debe tanto a infecciones causadas por razas resistentes a drogas como a la gravedad fundamental de la enfermedad y su aparición frecuente en enfermos con muchas enfermedades secundarias.

American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

71 - 6 - 1955.

- Síndrome del lóbulo medio: Revisión anatómica y clínica. D. B. Effler y J. E. Ervin.
- Estudios sobre razas resistentes de *M. tuberculosis*. I. Necesidades para el crecimiento de razas resistentes a 100 gammas de isoniazida por c. c. V. C. Barry, M. L. Conalty, J. M. Denny, E. E. Gaffney y F. Winder.
- Estudios sobre razas resistentes de *M. tuberculosis*. II. Virulencia para el ratón y el cobaya y patrón de crecimiento "in vitro" de razas resistentes a 100 gammas de isoniazida por c. c. M. L. Conalty y E. E. Gaffney.
- Angiografía ante-mortem y post-mortem del árbol arterial pulmonar en la tuberculosis avanzada. R. Cicero y A. Celis.
- Sobre la dinámica de la circulación capilar del pulmón. I. Factores mecánicos. J. García Ramos.
- Enfermedad tuberculosa en piezas de resección. P. L. Logan.
- Isoniazida en regímenes de drogas única y múltiples en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar de origen reciente. D. Reisner, L. R. Peizer y D. Widelock.
- PAS en el esputo. II. Eliminación de sus efectos sobre cultivos de bacilos tuberculosos. D. Yegian, V. Budd y J. Bal.
- Enfisema buloso bilateral progresivo con referencia especial a las pruebas de función pulmonar. B. Carasso, P. Maheux y F. Gregoire.
- Trastornos respiratorios en soldados. R. Charr.

Síndrome del lóbulo medio.—Con frecuencia creciente se va reconociendo un proceso supurativo crónico localizado en el lóbulo medio. Las características histopatológicas de este síndrome comprenden varias fases distintas. La oclusión mecánica del bronquio del lóbulo medio por linfadenitis hiperplástica inicia la primera fase de neumonitis oclusiva. Si la fase oclusiva es corta, el bronquio puede volverse a abrir, y si no ha habido alteraciones irreversibles puede restaurarse una función normal, no siendo distinta la evolución seguida por uno de estos enfermos de la que aparece en una neumonía lobar. Si la oclusión bronquial persiste, el lóbulo afectado puede permanecer sin aire y contraído, presentando el cuadro clásico del síndrome del lóbulo medio. Existe una tercera posibilidad que para los autores ofrece la explicación del hallazgo ocasional de bronquiectasia grave localizada únicamente en el lóbulo medio derecho o en la lingula. En estos casos puede aliviarse la oclusión y reairearse el pulmón aunque haya pasado el momento de la curación pulmonar. Aquí quedan lóbulos bronquiectásicos sin funcionar, aunque ya la oclusión bronquial haya dejado de ser un factor causal. El hecho de que el lóbulo medio aparezca colapsado y contraído o bronquiectásico y expandido guarda poca relación con la evolución clínica, ya que en uno y otro caso el enfermo tiene los mismos síntomas y complicaciones. El diagnóstico puede hacerse por sospecha clínica, radiografía corriente, broncoscopia y broncografía. En la inmensa mayoría de los casos la terapéutica es quirúrgica y el pronóstico es excelente.

Angiografía del árbol arterial pulmonar.—Comprende este estudio 29 enfermos con tuberculosis pulmonar avanzada. En 20 de ellos fué posible visualizar mediante angiografía el árbol arterial pulmonar antes y después de la muerte y correlacionar los hallazgos con los datos histopatológicos pertinentes. En algunos casos, los hallazgos angioneumográficos poseen base anatómica y los déficits vasculares observados durante la vida pudieron también ser descubiertos en el cadáver, yendo acompañados de varias alteraciones histopatológicas bien definidas en las arterias. En otros casos las angiografías de antes y después de la muerte revelaron notables diferencias; en los pulmones de estos enfermos los vasos secundarios mostraron frecuentemente alteraciones hiperplásticas globales o localizadas de las paredes. En las arterias principales se notó muy frecuentemente ateromas. En la forma hematológica generalizada, las imágenes son iguales antes y post-mortem y revelaban un patrón normal sin observarse alteración histopatológica de las grandes arterias. En los casos de cavernas grandes hubo arterias con alteraciones hiperplásticas que no se habían visuali-

zadas durante la vida. Parece que las diferencias observadas en las imágenes pre y post-mortem representaban las consecuencias de alteraciones fisiológicas anormales durante la vida y no se debía a causas puramente anatómicas.

Dinámica de la circulación capilar pulmonar.—Se describen las observaciones hechas en pulmones aislados de conejos perfundidos con soluciones salinas y de la circulación capilar del pulmón in situ en ratas anestesiadas. Se concluye que hay vasos de anastomosis entre arterias y venas o vías de corto circuito por los que la sangre circula rápidamente. En los vasos colaterales hay cierto grado de efecto piezométrico o acción Venturi, que depende de la velocidad de circulación en los vasos principales. Las observaciones microscópicas de la circulación capilar, además de mostrar las intermitencias ya descritas por otros autores, muestran que los capilares pulmonares no son asiento de cambios activos en su calidad, siendo todos los cambios, al parecer, pasivos. El movimiento del pulmón desempeña un papel bien definido acelerando la circulación. Estos resultados proporcionan una base a la idea que las partes menos ventiladas del pulmón, por tener una circulación más lenta, son más favorables para la detención en los capilares de partículas extrañas, como los bacilos tuberculosos, cuando son llevados por la corriente sanguínea.

Tuberculosis en piezas de resección.—Cuarenta y tres ejemplares resecados fueron examinados macro y microscópicamente, comparándose los hallazgos con las imágenes radiográficas. La correlación resulta buena en poco más de la mitad de los ejemplares estudiados y mediana o mala en el resto. Según parece, los focos caseosos deben medir más de 0,5 centímetros de diámetro y deben estar calcificados antes de volverse visibles radiográficamente. También se encontró mala correlación más a menudo en la enfermedad del lóbulo inferior y en las mujeres. Esto puede ser debido a la presencia de la sombra torácica, al engrosamiento de la pleura y a la desviación del corazón hacia ese lado. El examen microscópico demostró que la enfermedad era mucho más extensa y activa de lo que parecía. Hasta que se cuente con una prueba delicada y fidedigna de la actividad de la tuberculosis, parece prudente que antes de emprender la cirugía, la radiografía debe permanecer estabilizada por espacio de seis meses y se debe administrar quimioterapia durante varios meses.

Isoniazida en regímenes de drogas única y múltiples. Se estudia una serie de 107 enfermos con tuberculosis pulmonar de origen reciente. Los datos disponibles no resultaron del todo adecuados para la justipreciación del efecto comparativo de los regímenes farmacológicos usados en este estudio, debido a la falta de comparabilidad exacta de los tres grupos de enfermos estudiados con respecto a la extensión y naturaleza de las lesiones. En conjunto, la isoniazida sola, aunque eficaz es una proporción sustancial de los enfermos tratados con este régimen, dió resultados menos satisfactorios que la combinación isoniazida-estreptomina o isoniazida-PAS. Los resultados observados en ambas combinaciones parecen aproximadamente igual de buenos. Se deduce que la terapéutica antimicrobiana ejerce un efecto profundo sobre la tuberculosis pulmonar de origen reciente y, si se aplica tempranamente, es capaz de invertir la tendencia evolutiva de la dolencia.

Enfisema buloso bilateral progresivo.—Se presenta un caso de enfisema vesicular gigante con una descripción pormenorizada de las medidas fisiológicas del pulmón, que revelaron una insuficiencia ventiladora y alveolo-respiratoria extraordinariamente grave. La extensión de las lesiones anatómicas quedó comprobada por el informe de la autopsia, que reveló que las vesículas enfisematosas invadían simétricamente ambos lóbulos inferiores y provocaban la atelectasia parcial del tejido pulmonar restante.

Trastornos respiratorios en soldadores.—En dos casos de siderosis debida al ejercicio de la soldadura, había signos de fibrosis localizada dentro de las zonas de depósitos de óxido férrico, según revelaron los estudios histológicos. La fibrosis era mínima en su extensión y no ocasionó insuficiencia respiratoria. En cuatro casos, se llevaron a cabo estudios de la función pulmonar, siendo los hallazgos compatibles con la existencia de un enfisema leve. Entre 250 soldadores examinados radiográficamente, aproximadamente el 5 por 100 mostraron alteraciones pulmonares, tales como exageración de las sombras lineales, en particular junto a las regiones hiliares, y sombras nodulares esparcidas, indistinguibles de las de la silicosis.

The Practitioner.

174 - 1.041 - marzo de 1956.

- Nuestro actual concepto de las células cancerosas. A. Haddow.
 Cirugía en el cáncer. H. Atkins.
 * Radioterapia en el tratamiento de las enfermedades malignas. C. A. P. Wood y R. Morrison.
 * Quimioterapia de la enfermedad maligna. E. Paterson.
 * Tratamiento endocrino de la enfermedad maligna. B. J. Kennedy.
 Carcinoma del pulmón. C. P. Thomas.
 Un ayudante de la terapéutica antibiótica. W. N. Leak.
 Hepatitis infecciosa complicando el embarazo. N. J. Collins.
 Un remedio casero para las hemorroides. H. Ogilvie.
 Hialuronidasa. H. Scarborough.
 Moniliasis cutánea. H. J. Wallace.
 Control del peso en el embarazo. W. C. W. Nixon.

Radioterapia en el tratamiento de la enfermedad maligna.—La finalidad del radioterapeuta ha de consistir en que la zona tumoral reciba una dosis adecuada de radiación con el mínimo de daño para los tejidos circundantes. Los autores consideran que la radioterapia ha de ser considerada como el tratamiento de elección en el carcinoma de la piel y del cuello de útero, así como en la mayoría de los cánceres que se presentan en la boca y garganta. Es un coadyuvante útil a la cirugía en el tratamiento de los carcinomas de mama y testículos. Además de las supervivencias conseguidas, la radioterapia puede conseguir grandes paliaciones en los casos en que no pueda haber esperanzas de una cura permanente.

Quimioterapia en la enfermedad maligna.—Uno de los hechos más desalentadores en la quimioterapia de la enfermedad maligna, es que no hay una absorción selectiva para el fármaco por parte de las células tumorales. Tanto las sustancias antimetabólicas como las antimitóticas, actúan sobre los tejidos en crecimiento, sean de la neoplasia o del huésped. A pesar de ello, la quimioterapia ha demostrado ser de valor en la paliación de ciertos grupos de enfermedades neoplásicas, particularmente en las de origen retículo-endotelial. Esta forma de tratamiento del cáncer está aún en su primera fase y antes de emitir un juicio definitivo es necesario una mayor experiencia.

Tratamiento endocrino de la enfermedad maligna.—Es evidente que la administración o la privación de hormonas esteroideas puede alterar profundamente ciertos tipos de enfermedad maligna. Su uso como agentes terapéuticos está limitado a los casos en que han fallado otros procedimientos o no son aplicables a causa de la extensión del tumor. El control endocrino del carcinoma avanzado tiene más probabilidades de éxito en el cáncer de mama, próstata y ovarios. La cortisona y ACTH tienen un valor limitado en la leucemia aguda, mieloma múltiple y linfomas malignos. Estas hormonas parecen tener un excelente valor paliativo en todos los carcinomas terminales.

British Medical Journal.

4.930 - 2 de julio de 1955.

- Retraso mental en el infante y el niño preescolar. R. S. Illingworth.
 * Aspirina y úlcera. A. Muir y A. I. Cossar.

- Hemorragia accidental. A. P. Barry, J. K. Feeney y F. J. Geoghegan.
 La naturaleza y ciertos peligros de la obstetricia en la práctica general. K. Douglas Salzmann.
 Refuerzo de la actividad antigénica de la toxoides por drogas simpático-miméticas. J. Ungar.
 * Actividad de la piperazina "in vitro" contra los áscaris lumbricoides. O. D. Standen.
 Cineradiografía del tracto urinario. H. G. Hanley.
 * Fiebre canicola simulando poliomyelitis. A. Melvin Ramsay.
 * Fiebre canicola con complicaciones neurológicas. J. E. Middleton.
 Mola hidatidiforme recurrente. E. S. Jaikaran.
 Poliomyelitis simulando tétanos. S. Manners.
 Enfermedad de Hodgkin presentada como hidrartrosis de la rodilla. B. S. Lewis.

Aspirina y úlcera.—Como resumen de su experiencia subrayan los autores que la aspirina es un fuerte irritante gástrico, particularmente en los enfermos con úlcera péptica. Desempeña un papel significativo en la exacerbación de los síntomas ulcerosos y es, por lo menos, una causa contributiva en uno de cada ocho casos de hematemesis y en uno de cada cinco del grupo con historia dispeptica no importante.

Actividad "in vitro" de la piperazina contra los áscaris lumbricoides.—El autor ha ensayado la actividad "in vitro" del citrato, adipato y fosfato de piperazina contra los áscaris lumbricoides del cerdo y encuentra que las tres sales fueron igualmente eficaces para provocar un estado de narcosis en los parásitos. El efecto de la droga es gradual y no irrita a los parásitos; tampoco los mata, y cuando se les coloca en un medio libre de droga todos los parásitos afectos se recuperan en media a dos horas. En vista de las semejanzas observadas entre los efectos de la droga "in vitro" contra los áscaris lumbricoides del cerdo y el empleo clínico del citrato de piperazina contra la ascariasis en el hombre, discute el autor las relaciones entre el comienzo de la acción de la droga, duración de la narcosis, ritmo de la eliminación de la droga y el tiempo de vaciamiento intestinal del huésped.

Fiebre canicola simulando poliomyelitis.—El autor ha observado en el norte de Londres, durante el período 1948-54, cuatro casos de fiebre canicola simulando poliomyelitis. Señala que la presencia de conjuntivitis leve y de nefritis acompañadas de síntomas de meningitis es sugestiva de fiebre canicola. Ha realizado investigaciones, incluyendo las pruebas de aglutinación con sueros pareados del enfermo y perros sospechosos. Termina diciendo que aunque el cloranfenicol pareció conseguir una marcada mejoría en un caso, no tiene evidencia convincente de que sea específico algún antibiótico y que está indicada una investigación para el hallazgo del agente más satisfactorio.

Fiebre canicola con complicaciones neurológicas.—El autor describe un caso de fiebre canicola, en el que la infección se contrajo a partir de un perro doméstico. La recuperación inicial fue completa después de un tratamiento con aureomicina, pero la convalecencia se complicó por una radiculitis cervical. El serrato anterior derecho y el diafragma derecho estaban paralizados y hubo una paresia transitoria del pulgar izquierdo; también existían alteraciones sensitivas subjetivas iniciales en el antebrazo izquierdo. La recuperación se completó finalmente a los dieciocho meses del comienzo de la enfermedad. Añade que una revisión de la literatura demuestra que, así como los síntomas neurológicos son frecuentes, las complicaciones neurológicas son raras en la fiebre canicola. Los rasgos correspondientes a este caso indican que es un ejemplo ulterior del síndrome de la cintura escapular y presume que se derive de una reacción de hipersensibilidad a la infección.

4.931 - 9 de julio de 1955.

- Tratamiento de la leucemia aguda. R. B. Scott.
 * Fibroplasia retrolental en el Reino Unido. Report al Medical Research Council.
 Incidencia de fibroplasia retrolental en Inglaterra y Gales en 1951. J. T. Boyd y K. M. Hirst.
 * Coproporfiria hereditaria. H. Berger y A. Goldberg.

- * La herencia de la porfiria. G. Dean y H. D. Barnes.
- Ambliopia por quinina. L. Glick y J. Mumford.
- Ruptura del útero consecutiva a hemorragia accidental. B. G. Pickles.
- Parto por fórceps bajo analgesia local. J. M. Gate y W. A. W. Dutton.
- * Leucemia aguda en el embarazo. G. Harris.
- Hipotensión controlada con arfonad en cirugía pediátrica. S. M. Anderson.
- La potenciación de la anestesia con barbitúricos por el dinitro-o-cresol. E. F. Edson y F. Mac L. Carey.
- * Púrpura trombocitopénica durante la terapéutica con cloranfenicol. E. M. Poulton.

Fibroplasia retrolental.—Este estudio incluye 1.095 niños en el Reino Unido que pesaron cuatro libras (1.800 gramos), o menos al nacimiento y que sobrevivieron por lo menos dos meses, 84 de los cuales se afectaron de retinopatía. Llegan los autores a las siguientes conclusiones: 1.ª) La causa de la premadurez y factores maternos independientes de la hemorragia vaginal, no influyen en el desarrollo ulterior de la enfermedad. 2.ª) Los niños se afectan más frecuentemente que las niñas, cuya razón principal es que hay más niños inmaduros que niñas para un determinado peso al nacimiento. 3.ª) Las salas de niños muestran amplias variaciones en su empleo de oxígeno y, en general, variaciones correspondientes a la incidencia de la enfermedad. 4.ª) El empleo del oxígeno predispone al desarrollo de una retinopatía; excepto en dos casos, por lo menos se requirieron cinco días de tratamiento con oxígeno para producir la enfermedad y la posibilidad que enferme un niño aumenta conforme se prolonga el tratamiento con oxígeno. 5.ª) Hay también otras variables para tener en cuenta, pero las salas en las que se da poco oxígeno y que están libres de casos de retinopatía progresiva, no experimentan, por término medio, grados de supervivencia inferiores a aquellas en las que se usa más oxígeno. 6.ª) Los signos clínicos de anoxia en el momento y después del nacimiento se asocian con una incidencia más alta de retinopatía, pero por término medio se administra también más oxígeno a los niños anóxicos.

Coproporfiria hereditaria.—Los autores describen cuatro casos de coproporfiria en una sola familia: un niño de diez años, su madre y su padre (primos hermanos) y su abuelo paterno. Faltaban los síntomas de la porfiria, como la fotosensibilidad, cólicos abdominales, estreñimiento y parálisis. Los adultos eliminaban cantidades moderadamente altas de coproporfirina III en la orina y heces, mientras que el niño eliminaba cantidades muy grandes de dicho producto con indicios de uroporfirina I en la orina. Se identificaron también las porfirinas intermedias, una porfirina pentacarboxilica en algunas orinas y una porfirina hexacarboxilica en algunas heces. En todos los casos examinados la principal vía de eliminación de porfirina fué a través de las heces. Después de discutir la significación genética de esta porfiria hereditaria, los autores señalan que el niño padecía también raquitismo y déficit de riboflavina, los cuales mejoraron por el tratamiento. Tanto el niño como sus padres tenían aminoaciduria.

Herencia de la porfiria.—Los autores presentan el árbol genealógico de una gran familia porfírica. Este grupo es típico de otros 12 que han sido investigados. En todos ellos la porfiria se presentó en su forma aguda, en la forma cutánea crónica (el tipo "cutánea tardía") o como porfirinuria asintomática; en algunos casos uno de los tipos varió a los otros; se vieron diferentes manifestaciones del mismo trastorno hereditario. Se confirma que el 50 por 100 de los niños de padres porfíricos heredan la enfermedad y que la distribución de la herencia entre los sexos es aproximadamente igual; esto es, la porfiria se hereda como una característica mendeliana dominante y no ligada al sexo. Si la porfiria es heredada, las manifestaciones cutáneas son más pronunciadas en los hombres y a menudo muy ligeras e infrecuentes en las mujeres; por otro lado, los ataques agudos son corrientes en las mujeres; no se comprende la razón de todo esto. Los hombres están más constantemente expuestos al sol y a los traumas y las mujeres es más verosímil que to-

men sedantes o sean operadas por dolores abdominales, a menudo bajo anestesia con barbitúricos; puede haber también factores endocrinos. En el estadio latente el diagnóstico suele ser difícil; la historia personal y familiar es de la mayor importancia y deben examinarse la orina y las heces por un bioquímico que esté experimentado en el descubrimiento de porfirinas. Cuando se diagnostica un caso de porfiria es importante trazar el árbol genealógico e investigar los otros miembros de la familia; estas investigaciones generalmente ocasionan el descubrimiento de otros casos que pueden ser advertidos del correspondiente peligro.

Leucemia aguda en el embarazo.—El autor describe el duodécimo caso referido en la literatura de leucemia linfática aguda presentada en el embarazo. La enferma dió a luz un niño sano tras una cesárea. Con motivo de este caso el autor discute el efecto del embarazo sobre el proceso leucémico y, a la inversa, el efecto de la leucemia sobre el embarazo, junto con el efecto de la leucemia sobre el niño y los tratamientos que deben presentarse a la enferma durante este estado.

Púrpura trombocitopénica durante la terapéutica con cloranfenicol.—El autor presenta un caso cuyo interés reside en dos hechos. En primer lugar, la presentación de una trombocitopenia transitoria, pero intensa, ocurrida durante el tratamiento con cloranfenicol, sin descenso en la hemoglobina o de los granulocitos. Y en segundo término, que las manifestaciones tóxicas se presentaron después de haber administrado 2 gramos de cloranfenicol en un espacio de cinco días a un niño de cinco años, lo que corresponde a una séptima parte de la dosificación máxima recomendada para dicha edad.

4.932 - 16 de julio de 1955.

- Sofocación. K. W. Donald.
- Conducta de los virus de la poliomiéltis avirulentos para el chimpancé en voluntarios humanos infectados experimentalmente. A. E. Sabin.
- Problemas en la clasificación de la parálisis cerebral en la infancia. C. L. Balf y T. T. S. Ingram.
- * Empleo radiográfico de plomo E. D. T. A. en el hombre. N. Sapeika.
- Úlcera péptica en la práctica general. D. I. Finer y J. Fry.
- Úlceración gastrointestinal y dispepsia no ulcerosa en una práctica general urbana. S. Lipetz, S. A. Sklaroff y L. Stein.
- Magnesias y carminativos alcalinos en la infancia. R. D. G. Greery.
- * Grupos sanguíneos ABO e hipertensión. R. D. H. Maxwell y K. N. Maxwell.
- Ruptura del bazo. A. G. Ellerker.
- Encefalitis en infantes después de la vacunación con el virus de la fiebre amarilla 17 D. W. O. Thomson.
- Resultado ulterior de la insuficiencia endotraqueal prolongada en la asfixia neonatorum. B. M. Hibbard.

Empleo radiográfico de plomo E. D. T. A.—Refiere el autor el empleo en el hombre del plomo E. D. T. A. con fines radiográficos. Señala que pueden obtenerse sombras densas mediante su empleo local, por ejemplo, en el esófago y en los senos nasales. Y, añade, que para la pielografía intravenosa constituye un medio de contraste alternativo a los compuestos orgánicos de yodo.

Grupos sanguíneos e hipertensión.—Los autores han examinado la distribución de los grupos sanguíneos en 2.147 enfermos con hipertensión esencial y no encuentran diferencia significativa en la incidencia en la distribución O, A y B en comparación con la distribución en una serie control de 7.418 donadores; una ventaja ligeramente aparente en el grupo AB lo interpretan como debido a que se trata de un número limitado de casos. Concluyen que aunque se acepta la existencia de un factor hereditario en la hipertensión esencial, no hay asociación con la herencia ABO.

4.933 - 23 de julio de 1955.

- La integración de la Medicina. H. Himsforth.
- * Úlcera péptica perforada aguda. R. A. Jamieson.
- * Lesiones pulmonares en la artritis reumatoide. A. Arnoff, E. G. L. Bywaters y G. R. Fearnley.

- Estudios clínicos y químicos en la lactación humana. X. F. E. Hytten y A. M. Thomson.
 * Síndrome de Werner. D. J. Ellison y D. W. Pugh.
 * Necrosis hepática y otras lesiones viscerales asociadas con la terapéutica por fenilbutazona. J. M. MacCarthy.
 * Anemia megaloblástica debida a fenitoina sódica. G. M. S. Ryan y J. W. B. Forshaw.
 Cardiorespaso en dos familiares. A. W. M. Smith y T. Philp.
 Pseudocielitis. D. O'Neill.
 Osteomielitis aguda del maxilar en la infancia con trombo-
 sis del seno cavernoso. L. Hass.
 Agranulocitosis por carbimazol. A. B. Shaw.

Úlcera péptica perforada aguda.—El autor ha estudiado la incidencia de úlcera péptica perforada en un área del Oeste de Escocia con una población de más de dos millones; este trabajo cubre el período 1944-53 y pone al día el trabajo previo de 1924-43. Los principales hallazgos fueron: 1.º) La incidencia de perforación ha aumentado tres veces entre 1924 y 1953; el aumento ha sido progresivo gradualmente, excepto de una incidencia anómalamente alta durante los años de la guerra 1941-42. 2.º) La perforación es mucho más corriente en los hombres que en las mujeres, pero la proporción de sexos ha descendido de 19:1 previamente a 12:1. 3.º) El promedio de edad en la perforación continúa aumentando; sigue siendo más alta en las mujeres que en el hombre, pero por un margen muy estrecho. 4.º) La incidencia de perforación ha aumentado en todas las edades, pero siendo ligera en los jóvenes, moderada en la edad media y grande en los ancianos. 5.º) Entre los varones adultos con úlcera péptica se perforan anualmente entre el 1 y el 2 por 100; una historia de perforación previa no aumenta el riesgo de una nueva perforación. 6.º) La perforación es relativamente rara en agosto, septiembre y octubre y es muy frecuente el diciembre; estas alteraciones pueden deberse al reposo en las vacaciones de verano y a la fatiga en diciembre. 7.º) La perforación es menos corriente en los domingos y se hace progresivamente más frecuente durante la semana, alcanzando la incidencia máxima los viernes, lo que interpreta en relación con el reposo y la fatiga. 8.º) La perforación es relativamente rara durante la noche; su incidencia aumenta a un pequeño pico al final de la mañana, a un gran pico al final de la tarde y nuevamente a un pequeño pico por la noche, y que interpreta igualmente en relación con el reposo y la fatiga. 9.º) Las perforaciones piloro-duodenales superan a las gástricas en la proporción de 21:1 en los hombres y 5:1 en las mujeres. 10) La mortalidad total por perforación ha caído progresivamente desde el 25 por 100 en 1924 al 8 por 100 en 1953. 11) La mortalidad aumenta rápidamente conforme avanza la edad; es mucho más alta en las perforaciones gástricas que en las piloro-duodenales, aumenta con el retraso en la operación y es estacionalmente alta en enero y en la primera parte de la primavera.

Lesiones pulmonares en la artritis reumatoide.—Revisan los autores las historias de 253 enfermos con artritis reumatoide, los hallazgos radiográficos del tórax en 130 de ellos y de 130 no reumatoides, y los hallazgos de autopsia de 42 casos reumatoides y otros 42 controles, con el fin de determinar la incidencia de lesiones pulmonares en series de enfermos reumatoides y no reumatoides. Llegan a las siguientes conclusiones: 1.º) No se encuentra una lesión pulmonar específica que podría, característicamente, asociarse con la artritis reumatoide. 2.º) La incidencia clínica y postmortem de varias lesiones pulmonares inespecíficas parecen ser mayores en los enfermos reumatoides que en los controles, pero no se vió una lesión particular predominante. 3.º) En los enfermos con evidencia clínica y radiológica de enfermedad pulmonar no se observó correlación temporal con las exacerbaciones de la enfermedad reumatoide. 4.º) En este grupo comparativamente pequeño de enfermos estudiados no se ha encontrado un ejemplo de los que se ha descrito como "pulmón reumatoide" o "síndrome del pulmón reumatoide". 5.º) Citan en detalle cuatro casos, ilustrando lo que ha sido en su

experiencia lo más difícil de los problemas de diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares en la artritis reumatoide.

Síndrome de Werner.—Este síndrome se caracteriza por un hábito especial constituido por estatura corta, extremidades delgadas, abdomen protuberante y tronco rechoncho; el cabello es fino y canoso prematuramente y el vello es escaso o falta en axilas y pubis. La enfermedad se presenta generalmente en el tercero o cuatro decenios con cataratas preseniles. Otros rasgos importantes son las osteoporosis y diabetes mellitus junto con evidencia de hipogonadismo, genitales pequeños, esterilidad y trastornos menstruales; los miembros están adelgazados, finos y en forma de huso, afectándose más las piernas que los brazos; la piel es tensa y brillante y es de carácter áspero. Son frecuentes las ulceraciones y se depositan partículas de calcio en la piel, dando origen a un proceso conocido como calcinosis circunscrita. Los autores refieren las historias de dos hermanas y señalan que un hermano tuvo un proceso similar, muriendo en 1937; los otros siete miembros de esta generación de diez niños en la familia no estaban afectados.

Necrosis hepática y otras lesiones viscerales por la fenilbutazona.—Los autores refieren un caso fatal de artritis reumatoide en una mujer de setenta y tres años a la que se administró fenilbutazona y cortisona. La autopsia demostró múltiples lesiones patológicas, entre las que eran más prominentes la necrosis hepática y renal que adscriben a la acción tóxica de la fenilbutazona. Admiten como posible una miocarditis intersticial como debida a hipersensibilidad. Los granulomas pleurales y epicárdicos eran con mayor probabilidad nódulos reumatoides modificados. Otras alteraciones pulmonares iban de acuerdo con las que se encuentran en la enfermedad reumática aguda. Subrayan la importancia de relacionar las alteraciones patológicas encontradas en casos de toxicidad por drogas con las alteraciones conocidas que se encuentran en casos no tratados de la enfermedad para la que se administra dicha droga, así como también los hallazgos en los normales.

Anemia megaloblástica por fenitoina.—Describen los autores tres casos de anemia megaloblástica, probablemente producida por la fenitoina sódica. Este proceso es raro y no han podido descubrir otros casos en una revisión de 102 epilépticos tratados con dicha droga. La anemia se corrige por la administración de ácido fólico, pero es muy variable la respuesta a la vitamina B₁₂.

4.934 - 30 de julio de 1955.

- Orden y desorden en la función pulmonar. W. M. Arnott.
 Personificación de los miembros paralizados en los hemipléjicos. M. Critchley.
 * Fibrinopenia adquirida en el embarazo. A. P. Barry, F. Geoghegan y S. M. Shea.
 Fracaso de la coagulación sanguínea en obstetricia. J. S. Scott.
 * Empleo de Gel de ACTH y cortisona en el tratamiento del asma grave e intratable. B. M. Davies y D. A. Williams.
 * Efectos del metilpentinol en los ataques nocturnos de asma bronquial. B. Bendkowski.
 Fenómeno falciforme en el norte de Grecia. G. A. Deliyannis y N. Tavlarakis.
 Compatibilidad de la degranulocitosis con el paludismo. G. A. Deliyannis y N. Tavlarakis.
 * Shock anafilactoide por penicilina. R. J. Calvert y E. Smith.
 Reacciones al hierro intramuscular. G. Bourne.

Fibrinopenia adquirida en el embarazo.—Los autores describen dos métodos de confirmar el diagnóstico clínico de fibrinopenia adquirida en el embarazo. Las enfermas que muestran un título de Schneider de 1/100 o menos (fibrinógeno del plasma probablemente inferior a 120 miligramos), deben señalarse como víctimas potenciales de una diátesis hemorrágica. Si la hemorragia se presenta, no puede controlarse sin reestaurar el fibrinógeno sanguíneo. Incluso si no hay una manifiesta hemorragia, puede provocarse por una intervención activa. Como la sangre almacenada para las

transfusiones tiene un fibrinógeno de 200 miligramos por 100 c. c. o menos, no es posible aumentar el fibrinógeno sanguíneo a un nivel seguro por transfusión de sangre total. Si no se cuenta con fibrinógeno puro se puede lograr una restauración rápida de la coagulación mediante la inyección intravenosa de plasma de potencia triple o cuádruple.

Gel de ACTH y cortisona en el asma grave e intratable.—Los autores refieren los efectos del tratamiento de 44 asmáticos crónicos y seis bronquíticos crónicos con 57 y 7 cursos respectivamente de cortisona, Gel de ACTH y/o hidrocortisona. Once de los asmáticos estaban en status asmático y los 33 restantes tenían asma intratable. En los asmáticos el 87,5 por 100 de los cursos dió buenos resultados; la mejoría temporal duró por término medio treinta días. La continuación de la terapéutica hormonal en estos casos graves e intratables no fué necesaria en el 50 por 100 o más, pero sí en el restante, 40 ó 50 por 100. Terminan discutiendo las contraindicaciones, complicaciones y esquemas de dosificación, junto con la importancia de diferenciar entre asma y bronquitis.

Metilpentinol en los ataques nocturnos de asma bronquial.—Subraya el autor, en primer lugar, las dificultades para la elección del hipnótico adecuado para el asmático, con preferencia especial a la morfina. Da una breve descripción de la acción farmacológica del metilpentinol y ha llevado a cabo un ensayo clínico con esta droga en 15 enfermos que presentaban asma bronquial y cuyo sueño está perturbado por los ataques asmáticos; a un grupo similar de 15 enfermos les administró un placebo. Los resultados del tratamiento le hacen afirmar sobre el valor del metilpentinol como adjunto en el tratamiento del asma bronquial.

Shock anafilactoide por penicilina.—Los autores revisan brevemente la literatura sobre las reacciones anafilactoides por la penicilina. Describen otro caso para subrayar que pueden presentarse reacciones moderadamente graves tras el empleo de pastillas de penicilina y que hay casos ocasionales de reacciones graves, incluso aunque no se haya obtenido historia de administración previa. Da una detallada descripción de un shock anafilactoide profundo en dicho enfermo y refiere un esquema para reducir la frecuencia y grado de estas catástrofes.

The Lancet.

6.879 - 2 de julio de 1955.

El micromedio ambiente de la inflamación: Vuelta a Metchnikoff, R. J. Dubos.

* Poliomieltitis y amigdalectomía: Comunicación del Medical Research Council. Committee sobre los procedimientos de inoculación y lesiones neurológicas.

Senos dermales congénitos en niños. J. C. Haworth y R. B. Zachary.

Residuos de antibióticos en la amebiasis. T. G. Armstrong, A. J. Wilmot y R. Elsdon-Dew.

* Una breve prueba de laboratorio para el feocromocitoma. R. Moulton y D. A. Willoughby.

* Insuficiencia mitral en la fibrilación auricular experimental. R. Daley, I. K. R. MacMillan y R. Gorlin.

Etilbiscumacetato como un inhibidor del fenómeno falciforme. F. E. D. Griffiths.

Parada cardíaca electiva. D. G. Melrose, B. Dreyer, H. H. Bentall y J. B. Baker.

Poliomieltitis y amigdalectomía.—Los autores han recogido los protocolos entre la mitad del año 1951 y noviembre de 1953 en áreas seleccionadas de Inglaterra y Gales sobre historia de amigdalectomía en cualquier momento antes del comienzo de una poliomieltitis parálisis en 51 enfermos menores de cinco años y 203 entre cinco y quince años de edad; asimismo se recogieron las historias del mismo número de controles. Sólo dos de los enfermos y ninguno de los controles menores de cinco años habían sido amigdalectomizados. En el grupo entre cinco y quince años, 72 (35 por 100) habían sufrido la amigdalectomía en comparación con 44 (22 por 100) de los controles. Las diferencias entre

enfermos y controles fueron mayores en el grupo con parálisis bulbar, intermedias en el grupo con parálisis bulboespinal y menores en el grupo con parálisis espinal. En los grupos bulbar y bulboespinal la mayoría de los enfermos había sufrido la amigdalectomía por lo menos un año y a menudo cinco o más años antes del comienzo de la poliomieltitis. Los resultados indican que las personas amigdalectomizadas son más susceptibles a desarrollar la forma bulbar de la poliomieltitis que las que no han sufrido la operación, incluso aunque hayan pasado años entre la extirpación de las amígdalas y el comienzo de la poliomieltitis.

Diagnóstico de laboratorio en el feocromocitoma.—El autor describe un método breve de diagnóstico del feocromocitoma mediante el ensayo de la orina del enfermo problema sobre el preparado de presión sanguínea del gato; como controles utiliza la adición de histamina, de ergotamina, anthisan y dibenzylene, como asimismo la inactivación del preparado en cuanto a noradrenalina por el cloruro férrico. Ha investigado las muestras de orina correspondientes a 250 casos de hipertensión y encuentra o confirma la presencia de siete casos de feocromocitoma. No ha obtenido ningún resultado positivo o negativos falsos.

Insuficiencia mitral en la fibrilación auricular experimental.—Los autores han estudiado perros con ritmo sinusal normal y durante la fibrilación auricular provocada; registran las presiones auricular y ventricular e inyectan el azul de Evans en el ventrículo izquierdo y lo recoge de la aurícula izquierda. La fibrilación auricular conduce a una pérdida de la onda invertida mesosistólica del pulso de la presión auricular y a una insuficiencia aguda de la válvula auriculoventricular. La insuficiencia aguda se relaciona presumiblemente con la ausencia de sistole auricular, con aposición perezosa de las valvas al comienzo de la contracción ventricular. Añaden que la fibrilación auricular puede provocar insuficiencia mitral en el hombre y constituir no sólo una desventaja más para los enfermos con estenosis mitral, sino también explicar por qué algunos enfermos con "fibrilación idiopática" pueden ocasionalmente desarrollar una insuficiencia cardíaca.

6.880 - 9 de julio de 1955.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar. J. G. Scadding.

Grupos sanguíneos ABO y acidez gástrica. K. H. Koster, E. Sin drup y V. Seele.

Pruebas clínicas de la sensación articular pasiva. J. Lee y K. Browne.

* Frotis de la mucosa oral para el descubrimiento del sexo cromosómico. K. L. Moore y M. L. Barr.

* La velocidad de sedimentación en el hipotiroidismo. S. G. McAlpine.

* Hemoptisis como síntoma de bocio retroesternal. P. Burgess.

* Relación de las cifras de vitamina B₁₂ en el suero y de ácido fólico en la orina en la anemia megaloblástica nutritiva. P. W. G. Tasker.

* Hipopotasemia crónica de origen renal. E. G. Sayers, K. E. D. Eyre y F. H. Sims.

* Embarazo cervical. R. C. Cummin.

* Atrofia gástrica con anemia perniciosa y degeneración subaguda combinada de la médula ulteriores. E. G. Robertson, I. J. Wood y R. A. Joske.

Frotis de la mucosa oral para la determinación del sexo cromosómico.—Los autores han realizado frotis de la mucosa oral correspondiente a 140 personas (81 hombres y 59 mujeres), y los tñen con el cresil violeta. La característica cromatina del sexo femenino era claramente visible en los núcleos de las células epiteliales de las mujeres, mientras que no se veía en las células de los hombres una masa cromatinica similar. Subrayan que este método tiene la ventaja de su sencillez y lo sugieren como alternativo para la biopsia cutánea en cuanto a la determinación del sexo cromosómico en errores congénitos del desarrollo sexual.

La velocidad de sedimentación en el hipotiroidismo.—El autor determina la velocidad de sedimentación en 23 casos de hipotiroidismo, encontrándola elevada en 19; cuatro casos tenían una enfermedad de Simmonds

en los que la velocidad de sedimentación estaba fuertemente aumentada. Discute brevemente la causa de dicho fenómeno, subrayando que no se debe a la anemia, ni tampoco puede relacionarse con un aumento de la colesteroína; las alteraciones en las proteínas del plasma podrían justificar dicho aumento, especialmente la elevación de la betaglobulina; sin embargo, en parte de sus casos con velocidad de sedimentación acelerada, las proteínas plasmáticas eran normales.

Hemoptisis como síntomas de bocio retroesternal.—El autor describe tres casos de hemoptisis como consecuencia de un bocio retroesternal. Explica el fenómeno por la compresión de las estructuras vecinas al bocio, especialmente los vasos tiroideos inferiores, yugular interna, innominada y la cava superior. Como al tiempo, la tráquea recibe su aporte sanguíneo de la tiroidea inferior y se drena por las venas tiroideas inferiores, es natural que la ingurgitación venosa pueda provocar la salida de sangre y así, la ruptura de una vena traqueal se asociaría con hemorragias, que saldrían independientemente de los esputos.

Relación de la vitamina B₁₂ en el suero y el ácido fólico urinario en la anemia megaloblástica nutritiva.—El autor ha encontrado una estrecha relación entre la cifra de vitamina B₁₂ en el suero y la eliminación urinaria de ácido fólico después de una sobrecarga por vía subcutánea de 5 miligramos de esta última droga en enfermos con anemia megaloblástica intensa. Si el nivel de la vitamina B₁₂ en el suero era bajo, también lo era la eliminación del ácido fólico. Subraya que entre estas dos vitaminas no se sabe aún cual es el déficit que se desarrolla primeramente en esta enfermedad, pero que lo positivo es que existe un déficit de ambas.

Hipopotasemia crónica de origen renal.—Los autores describen un caso de hipopotasemia crónica con parálisis muscular como consecuencia de una enfermedad renal leve. Las pruebas realizadas demostraron solamente la existencia de un defecto leve de la función tubular renal y no otras anormalidades significativas. Atribuyen la pérdida urinaria anormal del potasio a una disminución de la reabsorción tubular proximal. Finalmente discuten las relaciones entre el caso que describen y el síndrome de Conn de aldosteronismo primario.

Atrofia gástrica con anemia perniciosa y degeneración combinada subaguda de la médula posteriores.—Los autores refieren un caso que fué visto por primera vez a consecuencia de una dispepsia, descubriéndose sólo pequeños síntomas neurológicos de tipo subjetivo; la investigación de esta dispepsia demostró una completa atrofia gástrica, esto es, el clásico estómago de la anemia perniciosa. Por esta razón se hizo un estudio muy detallado de la sangre periférica y de la médula ósea, no observándose signo alguno de megaloblastosis; su trastorno disestésico sugería el diagnóstico de degeneración subaguda combinada de la médula, pero fué imposible demostrar que el enfermo no padecía sino una neuritis periférica leve, incluso frente a la presencia de aclorhidria y el hallazgo de la atrofia gástrica. Pasaron cinco años, y vuelto a ver el enfermo mostraba los síntomas y signos típicos de la anemia perniciosa y de la degeneración combinada subaguda de la médula, que respondió rápidamente al tratamiento con vitamina B₁₂. Este enfermo apoya la creencia de los autores de que la atrofia gástrica precede al desarrollo tanto de la anemia perniciosa como de la degeneración combinada subaguda de la médula en sus formas floridas, y anima a los médicos para prestar atención a las manifestaciones precoces de este último proceso.

6.881 - 16 de julio de 1955.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. J. G. Scadding.
Errores clínicos en los ancianos. S. M. Vine.
Tratamiento de la hernia inguinal indirecta. C. MacLeod.

Medios semisólidos de agar para el cultivo rápido de los bacilos tuberculosos. R. Knox.
Psicoprofilaxis en el parto. L. W. St. Van Eps.
Comparación de la rescinnamina y reserpina como agentes hipotensores. F. H. Smirk y E. G. McQueen.
Tratamiento de la hipertensión. D. C. Wallace.
Reserpina en el tratamiento de los enfermos ansiosos y deprimidos. D. L. Davies y M. Shepherd.
Reticulosis del sistema nervioso simulando una poliomielitis infecciosa aguda. R. S. Allison y D. S. Gordon.
Alfa-p-metoxi-fenil alfa-di-n - butilamino - acetamida (A. 16) en la dismenorrea. P. J. Carpentier y P. A. Janssen.

Rescinnamina y reserpina como agentes hipotensores. Los autores han hecho un ensayo clínico con rescinnamina, un alcaloide recientemente aislado de la rauwolfia serpentina, y encuentran que no hay diferencias importantes entre los efectos hipotensores de la rescinnamina y los de la reserpina, tanto cuando se usan solas como en combinación con el pentolinium. Los síntomas tales que se presentan en los enfermos bajo tratamiento con reserpina, como depresión, somnolencia diurna, laxitud, pesadillas, etc., desaparecen con frecuencia al sustituirla por la rescinnamina. Algunos de sus enfermos se quejaron de tirantez, anorexia y disconfort abdominal con esta última droga y prefirieron volver a la reserpina.

Tratamiento de la hipertensión.—En 173 enfermos con hipertensión tratados por el autor en su práctica privada durante un periodo de treinta meses, hubo un grupo de hipertensos graves que se beneficiaron considerablemente del tratamiento combinado con reserpina oral y pentolinium. Añade que otros enfermos de los 44 que recibieron la reserpina sola o en combinación mostraron una intensa depresión mental que en tres casos llegaron a la melancolía con delusiones.

Reserpina en el tratamiento de la ansiedad y depresión.—De 67 enfermos ambulatorios cuyos síntomas principales eran la ansiedad y depresión, aproximadamente la mitad fué tratada por los autores con reserpina y el resto con un placebo. Entre los 54 enfermos que completaron el ensayo, los tratados con reserpina mostraron mucho más beneficio que los otros. Cuatro enfermos intensamente deprimidos no respondieron a dosis altas de la droga, aunque se recuperaron posteriormente después de la electroplexia.

Reticulosis del sistema nervioso simulando una poliomielitis infecciosa aguda.—Se trataba de un caso de síndrome de Guillain-Barré desarrollado agudamente en una mujer de cincuenta y seis años; el líquido cefalorraquídeo mostraba la típica disociación albuminocitológica con fuerte aumento de las proteínas; además eran muy evidentes los síntomas mentales. La enferma falleció y en la autopsia se apreció una reticulosis diseminada con un gran nódulo en el hemisferio cerebral derecho e infiltración microscópica difusa del cerebro medio, leptomeninges y raíces medulares. Sugieren los autores que las lesiones neurológicas tenían una causa mecánica más bien que de tipo "tóxico".

6.882 - 23 de julio de 1955.

Noradrenalina en los estados hipotensivos y en el shock. U. S. von Euler.
Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. J. G. Scadding.
Inducción prematura del parto en el tratamiento de la enfermedad hemolítica del recién nacido. G. A. Kelsall y G. H. Vos.
Efecto antitiroideo de la fenilbutazona. M. E. Morgans y W. R. Trotter.
Función excretora del hígado. W. H. H. Andrews.
Estudios sobre la actividad antitumoral de la p-di-(2-cloretíl) aminofenilalanina (sarcosina). L. F. Larionov, A. S. Khorhlov, E. N. Shkodinskaja, O. S. Vasina, V. I. Troosheikina y M. A. Novikova.
Infecciones por estreptococo pyogenes en un hospital. P. Rountree.
Clorpromazina como ayuda para el enfriamiento en una crisis tiroidea. A. R. Hunter.
Argentafinoma (tumor carcinoide) con cianosis. I. Fraser.
Nefritis por irradiación. W. G. Smith y A. W. Williams.

Efecto antitiroideo de la fenilbutazona.—Señalan los autores la presentación de un bocio en un enfermo después de haber venido tomando fenilbutazona duran-

te quince meses. El bocio desapareció al suspender la medicación y reapareció nuevamente al cabo de un mes después de haberla vuelto a administrar; se suspendió nuevamente la droga y otra vez desapareció el bocio. Las pruebas con radioyodo mostraron que en éste y otro enfermo había un bloqueo bien marcado en la síntesis de los compuestos de yodo orgánico en el tiroides; no se demostró tal bloqueo en dos enfermos que tomaban menos de 400 miligramos diarios de fenilbutazona y nada ocurrió en tres sujetos a los que se administraron dosis únicas de 200 miligramos. Las observaciones sobre el caso original sugieren que el bloqueo se hace más completo cuanto más tiempo toma el enfermo la droga.

Argentafinoma con cianosis. — Comunica el autor el caso de un carcinóide maligno con metástasis hepáticas y los rasgos de estenosis pulmonar, cianosis, y disnea, esto es, otro caso del pequeño número publicado en la literatura de síndrome de Björck-Thorson. En cuanto a la patogenia de esta situación, señala que no está clara la conexión entre el síndrome y el aumento de la cifra de serotonina, puesto que en estos enfermos a los que se los eleva artificialmente la serotonina no aparece el síndrome; además, incluso en algunos casos con carcinóide típico y metástasis hepáticas no se presentan los otros rasgos del síndrome.

Nefritis por irradiación. — Describen los autores un caso de lesión renal fatal tras la irradiación abdominal por nefroblastoma de un niño de tres años. Llama la atención sobre la posibilidad de esta complicación grave de la radioterapia y la necesidad de una regularización cuidadosamente de la dosificación. Terminan diciendo que desde el punto de vista de la patología experimental sugiere que la irradiación de los riñones puede ser un método útil producir hipertensión en los animales.

6.883 - 30 de julio de 1955.

Viejas ideas y nuevos trabajos sobre el pan blanco y moreno. R. A. McCance y E. M. Widdowson.

* Duración natural del carcinoma bronquial. J. R. Bignall. Cefalea por hioscina en niños. A. Sorsby, M. Sheridan, N. Moors y J. Haythorne.

* Interpretación de las lesiones tuberculosas después de la quimioterapia. J. C. Dick.

* Complicaciones de la terapéutica con terramicina y tetraciclina. J. Brodie, W. Jamieson y T. Sommerville.

* Anemia aplásica y leucemia mieloide después de la irradiación de la columna vertebral. H. Van Swaay.

Aparato para la respiración con presión positiva intermitente. J. M. K. Spalding y S. A. Young.

Tratamiento del tétanos con clorpromazina y anestesia con óxido nítrico. R. I. Bodman, J. V. Morton y E. T. Thomas.

Duración natural del carcinoma bronquial. — Durante 1951 y 1952 el autor ha recogido 637 enfermos con carcinoma bronquial vistos en el Brompton Hospital y el Royal Marsden Hospital, de los que 135 fueron tratados quirúrgicamente, 210 con radioterapia y 299 no recibieron ningún tratamiento que posiblemente podría prolongarles la vida. En 255 de este grupo "no tratado" se obtiene información suficiente para poder estudiar la duración natural de la enfermedad. La mitad de los 255 enfermos murieron en los nueve meses desde el comienzo de los primeros síntomas, pero el 14 por 100 sobrevivió durante dos o más años. La duración de la vida desde el comienzo de los síntomas se influenciaba significativamente por el tipo histológico, la duración de la enfermedad antes del diagnóstico y la presencia de metástasis en este momento. Dependía, aunque en menor grado, de la naturaleza de los primeros síntomas y de la edad del enfermo, pero no se influenció materialmente por el sexo o por el lóbulo en que se presentaba el tumor. No es sencilla la relación de la duración de la vida después del diagnóstico con la duración de la historia antes del diagnóstico. El pronóstico es mucho peor en los que habían tenido síntomas durante cuatro a cinco meses antes del diagnóstico, la mitad de los cuales murieron en los siguientes tres meses; pero la mitad de los que tenían síntomas durante uno o más años, vivieron durante otros siete meses y casi la tercera parte durante otro año.

Interpretación de las lesiones tuberculosas después de la quimioterapia. — Señala el autor que la diferencia existente entre las alteraciones en las lesiones tuberculosas recientes después de la terapéutica con una combinación de drogas, incluyendo la isoniazida y aquellas después de una combinación de estreptomycin, sugiere que la isoniazida permite la supresión de un factor tóxico y se presenta una curación real. La misma diferencia existe precozmente en el tratamiento de las lesiones crónicas, permitiendo que una mayor proporción de lesiones donde se ha administrado la isoniazida, alcancen un satisfactorio estado de quiescencia. Presentan la evidencia histológica en cuanto a la persistencia a través de la quimioterapia de bacilos durmientes, esto es, bacilos que están en estado de inactividad metabólica, no reproductores, no susceptibles a los antibióticos, no necesariamente capaces de crecer en los medios ordinarios, quizá no visibles al microscopio, pero capaces de reasumir cualquiera o todas de sus propiedades. La quimioterapia como una droga única deja activas una proporción considerable de lesiones, probablemente alterando el metabolismo de los gérmenes de forma que no se afectan ya más por la droga. Las pruebas "in vitro" en cuanto a la sensibilidad de los gérmenes frente a la droga (aunque es el único método con que se cuenta), no es un índice seguro de este estado metabólico alterado. La estreptomycin y la isoniazida afectan al metabolismo de los gérmenes de diferentes maneras, y en dosis completas son aparentemente sinérgicas, puesto que la mejor curación de las lesiones se obtiene con dicha combinación.

Complicaciones de la terapéutica con terramicina y tetraciclina. — Refieren los autores que mediante el tratamiento de la disentería bacilar con terramicina y tetraciclina, algunos de los enfermos mostraron complicaciones, notablemente "escarlatina", faringitis sin rash y gastroenteritis. Estas complicaciones parecieron ser causadas por una infección cruzada con un estafilococo de "hospital" de tipo definido. Este tipo es aglutinado por los sueros absorbidos "a" y "c" (solo) en el estado vivo, no se aglutina por los sueros absorbidos en estado autoclavado y es resistente a la penicilina, terramicina, auromicina, estreptomycin y tetraciclina.

Anemia aplásica y leucemia mieloide después de la irradiación de la columna vertebral. — El autor describe siete casos en los que se hizo radioterapia por trastornos de la columna vertebral, en los que posteriormente se presentó leucemia mieloide en cinco y anemia aplásica en los dos restantes. Reconocen que sólo en un enfermo se administró una dosis excesiva de rayos X.

La Presse Médicale.

63 - 40 - 1 de junio de 1955.

Resultados actuales de nuestras experiencias concerniendo la hipotermia en cirugía cardíaca. C. D'Alaines y colaboradores.

La hipotermia general en el tratamiento de las grandes hemorragias. P. Goffrini y E. Bezzi.

* Acción del fósforo radioactivo sobre la poliglobulia esencial y el aumento del número de plaquetas. M. Tubiana y J. Gazel.

Fósforo radioactivo y poliglobulia esencial. — En 82 casos de poliglobulias el fósforo radioactivo ha conseguido en todos los casos, excepto uno, una disminución del número de glóbulos rojos y de plaquetas. En el momento de las remisiones hematológicas, la tasa de hierro sérico aumenta, los trastornos gástricos desaparecen y las complicaciones hematológicas se corrigen. Diez meses más tarde, el número de plaquetas ha alcanzado el millón. Cualquiera que sea la actividad del proceso, su antigüedad, los tratamientos anteriores y el número de glóbulos rojos, la radiosensibilidad al ^{32}P es la misma.

63 - 41 - 4 de junio de 1955.

Ensayo sobre la etiología de las malformaciones. R. Turpin.
Meningitis purulentas agudas por *Moraxella lwoffii*. F. Lutier y cols.

63 - 42 - 8 de junio de 1955.

- * El problema de las reviviscencias tardías del paludismo humano. M. Creyx y cols.
- * Calcio urinario y litiasis urinarias. J. Cottet y Ch. Vittu. Impresiones sobre la quimioterapia anticancerosa. R. Truhaut.

Reviviscencias tardías del paludismo humano.—Los autores, con motivo de una observación personal, consideran la posibilidad de que los palúdicos sustraídos a la infección desde muchos años antes, puedan transmitir la infección a sujetos vírgenes por medio de transfusiones; otros realizan accesos febriles, lo que plantea el problema de las reviviscencias tardías del paludismo, que depende de la persistencia de la infección bajo una forma latente. Su observación, hecha sobre un paludismo de treinta años de antigüedad, está reforzada por la existencia de varios casos similares, con latencias tan largas, así como los casos de transmisión del paludismo por la transfusión de sangre de un antiguo palúdico.

Calcio urinario y litiasis urinarias.—El estudio de 52 casos de litiasis cálcica demuestran que hay, en relación a los sujetos normales, un aumento en la eliminación de calcio urinario. En seis casos, los autores han demostrado que la acidificación producida por el cloruro de amonio exageraba la calciuria. Sabiendo que la infección ruinaria exagera la calciuria, algunos autores han tratado de explicarla por este mecanismo. Los autores también lo han hecho, y, entre sus 52 casos, solamente en ocho han podido objetivar una infección urinaria, por lo que piensan que ésta no juega un papel importante para explicar estas hipercalciurias.

63 - 43 - 11 de junio de 1955.

- * Resultados de la exéresis pulmonar por tuberculoma. M. Bernard y cols.
- * Cavernas limpias y neocavidades bullosas después del tratamiento quimioterápico. A. Bernou y J. Brun. Mastectomía simple con radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama. P. Pizon.

Resultados de la exéresis pulmonar por tuberculoma. Los autores se preguntan hasta qué punto está justificada la intervención en estas formas de tuberculosis, con tendencia a organizarse y localizarse. Sin embargo, cuando tienen cierto volumen, se trata de focos progresivos, que en cualquier momento pueden dar lugar a una siembra. La justificación de la exéresis del tuberculoma se encuentra en la calidad de los resultados obtenidos. Los autores describen los principales caracteres clínicos de estos tuberculomas y terminan diciendo que la intervención es de una gran benignidad y los resultados lejanos excelentes.

Cavernas después del tratamiento quimioterápico.—Las imágenes radiológicas de cavidad que aparecen después del tratamiento quimioterápico o persisten a pesar de él, no todas tienen el mismo significado. Al lado de las cavernas que son secuelas, tenemos las neocavidades bullosas, que aparecen como consecuencia de la retracción lesional, bien en la inmediata vecindad de la caverna primitiva, bien a distancia. Todos estos tipos de cavernas no son tributarios de la intervención operatoria, y así, los autores han podido seguir 18 cavernas pseudoenfisematosas, ninguna de las cuales ha presentado recaída después de un tiempo de dos a ocho años.

63 - 44 - 15 de junio de 1955.

Papel del hígado y de los aminoácidos en la enfermedad operatoria. G. Seillé y F. Kirsch.
La biogénesis de los esteroides hormonales. L. Zizine.
Caracteres diferenciales de la eosinofilia en función de su etiología. R. Deschiens y M. Poirier.

63 - 45 - 18 de junio de 1955.

- Las asistolas de origen periférico. L. Langueron y cols.
- * Sitio que ocupan las terapéuticas recientes en el tratamiento de la litiasis urinaria fosfocálcica. R. Génot.
- * Anemia de los prematuros. R. Clément.

Terapéutica de la litiasis fosfocálcica.—Recientemente han sido propuestas dos nuevas terapéuticas para la litiasis fosfocálcica: las gelatinas de aluminio y la hialuronidasa. El tratamiento por hidróxido de aluminio no parece dar resultados totalmente satisfactorios, pues las dosis de este medicamento no pueden ser precisadas de una manera satisfactoria. El tratamiento debe preocuparse de los tres factores litogénicos: estasis, hiperconcentración de materiales precipitables y alcalosis urinaria.

Anemia de los prematuros.—Está causada por una actividad hematopoyética insuficiente durante el período neonatal. Se asocia a una ligera disminución en la vida media de los hematíes. De la quinta a la séptima semana empieza la aparición de los reticulocitos y la reparación espontánea de la anemia. Durante los tres o cuatro primeros meses de la vida hay en el organismo más hierro del que es necesario para la síntesis de la hemoglobina, por lo que el hierro es inútil. Desde que aparecen los reticulocitos, están contraindicadas las transfusiones.

63 - 46 - 22 de junio de 1955.

- * Enfermedad de Cushing: Suprarrenalectomía bilateral subtotal. J. Decourt y cols.
- Dos observaciones de linfoma gigante-folicular de Brill-Symmers sometidos al fósforo radioactivo. H. Desgrez y colaboradores.
- La pancreatografía peroperatoria directa en las retenciones pancreáticas. C. Nardi y J. Lataste.
- Tumores masculinos del ovario. P. Laffargue.
- Enfermedad vacunal generalizada tardíamente y desarrollada sobre un eczema aparecido posteriormente a la vacunación. M. Jeune y cols.
- Cavernas tuberculosas hemáticas. M. Blondeau y cols.
- La punción ganglionar en la enfermedad de Hodgkin examinada al microscopio electrónico. R. André y cols.
- Observaciones sobre el orificio esofágico del diafragma. R. Roy-Camille.
- * Osificaciones pulmonares diseminadas en la estenosis mitral. G. Pezzuoli, V. Gasparini y G. Folli.
- Algunas consideraciones sobre la silicosis de los trabajadores del ocre. A. Vernhes y A. D. Roche.
- El ateroma de la encrucijada aórtica. E. Houcke y J. F. Merlen.

Suprarrenalectomía en la enfermedad de Cushing.—Los autores presentan el caso de una enfermedad de Cushing particularmente grave y muy evolutiva, con gran hipertensión precoz. Realizaron la ablación completa de una suprarrenal y la mitad de la otra. El resultado clínico fué excelente, y persistió ocho meses después de la operación. La facies se formalizó a pesar del aumento de peso; desapareció la eritremia y los trastornos funcionales. La tensión se normalizó, reaparecieron las reglas y se normalizó el estado psíquico. Disminuyeron los 17-cetosteroides; débil respuesta a la perfusión intravenosa de ACTH. Algunas semanas después de la segunda suprarrenalectomía aparecieron algunos incidentes que pueden ser achacados a una insuficiencia suprarrenal.

Calcificaciones pulmonares en la estenosis mitral.—Los autores describen un caso de estrechez mitral que presentaba el cuadro radiográfico de una diseminación micronodular en ambos campos pulmonares. En el curso de la valvulotomía se quitó un nódulo, que estaba constituido por tejido óseo. En el caso que presentan los autores no existe un paralelismo entre las notables alteraciones del cuadro radiológico y los trastornos hemodinámicos que son de mediana gravedad.

63 - 47 - 25 de junio de 1955.

- Las tensiones arteriales en las extremidades de los individuos normales y en los hipertensos arteriales. M. Fisser y cols.
- Contribución al estudio del mecanismo de acción de los antibióticos. H. y M. Hinglais y Y. M. Langlade.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85 - 45 - 5 de noviembre de 1955.

- * Eliminación aumentada de aldosterona en el síndrome adrenogenital congénito. A. Prader, A. Spahr y R. Neher. Formas clínicas raras de la "enfermedad de los porqueros". H. Zollikofer.
- Las lesiones nerviosas por inyección intraglútea de irgipirina y una sugerencia para evitarlas. F. Luethy.
- Sobre el efecto cuantitativo de factores favorecedores en la terapéutica psicoanalítica. H. Meng.
- * Tratamiento del tinnitus en la sordera nerviosa con hydergina. K. Tanner.
- Tratamiento de las anemias. H. Fleischhacker.

Aldosterona y síndrome adrenogenital congénito.—En el síndrome adrenogenital hay una hiperproducción de hormonas androgénicas suprarrenales que explica los síntomas. En los lactantes es frecuente que se sume una alteración electrolítica Addisonoide, llamada "síndrome adrenogenital con pérdida de sal". Los autores han determinado la eliminación de aldosterona por el método de Neher-Wettstein en seis casos de síndrome adrenogenital congénito, de los cuales tres eran niños con el síndrome de pérdida de sal: uno era un niño en el que el síndrome de pérdida de sal había curado espontáneamente y los otros dos eran adultos sin signos clínicos o anamnésticos de alteración electrolítica. Las cifras de aldosterona fueron normales o ligeramente altas en los tres primeros, enormemente alta en el cuarto, y de los dos adultos, en uno era normal y en el otro marcadamente aumentada. Esto apoya la idea de que el síndrome adrenogenital con pérdida de sal se debe a un factor adrenocortical, que determina la eliminación de sodio y que no ha podido aún ser identificado. Secundariamente se produce un aumento de la aldosterona con un fin compensador. Esto explica el que algunos niños durante el crecimiento mejoren en el aspecto electrolítico al mismo tiempo que empeoran en el androgénico.

Tratamiento del tinnitus con hydergina.—El tratamiento de tinnitus es muy difícil, porque rara vez se consigue el éxito, sobre todo en los casos de sordera nerviosa. Mejores resultados se consiguen en las otras causas: afecciones del oído medio, catarro tubárico y sus secuelas, causas extraóticas, etc. El autor ha tratado con hydergina 20 casos de sordera nerviosa con tinnitus. En cuatro se produjo una desaparición completa de este síntoma; en otros ocho, aunque sin llegar a desaparecer, disminuyó hasta el punto de dejar de ser molesto; los ocho restantes no mejoraron nada. Esto representa un buen porcentaje de curaciones y mejoras en comparación con los demás tratamientos disponibles. Es difícil precisar el mecanismo por el que la hydergina desarrolla este efecto, tanto más cuanto que desconocemos la patogenia del tinnitus, pero es verosímil que sea por mejorar el flujo sanguíneo en el oído interno gracias a su acción simpaticolítica.

85 - 46 - 12 de noviembre de 1955.

- Silicosis en una gran fundición. E. Bertschi y E. Stiefel.
- Notas sobre las meningocemias graves. W. O. Schmitt, Alb. Mégevand y S. Sorouchyari.
- * Acción de la bilis y de los ácidos biliares sobre la anafilaxia experimental y las enfermedades alérgicas. R. Kadlubowski.
- Acción de la 6-allyl-6,7-dihidro-5 H-dibenzo - (c,e) - azepina (Ildar, Roche) sobre la función renal en el hombre. H. Thoenen, A. Bernstein y A. Guertler.
- * Púrpura trombocitopénica mortal en un caso de intoxicación por benzol. H. J. Chatzmann.

Bilis y ácidos biliares en la alergia y anafilaxia.—Basado en su observación de un asmático que mejoró coincidiendo con una ictericia, el autor comenzó a estudiar la acción de la bilis y sus componentes sobre el choque anafiláctico del cobaya, tratando de hacer después extensivas sus conclusiones a la alergia humana. La inyección intracardiaca de bilis de buey a un cobaya sensibilizado disminuye las manifestaciones del choque provocado media hora más tarde. También los ácidos cólico y dehidrocólico, por la misma vía protegen contra el choque anafiláctico. El choque histamínico o acetilcolínico no puede ser prevenido por una sola

inyección de bilis o ácido dehidrocólico, pero si por inyecciones intraperitoneales repetidas de este último. El autor ha ensayado el ácido dehidrocólico en el tratamiento del asma bronquial. Inyecta por vía venosa 0,5 gramos en forma de solución al 5 por 100 de la sal sódica, al principio cada dos días y después una o dos veces por semana, a tenor del resultado conseguido. Los nueve casos tratados mejoraron; en dos de ellos la mejoría no fué completa. También resultó útil en la urticaria y neurodermitis, pero no en la fiebre del heno y edema de Quincke.

Púrpura trombocitopénica mortal por benzol.—Lo más frecuente es que la intoxicación por el benzol produzca cuadros de panhematopenia, aunque se conocen casos que sólo presentaban trombopenia. Podría pensarse que éstos no eran sino manifestaciones parciales en las primeras fases de una lesión medular más extensa todavía incompletamente desarrollada. Sin embargo, el autor comunica el caso de un sujeto expuesto a una atmósfera de benzol que desarrolló una púrpura trombocitopénica sin que ni el examen más minucioso e intencionado permitiese descubrir una alteración en la formación de células rojas y blancas en ningún momento de su evolución hasta la muerte. No se encontraron anticuerpos antiplaquetas. No se encontró ningún tóxico salvo el benzol. El tratamiento con cortisonas, transfusiones de sangre y de plaquetas y 5-hidroxitriptamina fué totalmente inútil.

85 - 47 - 19 de noviembre de 1955.

- Factores psíquicos en las enfermedades de la garganta, nariz y oídos. E. Luescher.
- Sobre el problema y técnica de la inyección intraglútea. A. von Hochstetter.
- Contribución a la técnica de la broncografía. A. Prager.
- El tratamiento prolongado con anticoagulantes cumarínicos. J. Vandenbroucke, M. Verstraete y R. Deberdt.
- * El síndrome de Tietze. A. Celio y H. Nigst.

Cortisona en el síndrome de Tietze.—El síndrome descrito por Tietze consiste en tumefacción dolorosa de los cartílagos costales superiores, siendo negativo el examen histológico. El curso, sin tratamiento, es con remisiones espontánea y tendencia a la recidiva. El diagnóstico diferencial se debe hacer principalmente con los tumores malignos, a los que semeja por la consistencia dura y la adherencia a la costilla. También se hará con las metástasis, diferenciándose de unos y otras por la negatividad de la exploración radiológica. Otros procesos con los que se impone la diferenciación son los procesos inflamatorios, especialmente osteítis y periostitis tífica. La caries tuberculosa del cartilago da abscesos fríos y un foco osteomielítico demostrable a rayos X. Fracturas, tumores benignos, sarcoma de Ewing, mieloma múltiple, pericondritis reumática, quistes costales, son otros tantos diagnósticos erróneos posibles. Los autores han visto dos casos, en los que emplearon con éxito el tratamiento de cortisona por inyección local. La mejoría se produjo en uno a la primera inyección y en el otro a la cuarta. Dada la ineficacia de todos los demás tratamientos propuestos, esto representa una notable adquisición que puede librar al enfermo de una operación mutilante, ya que puede ser empleado como tratamiento de prueba para confirmar ex juvantibus el diagnóstico sospechoso.

85 - 48 - 26 de noviembre de 1955.

- * La enfermedad crioaglutininémica. W. Baumgartner.
- Problemas de la intoxicación crónica con preparados combinados de fenacetina. P. Schweingruber.
- Tratamiento de las alteraciones neurovegetativas según nuevos puntos de vista con Esanin. H. J. Weber y B. Pellmont.
- * Relación entre la presión intrahepática medida por el método directo, la presión intraesplénica y la presión oclusiva de la vena hepática. E. S. Egeli, I. Ulagay y H. Alp.
- Desembocadura de la cava inferior en la aurícula izquierda. A. Buehlmann y R. Kaelin.

La enfermedad crioaglutininémica.—Incluso en estado normal existe en pequeña cuantía una globulina en el suero que es capaz de aglutinar en frío a los hematíes propios, pero no tiene importancia biológica

porque sólo produce una aglutinación manifiesta a temperaturas muy bajas, que nunca pueden ser alcanzadas en el organismo. Se considera patológico un título superior a 1:32 a 4° C. En los países tropicales es la tripanosomiasis la enfermedad más a menudo responsable de la crioaglutinemia; en nuestros climas lo es la neumonía atípica primaria. Aparte de estos casos sintomáticos o secundarios hay otros, muy raros, de crioaglutinemia esencial, bien caracterizada clínicamente por la asociación de un síndrome hemolítico y de trastornos circulatorios periféricos que conducen a una intensa acrocianosis, todo ello condicionado por las bajas temperaturas. Los trastornos circulatorios se deben a la aglutinación de los hematíes dentro de los pequeños vasos, mientras que la hemólisis no parece deberse a las crioaglutininas mismas, sino a otro auto-anticuerpo de carácter lítico que las acompaña. La enfermedad crioaglutininémica se diferencia de la homoglobinuria paroxística a frigore, a menudo de naturaleza lúctica, por la negatividad de la reacción de Donath-Landsteiner, y de las anemias hemolíticas adquiridas por anticuerpos calientes incompletos por el menor relieve de los síntomas circulatorios y por la independencia de los descensos de temperatura.

Presión intrahepática.—Los autores han puesto en marcha un método para medir directamente la presión intrahepática valiéndose de la misma cánula empleada para hacer la biopsia por punción. Ambas maniobras pueden realizarse en un solo acto. Las cifras obtenidas en los normales están comprendidas entre los 80 y los 200 milímetros de agua. En los casos de fibrosis la presión intrahepática es de dos o tres veces superior a la medida por cateterismo en las venas suprahepáticas, y las oscilaciones de todas ellas marchan paralelas, excepto cuando a la fibrosis del hígado se asocia una trombosis de la esplénica; en este caso la presión intrahepática es normal o baja a pesar de la fibrosis, y siendo alta la intraesplénica, es normal o baja a pesar de la fibrosis y siendo alta la intraesplénica. También falla el paralelismo entre las presiones portal e intrahepática cuando la porta está obstruida. Este nuevo método propuesto por los autores es sencillo, puede hacerse al mismo tiempo que la punción-biopsia, evita el cateterismo portal y permite localizar la causa de la hipertensión portal.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

5 de agosto de 1955.

- Tolerancia y eficacia antigénica de la inmunización en el hombre con virus poliomiélico inactivado. F. Linneweh.
- El problema del llamado carcinoma superficial de la piel. H. Runge y cols.
- Alergia psicológica y química en el asma. G. Katsch.
- Hepatitis y transfusión sanguínea. F. Heepe.
- Sobre el modo de acción de los pirógenos. H. Siedec y colaboradores.
- Acerca del tratamiento de la hepatitis con antibióticos. E. Rissel.
- El tratamiento complementario de la eritroblastosis fetal con Periston. N. G. Martius.
- Tratamiento con vitamina B₁₂ en neuralgias, en particular en estados dolorosos. H. Hampp.
- La suerte de los hijos naturales. W. Follmer y cols.
- Enfermedad periódica. O. Höring.
- Un nuevo método de prueba de la función pulmonar. H. Wknippng y cols.

Hepatitis y transfusión sanguínea.—El autor comenta la necesidad de eliminar entre los dadores de sangre no solamente los que padecían una hepatitis, sino también hallar y eliminar a todos aquellos que padecían una forma latente de enfermedad si se quiere evitar la transmisión de ésta por las transfusiones.

Esta labor resulta difícil, ya que en un determinado tanto por ciento de personas aparentemente sanas se encuentran resultados patológicos en las reacciones de labilidad coloidal del suero (WELTMANN, TAKATA...). La frecuente comprobación de esta anomalía en personas que habían convivido con niños afectados de hepatitis hace pensar en la existencia de nuevas formas abortivas de la enfermedad. El autor recomienda la exclusión en todo centro de transfusiones de las personas que estuvieron afectas de hepatitis durante los últimos cinco años, y de los donantes que presentan reacciones de labilidad del suero positivas.

Acerca del tratamiento de la hepatitis con antibióticos. El autor comunica su experiencia sobre el tratamiento precoz en 60 enfermos de hepatitis con un gramo diario de aureomicina por boca.

Ha observado que si se comienza el tratamiento en el primer día de la ictericia, la enfermedad dura por término medio 16,6 días, si se empieza el segundo día dura 16,8, y si se comienza el tercer día el término medio de duración era de 23,5 días.

El tratamiento complementario del eritroblastosis fetal con periston N.—Se comunica en el presente trabajo el resultado favorable que se obtuvo en 15 niños afectados de eritroblastosis fetal al asociar el periston N (de una a dos veces diariamente, 12-15 c. c./kgr. de peso corporal, intravenoso), al tratamiento clásico con exanguinotransfusión.

Todos los casos fueron salvados y hasta en ocasiones de un "hidrops foetus universalis". Después del tratamiento no se produjo en ningún caso una ictericia nuclear o un aumento de la ictericia cutánea. El autor cree que la acción del periston N consiste en una más rápida eliminación de la bilirrubina y un influjo, todavía hipotético, sobre la formación de anticuerpos.

Tratamiento con vitamina B₁₂ en neuralgias, en particular en los estados dolorosos.—El autor comenta los resultados del tratamiento con vitamina B₁₂ en 33 personas con estados dolorosos. Los resultados no fueron uniformes, observando una mejoría pasajera en las neuralgias del trigémino y en dolores consecutivos al herpes zóster; una mejoría duradera en enfermos de la columna vertebral, dolores fantasmas y causalgias. Por último describe éxitos sorprendentes en dolores lancinantes de las crisis tabéticas.

Un nuevo método de prueba de la función pulmonar. Los autores tratan de un método para el registro de la ventilación en los distintos segmentos pulmonares con Xenon 133, que significa un valioso complemento a las otras pruebas respiratorias. Los autores realizan el estudio de la ventilación regional con el análisis del riesgo sanguíneo regional (con iodo radioactivo 133), exploraciones que son de gran utilidad en las resecciones segmentarias.