

- Lección 3.^a Doctor Puigvert: "¿Cistectomía parcial o total?"
Lección 4.^a Doctor Olivé: "Pre y postoperatorio en las enterocistoplastias".
Lección 5.^a Doctor Del Río: "Estasis vesical e infección renal".
Lección 6.^a Doctor Puigvert: "Cistopatías ginecológicas".

Las Conferencias Magistrales de los Profesores Doctores E. de la Peña, F. Romero Aguirre y J. Macías Godoy sobre temas del Cursillo se anunciarán oportunamente durante el mismo.

El trabajo estará regulado por el siguiente horario:

De 8,30 a 9: Revisión de enfermos operables.

De 9 a 10: Conferencia en Aula Serés.

De 10 a 13: Sesión operatoria en el quirófano.

De 16 a 17: Prácticas de exploración cistoscópica.

De 17 a 18: Prácticas de exploración radiológica.

De 18 a 18,30: Lección de Endoscopia.

De 18,30 a 19: Lección de Urografía.

De 19 a 21: Proyección de películas operatorias.

El presente Curso, que tendrá lugar durante los días 20 al 25 de abril de 1959, será desarrollado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, pabellón de la Asunción. Finalizado el Curso, los inscritos podrán seguir un período de especialización urológica en los diferentes departamentos del Instituto.

A los inscritos al Curso les será librado el diploma de asistencia. El número de asistentes es limitado.

Cinco lecciones sobre Endoscopia.

Lección 1.^a Doctor Ponce de León: "Resultados lejanos del tratamiento endoscópico de los tumores vesicales".

Lección 2.^a Doctor Elizalde: "Anatomía patológica de los tumores vesicales".

Lección 3.^a Doctor Cols: "Valoración clínica y resultados postoperatorios del tratamiento endoscópico en las lesiones del cuello vesical".

Lección 4.^a Doctor Ponce de León: "Lesión vesical neoplásica. Diagnóstico diferencial".

Lección 5.^a Doctor Puigvert: "Repercusión cistoscópica de las genitopatías neoplásicas".

Estas lecciones, de treinta minutos de duración, serán complementadas con prácticas de examen endoscópico y maniobras operatorias, bajo la dirección del Doctor I. Ponce de León, Jefe del Departamento de Endoscopia.

Cinco lecciones sobre Urografía.

Lección 1.^a Doctor Cols: "Técnicas de exploración urográfica vesico-uretral".

Lección 2.^a Doctor Solé Balcells: "La cistografía morfológica y funcional. Su valoración".

Lección 3.^a Doctor Solé Müllner: "Accidentes de la exploración urográfica vesico-uretral".

Lección 4.^a Doctor Pomerai: "Uretrocistovesiculografía. Indicaciones y valoración".

Lección 5.^a "Doctor Solé Balcells: "Semiología urográfica de las cistopatías".

Estas lecciones, de treinta minutos de duración, serán complementadas con presentación de radiografías con sus correspondientes datos clínicos, bajo la dirección del Doctor Solé Balcells, Jefe del Departamento de Urografía.

Para informes en la Secretaría del Instituto de Urología y la inscripción en la Depositaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

DRUG. RESISTANCE IN MICRO-ORGANISMS. Publicado por Editorial J. & A. Churchill. Londres, 1957. Un volumen de 352 páginas con figuras.

El desarrollo de una resistencia a las drogas ofrece varios aspectos del máximo interés. Al lado del aspecto práctico, formación de razas resistentes a los potentes medicamentos bacteriostáticos y antibióticos con que actualmente se cuenta, el problema tiene una gran trascendencia biológica por cuanto el mecanismo de desarrollo de la resistencia y sus aspectos genéticos, herencia, selección, factores fenotípicos y metabólicos, alteraciones de fermentos, etc., constituyen fases de una cuestión siempre planteada: la de las mutaciones inducidas y su transmisión. Nuevos hechos y aparentemente más ciertos de esta cuestión general están resultando de los estudios sobre farmacorresistencia en las bacterias.

En éste como en otros volúmenes de la misma serie participan los autores que más se han distinguido en el estudio de la cuestión y, por consiguiente, este volumen, que trata de tema de tanta importancia, contiene sobre él una información insuperable.

SENESCENCE ET SENILITE, por F. BOULIERE.—Editorial G. Doin et Cie. París, 1958.—Un volumen de 110 páginas, 1.500 francos.

Los nuevos medicamentos han aumentado el promedio de vida a la par que las nuevas condiciones en que

la vida se desarrolla han originado un envejecimiento que aunque no sea aparente, tiene un fondo real en las funciones orgánicas. No es de sorprender que se planteen, en virtud de las dos anteriores razones, una serie que, aunque no sea aparente, tiene un fondo real en las

Esta breve monografía constituye una introducción a una consideración fisiopatológica del problema de la senescencia y sus manifestaciones. No es un tratado de patología del anciano, sino más bien de las modificaciones y posibilidades de adaptación que se presentan en el hombre con el progreso de la edad, si bien a edades diferentes. Trátase con ello de establecer unas bases higiénico-profilácticas y terapéuticas. La orientación es interesante y en el libro se pueden encontrar numerosos datos de interés.

LIBROS RECIBIDOS

"Medical biology and etruscan origins". Ciba Foundation Symposium.—J. y A. Churchill. Londres, 1959.—Un volumen de 255 páginas con figuras.

"Biosynthesis of terpenes and sterols". Ciba Foundation.—J. y A. Churchill. Londres, 1959.—Un volumen de 311 páginas con figuras.

"Cateterismo del corazón izquierdo", por Luis Ruigómez.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1959.—Un volumen de 118 páginas con 66 figuras, 180 pesetas.

B) REFERATAS

The British Journal of Experimental Pathology.

39 - 1 - 1958.

- * Tolerancia inmunológica adquirida para un antígeno proteico en pollos. K. M. Stevens, H. C. Pietryck y J. L. Ciminera.
- * La especificidad de la tolerancia inmunológica adquirida para las azoproteínas. B. Cinadery J. H. Pearce.
- La respuesta cutánea selectiva al plasma autólogo y no autólogo en perros. J. Q. Bliss, P. B. Stewart y J. L. Fuller.
- Los efectos de la infección aguda y de la inanición aguda sobre el desarrollo esquelético: Un estudio de ratas jóvenes. R. M. Acheson y M. N. Macintyre.
- Síntesis de anticuerpos por células y tejidos homotrasplantados.
- III. Mecanismos de la síntesis de anticuerpos durante la respuesta secundaria en el animal receptor. A. B. Stavitsky.
- Cambios asociados con la acumulación de cantidades excesivas de hierro en algunos órganos de la rata. L. Goldberg y J. P. Smith.
- Estudios serológicos comparativos sobre las enfermedades de Talfan y Teschen y procesos similares. D. M. Chaproniere, J. T. Done y C. H. Andrewes.
- Estudios ulteriores sobre el interferon. D. C. Burke y A. Isaacs.
- El efecto de la oxitetraciclina y de la neomicina sobre los niveles de amoniaco en la vena mesentérica y sobre la flora cecal en conejos. B. Ruebner y J. R. McLaren.
- Una reacción entre suero fresco y lipopolisacáridos de bacterias Gram negativas. D. Rowley, W. Ali y C. R. Jenkin.
- Diferencias de especie y de sexo en la liberación de ácidos grasos por tejidos incubados con sueros humanos lipémicos. T. Zemlenyi y D. Grafnetter.

Inmunotolerancia a proteínas en pollos.— Los autores tratan de confirmar si con una proteína aislada se pueden dar fenómenos de inmunotolerancia análogos a los descubiertos por BILLINGHAM, BRENT y MEDAWAR empleando tejidos completos. Con este fin inyectaron 150 miligramos de albúmina del suero humano (HSA) en la cavidad alantoidea de huevos fértiles de 8 a 18 días y en el saco vitelino de huevos de 8 días. A las seis semanas de edad, cuando ya no se podía demostrar HSA circulante en los pollos, les inyectaron por vía intraperitoneal 30 mg./kg. de HSA precipitada con alumbre, sangrándolos nueve días después. Una semana después les inyectaron de la misma forma gamma globulina bovina (BGG) como control, sangrándolos de la misma forma. Determinan el N anticuerpo por reacción de precipitación cuantitativa. Dieron la misma pauta de inyecciones a pollos no inyectados en la vida embrionaria. El valor medio de anti-HSA en los grupos experimentales fué el 37 por 100 que en el control. La disminución de respuesta de anti-HSA pareció mayor en los huevos inyectados en la cavidad alantoidea que en los que lo fueron en el saco vitelino. No encuentran una relación clara entre la edad del huevo al hacer la primera inoculación y la respuesta del individuo desarrollado del mismo. No se vieron diferencias en ningún grupo en cuanto a la respuesta de anti-BGG. Las hembras tienden a responder a ambos antígenos mejor que los machos. No hay relación, en cada individuo, entre la respuesta de anti-HSA y de anti-BGG ni en pollos de la misma edad entre el peso corporal y la respuesta de anticuerpos.

Inmunotolerancia a azoproteínas.— Los autores estudian la adquisición de tolerancia por el conejo a varias azoproteínas (diazó-albúmina humana, diazo-suero de conejo y diazo-ribonucleasa), observando sobre todo si la tolerancia es para la proteína o para la porción diazo. Logran producir tolerancia a la diazo-albúmina humana dando a conejos una serie de inyecciones diarias, comenzando en las primeras doce horas después del nacimiento. La supervivencia de la albúmina humana inyectada está aumentada en estos animales. Un animal tolerante a la albúmina humana respondió a la azoproteína con formación de anticuerpos dirigido primariamente frente a los determinantes modificados por la conjugación. Los animales inyectados al nacer con diazo-suero

de conejo o con diazo-ribonucleasa dieron la misma respuesta de anticuerpos frente a la diazo-albúmina humana que los controles, pero en los últimos el anticuerpo estaba algo menos adaptado a los determinantes específicos.

The Lancet.

7.022 - 29 de marzo de 1958.

- "Estas enfermedades moribundas". A. King.
- Efecto del tabaco sobre la producción y persistencia de la úlcera gástrica y duodenal. R. Doll, F. A. Jones y P. Pygott.
- Hernia diafragmática debida a trauma. A. W. Fawcett y J. B. Das.
- Prueba cruzada anti-globulina (anti-globulin cross-matching test) y su utilidad para las transfusiones urgentes de sangre.
- Ferritina en el edema de nutrición. S. G. Srinkatia.
- Anaerobios en el cultivo diagnóstico de rutina. E. J. Stokes.
- * Función tiroidea en pacientes con cáncer de mama. G. A. Edelstyn, A. R. Lyons y R. B. Welbourn.
- * Enfisema pulmonar difuso y edema papilar. P. O. Leggat.
- Efecto de la reserpina sobre la vasoconstricción causada por las aminas simpatomiméticas. J. H. Burn y M. J. Rand.
- Hipotermia.
- Fibrilación cardíaca.
- Efectos metabólicos de la injuria cerebral.
- El tabaco y los jóvenes inquietos.
- Origen de las hemorragias gastrointestinales.
- Cuidado institucional del enfermo mental. F. N. Garratt.
- C. R. Lowe y T. McKeown.
- Intoxicación alimenticia por toxina causada por las patatas fritas. J. B. M. Davies y W. H. Parry.

Función tiroidea en pacientes con cáncer de mama.— Fué estudiada la función tiroidea en pacientes con cáncer de mama midiendo la optación de radio-iodo en el cuello, la excreción por orina y la fracción ligada a las proteínas. La función estaba significativamente disminuida en los que tenían metástasis hechas por vía sanguínea que en aquellas que tenían la enfermedad localizada.

Enfisema pulmonar difuso y edema de papila.— El papiloedema como complicación del enfisema pulmonar fué primeramente descrito por CAMERON en 1933. Posteriormente otros muchos autores lo han encontrado. El autor describe un caso. El edema de papila puede estar asociado a hipercapnia, aumento de la presión en el L. C. R., pero puede persistir en ausencia de ambos. Puede haber dificultades para diferenciarlo de los tumores cerebrales a causa de la persistencia del papiloedema y cefalea fuerte después de que la insuficiencia cardíaca y la hipercapnia desaparezcan.

7.023 - 5 de abril de 1958.

- El concepto de Hospital General. T. McKeown.
- Cambios metabólicos postoperatorios en relación con el régimen de alimentación. W. E. Abbott, H. Krieger y S. Levey.
- * Niveles de lípidos séricos y azúcar sanguíneo en la diabetes juvenil. O. H. Wolff y B. H. Salt.
- * Influencia de la posición y de la actividad sobre la secreción de aldosterona. A. F. Muller, E. L. Manning y A. M. Riondel.
- Tratamiento del tétanos grave por curarización y respiración a presión positiva intermitente. K. J. Powell, F. S. W. Brimblecombe y M. E. R. Stoneman.
- Intubación percutánea de la vena femoral para la transfusión. D. Verel.
- Enfisema facial recurrente. J. A. Black y R. P. Lawrie.
- El efecto de la hormona de crecimiento humana en el hombre. D. Ikko, R. Luft y C. A. Gemzell.
- Efecto de la hormona de crecimiento humana en sujetos diabéticos hipofisectomizados. R. Luft, D. Ikko, C. A. Gemzell y H. Olivecrona.
- La torsión del cordón espermático.
- La Farmacopea británica.
- Protección a la familia.
- Cambios metabólicos postoperatorios.
- Servicios de laboratorio en Escocia.
- El síndrome de Hamman-Rich.
- La vacuna rusa.
- Oclusión venosa masiva.

Niveles de lípidos séricos y azúcar en la diabetes juvenil.—Como se cree que antes de desarrollarse el aterosclerosis existe un nivel alto de los lípidos en la sangre, aunque no hay demostración de que ello sea su causa, y como en la diabetes hay una tendencia manifiesta a desarrollar la aterosclerosis en edades tempranas, los autores han recogido los datos de 35 jóvenes que se pueden considerar en estado prearteriomatoso, dosificando en ellos el nivel de lípidos totales, lipoproteínas, colesteroína, ácidos grasos esterificados y fosfolípidos así como el nivel de glucemia correspondiente. En los que la glucemia era 200 mg. por 100 o más alta, el nivel de lipoproteínas, colesteroína y ácidos grasos esterificados era significativamente más alto que en los que tenían una glucemia más baja y proporcionalmente al nivel alto de glucosa en sangre se ve que está aumentada la fracción de beta-lipoproteínas. En tres casos que no habían sido tratados y en los que encontraron un aumento de los lípidos a expensas principalmente de la fracción beta-lipoproteína, el tratamiento con insulina mejoró el nivel glucémico y colateralmente los lípidos volvieron a sus valores normales. En una niña que entró en coma con un nivel muy alto de lípidos (beta-lipoproteínas), se vio que cuando mejoró su estado metabólico se presentó gangrena y neuritis periférica; cuatro meses más tarde las complicaciones persistían y en cambio el nivel de lípidos había vuelto casi a sus valores normales así como su glucemia. En este caso se ve que la hiperlipemia precede a la enfermedad arterial, pero que es reversible a pesar de la persistencia de las complicaciones. Los autores concluyen con hipótesis acerca de estos cambios metabólicos.

Influencia de la posición y de la actividad sobre la secreción de aldosterona.—Los autores estudian tres sujetos normales y en un enfermo con insuficiencia hipofisaria la diferencia entre la excreción diurna o nocturna de aldosterona por la orina. Los encuentros demuestran de una manera segura la influencia de la posición y de la actividad sobre la excreción diaria de aldosterona. Pequeños cambios en la toma diurna y nocturna de cloruro sódico no tienen influencia sobre ella. La mayor excreción de aldosterona por el día parece ser consecuencia de la posición erecta y de la actividad. Crean que el estímulo fisiológico de la secreción es una contracción del volumen sanguíneo efectivo como resultado de estar de pie y del ejercicio. Sin embargo, los cambios en la excreción de sodio debido a la posición y al ejercicio son medidos no solamente por la secreción de aldosterona, sino también por los ajustes en los mecanismos renales. En el paciente con insuficiencia hipofisaria la excreción de aldosterona no fué mayor durante el día que por la noche, a pesar del ejercicio físico. El tratamiento con prednisona volvió a establecer la mayor excreción diurna cuando el enfermo estaba en alguna actividad, pero no cuando estaba acostado.

7.024 - 12 de abril de 1958.

- El nódulo tiroideo. S. Taylor.
Úlcera duodenal postbulbar. L. Cooke y Ch. F. Hutton.
Espasmos de flexión y contracciones en la enfermedad de la médula espinal. G. Platt, W. R. Russell y R. G. Wilson.
*Influencia del ayuno sobre las reacciones inmunológicas y el curso de la glomerulonefritis aguda. J. Brod, L. Pavkova, V. Fencel, Z. Hezl y E. Kratkova.
Cambios en la vesícula biliar después de la cirugía gástrica electiva. H. T. Cox y J. F. Dokerty.
Método perfeccionado de hematies marcados con fósforo radioactivo. P. L. Mollison, M. A. Robinson y D. A. Hunter.
Injuria renal unilateral debida a aortografía translumbar. C. G. Cairk.
*Síncope cardíaco después de la deglución. A. H. James.
La vía aérea en la tonsilectomía. K. Rotter y L. Mountford.
Colesteroína ligada a las lipoproteínas en el suero hemofílico. P. Barkhan.
Iodo-profilaxis del bocio.
Varices sangrantes.
Tumores hipofisarios.
La evolución de la visión.
Nomenclatura de los hongos patógenos.
Las zonas insalubres.
Anestesia en el recién nacido.
Responsabilidades en la parálisis cerebral. E. Ellis.
Intoxicación alimenticia causada por *Clostridium welchii* en pollos fríos. M. McNicol y E. J. McKillop.

Influencia del ayuno sobre las reacciones inmunológicas de la glomerulonefritis aguda.—Los autores describen una técnica para estimar un título de aglutininas que, ellos creen, indican un proceso autoalérgico en la glomerulonefritis aguda. Son comparados dos grupos con glomerulonefritis aguda. Un grupo fué tratado con reposo en cama y dieta ligera; el otro no tomó alimentación alguna durante sesenta horas. En el último grupo el título de aglutininas, la presión arterial y el índice de filtración glomerular volvieron a la normalidad sensiblemente más pronto que en los controles. En tres enfermos con títulos de aglutininas normales al principio, el ayuno no les acortó la enfermedad. Los autores creen que el ayuno reduce la gravedad de la reacción antígeno-anticuerpo, que es responsable de la glomerulonefritis aguda, y debería tomar una parte esencial en el tratamiento.

Síncope cardíaco después de la deglución.—El autor describe un enfermo que tenía muchos ataques de síncope cardíaco mientras comía o bebía. Padecía un divertículo de esófago. Los ataques cesaron cuando se suspendió la digital que estaba tomando y se le dió efedrina. Haciéndole beber agua y, alternativamente, distendiendo un balón en su esófago, se causaba bloqueo cardíaco y parada ventricular. Se mencionan los casos publicados por WEISS y FERRIS en 1934 y por CORRELL y LINDERT en 1949.

7.025 - 19 de abril de 1958.

- Terapéutica administrativa. Su importancia clínica en el hospital mental. D. H. Clark.
La naturaleza auto-anti-cuerpo de los anticuerpos en la tiroiditis y el papel de la tiroglobulina en la reacción. E. Witebsky, N. R. Rose y S. Shulman.
* Anticuerpos preepidémicos contra la gripe asiática 1957. J. Mulder y N. Masurel.
Estudios serológicos con la raza asiática de influenza A. S. K. R. Clarke, E. B. Heath, R. N. P. Sutton y C. H. S. Harris.
Prueba de fijación de complemento específica de raza en análisis antigénico y sedinagnóstico de la influenza. W. Henle, F. S. Lief y A. Fabiyi.
Una prueba serológica de la vacuna contra la gripe asiática después de la epidemia de otoño. W. W. Holland, A. Isaacs, S. K. R. y R. B. Heath.
* Retinopatía diabética y nefropatía en la diabetes pancreática. L. J. P. Duncan, A. MacFarlane y J. S. Robson.
Veintinueve niños con hematuria por sulfamidas. G. C. Arnell.
Método para estimar el diámetro de los eritrocitos. P. Stavem.
Una radiografía para excluir la placenta previa. A. A. Earn, J. L. Freer y D. R. Cairns.
Cambios nucleares en el epitelio oral en la anemia perniciosa. P. C. Farrant.
Influenza 1889 y 1957.
Cáncer del intestino grueso.
Parálisis cerebral.
Uso y toxicidad de las sulfonamidas.
Sed.
Inmunología.
Ganglionectomía cervico-torácica.

Anticuerpos preepidémicos contra la gripe asiática 1957.—Anticuerpos preepidémicos contra la gripe asiática 1957 fueron encontrados en un gran número de personas de más de setenta y un años en Holanda. Esto sugiere que la pandemia de 1957 fué una repetición de la que apareció en el último cuarto del siglo XIX, y que esta epidemia pudo haber sido la de 1889-90 y que también se originó en Asia. Investigaciones similares en el futuro de una posible mutación del actual virus asiático podrán ser de importancia para sostener esta teoría. En los jóvenes se encontró títulos más bajos contra la actual gripe asiática después de la vacuna monovalente de la cepa A anterior.

Retinopatía diabética y nefropatía en la diabetes pancreática.—La relación precisa entre el desarrollo de las complicaciones vasculares específicas de la diabetes mellitus en la retina y de la glomeruloesclerosis, al mismo desorden en sí, es desconocido. Se describe un paciente en el que ocurrieron estas complicaciones y en el que había evidencia de que la diabetes era el resultado de una enfermedad pancreática. La significación de este caso en relación con el actual punto de vista de la etiología de estas complicaciones es discutido por los autores. Exis-

ten razones en favor de que estas complicaciones son la consecuencia del desorden metabólico que resulta de la deficiencia de insulina.

7.026 - 26 de abril de 1958.

- Medicina social en las regiones de explotación. C. D. Williams.
Sobre la actividad movilizadora de la grasa de la orina humana. T. M. Chalmers, A. Kerwick y G. L. S. Pawan.
* Peritonitis estafilocócica en recién nacidos. D. W. Beaven.
"Encefalitis tremens". J. Wright y D. C. Morley.
Reflujo hepatoyugular. M. B. Matthews y J. Hampson.
Respuestas alérgicas cutáneas abolidas bajo tratamiento del asma y fiebre del heno por hipnosis. A. A. Masan y S. Black.
Autoinmunización en la tiroiditis subaguda asociada con infección por el virus de las paperas. D. F. Davies.
* Hiperparatiroidismo intermitente. L. G. Whitby.
Idiosincrasia a la tripeleminamina (piribenzamina). H. E. Bellringer.
Diátesis hemorrágica debida a fragilidad capilar aumentada secundaria a deficiencia ovárica. R. Wells.
Hipersensibilidad al Histone inducida experimentalmente en conejos. W. A. Wardabil, B. L. Toy y N. Galins.
Quimeras y anticuerpos.
Fibroplasia retrolental.
Pronóstico en la artritis reumatoide.
Enfermedad de Tietze.

Peritonitis estafilocócicas en los recién nacidos.—Las infecciones estafilocócicas minor han ido en aumento en los últimos años en el período neonatal. De todas maneras, en la literatura inglesa no se hace mención en los últimos diez años acerca del aumento de la peritonitis estafilocócica. NANA y MIRCIOIU, en 1948, publicaron dos casos de peritonitis enterocócica primaria, y RYAN en 1953 citó uno de peritonitis estafilocócica primaria. El autor publica cinco casos de peritonitis estafilocócica "primaria" en recién nacidos. En todos los casos estaba presente un abdomen silencioso, blando y timpánico.

Hiperparatiroidismo intermitente.—El hiperraratiroidismo será sospechado en los enfermos que tengan cálculos renales recurrentes (AIBRIGHT y REIFENSTEIN, 1948, y RICHARDSON, 1953). En el trabajo se publica un caso de hiperparatiroidismo debido a un adenoma que solamente era sobreactivo intermitentemente. Hay dificultades en el diagnóstico del hiperparatiroidismo intermitente. El más importante efecto de la paratiroidectomía ha sido el reducir la excreción urinaria de calcio de 266 miligramos a 120 mg. en las veinticuatro horas.

British Medical Journal.

5.074 - 5 de abril de 1958.

- Recientes avances en las enfermedades cerebrovasculares. R. D. Adams.
El tratamiento médico de la hemorragia subaracnoidea. J. M. Holmes.
Tratamiento quirúrgico de la hemorragia intracraneal espontánea. M. A. Falconer.
El tratamiento de las apoplejías. F. A. Elliott.
Investigación radiológica en casos de enfermedad cerebrovascular. J. W. D. Bull.
Tratamiento de la parálisis respiratoria usando un respirador de "tos mecánica". J. A. Forbes.
* Contenido bacteriano del intestino delgado de los niños sanos, en la enfermedad celiaca y en la enfermedad fibroquística del páncreas. Ch. M. Anderson y R. F. Langford.
Un soplo del ductus arterioso en el niño recién nacido. E. D. Burnard.
* Observaciones postmortem sobre la contracción del ductus arterioso humano. R. R. Wilson.
Un foco de sepsis postoperatoria. E. J. K. Penikett, R. Knox y J. Lidell.
Aneurismas bilaterales de la arteria pulmonar asociados con conducto arterioso persistente.
Sistema nervioso autónomo.
Una vacuna para la esclerosis múltiple.
Enfermedad maníaco-depresiva.
Estafilococos penicilín-resistentes en la leche.
Tuberculina G. C. G.

Contenido bacteriano del intestino delgado en niños sanos; con enfermedad celiaca y en la enfermedad fibroquística del páncreas.—La extensión y la naturaleza de la flora bacteriana del intestino delgado ha sido estudiada en niños sanos, en niños con enfermedad celiaca y en aquellos que padecen enfermedad fibroquística del pán-

creas. En los niños sanos, el intestino delgado estaba libre de flora tipo fecal en aquellos que se estudiaron por muestras directas, y en la mayoría en los que se estudiaron por intubación. En la mayoría de los que padecían celiaca y enfermedad fibroquística, estaban también libres de la flora tipo fecal. No pudo ser demostrada correlación entre la esteatorrea y flora anormal. La técnica de intubación tiene algunas limitaciones como medio de estudiar la flora bacteriana del intestino delgado. Los resultados negativos tienen valor, pero los positivos deben tener una cauta interpretación.

Observaciones postmortem sobre la contracción del conducto arterioso humano.—Las observaciones postmortem muestran que el conducto arterioso puede ser contraído o no. En la mayoría de los que nacieron normalmente se contrae. En cambio, en los que ha ocurrido un aborto no. Estas observaciones están en concordancia con la idea de que la contracción activa del ductus depende de la respiración.

5.075 - 12 de abril de 1958.

- Un estudio de la fiebre glandular. F. G. Hobson, B. Lawson y M. Wigfield.
* Apendicitis aguda. J. A. Campbell y D. C. McPhail.
Efecto de la valyl-citocina sobre el sujeto humano. C. N. Smyth.
* Remisión prolongada en la leucemia linfática crónica. L. H. Walter y S. M. Lewis.
Hábitos corrientes de fumar en 1957. K. W. Cross, L. A. McDowell y E. Posner.
Síndromes de hemoglobina E en una familia de Ceilán. N. Nagaratman, R. L. Wickrehasinghe, U. S. Jayawickreme y V. S. Maheon.
Framicetina en la gastroenteritis infantil debida a *Escherichia coli* patógena. R. Louwette y A. Lambrechts.
Sensibilidad a la tuberculina en las escuelas de Kuwait. O. Alfi.
Insuficiencia renal en la insuficiencia respiratoria terminal. D. A. K. Black y S. W. Stanbury.
Meprobromato en el tratamiento de la tartamudez. R. D. H. Maxwell y J. W. Paterson.
Hipoparatiroidismo en la carcinomatosis meníngea. M. McElligott.
Inmunología e investigación del cáncer.
Efectos neurotóxicos de la isoniazida.
Diagnóstico precoz del glaucoma.
Drogas anticólicas.
Dermatitis herpetiforme y herpes de la gestación.

Apendicitis aguda.—Los autores hacen una revisión de 549 pacientes con apendicitis aguda: 64 por 100 tenían menos de treinta años y el 5 por 100 tenía más de sesenta. Ningún enfermo se trató con medidas conservatorias. En el 80 por 100 la operación se realizó antes de que la infección se extendiese fuera del apéndice; en el 20 por 100 restante fué necesario el drenaje. Se encontró que la incidencia de la apendicitis complicada aumentó en los pacientes de edad, y esto no sólo debido al diagnóstico más tardío, sino también a que en esas edades el proceso fué más fulminante. La clásica descripción de los libros de texto no se encuentra con frecuencia y aumenta mucho la frecuencia de los cuadros atípicos. Los autores llaman la atención sobre la necesidad de sospechar la apendicitis en todo dolor abdominal agudo independientemente de la edad. La diarrea sugiere que la afección ha rebasado el apéndice. El más importante signo es el dolor sobre el cuadrante inferior derecho, por encima del apéndice, pero puede estar ausente en los enfermos de cierta edad. El pulso y la temperatura no tienen gran valor para el diagnóstico precoz de la apendicitis, y cuando se presenta en los ancianos, seguramente la infección se ha extendido fuera del apéndice. Si la operación se lleva a cabo cuando la infección se confina al apéndice, los riesgos quirúrgicos son mínimos. En los casos en que se ha formado un absceso, los autores creen que lo mejor es operar y drenar el absceso.

Remisión prolongada en la leucemia linfática crónica. La historia y los hallazgos clínicos de una enferma con leucemia linfática crónica diagnosticada en 1946 es descrita por los autores. En 1954 la enferma desarrolló un carcinoma del cérvix, y con motivo de ello se discute la asociación de leucemia con otras formas de enfermedad maligna. Ella permaneció libre de síntomas y signos ocho años y medio, pero a pesar de que el estudio de la sangre

periférica no denotaba anormalidades, la punción medular revelaba la presencia de la leucosis linfática. Concluir en el trabajo refiriéndose al pronóstico de estos casos.

5.076 - 19 de abril de 1958.

- Noradrenalina en la pared arterial y su dispersión por la reserpina. J. H. Burn y M. J. Rand.
Algunos aspectos de la reciente epidemia de influenza en Dundee.
Encefalitis e influenza. J. M. Dunbar, W. M. Jamieson, J. H. M. Langlands y G. H. Smith.
Muertes por gripe asiática.
Intoxicación humana por el Dieldrin (insecticida). T. B. Patel y V. N. Rao.
Ensayos con la Perfenazina en la prevención de los vómitos postoperatorios. C. F. Scurr y D. S. Robbie.
La Bemegrida como un activador en Electroencefalografía. J. Bingle.
Benactizina en pacientes con temperamentos violentos y en enfermos con parkinsonismo. P. W. Nathan.
Ensayo de un nuevo remedio (Ciba 10.870) en el parkinsonismo. W. Hughes, J. H. Keevil e I. B. Gibbs.
Observaciones sobre algunas hemoglobinas "rápidas": K. J. N. y la hemoglobina de Bart. J. A. M. Ager y H. Lehmann.
Control de los vectores de insectos.
Autoinmunidad en la glándula tiroides.
Aislamiento de la insulina.
Test para los tranquilizadores.
Humores modernos.
El embarazo y la piel.
Contaminación de las heridas operatorias con células cancerosas.

Encefalitis e influenza.—Los autores describen cuatro casos de influenza con encefalitis. Representa una incidencia de 1 por 10.000 en todos los enfermos con influenza. Dos presentaban marcados síntomas de infección respiratoria, mientras que los otros dos no se les reconoció a su ingreso la asociación con la influenza. Un paciente murió, y en la autopsia los encuentros demostraron encefalitis asociada a influenza. El virus A de influenza tipo asiático fué aislado de los exudados faríngeos en un caso, mientras las pruebas de fijación de complemento mostraron títulos significativos contra el antígeno A de la influenza en el suero de dos pacientes.

Intoxicación por dieldrin en el hombre.—Las publicaciones de intoxicación en el hombre por los insecticidas que se usan en el control de la malaria y filariasis son raras. Los trabajadores de las fábricas, aunque están expuestos a ese peligro, son protegidos por las medidas de seguridad que se llevan a cabo. Los insecticidas inicialmente usados fueron el DDT y BHC, pero recientemente se ha introducido el Dieldrin. Los autores publican en este trabajo 20 casos de intoxicación por este preparado. Aunque no hubo muertes, la mayoría tuvieron convulsiones. Muchos de los casos han ocurrido en la segunda exposición. En un enfermo, las convulsiones se presentaron quince días después de la última exposición. La incidencia de la presentación de los casos puede estar en relación con las medidas de higiene adecuadas.

5.077 - 26 de abril de 1958.

- Una década de cirugía cardíaca. A. L. d'Abreu.
Clorotiazida en el control de ascitis en la cirrosis hepática. A. E. Read, R. M. Haslam y J. Laidlaw.
Observaciones sobre el efecto diurético de la clorotiazida oral. D. W. Davies y B. Evans.
Tratamiento de la fiebre del heno con hemosuccinato sódico de hidrocortisona en aplicación local. R. M. Morris-Owen y S. C. Truelove.
Hipogammaglobulinemia y tuberculosis. R. Parkes.
Estudios clínicos sobre la acción de la Bemegrida en la sobredosificación de barbitúricos. T. J. Thomson.
Comparación del ácido fólico y vitamina B₁₂ materno y fetal en el parto. H. Barker, H. Ziffer, I. Pasher y H. Sobotka.
Valoración de un nuevo test calorimétrico para la proteinuria. D. N. Baron y F. Newman.
Prueba de laboratorio de un test con tira de papel para la proteinuria. S. C. Frazer.
Liquen plano de la boca. R. P. Warin, H. S. M. Crabb y A. I. Darling.
Un caso de moniliasis renal. J. F. E. Gillam y D. H. Wadleton.
Clorotiazida.
Errores en el diagnóstico del infarto cardíaco.
Madre y niño.
Enfermedades mentales y parto.
El defecto hemofílico.
Nuevos métodos de tratamiento en un hospital mental provincial. D. Sherret.

Clorotiazida en el control de la ascitis en la cirrosis hepática.—Los autores administraron dos gramos diarios de clorotiazida, en quince ocasiones, a 13 enfermos con cirrosis hepática y ascitis. En nueve ocasiones la respuesta fué buena; en las restantes el efecto fué pobre. Los pacientes refractarios tenían una eliminación urinaria de sodio inicial de menos de 1 mEq. diario. Dos enfermos, refractarios a la clorotiazida, respondieron bien al Mersalyl. La eliminación urinaria de potasio aumentó y todos los enfermos que no recibían suplementos del elemento desarrollaron hipopotasemia. De los 13 pacientes tratados, siete tuvieron coma inminente o real hepático. Se presentó generalmente en los que habían tenido una buena respuesta a la clorotiazida y en aquellos que tenían una historia previa de precoma. Son discutidos los posibles mecanismos de esta reacción. Otros cuatro pacientes fueron tratados por largos períodos de tiempo con la droga y suplementos de potasio. No se vieron cambios neuropsiquiátricos y dos llegaron a ser refractarios a la droga. La terapéutica continua con clorotiazida no debería hacerse en los enfermos fuera del hospital padeciendo cirrosis. Deben ser administrados 3-6 gr. diarios de potasio a todos los pacientes cirróticos que reciben la droga. Debe tenerse especial cuidado en aquellos que tengan una historia de complicaciones neuropsiquiátricas de la enfermedad hepática.

Hipogammaglobulinemia y tuberculosis.—El autor refiere el caso de una enferma con hipogammaglobulinemia adquirida, tuberculosis pulmonar activa y epilepsia, y recuerda casos anteriormente publicados por otros autores de hipogammaglobulinemia y tuberculosis. El curso natural de la tuberculosis no se afecta por la hipogammaglobulinemia y la hipersensibilidad y respuesta inmunológica es normal en los sujetos objetos de este estudio. Se sugiere que la hipersensibilidad y la respuesta de anticuerpos en la tuberculosis es una función independiente de la gamma globulina, quizá sea un mecanismo celular (leucocitos y otras células del cuerpo), aunque no se excluya el que exista una fracción proteica no identificada aún portadora de estas reacciones inmunológicas.

Acta Medica Scandinavica.

160 - 1 - 1958.

- * Un caso de hipertensión pulmonar idiopática. J. Ahlqvist y J. Brustein.
Empleo simultáneo de la oximetría de reflexión y de transmisión. W. G. Zijlstra, G. A. Mook, R. A. R. Elders y E. Onderstal.
Tratamiento con ACTH del edema cardíaco resistente al Novurit. J. Rado y G. Blumenfeld.
El ritmo de veinticuatro horas de los procesos metabólicos en la diabetes. J. Mollerstrom y A. Sollberger.
Proteínas, lípidos y carbohidratos unidos a proteínas en el suero en las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus. P. Introzzi, C. Bernasconi y L. Buscarini.
Proteínas, lípidos y carbohidratos unidos a proteínas en el suero en diabéticos tratados con tolbutamida (D-860). P. Introzzi, C. Bernasconi y L. Buscarini.
Efecto de las drogas antidiabéticas orales sobre las curvas de glucemia y de fosfato inorgánico en las pruebas orales e intravenosas de tolerancia a la glucosa. S. Eskjaer Jensen, K. Lundbaek, B. Moller y O. J. Rafaelsen.
* Degeneración combinada subaguda de la médula. A. Killander.

Hipertensión pulmonar idiopática.—Comunicación de un caso que ya a los tres años de edad mostraba signos radiológicos de hipertensión pulmonar (sombras hiliares densas y campo izquierdo relativamente claro), pero que no tuvo síntomas subjetivos (disnea de esfuerzo) hasta un año y medio antes de su muerte, que ocurrió repentinamente a los quince años de edad. Los autores discuten la posible etiología de esta enfermedad, inclinándose por un origen congénito de la misma, en favor de lo cual hablan el comienzo temprano (como en esta muchacha) y la presentación familiar que se ven en algunos casos. Posiblemente tienen un papel fundamental: anomalías estructurales congénitas del árbol vascular pulmonar. En este caso encontraron depósitos de mucopolisacáridos ácidos en la íntima de algunas de las pequeñas arte-

rias musculares del sistema pulmonar, que interpretan como expresión de las primeras fases de la proliferación de la íntima.

Determinación de la vitamina B₁₂ en el diagnóstico de la degeneración subaguda combinada de la médula.—En un período de cuatro años, los autores han visto 17 casos de degeneración combinada subaguda de la médula, de los cuales 11 tenían datos de sangre normales o sólo alteraciones poco características o inespecíficas. En cuatro de siete casos examinados tampoco el examen de la médula ósea demostró nada anormal; resaltan la poca objetividad de los exámenes de médula ósea. En esta serie de casos la determinación de vitamina B₁₂ en sangre, según una modificación del método de Ross empleando la *Euglena gracilis*, revelando una bedocemia inferior a la normal, fué el método de laboratorio más eficaz, siendo en cuatro casos el dato diagnóstico decisivo. En enfermos con manifestaciones evidentes de anemia perniciosa, la determinación de bedocemia no tiene ninguna ventaja sobre los otros métodos. Sin embargo, en casos con enfermedad neurológica más o menos clara y con aclorhidria, esta determinación puede representar la única prueba concluyente de la existencia de un déficit de vitamina B₁₂, sentando al mismo tiempo la indicación terapéutica.

160 - 2 - 1958.

Aislamiento del factor reumatoide. N. Svartz, L. A. Carlson, K. Schlossmann y A. Ehrneberg.

El mecanismo de la anemia perniciosa por vermes estudiado con vitamina B₁₂ marcada con CO¹⁴. G. Grante y T. Erneberg.

El número de eosinófilos circulantes. H. Uhrbrand. Tratamiento anticoagulante permanente. Complicaciones y mortalidad. A. D. Odegaard.

Prueba de tolerancia a la heparina durante la deshidratación de enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva. T. Holger-Madsen.

Diagnóstico de laboratorio de la trombosis venosa. K. Bobek y V. Cepelak.

* La prueba intradérmica en la tularemia. O. Ljung.

* Pruebas intradérmica y de aglutinación en la tularemia. O. Ljung.

Biopsia renal en la glomerulonefritis aguda. C. Brun, H. Gormsen, T. Hilden, P. Iversen y F. Raaschou.

La patogénesis del síndrome hepatorenal. N. A. Lassen y A. C. Thomsen.

Prueba intradérmica en la tularemia.—El autor hace pruebas intradérmicas con *B. tularensis*, inactivado químicamente. La lectura se hace a las 72 horas, considerando como positivas zonas de edema mayores de 7 mm. o mayores de 5 mm. si hay además vesículas o pústulas. De 40 enfermos que habían tenido tularemia de 2 a 21 años antes de la prueba, 90 por 100 dieron prueba positiva. De 131 sujetos procedentes de zonas donde no hay tularemia, ninguno dió reacción positiva; 1,5 por 100 de 472 sujetos de zonas con bajo índice de tularemia y 11,1 por 100 de los 2.047 de zonas donde la enfermedad es frecuente, dieron reacción positiva. La reacción en los sujetos que no han tenido la enfermedad es del mismo tipo que en los que la han pasado, aunque generalmente es más intensa en éstos. Las reacciones positivas en sujetos sin historia de enfermedad deben atribuirse a haber tenido tularemia atípica, abortiva o asintomática. Cuando la prueba se hace correctamente, no hay reacciones inespecíficas.

Reacción cutánea y aglutinación en la tularemia.—El autor compara los resultados de la reacción intradérmica y de la aglutinación en sujetos con historia de haber padecido tularemia o bien sin historia, pero con reacción cutánea positiva o procedentes de zonas de endemia. En todos los grupos de sujetos el tanto por ciento de positividades fué mayor para la prueba intradérmica que para las aglutinaciones, siendo menos marcada, pero existente, la diferencia en los casos con historia previa de tularemia. Ambas reacciones no son paralelas, y en algún caso fué positiva la aglutinación siendo negativa la reacción cutánea, pero es mucho más frecuente encontrar la relación inversa. La prueba cutánea con *B. tularensis* muertos no produce, o sólo muy raramente, la aparición de positividad en las pruebas de aglutinación a esta bacteria hechas con posterioridad.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

87 - 37 - 14 de septiembre de 1957.

Isquemia periférica. J. H. Dibie.

* La intolerancia hereditaria a la fructosa, una alteración congénita del metabolismo hasta ahora desconocida. E. R. Froesch, A. Prader, A. Labhart, H. W. Stuber y H. P. Wolf.

* La propagación de la intoxicación crónica por plomo en las fábricas de acumuladores y de colorantes plúmbeos. R. Egli, E. Grandjean, J. Marmet y H. Kapp. Úlcera gástrica en ratas durante el tratamiento con 5-hidroxitriptamina. C. Hedinger y F. Vergauth. Medicina experimental del pasado. W. R. Hess.

Intolerancia hereditaria a la fructosa.—Los autores han estudiado cuatro enfermos de la misma familia que presentaban un trastorno del metabolismo de la fructosa, heredado probablemente de manera autosomal recesiva, que se diferencia de la llamada fructosuria esencial por la producción de hipoglucemia y síntomas graves al administrar fructosa. La administración de este azúcar produce en ellos un excesivo y prolongado aumento de la fructosemia y la eliminación urinaria de aproximadamente el 10 por 100 de la fructosa ingerida. Al mismo tiempo que la fructosemia aumenta, la glucemia disminuye hasta 10 mg. por 100, manteniéndose así durante varias horas, durante las cuales se producen náuseas, vómitos hemorrágicos, temblor, sudoraciones profusas y somnolencia. Pasados los síntomas agudos se observa hiperbilirrubinemia y albuminuria transitorias. No existe en estos casos alergia a la fructosa, sino que parece tratarse de la ausencia congénita de un fermento que interviene en alguno de los pasos del metabolismo de la fructosa por el camino de la fructosa-1-fosfatiriosa.

Intoxicación por plomo en obreros.—Los autores hacen un estudio clínico y analítico de 94 obreros empleados en fábricas de acumuladores, de pinturas de plomo y de locomotoras. En ninguno de los obreros se vió un cuadro clínico completamente desarrollado de intoxicación por el plomo, pero más de la mitad de ellos tenían al menos un síntoma: ribete plúmbeo, temblor o disminución de la fuerza muscular; un tercio tenían anemia. Esto indicaba un estado de intoxicación latente. En el 60 por 100 de los casos las cifras de plomo en sangre y orina eran superiores a los límites de tolerancia admitidos (0,05 mg. de plomo por 100 gr. de sangre y 0,15 miligramos por litro de orina). En dos tercios de los casos la eliminación urinaria de coproporfirina era superior a 0,6 mg. por litro. Señalan la importancia de la intoxicación crónica latente por plomo como enfermedad profesional.

87 - 38 - 21 de septiembre de 1957.

Progreso y problemas actuales de la oftalmología. E. B. Streiff.

* Reacción cutánea en un caso de uveítis aftosa con hipopion recidivante (síndrome de Behçet). W. Jadassohn, A. Franceschetti y M. Golay.

Diagnóstico diferencial y tratamiento del craneofaringioma. F. Rintelen y A. Leuenberger.

* Comprobación neuroquirúrgica del papel de las carótidas internas en ciertos síndromes quiasmáticos. A. Ricci y A. Werner.

Cuidados oculares en los casos de tétanos curarizados. M. Cuendet.

Contribución al diagnóstico diferencial de los tumores coroidales. A. Bangerter y K. Hohl.

La profilaxis de la blenorragia del recién nacido. F. Rintelen y G. Hotz.

Patología de los tumores secundarios de órbita en el lactante. W. Bamert.

Queratocono, catarata y mogonismo. J. De'Alroy y C. Stucchi.

Síndrome de Behçet con reacción cutánea positiva.—El síndrome de Behçet consiste en uveítis aftosa con hipopion recidivante. En un enfermo visto por los autores que presentaba además de las lesiones oculares típicas aftas bucales y lesiones de escroto no ulceradas, han practicado reacción intradérmica con un antígeno preparado a partir de las lesiones cerradas de escroto. Obtuvieron como resultado una reacción positiva de tipo tardío, tuberculínico. La prueba con el mismo antígeno en otros tres sujetos normales que nunca habían padecido aftas fué totalmente positiva. Aunque no pueden for-

mar conclusiones sobre un solo caso, señalan el posible interés teórico de este hallazgo y la importancia de que por otros autores se repitan investigaciones similares.

Síndromes quiasmáticos por compresión carotídea.—La forma más frecuente de síndrome quiasmático es la hemianopsia bitemporal, acompañada o no de escotoma central hemianóptico; otras veces puede ser una hemianopsia binasal, o incluso una hemianopsia homónima, según el asiento y naturaleza de la lesión. La causa del síndrome puede ser una compresión por tumores, procesos inflamatorios (aracnoiditis optoquiasmática, meningitis basal, neuritis óptica quiasmática) o alteraciones vasculares (aneurisma o esclerosis arterial). Los autores han comprobado la importancia de la compresión producida por la carótida interna como causa de síndrome quiasmático en dos casos comprobados por craneotomía exploratoria: una mujer de sesenta y seis años con hemianopsia binasal incompleta y disminución de la visión central, en la que las dos carótidas internas estaban aumentadas de tamaño y calcificadas, y un hombre de sesenta y tres años con un escotoma hemianóptico bitemporal y edema papilar bilateral con disminución de la visión central, en el que el nervio óptico estaba comprimido por la carótida interna contra el techo de la órbita. En ambos casos la resección del techo del canal óptico produjo la recuperación funcional.

87 - 39-40 - 2 de octubre de 1957.

- Las relaciones de medida, cantidad y tiempo de la eritropoyesis en condiciones fisiológicas y patológicas. H. Welcker.
- Estudio con el microscopio electrónico de los trombocitos humanos aislados. R. Feissly, A. Gautier e I. Marcovici.
- La resistencia osmótica plaquetaria en diferentes condiciones hematológicas. A. Baserga y G. Ballerini.
- Un factor trombocítico estabilizador de la fibrina. E. F. Luescher.
- Diátesis hemorrágicas producidas por carencia del factor de Stuart-Prower. F. Bachmann, F. Deukert, P. Flueckiger y W. H. Hitzig.
- Estudios sobre la especificidad de la coagulación de la sangre en algunos mamíferos. P. de Nicola, G. Cappelletti y S. Sartori.
- Regeneración medular después de alteración por oro coloidal radioactivo. T. M. Flidner, S. Sandkuehler y R. Stodtmeister.
- Afectación sucesiva de los elementos formes de la sangre en un caso de linfogranuloma maligno del bazo. P. Magnenat y S. Cruchaud.
- * Prednisona a dosis masiva en el linfogranuloma, linfosarcoma y reticulosarcoma. H. Dubois-Ferrière.
- Análisis del nitrógeno residual del suero con ayuda de electroforesis de alto voltaje. G. A. Spengler y G. Riva.
- Eritremia aguda: Diagnóstico y diagnóstico diferencial de un caso observado clínicamente y en la autopsia. H. R. Marti y H. Vetter.
- Eritroleucemia y eritremia (tres casos diferentes). B. Jassinski, G. E. Stiefel y H. Frei.
- Anemia megaloblástica por carencia de vitamina B₁₂ en la hemocromatosis. C. Maier.
- Anemia megaloblástica por tratamiento antiepiléptico. U. Bucher y R. Mangold.
- Estudios experimentales sobre las alteraciones de los hematíes por derivados de la menadiona en comparación con la vitamina K₁. G. Zbinden, K. Schaerer y A. Etuder.
- Un caso de leucemia plasmocelular. G. E. Beck.
- Sobre una forma osteolítica de curso subagudo de la macroglobulinemia de Waldenstroem con leucemia plasmocelular. J. Wanner y R. Siebenmann.
- Observaciones sobre 15 casos de macroglobulinemia de Waldenstroem. R. Kappeler, A. Krebs y G. Riva.
- Formas intermedias de los subgrupos. A. K. Stampfli.
- Insuficiencia renal aguda por reacción transfusional hemolítica por anti-Lea y tratamiento con riñón artificial. H. Thoenen, M. Mall y L. Hollaender.
- * Prueba de Coombs positiva en la fenilhidrazinemia experimental. H. Lucinbuehl.
- Un método sencillo, sensible y seguro para la producción del fenómeno L. E. por alteración mecánica de los leucocitos del sustrato con especial referencia a los hallazgos en el lupus eritematoso y en la poliartritis crónica. A. Marmont, M. A. Piuma y G. Cannoni.
- Contribución clínica al problema de la agranulocitosis de origen alérgico. G. E. Beck.

Tratamiento de los linfomas malignos con dosis masivas de prednisona.—El autor ha tratado ocho casos de linfogranuloma, uno de linfosarcoma y dos de reticulosarcoma con dosis masivas de prednisona: 1 gr. diario durante cinco-siete días. En todos los casos se logró rápidamente una rápida mejoría clínica, desapareciendo

todos los síntomas. Las linfadenopatías regresan de manera dramática, así como las otras manifestaciones de la enfermedad: pleuresía, infiltraciones pulmonares, esplenomegalia. Esta mejoría dura unas semanas, hasta un máximo de tres meses, y después se produce en todos los casos la recaída. Repitiendo el tratamiento en la misma forma, consiguieron en algunos casos repetir la mejoría clínica. Para obtener resultados más duraderos hace falta dar, después de terminar el tratamiento con prednisona, quimioterápicos como la mostaza nitrogenada o el TEM o hacer radioterapia de los restos ganglionares.

Prueba de Coombs en la fenilhidrazinemia experimental.—Mediante una inyección única de fenilhidrazida se puede producir con toda regularidad en los cobayas una prueba de Coombs positiva transitoria. Esta parece ser el resultado de una alteración inespecífica de los hematíes más bien que de una reacción alérgica a la fenilhidrazina. Por el contrario, la positividad de la prueba de Coombs en algunos casos de anemia hemolítica producida por drogas en el hombre es probablemente el resultado de una reacción alérgica a la droga correspondiente, por lo que estas anemias hemolíticas deben incluirse en el mismo grupo que la trombocitopenia y la agranulocitosis alérgicas.

87 - 41 - 12 de octubre de 1957.

- * La ictericia obstructiva vista por el internista y por el cirujano. N. Markoff y M. Allgoewer.
- Tumor de células insulares del páncreas no productor de insulina y úlcera péptica (síndrome de Zollinger y Ellison). V. von Planta.
- La importancia de los nuevos conocimientos sobre grupos sanguíneos para las pruebas de paternidad. L. Hollaender.
- Problemas actuales en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades aórticas. L. Hensler.
- * Radioterapia de los queloides. E. Fischer y H. Storck.

Conducta a seguir en la ictericia obstructiva.—Ante un caso de ictericia obstructiva, lo importante es diferenciar entre el estasis biliar debido a hepatitis y la obstrucción parcial o completa de los conductos biliares extrahepáticos. Con la historia y la exploración clínica, esto se consigue en el 50-60 por 100 de los casos. Esta proporción aumenta al 80-85 por 100 añadiendo los estudios de función del colédoco, la laparoscopia y las determinaciones de fermentos del suero (fosfatasa alcalina, aldolasa, ácido láctico-dehidrogenasa y transaminasas). Es esencial la observación clínica y de laboratorio continua para establecer el diagnóstico, pero ésta no debe exceder de ocho-diez días. Una vez establecido el diagnóstico de obstrucción extrahepática, la intervención quirúrgica es urgente. Debe abandonarse el antiguo límite de las seis semanas para evitar el daño del parénquima y las complicaciones postoperatorias. El diagnóstico del trastorno del flujo biliar debe completarse en el acto operatorio, ya que muchas alteraciones del hilio hepático, del conducto biliar extrahepático y de la papila sólo pueden detectarse mediante la colangiomanometría.

Radioterapia de los queloides.—Los autores han controlado a 316 enfermos con queloides de diferente etiología durante un período de dos a diez años después del tratamiento. En las cicatrices operatorias consecutivas a intervenciones quirúrgicas y heridas, la curación completa tuvo lugar en 83 por 100; en las debidas a quemaduras esto ocurrió en el 58 por 100. Los mejores resultados se consiguen cuando se comienza el tratamiento dentro de los seis meses siguientes al comienzo del queloide; en 65 por 100 se aprecia la regresión del queloide ya al final de la radioterapia. La mejor pauta de administración consiste en irradiaciones fraccionadas repetidas con dosis totales de 1.200-2.400 r. La radioterapia produjo pigmentaciones o telangiectasias solamente en el 5 por 100 de los casos. Cuando ya han pasado de seis meses a un año del comienzo del queloide, está indicada la intervención quirúrgica. La radiación profiláctica postoperatoria no da mejores resultados que la radioterapia después del comienzo de la formación del queloide.

87 - 42 - 19 de octubre de 1957.

Síndrome doloroso de origen vertebral y la posibilidad de su tratamiento quiropráctico. R. A. Leemann.

- * Contribución al cuadro clínico de la miocarditis idiopática aislada con observaciones sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento. F. Schmid.
- Las fosfatasa del suero y de las células sanguíneas. A. Pedrazzini y E. Salvidio.
- Problemas actuales en el diagnóstico y tratamiento de los defectos aórticos. L. Hensler.

Miocarditis idiopática aislada.—Los autores describen el caso de un enfermo de cuarenta y cinco años que estando completamente bien sufrió una embolia arterial en la pierna izquierda y en las semanas y meses siguientes desarrolló una insuficiencia cardíaca grave. Los síntomas presentados por el enfermo correspondían a una miocarditis subaguda idiopática aislada de FIEDLER, cuyo diagnóstico exige los dos requisitos siguientes: existencia de una miocarditis aislada sin lesión pericárdica o endocárdica (excepto la formación de trombos murales) y aparición de la mismas en forma primaria, idiopática, y no como complicación de ninguna otra enfermedad. El tratamiento clásico de la insuficiencia cardíaca fué poco eficaz en este caso. La mejoría se produjo después de un año de tratamiento con prednisona y anticoagulantes. Como residuo quedó una dilatación cardíaca moderada, menor que durante la enfermedad, y alteraciones electrocardiográficas inespecíficas; el enfermo pudo reintegrarse normalmente a su trabajo de recogida de basuras.

87 - 43 - 26 de octubre de 1957.

Pasado y futuro de la cirugía plástica. T. Kostek.

- * Aspectos del modo de acción de algunas sustancias sulfamídicas hipoglucemiantes revelados en el hombre normal y diabético por su efecto sobre las sobrecargas intravenosas de fructosa. D. Bonhote.
- Síndrome doloroso de origen vertebral y la posibilidad de su tratamiento quiropráctico. R. A. Leemann.
- * Enfermedad ulcerosa y hepatopatía. R. Uebelhart.
- Lorfan como antagonista de la morfina en ginecología y obstetricia. E. Hochuli.

Mecanismo de acción de las sulfonamidas hipoglucemiantes.—La administración lenta de fructosa por vía intravenosa produce, al mismo tiempo que una fructosemia, una elevación ligera y muy pasajera de la glucemia; en los diabéticos esta glucemia es más pronunciada y duradera, mientras que la fructosemia tiene la misma altura que en los normales. Esto es debido a la existencia de una fructoquinasa específica cuya actividad enzimática escapa al control de la insulina. La transformación de la fructosa inyectada en glucosa tiene lugar casi exclusivamente en el hígado. Aprovechándose de estas propiedades de la fructosa, y con el objeto de ver si la acción de las sulfonamidas hipoglucemiantes consistía en una inhibición de la gluconeogénesis hepática, los autores han estudiado los efectos de la sulfonilurea sobre las consecuencias de la sobrecarga lenta de fructosa. Encuentran que en los normales la sulfonilurea produce un efecto paradójico sobre la glucemia que sigue a la inyección de fructosa, mientras que en los diabéticos disminuye esta gluconeogénesis hepática. Llegan a la conclusión de que la sulfonilurea actúa inhibiendo determinados fermentos y estimulando otros, y que la frenación de la liberación de glucosa del hígado es sólo un aspecto parcial del problema.

Relaciones entre úlcus y enfermedades hepáticas.—El concepto de "úlcus hepatógeno" fué introducido por JAHN en 1946 por haber encontrado en el 40 por 100 de los casos de úlcus una enfermedad hepática. Según él, cualquier enfermedad hepática podría conducir a la formación de una úlcera en el estómago o en el duodeno. El autor ha examinado 1.354 autopsias buscando esta relación, llegando a las conclusiones siguientes: Puede establecerse una relación entre la cirrosis y la congestión hepática por un lado y la úlcera gastroduodenal por el otro. Hay una relación dudosa entre la coledocistitis y la úlcera. No hay relación alguna entre los tumores malignos primarios o secundarios del hígado y la úlcera. Las relaciones establecidas no pueden garantizarse completamente, dado lo reducido del número de casos observa-

dos; sin embargo, la relación de la úlcera con la cirrosis y la congestión hepática es bastante segura. En cuanto al diagnóstico diferencial, debe tenerse en cuenta que en los enfermos con cirrosis las hemorragias graves pueden tener su origen en varices esofágicas o en una úlcera gastrointestinal.

Acta Haematologica.

17 - 5 - 1957.

- * Cambios en el nivel de las plaquetas de pacientes no transfundidos sometidos a las intervenciones quirúrgicas. J. F. Mustard.
- La estimación directa de la capacidad latente de formación de hierro de la sangre. E. Klein.
- Efecto de la cortisona sobre la respuesta celular durante la inflamación alérgica. R. S. Speirs.
- * Sobre el comportamiento del factor VII en la circulación del gato. H. G. Lasch y cols.
- Sobre la significación de las reacciones serológicas en la trombopenia condicionada por alergia medicamentosa en un caso de púrpura quinidínica. W. Spiemann.
- Enfermedad talasemia-hemoglobina E en dos muchachos indoeuropeos. K. Punt.
- * Afibrinogenemia congénita. H. Morita y cols.

Cambios en el nivel de las plaquetas de pacientes no transfundidos sometidos a intervenciones quirúrgicas. Según el autor, las intervenciones quirúrgicas mayores producen una elevación del número de plaquetas circulantes alrededor del 10 por 100. En el curso de los tres primeros días del postoperatorio, en la mayoría de los pacientes el número de plaquetas se mantiene por encima de su valor preoperatorio.

Sobre el comportamiento del factor VII en la circulación del gato.—En las investigaciones comparativas sobre los factores del complejo protrombínico en los diferentes territorios vasculares, la concentración sanguínea en factor VII se ha encontrado en ocho gatos, que es claramente superior en la vena porta que en la vena hepática. Los resultados son inversos para la protrombina verdadera, aunque no de manera tan clara. Estas observaciones no concuerdan con la concepción fisiológica de que las células hepáticas liberan en la sangre el factor VII elaborado por ellas.

Afibrinogenemia congénita.—Los autores comunican el primer caso de afibrinogenemia congénita publicado en el Japón. Se trata de una niña de siete años que tenía una historia de tendencia hemorrágica desde el nacimiento con afibrinogenemia absoluta, ausencia de coagulación sanguínea y velocidad de sedimentación eritrocítica muy disminuida.

17 - 6 - 1957.

- Investigaciones comparativas sobre la comprobación de la fibrinolisis tras la inyección de un liposacárido bacteriano. M. H. Horder y cols.
- * Resistencia mecánica de los leucocitos humanos. E. Storti y colaboradores.
- * Sobre la inactivación de la tromboquinasa. H. Egli y colaboradores.
- Dosificación del factor VIII en un tiempo. Y. Bounamav.
- * Leuco-autoaglutininas en un caso de leucosis aguda monocítica. S. A. Killman.

Resistencia mecánica en los leucocitos humanos.—Los leucocitos sometidos a traumatismos mecánicos continuos, cuando éstos exceden de su resistencia física, se desintegran en pequeños fragmentos. Basándose en este hecho, los autores han elaborado un método de determinación de la resistencia mecánica leucocitaria, comunicándolo por primera vez en este trabajo. Después de los resultados obtenidos en 30 sujetos, parece que la resistencia leucocitaria presenta un valor constante en los sujetos normales.

Sobre la inactivación de la tromboquinasa sanguínea. Los autores describen un método que permite seguir cuantitativamente la inactivación de la tromboquinasa sanguínea. La acción inhibitoria del suero es incrementada después de la absorción con el sulfato de bario, pero

es reducida después del contacto con el vidrio. Esto es debido a la presencia de factores que favorecen la coagulación y que son absorbidos por el sulfato de bario y activados por el contacto con el vidrio. El calentamiento a 65° suprime el poder de inactivación y en ausencia de calcio la inactivación es menor.

Leucito-auto-aglutinina en un caso de leucemia aguda monocítica.—Los autores comunican un caso de leucemia aguda monocítica con cuadro hemático inicialmente aleucémico y evidentemente leucémico en la última fase. En el periodo leucémico se encontró una aglutinina leucocitaria capaz de aglutinar tanto los leucocitos normales como los propios leucocitos de enfermos en la fase leucémica. Esta aglutinina no pudo atribuirse a transfusiones. Cabe pensar que la presencia de esta leuco-auto-aglutinina fuese la responsable de la fase aleucémica.

Klinische Wochenschrift.

36 - 1 - 1 de enero de 1958.

- Origen y significación clínica de los fermentos plasmáticos. R. K. Brown.
- Valor diagnóstico de la prueba de inhibición de la triiodotironina. B. Malamos, G. Daikos y V. Samara.
- Eliminación renal de inulina. J. Frey.
- * Factores del complemento y properdina en lactantes sanos en el primer año de vida. F. Koch, H. E. Schultze y G. Schwick.
- * Determinaciones comparativas de globulina antihemofílica en ambos sexos. J. Fischer, G. Landbeck y W. Lenz.
- Recuento diferencial de los leucocitos con el microscopio de fluorescencia en la prueba del ACTH. W. Kosenow y E. Schellong.
- Observaciones experimentales y clínicas sobre el variable contenido de lípidos en las fibras reticulares del hígado, bazo y riñones. H. P. Missmahl.
- Aislamiento de los linfocitos de la sangre periférica. W. Nagel, H. Lahann y E. L. Weihrauch.
- Relación entre el nitrógeno amínico eliminado en la orina y la cantidad de ésta. G. W. Schmidt.
- El efecto colestático del Megafen y su modificación por los coleréticos. O. Scholz y E. Kretshmar.
- El antagonismo entre el timo y las gonadas. Estudios histológicos en ratas. H. J. Witt y E. Halpapp.

Complemento y properdina en los lactantes.—Los autores hacen la titulación de las fracciones del complemento y de properdina en la sangre umbilical y en la sangre de lactantes en el primer año de la vida, comparando los resultados con los obtenidos en adultos sanos. Tanto la properdina como los diferentes componentes del complemento están disminuidos en los primeros tres o cuatro meses de la vida. Esta disminución, que puede considerarse como expresión de una disminución de las defensas inespecíficas, coincide en el tiempo con la época de mayor frecuencia de enfermedades producidas por bacterias Gram negativas (enteritis por colibacilos, tos ferina, meningitis meningocócicas y por bacilos de la influenza), pudiéndose considerar esta coincidencia como una relación causal, pues es conocido el papel defensor de la properdina, especialmente frente a las bacterias Gram negativas.

Globulina antihemofílica en ambos sexos.—Determinación de globulina antihemofílica en el plasma de 40 muchachos y otras tantas muchachas. Tanto los valores medios como la distribución alrededor de los mismos se corresponden en ambos sexos sin encontrar ninguna diferencia significativa. Esto hace insostenible la hipótesis de que la distribución normal de la actividad antihemofílica está condicionada por una serie de alelos X-cromosómicos. Las mujeres conductoras del gen hemofílico muestran una ligera disminución de la actividad de la globulina antihemofílica. Esto sugiere que en la hemofilia no sólo se trata de una carencia de globulina antihemofílica, sino de una minusvariante funcional de un gen. El gen hemofílico, incluso en presencia del alelo normal, tiene cierta actividad inhibidora sobre la actividad de la globulina antihemofílica. No se trata, por tanto, de una verdadera recesividad, ya que sólo se puede hablar de ésta cuando al estado homocigótico no puede diferenciarse de ninguna manera del heterocigótico.

36 - 2 - 15 de enero de 1958.

- Eritema infeccioso. G. H. Werner.
- * Propiedades fermentativas de los hematíes en las enfermedades hepáticas. H. E. Bock, O. Karges, G. W. Locher y H. D. Wailer.
- El comportamiento de la cantidad de sangre circulante en la diátesis extracorpórea. H. Nieth y A. A. Mueller.
- El destino en el bazo de los hematíes alterados tóxicamente. F. Jung.
- Estudios con albúmina marcada con I^{131} sobre los procesos de cambio entre el plasma y el líquido cefalorraquídeo. E. Frick y L. Scheid-Seydel.
- La acción de la hipertensión II sintética sobre el aclaramiento de PAH e inulina, la hemodinámica renal y la diuresis en el hombre. K. D. Bock y H. J. Krecke.
- Función renal y líquidos extracelulares en la diabetes insípida. A. Linke y H. Dowlatabadi.
- * Estudios inmunoelectroforéticos en sueros de mieloma. F. Scheiffarth, H. Goetz y K. Soergel.

Estudios sobre los hematíes en las enfermedades hepáticas.—En siete enfermos de hepatitis aguda, siete de ictericia obstructiva, 25 de cirrosis y 10 en coma hepático, los autores estudian la actividad de los fermentos difosfofructosaldolasa, triosaisomerasa, fosfogliceraldehidodehidrogenasa, acidolacticodehidrogenasa, piruvatoquinasa, 3-fosfoglicerato-1-quinasa, glucosa-6-fosfatodehidrogenasa, enolasa y dos sistemas fermentativos reductores de la hemoglobina en los hematíes lavados. Al mismo tiempo miden el volumen de los hematíes, el contenido de hemoglobina por hematíe y el diámetro de los mismos. En la ictericia obstructiva y en la hepatitis aumenta el volumen y el diámetro de los hematíes y el contenido de hemoglobina reductasa y acidolacticodehidrogenasa. En la cirrosis hepática están significativamente aumentados el contenido y la concentración de todos los fermentos estudiados, quedando normal el volumen del hematíe. En el 44 por 100 de los casos estaba aumentado el diámetro de los hematíes. En el coma hepático hay también un aumento del contenido de los fermentos, pero sin que aumente su concentración por aumentar al mismo tiempo el diámetro de los hematíes. Las alteraciones enzimáticas de los hematíes en las enfermedades hepáticas se explican por alteraciones en la eritropoyesis y no por influjos periféricos.

Estudios inmunoelectroforéticos en sueros de mieloma. Diecisiete sueros de enfermos con mieloma clínicamente seguro fueron estudiados en electroforesis de papel y en inmunoelectroforesis. Cada suero fué probado frente a cuatro antisueros: a) Un suero antisero humano normal. b) Un suero antisero normal, del que se eliminó la gamma globulina por absorción. c) Un suero específico antisero de mieloma; d) La gamma globulina fisiológica aislada de un suero específico antisero de mieloma. En todas las pruebas las fracciones del mieloma se comportaron como fracciones globulínicas normales, como se demostró por los dos hechos siguientes: a) En difusión frente a sueros antisero normal precipitaron de la misma manera que las fracciones normales correspondientes; y b) Los anticuerpos formados frente a la fracción del mieloma fueron absorbidos en el inmunosero correspondiente por un antígeno (una gamma globulina) normal, lo que se puso de manifiesto porque las fracciones del mieloma no precipitaron frente a un suero antisero de mieloma después de ser absorbido con gamma globulina.

36 - 3 - 1 de febrero de 1958.

- * Biopsia pleural. B. Chomet.
- Determinaciones de properdina y factores del complemento. W. Fritzsche, H. Fischer, G. Schwick y H. E. Schultze.
- Trastornos de la coagulación en la uremia. R. Gross, H. Nieth y E. Mammen.
- Seudohemofilia, angiohemofilia, enfermedad de Von Willebrand-Juergens y diátesis hemorrágica relacionadas. R. Gros y E. Mammen.
- El antígeno de la neumonía intersticial. O. Goetz.
- Los llamados métodos indirectos de aclaramiento renal. H. Nuessgens y K. W. Fritz.
- Determinación cuantitativa de la actividad de la estrofantina. H. Storz.
- Sobre la acción coronariodilatadora de la khellina. L. Schmidt.
- * Estudios sobre la absorción rectal de K con radiopotasio. K. Oeff y R. Dohrmann.
- Demostración de eritropoyetina en cultivo de tejidos. L. Friederici.

Biopsia pleural.—Las causas más frecuentes de derrame pleural son las neoplasias, la tuberculosis y la insuficiencia cardíaca, pero los métodos habitualmente empleados sólo permiten hacer el diagnóstico etiológico en el 60-83 por 100 de los casos. Esta cifra se puede ampliar considerablemente mediante la punción-biopsia de la pleura parietal. Para hacer la biopsia pleural deben seguirse algunas reglas: las constantes de coagulación deben ser normales. El lugar de la biopsia debe elegirse radiológicamente. Sólo se hará la biopsia cuando se esté suficiente seguro de que el pulmón está bastante separado de la pared torácica por el líquido de derrame o por una gruesa capa fibrosa. No se debe practicar cuando el único signo de afectación pleural sea una opacificación del ángulo costofrénico. La punción-biopsia no debe emplearse para tomar muestras de la pleura visceral o del propio pulmón. En ocasiones es necesario repetir la punción-biopsia cuando sólo se encuentra inflamación o fibrosis inespecíficas o cuando la muestra tomada es insuficiente o corresponde a tejido normal. Cuando repetidas punciones den resultados inconcluyentes por una u otra causa, se recurrirá a la biopsia quirúrgica. La punción-biopsia no debe sustituir a los métodos habituales de examen del derrame pleural (cultivo, exámenes bacteriológico y citológico), los cuales por sí solos conducen al diagnóstico en algunos casos.

Absorción rectal de potasio.—Mediante el empleo de potasio radioactivo (K^{42}), los autores han medido la cuantía de la absorción del potasio administrado por vía rectal en diferentes formas. Cuando pequeñas cantidades de K^{42} en pequeños volúmenes de líquido se depositan supraanalmente, las cifras de K^{42} en sangre y orina después de la primera hora de instilación son análogas a las que se encuentran después de la administración intravenosa de radiopotasio. En cambio, cuando se dan cantidades mayores de potasio en volúmenes mayores de líquidos, alcanzando segmentos más altos del colon (por ejemplo, en administración gota a gota prolongada), tiene lugar la absorción del 20 al 55 por 100 de la cantidad dada.

36 - 4 - 15 de febrero de 1958.

* Puntos de vista endocrinos de la oftalmopatía exoftálmica. E. Rose.

* Peculiaridades en el contenido enzimático de los megalocitos. H. E. Bock, H. D. Waller, G. W. Loehe y O. Karges.

Dependencia de la dosis de la concentración sérica y de la acción sobre la glucemia de la N-4-metil-benzolsulfonil-N-butilurea (Rastinon, D-860, Artosin) en las infusiones intravenosas prolongadas. A. Hasselbalt y W. Bludau.

Activación de la fibrinolisis en el hombre por un pirógeno bacteriano. Influencia de la funilbutazona y de la heparina sobre la fibrinolisis, coagulación sanguínea y reacción febril. M. H. Hoerder, B. Kickhoeffer y F. Wendt.

Determinación de 17-cetosteroides en orina. W. Staib y W. Schild.

La circulación arterial en la narcosis por esteroides. E. F. Gersmeyer y H. Spitzbarth.

Determinaciones comparativas de la actividad de los fer-

mentos del metabolismo energético en el hígado humano y de rata. E. Schmidt, F. W. Schmidt y E. Wüdhart.

Electroforesis de lipoproteínas como ampliación de la electroforesis de lípidos. Una contribución a la estabilidad de los lipoproteínas del suero en los niños normales y nefróticos. W. Freisleder y E. Kastner.

La determinación de calcio en el suero. W. Pilz.

Origen, denominación y clasificación de los trastornos circulatorios locales. L. Illig y H. W. Weber.

Oftalmopatía exoftálmica.—El autor considera las alteraciones oculares asociadas con disfunción tiroidea que afectan a los globos oculares, sus anejos, los párpados y las estructuras orbitarias. Estas alteraciones son producidas por una sustancia productora de exoftalmos (EPS), específica, pero todavía no identificada, segregada por el lóbulo anterior de la hipófisis, que de una manera todavía desconocida determina las alteraciones patológicas de los párpados, de los anejos y del tejido orbitario, las cuales a su vez son las responsables de la aparición del exoftalmos, de los trastornos del equilibrio de la musculatura ocular y de las alteraciones en el globo ocular. Anatomopatológicamente, las lesiones consisten en edema, infiltración celular, aumento del depósito de grasa y verosímilmente también en un depósito de complejos proteína-mucopolisacárido, segregados por las células cebadas. Estos cambios conducen más tarde a fibrosis irreversible con aumento del tejido conjuntivo, proptosis permanente y miopatía de los músculos oculares. El curso clínico de la oftalmopatía es muy variable, presentándose empeoramientos y remisiones espontáneas. El tratamiento debe adaptarse a esta multiplicidad de manifestaciones clínicas.

Estudios sobre los megalocitos.— Los autores estudian en los megalocitos lavados de 14 enfermos de anemia perniciosa no tratados la concentración de los fermentos difosfofructosaldolasa, triosaisomerasa, fosfogliceraldehidodehidrogenasa, acidolacticodehidrogenasa, l-alfa-glicerofosfatodehidrogenasa, 3-fosfoglicerato-1-quinasa, piruvatoquinasa, glucosa-6-fosfatodehidrogenasa y el sistema hemiglobinreductasa. El contenido de todos estos fermentos en los megalocitos es de dos a tres veces mayor que en los normocitos. El contenido de hemoglobina es el 40 por 100 mayor que en éstos. La participación de la hemoglobina en el total de pigmento sanguíneo es normal. La concentración (teniendo en cuenta el diámetro y volumen de los hematíes) de estos fermentos en los megalocitos es doble que en los normocitos; por el contrario, la concentración de hemoglobina es normal. En cuatro enfermos de anemia perniciosa tratados con dosis suficientes de vitamina B₁₂ y con hierro observaron que, a pesar de la normalización del cuadro sanguíneo, la actividad fermentativa de los hematíes no se normaliza hasta mucho más tarde, persistiendo elevada para algunos fermentos hasta tres-cinco meses. Estas alteraciones fermentativas, que son específicas de los megalocitos, pueden encontrar una aplicación práctica en el control más objetivo del tratamiento de la anemia perniciosa.