

aumentando cada vez una décima de c. c. o doblando la dosis anterior. Las inyecciones provocan una reacción local, eritematosa y a veces necrótica (parece ser favorable el efecto de las necrosis locales, GIESBERT). En ocasiones se origina una reacción adecuada. El intervalo entre las inyecciones varía entre dos y cinco días, dependiendo de la reacción local de la inyección anterior. Cuando se ha llegado a la dosis de 0.8 c. c. de Plenosol I (que se pondrá en varias pápulas), se pasa a la dosis de 0.1 c. c. de la concentración II. En general, no se pasará de 0.8 c. c. de esta forma del preparado, y el número total de inyecciones en cada tratamiento oscila entre 3 y 15.

Los efectos suelen ser manifiestos a las pocas inyecciones. Se hacen notar por desaparición de los dolores, mayor amplitud de movimientos y aún por la mejoría del cuadro radiológico (?). Es preferible para el tratamiento que el enfermo realice ejercicios con el miembro afecto (LEGEL), a que guarde absoluto reposo.

Se desconoce el mecanismo de acción del Plenosol. Por su similitud de efectos, pudiera pensarse en que en su composición interviniese la acetilcolina en gran cantidad, pero esta suposición es incierta. En cambio, contiene una cierta cantidad de sustancias histaminoides, en proporción muy reducida (7 gammas en 1 c. c. de Plenosol I, y diez veces más en el II). LEGEL supone que en la zona necrótica producida por la inyección son generadas sustancias histaminoides, las cuales pasan de un modo continuado a la sangre y, por su acción paralizante de la colinesterasa, permitirían una actuación más prolongada de los ésteres colínicos endógenos, de tal modo, que el resultado final sería equivalente al de una introducción continua de acetilcolina. Esta concepción del mecanismo terapéutico del Plenosol la ve LEGEL confirmada por el efecto

favorable de los movimientos musculares, con la correspondiente producción de acetilcolina en las sinapsas. Su acción sería, pues, semejante a la obtenida con otros preparados comerciales a base de histamina, de veneno de abejas, etc. Sin embargo, PALKA, que ha realizado un estudio comparativo (en pocos enfermos) del Plenosol, el veneno de abejas y el de cobra, afirma la superioridad del primer preparado citado. — E. LÓPEZ GARCÍA.

BIBLIOGRAFÍA

- DRÜEN, A. — Dtsch. med. Wschr., 69, 249, 1943.
 GIESBERT. — Fortsch. d. Ther., 18, 181, 1942.
 ELSNER, W. — Zbl. Chir., 62, 1.104, 1940.
 KRAFT, P. — Wien. med. Wschr., 110, 1942.
 LEGEL, C. — Fortsch. d. Ther., 18, 184, 1942.
 PALKA, J. — Fortsch. d. Ther., 18, 333, 1942.

D. S. H. — Me interesaría conocer cuál es el nombre comercial del producto "renina" en los Estados Unidos, caso de que ya se encuentre en forma comercial, y de ser así cuál es la casa fabricadora; de no ser así, ¿podría hacerme con tal producto? ¿Por qué medios?

Me supongo que lo que a usted le interesa no es la "renina", que es el factor hipertensivo, sino la hipertensinasa, que es el fermento que inactiva la acción de la hipertensina resultante de la acción de la "renina" con su activador la angiotonina. De todas formas no tengo noticias de que hasta la fecha exista ningún preparado de hipertensinasa en forma comercial en América para uso en grande escala. El producto se encuentra aún en vías de investigación y no sé de ninguna casa fabricadora que lo haya lanzado al comercio. Creo por lo tanto que el único medio de que disponemos hoy día es fabricarse uno mismo el preparado. — F. VIVANCO

BIBLIOGRAFÍA

A) CRÍTICA DE LIBROS

CANCER OF THE UTERUS, por ELIZABETH HURDON. Oxford University Press. London, 1942. Un volumen de 188 páginas.

Al dejar en 1938 el puesto de Médico Director del Marie Curie Hospital de Londres, su autora ha recogido su larga experiencia sobre este tema, habiéndose efectuado su publicación posteriormente a su fallecimiento y bajo la dirección de los Dres. Martindale y Russ. Con un carácter inductivo tan frecuente en las obras de habla inglesa, trata en sus dieciséis capítulos de los problemas más importantes referentes al cáncer de útero con una referencia constante a sus propias estadísticas y observaciones.

En sus primeros capítulos llama la atención respecto a las estadísticas y su importancia social, así como hacia aquellos factores predisponentes de esta afección, concediendo la máxima importancia a su diagnóstico precoz, estimando la biopsia como el dato más valioso.

Hace un estudio comparativo de los resultados de las técnicas quirúrgicas y del tratamiento por las radiaciones, o de las técnicas combinadas, llamando la atención sobre la posibilidad de que las recidivas se observen a veces en grupos ganglionares distantes de la pelvis, tales como los ganglios supraclaviculares.

Hace una descripción detallada de la técnica de curieterapia seguida durante largo tiempo en el Marie Curie Hospital con un perfecto estudio de las curvas de isodosis, según las variantes de dicha técnica. Combina dicha técnica con la irradiación roentgen con una técnica semejante a la de la escuela francesa. La dosis total de radio se acerca a los 3.500 miligramos y la de rayos X a las 10.000 radiaciones en 28 días.

A continuación hace un estudio sobre los resultados de sus técnicas y sobre el carcinoma de muñón cervical, carcinoma y embarazo, sarcoma de útero y cáncer de vulva.

El libro resulta altamente interesante pues nos da a conocer la orientación de uno de los centros de lucha anticancerosa más importantes de Inglaterra.

ESTUDIOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA Y DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA, por PEDRO LAIN ENTRALGO. Tomo I. Ediciones Escorial. Madrid, 1943. Un volumen en cuarto mayor, de 370 páginas, 25 pesetas.

El autor de Medicina e Historia publica ahora, en forma de libro, un primer tomo de sus publicaciones menores, repartidas como ensayos en distintas revistas o en sus múltiples facetas de profesor y orador.

Es de agradecerle esta recopilación de sus actividades para comodidad de sus lectores, así como para mejor resistir sus obras una buena conservación, en el transcurso del tiempo, en la biblioteca de todo hombre, médico o no, pulsador de las más modernas inquietudes. Que nunca olvide Lain que el publicar un tomo como éste es quedar en deuda para el futuro con los que esperan los volúmenes sucesivos.

Cuando se imprimió su obra Medicina e Historia pudimos enfrentarnos con una obra. Una obra siempre es un parto, fecundo y fecundador, de las vigiliadas de quien la escriba; pero en el volumen que hoy nos ocupa no hay obra, o no se ve por lo menos. Se aprecia en todo el panorama de sus líneas, lo más, una sinfonía de motivos que ocupan y preocupan al autor y a los que va entregando diariamente el amoroso cuidado de sus horas de estudio. En esta publicación, lo que no

es materia objetiva de cada uno de los tres ensayos que en ella figuran, es pausa que cubre de silencios actuales las futuras publicaciones de Lain. En la suma de estos tiempos y pausas se ve la persona del autor, su persona como "obra personal" o "fundamental quehacer" de este catedrático de Historia de la Medicina que aspira merecidamente a serlo, también, de una inexistente cátedra de Personología Médica.

Entre prólogo y epílogo, figuran sus ensayos sobre el Papel del Médico en el Teatro de la Historia, La obra de Segismundo Freud, escrita y publicada ya a raíz de la muerte del creador de la doctrina psicoanalítica, y, también, La Peripecia Nosológica de la Medicina Contemporánea, del cual, esta revista, publicó sabrosas primicias.

En el primero de estos ensayos aparece en escena el aparente conflicto entre el curar y el saber, que se presta a constituirse en tema de meditación previa para una orientación profesional, dentro de la medicina, de nuestros futuros licenciados. El segundo ensayo es una maravilla de ecuanimidad ideológica a pesar de que el autor escribe sinceramente desde una actitud que otorga pocas libertades; pero su mismo acercamiento al tema es la mayor prueba de que el autor ha ido hacia él, lo más libremente que ha podido, para comprender el sentido del psicoanálisis en la historia del pensamiento moderno. Hace una comprensión mucho más grata del psicoanálisis que la que sugiere la lectura de cualquier obra de un fanático psicoanalista. El tercer ensayo debiera de ser aprendido de memoria por todos los estudiantes de Patología general.

La obra está escrita con el mismo cuidado con que fué luego revisada por el autor. Se ve todo lo que Lain debe querer a sus libros. Estos cada vez se harán más necesarios en la biblioteca del médico moderno que, demasiado positivista, todavía, se hunde en la exclusiva lectura de los libros que enseñan (que enseñan lo que se sabe, nada más), y prescinde de los que, como los del Profesor Lain Entralgo, orientan tanto como deleitan.

Pequeñas disconformidades que nos separan de su criterio no son motivo para que no ayudemos con todas nuestras fuerzas cualquier empresa de Lain; todo lo más lo serían para promover entre nosotros y él, unas horas de amigable charla sobre temas médicos, futuros y eternos de lo que es el hombre.

TRATADO DE OBSTETRICIA, por R. TH. V. JASCHKE. Traducción del Dr. E. ARDEVOL. Editorial Labor, S. A. Barcelona-Madrid, Buenos Aires-Río de Janeiro, 1943. Un volumen en cuarto menor, de 789 páginas, con 573 figuras, 170 pesetas.

La traducción de la obra del Profesor R. Th. v. Jaschke viene a ocupar un lugar muy apreciable entre los tratados de obstetricia en lengua castellana. En conjunto representa una obra muy completa, dentro de su volumen, no superior al de otras similares. Por este motivo sus variados capítulos poseen una densidad notable de conceptos, lo que no impide la fácil lectura y comprensión de ellos. A esto se une una parte gráfica que no dudamos en calificar de admirable por la calidad, cantidad y selección de sus dibujos, esquemas, fotografías macro y microscópicas, y radiografías que ilustran la obra y ayudan a la sencilla lectura del texto, haciendo un conjunto de gran valor didáctico. La obra es pues recomendable al estudiante, pero también al práctico y al especialista, de cuya biblioteca debe formar parte.

Los capítulos dedicados a aquellos aspectos de la obstetricia que han sufrido recientes avances han sido puestos al día sin que en ellos falte nada importante y sin que al mismo tiempo surjan ante el que no está suficientemente iniciado cuestiones no suficientemente juzgadas y por tanto de dudosa utilidad. Las cuestiones fundamentales y clínicas de la obstetricia están excelentemente tratadas y ha dedicado gran atención a todas aquellas partes en que se tropieza con problemas de tratamiento. Esta mayor amplitud y cuidado en la parte terapéu-

tica constituyen a nuestro parecer otra ventaja de esta obra en relación con otras a las que podría ser comparable.

Es de estimar también la calidad de la traducción y el cuidado que en la edición ha puesto la casa editora.

TUMORES MEDULARES, por el Prof. DR. ALMEIDA LIMA. Salvat, Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1943. Un volumen en cuarto, de 169 páginas, 30 pesetas. Colección de "Manuales de Medicina práctica".

El Profesor Almeida, Jefe del Servicio de Neurología del Instituto de Neurología de Lisboa, ha escrito este libro con un sentido práctico y para el médico general. Ambos conceptos se manejan desgraciadamente con excesiva frivolidad y estamos ya un poco hartos los interesados por los problemas médicos de oír hasta la saciedad estas frases que generalmente envuelven en labios de muchos autores su ignorancia sobre ciertos matices en cuyo dominio se halla precisamente el verdadero sentido práctico. Pero en este caso el Profesor Almeida Lima consigue brillantemente el objetivo deseado.

El tema de tumores medulares es de tanta responsabilidad para el clínico que su conocimiento no se puede eludir y por ello la lectura de este libro es de una gran utilidad para todos los médicos en su ejercicio profesional.

La gran experiencia del autor, como neurólogo y neurocirujano, le autorizan a escribir sobre este tema y precisamente por ello su exposición resulta sencilla, clara y práctica. No encontrará el lector, como el propio autor señala, una documentación bibliográfica extensa, ni hubiera hecho falta, sino solamente aquellos datos fundamentales para tener un conocimiento justo del problema y saber que la terapéutica quirúrgica puede ser auténticamente salvadora en muchos casos.

El error en algunos médicos está en no pensar que a veces en un enfermo con parestesias, aparentemente sin trascendencia, se oculta un tumor medular, cuya extirpación ha dejado de ser un problema en manos de un cirujano experto. Para evitar estos errores está escrito este manual en el que no sólo se logra este propósito, sino que, además, por estar orientada la obra con un sello personal, incluso interesará a los especializados en la materia.

La obra, basada en el estudio personal de cincuenta enfermos de tumores medulares, está dividida en varios capítulos: anatomía y fisiología medular, clasificación histológica y topográfica de estos tumores, semiología clínica, modificaciones en el líquido céfalo-raquídeo, semiología radiográfica, diagnóstico y tratamiento. Para nosotros, el capítulo mejor logrado es el que se refiere al diagnóstico, en donde entre otras cosas de interés le advierte al clínico del peligro tantas veces repetido de intentar llegar al diagnóstico por todos los medios a su "alcance", originándole al enfermo molestias innecesarias que después hay que repetir para el acto operatorio, con lo que además de resultar fatigoso para el paciente se le puede incluso originar graves perturbaciones no sólo subjetivas, como sucede con las inyecciones intrarraquídeas de lipiodol, sino incluso también para el acto operatorio.

Diagnosticar un probable o seguro proceso compresivo medular lo más precozmente posible es una meta ya muy halagüeña para todo clínico; su confirmación, naturaleza y en ocasiones exacta localización debe estar en manos de técnicos especializados y en locales dedicados a este fin, sin que el excesivo amor propio profesional se sienta dolido por un diagnóstico erróneo ya que es preferible excederse en la alarma prematura a esperar que la confirmación total sintomatológica haga ya estéril los formidables avances de la neurocirugía.

También el cirujano puede encontrar datos de interés en la experiencia del Profesor Almeida.

En resumen, un libro de 170 páginas, expresión de una inteligente y auténtica experiencia en un tema tan interesante para todos los clínicos, neurólogos y neurocirujanos como es el de los tumores medulares. La reproducción en el libro de los grabados y radiografías es excelente.

B) REFERATAS

Farmacología y Terapéutica

3 - 34 - 1942

- * La foliculina en el tratamiento de la anemia perniciosa. Lorenzo Gironés.
Difteria faríngea del adulto. Gómez Naranjo.
Nuevas aportaciones al tratamiento de las colitis y anexitis con la helioterapia actual. Antonio Canto Téllez.

La foliculina en el tratamiento de la anemia perniciosa. — En un enfermo de anemia perniciosa que llegó a manos del autor con una resistencia a la terapéutica hepática, observó una respuesta más satisfactoria a una transfusión cuyo donante era una mujer, que cuando la transfusión se hacía de un donante del mismo sexo.

Pensando si estos efectos estarían en relación con el mayor contenido en hormona folicular de la sangre femenina, administra por vía intramuscular un preparado de foliculina a la dosis de 2.500 U. I. diarias, haciendo llegar la cifra de hematies hasta 3.900.000 y la hemoglobina al 82 por 100. Después de la administración de dos inyecciones, en una serie posterior en la que administró Uden a la dosis de 10.000 U. I. a la semana; observa una marcada crisis reticulocitaria y un ascenso de los hematies hasta los 4,5 millones, cifra que se mantiene a los cuatro meses con la sola administración de dos inyecciones semanales de un extracto hepático y una de Uden de 10.000 U. I.

Cree que si se confirman estos efectos con observaciones posteriores se dispondría de un medio para los casos de hepatoresistencia, ante los que se encuentra uno tan desarmado.

Revista Española de Tuberculosis

11 - 93 - 1942

- * Un nuevo método de apicolisis y toracoplastia combinados. Arturo Perera.
Quimografía del aparato respiratorio. R. García Alonso y A. Mut y Gil.
Estudios sobre epidemiología de la tuberculosis en Dinamarca. Madsen, Holm y Jensen.

Un nuevo método de apicolisis y toracoplastia combinados. Publica el presente trabajo como continuación de otro aparecido en esta misma Revista en octubre de 1941 en el que describe la técnica operatoria. Resumidamente, el método consiste en la apicolisis extrapleurale hecha a través de una ventana practicada con la resección de un segmento de la tercera o cuarta costilla, que permita el paso del dedo o de los instrumentos romos de los que se puede uno auxiliar. Posteriormente se resecan las costillas necesarias para mantener el colapso de despegamiento. Entre el primero y segundo tiempo operatorio no deja pasar más de 30 días con lo que el regenerado es poco consistente y cede al colapso posterior del segundo tiempo; si el despegamiento no es suficiente puede ampliarse en el segundo tiempo.

De 27 enfermos operados por esta técnica, con una observación postoperatoria no menor de seis meses, 23 han "curado clínicamente" (sin fiebre ni bacilos) cuatro fueron aliviados y uno murió (se trataba de una enferma con neumóbilateral).

La reexpansión parcial del pulmón después del primer tiempo que no incluye más que las cuatro primeras costillas, es inevitable, pero no retrasando el segundo tiempo se deja perfectamente aplastar por la escápula en el segundo tiempo.

Medicina Española

9 - 48 - 1943

- * Consideraciones sobre las hernias diafragmáticas atraumáticas. J. Sala de Pablo.
- * Desencadenamiento del parto y estimulación de las contracciones uterinas por los estrógenos. A. Ferreira Gómez.
Nuevo reactivo diferencial para derivados indólicos. J. García Blanco y F. Royo.
Contribución al estudio de la reacción de Leiboff para el serodiagnóstico de la sífilis. R. García Argüelles.
Aportaciones al estudio del latirismo. A. González Paracuellos.

Consideraciones sobre las hernias diafragmáticas atraumáticas. — En la primera parte del trabajo el autor se refiere al desarrollo embrionario del diafragma señalando los puntos que posteriormente pueden ser débiles y a través de los cuales irrumpen congénitamente o en el curso de la vida, las vísceras abdominales; de ellos, es el estómago y el colon los que con una gran diferencia de frecuencia sobre los demás, forman el contenido de las hernias diafragmáticas.

Comunica dos observaciones personales: una de ausencia total del hemidiafragma izquierdo que fué diagnosticado de hernia traumática y sentado el diagnóstico acertado en el curso de la intervención; el otro, era una eventración gástrica a través del orificio esofágico, teniendo como curiosidad el estar situado la totalidad del estómago por encima del diafragma.

En las hernias diafragmáticas adquiridas hay que desglosar de las traumáticas, únicas antiguamente adquiridas, las que en virtud de una hiperpresión abdominal hacen irrupción a través de un punto débil o entre las fibras musculares debilitadas (degeneración grasa, debilidad senil, etc.).

Por último, refiere un caso de "eventración diafragmática", término creado por Cruveilhier, para designar la elevada situación del diafragma atónico o débil. Puede ser congénita (falta de muscularización del diafragma primitivo) o adquirida (lesión del frénico, aumento de presión abdominal, etc.). En un caso presentado en el trabajo se atribuye la elevación diafragmática al colon distendido por los gases como manifestación de pelagra.

Desencadenamiento del parto y estimulación de las contracciones uterinas por los estrógenos. — Después de una revisión de las sustancias y mecanismos que al final del embarazo, pierden su equilibrio, provocando las contracciones del parto, se refiere a la facultad de la foliculina (cuyo predominio en la última fase del embarazo está firmemente comprobada) y de los estilbenos de estimular las contracciones uterinas.

Un sinfín de autores han ensayado la foliculina como occitócico en el período de dilatación y para iniciar el parto; donde la quinina, la timofisina, la pilocarpina, la acetilcolina, etc., tienen su aplicación no exenta de inconvenientes. El autor emplea el Proginón B oleoso fuerte por inyección intramuscular a la dosis de 50.000 U. a 100.000, elevando esta dosis a 300.000 solamente en un caso de mola vesiculosa. Utiliza el método en 15 casos para iniciar el parto con bolsa rota y debilidad primaria de las contracciones en 12 y con debilidad secundaria en tres; en el 75 por 100 de ellos el empleo constituyó un éxito. En cuatro casos en los que trató de iniciar el parto con bolsa conservada y en tres con debilidad secundaria, los resultados no fueron concluyentes.

Estima que no deben sobrepasarse las dosis indicadas para evitar el peligro de inhibir la secreción láctea, hecho que se apreció claramente en una de las primíparas por él tratadas.

Clínica y Laboratorio

34 - 201 - 1942

El síndrome enterohepático (hepatointeropatía) en las deficiencias de nutrición actuales. E. Oliver Pascual, A. Oliver, J. Galán y colaboradores.

* Polineuritis sulfamídicas. — L. Barraquer Ferrer y J. Torruella Pausas.

La miel como alimento y medicamento en la infancia. R. Garrido Lestache.

Enfermedad de Morton y su tratamiento. Alejo R. Rodríguez. Óxido de carbono y alcoholismo agudo. E. Montañés del Olmo.

Polineuritis sulfamídicas. — Hablan los autores de los cuadros polineuríticos que en el curso o posteriormente a los tratamientos con sulfamidas, pueden aparecer con localización preferente en las extremidades inferiores en sus parte distales.

Según los autores parece más frecuente esta complicación con el uso de los disepales y entre ellos con el disepal A. El uso abusivo de dosis altas es el causante de estos cuadros que en general son benignos y de remisión espontánea con la supresión de la medicación. Contribuyen a la aparición de esta complicación los excesos de ejercicio muscular en el curso del tratamiento con esta droga.

Puede añadirse al factor puramente neural, un factor vascu-

lar espástico que se pone de manifiesto con la oscilometría y que cede a los vasodilatadores del tipo de la acetilcolina.

A la supresión de la medicación añaden los autores la administración de vitamina B₁, preparados hepáticos y estricnina, así como el calor, masaje, corrientes eléctricas, etc.

Aunque condiciona su aparición algún factor personal, casi siempre guarda relación la aparición de este cuadro con las altas dosis medicamentosas. Los autores publican el resumen de las historias de seis casos.

Deutsche Medizinische Wochenschrift

69-10-12 de marzo de 1943

Valor de la endoscopia y de la gastroscopia en el diagnóstico de las enfermedades del estómago. Korbach.

* Sobre el íleo fermentativo. H. Griessmann.

* Supuraciones crónicas del oído medio. Jenrich.

Exigencias y posibilidades en el tratamiento dietético de los enfermos del hígado y de la vesícula biliar. Pannhorst.

Sobre el íleo fermentativo.— En la anterior guerra mundial y por diferentes autores, Brunzel (1918), Walther, Broich, Fink, Pichler, Scheele, Schoemaker, etc., se han hecho observaciones, en prisioneros de guerra principalmente, en que la dieta era vegetal, de cuadros de íleo paralítico con gran distensión abdominal y en donde la muerte era la regla; encontrándose en la sección una afectación de los tramos inferiores del intestino delgado, así como en el grueso, con enorme plenitud gaseosa de sus asas. En algunos casos acompañaba al cuadro una perforación intestinal. Precisamente por tener la dieta tan primordial papel etiológico, Tigi, en sus casos, producidos por la ingestión de avena cruda, denomina al proceso íleo de avena.

En la presente guerra mundial vuelven a presentarse cuadros similares, y cuatro han sido observados recientemente por el autor. Por ello considera de interés el hacer un resumen patológico y terapéutico de este íleo.

En medicina veterinaria se conoce un cuadro patológico denominado timpanitis (Trommelsucht) de las vacas y que producido por la ingestión de forraje fresco en exceso, produciría la muerte del animal si no se hiciera a tiempo la punción intestinal salvadora.

La patogenia de este íleo es considerada por el autor como consecuencia del aumento de gases en las asas intestinales que al distenderlas las paraliza según demostraron las investigaciones de Trendelenburg y Naegeli. En estas condiciones la reabsorción intestinal decrece aun más (Enderlen y Hotz) estableciéndose un verdadero círculo vicioso que origina el gravísimo e incluso mortal íleo paralítico. Como además estas dietas vegetales son administradas de modo monótono es muy frecuente que exista una carencia en B₁ lo que también tiene una importancia excepcional en el desencadenamiento del proceso. Precisamente Büngeler (Deutsch. Med. Woch., núm. 42, 1941) señala en los indígenas del interior del Brasil la frecuente asociación de megacolon con megaesófago y con una sintomatología beribérica como corresponde a su dieta deficitaria en tiamina. Entre los rusos, por su alimentación predominantemente vegetal, es frecuente este íleo. El tratamiento en las formas iniciales será puramente médico: fisostigmina, reposo, etc., pero, cuando el proceso está más avanzado estas medidas fracasan y en estas circunstancias el autor recomienda la intervención quirúrgica en la cual y previa laparotomía, se hace una fístula fecal e incluso punciones sobre el intestino delgado. (El autor no menciona la aspiración por sonda intestinal.)

Supuraciones crónicas del oído medio.— La frecuencia con que acuden a los dispensarios de otorrinolaringología enfermos de esta naturaleza, queda bien patente en las siguientes estadísticas: Entre un total de 285 enfermos ambulatorios, 85 padecían de otitis crónica. El origen de estas supuraciones crónicas no parece sea como consecuencia de procesos inicialmente agudos, excepto en la escarlatina, en donde las otitis agudas se transforman en crónicas, sin que exista ningún otro factor sobreañadido. En los demás casos indiscutiblemente existen otros condicionantes, entre los cuales, el principal, es el factor constitucional y hereditario. Wittmaack y Albrecht consideran que es indispensable la existencia de una constitución que ellos llaman mucosa (Schleimhautkonstitution) para que se realice una otitis media crónica. Por esta razón, es frecuente ver familias enteras afectadas, y en este trabajo el autor presenta un ejemplo de ello con el diseño de la lesión otítica y su ficha familiar.

El tratamiento debe ser local y general, este último precisamente tratando de compensar el factor genotípico. En este sentido aconseja el asociar a una vida sana, sol, etc., el empleo de la vitamina A como protector de epitelios.

Medizinische Klinik

39-9-5 de marzo de 1943

* Cuestiones actuales de tuberculosis. R. Hofmann.

Tratamiento del úlcus ventricular y duodenal en los lazaretos. Denning.

Eyaculación precoz. W. Kemper.

* Manifestaciones del sistema nervioso central y periférico en la fiebre wolhynica. A. Reuter.

Influencia en la esterilidad femenina del "Tyronorman". E. Stelling.

Cuestiones actuales de tuberculosis.— Después de la lucha contra la mortalidad infantil la antituberculosa ocupa el primer plano en la sanidad de los pueblos, y no puede realizarse sin la ayuda material de los Estados. Comenta leyes recientes dadas por el Reich en este sentido que califica de un verdadero avance en este sentido de la lucha y, seguidamente, plantea los problemas clínicos y terapéuticos actuales de la tuberculosis. Por un lado, refiere estadísticas muy amplias sobre el papel inmunizante de las pleuritis y de los eritemas nudosos, no encontrando ninguna relación entre su existencia en los antecedentes de un enfermo, y su mayor o menor resistencia para tener después manifestaciones pulmonares. También hace una revisión sobre la terapéutica de las cavernas que no consideramos necesario referir.

Tienen, por el contrario, interés, los trabajos de Fischer (Beitr. Klin. Tbk. 98-410-1942) en donde se hace un estudio sobre las manifestaciones digestivas de los tuberculosos, la más importante sintomáticamente dentro de las molestias de estos enfermos. Entre 1.333 tuberculosos revisados, 180 de ellos (14,25 por 100), tenían molestias gastrointestinales. Aquellos enfermos (72) que tenían una úlcera gastroduodenal, su proceso tuberculoso evolucionaba generalmente, en el sentido productivo cirrótico, como si la úlcera asentara en personas de una especial constitución y en ellos la tuberculosis evolucionara de este modo. Por el contrario, las formas disépticas con gastritis y trastornos funcionales, que fueron 34, correspondían a cuadros exudativos pulmonares.

Finalmente, hace comentarios sobre los trastornos suprarrenales más o menos acusados y sobre el aumento de enfermos tuberculosos por la guerra.

Manifestaciones del sistema nervioso central y periférico en la fiebre Wolhynica.— Refiere el autor la historia clínica de unos enfermos de esta enfermedad en donde se pone de manifiesto las alteraciones en el sistema nervioso. En unos casos los síntomas son exclusivamente polineuríticos más o menos acusados y en otros, además o independientemente de ellos, existen además signos piramidales, lo que demuestra la localización mielítica. Como además en otros casos existen signos encefalíticos, debemos concretar considerando que se pueden producir en la fiebre de los cinco días localizaciones encefalomieloneuríticas.

39-10-12 de marzo de 1943

Avances en pediatría. W. Goeters.

* Significación práctica del nistagmo. A. Meesmann.

Consejos al médico de tropas en los procesos mortales del metabolismo. F. Starlinger.

¿Existen diferencias en la sensibilidad de los gonococos a la quimioterapia según su tipo especial? Schuermann.

* Enfermedades especiales a la luz de la punción esternal. Thaddea.

Significación práctica del nistagmo.— El antiguo lema de Bartel: "El nistagmo no debe ser una ciencia secreta sino común para todos los oculistas", debe ampliarse para todos los médicos internistas.

Existe una sensación muscular que se registra en los movimientos del ojo, cualquier movimiento de nuestro cuerpo transmite órdenes a los ojos, así, si a un conejo le fijamos la cabeza y le balanceamos el cuerpo, mueve los ojos en sentido opuesto a su cuerpo. También se ha visto igual efecto con los movimientos de la pelvis y de las extremidades. Además de este sentido muscular, en los movimientos de los ojos influyen múltiples factores: laberínticos, del núcleo de Deiters tubérculos cuadrigéminos, lóbulos frontales, occipitales, etc.

Alexander ha considerado una serie de grados de nistagmo: Primer grado, sólo en la dirección de la mirada en que se origina el componente rápido; segundo grado, cuando el nistag-

mo también se desencadena en la dirección recta y, finalmente, de tercer grado, cuando el nistagmo se provoca indistintamente en todas las direcciones, incluso en la del componente lento.

El nistagmo puede tener tres orígenes distintos: ocular, vestibular y central. El ocular por las siguientes causas: Ceguera, bien sea congénita o adquirida por procesos inflamatorios, anomalías de refracción, coriorretinitis, cataratas congénitas, albinismo, pérdida de visión para los colores, lúes congénita, etc.; nistagmo latente que se hace manifiesto al cerrar un ojo y en el que queda abierto por tener algún trastorno ocular no puede fijar la mirada y se origina un nistagmo de componente rápido hacia el ojo abierto; el llamado temblor crepuscular muy frecuente en animales jóvenes; el llamado nistagmo de posiciones finales de la mirada que es normal en el 60 por 100 de las personas; el nistagmo optocinético y, finalmente, entre los principales nistagmos oculares tenemos que considerar el nistagmo hereditario, aunque no existe ningún trastorno ocular.

El segundo grupo de nistagmos corresponde a los de origen vestibular, de cuya patogenia y valor clínico en la exploración de los procesos tumorales no vamos a referir. Recordando el arco reflejo que se inicia en el laberinto, camina por el nervio vestibular a los núcleos de Deiters, para de allí ir por la cintilla longitudinal posterior a los núcleos oculares, se comprenderá el valor que tendrá, explorar según el método de excitación de Barany o Tönies, el comportamiento del nistagmo. De este modo se hace entre otros el diagnóstico diferencial de las parálisis supra o infranucleares de los nervios oculares, y, de modo principal, por el fracaso de la excitación calórica el de los tumores del ángulo pontocerebeloso.

En los nistagmos centrales, último grupo de los considerados, existe un dato que tiene un interés excepcional. Cuando observamos un nistagmo vestibular sin excepción será horizontal o rotatorio; todas las otras formas, si no son por trastornos puramente oculares, deben ser considerados como síntoma de un proceso intracranial. Los cuadros de compresión intracranial cursan con nistagmo precisamente por repercusión sobre el nervio vestibular.

Finalmente, mencionaremos los estudios de Ohm en Alemania, sobre el nistagmo, en las más diversas enfermedades neurológicas, tumorales, esclerosis en placas, etc., demostrando cómo en estos casos la anormal situación de los hemisferios cerebrales influyen en el origen del nistagmo, además, naturalmente, de las alteraciones del campo visual.

Enfermedades especiales a la luz de la punción esternal.

Con el nombre de Thesaurismosis se consideran aquellas enfermedades en las que los lípidos se almacenan de modo patológico en los órganos internos, sistema óseo y piel. Este autor clasifica así estos procesos: 1.º Lipoidosis por cerebrósidos (enfermedad de Gaucher). 2.º Lipoidosis por fosfátidos (enfermedad de Niemann-Pick). 3.º Xantomatosis, entre las que tenemos que considerar: a) Xantomatosis primariamente esencial y de localización ósea (tipo Schüller-Christian-Hand); b) Xantomatosis primariamente esencial y de localización cutánea, entre las que tenemos que considerar la gota xantomatosa o xantoma tuberoso, la forma atípica o xantosis y el psoriasis; c) Xantomatosis de localización visceral con predominio hepático, laríngeo o pulmonar o, finalmente, vascular y endocrítico. 4.º Xantomatosis secundaria a diabetes o ictericia (xantomatosis diabética o ictericia).

En este trabajo, muy resumido, se advierte al lector que el trabajo original está publicado en los *Erg. inn. Med.* 63 (1943) y en este artículo que referimos sólo se menciona la importancia que para todas estas enfermedades tiene el estudio de la medula esternal, presentando microfotografías no sólo de medulas de Gaucher, sino también de xantomatosis generalizadas.

39-11-19 de marzo de 1943

Avances en pediatría. W. Goeters.

Transfusiones de sangre en campaña para el tratamiento de las enfermedades de medicina interna. K. Blumberger.

* Diagnóstico y terapéutica del tífus exantemático. F. Bühler.

* Enfermedad de Reiter con endocarditis y miocarditis. H. Schuermann.

* Tratamiento de los forúnculos. F. Mondry y Heydecke.

Diagnóstico y tratamiento del tífus exantemático.—Entre los factores que debemos explorar en el curso de los tíficos es la lengua, a la que en realidad no se presta todo el valor que tiene. Los viejos clínicos en la observación de ella encontraban datos de valor para el diagnóstico y evolución, y desgraciadamente, esta buena costumbre se ha perdido. En general, se encuentra cubierta en su centro, respetando borde y punta, de

una saburra de color variable, en ocasiones, como si estuviera espolvoreada de residuos fecales y más o menos seca, lo que en orden al pronóstico tiene su valor. Cuando se encuentra húmeda el pronóstico es bueno, siendo tanto más grave cuanto más seca la hallemos. La limpieza de la lengua varía de unos enfermos a otros, en unos casos en el plazo de 24 horas y coincidiendo con la mejoría, se limpia y, en otros casos, esta recuperación de la lengua se realiza lentamente. La valoración del exantema tiene poco interés pronóstico. Muchas veces vemos grandes exantemas extendidos por el cuerpo y plantas de pies, palmas de mano, y ello no quiere decir que evolucione el enfermo mal. Según este autor, existe una proporcionalidad entre el tamaño del bazo y el tipo de exantema, siendo la esplenomegalia palpable, la regla que en ocasiones se acompaña de dolor, por lo que no es extraño que en ocasiones se diagnostique primero de pleuritis o de neumonía.

Las complicaciones más frecuentes recogidas por el autor en su experiencia personal coinciden con las ya conocidas: miocarditis, neumonías, bronconeumonías, neurológicas de todo tipo, otitis, etc. La mortalidad se eleva en sus 80 casos estudiados al 15 por 100.

Como tratamiento recuerda las publicaciones anteriores (Mil. arz., 507, 1942) de Van Meerendonk, sobre el acortamiento de la enfermedad tratada con atebina y plasmoguina. El autor dosifica la atebina de igual forma que para el paludismo, es decir, dando un decigramo, tres veces al día, hasta que se inicie el descenso de la temperatura. Este autor ha encontrado buen efecto asociando la atebina con transfusiones de sangre.

Enfermedad de Reiter con endocarditis y miocarditis.—En el año 1916, Reiter describió un cuadro clínico constituido por poliartritis, uretritis y conjuntivitis y que posteriormente ha sido considerado por los autores de la más variada manera. Para Schittenhelm y Schlecht, este cuadro sería superponible a la poliartritis entérica; para otros, como Kuske, de naturaleza gonocócica y, finalmente, el autor de este trabajo, en el año 1939, tuvo ocasión de observar este cuadro clínico en un enfermo de disentería bacilar (Shiga-Kruse) y, posteriormente, en 1941, Kruspe hizo una comunicación confirmando en un enfermo esta asociación disintérica.

Es muy necesario conocer el cuadro sintomatológico de Reiter: en primer lugar, por no ser tan infrecuente, el autor ha reunido once casos, y además, por lo fácil de confundir erróneamente con una artritis gonocócica. Para el autor, la llamada enfermedad de Reiter es un cuadro secundario a distintas enfermedades, quizá la principal la disentería, y por ello puede considerarse como una segunda enfermedad. En general, es benigna, pero en otras ocasiones es grave, y así entre los once casos observados, en tres existían complicaciones endocríticas y miocríticas, que se instauraron en el curso de la enfermedad.

Tratamiento de los forúnculos.—F. Mondry, de la clínica quirúrgica universitaria de Marburg, recomienda además de las normas clásicas, del tratamiento general y local y las indicaciones quirúrgicas necesarias, un tratamiento con corteza de encinas que considera de gran valor y muy utilizado de siempre como "remedio casero". Se prepara agregando a una botella de medio litro de agua, la cantidad de corteza necesaria para que forme un depósito de tres dedos, esta corteza se agrega pulverizada y se agita y diluye en frío para después calentarla y aplicarla caliente sobre el forúnculo a modo de fomentos.

39-12-26 de marzo de 1943

Progresos ortopédicos. M. R. Francillon.

Origen, tratamiento y profilaxis de la infecundidad femenina. O. Kleine.

Heridas por mordedura, sus peculiaridades y tratamiento. H. Haase.

Tratamiento de la gripe por el médico práctico. F. Fasching.

* El broncograma como medio de ayuda en el diagnóstico de las pleuritis malignas. K. Steller.

Perforaciones peritoneales en el recién nacido. G. Papp.

El broncograma como medio de ayuda en el diagnóstico de las pleuritis malignas.—Presenta dos enfermos con pleuritis de naturaleza dudosa en las que la exploración broncográfica demostró la existencia de destrucciones y estenosis de los bronquios deduciendo de ello el diagnóstico tumoral del proceso. Considera el autor muy útil realizar esta técnica exploratoria. El trabajo está documentado por reproducciones radiográficas antes y después de la introducción del lipiodol, observándose muy bien las alteraciones bronquiales, sobre todo en el segundo caso, en donde, en una mujer de 48 años, con una historia de disnea, desde hacía un mes, y en donde la radiografía señalaba

un derrame muy elevado en hemitórax izquierdo con exudado ligeramente hemorrágico, la imagen bronquial señala claramente como los bronquios en este hemitórax están francamente estenosados, no permitiendo casi el paso de lipiodol como signo de un proceso obstructivo.

Deutsches Archiv für Klinische Medizin

190 - 3 - 1943

- * Sobre la diferencia entre bilirrubina mecánica y dinámica y sus propiedades, así como su determinación. W. J. H. Bungenberg de Jong.
- * Alteraciones del juego vasomotor pulmonar, con el cuadro de neumonías neurógenas y hemoptisis. A. Sturm.
- Contribución a la clínica del carcinoma pleural. H. Glatzel y P. J. Werner.
- * El tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal con hormona folicular y con estrógenos sintéticos. P. Larizza y A. Pavese.

Sobre la diferencia entre bilirrubina mecánica y dinámica. — Son muy variables las opiniones sobre la identidad o semejanza de las formas de bilirrubina que dan reacción diazoica directa (b, mecánica) y las que reaccionan indirectamente (b, dinámica). El autor revisa las diferentes teorías, demostrando el escaso fundamento de casi todas ellas. El principal hecho que las diferencia es el comportamiento en la reacción de H. y. d. Bergh, y el resultado es aun más claro cuando se eleva la proporción de ácido clorhídrico en el reactivo, y se emplean cantidades equimoleculares de nitrito y ácido sulfanílico. Carecen de base las diferencias que se han sostenido en el comportamiento de las dos formas de bilirrubina en la diálisis o en la capacidad de formar urobilinógeno por acción de las bacterias intestinales. La solubilidad en cloroformo, la capacidad de oxidación y el comportamiento con el reactivo diazoico se influyen extraordinariamente por la adición de sales, siendo el efecto de éstas paralelo a su situación en la serie de Hofmeister. Sostiene el autor que no existe más que una bilirrubina y que las diferencias que se observan entre sus formas se deben al grado de solvatación coloidal del medio, de tal modo que la reacción se hace lenta o indirecta al disminuir la solvatación. El trabajo es el resultado de una copiosa labor experimental que difícilmente puede resumirse.

Alteraciones del juego vasomotor pulmonar, con el cuadro de neumonías neurógenas y hemoptisis. — La patología de las neumonías no queda completa con la diferenciación en neumonías lobares y lobulillares. Hay que tener en cuenta que la génesis de la neumonía crupal supone un modo de reaccionar especial, en el que intervienen especialmente los centros vegetativos. Estos centros pueden reaccionar también con manifestaciones pulmonares de otra índole, y el autor aduce en apoyo de su idea un caso clínico, en el que, en el curso de una endocarditis ulcerosa, con perfecto estado de compensación circulatoria, se establece en el curso de pocas horas una neumonía en pequeños focos diseminados, en los que se halla en la autopsia un exudado hemorrágico y seroso; el tronco cerebral presentaba en la sección una gran cantidad de pequeños abscesos. Lo mismo se puede decir de las neumonías que aparecen en el curso del tifus exantemático o de otras afecciones del tronco encefálico. Aun en la típica neumonía crupal se reconoce la importancia del sistema vegetativo nervioso, tanto en la localización lesional (segmentaria y no lobular, según demostró Carnot hace ya mucho tiempo), como en la presencia de paroxismos vegetativos, que pueden incluso inducir a confusiones diagnósticas (crisis gástricas, pancreáticas, etc.). Lo precedente se aplica también a las manifestaciones pulmonares de otras infecciones, como el reumatismo o la tuberculosis. Todo lo dicho en lo que se refiere a las infiltraciones pulmonares puede extenderse a las hemoptisis sin lesión pulmonar demostrable, como las que aparecen por acción de influjos meteorológicos o por cuerpos extraños que excitan el sistema nervioso vegetativo, o en lesiones traumáticas de los centros. La casuística clínica citada por el autor en sustentación de sus opiniones sólo con esfuerzo y buena voluntad es apropiada para el fin que persigue.

Contribución a la clínica del carcinoma pleural. — Los tumores procedentes de la pleura, cuyo carácter carcinomatoso o endoteliomatoso es difícil de decidir, son raros, pero no tanto que no se deban tener en cuenta en los diagnósticos clínicos. Los autores han reunido 27 y sobre ellos hacen una descripción clínica. Predominan en el sexo masculino y en edades avanzadas. El comienzo es por dolores muy vivos, con limita-

ción considerable de los movimientos respiratorios, de tal modo que la disnea es mucho mayor, en relación con la intensidad del derrame, de lo que suele observarse en la pleuritis exudativa ordinaria. Siempre existe fiebre y casi constantemente se altera pronto el estado general. La fórmula leucocitaria y la temperatura suelen ser normales y la velocidad de sedimentación se encuentra acelerada. Radiológicamente se aprecia una sombra correspondiente a una tumoración muy extendida en superficie, la cual muchas veces está oculta por el derrame. Éste es al principio seroso, pero pronto se hace hemorrágico, a veces como sangre pura. Es notable la rapidez con la que el derrame se reproduce y el hecho de que las punciones más bien empeoran el estado disneico. Rara vez se descubren células neoplásicas por punción. Son poco frecuentes las metástasis. La muerte se produce antes de seis meses en el 50 por 100, de los casos y antes del año en los 3/4.

El tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal con hormona folicular y con estrógenos sintéticos. — El empleo de las hormonas femeninas en el tratamiento de la úlcera se funda en la mayor frecuencia de ésta en el hombre que en la mujer, en la mejoría de la enfermedad con el embarazo y en el buen efecto que a veces se observa por la transfusión de sangre de mujer. La esencia del mecanismo curativo se desconoce, pero probablemente la acción principal es la de aumentar la irrigación sanguínea de la mucosa gástrica, aunque es posible que intervenga también la acción epiteliotropa y cicatrizante de los estrógenos y el efecto equilibrador sobre el sistema vegetativo. Los autores tratan 25 casos y describen las historias de tres. En todos ellos, del sexo masculino, se obtuvo rápidamente la curación clínica, acompañada muchas veces — no todas — de la desaparición del cuadro radiológico. La secreción no varió generalmente de un modo cualitativo, pero aumentó cuantitativamente en todos. El procedimiento terapéutico tiene la ventaja de no requerir régimen alimenticio especial ni reposo.

Beiträge zur Klinik für Tuberkulose

98 - 1 - 1942

- * ¿La pleuritis y eritema nodoso previamente sufridos, influyen sobre el pronóstico de la tuberculosis pulmonar? Contribución a la cuestión de la existencia de inmunidad adquirida e importancia de la reacción tuberculínica desde el punto de vista pronóstico. Material de Gotemburgo 1910-1934. G. Berg.
- Tuberculosis como secuencia del servicio militar con especial consideración de la Marina de guerra. I. Comunicación: Sobre el desencadenamiento de la enfermedad. F. Meyer.
- Tuberculosis como secuencia del servicio militar con especial consideración de la Marina de guerra. II. Comunicación: Sobre los fundamentos del juicio clínico. F. Meyer.
- Consideraciones sobre la epidemiología de la tuberculosis. W. Eckhart.
- Una sustancia semejante a la tuberculina obtenida del contenido cavitario. L. Sarkady.
- Resultados de la calcioterapia en tuberculosis pulmonar con tiosulfato cálcico. W. Schwenkenbecher.
- * Sobre el diagnóstico diferencial de las formaciones quísticas de los pulmones. Pulmón en pañal secundario a estasis pulmonar crónica en vicio mitral. H. Morr.

¿La pleuritis y eritema nodoso previamente sufridos, influyen sobre el pronóstico de la tuberculosis pulmonar? Contribución a la cuestión de la existencia de inmunidad adquirida e importancia de la reacción tuberculínica desde el punto de vista pronóstico. Material de Gotemburgo, 1910-1934. — La reacción tuberculínica carece de importancia para la demostración de la existencia de la inmunidad adquirida en tuberculosis. También tiene escaso valor como pronóstico.

La existencia anterior de una pleuritis o de un eritema nodoso no parece que confieran una resistencia especial ante la posibilidad del desarrollo de una tuberculosis pulmonar y no ofrecen ninguna garantía para sacar consecuencias acerca de la posibilidad de una inmunidad adquirida. Por otra parte, el eritema nodoso no es ninguna entidad clínica si bien hay que reconocer que la tuberculosis es la enfermedad infecciosa que con más frecuencia determina su aparición.

Del examen del material de Gotemburgo se deduce que el desarrollo de la tuberculosis pulmonar manifiesta es en gran parte independiente de la edad del enfermo, de la existencia de anteriores manifestaciones de la tuberculosis, de los factores de ambiente y de las intervenciones activas. El descenso de la mortalidad por tuberculosis en la curva secular sólo se puede explicar por el progresivo descenso en el peligro de contacto, de una manera satisfactoria. Las ideas de inmunidad, alteración del carácter de la enfermedad, o de la masa hereditaria de la población, son un tanto difusas y dudosas, pudiendo ser

excluidas de la discusión de las causas de la disminución de mortalidad en la curva secular.

No puede hasta ahora aducirse una demostración ostensible para la existencia de una inmunidad adquirida en la tuberculosis pulmonar. Las investigaciones realizadas en el material de Gotemburgo hablan contra la existencia de tal inmunidad adquirida. Se puede rechazar con la mayor verosimilitud la hipótesis de tal acontecimiento.

Sobre el diagnóstico diferencial de las formaciones quísticas del pulmón. Pulmón en panal secundario al estasis pulmonar crónico en vicio mitral. — Discusión de un caso de lesión valvular mitral con cuadros clínico y radiológico típicos en el que simultáneamente existía clínica y radiológicamente un pulmón en panal.

Según Kauffmann, hay dos grupos principales del pulmón en panal, desde el punto de vista radiológico. El sacular y el poliquístico, que según Lenk, se pueden subdividir en abiertos o cerrados. El autor cree que su caso tiene importancia porque puede arrojar luz en la patogenia de tal cuadro y supone que la existencia del vicio mitral determinando un estasis en el territorio de la circulación menor puede conducir secundariamente al mencionado cuadro pulmonar. Como esta coincidencia, según el autor, no ha sido publicada hasta ahora en la literatura cree de interés su comunicación.

Piensa el autor que el estasis crónico conduce a una destrucción degenerativa de los septos alveolares, fundándose en que las formaciones quísticas prefieren los territorios perihiliares. No aporta pruebas convincentes de esta afirmación, ni explica por qué existía preferencia sobre el lado derecho en el caso publicado. Tampoco responde el trabajo al título toda vez que no aporta ningún dato de importancia para el diagnóstico diferencial.

Virchows Archiv für Pathologische Anatomie

209 - 3 - 1942

- Investigaciones comparadas sobre la demostración de glicógeno en la grasa parda y blanca y en el hígado. W. Eger.
Contribución a los tumores virilizantes de células luteínicas del ovario. I. Mayer.
fleo por meconio. F. Sprenger.
Sobre los hallazgos de hemoderivados en el útero, observados en material de autopsias. G. Matthias.
Emigración de los leucocitos *in vitro*. J. Hoera y H. Wohlgemuth.
Sobre la coexistencia de arterias pulmonares de paredes gruesas e hipertrofia de la musculatura pulmonar. M. Fossel.
Vitamina A y adiposis hepática. H. W. Sachs.
Un nuevo caso de enfermedad de Gaucher en lactante. E. Schairer.
Sobre los procesos curativos en la sífilis ósea congénita. G. Gerstel.
* Osteomielosclerosis endangítica (enfermedad de Winiwarte-Buerger de la columna vertebral). J. Wienbeck.
Acción retrógrada de impulsos irritativos periféricos sobre las células ganglionares K. Farkas.
Sobre la aglutinación con sangre seca en la sangre de cadáver. W. Steuer.
Esplenomegalia con folículos gigantes. W. Fischer.
Investigaciones sobre el curso clínico y las alteraciones histológicas de reacciones alérgicas en la lepra. W. Buengeler.
Las suprarrenales en la formación de glicógeno en el hígado y el tejido adiposo. W. Eger.
Tuberculosis en los negros y púrpura. Contribución a la histopatología de la reacción vascular alérgica y de las inflamaciones serosas en el cerebro. E. Rix.
Sobre un bocio intratraqueal de situación anómala. K. Krauss.

Osteomielosclerosis endangítica. — Presenta particularidades no descritas hasta ahora el cuadro de una mujer que aqueja dolores lumbares y ciáticos y molestias genitales. Se piensa en cáncer de útero con metástasis vertebrales y la radiografía de columna parece ser de metástasis osteoplásticas. En la autopsia se aprecian zonas de condensación con otras de rarefacción en los cuerpos vertebrales. Microscópicamente, no se observa ninguna neoplasia. Las zonas condensadas de las vértebras forman manguitos periarteriales, constituidos de trabéculas osteoides. Los vasos se hallan muy alterados. Predominan las lesiones de tipo proliferativo en las venas, con marcada estenosis de la luz. Las arterias grandes se encuentran intactas, pero en las pequeñas se descubre intensa endarteritis, con procesos de oclusión y recanalización. En ciertos puntos se descubren trombos, correspondiendo a verdaderas zonas de infarto isquémico. Es posible que lo primitivo sea la estenosis venosa, a la que sigan la endarteritis y la enóstosis, como consecuencia del estasis sanguíneo. Aunque no existían lesiones en los vasos del resto del organismo, y en las vértebras se limitaban a los de pequeño calibre, el autor cree posible identificar el proceso con la enfermedad de Winiwarte-Buerger.

The Journal of American Medical Association

119 - 3 - 16 de mayo de 1942

- * Intoxicación por ergosterina irradiada. Ph. A. Tumulty y J. Eager, H. Howard.
Influencia del embarazo en la evolución de la miastenia grave. H. R. Viets, R. S. Schwab y M. A. B. Brazier.
* Ootosclerosis: Resultados de la operación de fenestración. G. E. Shambaugh.
Diabetes sacarina en el Hospital de Harlem. A. Altschul y A. Natham.
* Digital en la insuficiencia arterioesclerótica (coronaria) con ritmo normal. Nat. Flaxman.
* Tic doloroso del nervio intermediario. L. T. Furlow.

Intoxicación por ergosterina irradiada. — Durante los últimos años se ha preconizado mucho el empleo de dosis masivas de vitamina D en el tratamiento del raquitismo, tetania, artritis reumatoide y diversos estados alérgicos. Son bien conocidas las reacciones tóxicas que en ocasiones determina: anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, dolores abdominales, diarrea, debilidad muscular, cefalea, poliuria y polidipsia. Describen los autores dos casos con intoxicación por la administración de dosis masiva de ergosterol irradiado. En la intoxicación piensan que puede jugar un papel la inmovilización súbita del esqueleto, provocando una hipercalcemia. Ésta por sí sola nos explica la lesión renal que presentan los casos reseñados. La lesión del riñón producida, principalmente tubular, es muy semejante a la que se ha encontrado por la administración de sulfanilamidas. Tratan ambos casos con administración abundante de líquidos y una dieta con sólo 0,2 gramos de calcio. En ambos la cifra de calcio en sangre era muy elevada, sin depresión concomitante del fósforo.

Otosclerosis. — Un examen sistemático de los temporales en la autopsia revela que en uno de cada 20 ó 25 personas hay un foco otosclerótico, casi siempre localizado por delante de la ventana oval. Una encuesta americana ha demostrado que un 70 por 100 de las personas sordas deben su sordera a una anquilosis del estribo de origen otosclerótico. El autor describe una pequeña modificación a la operación de la fenestración de Lempert, que consiste en el empleo de irrigación constante del campo operatorio y utilización de un microscopio para vigilar la apertura de la ventana. En 31 de los 117 enfermos intervenidos por el autor, sobrevino posteriormente el cierre de la ventana. Con la modificación del autor esta complicación se evita, obteniéndose una mejoría permanente de la audición en un 88 por 100 de casos. En 88,9 por 100 de casos la mejoría es superior a 10 decibels para las frecuencias habituales en la conversación, en 9,4 por ciento la audición no se ha modificado y en 1,7 por 100 ha habido un empeoramiento. Debe escogerse siempre el oído donde se oye menos, por el riesgo del empeoramiento. Como complicaciones ha registrado tan sólo cuatro parálisis faciales transitorias, atelectasia pulmonar postoperatoria y una laberintitis postoperatoria estéril, de diverso grado, que es muy corriente después de la intervención, con mareos, nistagmo y ataxia.

Digital en la insuficiencia cardíaca de origen arterioesclerótico con ritmo normal. — Investiga el autor la acción de la digital en 51 enfermos con insuficiencia cardíaca de origen coronario con ritmo normal. Divide su material en dos grupos, uno con frecuencia normal y otro con taquicardia sinusal. La digital es más beneficiosa en los enfermos con insuficiencia del ventrículo izquierdo y ritmo normal y menos útil en los enfermos que tienen, además, taquicardia sinusal. De esta manera los resultados del autor apoyan el punto de vista de que no es preciso que haya taquicardia o arritmia perpetua para que la digital despliegue todos sus beneficios. De esto concluye que la digital actúa directamente sobre el propio miocardio y no sobre el ritmo cardíaco.

Tic doloroso del nervio intermediario. — Describen un caso de tic doloroso del nervio intermediario, cuadro al que conceden perfecta autonomía clínica. Se caracteriza por un dolor profundo en la oreja en la parte anterior o posterior del conducto auditivo externo, de índole paroxística, que no se inflúa por la masticación, el acto de tragar o hablando. En el caso referido la cocaínización de una pequeña zona en el cuadrante superior y posterior del conducto auditivo externo hacía desaparecer el dolor, en tanto que subsistían los efectos de la anestesia. Se practicó una intervención intracanal. Al tocar el noveno par se producía dolor intenso en la garganta con

alguna irradiación al oído, pero la enferma decía que no era igual al de la neuralgia. En cambio, ésta se reproducía al tocar el haccillo de nervios que ingresaban en el conducto auditivo interno. La intervención permitió estudiar las diversas funciones del intermediario, confirmando los clásicos puntos de vista sobre su acción estimulante de la secreción salivar y táctil, pero no, en cambio, sobre la lacrimal. El dolor profundo en la oreja puede deberse también a una neuralgia de glossofaríngeo y sólo en la intervención puede diferenciarse entre ambas causas. La intervención se hará siempre con anestesia local, para poder hacer el estímulo de cada nervio, con fines diagnósticos. El nervio intermediario puede seccionarse sin lesionar los troncos principales del séptimo y del octavo par. La zona de sensibilidad que corresponde a este nervio es muy estrecha, porque sólo persiste después de la intervención una hipoestesia de la membrana del tímpano y de las porciones adyacentes del conducto auditivo externo.

Guy's Hospital Reports

91-2-1942

- * Un caso de persistencia de conducto arteriovenoso con discusión de sus características hemodinámicas. Payling Wright y Navásquez.
- * Significación de los cuerpos de Jolly y la atrofia esplénica. R. M. Boveri.
- * Un caso de hipoglucemia espontánea en relación con la administración de extracto tiroideo. R. E. Rewell.
- * Resultados en la administración de la vitamina A en el tratamiento de la úlcera gástrica. A. H. Douthwaite.
- * El uso del nitrato de plata en la producción de las pleuritis asépticas obliterantes. R. C. Brock.

Un caso de persistencia de conducto arteriovenoso. — Se trata de un enfermo de 57 años, que hace su vida normal de trabajo hasta el mes de mayo de 1941, falleciendo cinco meses después, en noviembre del mismo año. Durante estos cinco meses de enfermedad la sintomatología fué intensificándose y desde los edemas ligeros en extremidades inferiores, fueron apareciendo sucesivamente mayores edemas, ingurgitación de las venas del cuello, cianosis intensa de labios y cara principalmente y disnea. La exploración permitía conocer, además de la cianosis descrita, una silueta ortocardiográfica, en donde domina la dilatación de las cavidades derechas y del arco de la arteria pulmonar y un soplo principalmente diastólico en la base de la arteria pulmonar con tensiones de 160/100 y 90 a 100 pulsaciones.

La sección descubrió una dilatación e hipertrofia del ventrículo y aurícula derecha, con una capacidad tres veces mayor que las del lado izquierdo, que incluso eran algo menores del normal. La válvula aórtica era bicúspide. La arteria pulmonar tenía placas de ateroma con calcificaciones. En las ramas de la arteria pulmonar se apreciaban trombos que ocluían la luz y de reciente formación. La aorta no presentaba notables alteraciones, excepto alguna placa de ateroma en su porción torácica. Entre ambas arterias se encontraba un conducto de comunicación que presentaba. Su orificio en la arteria pulmonar estaba a seis centímetros por encima de la válvula y a quince milímetros del rafe de bifurcación las ramas de la arteria pulmonar. El orificio en la aorta estaba situado en las proximidades del origen de la arteria carótida primitiva.

En la discusión del presente caso los autores llaman la atención sobre la larga vida del enfermo, que, además, era asintomática, excepto en sus últimos cinco meses, lo que motiva una revisión de las características hemodinámicas en estos enfermos con persistencia del conducto arteriovenoso. Hollman dividió en dos grupos estos enfermos: en aquellos en que la corriente sanguínea marcha de la aorta a la pulmonar predomina la dilatación e hipertrofia de las cavidades izquierdas, con electrocardiograma en este sentido, tensión arterial disminuida, anemia y un soplo en el segundo o tercer espacio intercostal, que se irradia hacia las bases pulmonares. En el otro grupo se consideran aquellos casos en los que la corriente camina en orden inverso, de la pulmonar a la aorta y en ellos la sintomatología es de cianosis, dilatación e hipertrofia de las cavidades derechas, policitemia, desigual presión en ambas radiales y un soplo que se origina también entre segundo y tercer espacio intercostal izquierdo, irradiándose hacia clavícula izquierda. Según Eppinger, Burwell y Gross, puede pasar a la aorta hasta el 75 por 100 de la sangre que sale del ventrículo derecho.

Es difícil señalar en este caso a qué grupo corresponde de los indicados por Hollman, ya que, si bien había cianosis y dilatación de cavidades derechas, es difícil explicarse cómo ha

podido vivir sin síntomas hasta los últimos cinco meses de la vida. Para los autores tampoco tiene explicación la llamada "cianosis tardía" de los autores franceses, ya que en estos casos la cianosis es la consecuencia de una hipertensión pulmonar final con salida de sangre de la pulmonar a la aorta, pero consecuencia de una alteración de los vasos pulmonares que se va organizando lentamente hasta que origina un cuadro de hipertensión en el círculo menor. En este caso no se puede argumentar de este modo, ya que el estudio anatomopatológico no demostró la menor alteración pulmonar.

Como resumen de lo que piensan los autores diremos que, según ellos, durante toda la vida la presión en ambas arterias, pulmonar y aorta, era la misma, y como consecuencia, la sangre circulaba por su camino fisiológico y sólo cuando el enfermo por razones ignoradas se descompensó, se originó la insuficiencia y con ello la marcha anormal de la sangre, y como resultado la cianosis. No se puede, por lo tanto, ser tan rígido en la separación de grupos de Hollman; es raro un enfermo que viva siempre con una circulación del segundo grupo de este autor, es decir, de la pulmonar a la aorta, como fué el final de este enfermo.

Significación de los cuerpos de Jolly y la atrofia esplénica.

Los cuerpos de Jolly que aparecen en algunas ocasiones en el interior de los hematíes, del tamaño de cocos, dispuestos en número variable, representan unas formaciones de cuyo origen y significado apenas es algo lo que se conoce. Weil y Perles los encontraron en enfermos después de la esplenectomía, decreciendo su número a medida que van transcurriendo los años. Este hallazgo hizo pensar en una relación entre el bazo y la aparición de estos corpúsculos intraeritrocíticos, lo que se confirmó cuando Schur, en 1908, en un enfermo de enfermedad de Graves, que tenía cuerpos de Jolly, al morir se observó que tenía una atrofia esplénica. Basado precisamente en estos hechos pudo Schilling diagnosticar en vida y confirmar en la sección una atrofia esplénica, precisamente por haberse encontrado cuerpos de Jolly en su sangre. En 1933, por la misma razón, Hirschfeld y Dünner diagnosticaron dos atrofas esplénicas que se confirmaron en la autopsia. Estas han sido las únicas publicaciones que se han podido recoger de este problema, y por ello, el autor considera útil referir los casos estudiados en el Guy's Hospital, durante los años 1935-40.

En el primer caso se trata de una enferma de 68 años, con un cuadro de anemia macrocitaria y diarreas grasas, lo que sugiere el diagnóstico de un sprue no tropical. Por la existencia de abundantes cuerpos de Jolly suponen existiría una atrofia del bazo. En realidad, la atrofia de este órgano puede aparecer por múltiples motivos: en sujetos de edad, por alteraciones arterioescleróticas, enfermedades carenciales, tuberculosis crónicas, según Besanzon, caquexia malárica e infecciones tóxicas.

El segundo caso es el de un enfermo de 44 años de edad, con un cuadro séptico con exacerbaciones que se acompañan de erupciones por la piel, con gran leucocitosis y numerosos cuerpos de Jolly, confirmando en la sección tal atrofia y justificándose así la presencia de estos corpúsculos y la hiperleucocitosis de incluso 75.000 glóbulos blancos, ya que ello hablaría también a favor de la insuficiencia esplénica de este enfermo, como se ha podido observar en los esplenectomizados que suelen tener cifras altas de leucocitos.

Al lado de estos casos en los que parece indicar que, efectivamente, la presencia de cuerpos de Jolly asegura el diagnóstico de atrofia esplénica, existen otros casos en los que, aun existiendo estos cuerpos, no hay tal atrofia. Recoge el autor la estadística de los siete casos de enfermos con anillos de Jolly en el Guy's Hospital desde 1935-40, descartando los dos casos anteriores y en los enfermos esplenectomizados, y se encuentra en dos de ellos en que, habiendo cuerpos de Jolly, sin embargo la autopsia no indicó atrofia del bazo. En uno de éstos, diagnosticado de beriberi, el bazo pesaba 300 gramos.

Desgraciadamente la hipótesis tan aparentemente sencilla de atrofia de bazo, igual a presencia de cuerpos de Jolly, no se puede mantener, y por lo tanto, seguimos sin saber el origen de estos corpúsculos conocidos desde hace ya más de cuarenta años.

Un caso de hipoglucemia espontánea en relación con la administración de extracto tiroideo. — Comunica el autor un enfermo de 42 años de edad, que viene padeciendo comas hipoglucémicos de marcada gravedad, y en donde el diagnóstico de su hipotiroidismo con su tratamiento adecuado con extracto tiroideo, da como consecuencia una normalización de su glucemia y la desaparición de toda la sintomatología comatosa.

Es muy interesante en este trabajo las curvas glucémicas recogidas durante tres días distintos; en la primera, antes del tratamiento, la segunda, doce días después del mismo, y la tercera, ya completamente normal, veinte días después de iniciada la medicación.

Con este motivo el autor hace una somera revisión bibliográfica sobre la relación del tiroides sobre la glucemia y recuerda, entre otros, los trabajos de Burn y Marks (1925), en los que se observó que la administración constante de tiroxina eleva la glucemia. Prihan, en 1928, describió un caso de "tetania", y en el que la cifra de calcemia era de 12 miligramos, todo ello consecutivo a una tiroidectomía. Goldzeiher, en 1929, consideró que en el mixedema es posible la asociación de alta tolerancia para los hidrocarbonados con hipoglucemia. Más recientemente, Stein, Tuerkischer y Werrheimer (1939), han encontrado que en las ratas tiroidectomizadas el glucógeno del hígado cae en un 50 por 100 en relación al control de animales sometidos a la misma dieta, mientras la cuantía de glucosa en sangre y músculos permanece igual, deduciendo que la falta de tiroides frena la gluconeogénesis.

Es, además, interesante, recordar la rareza con que en clínica vemos asociada la diabetes con el cretinismo (Carey, Arey y Norris, Wright, etc.).

Resultados de la administración de la vitamina A en la úlcera gástrica. — Como consecuencia de los casos estudiados de úlcera gástrica crónica a los que se les administró dosis diarias muy elevadas de vitamina A, de 120.000 a 140.000 unidades, en contra de los supuesto por Seelig (Guy's Hospital Reports, 90, 41, 1940), no han encontrado el menor beneficio.

El uso del nitrato de plata para la producción de las pleuritis asépticas obliterantes. — La obliteración de las dos hojas pleurales es una medida terapéutica que con frecuencia se tiene que realizar para el tratamiento de ciertos procesos pulmonares; como medida previa para la lobectomía, como preliminar para la succión por drenaje de las cavidades, en los neumotórax espontáneos de repetición y en los derrames pleurales crónicos y recurrenciales idiopáticos.

El método que más frecuentemente se emplea para lograr esta sinfisis pleural consiste en la introducción por el toracoscopia de polvos de talco yodado, pero tal medida resulta no siempre eficaz, y por ello este autor propone el empleo de una solución de nitrato de plata al 10 por 100, en dosis de uno o medio centímetro cúbico, según la edad del paciente, y también inyectado con el control toracoscópico, repitiendo la inyección pasados unos días si el efecto no ha sido completo y, naturalmente, previa producción de cámara de aire, como se necesita siempre que hay que introducir el toracoscopio.

Este método ha sido probado primero experimentalmente y después en 42 enfermos con excelentes resultados. Utilizando el nitrato de plata a esta concentración del diez por ciento y a dosis de uno o medio centímetros cúbicos, los peligros secundarios de lesión pulmonar se evitan y sólo queda como problema secundario el dolor a los pocos minutos de la introducción del líquido en la cavidad pulmonar, que aun siendo de breve duración se pueden evitar con la inyección de pantopón.

De los 42 casos estudiados, en 20 lo fueron por tratarse de neumotórax espontáneo, en donde la utilización de este método es más fructífera.

IMPORTANTE

Se pone en conocimiento de los señores suscriptores, que a partir del próximo día 10 de enero comenzarán a ponerse en circulación postales-reembolso por el importe de 50 pesetas correspondientes a la suscripción del primer semestre de 1944, más 1,50 pesetas por gastos de cobro y reembolso.