

En francés:

Aparte de la obra de Gley, cuya traducción española referimos, debemos recordar el *Traité de Physiologie*, publicado bajo la dirección de Roger y Binet y que comprende 11 volúmenes. La obra es muy irregular, pero algunos tomos son recomendables.

En italiano:

Fuera del clásico tratado de Luciani, del que existe una edición española, y que ya resulta muy antiguo, puede mencionarse la obra de Pugliese, de concepción no demasiado moderna, y el tratado más extenso en varios tomos, editado por varios profesores italianos que ignoramos si ha sido publicado completamente.

Las obras mencionadas cubren la totalidad de la disciplina que a usted interesa, y algunas como el tratado alemán representan el estado de la Fisiología en el momento de su publicación. No obstante dada la amplitud de la materia y el incesante desarrollo de la investigación fisiológica, ninguna de dichas obras conserva valor de actualidad más que unos pocos años por lo que es necesario recurrir a la consulta de las publicaciones periódicas y de las monografías sobre cuestiones especiales.

Entre las publicaciones periódicas son especialmente recomendables por su contenido general las tres siguientes:

Annual Review of Physiology. (Se publica un tomo anual a partir de 1939, conteniendo una información acerca de los progresos realizados durante el año por los distintos capítulos de la Fisiología. Editado por *Annual Review Incorporated*. Stanford University, U. S. A.)

Physiological Reviews. Publica un tomo anual conteniendo trabajos de conjunto sobre temas de Fisiología. Editada por la *American Physiological Society*, Baltimore, U. S. A.

Ergebnisse der Physiologie. Semejante a la anterior publica un volumen anual con trabajos de conjunto sobre temas monográficos de Fisiología. Editada por J. F. Bergmann. Munich.

Los resultados originales de la investigación fisiológica son recogidos en una serie de revistas que a diferencia de las publicaciones que acabamos de mencionar sólo contienen trabajos experimentales de corta extensión. Las más importantes entre éstas son:

The Journal of Physiology y *The Quarterly Journal of Experimental Physiology*, publicadas ambas en Inglaterra.

Los *Pflügers Archiv für die Gesamte Physiologie* y el *Zeitschrift für Biologie*, publicados en Alemania. La segunda

de estas revistas aunque de título más amplio contiene principalmente literatura estrictamente fisiológica.

El *American Journal of Physiology* y el *Journal of General Physiology* publicadas en Norteamérica.

En Francia se publica el *Journal de Physiologie et Pathologie Générale* y en Bélgica los *Archives Internationales de Physiologie*.

En Holanda se publica una excelente revista de Fisiología con el título de *Archives Neerlandaises de Physiologie de l'Homme et des animaux*, y en los países escandinavos se edita por profesores de los cuatro países el *Acta Physiologica Scandinavica*, continuación de los *Archivos escandinavos de Fisiología*, y que contiene trabajos de gran interés.

En Italia existen unos *Archivio de Fisiologia*, pero parte de la literatura fisiológica publicada en este país aparece en los *Archivio per le Scienze Biologiche*, y en *Lo sperimentale*.

Recientemente ha comenzado la publicación en Suiza de un *Acta Physiologica Helvetica*.

Existen aparte de esto algunas revistas consagradas a capítulos especiales, como las de Fisiología de los sentidos, publicada en Alemania, la de Neurofisiología, editada en América y otras que abarcan cuestiones de investigación clínica; pero comprenden también buen número de trabajos de índole exclusivamente fisiológica y que alargarían demasiado esta exposición.

Debe advertirse también que una gran parte de la Literatura fisiológica concerniente al aspecto químico de la Fisiología, aparece en publicaciones bioquímicas, por ello la lista que antecede debe completarse con la enumeración de las obras y publicaciones bioquímicas; pero también creemos que debemos abstenernos de hacer dicha enumeración en este lugar.

Un capítulo de la Fisiología que abarca el estudio de la nutrición ha sufrido en estos años un enorme desarrollo y acerca del mismo se encuentra también en la actualidad una copiosa literatura de tratados, monografías y publicaciones periódicas.

El estudio de la Fisiología desde el punto de vista histórico y filosófico cuenta también con una copiosa bibliografía. Podemos recomendar la historia de Foster y la de Fulton, así como la historia de la Biología, de Singer. Todas ellas en inglés.

El libro fundamental de Claudio Bernard, *Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale*, debe ser consultado por todo el que desee adentrarse en el estudio de la Fisiología. También es recomendable *La Physiologie*, de Arthus.

F. GRANDE COVIÁN

BIBLIOGRAFÍA

A) CRÍTICA DE LIBROS

STERILITY AND IMPAIRED FERTILITY. por CEDRIC LANE-ROBERTS y otros. Ed. Hamish Hamilton. Londres, 1939. Un volumen en cuarto menor de 419 páginas.

Se trata de un libro más sobre el problema tan importante de la esterilidad, en el que se analizan las causas por parte del varón y de la hembra. Tiene gran interés el estudio de las técnicas a seguir en la exploración y el de la constitución química y citológica del semen, con una serie de dibujos sobre los tipos normales y patológicos de los espermios, el resultado de los recuentos y sus variaciones, así como, en suma, de lo que puede considerarse el espermiograma. Analízase también la aparición de leucocitos y hematies y sus variaciones en los estados patológicos. Sucesivamente se tratan las diversas causas endocrinas de los trastornos de la fecundidad y a continuación se hace el mismo análisis en lo referente a la hembra. Una serie de apéndices y de métodos, ordenación de datos, etc., concluyen el libro, muy completo y de evidente utilidad para los médicos que tienen que resolver estos problemas.

SEXUAL DISORDERS IN THE MALE, por KENNETH WALKER, ERIC B. STRAUSS y WALTER LANGDON-BROWN. Edit. Hamish Hamilton. Londres, 1942. Un volumen en cuarto de 248 páginas.

Seguramente por ser un tema poco grato son pocos los libros que tratan aspectos de los que son estudiados en el presente. Un estudio de la fisiología del coito desde el punto de vista masculino y de sus posibles perturbaciones constituyen la materia de los 17 capítulos. El problema de la impotencia orgánica y psicogénica y los trastornos parciales de la función (eyaculación prematura, etc.) son sucesivamente tratados. Al final se especifica lo referente al desarrollo psicosexual y la psicología y psicoterapia de las desviaciones sexuales. En sí el libro no contiene nada esencialmente nuevo que se salga de lo ya habitualmente conocido por todo médico práctico. Quizá lo único nuevo es el tratamiento naturalístico del tema con un análisis ordenado y sucesivo de sus aspectos.

B) REFERATAS

Farmacología y Terapéutica

4 - 47 - 1943

- Acción adrenalinossulfamidas sobre corazón de rana aislado. M. Mateo Tinaso y J. Loscos Loscos.
- De los prurigos intermitentes y generalizados. J. Peyri.
- * Tuberculosis genital en la mujer. E. Gil Vernet y L. Roca Roca.

Tuberculosis genital en la mujer. — Pasa revista a los criterios terapéuticos en la tuberculosis genital femenina haciendo para ello una clasificación de ellas en cuatro grupos. En el primero incluye la tuberculosis genitoperitoneal de forma ascítica. En el segundo las tuberculosis tubáricas con peritonitis plástica o fibrocásica coexistiendo o no con tuberculosis uterina. El tercer grupo lo constituyen las tuberculosis tubáricas aisladas y, por último, hace otro con las tuberculosis genitales coexistentes con procesos tuberculosos de otros aparatos.

En el primer grupo el tratamiento quirúrgico se debe limitar a la laparotomía simple con evacuación de la ascitis; los procedimientos medicofísicos pueden proporcionar la curación por sí solos en gran número de estos casos, pero la combinación de ambos puede hacer llegar a ella con más rapidez, que aisladamente considerados.

En el segundo grupo el criterio quirúrgico y radical es el de máxima indicación por la frecuencia extraordinaria con que se asocian lesiones del endo y del miometrio; no obstante se debe hacer previamente y posteriormente a la intervención un tratamiento médico-físico-higiénico el que en muchos casos puede proporcionar por sí sólo excelentes resultados.

La tuberculosis tubárica es una forma tributaria de la cirugía con criterio conservador que debe hacerse radical a la menor sospecha de participación uterina o en las menopausias.

En el último grupo el criterio se supedita al juicio que se forme de la tuberculosis extragenital.

Por último, trata con especial detenimiento la terapéutica física de la tuberculosis genital refiriéndose a la radio, actino y helioterapia.

Revista Española de Tuberculosis

12 - 105 - 1943

- Estudio sobre el comienzo de la tuberculosis pulmonar del adulto y algunos problemas con él relacionados. F. Tello Valdivieso.
- Evolución cavitaria agudísima de una tuberculosis pulmonar tratada con neumotórax. González Gil.
- La tuberculosis en su aspecto social. F. Blanco Rodríguez y R. Bartolomé.
- Auxilio social en la lucha antituberculosa. Pascual Iniesta.

Medicina Española

10 - 57 - 1943

- Atrofia aguda difusa del hígado. (Degeneración difusa necrótica. Hepatosis necrótica.) F. Gallart Monés.
- * Radiología y gastroscopia en el diagnóstico de las gastritis. H. G. Mogena y L. Lara.
- Perforaciones tíficas. J. García Morán.
- * La atropina en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. T. A. Pinós y J. Valls Colomer.
- Diagnóstico del cáncer gástrico. Valor de la prueba del azul de metileno. A. García Paredes y J. Font Puigderriols.
- Contribución al estudio de la patología funcional del colon derecho. Esfínter cecocolico de Hirsch.
- Diverticulosis del tubo digestivo. E. Vidal Colomer y L. Juncosa Iglesias.
- Las gastrorragias en la esplenomegalia "primitiva". N. Lloret y V. Cabré.
- La médula ósea en las enfermedades del aparato digestivo. Forteza Bover.

Radiología y gastroscopia en el diagnóstico de las gastritis. Se refieren los autores a la colaboración de ambos recursos en el diagnóstico de las gastritis, métodos que se complementan y se deben emplear conjuntamente.

En efecto, se han observado continuamente discordancias en los hallazgos, que si no se cotejan pueden inducir a error.

Es difícil con ambos métodos precisar dónde termina lo normal y comienza lo patológico.

Refieren varios casos, de los cuales uno muy demostrativo, en los que un estudio radiológico de los pliegues de la mucosa gástrica hizo diagnosticar una gastritis hipertrófica y que una ulterior gastroscopia demostró una mucosa completamente normal.

Desde el punto de vista gastroscópico se hace una descripción de las imágenes observadas en las gastritis superficiales, en las gastritis hipertróficas y atroficas.

En el terreno de la radiología y a pesar de los grandes progresos operados en su técnica, sólo determinadas formas de gastritis que cursan con evidentes signos de alteraciones de la mucosa (destrucción de pliegues, engrosamiento de ellos, rigidez, aumento de anastomosis y fuerte mixorrea) quedan por este medio aclarados.

Aunque en este terreno se muestra superior la gastroscopia sólo el empleo conjunto de ambos se puede tomar como el proceder más útil.

La atropina en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. El presente trabajo está encaminado a comunicar los efectos de la atropina sobre el estómago, su motilidad y secreciones, contrarios como se verá a los perseguidos como finalidad terapéutica en los ulcerosos.

Sobre los movimientos peristálticos parece no ejercer un efecto señalado y sobre los espasmos los autores han podido comprobar que nunca los hace cesar; asimismo parece no tiene ningún efecto sobre el comportamiento del esfínter pilórico.

Sobre las secreciones influye disminuyendo la fase psíquica y no alterando la fase química de secreción. Las curvas de secreción han sido las mismas con medio miligramo de atropina previa cuando se ha empleado el estímulo de alcohol o de histamina.

De todo esto se concluye que el efecto terapéutico de la atropina en la úlcera gástrica es nulo y perjudicial indirectamente por la sequedad de boca que produce con deficiente masticación e insalivación de los alimentos, con el aumento consiguiente del trabajo gástrico; asimismo disminuye la secreción mucosa del estómago que como es sabido tiene un efecto protector de la mucosa. Disminuye la secreción pancreática con lo que se perjudica el efecto compensador de ella en la digestión y al mismo tiempo neutralizador del medio gástrico por reflujo duodenal.

Medicina

11 - 5 (II) - 1943

- Diagnóstico de las brucelosis. A. M. Vallejo de Simón y J. Figueroa Egea.
- El problema de la difteria maligna. Hans Schmidt.
- * Consideraciones clínicas sobre los casos de hidatidosis pulmonar. P. Piulachs, M. Alvira Mallén.
- El problema de la silicosis en la zona minera de Linares-La Carolina. José Leal y Leal.
- La reacción de Leifoff para el suerodiagnóstico de la sífilis. Modificación a la técnica original. Dimas Romero Vázquez.
- Algunas consideraciones sobre el empleo de sangre de cadáver. J. Luis Yagüe.

Consideraciones clínicas sobre los casos de hidatidosis pulmonar. — Publican los resultados de su observación clínica en 100 casos de quiste hidatídico de localización pulmonar.

En ellos predomina el sexo femenino y la máxima frecuencia y la mayor frecuencia en su primera manifestación clínica entre los 17 y los 35 años de edad.

La velocidad de crecimiento es variable, no teniendo cifras personales este aspecto del trabajo.

En el 10 por 100 de los casos se observó más de un quiste. En cuanto a la localización hubo un predominio evidente de los del lado derecho y dentro de éstos en la base pulmonar, estando en tres casos consignada la localización mediastínica. En el 6 por 100 la localización pulmonar coincidía con otra hepática.

En cuanto a la sintomatología y su porcentaje de observación los autores han observado la fiebre en un 74.9 por 100

de los casos; hemoptisis en el 65 por 100; vómica en un 60 por 100 y dolor en el 57 por 100.

La eosinofilia tuvo una cifra media de 2,36 por 100 y una máxima de 18 por 100. En valores absolutos las cifras oscilan entre 71 y 990 por centímetro cúbico, con una media de 342 (cifra normal 200 por c. c.).

La reacción de Weinberg fué practicada en 35 casos con una positividad del 74,02 por 100 siendo mayor el número de positividades en los quistes cerrados (80 por 100) que en los abiertos (60 por 100).

El Cassoni fué practicado en 61 casos con un 86,8 por ciento de positivos; dando una reacción positiva el 80 por 100 de los quistes cerrados y el 96,15 por 100 de los abiertos.

Clínica y Laboratorio

36 - 211 - 1943

PROBLEMAS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS QUE PLANTEAN LAS SEPTICEMIAS (Ponencia general de las Jornadas Médicas Españolas de Zaragoza).

PARTE MÉDICA

- Etiología. Luis Trias de Bes.
- Fisiología y patología clínica. Juan Torres Gost.
- Diagnóstico y pronóstico. Joaquín Aznar Molina.

PARTE QUIRÚRGICA

- Conceptos generales. José Estella Bermúdez.
- Septicemias quirúrgicas con foco de origen en territorio de la vena cava superior. Ricardo Lozano Blesa.
- Septicemias quirúrgicas. Concepto. Tratamiento quirúrgico de los septicémicos de las extremidades. J. Puig Sureda.
- Septicemias quirúrgicas con focos de origen osteoarticular. Antonio Cortés.

CONCLUSIONES. *Parte médica. Parte quirúrgica.*

Fisiología y patología clínica. — El autor hace una clasificación de las enfermedades sépticas en tres entidades con cierto carácter de independencia nosológica que en orden de gravedad de mayor a menor son, la septicemia, la sepsis y el síndrome séptico benigno.

De estas tres entidades el autor hace una descripción de los elementos clínicos que permiten una filiación, siendo el hemocultivo el que en definitiva diferencia la septicemia y la sepsis. Esto no quiere decir que en la sepsis no puedan aparecer septicemias transitorias o en virtud de la caída de las defensas orgánicas una septicemia definitiva que cuando da hemocultivo positivo son de una mortalidad 100 por 100 según la estadística del autor.

Cuando en la sepsis el organismo pierde su capacidad reaccional que inutiliza o atenúa la virulencia del germen, las crisis bacilémicas pueden dar lugar a la aparición de nuevos focos sépticos. En este sentido y para evitar que por invasiones sucesivas se produzca la anergia negativa y con ello el paso a la septicemia, existe la indicación imperativa de abrir el foco en todas las sepsis; si ello no entraña dificultades técnicas o mayores peligros.

Los gérmenes productores de las septicemias son los que habitualmente están en simbiosis con el organismo y de ellos con más frecuencia el estrepto y estafilococos.

Conceptos generales. — Al referirse el autor de una manera general a la profilaxis quirúrgica y al tratamiento quirúrgico de las septicemias, señala el interés que tiene la localización del foco primario, localización que condiciona el concepto patogénico, ya que cada territorio tiene sus características propias y condicionan la técnica de cada región.

No se pueden desligar las medidas quirúrgicas desde el punto de vista de la profilaxis, de la llevada a cabo por las sulfamidas aplicadas de una manera local y en colaboración con aquéllas.

Como medida profiláctica quirúrgica cuenta cada vez con más adeptos la resección "en bloque del foco" en lo que colaboran también el electrobisturí y las sulfamidas.

Cuando no se puede llevar a cabo la resección urgente del foco primario presta grandes servicios el bloqueo de las vías de absorción (ligadura de los principales troncos venosos zonales).

Todos los recursos médicos que no sean las sulfamidas (sueños, antisépticos) como complemento de la cirugía tienen escaso valor. Sin embargo, la transfusión sanguínea mejora considerablemente los resultados de la cirugía.

Amatus Lusitanus

2 - 10 y 11 - 1943

- Ileítis regional. A. Marqués Cardoso.
- El caso de las córticopleuritis tuberculosas. L. Simões Ferreira.
- Las inyecciones intraarteriales de mercurocromo en el tratamiento de las lesiones supuradas de los miembros. T. Serras Simões.
- A propósito de un caso de enfisema buloso gigante por sífilis pulmonar. Alves Souza.
- Generalidades sobre peste. J. Cutileiro.
- Tomografía de las cavernas. Ayres de Azevedo.
- Leucemia linfática con lesiones cutáneas que recuerdan la enfermedad de Dühring. Brenja Finkler.

El caso de las córticopleuritis tuberculosas. — El autor, en un extenso trabajo, estudia las córticopleuritis tuberculosas, especialmente en su aspecto clínico y subraya la importancia que el conocimiento de este cuadro tiene, dada la frecuencia con que esta afección se presenta en clínica. Este estudio puede resumirse del modo siguiente: Las córticopleuritis tuberculosas, tal y como han sido concebidas por los autores franceses de principio de siglo, especialmente Piery y Sergent, es, a pesar de la opinión contraria de algunos fisiólogos modernos, una realidad clínica y anatomopatológica y si no es siempre reconocida y diagnosticada, es debido a que sus lesiones no siempre son visibles a rayos X y también a que el cuadro sintomático de las primeras descripciones no se adapta exactamente a la realidad de los hechos observados.

Respecto al valor de la auscultación en el diagnóstico de las córticopleuritis, el autor manifiesta que no es siempre el más fiel medio diagnóstico, ya que es prácticamente muda en alguna de las fases de la enfermedad y que a veces puede denunciar lesiones pleurales ya apagadas.

Insiste en la importancia diagnóstica que tiene la existencia de la defensa torácica (disminución de la expansión respiratoria del lado enfermo por la contractura de los músculos intercostales) que considera que es el signo que más valor diagnóstico tiene en el momento actual y que debe de buscarse con una técnica rigurosa que describe minuciosamente. También subraya la importancia que tiene el dato subjetivo que se recoge en la anamnesis con bastante frecuencia, en el sentido de que los enfermos se quejan de no poder respirar todo lo profundamente que quisieran y que se objetivaría con la existencia de la defensa torácica reseñada.

La Prensa Médica Argentina

29 - 40 - 1943

- Estudio sobre la dolantina. R. Carratalá, R. G. Loyarte y D. Vucetich.
- Las derivaciones precordiales en electrocardiografía. C. Patiño.
- F. Pataro y L. Lepera.
- Esófago corto y estómago torácico. C. Bonorino y P. A. Maissa.

29 - 41 - 1943

- Diabetes puberal e hipometabolismo. M. Teresa y M. Natalio.
- Injertos libres de piel. R. Dellepiane.
- Tratamiento de las cicatrices cutáneas. F. Cora.
- Anuria consecutiva a la terapéutica con sulfodiazina. J. R. González.
- Tuberculosis intestinal. A. Cetrángolo.

29 - 42 - 1943

- La acción terapéutica de las diamidinas aromáticas en el tratamiento de infecciones protozoarias en el hombre y los animales. W. Yorke.
- La tuberculobaciluria en el curso de la tuberculosis pulmonar. I. F. Wolaj.
- Dedo a resorte por hernia parcial del tendón flexor. A. R. Beaux.
- Fibroma de la porción intraabdominal del ligamento redondo con torsión del pedículo. A. A. Puntel.
- Hiperinsulinismo. C. Pinedo.

La acción terapéutica de las diamidinas aromáticas en el tratamiento de infecciones protozoarias en el hombre y los animales. — Se comunican los resultados obtenidos tanto experimental como clínicamente en el tratamiento de algunas enfermedades producidas por protozoos. En el hombre se han obtenido buenos resultados en el tratamiento de la enfermedad del sueño cuando todavía ésta se encuentra en sus primeros momentos y sin alteraciones en el líquido céfalorraquídeo. En los casos tardíos la terapéutica no está todavía bien ensayada, ya que los casos tratados se ha demostrado que lo han sido con dosis insuficientes. En la leishmaniosis humana los resul-

tados comunicados son altamente satisfactorios, obteniéndose curaciones en casos que habían sido resistentes al antimonio. En enfermos con P. G. P. infectados terapéuticamente con plasmodio vivax, las diamidinas obtuvieron resultados apreciables, pero en las infecciones naturales de plasmodio falciparum tuvieron poca o ninguna eficacia.

Los accidentes pasajeros que pueden presentarse parecen depender del brusco descenso de la presión arterial que estos productos originan, sobre todo cuando la inyección se hace por vía intravenosa. Tan sólo se han observado accidentes graves por alteración del parénquima hepático en enfermos que habían recibido dosis elevadas. Se trata por lo tanto de productos en vías de ensayo para conocer sus indicaciones y dosis precisas.

29 - 43 - 1943

Consideraciones sobre la determinación del volumen de la sangre por medio de substancias colorantes. M. R. Castex y F. Vierheller.

Espóndiloartrosis postraumática. B. Spota.

Doble amígdala palatina en el mismo alvéolo. F. Cora y J. Montero. La tuberculobaciluria en el curso de la tuberculosis pulmonar. I. F. Wolaj.

Consideraciones sobre la etiología de las colitis ulcerosas graves. C. Bonorino, J. Sa y M. M. Ramos.

Medizinische Klinik

40 - 1/2 - 7 de enero de 1944

El problema del reuma. F. Reichert.

Significación de la serorreacción para el tratamiento y sintomatología clínica de la sífilis. H. Hüllstrung.

Gimnasia para personas de edad. W. Kohlrausch.

Puntos de vista actuales y tratamiento de la placenta previa. G. Mestwerdt.

Posibilidades terapéuticas de las arritmias. W. H. Hauss.

Lucha contra el dolor en los carcinomas inoperables. H. J. Lauber.

Sífilis articular. F. Koch.

Problemas actuales en el tratamiento de la neumonía. W. Bareyk.

Hiper glucemia y aumento de pigmentación con el tratamiento con desoxicorticosterona. K. Tschilow.

40 - 3/4 - 21 de enero de 1944

El problema del reuma. F. Reichert.

¿En qué enfermedades debe el práctico pensar como complicaciones de las enfermedades de los ojos? W. Rau.

Tratamiento del úlcus con azúcar y dieta normal. Hein.

El problema de la obesidad constitucional. A. Schneider.

Fundamentos teóricos y especificidad de las reacciones de complemento y floculación en el serodiagnóstico de la sífilis. W. Goeters.

Tuberculosis quirúrgica y traumatismo. H. Hanke.

Tratamiento de las neumonías de los niños con una sola dosis de sulfatiazol. J. Siegl.

¿Qué valor tienen las pruebas de función renal? W. Barezyk.

Sobre el eritema polimorfo (llamada cuarta enfermedad). K. Oxenius.

Palabras finales a propósito de las hepatitis epidémicas. A. Buding.

¿En qué enfermedades debe el práctico pensar como complicaciones de las enfermedades de los ojos? — En el curso de enfermedades de otros órganos pueden aparecer alteraciones oculares y estas complicaciones se presentan en los siguientes procesos: 1.° Enfermedades sépticas: es la oftalmía metastásica de pronóstico fatal y que debe diferenciarse del flemón orbitario de mejor evolución clínica. 2.° En las enfermedades exantemáticas agudas: sarampión, escarlatina (en esta enfermedad en la fase inicial por conjuntivitis y queratosis, y en la fase tardía por las alteraciones vasculares de fondo de ojo (por la nefritis escarlatínica), viruela, difteria (con parálisis tardía de la acomodación). 3.° Como enfermedades agudas infecciosas tenemos en la neumonía que muchas veces comienza con un herpes corneal, igual herpes se encuentra en la gripe; también se presentan alteraciones oculares en la encefalitis letárgica y en general en todas las encefalitis, en el tífus exantemático, en la tifoidea, en la enfermedad de Weil, en la disenteria y en la erisipela que puede localizarse en la región ocular. La gravedad de este proceso puede ser no sólo para la visión sino también para la vida, llegando al 40 por 100 la mortalidad si es doble la localización. 4.° En la gonococia. 5.° En la sífilis. En esta enfermedad la variabilidad de cuadros oculares es muy manifiesta y su enumeración no es necesario en este momento. 6.° Tuberculosis. 7.° Enfermedades vasculares y renales en las que tan importante es el examen de fondo de ojo. 8.° Enfermedades metabólicas: avitaminosis, diabetes, y tetania principalmente. 9.° Enfermedades del sistema nervioso central que en sus más variados procesos origina cuadros

oftalmológicos bien sea por alteración de los nervios oculares, intrínsecos o extrínsecos, bien sea por alteraciones del fondo ocular. 10. Cuadros de hipertensión intracraneal. 11. Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.

Tratamiento de las neumonías infantiles con una sola dosis de sulfatiazol. — El autor, profesor del hospital infantil Emil Von Behring, de Viena, comunica en este trabajo los resultados favorables con el tratamiento de las neumonías de los niños con una sola dosis de sulfatiazol cuya dosificación es la siguiente:

Niños de menos de 13 kilogramos de peso, igual a 0,3 gramos de sulfatiazol por kilogramo.

Niños de 13 a 16 kilogramos de peso, igual a 0,25 gramos de sulfatiazol por kilogramo.

Niños de 16 a 20 kilogramos de peso, igual a 0,20 gramos de sulfatiazol por kilogramo.

Niños de 20 a 25 kilogramos de peso, igual a 0,16 gramos de sulfatiazol por kilogramo.

Niños de 25 a 30 kilogramos de peso, igual a 0,14 gramos de sulfatiazol por kilogramo.

La dosis máxima para el choque de cuatro a cinco gramos.

Conviene que la ingestión de esta dosis única de sulfatiazol se haga de un golpe, por ejemplo, en un poco de leche y después durante cuatro horas no beba el niño agua, con el fin que la concentración de sulfatiazol en sangre sea muy alta en este tiempo y como se absorbe rápidamente, permanezca en esta alta concentración en el sistema circulatorio. Pasado este tiempo, por el contrario, se administrarán líquidos para que se elimine rápidamente y se eviten complicaciones. Si el niño está inconsciente se puede administrar el sulfatiazol por enema y también por vía venosa.

Münchener Medizinische Wochenschrift

90 - 16/17 - 23 de abril de 1943

Cuidados postoperatorios de los heridos. F. W. Kroll y H. Kuhlendahl.

Observaciones sobre los efectos terapéuticos de la quimioterapia en la gonococia. G. Hopf.

Infiltrados fugaces, neumonía de eosinófilos. F. Kellner.

Un método fácil de demostrar la presencia de coli sin medio de cultivo. R. Arnold.

90 - 18/19 - 7 de mayo de 1943

Tratamiento de las formas graves de la gangrena gaseosa, por heladura. H. Narath.

La hiperemia reactiva después de las heladuras. H. Häusler.

Indicaciones quirúrgicas de las coelitis y úlceras. J. Hohlbaum.

Sintomatología morfológica de las artropatías crónicas. E. Maliwa.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose

98 - 6 y 7 - 1942

¿Son visibles espacialmente las finas estructuras pulmonares en la imagen radiológica? Chantaine.

Consideraciones y experiencia sobre el curso y tratamiento de las hemorragias en tuberculosis pulmonar. P. Martini.

El origen del caseum tuberculoso. Tercera comunicación: El elemento morfológico y su representación. E. Haeger.

Neumolisis intrapleurales con el instrumental de Noack. H. G. Holzhausen.

Sobre la cuestión del influjo de las conmociones anímicas sobre el curso de la tuberculosis. W. Reithel.

La importancia de las pruebas de la función pulmonar para la clínica de la tuberculosis pulmonar. (Valoración crítica de 1.000 protocolos funcionales.) G. Petzold.

Nuevas experiencias con la reacción de Takata en la tuberculosis pulmonar. A. Schneiderbauer.

Consideraciones y experiencia sobre el curso de la terapéutica de las hemorragias en la tuberculosis pulmonar. — El autor ha realizado un estudio comparado de los resultados del tratamiento de las hemoptisis y para ello ha establecido dos grupos, según que el tratamiento haya sido simplemente sintomático, o se hayan empleado los medios hemostáticos habituales u otras medidas especiales, excluida la colapsoterapia. De su experiencia se saca la conclusión impresionante de que no es posible asegurar a la vista del curso de la hemoptisis tratada con hemostáticos, que dicho curso se haya influido por la terapéutica. La duración media del accidente hemoptoico fué la misma en ambos grupos, siendo de notar que algunos de los casos fueron incluidos sucesiva-

mente en ambos, cuando, como ocurre con frecuencia, se trataba de hemoptisis de repetición, que suelen revestir características bastante semejantes en cuanto a evolución y curso.

Importancia de las pruebas de la función pulmonar para la clínica de la tuberculosis pulmonar. — Fundándose en 1.000 determinaciones de la función pulmonar por medio de la espiro y ergometría el autor realiza un estudio de conjunto de esta cuestión, con el fin de determinar la utilidad del empleo de estos métodos en la clínica habitualmente. Hace una descripción de la metódica de una manera circunstanciada, aconsejando aumentar la capacidad del sistema que puede ser elevada hasta 150 litros, conectando recipientes de capacidad adecuada, para eliminar el error que supondría en un sistema más reducido la disminución de la concentración del oxígeno por debajo de 19 por 100. Da las cifras correspondientes a los sujetos normales para utilizarlas como patrón de comparación. Aconseja realizar siempre la prueba de trabajo porque solamente así se pueden revelar pequeños grados de insuficiencia que de otro modo permanecerían ignorados.

Confirma por sus observaciones el hecho conocido de que el pulmón en situación de reposo no se encuentra totalmente ventilado ya que bastan los 5 a 8 litros de volumen-minuto de reposo para determinar la saturación arterial, lo que indica asimismo que la circulación por los capilares del pulmón se encuentra en análoga situación, porque de lo contrario se verificaría mezcla de sangre mal oxigenada.

El espirograma permite también analizar la forma de la respiración que puede tener importancia para el juicio de la función global del pulmón. Trastornos del ritmo pueden impedir la exacta determinación del consumo de oxígeno, que sólo se puede conocer entonces por el método de Douglas. Mediante la respiración en oxígeno pueden eliminarse estas arritmias, aun cuando no en todos los casos, en los que puede ser necesario sostener durante varios días una atmósfera rica en oxígeno para conseguirlo. A veces existen trastornos irreparables del mecanismo de la respiración que no permiten su modificación de ningún modo. No es raro observar un ritmo pseudo Cheine Stokes que generalmente se elimina por la oxigenoterapia.

No son muy frecuentes en las infiltraciones tuberculosas las alteraciones de la función respiratoria. Solamente se advierte una disminución de la máxima capacidad por minuto, a no ser que existan oclusiones bronquiales por exudados, persistiendo la irrigación funcional de sus territorios correspondientes, que si por cualquier causa se eliminan desaparece el déficit. Los más elevados grados de déficit se encuentran en los procesos cavitarios cirróticos. Estas alteraciones pueden ser anatómicamente de carácter inespecífico. Las formas más favorables en cuanto a la función pulmonar son las tuberculosis productivas, ya que las alteraciones alveolares son parejas de las capilares.

La existencia de un déficit de saturación debe motivar nuestra preocupación por eliminarlo para evitar las perturbaciones consiguientes, que disminuyen por otra parte las posibilidades de curación de la tuberculosis. Este es un punto fundamental para el tuberculoso.

En el 88 por 100 de todos los sujetos investigados se encontró por el autor un trastorno funcional que ni siquiera se podía sospechar por el estudio clínico. Muchas insuficiencias se encuentran compensadas sin perjuicios para el organismo. (Los enfermos estudiados estaban afectos, en general, de formas graves o extensas.)

Los signos característicos de las distintas formas del déficit de oxígeno permiten obtener los siguientes grupos:

A) Déficit compensado: En el espirograma se encuentra saturación normal y aumento del volumen-minuto respiratorio. B) Déficit descompensado: 1. Déficit de oxígeno con elevación del V. M. que desaparece en la respiración en oxígeno. 2. Déficit de oxígeno y elevación del V. M. que disminuyen poco o nada por la respiración en oxígeno (perturbaciones centrales por déficit antiguo). 3. Déficit, arritmia y oscilaciones del consumo de oxígeno. Estas pueden ser más altas en la respiración en oxígeno que en el aire. Generalmente disminuye la respiración al hacerlo en el oxígeno. 4. Como el anterior sin disminución en el oxígeno. 5. Déficit con las alteraciones estudiadas de 1 a 4 que no se modifica en absoluto en el oxígeno. Trastorno completo del metabolismo intermedio.

A veces las alteraciones en el consumo de oxígeno se revelan solamente después de algunos minutos de respiración en el oxígeno y sólo así se puede revelar el déficit.

The American Journal of the Medical Sciences

206 - 2 - 1943

- * Estudios sobre la transmisión de la malaria por las transfusiones de plasma. E. L. Lozner y L. R. Newhouser.
- * Acción de los estimuladores específicos en el sistema hematopoyético. F. R. Miller y D. L. Turner.
- * Anemia de "sickle-cell" (hematíes en hoz), en un adulto blanco, asociado con anemia hemolítica, endocarditis y una neoplasia maligna. L. Greenwald, J. B. Spielholz y J. Litwins.
- * Persistencia de la velocidad de sedimentación como prueba diagnóstica de las neoplasias malignas. L. Apter, E. Hull y C. C. Adams.
- * Pronóstico de los pacientes con persistencia de conducto arteriales tratados quirúrgicamente. M. J. Shapiro y A. Keys.
- * Significación clínica de la hiperventilación. El papel de la hiperventilación en la producción, diagnóstico y tratamiento de ciertos estados de ansiedad. E. A. Stead, J. V. Warren.
- El método de Christie modificado para la determinación del aire residual. R. A. Izzo y H. Chiodi.
- Diabetes y tiempo. W. F. Petersen.
- * Tuberculosis preclínica urogenital. G. E. Keenny, S. E. Cohen y L. Bauer.
- Estudios sobre la 2-sulfanilamido-4-metilpirimidín (sulfamerazina, sulfametildiazina) en el hombre. IV tratamiento de la neumonía neumocócica. H. F. Flippin, W. I. Geffer, A. H. Dorn y J. H. Clark.
- Estudios sobre la 2-sulfanilamido-4-metilpirimidín. III. Tratamiento en la meningitis meningocócica. W. I. Geffer, S. B. Rose, A. H. Dorn y H. F. Flippin.
- Estudios de los agentes citotóxicos y bactericidas en cultivo de tejidos III. Actividad citotóxica y antibacteriana de la gramicidina y la penicilina: comparación con otros gramicidas. W. E. Herrell y D. Heilman.
- * Protrusión del disco intervertebral e hipertrofia ligamentosa. Tratamiento apropiado según la experiencia recogida en 50 casos tratados quirúrgicamente. J. C. Yaskin, A. S. Tornay.
- * Los efectos de la administración de glucosa en la acidosis diabética. H. F. Root y T. M. Carpenter.
- * Relación entre la función hepática y la prueba del ácido hipúrico. M. M. Scurry y H. Field.
- Comparación de técnicas para el estudio de medula ósea de cobsa. R. D. Epstein y E. H. Tompkins.
- Efectos tóxicos de las sulfamidas en los ojos. H. P. Wagener.

Estudios sobre la transmisión de la malaria por las transfusiones de plasma. — Está demostrado por numerosos autores (Gardner, Dexter, Gordon, Jankelson, etc.) que la sangre completa transfundida puede desencadenar un proceso palúdico si la sangre pertenecía a un sujeto aparentemente sano pero antiguo palúdico. El *plasmodium* ha sido descubierto microscópicamente en la sangre de tales donadores.

Del mismo modo también se sabe que la sangre total conservada incluso durante más de ocho días puede ser capaz de transmitir el paludismo.

Por todo ello tiene interés conocer si el plasma conservado es capaz de transmitir también la enfermedad, ya que ello supondría una precaución a tener en cuenta para la clasificación de los presuntos dadores. El estudio se ha realizado en 35 plasmas de palúdicos activos. Como consecuencia de este trabajo los autores concluyen afirmando que prácticamente el plasma conservado no transmite el paludismo y más si ha sido helado. De todos los casos estudiados sólo en uno se produjo la transmisión y ello en un plasma no conservado helado. El primer acceso de fiebre fué a los 30 días de la inyección. En otros dos los resultados fueron dudosos y también en ellos el plasma no fué conservado helado. En los demás casos el resultado fué negativo y de ellos en 23 el plasma estaba helado y en los demás estaba conservado en estado líquido.

Acción de los estimuladores específicos en el sistema hematopoyético. — El mecanismo de la maduración de las células sanguíneas es obscuro y sólo con dudas se conoce la acción del factor antianémico del hígado. Varios factores han sido considerados como excitadores e inhibidores de la formación y destrucción de los hematíes. K. Ziegler, Wisemann, Doan y Eri han sugerido que el equilibrio formador y destructor estaba mantenido por la función de los tejidos mieloides y linfoides. Ellos han considerado que la hiperplasia de uno de estos sistemas lleva implícita la hipoplasia del otro.

En este sentido son interesantes los trabajos de Miller, que, realizados a partir del año 1940, han demostrado en el cobaya el efecto proliferativo linfoide o mieloide de elementos específicos aislados de las orinas de enfermos de leucemia linfóide o mieloide respectivamente. El método de aislamiento de estas sustancias ha sido descrito por ellos mismos y si los resultados no han sido siempre similares ello lo interpretan a deficiencias en esta técnica de preparación.

En este trabajo, continuación de los anteriores de estos mismos autores, obtienen extractos de orinas leucémicas de tal

modo que cada centímetro cúbico de éste corresponde a litro y medio de orina. La continua inyección durante días de este extracto supone una proliferación leucocitaria de tal modo que en 36 cobayas la inyección de extracto de orina de leucemia crónica mieloide origina una típica reacción mieloide y una lesión anatomopatológica típica de tal leucemia. La inyección de extracto de leucemia aguda mieloide desencadena una forma crónica de leucemia en el cobaya pero sin el carácter de agudeza clínica de la leucemia aguda. En cuarenta casos también se logra reproducir la leucemia linfóide por aislamiento e inyección del extracto urinario.

Para el autor todo el problema en la formación de la sangre está en el juego antagonista de estos dos factores. En la leucemia mieloide crónica domina el extracto mieloide y recíprocamente en la linfóide. En la anemia aplásica existe por el contrario un agotamiento más o menos pronunciado de ambos factores.

También los autores consideran que las orinas de los enfermos de Hodgkin y de leucemia monocítica son muy ricas en factores urinarios linfóides y mieloides.

Anemia de "Sickle-cell" en un adulto blanco. — Desde los estudios de Cooley y Lee en 1929 y posteriormente confirmados por numerosos autores se conocen estos tipos de anemias con hematies en hoz en individuos de la raza blanca, ya que anteriormente tal tipo de anemia se consideraba como genuino de la raza negra. En esta comunicación se estudia y se comenta la historia de una mujer de 54 años que fallece con una historia de anemia aguda de iniciación reciente y en la que se había demostrado por el estudio hematológico la existencia de una *sickle-cell*. Por tratarse de una mujer blanca y no haber tenido en su historia episodios hemolíticos los autores hacen hincapié sobre la necesidad, sea la edad que sea y haya o no antecedentes familiares negros, de investigar en toda anemia hemolítica de etiología dudosa la existencia de estos hematies en hoz que pueden pasar desapercibidos en los exámenes hematológicos realizados de modo rutinario. Hay que realizar el examen en fresco.

Como en la sección del enfermo se descubre una endocarditis y una carcinomatosis generalizada no diagnosticada clínicamente hace que se haga un estudio diferencial sobre la posible etiología de la crisis hemolítica y para los autores sin duda alguna su origen es independiente de estas enfermedades asociadas. El diagnóstico diferencial de esta crisis hemolítica mortal en este caso habría de haberlo hecho con la anemia de "Lederer", lo que aparte del hallazgo de los hematies en hoz se podría haber hecho simplemente por la poca eficacia de las transfusiones en el caso que se comenta. La punción medular realizada en este caso aparta por completo el pensamiento de una leucemia. El fabismo y una intoxicación por drogas también se podía desestimar por la falta de datos positivos anamnésticos en este sentido.

Finalmente los autores comentan la relación entre esta anemia de *sickle-cell* con la anemia de Cooley; en ambas existe un factor congénito que altera los glóbulos rojos, se presenta en pueblos mediterráneos, se manifiesta clínicamente por crisis hemolíticas y existen en ambas alteraciones óseas.

Persistencia de la velocidad de sedimentación como prueba diagnóstica de las neoplasias. — Después de numerosas observaciones sobre la velocidad de sedimentación en sujetos con neoplasias malignas comprobadas, los autores niegan que exista alguna especificidad en estos enfermos con respecto a los normales; de tal forma, que la pretendida disminución de la aceleración de la eritrosedimentación en la sangre conservada de los enfermos con tumores malignos no se confirma.

Pronóstico de los pacientes con persistencia del conducto arterioso tratados quirúrgicamente. — Los enfermos con persistencia del conducto arterioso si bien pueden hacer una vida prácticamente normal tienen su vida más limitada y así la media de edad puede calcularse en 35 años. Un 40 por 100 de estos enfermos mueren de endarteritis bacteriana subaguda, y la mayoría de los restantes por insuficiencia circulatoria. La mayoría de estos casos de persistencia del conducto arterioso se encuentra en las clínicas infantiles y ya es muy raro encontrarlos en las salas hospitalarias de adultos. El caso de más edad registrado por los autores fué el de un hombre que falleció a los 58 años.

Por todas estas consideraciones se comprende la ventaja de la ligadura del conducto arterioso cuya intervención no llega a producir un 10 por 100 de fallecidos.

El peligro de producir esta ligadura una endarteritis bacteriana subaguda puede desecharse.

La experiencia en que se basa este trabajo se debe al estudio de 140 enfermos operados por ligadura del conducto, según preconizaron en 1938 Gross y Hubbard, de los que 107 quedaron normales.

Significación clínica de la hiperventilación. — Las crisis de ansiedad con la hiperventilación secundaria y los síntomas clínicos que ello origina supone un complejo síndrome que puede presentarse enmascarado con las más bizarras sintomatologías, lo que ocasiona no pocos errores diagnósticos. La interpretación y valoración de estos síndromes de hiperventilación con la alcalosis secundaria motiva la presente comunicación en donde se hace patente la frecuencia de síndromes de cefaleas, frialdades y entumecimientos de las extremidades e incluso hasta síncope cuya etiología está determinada por la alteración metabólica consecutiva a la hiperventilación.

Tuberculosis preclínica urogenital. — Consideran tres grupos de tuberculosis urogenital, que denominan: forma clínica, subclínica y de baciluria tuberculosa. En la primera lo característico es que se acompaña el proceso con un cuadro clínico completo y con alteraciones urinarias también características. En la segunda forma existen alteraciones urinarias con discreta albuminuria y a la piuria se agrega la existencia de bacilos de Koch, pero todo ello son síntomas clínicos, y en la tercera forma o de baciluria tuberculosa lo importante es que sin signos clínicos ni urinarios el estudio de la orina demuestra una baciluria. En el estudio estadístico realizado por los autores de 214 tuberculosos de una población sanatorial 15 tenían bacilos de Koch positivos en la orina y de ellos cinco eran sólo de baciluria sin otro síntoma clínico urogenital ni en el análisis de orina.

Comenta la etiología de estas bacilurias tuberculosas y menciona las teorías patogénicas que suponen que estas bacilurias pueden establecerse ya sin lesión propiamente renal, lo que sin embargo no se acepta ya que las observaciones de Medlar y Sasano, Munro y Bond, Spitzer y Williams, etc., han demostrado tanto clínica como experimentalmente que en todas las bacilurias existe una lesión focal renal o al menos urogenital.

Según la experiencia de estos autores que concuerda con la de Beach y Schultz muchas de estas bacilurias asintomáticas pueden regresar sin llevar la evolución progresiva del proceso y en este sentido es muy interesante conocer en las etapas iniciales la existencia de estas bacilurias para evitar con un tratamiento adecuado la evolución progresiva. Este tratamiento lo circunscriben en este trabajo a lo que ellos llaman el "tratamiento de la infección renal" que no especifican.

Comentan la frecuente asociación no sólo de la tuberculosis pulmonar con la renal sino también de ésta, con la ósea.

Protrusión del disco intervertebral e hipertrofia ligamentosa. Tratamiento apropiado. — Antes de recurrir a la intervención quirúrgica es indispensable llegar a un diagnóstico de seguridad por los datos del interrogatorio y exploración. El diagnóstico con las anomalías espinales, espondilolistesis, enfermedad sacroiliaca, lumbosacra, inflamaciones y neoplasias, artritis, infecciones de las fascias y músculos localmente, espasmo de la fascia lata y músculo piriformis, neuritis, radiculitis y ganglionitis, lesiones de la cavidad pélvica principalmente prostáticas, recto y parte inferior urogenital, infecciones focales, etc., es indispensable.

Quando se haya llegado a un diagnóstico firme de herniación de núcleo pulposo con hipertrofia ligamentosa, antes de iniciarse la intervención se hará durante tres a seis meses un tratamiento ortopédico. Según los resultados obtenidos con este primer tratamiento se irá a la intervención que según la experiencia del autor es muy optimista. De 50 casos, en 36 el resultado fué brillante, en ocho de persistencia del proceso y en los seis restantes de empeoramiento. La intervención recomendada es la laminectomía.

Los efectos de la administración de glucosa en el tratamiento del coma diabético. — La administración de glucosa tanto por vía oral como intravenosa en el estado de coma diabético puede originar serias complicaciones que son examinadas en este trabajo. De todas ellas las principales son derivadas del aumento de la cuantía de glucosa en sangre, que hace difícil determinar por un lado las necesidades de insulina y por otro favoreciendo la anuria precipita la muerte en ocasiones.

Con la administración excesiva de glucógeno se aumenta la glucemia y ello ocasiona por un lado el aumento de las necesidades insulínicas que hacen se agoten aún más los islotes de Langerhans y por otro lado se altere la función hepática ya que los estudios de Astwood, Flynn y Krayner han demostrado que la excesiva administración de glucosa en los animales produce una destrucción del tejido hepático.

Relación de la función hepática y la prueba del ácido hipúrico.—Desde el año 1933 se conoce como prueba de Quick la que se realiza administrando intravenosamente benzoato sódico y midiendo la excreción de ácido hipúrico. Se realiza la prueba inyectando 1,77 g. de benzoato sódico en 20 mg. de agua y se inyecta muy despacio midiendo después la orina eliminada en la primera hora y determinando en esta orina el ácido hipúrico eliminado.

En este trabajo se estudia en 46 personas sin enfermedades hepáticas la eliminación de ácido hipúrico que se realiza en proporción al peso del sujeto. De este modo en un gráfico muy demostrativo se hace patente este hecho que de no tenerle en cuenta puede ocasionar errores de interpretación. Por ello proponen que para que la prueba tenga valor calcular esta variación por la siguiente fórmula:

Ácido hipúrico (gramos) = 0,43 más (0,00668 por peso en libras). De este modo se tiene lo que normalmente correspondería al enfermo objeto del estudio con un error de 0,193.

The Journal of Biological Chemistry

152-1-1944

- * El consumo de oxígeno de los cortes de hígado normal de rata, en suero y en linfa tomada de las patas antes y después de quemaduras graves. J. Muus y E. Hardenbergh.
- * El modo de inactivación de la tiamina por los tejidos de los peces. L. O. Krampitz y D. W. Woolley.
- Un método para la determinación de coproporfirina en la orina. H. L. Mason y S. Nesbitt.
- Productos de excreción urinaria de la atebirina. J. V. Scudi y V. C. Jelinek.
- Una adición al método de Marshall, para la determinación de sulfonamidas en la sangre. J. V. Scudi y V. C. Jelinek.
- * El metabolismo del acetaldehído con formación de acetoina. E. Stotz, W. W. Westerfeld y R. L. Berg.
- * Metabolismo del alcohol en la deficiencia de tiamina. R. L. Berg, E. Stotz y W. W. Westerfeld.
- Estudios sobre el metabolismo de los ácidos biliares. IV. Separación e identificación de los ácidos cetocolónicos, formados durante la oxidación del ácido cólico por el "alcaligenes fecalis". W. M. Hoehn, L. H. Schmidt y H. B. Hughes.
- Aislamiento del sulfato de dehidroisandrosterona de la orina masculina normal. P. L. Munson, T. F. Gallagher y F. C. Koch.
- La circulación de los fosfolípidos del plasma: Su transporte a la linfa del conducto torácico. W. O. Reinhardt, M. C. Fishler y I. L. Chalkoff.
- Determinación microbiológica de los aminoácidos. I. Valina y arginina. J. R. Mac Mahan y E. E. Snell.
- Determinación del número de yodo de los fosfolípidos. P. L. Mac Lachlan.
- Síntesis de una segunda forma isomérica del 3,4-diaminotetrayodotiofeno. G. W. Kilmer y H. McKennis.
- El mecanismo de formación de ketol a partir del piruvato y aldehídos. R. L. Berg y W. W. Westerfeld.
- Glicinoxidasa. S. Ratner, V. Nocito y D. E. Green.
- Estudios sobre el metabolismo de la manosa. W. H. Bailey y J. H. Roe.
- * Estudios sobre la relación entre vitamina M, xantopterina y ácido fólico. J. R. Totter, C. F. Shukers, J. Kolson, V. Mims y P. Day.
- El empleo del *Streptococcus lactis* R, para la determinación del ácido fólico. T. D. Luckey, G. M. Briggs y C. A. Elvehjem.
- El efecto del pH del filtrado sobre la recuperación de inulina y diodrast del plasma sanguíneo. N. W. Schock.
- Las suprarrenales en la movilización de la grasa depositada con dietas conteniendo distintas grasas. L. T. Samuels y R. F. Conant.
- * Estudios sobre las bases nutritivas de la conducta normal de la rata blanca. IV. Crisis convulsivas asociadas con carencia de vitamina B₆. R. A. Patton, H. W. Karn y H. E. Longenecker.
- Las exigencias de aminoácidos del *Lactobacillus arabinosus* 17-5. M. D. Hegsted.
- Determinación de tiourea en ultrafiltrados de suero. T. S. Danowski.
- La tiourea en la determinación de los cambios del agua corporal. T. S. Danowski.

El consumo de oxígeno de los cortes de hígado normal de rata, en suero y en linfa tomada de las patas antes y después de quemaduras graves.—Los experimentos comunicados en este trabajo han sido verificados con objeto de poner de relieve si en el suero o linfa procedente de miembros quemados existen sustancias tóxicas capaces de modificar el consumo de oxígeno de los cortes de tejidos.

Se han empleado terneras a las que se practica una quemadura por inmersión, bajo anestesia, en agua hirviente, de una de las patas, de la cual se colecta después la linfa.

Los resultados demuestran que la linfa procedente del miembro lesionado, es capaz de elevar el consumo de oxígeno de los cortes de hígado normal de rata. Esta elevación es del orden de un 41 por 100 sobre el valor normal observado en cortes análogos suspendidos en linfa de un miembro sano.

Con el suero de la pata lesionada no se obtuvieron resultados muy manifiestos, aunque sí se observó una innegable tendencia a producirse un aumento del consumo de oxígeno de los cortes de tejido hepático suspendidos en el mismo.

Los autores hacen algunas consideraciones acerca de la posible naturaleza de la substancia responsable de este efecto, que se encuentra en el ultrafiltrado de la linfa, relacionándola con el factor tóxico al que se achacan los fenómenos consecutivos a las quemaduras.

El modo de inactivación de la tiamina por los tejidos de los peces.—Los autores presentan un detallado estudio del modo de acción de los extractos de carpa capaces de destruir la tiamina. Los resultados demuestran que se trata de un fenómeno de naturaleza enzimática, que conduce al desdoblamiento de la tiamina en una molécula de 4-metil-5-hidroxitiazol, y otra de 2-metil-4-amino-5-hidroximetilpirimidina.

El enzima es poco sensible a los cambios de pH entre 1 y 8 y a los de temperatura entre 0 y 37 grados C. Ha sido obtenido en solución en cierto grado de pureza y consta de dos partes, termoestable y dializable una, y otra termolábil y no dializable.

El metabolismo del acetaldehído con formación de acetoina. Según la teoría de la formación de acetoina por condensación de una molécula de ácido pirúvico con una de acetaldehído debe esperarse que en los tejidos la adición de uno de dichos cuerpos acelere la desaparición del otro y la formación de acetoina.

Incubado con cerebro de rata homogeneizado, el acetaldehído es metabolizado con una cierta velocidad que aumenta considerablemente si se agrega piruvato, y aun más si además se añade difosfotiamina.

La adición de acetaldehído estimula también la desaparición del piruvato pero de manera menos marcada debido al rápido metabolismo de este cuerpo en el tejido cerebral.

En presencia de piruvato la cantidad de acetoina formada es casi cuantitativamente equivalente a la de acetaldehído desaparecido.

El tejido cerebral de animales en avitaminosis B₁ forma menos acetoina a partir del acetaldehído y el pirúvico, que el procedente de animales normales, y el efecto estimulante de la difosfotiamina se verifica con mayor intensidad.

Metabolismo del alcohol en la deficiencia de tiamina.—La teoría de la formación de acetoina mencionada en la referata anterior implica una relación entre dicho proceso y el metabolismo del alcohol toda vez que el acetaldehído es el primer producto de su oxidación.

El estudio comunicado demuestra, sin embargo, que en la deficiencia de tiamina no existe alteración evidente del metabolismo del alcohol, y que la inyección de pirúvico en los animales que reciben alcohol produce un aumento en la velocidad de desaparición de esta última substancia.

La reacción entre el acetaldehído y el piruvato sería por tanto independiente hasta cierto punto del aporte de vitamina B₁ en el animal entero.

Estudio sobre las relaciones entre vitamina M, xantopterina y ácido fólico.—El ensayo realizado sobre una serie de productos demuestra que la distribución del ácido fólico y la del factor antialeuquico o vitamina M, son distintas.

El ensayo de cada uno de los dos factores se ha realizado por el efecto sobre el crecimiento del *Streptococcus lactis* y por el papel curativo de la aleuquia experimental del mono, respectivamente.

Los resultados expresados vienen a indicar por tanto que la vitamina M y el ácido fólico deben ser substancias distintas. Una posible explicación del efecto hematopoyético atribuido al ácido fólico es la existencia de xantopterina en los preparados de dicho ácido. En las experiencias del presente trabajo se demuestra claramente que la xantopterina es capaz de provocar crisis reticulocitaria y aumento del número de glóbulos rojos y blancos en el mono con citopenia nutritiva experimental. La xan-

ropterina debe ser en opinión de los autores una substancia indispensable para la normal hematopoyesis del mono.

El ácido pantoténico, la colina, el ácido para-aminobenzoico, la piridoxina y el inositol parecen incapaces de evitar la citopenia nutritiva experimental del mono.

Crisis convulsivas asociadas con carencia de vitamina B₆ en la rata. — Estudios de psicología comparada realizados sobre ratas blancas han demostrado que estos animales presentan crisis convulsivas cuando son sometidos a estímulos auditivos de determinada intensidad. La presentación de estas crisis convulsivas parece guardar cierta relación con el estado nutritivo de los animales puesto que se producen con mayor facilidad en aquellos que consumen dietas inadecuadas.

El presente trabajo contiene experiencias encaminadas a esclarecer cuál de los factores dietéticos conocidos es más eficaz para evitar la sensibilidad de las ratas al estímulo auditivo. Los resultados parecen indicar que la piridoxina es de las vitaminas del grupo B la más eficaz desde este punto de vista, lo que lleva a los autores a establecer una relación entre las crisis convulsivas, producidas por el estímulo auditivo y los ataques epileptiformes que desarrollan espontáneamente los animales en carencia experimental de vitamina B₆.

Existe un cierto paralelismo entre la cantidad de vitamina administrada y la disminución de la sensibilidad al estímulo auditivo; pero las cantidades de piridoxina necesarias para obtener una protección eficaz son tan elevadas que los autores piensan en la posibilidad de que otros factores dietéticos intervengan también por su carencia en la etiología de las crisis convulsivas de origen auditivo.

The Practitioner

150 - 6 - 1943

La historia de los médicos prácticos. H. Rolleston.

Enfermedades de los ojos en los pacientes de edad avanzada. J. Parsons.

La audición y la sordera senil. L. Colledge.

Algunas enfermedades de la piel habituales en los sujetos de edad avanzada. J. Wigley.

El tratamiento de las fracturas en los sujetos de edad avanzada. M. Forrester-Brown.

La radioterapia como tratamiento paliativo de las enfermedades malignas. W. Windeyer.

La simulación. D. Norris.

* Algunas observaciones sobre la enfermedad de Weil: A propósito de dos casos. A. Kefalas.

Algunas observaciones sobre la enfermedad de Weil: a propósito de dos casos. — Con motivo de haber estudiado dos casos de espiroquetosis icterohemorrágica, el autor hace algunos comentarios sobre diferentes aspectos clínicos de esta enfermedad.

En la etiología de la enfermedad de Weil juegan un papel estos dos microorganismos: el leptospira icterohemorrágica y el leptospira canícola. Otros dos tipos han sido descritos en Batavia, el L. Batavia y el tipo Rachmet, que parece se les debe considerar como variantes locales de los dos clásicamente conocidos. El periodo de incubación suele ser por término medio de 9,6 días.

A continuación describe el cuadro clínico y el diagnóstico diferencial de esta enfermedad exponiendo con detalle las historias clínicas de los dos enfermos observados.

British Medical Journal

4.311, 21 de agosto de 1943

* Cirugía de guerra en el Oriente Medio. R. K. Debenham.

* Meningitis en la ictericia catarral epidémica. J. Waring.

Seudoesclerodermia. R. B. McMillan.

* Neumonía tratada con metazina. B. A. Peters y M. L. Easby.

Influencia del H 11 en el crecimiento de los tumores de ratón.

D. L. Woodhouse.

Método mixto de tinción combinando el Ziehl y el Gram.

Cirugía de guerra en el Oriente Medio. — Resume el autor sus experiencias en los últimos 9 meses del año 1942. Gran parte del contingente de enfermos que llegan al hospital durante la batalla no son quirúrgicos sino médicos. Es útil el empleo de marcas de color al pie de cada cama indicando si debe ser tratado con urgencia, hacer examen roentgenológico, etcétera. Se pierde gran parte del trabajo hecho si no se resume en cada caso, con una concisa nota al pie de cada historia, la labor realizada. Como técnica-patrón empleada profilácticamente en todo caso de heridas se utiliza la siguiente en la aplicación de sulfamidas: 10 g. local en la herida y otros 10 g.

después de la operación. Por vía oral 5 tabletas (2,5 g.) a las 6 de la mañana y a las 6 de la tarde durante 4 días. Dos cirujanos trabajando desde las 9 de la noche hasta las 9 de la mañana, con sus correspondientes equipos pueden tratar unos 50 casos. Como rutina sistemática en las heridas perforantes de intestino (9 salvados de 11 casos) se practica la succión continua, la administración intravenosa continua de suero fisiológico y la administración intraperitoneal de sulfodiazina por un catéter que se deja a través de la herida (10 g. suspendidos en 50 c. c. de suero fisiológico, al final de la operación), dosis que se repite si es necesario. En cambio se corre el riesgo de que los enfermos con quemaduras extensas absorban demasiadas sulfamidas, llegando a niveles altísimos de esta substancia en la sangre. Se emplean las transfusiones para el tratamiento del shock, para las quemaduras o si durante la convalecencia la cifra de hemoglobina cae por debajo del 60 por ciento. Hay heridos que han sido tratados hasta con 7 litros y más de plasma, desde el frente hasta la llegada al hospital, durante los dos primeros días. Cuando se hace la transfusión a sujetos con heridas que supuran y con anemia ha de hacerse con gran lentitud porque son frecuentes las reacciones. Cuando el pus no drena satisfactoriamente el efecto de la transfusión desaparece con rapidez. Resume sus observaciones en una serie de preceptos negativos: No se deben suturar heridas, ni tampoco muñones de amputación, no se debe emplear nunca en el llamado sitio de elección sino más abajo, no se debe emplear tubo de drenaje, ni utilizar escayolados no acolchados, nunca olvidar administrar morfina ante un día accidentado ni abundancia de líquidos por boca, ni registrar con exactitud el punto donde se ha hecho una ligadura de un vaso principal, ante la eventualidad de que ocurra una gangrena, etc. En la cirugía de guerra prestar atención a detalles de importancia se ve pronto remunerado con brillantes resultados.

Meningitis en la ictericia catarral epidémica. — La llamada hepatitis epidémica es una infección por virus que no siempre afecta al hígado por lo que la denominación corriente es inexacta y se presta a confusión. Lo demuestra cumplidamente la aparición de meningitis linfocitaria aguda en epidemias de la supuesta "ictericia epidémica", en las cuales el rasgo predominante son los síntomas gastrointestinales. El autor cree que sería más satisfactorio designar genéricamente todos estos casos como "gripales".

Neumonía tratada con sulfometazina. — Refieren los autores 77 casos tratados con la 2-sulfo-4 : 6-dimetil-pirimidina. La adición de dos grupos metílicos parece aumentar la solubilidad del medicamento impidiendo su depósito en el riñón. Sesenta y cinco de los enfermos respondieron al tratamiento: tres de los 12 en los que no hubo respuesta clara a la medicación fallecieron (4 por 100 de mortalidad). El medicamento se tolera muy bien en todas las edades; los resultados son tan buenos como con la sulfopiridina, con muchos menos efectos tóxicos secundarios. En 3 enfermos se observó un edema indoloro en brazos y piernas, del tipo de la pernirosis. También se aprecia a veces hematuria transitoria y cianosis.

4.313, 4 de septiembre de 1943

* El factor Rh en la eritroblastosis fetal. R. R. Race, G. L. Taylor, D. F. Cappell y M. N. McFarlane.

* Enfermedades hemolíticas en el recién nacido: Tratamiento con sangre Rh negativa. J. D. Gimson.

* Frecuencia de antígeno Rh en la población. E. D. Hoare. Rehabilitación en los enfermos cardíacos. B. Parsons-Smith. Base educativa de la profesión médica. A. E. Clark-Kennedy.

El factor Rh en la eritroblastosis fetal. — Es sabido que en el grupo de afecciones que Parsons propone calificar genéricamente de "enfermedad hemolítica del recién nacido" la isoimmunización desempeña un importante papel. De cada diez embarazos en uno la madre es Rh negativa y el niño Rh positivo. De cada cinco embarazos en uno la madre tiene aglutininas para un antígeno del sistema A-B-O existente en el feto. Sin embargo la enfermedad hemolítica del recién nacido es mucho menos frecuente de lo que cabía esperar de esta probabilidad de que los factores que la determinan se presenten. A pesar de las dificultades inherentes a la guerra, los autores han estudiado los árboles genealógicos de 50 familias en las que ha ocurrido eritroblastosis fetal. De las 50 madres 6 eran Rh positivas y 44 Rh negativas. En el suero de 38 de estas últimas se encontraron aglutininas anti-Rh. La falta de antígenos anti-Rh en algunas de las madres se debe al mucho tiempo transcurrido después del parto. Parece que, además del grupo Rh pueden también causar la hemólisis otros antígenos

Aun incluso en los casos en que la madre es Rh negativa puede ser que la eritroblastosis no se deba a aglutininas anti-Rh, sino a otras aglutininas. Cuando la madre es Rh positiva debe hacerse responsable de la hemólisis a otro antígeno. En la descendencia de 44 madres Rh negativas no han podido descubrir ningún niño Rh negativo. En la mayoría de las familias parece ser necesario que hayan nacido 2 ó 3 niños Rh positivos antes de que sobrevenga el caso de eritroblastosis. Cuando el padre es homocigótico (RhRh) y todos los hijos son positivos, estas condiciones se reúnen con más facilidad que cuando el padre es heterocigótico (RhRh) y por consiguiente hay iguales probabilidades de que en cada concepción se originen tanto hijos Rh positivos como Rh negativos. Aproximadamente de cada 7 varones Rh positivos 3 tienen que ser homocigóticos y 4 heterocigóticos. Del primer hijo nacido de 44 madres Rh negativas 38 no sufrieron ninguna afección hemolítica, 5 fueron abortos o nacidos muertos y sólo uno ha sufrido la enfermedad. En este último parece que eran otros antígenos distintos del Rh los responsables de la hemólisis. Una cuarta parte de los niños diagnosticados sobrevivían, tres cuartas partes nacieron muertos o fallecieron dentro de la primera semana después del parto.

Enfermedad hemolítica del recién nacido (eritroblastosis fetal). — En vista de los buenos resultados obtenidos en 19 casos consecutivos de enfermedad hemolítica del recién nacido reunidos durante 11 meses en un Hospital de pediatría, preconiza el autor el empleo en estos casos de transfusiones relativamente cuantiosas de sangre Rh negativa, libre de anticuerpos. En todas las clínicas de pediatría debe haber una reserva de sangre rhesus negativa exenta de aglutininas. Todas las mujeres embarazadas que han dado a luz previamente un niño del que se piensa tenga la enfermedad hemolítica debe ser examinada en cuanto a la existencia del factor rhesus. Si es Rh negativa el parto ha de hacerse en una institución de maternidad en la cual se disponga de sangre Rh negativa. En todo niño que presente al nacer ictericia y en cuya historia familiar haya evidentes casos de enfermedad hemolítica deberá hacerse inmediatamente una transfusión con sangre Rh negativa, exenta de aglutininas, sin prestar atención a si las cifras de hemoglobina y hematíes son o no normales. En 18 de los 19 niños tratados se consiguió obtener una cifra normal de hematíes y hemoglobinas, empleando todo lo más tan sólo dos transfusiones. El volumen en c. c. de sangre a transfundir se calcula dividiendo el tanto por ciento de Hb que se necesita por 100 y multiplicándolo por el volumen de sangre del niño (aproximadamente 88 c. c. por kilo de peso).

Frecuencia del antígeno Rh en la población. — Entre 1.122 donantes de sangre no seleccionados se obtuvo un 15,4 por ciento de Rh negativos y un 84,6 por 100 de Rh positivos, en consonancia con los datos de Wiener. Comunican 5 casos de eritroblastosis fetal en los cuales tanto el padre como el hijo eran Rh positivos.

4.314, 11 de septiembre de 1943

- * Reacciones producidas por la transfusión y muertes por sobrecarga circulatoria. R. Drummond.
- Influencia de los extractos de retama en el útero. W. Smith y A. Wilson.
- Afecciones respiratorias agudas en soldados africanos. W. W. McNaught y R. M. Murray-Lyon.
- Visión nocturna en el ejército. A. Lister y J. W. Bishop.
- Filariasis en el oriente medio. J. Fine.
- Determinación de los valores del hematocrito en el shock traumático. M. Reiss.

Reacciones producidas por la transfusión y muertes por sobrecarga circulatoria. — Después de resumir las causas más comunes de accidentes por transfusión y de indicar que en los últimos dos años y tres meses en su servicio entre 2.300 transfusiones no se ha tenido ninguna muerte por transfusión de sangre incompatible, llaman la atención sobre los accidentes que se producen por sobrecarga del corazón, especialmente en las anemias, por hacer la transfusión a demasiada velocidad. Este riesgo, según el autor, sería mayor aún cuando se emplea sangre completa de donador universal en receptores anémicos pertenecientes a los grupos A o B (sistema A. B.). Además del riesgo en estos casos de sobrecargar excesivamente la circulación existe el de que se produzca una reacción entre las aglutininas del donador y las del receptor, desarrollándose una especie de "shock hemolítico". Si a estos dos factores se agrega la existencia de un miocardio lesionado puede sobrevenir una insuficiencia cardíaca grave con terminación mortal. No hay que olvidar que en las formas graves y crónicas de anemia la capacidad funcional del corazón puede estar afectada seria-

mente, con menor capacidad de reserva. La aptitud para dilatarse aún más, normalmente muy amplia, está reducida en el corazón crónicamente lesionado. El sintoma más temprano de sobrecarga circulatoria es la aparición de estertores crepitantes en las bases, por edema de pulmón. Según Marriott y Kekwick la velocidad de transfusión no debe exceder 2 c. c. por kilo de peso y por hora en las anemias graves, ni pasar de la mitad si la cifra de hemoglobina es de 25 por 100 ó aun menos, o bien si hay caquexia o afecciones respiratorias. Esta velocidad debe mantenerse constante sin aceleraciones, aunque sea por breves períodos y además debe vigilarse atentamente la aparición de disnea o de estertores crepitantes en bases para interrumpir inmediatamente, si aparecen, la transfusión. Si este accidente sobreviene hay que administrar, como indica el autor, morfina, atropina y oxígeno.

Edinburgh Medical Journal

50 - 5 - 1942

- * Aglutinación con rickettsias en las fuerzas del Este medio y Egipto. C. E. Van Rooyen y W. C. Pearcecroft.
- Psiquiatría social. H. Stalker.
- * Reacciones sanguíneas pronósticas en la tuberculosis. Comparación de la utilidad de estos métodos con el estado clínico y radiológico. J. T. Paterson.
- Cáncer de pulmón y su diagnóstico precoz. K. Robertson.
- * Vitamina B₁ y toxemia del embarazo. R. Kapeller-Adler y J. A. Cartwright.

Sobre el origen de la malaria, 1843.

Aglutinación con rickettsias en las fuerzas del Este medio y Egipto. — Estudian 73 casos de tifus exantemático en el Este medio haciendo aglutinaciones con razas de proteus OX₁₉, OX₂, OXK y con rickettsias de raza murina y epidémica, encontrando un estrecho paralelismo entre la reacción de Weil-Felix y la aglutinación a rickettsias.

Estudian la especificidad de esta reacción en 100 sueros normales y en 74 procedentes de enfermos de paludismo, fiebre tifoidea, fiebre recurrente y otras enfermedades febriles, observando que la aglutinación a rickettsias no es positiva nada más que en la enfermedad específica, tiene además la ventaja sobre la reacción de Weil-Felix de poder hacer la diferenciación directamente de la forma murina o epidémica.

Las dos reacciones se hacen positivas al séptimo día de enfermedad (dos días después de la aparición del exantema) y alcanza el máximo de positividad al decimocuarto día para después descender.

Del estudio hecho se deduce que en Egipto durante los meses de invierno la forma dominante es la epidémica, lo mismo que en El Cairo y Tante. En las tropas aliadas el tifus dominante es el murino (canal de Suez, Palestina y Siria).

Reacciones sanguíneas pronósticas en la tuberculosis. Comparación de la utilidad de estos métodos con el estado clínico y radiológico. — El autor, en el estudio periódico hecho en los enfermos del Southfield Sanatorium Colony de Edimburgo, hace una comparación del estado clínico y radiológico del enfermo con los resultados de laboratorio (velocidad de sedimentación, recuento de glóbulos blancos, fórmula leucocitaria y reacción de Weltmann) encontrando que por orden de exactitud es primeramente la velocidad de sedimentación (80 por ciento) el mejor índice del proceso, después le sigue el recuento globular (72,4 por 100), luego la reacción de Weltmann (68,5 por 100) y por último la fórmula leucocitaria (45 por ciento).

La velocidad de sedimentación es, pues, el mejor test pronóstico en la tuberculosis pulmonar.

Vitamina B₁ y toxemia del embarazo. — En estos últimos años se han publicado numerosos trabajos sobre la relación entre la vitamina B₁ y la toxemia del embarazo.

Los autores tratan 18 enfermas con toxemia precláptica perfectamente estudiadas con vitamina B₁ no encontrando mejoría en ninguno de los casos, es más, en los casos de toxemia grave parece ser que el tratamiento con dicha vitamina fue perjudicial.

Estudian también el metabolismo de la histidina e histamina en grupos de enfermas (casos medianos, graves y normales) y parece ser que la aneurina hace aumentar la eliminación de histamina por la orina, explicándolo de acuerdo con Zeller por una acción inhibitoria sobre la histaminasa de la vitamina B₁. La histamina parece ser que se produce en la embarazada normal, pero es destruida por la histaminasa.

El tratamiento, pues, de la toxemia gravídica por la vitamina B₁ no puede ser más desalentador.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

37-2-1943

- Historia y progreso de la analgesia con gas y aire en Obstetricia. R. J. Minnitt.
La Sociedad Clínica de Londres (1868-1907). J. D. Rolleston.
Carcinoma de esófago: Resección y esófago-gastrostomía. V. C. Thompson.
Un caso de esofagectomía parcial por carcinoma con anastomosis gastroesofágica extratorácica. H. Taylor.
Dos casos de esofagectomía y esofagoplastia anterior. R. C. Brock.
Resección transtorácica de un carcinoma del cardias con afectación del extremo inferior del esófago y esófagogastrostomía. O. S. Tubbs.
Hepatoma hemangiectático. K. Heritage.
Absceso del psoas conteniendo gas y heces, secundario a una fístula del ciego. E. C. B. Butler.
* Periartritis nudosa con marcada eosinofilia. H. Evans.
Algunos capítulos en la historia médica de Cambridge. III. William Heberden y la edad de la razón. W. Langdon-Brown.
Salud mental. G. Evans.
La posición actual con relación a la epidemiología de la poliomieltis. S. P. Bedson.
Algunos recientes estudios e investigaciones en la esterilidad. A. Sharman.
Inminentes descubrimientos en radioterapia. N. S. Finzi.

Periartritis nudosa con marcada eosinofilia. — Presenta el autor un caso de indudable periartritis nudosa de tipo crónico, en el cual la reacción de los tejidos compensaba parcialmente las lesiones causadas por la acción de un agente infeccioso. La reacción inflamatoria de tejido fibroide previno, al parecer, la formación de dilataciones aneurismáticas, aunque motivó lesiones oclusivas. La acción y reacción en las lesiones, motivó probablemente la entrada de alguna substancia en el torrente circulatorio que a su vez excitó la reacción eosinofílica excesiva (75 por 100 de eosinófilos). Los nódulos dolorosos que presentaba la enferma en las manos, codos y coxis, no se semejaban ni macro ni microscópicamente a los nódulos reumáticos y reumatoides, y según el autor son expresión del propio proceso.

The Lancet

244-6.260, 21 de agosto de 1943

- Tratamiento de las heridas de cabeza por proyectil. Análisis de 500 casos. P. B. Ascroft.
* Toxicidad del ácido tánico. J. M. Barnes y J. Rossiter.
* Función hepática en los conejos, después de la inyección de ácido tánico. E. J. Clark y R. J. Rossiter.
Acción combinada de la quimioterapia local y antitoxina en las infecciones por *Cl. welchii* en el ratón. J. McIntosh y F. R. Selbie.
Un método de urgencia para la esterilización del agua. A. Renshaw.
Una familia reumática. W. N. Pickles.

Toxicidad del ácido tánico. — El empleo de tanino en las quemaduras ha hecho observar lesiones hepáticas que no se presentaban antes de su utilización. Sin embargo, las observaciones realizadas hasta ahora no son incontestables y los autores atacan el problema experimentalmente. Realizan los estudios en ratas, ratones y cobayas, con ácido tánico y con tanato sódico. La inyección intravenosa mata a los animales a una dosis muy inferior a la intramuscular. Por aplicación sobre extensas superficies quemadas del animal, se tiene una mayor mortalidad y pérdida de peso que en los animales quemados, pero sin tratar con ácido tánico. Substancias que dan las reacciones colorantes del ácido tánico se encuentran en todos los órganos. Las lesiones principales se descubren en el hígado, en forma de necrosis centrolubulillares.

Función hepática en los conejos, después de la inyección de ácido tánico. — Como se conoce la existencia de lesiones histológicas del hígado en los animales tratados por ácido tánico, plantean la cuestión de si paralelamente se alteran las funciones hepáticas. Estudian en conejos la prueba de galactosa intravenosa (inyección de 1 gramo por kilo de peso) y determinación de galactosa sanguínea. Las inyecciones de ácido tánico se realizan subcutáneamente de una solución al 5 por 100, así como también por vía venosa. La introducción intravenosa da lugar a resultados inconstantes, debidos probablemente a la fugacidad de su acción. Con dosis subcutáneas de 100-750 mg. por kilogramo se obtiene una depresión de la función hepática, medida por la prueba de la galactosa.

245-6.262, 4 de septiembre de 1943

- Ballazgos en 262 accidentes mortales. C. R. Osborn.
* Inoculación profiláctica con el antígeno O del *Bact. shigae*. W. T. J. Morgan y H. Schultz.
* Antisépticos de aminoacridina: comparación de la 2, 7-diaminoacridina, la 5-aminoacridina y la proflavina. J. Ungar y F. A. Robinson.

- Diflavina en el tratamiento de las heridas. G. A. Mitchell y G. A. H. Buttle.
Recuentos seriados de leucocitos en enfermeras de hospital, no sometidas a radiaciones. C. J. C. Britton.
Acción electrolítica en las aplicaciones dentarias. A. B. McGregor y B. Fickling.
Cocaína en la intubación de niños. M. Hawksley.
Nivel de ácido ascórbico de los niños de Hertfordshire. G. V. James.

Inoculación profiláctica con el antígeno O del *Bact. shigae*. La toxicidad del *Bact. shigae* impedía su empleo en vacunas profilácticas, ya que la dosis de 200 millones de bacterias es difícilmente tolerada por el hombre y las vacunas detoxicadas suministran resultados inconstantes. El antígeno O se obtiene por extracción de un cultivo seco del tipo liso de *Bact. shigae* con acetona y fenol al 90 por 100; carece de neurotoxina y en el animal da lugar a anticuerpos y protege contra la inoculación de bacterias virulentas. En el hombre, se ha probado en 12 voluntarios el efecto de la inyección de dos dosis de 0.1 mg. del extracto fenólico: la segunda inyección se administró 6 semanas después de la primera. Las inyecciones producían reacciones locales y generales de variable intensidad; después de la segunda dosis se obtenían aglutininas alrededor del 1/30 (antes no eran superiores a 1/6). La inyección al ratón de 0.2 c. c. de suero de estos sujetos les confiere resistencia para una dosis de bacterias disintéricas que mata a 8 de 12 testigos; el poder protector del suero es proporcional al título de aglutininas.

Antisépticos de aminoacridina: comparación de la 2,7-diaminoacridina, la 5-aminoacridina y la proflavina. — Cuando se observaron efectos tóxicos de la acriflavina, se introdujeron otros compuestos similares, de menor toxicidad. En el trabajo presente se estudian los efectos de las substancias indicadas en el título y de sus clorhidratos; en general son antisépticos potentes, aun más los clorhidratos que las bases. Contra los gérmenes Gram positivos, el más eficaz era la acriflavina y luego la proflavina; contra los Gram negativos (*coli* y *piocaneus*), el 2,7-diaminoacridina y el 6,5-aminoacridina tienen una actividad casi idéntica a la acriflavina. En cultivos de fibroblastos se demuestra que el efecto nocivo es menor con la 2,7-diaminoacridina, y máximo con la acriflavina; también la substancia indicada interfiere menos que las demás en la cicatrización de las heridas.

245-6.263, 11 de septiembre de 1943

- Asfixia en masa: aspectos médicos del desastre del refugio del metro. K. Simpson.
Gangrena gaseosa: inmunización activa por medio de toxoides desecados. M. Robertson y J. Keppie.
Factores que afectan la respuesta de cobayas inmunizadas a los estímulos antigénicos. P. Hartley, D. G. Evans y O. M. Hartley.
Persistencia de la antitoxina tetánica en el hombre, después de inmunización activa. D. G. Evans.
Reacción de Tanret en la malaria subterciana. J. W. Howie y R. M. Murray-Lyon.
Técnica de vendaje en fracturas de tibia y peroné. E. A. Nicoll.
* Cuadro hemático después de una gran transfusión. W. H. Hughes.
* Efecto del ejercicio en soldados con intolerancia al esfuerzo. M. S. Jones y R. Scarsbrick.
Tratamiento regional de la oftalmia neonatorum. P. J. Evans.

Cuadro hemático después de copiosas transfusiones. — La idea de que con transfusiones copiosas de grupo O se puede cambiar el grupo sanguíneo del receptor no parece que se haya confirmado. Refiere el autor el caso de una mujer del grupo B con hemorragia digestiva incesante, a la que se practicaron 22 transfusiones del grupo O y una del B. Aun después de todas estas transfusiones, algunos hematíes tenían las propiedades del grupo B. Un hecho notable es que habían desaparecido todas las aglutininas, de tal modo que prácticamente se había convertido en un dador universal; la idea de que se debiese a una neutralización de las aglutininas anti-A, porque erróneamente se hubiese considerado como O un dador A, se descarta por nueva determinación de grupo en los dadores; el fenómeno es comparable con la supresión de las aglutininas en el feto y probablemente la explicación es aquí semejante.

Efecto del ejercicio en soldados con intolerancia al esfuerzo. La base del síndrome de esfuerzo no es aún bien conocida. Los autores estudian en 10 soldados que aquejan dicho síndrome el efecto del ejercicio en un ergómetro de bicicleta y lo comparan con los datos obtenidos en 26 testigos. En los sujetos con intolerancia al esfuerzo el trabajo total realizado es muy escaso, pero no se descubre ninguna alteración metabólica; no existe excesivo aumento del ácido láctico en sangre (más bien escaso, proporcional al trabajo realizado), ni hay hiperventilación o variaciones del pH sanguíneo. También era normal la saturación de oxígeno de la sangre arterial durante el esfuerzo.

Como se había supuesto la existencia de algún trastorno de los señalados, los resultados indican que la explicación del síndrome de esfuerzo debe buscarse más bien en mecanismos psíquicos.

La Presse Medicale

17, 1.º de mayo de 1943

- * A propósito de las relaciones del acné y de la seborrea con la epilepsia. Ph. Pagniez y A. Plichet.
- La radioterapia en el tratamiento de los abscesos de pulmón. J. de Brux y J. Gourdou.
- La materia prima de los medicamentos opoterápicos. A. y M. Choay.
- * La arteriotomía temporal como tratamiento de la jaqueca. R. Massart.
- La muerte imprevista del lactante. R. Clément.
- Actinomicosis pulmonar. G. Poix.
- La caries dentaria en el niño. Dechaume y Cauhépe.

A propósito de las relaciones del acné y de la seborrea con la epilepsia. — Los autores comienzan por recordar lo frecuentes que eran las observaciones de lesiones de acné en los epilépticos y que se atribuían a la medicación bromurada, cuando ésta era la única empleada contra el mal comicial, y se preguntan si no sería debida a una predisposición de los epilépticos al acné independientemente del acné bromico. Ellos manifiestan que es frequentísimo el observar en los epilépticos, sobre todo en los adolescentes, comedones y exceso de secreción sebácea, alteraciones que no solamente se han observado en los epilépticos puberales sino que lo han visto también en epilépticos adultos. De 74 comiciales de 12 a 25 años de edad observaron seborrea, acné o ambos en 17, y salvo uno, ningún otro enfermo había sido tratado con bromo. De estos 17 han seguido durante varios años a 14, no habiendo podido establecer una relación entre la mejoría de las lesiones cutáneas y la frecuencia y gravedad de las crisis. Manifiestan que independientemente de esta reducida estadística han visto los mismos trastornos en epilépticos más viejos.

A continuación discuten cuál puede ser la causa de esta para ellos frecuente asociación y se inclinan como hipótesis más verosímil la de que se trate de una alteración nerviosa que condiciona el trastorno en la secreción sebácea aludida.

Terminan manifestando que su propósito no es otro que el de llamar la atención sobre la particularidad que presentan algunos epilépticos de presentar lesiones acnéicas y seborrea y también de instigar la investigación de la causa, así como ver si estas alteraciones se observan con más frecuencia en algún tipo particular de epilépticos, ya que quizá la seborrea pudiera tener un valor en el diagnóstico de localización de la zona epileptógena.

La arteriotomía temporal como tratamiento de la jaqueca. — Hace el autor un breve recorrido histórico, señalando que Galeno, Ambrosio Paré y otros habían empleado, empíricamente, esta intervención con éxito contra la jaqueca, y que el propio Paré, jaquecoso, pudo apreciar los buenos resultados de esta intervención que se hizo practicar.

Cualquiera de las causas que puede producir el síndrome jaqueca, endocrinas, anafilácticas, etc., obra a través del simpático de tal manera que la migraña es un síndrome doloroso, paroxístico, debido a un angioespasmo determinado por una excitación, directa o indirecta, del simpático, y por lo tanto la arteriotomía temporal, al seccionar los filetes simpáticos que la acompañan, interrumpe el mecanismo de desencadenamiento de la crisis.

El autor manifiesta que tuvo ocasión de observar los buenos resultados de este tratamiento y a este respecto cita el caso de una enferma que durante una fortísima crisis de jaqueca, ésta le fué yugulada por la inyección de novocaína alrededor de la arteria temporal, efecto que sólo fué pasajero, pero que le animó a realizar la sección de la arteria, que fué seguida de la desaparición del síndrome jaquecoso.

La intervención se hace sobre la rama frontal de la arteria temporal-superficial y con su sección se interrumpen los filetes simpáticos que van por el nervio auriculotemporal hasta el ganglio ético y de éste se irradian hacia el facial, el glossofaríngeo, las meninges, la cuerda del tímpano y los núcleos bulbares, interrumpiendo así la vía simpática que condiciona la jaqueca.

18, 8 de mayo de 1943

- Intoxicación por habas y hemoglobinuria. M. Brulé y M. Pestel.
- A propósito del tratamiento de los llamados tumores "mixtos" de la parótida. H. Redon.
- Fiebre ganglionar del niño y mononucleosis infecciosa. J. Chapal y Mile. M. Labraque-Bordenave.
- A propósito del electrochoque. Ph. Pagniez.
- Deficiencia hepatobiliar larvada en un niño de 10 años y medio. P. Nobécourt.
- Un ancestral de la judía: le Dolique. H. Leclerc.
- La punción de la vena femoral. P. Giraud y J. Senéz.
- L'Euphrase en el tratamiento de la hidrorrea nasal. H. Leclerc.
- La pereza en el niño. O. Codet.

Acta Médica Scandinavica

117 - 2 - 1944

- * El riñón artificial: un dializador con gran área. W. F. Kalff y H. Th. J. Berk.
- Sobre la curva de Price-Jones en la anemia botriocéfala. G. Tötterman.
- * Sobre la importancia clínica de la prueba tuberculínica repetida. A. Honkanen.

El riñón artificial. — Describen un nuevo aparato que permite dializar la sangre humana de manera continua. Consiste en un gran cilindro, en parte sumergido en un baño que contiene 100 litros de suero clorurado y glucosado caliente, que lleva enrollado en espiral sobre su superficie un tubo de celofán de 25 mm. de sección y de 25 a 30 metros de longitud, por el que se hace circular la sangre del enfermo. La sangre penetra por un lado del eje (que está perforado), da la vuelta a todas las espirales aprovechando el movimiento de rotación del cilindro y sale por el otro eje, ya dializada. El área de diálisis de este aparato es de 23.000 centímetros cuadrados. Al enfermo se le administra heparina antes y durante la prueba (cada media hora 100 mg.), para prevenir la coagulación dentro de los tubos.

En un paciente han logrado dializar con este procedimiento 24 g. de urea de la sangre en media hora y hasta 40 g. en 4 horas. Han podido demostrar que también se dializan el ácido úrico, la creatinina y el indoxilo y que de una manera análoga se pueden hacer pasar sustancias del líquido del baño a la sangre (por ejemplo oxígeno, Cl, Na, Ca, Mg, K y la glucosa).

En una enferma con gran insuficiencia renal, rápidamente progresiva, pudieron durante cerca de un mes mantener las cifras de urea en sangre en el mismo nivel. En otro enfermo caquético y con uremia por tuberculosis renal bilateral, pudieron dializar de la sangre 32 g. de urea de una vez, y en otro con anuria por glomerulonefritis aguda en situación de colapso y coma separaron 100 g. de urea en 6 horas, con lo que la uremia bajó de 460 a 290 mg. por 100, pero el enfermo no despertó del coma.

Sobre la importancia clínica de la prueba tuberculínica repetida. — En un amplio material de enfermos se estudia la prueba de tuberculina repetida, encontrando que el tiempo óptimo para la segunda prueba es a los 14 días de la primera, tanto para el Mantoux como, sobre todo, para el Pirquet. En total ha estudiado 781 personas con prueba tuberculínica positiva. Prefiere se haga la lectura en el Mantoux repetido a las 48 horas, en cambio con el Pirquet es mejor efectuarla a las 24 horas.

En las tuberculosis activas encuentra que la segunda prueba, o es igual o es menos intensa que la primera. Un aumento de la intensidad de la reacción significa que el proceso no tiene actividad. En las tuberculosis febriles encuentra con mayor frecuencia que en las no febriles una segunda prueba igual o menos intensa que la anterior. Iguaes resultados se obtienen en aquellos casos con velocidad de sedimentación acelerada. En las pleuritis con derrame la prueba suele acusar un aumento de la reacción, igual que en los sujetos normales. En un grupo de vacunados con BCG, pudo obtener a los dos meses pruebas análogas a las de las formas activas.

Concluye que la prueba doble de tuberculina es un dato auxiliar más en el diagnóstico de la actividad de los procesos tuberculosos, sin olvidar que tiene un valor relativo.