

PROGRAMA

Doctor E. GARCÍA DEL REAL, mecanismos de curación de la tuberculosis; doctor T. CERVIÁ, normas generales que deben inspirar el tratamiento de la tuberculosis pulmonar; doctor M. PAREJO, tratamiento higiénico y climatológico de la tuberculosis; doctor J. DURÁN, nutrición y dietética de la tuberculosis; doctor T. CERVIÁ, tratamiento específico y quimioterápico de la tuberculosis; doctor R. LUELMO, colapsoterapia gaseosa; doctor R. LUELMO, colapsoterapia gaseosa (continuación); doctor C. RODRÍGUEZ GAVILANES, operaciones sobre el nervio frénico; doctor R. LUELMO, pneumoperitoneo u otros métodos colapsoterápicos complementarios; doctor A. CARRILLO, aspiración endocavitaria; doctor J. DOMÍNGUEZ, pneumolisis y pneumotórax extrapleural; doctor J. DOMÍNGUEZ, toracoplastias; doctor V. GUTIÉRREZ, tratamiento de las complicaciones pleurales de la tuberculosis; doctor V. GUTIÉRREZ, tratamiento sintomático de la tuberculosis; doctor J. VIDAL, tratamiento de la tuberculosis de las vías respiratorias altas; doctor J. DOMÍNGUEZ, normas terapéuticas de la tuberculosis asociada con la maternidad; doctor J. PÉREZ, normas terapéuticas de la tuberculosis asociada con otras afecciones respiratorias no específicas; doctor J. PÉREZ, normas terapéuticas de la tuberculosis asociada con otras afecciones (diabetes, sifilis, endocrinas, etc.); doctor T. CERVIÁ, valoración y porvenir del tuberculoso recuperado; doctor T. CERVIÁ, posición del médico general frente al tuberculoso y su tratamiento.

La matrícula es limitada a diez participantes. El importe de la misma es de cien pesetas. Al final del Cursillo cada matriculado que se haya hecho acreedor al mismo se le expedirá un certificado de asistencia. Igualmente figurará este Cursillo en el Historial Personal de la O. P. S. E.

Este Programa podrá sufrir cuantas variaciones aconsejen las circunstancias. En la matrícula tendrán preferencia en igualdad de condiciones los Inspectores Municipales de Sanidad y en general los médicos rurales. Las lecciones teóricas, obligatorias para los matriculados, serán públicas, pudiendo asistir a ellas cuantos médicos y sanitarios lo deseen.

Para datos, informes, matrícula, etc., dirigirse al Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife (San Lucas, 46) o al Director del Curso (Apartado 145), en dicha ciudad.

CONCURSO DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL DISTRITO UNIVERSITARIO DE GRANADA

Para contribuir esta Corporación al fomento de las Ciencias Médicas, como marcan sus Estatutos, y con arreglo a lo dis-

puesto en los artículos 60 y siguientes de su Reglamento, se abre un Concurso de trabajos científicos para el presente año de 1945, bajo las condiciones siguientes:

Tema: *Etiopatogenia del reumatismo articular agudo.*

Premios: Se concederá un premio de quinientas pesetas y el título de académico correspondiente, al trabajo que resulte premiado; y *accésit*, al que le siga en mérito, si lo mereciera.

La Academia podrá otorgar mención honorífica, si estimara el Jurado calificador que alguno de los trabajos presentados mereciera dicha distinción.

Las bases de este concurso son:

1.^a Los trabajos serán inéditos y deberán estar escritos en castellano, a máquina, en cuartillas por una sola cara y encabezados con el lema correspondiente.

2.^a A cada trabajo se acompañará un sobre cerrado y lacrado, en cuya parte superior se indicará el lema, y en su interior llevará una cuartilla de papel, en donde se consignará el nombre y apellido, residencia y domicilio del autor, título profesional, fecha del mismo y Facultad por la que lo obtuvo.

3.^a En este Concurso sólo podrán tomar parte los Médicos españoles.

4.^a Si alguno de los autores quebrantase el anónimo, usara nombre supuesto o seudónimo, quedará eliminado del Concurso.

5.^a Los sobres que contengan los nombres de los autores de obras no premiadas, se quemarán sin abrirlos.

6.^a Los autores remitirán sus respectivos trabajos a la Secretaría de esta Real Academia, nueva Facultad de Medicina, antes de las 12 horas del día 30 de noviembre de 1945, y en el sobre de envío consignarán "Para el concurso de Premios".

7.^a Los trabajos, para obtener premio, deberán tener mérito absoluto, no bastando el relativo en comparación con los demás recibidos, reservándose el Jurado el derecho de juzgarlos, así como de excluir aquellos que no hayan cumplido las condiciones de este Concurso.

8.^a La Academia se reserva el derecho de imprimir el trabajo premiado o los que merezcan *accésit* o mención honorífica, y caso de publicarlo entregará al autor 50 ejemplares.

9.^a Designados por el Jurado Calificador los trabajos que merezcan premio, mención o *accésit*, serán publicados sus lemas en la Prensa local y profesional, para conocimiento de sus autores.

10. El fallo de dicho Jurado será inapelable.

11. Los autores de trabajos no premiados no podrán retirarlos, quedando éstos en el archivo de la Corporación.

12. Con la debida anticipación se anunciará la fecha y el lugar donde haya de celebrarse la sesión solemne para la distribución de premios.

Granada, a 30 de enero de 1945. — V.º B.º *El Presidente,*
FRANCISCO MESA MOLES. — *El Secretario Perpetuo,* ANTONIO J. TORRES LÓPEZ.

BIBLIOGRAFÍA

A) CRÍTICA DE LIBROS

ACCIDENTES VASCULARES DE LOS MIEMBROS, por F. MARTORELL. Salvat Ed. S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1945. Un volumen encuadrado, de 350 páginas, 60 pesetas.

Conforme se advierte en libros anteriores del autor, aquí revela el doctor Martorell el profundo conocimiento de los problemas de las afecciones vasculares de los miembros y la soltura, dictada por una amplia práctica y una originalidad de visión, con que en ellos se mueve.

Aparte de las afecciones arteriales, estudiándose sucesivamente: hemorragias, ligaduras, embolias, espasmos, trombosis, gangrena diabética, tromboangitis, parálisis isquémica, accidentes vasculares de la costilla cervical, del frío y de la endocarditis lenta, hay una buena parte del libro dedicada a las afecciones venosas. Las afecciones arteriales están en su conjunto bien tratadas, existiendo algunos capítulos que no suelen encontrarse en otras obras, aunque los conceptos se hallan expuestos, como, por ejemplo, el del arterioespasmo tromboflebitico o el troncular por embolia colateral o por microem-

bolia, etc. Las descripciones son sumamente claras y sencillas; a veces, se piensa si excesivamente elementales. Rara vez se puede encontrar reunido lo que interesa saber al médico sobre las enfermedades de los vasos como en este libro. Se trata de un capítulo habitualmente mal tratado incluso en obras extranjeras y que aquí lo está con una gran objetividad. Bastarían estos capítulos para dedicar las más calurosas felicitaciones a su autor, y a la casa editora, que (salvo abundantes erratas de imprenta) presenta magníficamente el libro. Recomendamos su lectura a todos los médicos.

LA PARALISIS INFANTIL EPIDÉMICA, por H. KLEINSCHMIDT. Ediciones Morata. Madrid, 1944. Un volumen en cuarto, de 358 páginas, 50 pesetas.

Bajo la dirección del profesor Kleinschmidt, diversos colaboradores tratan en sendos capítulos diferentes aspectos de la poliomielitis sobre la base principalmente de la experiencia obtenida durante la epidemia en Colonia, en 1938. Se estudian así, sucesivamente, la etiología, patología experimental e inmunidad, la epidemiología con las medidas higiénicas que

de ella se deducen, la anatomía patológica, otros factores etiológicos (bases endógenas y constitucionales, grupos y factores sanguíneos, etc.). La clínica comprende el estudio y diagnóstico diferencial de las formas no paralíticas o de los períodos precoces y el de la clínica del período paralítico, así como el estudio de la parálisis infantil abortiva. Se revisa después el tratamiento específico y no específico, tratamientos ortopédicos, fisioterapia, etc.

El libro, producto de un estudio concienzudo y de una experiencia auténtica, tiene un gran valor para el especialista pediatra o neurólogo y también para el médico general, y de él se pueden obtener normas para la conducta práctica ante una epidemia o en el tratamiento de un enfermo. La unilateralidad de la información hace que se noten algunas lagunas; por ejemplo, no se tiene en cuenta en el diagnóstico diferencial la afección de diagnóstico diferencial más importante que es la neuritis y cuadros similares (polineuritis infecciosa de Osler, síndrome de Guillain-Barré, etc.). Modernos métodos terapéuticos, últimamente puestos en práctica en América no son tampoco mencionados, en parte porque son posteriores a la fecha de publicación del original alemán del libro.

B) REFERATAS

Revista Española de Tuberculosis

13 - 113 - 1944

Contribución al estudio de las variaciones del cuadro hemático en el curso postoperatorio de la toracoplastia. F. R. de Parte-
arroyo, E. López Gutiérrez, A. Franco Morante.
Importancia del contagio en la propagación de la enfermedad
tuberculosa. N. González de Vega, C. Gómez Moreno.

Gaceta Médica Española

19 - 3 - 1945

- Valor de la amilasemia y amilasuria en el diagnóstico de las enfermedades del páncreas. A. Casas.
- La lepra en España. E. A. Sáinz de Aja.
- Más casuística sobre los efectos del tratamiento polibromurado en los cánceres viscerales. M. Bañuelos.
- Contribución al estudio de la tuberculosis pulmonar en los enfermos diabéticos. Pfaffenbergh y Rickmann.
- El plexo braquial. M. Guirao Gea.
- Clasificación clínica de los cánceres del cuello uterino. M. Beccero.
- Sobre el valor pronóstico del electrocardiograma (II). Palma Alonso y Lozano López.
- Metabolismo del oxígeno. E. Delgado.
- Un caso de endocarditis lenta tratado con penicilina. García Domínguez.
- Sobre un caso de cardiopatía infantil. J. A. Ruiz Marín.

Sobre el valor pronóstico del electrocardiograma (continuación). — Consideran los autores, de acuerdo con el estudio de sus estadísticas, que la presencia de un aplanamiento de la onda T, sólo tiene importancia cuando se presenta en las tres derivaciones, y sobre todo si se asocia a bajo voltaje, significando entonces la existencia de una profunda alteración miocárdica. Por lo que respecta a la elevación de la onda T, los autores no creen se le pueda atribuir un mal pronóstico, como tampoco al difasismo de esta onda, si bien su estadística es poco numerosa en este aspecto.

La inversión de T cuando se presenta sólo en III derivación tiene poco valor; es más significativa cuando aparece en varias derivaciones, especialmente si se trata de enfermos que no han tenido accidentes coronarios agudos.

Respecto a las desviaciones del eje eléctrico, los autores han reunido 122 casos que las presentaban, siendo de ellas 95 con predominio izquierdo y 27 con predominio derecho. Como de ellos murieron el 28 por 100 de los derechos y tan sólo el 9 por 100 de los izquierdos, los autores no dudan en considerar de peor pronóstico los predominios derechos, aunque, naturalmente, en cada caso hay que tener en cuenta las demás alteraciones que existan.

Respecto a la significación pronóstica de las arritmias, los

autores consideran que los extrasistoles en general tienen poca repercusión pronóstica, mientras que el pronóstico de la taquicardia paroxística depende fundamentalmente de su causa. La fibrilación auricular es de pronóstico desfavorable, sobre todo en enfermos mitrales. Los bloques de rama son de mal pronóstico.

Consideran, finalmente, que la aparición conjunta de varias alteraciones y sobre todo de bajo voltaje, desviaciones de S-T, modificaciones de T en tres derivaciones, fibrilación y bloqueo de ramas, agrava sensiblemente el pronóstico.

Medicina Clínica

2 - 4 - 1944

- * Trombosis crónica obliterante aortoilíaca. F. Martorell y J. Valls Serra.
- Estate actual del tratamiento del prolapsus uterino. V. Conill.
- Propiedades psicológicas de la trimetilamina. J. Jiménez Vargas y J. Monche Escubos.
- Esclerosis en placas aguda, mortal. J. Solé Sagarra.
- La simpatectomía lumbar en la enfermedad de Hirschsprung. A. Rocha y L. García Tornel.
- Neumotórax a extensión lesional máxima. J. Cornudella, L. Riera-Gallo y R. Puig.
- Consideraciones sobre el traumatismo del parto. Jerónimo de Moragas.
- Endocarditis lenta y sifilis. A. Balcells Gorina y J. Surós Forns.
- La reacción cutánea tuberculínica en el viejo. J. Estela Ragné.
- Heterotaxia completa, con lesiones cardíacas congénitas. J. Sureda Blanes y G. Ll. de la Peña.
- La ortopedia en el tratamiento de los reumatismos. V. Bosch.
- Utilidad clínica de las soluciones salinas y glucosadas. J. Surós Forns.
- Revisión crítica de las psicotipologías. A. Vallejo Nágera.
- Puede o debe el médico general emplear los nuevos compuestos arseniciales (arsenóxidos) en el tratamiento de la lúes? S. Noguer Moré.

Trombosis crónica obliterante aortoilíaca. — Los autores, recopilan nueve casos, seis de ellos personales, de este proceso poco frecuente que hasta hace poco tiempo era ignorado o no se admitía. La trombosis crónica obliterante de la aorta es secundaria a la obliteración bilateral de la ilíaca primitiva y puede ser debida a una tromboangitis o a una arteriosclerosis. El diagnóstico puede hacerse fácilmente por la presencia de un complejo sintomático, bien descrito por Leriche, caracterizado en los primeros períodos, por imposibilidad de una erección estable, fatigabilidad extrema de los dos miembros inferiores, más que verdadera claudicación intermitente, atrofia global de las extremidades inferiores poco llamativa a veces, ausencia de trastornos tróficos, palidez extrema de las piernas que se exagera notablemente al levantar las extremidades y en la exploración, ausencia de pulsaciones en pedias, tibiales pos-

teriores, poplíticas y femorales, sin existir oscilaciones arteriales en piernas ni muslos. Más tarde aparece gangrena de los dedos primero y de la pierna después, que obliga, al extenderse, a una doble amputación. Como terapéutica, Leriche aconseja la gangliectomía bilateral precoz, que mejora sensiblemente el estado del enfermo. El verdadero tratamiento consiste en la ablación de la parte obliterada por resección de la terminación de la aorta y de las ilíacas primitivas, combinadas con la doble gangliectomía lumbar.

Archivos Latinoamericanos de Cardiología y Hematología

13 - 6 - 1943

Las mediastinitis reumáticas. J. M. Rivero Carvallo y M. Perrín.

Der Chirurg

15 - 2 - 1943

- * Presentación de la detención espontánea de la hemorragia en las heridas de las grandes arterias. Wildegans.
- * ¿Qué cantidades debemos dar en las transfusiones de suero? Lang y Schwiegi.
- La utilidad diagnóstica de la urografía en las enfermedades abdominales agudas no claras. Errores diagnósticos y terapéuticos. Rivaïr.
- Abceso cerebral en torno a un cuerpo extraño 21 años después de su penetración. Csiky-Strauss.
- Un aparato para el enclavamiento medular de Küntscher. Linsmayer.
- Aparato para el enclavamiento medular de Küntscher. Böhler.
- Aparato de suspensión para el enclavamiento medular. Wittmoser.

Presentación de la detención espontánea de la hemorragia en las heridas de las grandes arterias. — Estudia el autor las posibilidades de la cesación espontánea de la hemorragia en casos con heridas de las grandes arterias. Cuando se cierra de repente la arteria sin que salga de ella ni una sola gota de sangre; los muñones se encuentran separados de dos a cuatro traveses de dedo, sin mostrar contracciones segmentarias, latiendo el cabo central más o menos evidentemente; ambos muñones generalmente se hallan trombosados, sobresaliendo un poco el trombo y estando más o menos adherido a la pared del vaso; si se separa el trombo se presenta la hemorragia. La cesación espontánea de la hemorragia ha sido vista por el autor frecuentemente en arterias como la axilar, braquial y también en la femoral y poplitéa, hasta 5-20 horas después del trauma.

En la cohibición espontánea de la hemorragia intervienen numerosos factores, generales y locales. Entre los primeros tenemos la depresión del impulso cardíaco, y de la presión arterial, disminución de la velocidad de la corriente sanguínea, etcétera, y factores locales, como la resistencia de los tejidos vecinos (hematoma perivascular, coagulación en la vecindad, contrapresión de los tejidos blandos, etc.). Pero cuando se trata de heridas abiertas, es interesante conocer cómo se produce la cesación de la hemorragia y el cierre de los grandes vasos.

Pasa a continuación revista de los tres fenómenos invocados: la participación activa de la pared vascular, la retracción y la contracción de la arteria. En lo que respecta al primer factor, llama el autor la atención sobre la participación de la íntima, que si bien no experimenta una separación absoluta de la adventicia y enrollamiento, sin embargo, pueden verse hendiduras y nichos, lo que constituye un plano irregular que entorpece la corriente sanguínea, agita la sangre y unido todo ello a la tromboplastina liberada por las células destruidas de los tejidos vecinos, logra la formación de un trombo.

En cuanto a la retracción de la arteria herida, dice el autor que este fenómeno se produce de una manera franca únicamente cuando la arteria se secciona totalmente, pues es de observación corriente el hecho de que las arterias parcialmente seccionadas provocan hemorragias primarias y secundarias con mayor frecuencia que las seccionadas totalmente y conducen frecuentemente a la producción de aneurismas. La retracción también depende, en general, del tipo de arteria, según predomine su constitución elástica o muscular.

Por último se refiere al factor contracción de la arteria, que aunque invocado hasta el presente como fenómeno muy importante en la detención de la hemorragia, el autor no ha podido encontrarlo en ninguno de sus casos.

Termina el autor diciendo que en la cohibición de la hemorragia se debe dar especial importancia a la retracción arterial y a la formación del trombo, pero que siempre hay que tener en cuenta la clase de la herida, el tamaño de la arteria y el estado del círculo.

¿Qué cantidades debemos dar en las transfusiones de suero? — Después de todas las investigaciones en hombres y animales se tiene como seguro que la alteración de la circulación en el shock y en el colapso se debe a la disminución de la sangre circulante. Del trastorno entre cantidad de sangre circulante y capacidad del sistema vascular resulta el rendimiento periférico del círculo que en el shock y en el colapso su insuficiencia conduce tan frecuentemente a la muerte, sin que existan lesiones primarias de los órganos vitales.

El análisis exacto de estas alteraciones puede hacerse por el estudio del colapso por hemorragia. Una pérdida hasta el 20 por ciento de la sangre circulante, lo que representa 1/13 del peso total del cuerpo, puede todavía ser compensada, puesto que no produce una caída suficiente de la presión arterial. Por contracción de los vasos en los tejidos no vitales, por el vaciamiento en el círculo de la sangre alojada en los depósitos y por la entrada de líquidos de los tejidos en el círculo, pueden igualarse estas diferencias entre cantidad de sangre y capacidad vascular, ya que se conserva el aflujo venoso al corazón y el volumen minuto no se altera. Cuando esos mecanismos de regulación son llevados al máximo se produce un estado lábil y un pequeño agravamiento, trabajo muscular, exigencias de la regulación calórica, narcosis, una nueva pérdida de sangre, etc., pueden hacer fracasar todo el sistema de regulación. Pero a veces después de una pérdida de sangre en gran cantidad y a pesar de este mecanismo de regulación, no puede mantenerse la presión arterial. La insuficiente cantidad de oxígeno que llega a la periferia conduce a una alteración en los capilares, cuya permeabilidad permite la salida de proteínas. A consecuencia de esto pasa plasma a los tejidos, lo que disminuye también los líquidos circulantes. Consecuencia de la pérdida arterial por la continuación de la hemorragia y por lo tanto, la insuficiente cantidad de oxígeno que llega al cerebro provoca un trastorno del centro regulador y progresivamente a la muerte por hundimiento del círculo. Este colapso mortal por hemorragia se ha podido determinar en hombres y animales que es 1/3 a 1/2 de la sangre circulante normal. Estos mismos resultados pueden obtenerse en los casos de shock y colapso sin hemorragia por estancamiento de la sangre en el abdomen y en los casos de grandes pérdidas de líquidos (disentería, cólera, etc.) o bien en combinación con la alteración de la permeabilidad capilar (quemaduras, en el curso de las enfermedades infecciosas, etc.). En los casos moderados de shock y colapso se ha podido determinar que la sangre circulante se reduce en un 30 por ciento y en los casos graves en el 50 por ciento.

Para combatir estos trastornos se empleó primeramente el suero fisiológico, pero como se elimina rápidamente por el riñón se substituyó por substancias con presión coloidosmótica igual a las proteínas del plasma (goma arábiga, alcohol polivinílico, gelatina, pectina). Últimamente ya se emplea el suero sanguíneo, que llena todas las condiciones y está desprovisto de isoaglutininas, por lo que sirve para todos los grupos sanguíneos. Presentan a continuación una tabla de 600 casos graves de shock y colapso tratados con transfusión de suero, en la que puede verse los buenos resultados obtenidos.

Teniendo en cuenta que en el colapso circulatorio mortal se ha perdido 1/3-1/2 de la sangre circulante, o sea 1.7-2.5 litros, se pensó dar igual cantidad de suero. Con el fin de determinar la cantidad que debe administrarse, realizan experiencias en animales a los que extraen grandes cantidades de sangre; observan que no es necesaria para el establecimiento del círculo la reintegración de un volumen igual a la sangre extraída, y que si se administra el 20 por 100 la presión arterial asciende ya a valores normales, por lo que calculan que la cantidad de suero a administrar es una séptima parte de la sangre circulante, o sea 5 litros, 700 c. c. Pero se trata aquí de animales sin lesiones de ningún género y hay que tener en cuenta que cuando existe shock o colapso por trauma, en las quemaduras, en la alteración capilar infecciosa, etc., parte del líquido transfundido pasa a los tejidos, por lo que en estos casos deben darse mayores cantidades que en el colapso hemorrágico.

En el hombre hay que tener en cuenta para la dosificación no el peso corporal sino el efecto clínico de la transfusión,

valiéndonos de la elevación de la presión arterial, lentificación del pulso y color de la piel y mucosas como signos de la repleción de la circulación periférica y el restablecimiento del sensorio como signo de aumento de la circulación cerebral. En los casos graves de shock y colapso, siguiendo estos puntos de vista, deben administrarse 1.200 c. c. de suero de una sola vez, pudiendo repetirse cuando se vea retroceder el cuadro. Ante el temor de una sobrecarga del círculo, los autores aducen que la disminución de la sangre circulante es muy grande (50-100 por 100 del suero administrado), y si la infusión no se realiza demasiado de prisa, sino en el espacio de 20 a 30 minutos, no debe temerse una sobrecarga del corazón, que por otro lado no la han observado nunca.

Aparte de lo anterior existen también otras medidas de llenamiento del círculo, vasoconstrictores de tipo central (estrinina, alcanfor, hexetona, cardiazol, etc.) y de tipo periférico (simpatol, veritol, etc.).

Wiener Medizinische Wochenschrift

94-5 y 6-12 de febrero de 1944

- Sobre la actividad renal. K. v. Buinewitsch.
- Tratamiento del forúnculo y de la forunculosis. S. Wolfram.
- La permeabilidad de la piel para los anestésicos locales. B. Freytag.
- La importancia de la investigación histológica de la mucosa uterina menstrual en el diagnóstico de la esterilidad. K. Pali.
- Sobre un caso de pelagra. K. Panow.

94-7 y 8-26 de febrero de 1944

- La mujer en el trabajo. F. Paula.
- Límites del tratamiento ocupacional. R. Vedrilla.
- Reumatismo y sobrecarga de trabajo. R. Singer.

The Journal of American Medical Association

120-10-7 de noviembre de 1944

- La profilaxis de la toxemia de embarazo. N. J. Eastman y J. Whitridge.
- * Frecuencia de malignidad en las úlceras prepilóricas. B. R. Kirkin y W. C. Mac Carty.
- La concepción moderna de la secreción gástrica. J. E. Thomas.
- Correlaciones psicosomáticas de la úlcera duodenal. S. Morrison y M. Feldman.
- * Las bases fisiológicas para la dietoterapia en la úlcera duodenal. H. Shay, J. Geishon-Cohen, S. S. Fels y H. Siplet.
- * Tratamiento porgota a gota gástrico en la úlcera péptica: Experiencia de 10 años. A. Winkelstein, A. Cornell y F. Hollander.
- Tratamiento de las fracturas que afectan a los senos paranasales. J. J. Shea.
- Cuidados a los viejos. M. W. Thewlis.
- Control del cáncer en Westchester. G. C. Adie y H. R. Charlton.
- Púrpura trombopénica que complica el embarazo. Esplenectomía con curación clínica, seguida por tres embarazos normales. A. X. Urbanski y C. I. Hutner.
- * Estudios sobre el mecanismo de la hipertensión arterial. I. H. Page.

Frecuencia de malignidad en las úlceras prepilóricas. Desde Orator y Hampton se consideran casi sistemáticamente como malignas las lesiones ulcerosas que aparecen en la región prepilórica. Sin embargo, Singleton ha afirmado la mayor frecuencia de ulceraciones benignas en dicha localización. Los autores han revisado los casos operados y estudiados histológicamente en la Clínica Mayo entre 1937 y 1941. Excluyendo los que evidentemente son carcinomas radiológicamente, quedan diagnosticados 190 casos, de los cuales solamente 132 presentaban lesiones prepilóricas y el resto las tenían en otros puntos. (Se comprenden como prepilóricas a las lesiones situadas a menos de 3 cm. del piloro.) Se trataba, en suma, de 61 carcinomas evidentes, con tumefacción y ulceración, y 71 úlceras. El estudio microscópico reveló que 63 úlceras eran benignas y 8 (11.3 por 100) eran malignas. Este porcentaje de malignidad de las úlceras es el que suele admitirse corrientemente en las de cualquier localización. La diferencia entre unas y otras estadísticas depende del distinto concepto sobre úlcera, úlcera maligna y carcinoma ulcerado. La expresión "úlcera maligna" debe reservarse para las que macroscópicamente son idénticas a la úlcera péptica, pero el estudio microscópico revela su malignidad. Resalta, sin embargo, de la revisión, que de todas las lesiones situadas en la región prepilórica, cualquiera que sea su morfología, ¾ son neoplásicas y solamente ¼ corresponde a lesiones benignas.

Las bases fisiológicas para la dietoterapia en la úlcera duodenal. — Los alimentos en la úlcera duodenal no deben ser irritantes ni estimulantes de la secreción gástrica y deben tener un gran poder de combinación con los ácidos. La leche y la crema son los que mejor cumplen estos requisitos. El mecanismo de acción de estos alimentos en la úlcera duodenal no depende solamente de sus efectos citados en el estómago, sino principalmente de los que despliegan al llegar al duodeno y yeyuno, desde donde regulan el vaciamiento gástrico y la secreción del estómago. La instilación duodenal por catéter de leche o de crema inhibe la secreción gástrica y prolonga el tiempo de evacuación de la papilla de bario. Los efectos son aún más marcados si se introduce aceite de olivas por la sonda en vez de crema o leche. La acción de estas substancias contrarresta los efectos de la úlcera duodenal y duodenitis acompañante sobre el mecanismo duodenal de la regulación de la función gástrica en sus aspectos motores y secretores.

Tratamiento porgota a gota gástrico en la úlcera péptica. — Teniendo en cuenta la influencia que la acidez libre gástrica tiene en el desarrollo y perpetuación de la úlcera, Winkelstein propuso en 1932 un método de neutralización continua del contenido gástrico. Los tratamientos habituales, aún con frecuentes comidas, dejan sin protección al estómago durante los intervalos, especialmente por la noche. Winkelstein utiliza un método de tratamiento por un dispositivo de gota a gota, que se introduce en el estómago una hora después de las tres comidas blandas que administra (precedidas de atropina), dejando también la sonda durante toda la noche. Como líquido de infusión emplea una solución de bicarbonato en leche o un gel de hidróxido aluminico o fosfato aluminico. El tubo se introduce únicamente hasta un poco por debajo del cardias. Varios centenares de enfermos han sido tratados en estos años y se han obtenido resultados excelentes en muchos de los que había fracasado el método de Sippy y en los que la intervención era peligrosa por su mal estado general. Las ventajas del método se aprecian claramente en los ejemplos relatados por los autores. No suelen presentarse dificultades técnicas para su ejecución.

Estudios sobre el mecanismo de la hipertensión arterial. — En 1930 se tenían las ideas erróneas de que la hipertensión se debía a hiperexcitación del sistema nervioso, que se trataba de un mecanismo compensador y que la función renal era normal. Cuando se hallaron substancias hipertensoras en la sangre y en los extractos renales, se pensó que su acción se ejercería sobre las arterias periféricas, pero se comprobó que las fracciones más purificadas de renina, más eficaces en el animal intacto, lo eran menos en la oreja del conejo. Las sucesivas purificaciones dieron conocimiento de la existencia de una seudoglobulina, el activador de la renina, sobre la cual actúa probablemente de un modo enzimático la renina, originando la angiotonina o hipertensina. Los caracteres de la vasoconstricción arterial que produce la angiotonina son semejantes a los existentes en los hipertensos y diferentes de los causados por la adrenalina o pitresina. Los aclaramientos de diodrast y de inulina han demostrado que en los primeros momentos el filtrado glomerular es normal, pero ha disminuido el flujo sanguíneo renal. Existiría un espasmo de los vasos aferentes y eferentes del glomérulo. La angiotonina reproduce en perros este trastorno renal. Los efectos sobre la contracción cardíaca son también idénticos a los hallados en los hipertensos. Estos datos y su evitación con los extractos renales ricos en angiotonina sugieren que la angiotonina es la responsable de la hipertensión humana.

120-11-14 de noviembre de 1942

- * Tratamiento de las quemaduras. M. Rothman, J. Tamerin y J. G. M. Bullowa.
- * El período de incubación de la poliomielitis epidémica. A. E. Casey.
- Anestesia intravenosa. H. F. Bishop y F. F. Rudder.
- * Úlceras pépticas sangrantes. J. M. Blackford y H. E. Allen.
- * Tratamiento médico y quirúrgico de la hemorragia por úlcera péptica: El factor edad. J. Meyer, H. K. Sorter y H. Necheles.
- * Selección de operación en úlceras gástricas y duodenales. J. W. Hinton y R. E. Church.
- Tratamiento de la úlcera yuxtapilórica con obstrucción. V. C. Rowland.
- * Úlceras yeyunales y hemorragias recidivantes, después de gastrectomías por úlcera péptica. E. D. Klefer.
- Prueba de presunción en la determinación de protrombina. A. W. Ulin y E. Barrows.
- Úlcera del pene por Entameba histolytica. H. B. Hermann y L. S. Berman.

Programa de regulación de las enfermedades venéreas en la industria. O. L. Anderson.
Tratado de nutrición. XV. La conservación del valor nutritivo de los alimentos. E. F. Kohman.
Atebrina americana.

Tratamiento de las quemaduras. — El peligro de las quemaduras radica en la pérdida de plasma a nivel de la superficie denudada y en la infección secundaria. Los autores emplean el método de Pickrell en 32 pacientes, con quemaduras de segundo y tercer grado, que comprenden del 12 al 45 por 100 de la superficie corporal. Solamente fallecieron dos enfermos y la muerte fué producida por shock en las primeras 48 horas. Desde el ingreso de los enfermos, son tratados con frecuentes infusiones de plasma (hasta de 2.500 c. c.), inyecciones de extractos de corteza suprarrenal y calor. Se limpia cuidadosamente la zona lesionada, con ayuda de agua estéril templada y se extirpan las partes esfaceladas y se abren las ampollas. Inmediatamente se comienza la pulverización sobre la quemadura de sulfodiazina al 2.5 por 100 en una solución al 8 por 100 de trietanolamina. Las pulverizaciones se repiten cada hora el primer día, cada dos horas el segundo día, cada tres horas el tercer día y cada cuatro horas el cuarto día. No se coloca ningún apósito y la temperatura ambiente se mantiene elevada. Con las pulverizaciones se forma una escara firme y translúcida y los dolores desaparecen. Si se desarrolla supuración en algún punto, se aprecia por transparencia y se puede hacer una ventana para desague. A los 10-12 días comienza a agrietarse la escara y es preciso aplicar entonces apósitos húmedos de la misma solución empleada para las pulverizaciones. En ningún caso aparecieron síntomas de intoxicación por la sulfodiazina ni otros síntomas desagradables.

El período de incubación de la poliomielitis epidémica. Los estudios de Aycock y Eaton en más de 500 familias con enfermos de poliomielitis, sugieren que existen diferencias en el plazo de incubación, aún admitiendo un contagio simultáneo en la misma fuente. El autor ha observado en una epidemia de poliomielitis 37 casos en los que existía como antecedente el contacto durante más de 10 minutos y no repetido de otro enfermo de poliomielitis, presentada con anterioridad y en sujeto no residente en la misma localidad. Contando desde el momento del contacto hasta el de comienzo del período prodrómico, el tiempo de incubación osciló entre cinco y 35 días (media de 12.8 + 1.2 días) para los 29 casos que presentaron un síndrome paralítico completo, y entre cinco y 15 días (media de 9.5 días) para los ocho casos abortivos. Concordan estos casos con los de 11 existentes previamente en la literatura (incubación media 10.1 + 0.9 días) y con los obtenidos en monos inoculados con razas de virus poliomielítico de origen humano (incubación 12.3 + 1.8 días).

Úlceras pépticas sangrantes. — En la ciudad de Seattle (368.302 habitantes) han muerto por hemorragia procedente de úlcera gástrica durante los años 1935-1941 un total de 151 personas (no se incluyen aquéllas cuyo único síntoma fué la hemorragia mortal). En 76 casos se hizo autopsia y se supone que en los 75 restantes habrá un 90 por 100 de certeza diagnóstica. De los casos autopsiados, la úlcera asentaba en el estómago en 46, en el duodeno en 26 y no se especificaba en cuatro (contrasta con la mucha mayor frecuencia de úlceras duodenales). La proporción hombres: mujeres es de 120 por 31. Tan sólo ocho casos de muerte se presentaron por debajo de los 45 años de edad; el máximo de muertes se presentó entre los 50 y 60 años. Solamente en 35 casos (23 por 100) había antecedentes de una hemorragia previa. Aunque los datos de historia son muchas veces incompletos, en bastantes de los pacientes existían síntomas muy escasos de úlcera y en algunos se presentó la hemorragia fatal después de una larga temporada de latencia. En la autopsia se encontró generalmente erosionado un vaso grueso arterioesclerótico. En tres casos existía simultáneamente una hemorragia mortal y una perforación gástrica.

Tratamiento médico y quirúrgico de la hemorragia por úlcera péptica. — La tendencia general es hacia los procedimientos conservadores, excepto por la escuela de Finsterer y algunos otros. Los autores analizan 154 casos, observados en 10 años. De 111 pacientes tratados médicalemente, ocho murieron, lo cual supone una mortalidad global de 7.2 por ciento. Los ocho fallecidos tenían más de 45 años, lo cual

corresponde a una mortalidad de 11.3 por 100 en estas edades. En 27 enfermos se practicó una resección, en 17 de ellos por hemorragia intensa, en 10 por hemorragia leve. Hubo seis muertos (mortalidad de 22.2 por 100), de las cuales tres eran mayores y tres menores de 45 años. Hay que tener en cuenta que solamente se operaron siete enfermos con hemorragia intensa después de los 45 años, por lo que les corresponde una mortalidad de 42.9 por 100. No hay que deducir de estos resultados que la intervención está siempre contraindicada. Por lo menos en tres de los que fallecieron con tratamiento médico, la operación podía haber sido salvadora. No hay que tener en cuenta en la indicación quirúrgica solamente la intensidad de la hemorragia y la edad del enfermo, sino también el estado general del paciente y su respuesta a las transfusiones; en general, no se operaron los menores de 45 años, ya que no presentan mortalidad prácticamente con el tratamiento médico. Aún en los de más de 45 años que sobreviven a la primera hemorragia, es dudoso si se debe intervenir para evitar el peligro de otras nuevas. Muchos enfermos sufren después varias hemorragias y curan con tratamiento médico.

Selección de operación en úlceras gástricas y duodenales. — El tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal es fundamentalmente médico, debiendo reservarse la cirugía para las complicaciones. Desde 1928 a 1941 han estudiado los autores 1.256 enfermos de úlcera, de los cuales eran 89 por ciento duodenales y 11 por 100 gástricas. El 88 por 100 eran varones y 12 por 100 mujeres. Del grupo citado, 263 enfermos habían sido tratados quirúrgicamente con anterioridad (155 por perforación aguda, 20 por hemorragia intensa y 88 por úlcera crónica). De los 993 enfermos restantes, 66 por 100 mejoraron con tratamiento médico, 24 por 100 no mejoraron y 10 por 100 llevan aún poco tiempo de observación. Los autores han recomendado la intervención a 140 enfermos del citado grupo de 993: generalmente la falta de respuesta al tratamiento médico se debe a complicaciones, lo más frecuente la perforación sobre páncreas. De las intervenciones propuestas, los autores comunican los resultados de 106 gastroenterostomías a los siete años: solamente 24.5 por 100 estaban curados y 24.4 por 100 presentaban síntomas de úlcera gastroyeyunal. Entre 97 enfermos a los que se practicó resección subtotal, 64 curaron y 24 mejoraron. Como indicación quirúrgica de las úlceras duodenales figura en primer término el dolor y raras veces es necesaria la intervención por hemorragias. La gastroenterostomía sola no está indicada en ningún caso, excepto en las úlceras yuxtagipilólicas en las que una sutura por perforación anterior ha dado lugar a una cicatriz que ocluye el piloro. Las manifestaciones de estenosis en la úlcera duodenal sin intenso dolor ceden generalmente muy bien al tratamiento médico.

Úlceras yeyunales y hemorragias recidivantes después de gastrectomías por úlcera péptica. — La aparición de úlceras pépticas en el yeyuno fué una de las razones principales de substitución de la gastroenterostomía por la resección. Pero también esta operación va seguida muchas veces de úlcera yeyunal. Se revisan en el trabajo 222 supervivientes de resección subtotal por ulcus. En 49 de ellos se trataba de úlcera gástrica y ninguno tuvo úlcera yeyunal ni hemorragia postoperatoria; en 30 casos se analizó posteriormente el jugo gástrico y solamente en tres se hallaron cantidades pequeñas de ácido. En 173 casos la enfermedad había sido una úlcera duodenal y hubo seis casos de úlcera yeyunal demostrada, otros seis con síntomas y signos radiológicos, pero sin confirmación operatoria y ocho casos de intensas hemorragias en los que no pudo demostrarse la presencia de ulceración. En 30 casos no pudo resecarse el duodeno y piloro por motivos técnicos; en este grupo hubo siete úlceras recidivantes y tres hemorragias postoperatorias. El examen postoperatorio con la prueba de Ewald demostró en 13 casos la presencia de acidez libre, entre 24 casos de este grupo analizados. En el total de 141 gastrectomizados analizados, la prueba de Ewald no proporcionó acidez en 68 por 100, pero el número de positividades de acidez libre sube mucho con la utilización de histamina.

- * Inmunidad a la tos ferina con toxina y antitoxina. J. G. M. Buillowa y J. Alterman.
- Cambios en la personalidad después de la tos ferina. L. A. Lurie y S. Levy.
- * Atelectasia postoperatoria. H. W. Schmidt, L. H. Mousel y S. W. Harrington.
- Los principios de Kenny. V. L. Hart.
- Motilidad intestinal. C. B. Puestow.
- Control de los cánceres de vejiga. B. S. Barringer.
- Anemia y leucopenia. V. T. Austin.
- Tratado de nutrición. XIX. Alimentación de los niños sanos. P. C. Jeans.
- El sistema presor renal.
- Inmunidad a la triquinosis.

Inmunidad a la tos ferina con toxina y antitoxina. — Estudios recientes han demostrado la identidad de la endo- y exotoxina del *H. pertussis*, así como sus propiedades antigenicas. Los autores tratan profilácticamente a 135 niños en ambiente de contagio. Cien fueron tratados con toxoide y 35 con vacuna; el toxoide se preparó por la adición de formal a toxina de pertussis y contenía 300 unidades por centímetro cúbico. Los títulos de anticuerpos, que no superan de 0.3 unidades en los niños sanos o en las dos primeras semanas de la enfermedad, se elevan por la acción de la inyección de toxoide. Sólo uno de los niños inmunizados contrajo la enfermedad. En 11 niños con tos ferina se intentó modificar el curso de la afección por la inyección de toxoide; en varios aumentó el título de anticuerpos (lo que también sucede habitualmente en la enfermedad) y, dado el carácter variable de la enfermedad de un caso a otro, no se puede señalar ninguna acción favorable de la inmunización curativa. Se empleó en 33 niños enfermos una antitoxina obtenida en conejos y concentrada hasta 17.500 unidades por centímetro cúbico, la cual se inyectó en dosis de 6 a 50 centímetros cúbicos. No se observó ninguna mejoría, excepto ligera en dos casos; quizás en esta falta de acción favorable intervenga el comienzo tardío de la terapéutica. La inyección profiláctica de antitoxina en 25 niños resultó, en cambio, eficaz; sólo uno adquirió la enfermedad.

Atelectasia postoperatoria. — La atelectasia es la complicación pulmonar más frecuente de las intervenciones abdominales. Influuyen en su génesis el moco viscoso, la hipoventilación, la posición del enfermo, el tipo de intervención, etc. La aspiración broncoscópica es útil como profiláctica y como curativa en estos casos. Los autores revisan 84 casos de atelectasia postoperatoria parcial o completa, presentados en la clínica Mayo en 1941. Se trataba de 58 hombres y 26 mujeres. La edad era por término medio de 50 años. No existían en las radiografías anteriores a la intervención ninguna clase de signos que indujesen a sospechar el peligro de atelectasia. En 52 casos se trataba de enfermedades sobre las vías biliares o el estómago; en nueve eran operaciones en el colon; en ocho, intervenciones sobre el riñón; en este último grupo se marca bien la importancia de la posición del enfermo: la atelectasia se presentó siempre en el pulmón sobre cuyo lado descansaba el enfermo. Ninguno de los enfermos con atelectasia falleció. Cuando el tratamiento se instituyó en las primeras 48 horas, el resultado fué muy brillante; si se comienza más tarde, ya hay signos de neumonía secundaria y es necesario asociar un tratamiento con sulfamidas.

120 - 13 - 08 de noviembre de 1942

- Interdependencia de la función en anestesia. W. Bourne.
- Estenosis laringea postdifterica. S. Jesberg.
- La eliminación de nicotina por la leche y orina, después de fumar cigarrillos. H. H. Perlman y A. M. Dannenberg.
- * Un preparado de trébol dulce que prolonga la coagulación y el tiempo de protrombina de la sangre. E. V. Allen, N. W. Barker y J. M. Baugh.
- * La dicumarina 3,3'-metileno-di(4-hidroxicumarina): Su acción farmacológica y terapéutica en el hombre. I. S. Wright y A. Prandoni.
- * Efectos de la administración experimental de dicumarina. J. L. Bollman y F. W. Preston.
- Experiencias clínicas con dicumarina. W. L. Butsch y J. D. Stewart.
- Apendicitis en Cleveland. R. M. Watkins.
- * Isquemia renal causada por aneurisma de la aorta abdominal. B. J. Hoffman.
- Tratado de nutrición. X. Las vitaminas liposolubles. H. R. Butt.
- Terapéutica antiprotrómbinica.
- Albúmina humana.
- Enfermedad semejante a la hemofilia.

Un preparado de trébol dulce que prolonga el tiempo de coagulación y el de protrombina de la sangre. — Los

estudios de Link, a partir de la clásica observación de enfermedades hemorrágicas en el ganado por ingestión de trébol dulce, le condujeron a la síntesis de la dicumarina. Los autores han sido los primeros en aplicar este producto a la clínica como substituto de la heparina, fundándose en su menor coste y en su eficacia por vía oral, en lugar de la inyección intravenosa que requiere la heparina. Lo han empleado en 374 casos, casi todos ellos para prevenir la aparición de trombosis o embolias postoperatorias o en los casos de trombolebitis, con objeto de restringir su difusión. Por la acción de la dicumarina se observa un aumento del tiempo de protrombina, una elevación de la velocidad de sedimentación y una disminución de la retracción del coágulo. El tiempo de hemorragia no se modifica y el de coagulación solamente aumenta con las dosis muy elevadas. En 31 casos se produjo hemorragia durante el tratamiento, generalmente por la herida operatoria, pero se observó hematuria en cuatro casos, equimosis en dos, epistaxis en dos y hemorragia cerebral en tres. Tres de los pacientes murieron por hemorragia (en dos se trataba de enfermos de endocarditis lenta). La dicumarina sólo se administrará cuando se pueda regular su administración por la determinación diaria del tiempo de protrombina. La dosis usual es de 300 mg. el primer día, 200 el segundo y se continuará según los datos del tiempo de protrombina. Éste se mantendrá entre 35 y 60 segundos durante el período en que existe peligro de trombosis o embolia. En 69 casos existía ya una embolia pulmonar al comenzar el tratamiento con dicumarina; solamente en uno de tales pacientes se presentó otra embolia y en otro apareció trombosis, en momentos en los que el tiempo de protrombina no estaba muy prolongado. Las variaciones del tiempo de protrombina aparecen después de una fase de latencia, por lo que puede asociarse el medicamento a la heparina, para conseguir también un efecto inmediato. La administración de vitamina K no evita el descenso de protrombina producido por la dicumarina.

La dicumarina 3,3'-metileno-di(4-hidroxicumarina): Su acción farmacológica y terapéutica en el hombre. — En el primer ensayo de los autores en 20 pacientes, obtuvieron manifestaciones hemorrágicas en ocho, las cuales no cedían a las dosis altas de vitaminas C y K, pero si a la transfusión de sangre fresca. La administración de dosis diarias de 200 miligramos produce un aumento del tiempo de protrombina, cuando se han suministrado 600 miligramos; para la elevación del tiempo de coagulación se necesitan 1.400 miligramos. Una dosis sola de 600 mg. produce menores efectos que la misma cantidad en seis tomas. Los primeros síntomas de intoxicación son fatiga y malestar general, con dolores en los músculos costovertebrales. Es notable que, a pesar de la aparición de hemorragias, no hay un aumento de la fragilidad capilar. En la aparición de manifestaciones tóxicas no influye la edad, el sexo, el estado de nutrición, la función renal ni las circunstancias ambientales. Es dudoso si influye el estado funcional del hígado. Existen variaciones individuales marcadas en la respuesta a la droga. La regulación de la terapéutica debe hacerse por la determinación del tiempo de protrombina, pero es preferible, por su mayor sensibilidad, realizar la determinación en plasma diluido al 25 por 100. El tiempo de protrombina se mantendrá por encima de 30 segundos en el plasma sin diluir, que corresponden a 70 en el diluido. Cuando el tiempo de protrombina es mayor de 35 segundos (de 90 en el diluido), es peligroso continuar la administración de dicumarina. Los autores no son muy entusiastas de la eficacia de la dicumarina y refieren recidivas de la trombolebitis, después de suprimir su administración. No observan variaciones en la velocidad de sedimentación.

Efectos de la administración experimental de dicumarina. — Los autores estudian si la dicumarina es capaz de evitar las trombosis producidas experimentalmente. En perros, la introducción de una cánula de cristal o metal en una vena es seguida habitualmente de la aparición de trombosis. La dicumarina evita la coagulación en tales casos, empleándola en dosis de 10 mg. por kilogramo durante el primer día y de 5 mg./kg. durante los días siguientes. Los perros así tratados pueden vivir sin ningún síntoma, siempre que la dicumarina se administre por la boca durante poco tiempo. La perfusión intravenosa o la alimentación prolongada con dicumarina es causa de hemorragias, las cuales se pueden evitar en sus momentos iniciales con la transfusión. El déficit

de vitamina K, la lesión renal (con uranio) o la lesión hepática (con tetracloruro de carbono) potencian en los perros los efectos de la dicumarina. La administración de dosis elevadas de sulfotiazol carece de acción sobre tales efectos. La inyección simultánea de heparina parece actuar por mecanismo independiente.

Isquemia renal, causada por aneurisma de la aorta abdominal. — Se han descrito casos de hipertensión en el hombre, producidos por estenosis de una arteria renal por arteriosclerosis, embolia o aneurisma de la propia arteria. Se trataba en el caso descrito en el presente trabajo de un hombre de 28 años con hipostolía, una hipertensión de 190/117 y reacciones positivas de sífilis. La hipostolía tuvo varias alternativas, pero acabó con la muerte, al año de comenzar su enfermedad. En la autopsia se descubrió un aneurisma sacular de la aorta, que comprimía la arteria renal izquierda. El riñón de este lado pesaba solamente 80 gramos y tenía una superficie finamente granulosa, mientras que el derecho alcanzaba un peso de 180 gramos, con superficie lisa. A pesar de su evolución rápida, el enfermo no tenía síntomas retinianos ni urinarios de esclerosis maligna y en la autopsia no se descubrió arteriolonecrosis. La muerte tuvo un mecanismo puramente cardíaco. La diferencia de estructura en ambos riñones era notable. En el izquierdo existía una atrofia de todas las estructuras, especialmente de los túbulos, con infiltración del conectivo. En el derecho se descubrían glomérulos ricos en células, a veces con formación de semilunas, pero que no deben considerarse como indicadoras de glomerulonefritis.

120 - 14 - 5 de diciembre de 1942

- * Aspectos psicosomáticos de la hipertensión. E. Weiss.
- Otitis media y mastoiditis en los niños. A. G. de Sanctis y V. de P. Larkin.
- El control de las enfermedades venéreas en tiempo de guerra. J. H. Stokes.
- * Cáncer de próstata: Respuesta inmediata a la orquidectomía bilateral. E. P. Alyea y A. F. Henderson.
- Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata incipiente de próstata. C. D. Creevy.
- Resección transuretral de lesiones malignas de la próstata. G. J. Thompson.
- * Cáncer prostático tratado por orquidectomía. R. M. Nesbit y R. H. Cummings.
- Estado actual de la fosfatasa "ácida" del suero en pacientes de cáncer de próstata. A. B. Gutman.
- * Terapéutica bioquímica en el cáncer de próstata. W. P. Herbst.
- Epidermólisis bullosa hereditaria. H. D. Mansur.
- Un caso de intoxicación por arseniato de plomo. H. H. Kilgore y P. S. Rhoads.
- Linfoblastoma folicular. W. E. Jahsman.

Aspectos psicosomáticos de la hipertensión. — Aunque es una idea conocida, incluso del dominio vulgar, que la tensión arterial aumenta por motivos psíquicos, se ignora muchas veces este hecho en el enjuiciamiento y en la terapéutica de los hipertensos. En 144 hipertensos esenciales consecutivos se ha podido estudiar en 93 de ellos los aspectos psicosomáticos, mediante entrevistas de dos a seis horas de duración, en las que se investigaba su situación de vida y la estructura de su personalidad. En cinco enfermos los factores psíquicos se encontraban directamente en relación con el comienzo y con los brotes de su hipertensión (el autor refiere con todo detalle uno de estos interesantes casos); en 48 hipertensos, los factores psíquicos influían notablemente en los síntomas clínicos, pero se ignoraba su participación en el comienzo del proceso; en 33 casos, los factores psíquicos tenían una influencia menor, pero indudable, en la sintomatología, y solamente siete pacientes no presentaban ninguna influencia de factores psíquicos en su dolencia. Los principales estados psíquicos relacionados con la hipertensión son los de ansiedad y de cólera reprimida. La patogenia de los síntomas es más complicada. La cefalea, los vértigos, la opresión precordial, etc., de los hipertensos tienen en la mayoría de los casos un origen psíquico, que debe tenerse en cuenta en el tratamiento. En éste no basta con la psicoterapia elemental que es usual, sino que hay que tener en cuenta la terapéutica de la personalidad global del enfermo, para lo cual son más útiles los medios psicoterápicos que cualquiera de los fármacos antihipertensivos.

Cáncer de la próstata: respuesta inmediata a la orquidectomía bilateral. — En 40 casos de cáncer de la próstata han practicado los autores la castración y en todos,

excepto un caso, que murió de carcinomatosis, han obtenido un excelente resultado inmediato. En un tiempo de 10 a 14 días se nota una notable mejoría de los síntomas generales y locales, aumenta el apetito, engordan, disminuyen los dolores locales y en los puntos de metastatización, desaparece la estrechez uretral, etc. Es notable el hecho de que no sólo disminuye el tamaño del tumor primitivo, sino también el de las metástasis visibles (por ejemplo, en el pulmón). La cifra de fosfatasa ácida del suero, que no se halla obligadamente elevada en los enfermos de carcinoma de próstata, muestra un descenso por la acción de la castración. Los efectos no son permanentes; uno de los enfermos tuvo un nuevo brote de crecimiento del tumor, después de ocho meses de bienestar, a consecuencia de la castración. Los efectos de la administración de dietilestilbestrol son semejantes a los de la castración, pero menos notables; su empleo debe reservarse para los casos en los que fracase la castración o en los pacientes que no se presten a esta intervención.

Cáncer prostático tratado por orquidectomía. — Se trata de una estadística en 75 casos de cáncer prostático, observados más de seis meses después de la castración. La fosfatasa ácida se investigó en 28 enfermos y era elevada en 11. En el 73 por 100 de los casos operados se manifestó mejoría objetiva o subjetiva. Signos radiológicos de metástasis óseas existían en 31 enfermos; a los seis meses de la castración fueron revisados 12 y en cuatro se observaron signos de regresión de las metástasis, mientras que en ocho había aumento de las alteraciones óseas. Se han observado 20 fracasos: cuatro enfermos murieron de carcinoma de próstata y uno de asistolia e infección; en 15 de los enfermos que aún viven, el método ha fracasado; cinco no han tenido la menor respuesta; los 10 restantes han recaído después de períodos de tres a 22 meses sin síntomas. En cuanto al tipo histológico del tumor, de 31 casos de adenocarcinoma, 27 han tenido una respuesta favorable; entre 22 afectos de carcinoma indiferenciado, los éxitos han sido 16. El tiempo de observación es aún corto para sentar juicios definitivos sobre el valor de la castración, pero la existencia de recidivas tardías obliga a ser poco optimista, en lo que respecta a la curación definitiva. Desde luego, el valor de la intervención como paliativo está fuera de toda duda.

Terapéutica bioquímica en el cáncer de próstata. — En 1940, el autor, fundándose en hallazgos experimentales, trató a un sujeto con carcinoma de próstata y micción muy dolorosa con dietilestilbestrol. Rápidamente cedieron las molestias a la micción y los estudios fueron proseguidos en más enfermos. Cinco fueron tratados con propionato de estradiol, ocho con dietilestilbestrol, cuatro fueron castrados, tres se trajeron con dietilestilbestrol y castración y uno fué sometido a la castración después de tratado con estradiol. En un principio se empleó una dosis de 1 mg. de dietilestilbestrol, repetida tres veces en una semana. Posteriormente se ha visto que casos que no responden a esta pequeña dosis, lo hacen a otra de 3 ó de 5 mg. diarios; en realidad, la dosis es variable de unas personas a otras y debe ser establecida por tanteos. El valor del método es indudable, ya que se conocen casos hasta de 22 meses sin recidiva. Puede ser asociado a la castración, si el efecto de ésta ya se ha anulado. Se desconoce el mecanismo de actuación, pues no se han descubierto alteraciones en las células neoplásicas por el uso de estrógenos.

120 - 15 - 12 de diciembre de 1942

- * "Operación combinada" en el dolor lumbar bajo y ciático. R. K. Chormley, J. G. Love y H. H. Young.
- Déficit agudo de proteínas (hipoproteinemia) en el shock quirúrgico. R. Elman.
- Broncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias en los niños. D. E. S. Wishart.
- Desarrollo industrial y salud en los trópicos. A. R. Dreishbach.
- Cambios laringeos y vocales atípicos en la adolescencia. J. S. Greene.
- Manifestaciones orales de origen ocupacional. I. Shour y B. G. Sarnat.
- Miastenia grave en un niño, hijo de miasténica. F. L. Strickroot, R. L. Schaeffer y H. L. Bergo.
- Miastenia grave, con comienzo agudo fulminante en un niño de cinco años. A. T. Lieberman.
- Tratamiento con sulfoguanidina de los portadores de bacilos tifícos. R. J. Hoagland.
- Infusiones intramedulares masivas. E. A. Doud y J. E. Tysell.
- Virus poliomielítico cristalizado.
- Propagación en el saco alantoideo del carcinoma de mama.

Operación combinada en el dolor lumbar bajo y ciático. Designan como operación combinada en la clínica Mayo las intervenciones en las que un neurocirujano explora el conducto raquídeo, en busca de una compresión (hernia de disco, etcétera) y en las que posteriormente un cirujano ortopédico realiza un injerto óseo para fijar las partes afectas. El número de operaciones combinadas ha ido en aumento desde 1936 y en 1940 se ha practicado en el 14.8 por 100 de todos los enfermos en los que se realizó una laminectomía. La fijación se realiza habitualmente con un injerto de tibia. Los autores analizan su casuística de 77 casos en los que se hallaron hernias de núcleo pulposo y 62 en los que no se encontraron. En el primer grupo los resultados fueron buenos en 46, aceptables en 18, malos en ocho y se carece de noticias de los otros cinco enfermos. En el grupo de enfermos que no tenían hernia de núcleo pulposo, los resultados fueron buenos en 41, aceptables en 15, malos en tres y no conocidos en tres. Los fracasos de la operación se debieron a que el injerto era corto, a que se fracturaba o a que el foco se infectaba. En general, los resultados de la operación combinada son superiores a los de la simple laminectomía o a los de las operaciones de fijación o fusión.

Déficit agudo de proteínas en el shock quirúrgico. — En las grandes quemaduras, hemorragias e intervenciones quirúrgicas hay una hipoproteinemia aguda, la cual interviene en la génesis del shock. Las inyecciones de grandes cantidades de solución salina o glicosada tienen un efecto favorable, pero pasajero. Las de goma acacia, pectinas, etc., tienen el inconveniente de que se trata de substancias extrañas y que no combaten la hipoproteinemia, sino el defecto oncotíco. El ideal son las transfusiones de plasma, pero en cantidades suficientes. Despues de una gran quemadura o copiosa hemorragia se debe hacer una transfusión de dos litros de sangre o un litro de plasma, la cual se repetirá todas las veces que sea necesario; no es raro que en un día haya que suministrar una cantidad de 3.000 y aún mayor de plasma. El autor aduce gráficas de concentración de proteínas y hemáticas en la sangre de enfermos así tratados, para demostrar las ventajas del método. También comunica los buenos efectos que se obtienen con la inyección de un hidrolizado de caseína (Aminogen), con el cual la regeneración de las proteínas plasmáticas es mucho más rápida.

Broncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias en los niños. — En los últimos trece años ha diagnosticado el autor 433 casos de bronquiectasias en niños y en ellos ha realizado 1.015 exploraciones broncoscópicas con anestesia general. La estadística comprende incluso niños menores de un año. La exploración se realiza por la inyección intrabronquial de un aceite yodado que no sea excesivamente fluido. En el trabajo se detallan meticulosamente las fases de la técnica, con las variaciones en la intensidad de la anestesia, cambios de posición del paciente, etc., convenientes para que se produzca una eliminación de las secreciones, antes de introducir el medio de contraste. La inyección de aceite yodado debe siempre hacerse bajo el control radioscópico y hacer luego varias radiografías en decúbitos verticales y laterales. En siete casos se produjeron reacciones desagradables por parte de la glotis, tres de los cuales hicieron necesaria la traqueotomía. En un caso se produjo la muerte. En 15 casos se encontraron cuerpos extraños, a veces insospechados, como causa de las bronquiectasias; esto hace recomendar la broncoscopia sistemática en los casos de esta afección. La aspiración de las secreciones y la inyección de aceite yodado son medios de tratamiento muy eficaces de las bronquiectasias. Son, además, imprescindibles antes de recomendar un tratamiento quirúrgico, para darnos cuenta de la extensión de las lesiones, existencia de lesiones bronquiales que contraindiquen la intervención (como las ulceraciones o granulaciones activas en la mucosa), etc.

Miastenia grave en un niño, hijo de miasténica. — Generalmente la miastenia mejora durante el embarazo y se admite generalmente que no se transmite al feto. Sin embargo, en el trabajo se relata un caso de transmisión de la madre al hijo. Se trata de una mujer, cuya afección comienza a los 17 años y que cuatro años después tiene un hijo, de aspecto sano. Al tercer día del nacimiento, el niño presenta algunas dificultades para deglutar; al día siguiente, la cara se convierte en una máscara, con pérdida de la movilidad facial.

La mandíbula pende sin tono, los labios no se aprietan para succionar, el llanto es apenas audible, etc. Todos estos trastornos desaparecen rápidamente por la inyección de pequeñas cantidades de prostigmina, por lo que se reconoce su carácter miasténico. Pocos días después el niño muere súbitamente, con una intensa cianosis. En la autopsia solamente demuestra una ligera hipertrofia del timo, con hiperplasia de los corpúsculos típicos.

120 - 16 - 19 de diciembre de 1942

- * ¿Son peligrosas las inyecciones intravenosas de mezclas de suero o plasma normal? W. Thalhimer.
- Vitaminas en la evitación de los catarrlos. D. W. Cowan, H. S. Diehl y A. B. Baker.
- * Eficiencia cardíaca y pronóstico después de sobrepassada una oclusión coronaria aguda. A. M. Master, S. Dack y H. L. Jaffe.
- * Enfermedad de alturas crónica. A. Hurtado.
- * Ocronosis de esclerótica y córnea en la alcaponuria. J. W. Smith. Isoaglutininas irregulares: significación práctica de cinco grupos. I. Davidsohn.
- Corazón de beriberi en un niño de cuatro meses. H. Raschoff.
- Estado actual del suero antineumocócico de tipos altos. M. Finland.
- Efectos generales de la toxina disentérica.

¿Son peligrosas las inyecciones intravenosas de mezclas de suero o plasma normal? — El empleo de grandes cantidades de suero o plasma en inyección intravenosa despierta la idea de que las isoanticuerpos introducidos puedan ser nocivas para los hematies del receptor. No se conocen casos de que así suceda. El título de isoanticuerpos ha sido determinado en mezclas de sueros de los cuatro grupos sanguíneos por el método de Davidsohn, en tubo de ensayo, y diluyendo hasta que no se observa con el microscopio aglutinación de más de tres hematies; por este medio, se observa que las mezclas de varios sueros tienen un título que oscila entre 1:6 y 1:60, lo cual indica que se neutralizan las hemolisinas al unir los sueros, probablemente por unión a las substancias A y B disueltas. La inyección intravenosa de un suero de alto título contra los hematies del receptor no produce en él trastornos y no se observan en su sangre conglomerados de hematies, a pesar de que la aglutinación sea muy intensa *in vitro*, con mayor dilución aún de la que las hemolisinas alcanzan en la sangre. Indica esta experiencia que las hemolisinas son anuladas *in vivo* por su unión a los aglutinógenos tisulares. La inyección de grandes cantidades de suero o plasma carece, pues, de efectos hemolíticos para el receptor.

Eficiencia cardíaca y pronóstico, después de una oclusión coronaria aguda. — Estudian los autores en 202 enfermos, observados dos a ocho años después del accidente coronario agudo, la respuesta a las pruebas de esfuerzo y realizan en ellos determinaciones de capacidad vital, electrocardiograma en reposo y de esfuerzo, telerradiografía y radioquimioterapia. La recuperación clínica de los enfermos había sido buena en 33 por 100, aceptable en 28 por 100 y defectuosa en el 39 por 100 restante. La capacidad vital es frecuentemente normal, a pesar de marcadas molestias anginosas; tiene más relación con el estado de compensación circulatoria. La prueba de esfuerzo, aún muy moderada, solamente era normal en 18 por 100. La silueta cardíaca no aumenta por el hecho del infarto, sino por hipertensión o asistolia. En la mitad de los casos se observó en radioscopía una expansión sistólica de una zona del ventrículo, dato patognomónico de infarto; estas alteraciones persisten habitualmente, aunque la eficiencia sea completa. Los electrocardiogramas se hicieron normales en menos de un año en 21 por 100 de los enfermos; la persistencia de alteraciones electrocardiográficas es compatible frecuentemente con un trabajo cardíaco casi normal. Ordinariamente, la recuperación funcional se marca por la normalización de las ondas T, aunque persistiese la Q profunda.

Enfermedad de alturas crónica. — En 1928 señaló Monge que en personas no adaptadas a las alturas existía una poliglobulía excesiva, acompañada de cefalea, disnea de esfuerzo, dolores difusos, hemorragias, etc. El autor ha estudiado varios casos de habitantes de zonas situadas a 4.000-4.500 metros y que presentaban la enfermedad de las alturas crónica. Tales sujetos han sido después trasladados al nivel del mar. En las alturas se observa el cuadro de una policitemia hipervolémica, la cual retrocede en las costas, observándose que, paralelamente al descenso del volumen corporcular total, aumenta el volumen de plasma circulante. El estado no es semejante a la policitemia esencial, pues falta constantemente el aumento del número de leucocitos. Existe, en cambio, de un

modo sistemático, un déficit en la saturación de oxígeno, el cual es superior a lo que corresponde al descenso de la tensión parcial de oxígeno en la atmósfera. No hay más remedio que aceptar una disminución de la permeabilidad del endotelio alveolar, que sea la causa de un menor recambio gaseoso a su nivel. El estudio radiológico de tales enfermos revela que poseen alteraciones bronquiales y vasculares difusas en el pulmón, las cuales se han reproducido experimentalmente en animales sometidos prolongadamente a hipopresión; también el aumento de la volemia puede constituir una sobrecarga para los vasos pulmonares y dar lugar al desarrollo de lesiones orgánicas. La mejoría que experimentan los enfermos a nivel del mar se comprenden porque el aumento de la tensión de oxígeno permite su paso a través del endotelio, aún estando éste alterado.

Ocronosis de esclerótica y córnea en la alcaponuria. Revisa el autor las 82 publicaciones de alcaponuria recopiladas anteriormente, a las que añade 23 ya publicadas y que no figuran en las recopilaciones anteriores y cuatro casos propios. En las publicaciones antiguas se cita pocas veces la coloración ocrónica de la córnea y la esclerótica, pero en las posteriores a 1910 se refiere casi constantemente. Muchas veces es incluso anterior a la aparición de pigmentaciones en el pabellón auricular y puede aparecer antes de los 30 años de edad. Presentan las pigmentaciones esclerales la característica de hallarse situadas muy superficiales y en las comisuras palpebrales. Las pigmentaciones corneales se descubren con la lámpara de hendidura como esferulas situadas superficialmente en los extremos del diámetro horizontal y que, vistas por retroiluminación, aparecen como gotitas de grasa flotando en agua. Los casos comunicados por el autor tienen la peculiaridad de que en ellos se manifiesta el trastorno como dominante, si se analizan, no sólo los pacientes con alcaponuria manifiesta, sino también los que presentan calcificación precoz de los cartílagos costales o intervertebrales.

120 - 11 - 20 de diciembre de 1944

- * Complicaciones renales por la sulfodiazina. D. O. Wright y R. E. Kinsey.
- * Anuria completa, producida por la sulfodiazina. A. L. Louria y C. Solomón.
- * Lesiones del colon derecho que indican la colectomía. F. H. Lahey y E. Sanderson.
- * Carcinoma del colon. H. B. Stone y S. Mac Lanahan. Enfermedades gastrointestinales en los trabajadores industriales. L. C. Mac Gee y J. D. Creger.
- Sifilis en personas de edad militar. R. A. Vonderlehr y L. J. Usilton.
- Sifilis en niños. I. Michael Levin, S. J. Hoffman, D. S. Koransky, I. B. Richter y B. Gumbiner.
- Meningoencefalitis. A. B. Sabin y C. D. Aring.
- Divertículos de la uretra masculina. H. G. Mac Gavran.
- Fracturas compuestas. C. J. Frankel y R. V. Funsten.
- Obstrucción intestinal. H. Stadler.
- Tratado de nutrición. XI. Las vitaminas hidrosolubles. C. A. Elvehjem.
- Lesiones por explosión.
- Metabolismo y hierro radiactivo.
- Más sobre la vitamina P.
- Sales sódicas de las sulfamidas.

Complicaciones renales por la sulfodiazina. — Las primeras comunicaciones clínicas y experimentales sobre la sulfodiazina han sido excesivamente optimistas y la falta de efectos desagradables sobre el aparato digestivo ha hecho no estudiar sus acciones sobre el riñón. Pero Hellwig y Reed han descrito un caso de anuria mortal por su empleo y en cuya autopsia se encontraron lesiones similares a las de la nefronecrosis por sublimado. Los autores revisan el curso de los 38 enfermos tratados con sulfodiazina en los últimos meses y ven que en siete de ellos aparecieron síntomas renales, los cuales se destacan en las historias clínicas que comunican. En todos existía dolor a la presión de los riñones, lo cual debe considerarse como un valioso signo de alarma. También es de notar la escasez de la diuresis, en relación al líquido ingerido. Sostienen que la aparición de algunos hemáties, con o sin cristales, en el sedimento urinario debe hacer suspender la administración de la droga. En general, las manifestaciones urinarias ceden rápidamente a un tratamiento conservador.

Anuria completa, producida por la sulfodiazina. — En la literatura se citan cinco casos de anuria completa, originada por un tratamiento con sulfodiazina. Dos de ellos terminaron por la muerte. Sin embargo, las complicaciones renales por esta substancia son menores que por otras sulfamidas.

dado a que la acetilsulfodiazina es mucho más soluble en la orina que la acetilsulfopiridina y el acetilsulfotiazol y a que es menor con la sulfodiazina la formación de compuesto acetilado. Los autores relatan otro caso de anuria completa en un enfermo de endocarditis lenta, tratado con sulfopiridina y sulfotiazol y posteriormente con sulfodiazina. Se produjo la curación por el cateterismo uretal bilateral, con lavado de las pelvis renales con solución salina caliente; en ambos ureteres existían numerosos cristales de acetilsulfodiazina, en pequeñas concreciones. La presencia de cristales en la orina, con buena diuresis no debe contraindicar el empleo del medicamento. Su administración se suspenderá cuando exista hematuria macroscópica. En los casos curados después de anuria por sulfodiazina, la recuperación funcional de los riñones es completa.

Lesiones de colon derecho que indican la colectomía. — La estadística de los autores comprende 170 resecciones de colon derecho, debidas en 112 casos a carcinoma, en 53 a ileitis regional, en cuatro a tuberculosis y en uno a endometriosis. Fundándose en el estudio de este material, hacen algunas consideraciones sobre la clínica y la técnica operaria en las neoplasias de colon derecho y en la ileitis regional. Las neoplasias de colon derecho son rara vez palpables, en oposición a las de colon izquierdo, que lo son en la mitad de los casos. Para el diagnóstico debe tenerse en cuenta la intensa anemia, cuyo mecanismo no se halla aclarado por completo. En las neoplasias de colon derecho son muy frecuentes las lesiones por extensión a órganos vecinos (pared, asas del delgado, cara inferior del hígado) y es frecuente que tales casos sean considerados como inoperables, cuando no es así. El pronóstico no es muy desfavorable: en los últimos cinco años han sobrevivido el 43 por 100 de los operados por carcinoma de recto y el 57 por 100 de los intervenidos por carcinoma de colon. En la ileitis regional se ha discutido la conveniencia de realizar un tratamiento médico o quirúrgico; los autores se inclinan por realizar una resección amplia, que comprende la parte final de ileon, el ciego, colon ascendente y parte del transverso; esta gran resección supone la extirpación de una gran cantidad de ganglios mesentéricos infectados, con lo que se disminuye el riesgo de recidivas. En el trabajo se exponen numerosos detalles de técnica de la resección del colon derecho.

Carcinoma del colon. — El trabajo se refiere a los aspectos quirúrgicos del tratamiento del carcinoma de colon. La simple resección y anastomosis fué el método empleado hasta Mikulicz, el cual generalizó el uso de la previa colostomía. Con una buena técnica y realizando una anastomosis aséptica, el procedimiento de la resección y anastomosis aséptica puede ser más utilizado. La colostomía previa se requiere cuando existe una obstrucción completa o casi completa y no pueda hacerse la preparación preoperatoria por medios médicos. Incluso en lesiones del colon izquierdo, en las que tiende a considerarse el procedimiento más peligroso, los autores han realizado resecciones directas, sin gran mortalidad. La estadística de los autores comprende 191 casos, de los que 147 han sido resecados (operabilidad de 77 por 100). En 104 casos se realizó la anastomosis directa y en sólo nueve de ellos se había ejecutado una colostomía previa (por obstrucción aguda). La mortalidad fué de 10.6 por 100, siendo menor (6.3 por 100) en las neoplasias del colon transverso y mayor (18.7 por 100) en las del ascendente. El empleo profiláctico de succinilsulfotiazol parece ser muy prometedor, aunque la experiencia de los autores es aún escasa.

British Medical Journal

4.335 - 5 de febrero de 1944

- * Algunos principios de reforma en la educación médica. F. M. R. Walshe.
- * Petidina como un analgésico en obstetricia. B. Gallen.
- * Analgesia obstétrica con petidina. W. Spitzer.
- * Inyecciones en la medula ósea. H. Bailey.
- Septicemia de estafilococos tratada con sulfodiazina. H. B. Norman.
- Ruptura espontánea del bazo. J. Dubash.
- Revacunación de una unidad del ejército. P. N. Coleman.

Algunos principios de reforma en la educación médica. Critica el autor el estado actual de la educación del médico y la necesidad de su revisión. Es especialmente vituperable la

ausencia de toda formación psicológica general y psiquiátrica y el atiborramiento de la mente del alumno con un sinúmero de datos, destinados en su mayoría a ser sustituidos por nuevas nociones y a caer en el olvido, en lugar de despertar y estimular hábitos discursivos y una útil disciplina mental. Se hace eco de algunas críticas anglosajonas que consideran que, a pesar de los formidables avances hechos por la medicina en los últimos años, todavía no se puede hablar de una ciencia médica en el riguroso sentido de la palabra y que es menester inculcar una mayor precisión en el lenguaje y en el razonamiento al futuro médico. No todas las enfermedades pueden ser enseñadas en forma que se comprendan de manera razonable todos sus síntomas y el estudiante se ve obligado a retener una serie de hechos sin insistir en su defectuosa interpretación. Es preciso, según el autor, hacer una enseñanza más orientada hacia los principios generales de la medicina, inculcando al estudiante el hábito de pensar lógicamente y con crítica. Expone una serie de ejemplos ilustrativos de las desastrosas consecuencias que tiene luego en la práctica la mala disciplina mental del médico permitiéndole admitir con harta facilidad conceptos tan poco fundamentados como el de la autointoxicación o el de la sepsis focal. La ingenuidad con que se precipita al empleo de los medicamentos de moda, con gran perjuicio económico de sus enfermos es otra de las consecuencias de la mala enseñanza médica. Debe revisarse todo el cúmulo de enseñanzas actuales, eliminando todo lo superfluo con que se recarga inútilmente la mente del alumno, estimular la actitud crítica en el futuro médico, permitiéndole comprender los motivos profundos de los procesos morbosos y admitir la necesidad de una levadura de medicina teórica con un sector de maestros dedicados exclusivamente a ella, que faciliten el aprendizaje ulterior.

Petidina como analgésico en obstetricia. — La petidina es el nombre inglés de la dolantina, cuya acción analgésica oscila entre la de la morfina y la codeína. 100 miligramos administrados por vía bucal aumentan el umbral para los estímulos dolorosos en un 50 por 100 durante seis horas. Su acción espasmolítica se ejerce directamente sobre la fibra lisa como la de la papaverina. Es más activa que ésta induciendo la relajación de los músculos de fibra lisa, pero menos que la atropina. A la dosis de 200 mg. intramuscularmente o de 100 mg. por vía intravenosa se ha comprobado ejerce una útil acción analgésica durante el parto. Sólo un 5 por 100 de los enfermos no son beneficiados por el medicamento y en un 60 por 100 la analgesia es completamente satisfactoria. Aconsejan dar 100 mg. intramuscular seguidos por la misma dosis una hora más tarde junto con la mezcla cloral-bromuros-opio, o con escopolamina o bien administrando 100 miligramos de petidina por vía intravenosa seguida de 100 miligramos por vía intramuscular una hora más tarde sola o con escopolamina. La petidina junto con escopolamina constituyen una afortunada combinación para la analgesia obstétrica. Por vía intravenosa el efecto de la petidina se establece a los 5-10 minutos; por vía intramuscular a los 15 minutos. Tiene además una acción antiespasmódica sobre el útero. En comparación con los testigos parece prolongar el parto. El 91 por 100 de los niños eran normales y activos después del parto, el 9 por 100 eran algo lentos y necesitaban que se les practicara respiración y estimulantes físicos. No se observaron casos de muerte que pudieran atribuirse a la petidina.

Analgesia obstétrica con petidina. — Confirma en líneas generales las observaciones del trabajo anterior, con la diferencia de haber hecho pruebas por vía oral. Con este método, en dosis de 25 mg. en dos dosis repetidas cada media hora se obtienen a la media hora un efecto analgésico que dura de una a cuatro horas. En otra serie de enfermos una dosis de 50 miligramos con otra de 25 miligramos repetida 40 minutos más tarde, produce efectos analgésicos muy satisfactorios. Sólo en dos casos notaron efectos nocivos sobre el feto que cedieron a la respiración de anacarbone. En tres madres se presentaron vómitos y bradicardia transitoria; por lo general no se produce ningún efecto nocivo.

Medula ósea como vía de infusión, transfusión y administración de anestésicos. — La administración de líquidos por vía intraesternal ofrece grandes ventajas en los enfermos con grave shock en los que las venas están demasiado colapsadas, cuando el local reúne malas condiciones, por ejemplo, luz escasa, etc., en los niños deshidratados, en las intervenciones abdominales, porque no perturba el campo

operatorio y además por presentar la gran ventaja de que no pueden producirse ni trombosis ni flebitis. El único riesgo de que sean perforadas ambas láminas óseas del manubrio esternal puede evitarse con las aletas de que el autor provee a su trócar. Describe la técnica y sus ventajas.

4.336 - 12 de febrero de 1944

- * Estudios en la disfunción hepática: I. Intoxicación por tetracloruro de carbono. J. Beattie, P. H. Herbert, C. Wechtel y C. W. Steele.
- * Valoración clínica de algunas pruebas de la función hepática. G. Higgins, J. R. P. O'Brien, A. Stewart y L. J. Witts. Empleo de la terapéutica con frío seco. W. G. Bigelow y E. C. G. Lanyon.
- * Etiología del "pie de inmersión". B. W. Goldstone y H. V. Corbett. Versión externa profiláctica. M. V. Trubkowitch y B. A. Archangelsky.

Estudios de disfunción hepática: I. Intoxicación por tetracloruro de carbono. — Referencia a un caso de intoxicación por tetracloruro de carbono que según los autores merece interés especial por la gran cantidad de líquido ingerido (30-40 c. c.) (teniendo en cuenta que se han comunicado intoxicaciones con cantidades tan reducidas como 1.5 c. c.), la velocidad con que se desarrolló una hepatomegalia y el tipo de tratamiento, con caseína hidrolizada y metionina. La infusión empleada en el tratamiento se preparó disolviendo 20 gramos de un polvo de caseína digerida con papaina y tripsina, en 600 c. c. de agua destilada, acidificando la solución y añadiendo 15 gramos del di-metionina. El pH final era 7.6. Se produjo la consabida reacción febril que al parecer son debidas a la infusión demasiado rápida de soluciones de aminoácidos.

El enfermo presentó una marcada elevación en la bilirrubinemia coetánea del aumento rápido de tamaño experimentado por el hígado. Se intentó seguir el mecanismo de acción de la metionina estimando el balance nitrogenado y de azufre en la orina, estudiando la proporción entre las fracciones oxidadas (sulfatos totales) y neutro (o no oxidado). Parece deducirse de estos estudios que hay una retención nitrogenada de 6 gramos en todo el período de observación. Del tercero al cuarto día la síntesis proteica en el hígado pareció estar profundamente afectada, normalizándose en los días siguientes. La retención de azufre que se puede deducir de los análisis de orina tiene seguramente valor. Concluyen los autores que la causa íntima del trastorno hepático determinado por el tetracloruro de carbono es un metabolismo anormal de la metionina y substancias similares y que, en el enfermo en cuestión, ha sido la administración de metionina la realmente eficaz.

Valoración clínica de algunas pruebas de función hepática. — Del estudio de 100 estudiantes en buen estado de salud, de 71 enfermos del hígado, con el diagnóstico bien establecido y de 62 enfermos diversos, en los cuales se ha estudiado la bilirrubinemia, la cifra de fosfatasa, las proteínas del plasma y la eliminación del ácido hipúrico junto con la tolerancia a la levulosa, concluyen los autores que tienen una gran importancia para el diagnóstico los cambios en las proteínas del plasma. En los casos de hepatitis con ictericia hay estrecha relación entre el tiempo que ha durado la ictericia, los cambios experimentados por la relación albúminas-globulinas y el pronóstico. Si la ictericia persiste más de dos meses o la cifra de albúminas del plasma desciende por debajo de 2 gramos por ciento se ha producido una lesión hepática irreparable. La determinación de la bilirrubinemia tiene un valor para el pronóstico inmediato en la hepatitis aguda, pero tiene poca significación para las formas subagudas y crónicas. La determinación de la fosfatasa del plasma y la prueba del ácido hipúrico con frecuencia suministran datos interesantes acerca de la lesión hepática, pero no son de bastante confianza para ser empleados como única prueba en el diagnóstico o en el pronóstico. La prueba de la levulosa tampoco tiene utilidad especial en la hepatitis aguda, aunque en la hepatitis subaguda y crónica sirve de buen índice del grado de lesión hepática. Tiene el inconveniente de requerir frecuentes extracciones de sangre de la vena. En la hepatitis subaguda la mejoría clínica coincide con la elevación en las albúminas del plasma. Es frecuente encontrar en todas las variedades de hepatitis un aumento de las globulinas del plasma que se observa siempre que la cifra de albúminas es inferior a 2 por 100. Sólo con dos excepciones la cifra de globulinas llega a alcanzar cifras extraordinariamente elevadas en los casos de evolución fatal. Una combinación de varias pruebas suministra más datos que una sola de ellas.

Etiología del pie de inmersión. — En los frecuentes naufragios de esta guerra los autores han tenido ocasión de observar una falta de paralelismo entre la temperatura del agua y la producción del "pie de inmersión". Pueden diferenciarse en el mismo un estadio de hinchazón que se presenta ya en el momento de salvar a los naufragos del agua. Se acompaña de paresia de las piernas y de anestesia completa tanto en manos como en pies, pero sin dolor. La fiebre suele durar unos dos días. Al cabo de una semana manos y pies empiezan a disminuir de tamaño, arrugándose la piel y desapareciendo el edema. Al propio tiempo aparecen parestesias que pueden llegar a ser muy intensas, con marcada dolorabilidad. El cuadro clínico se parece extraordinariamente al de una neuritis periférica. Como complicaciones pueden presentarse gangrena, exantemas debidas al agua salada y sobre todo una singular duodenitis con melena, en la que por rayos X no se comprueba ninguna lesión ulcerosa. En un caso fallecido se apreció hinchazón edematosas de todo el duodeno con hepatitis aguda tóxica.

La enfermedad debe considerarse como una isquemia masiva de todos los tejidos de pies y manos, siendo el síndrome distinto del pie congelado en el que por formación de cristales de hielo todos los tejidos han sido lesionados. Se ha preventido contra el empleo del calor demasiado pronto o con demasiada intensidad en estos casos, especialmente en el pie congelado, pero los autores creen que estas consideraciones no son aplicables al pie de inmersión. Sus enfermos se aliviaban por la aplicación de calor. Teóricamente cabe esperar buen resultado de la combinación de medidas vasodilatadoras con aplicación local de aire frío al pie lesionado, aunque en la actualidad la tendencia entre los médicos ingleses es en contra de una vasodilatación activa.

4.337 - 19 de febrero de 1944

- * Polvo de hospital. Luz como salvaguarda higiénica. L. P. Garrod.
- * Transmisión de la infección por estreptococo hemolítico por las moscas. R. A. Shooter y P. Waterworth.
- El hemoglobímetro de Haldane. R. G. Macfarlane y J. R. P. D'Brien.
- Intoxicación por cadmio. Ph. Ross.
- Prueba con sangre seca para el diagnóstico del tifus exantemático. P. N. Bardhan, N. Tyagi y K. Boutros.

Polvó de hospital. Luz como salvaguarda higiénica. — En las salas del hospital donde hay enfermos con infecciones por estreptococos hemolíticos el polvo, sobre todo en la vecindad de los lechos de los enfermos, puede contener estos microorganismos en gran cantidad.

El estreptococo hemolítico se encuentra sobre todo en el polvo del suelo y en cambio falta en el polvo procedente de la vecindad de las ventanas. Sobre todo es particularmente frecuente el polvo infectado en las habitaciones oscuras. Los estreptococos hemolíticos del grupo A, tipo II, en el polvo infectado sobreviven en pequeña cantidad en la oscuridad a la temperatura de la habitación durante unos 195 días. La luz del día difusa es bactericida y la interposición de cristales no impide este efecto que se realiza aún durante el invierno. De esto se infiere que una buena iluminación de las salas de hospitales puede impedir la difusión por el aire de las infecciones en las salas quirúrgicas.

Transmisibilidad de la infección por estreptococo hemolítico por las moscas. — Durante las investigaciones anteriores se estudió la posibilidad de que la infección en las salas de cirugía podía ser realizada por las moscas, atraídas por las heridas y los vendajes. De 27 moscas capturadas en salas de hospital, tres dieron placas de Petri estériles, nueve proporcionaron cultivos conteniendo estreptococo hemolítico del grupo A, dos placas estaban colmadas de colonias de proteos. De 22 moscas capturadas en el laboratorio, cinco eran estériles, dos estaban atiborradas de colonias de Proteus y las restantes presentaban una gran variedad de organismos no identificables, pero que no eran estreptococos hemolíticos. Dos de las tres razas del grupo A aisladas de las moscas de las salas con heridas pertenecían al tipo 4. Como al propio tiempo se hizo una identificación bacteriológica del tipo de los estreptococos hemolíticos en la garganta y en las heridas de

los enfermos hospitalizados en la sala pudo trazarse una relación teórica entre los posibles portadores de estreptococo hemolítico y los enfermos en que ulteriormente se descubrió este germe. El que este tipo de estreptococo sólo se había identificado en una faringitis en una enfermera y que después pudiera encontrarse en ocho personas más, seis de ellas con heridas y dos con infecciones de garganta, no basta, junto con otras observaciones para demostrar la transmisión del estreptococo hemolítico por las moscas, pero habla muy en favor de esta posibilidad.

4.338 - 26 de febrero de 1944

- * Lipotimias en los donadores de sangre: Comunicación al Consejo de Investigaciones Médicas. Tuberculosis pulmonar de origen bovino. L. J. Cutbill y A. Lynn. Pruebas de contacto en una ciudad de la costa oriental. E. Simpson.
- * Sulfoguanidina contra la disentería de Flexner. H. G. Smith.
- * Enfermedad hemolítica del recién nacido. G. L. Taylor y R. R. Race.

Lipotimias en los donadores de sangre. — La frecuencia con que se utiliza la donación de sangre durante la guerra ha suscitado interés, sobre el fenómeno de las lipotimias que se presentaban en 362 casos de 697 donantes. Los hombres son algo menos susceptibles a la lipotimia que las mujeres y algo menos las mujeres solteras que las casadas. En cambio ningún dato habla en favor de que influya en la sensación de lipotimia después de la extracción de sangre ni de edad, ni el tiempo de espera en el centro antes de la sangría o dificultades en la práctica de la misma. Es algo menos frecuente en la quincena que precede a la menstruación que en la semana después que ésta ha cesado. Sólo en un pequeño número de sujetos ha podido intervenir una carencia alimenticia. Una elevada proporción de sujetos con lipotimia indicaban una historia de lipotimias ya con ocasión de otra donación de sangre o con cualquier otro motivo.

Un 13 por 100 de los donantes perdían el conocimiento, un 8 por 100 tenían vómitos y un 79 por 100 presentaban sólo síntomas ligeros. Recogiendo los datos proporcionados por 4.212 donantes describiendo sus sensaciones después de la sangría demostraron que las mujeres se quejaban con una frecuencia algo mayor que los hombres. Únicamente en un 1,2 por 100 de varones y en 1,8 por 100 de mujeres se observaron lipotimias retardadas. Menos de un 1 por 100 de ambos sexos llegaban hasta la pérdida de la conciencia. Es aconsejable eliminar a los donantes que tienen una historia de lipotimias previas ya sea con motivo de la donación de sangre o con cualquier otro y se subraya como conclusión del trabajo que, en definitiva, la frecuencia de las lipotimias retardadas es extraordinariamente exigua.

Enfermedad hemolítica del recién nacido. — Varios autores han sugerido que en las familias en que una madre Rh-negativa ha dado a luz a niños sufriendo de enfermedad hemolítica del recién nacido, existe una predominancia de padres homozigóticos con la fórmula RhRh. Una madre Rh-negativa tiene más probabilidades de quedar inmunizada cuando todo embarazo es Rh-positivo y suministra el antígeno, lo que ocurre con más probabilidad con un marido homozigótico que con un marido heterozigótico con la fórmula RhRh, con el cual algunos de los niños son positivos y otros negativos. Race y Taylor han descrito un suero conocido con las letras "St" que aglutina la sangre de todos los sujetos Rh-negativos (rhrh) y de todas las personas heterozigóticas (Rh-rh), pero no da reacción ninguna con un 20 por 100 de las sangres (St-negativas) que deben ser consideradas como homozigotos y que representan la mitad de todos los homozigotos Rh-positivos, esto es un 38 por 100 de la población. Del examen de 46 padres deduce el autor que, en efecto, hay un marcado predominio de padres homozigóticos en familias afectadas por la enfermedad hemolítica del recién nacido; los homozigotos parecen alrededor de cuatro a cinco veces más peligrosos que los heterozigotos. Esta predominancia de homozigotos afecta considerablemente las probabilidades de que nazcan niños Rh-negativos y por consiguiente no afectos.

