

Calatayud. — Venereólogo. Don Demetrio Carmelo Sánchez Palacián.
Castro Urdiales. — Odontólogo. Don Javier Tomé Laguna.
Venereólogo. Don Juan Munguira Villanueva.
El Escorial. — Oftalmólogo. Don Horacio Vaquero Motos.
Venereólogo. Don Pedro Marazuela Gómez.
El Grao. — Odontólogo. Don José Aguilar Guillén.
Oftalmólogo. Don Enrique Fornes Peris.
Otorrinolaringólogo. Don Luis García Ibáñez.
Venereólogo. Don Julio Miró Carbonell.
Figueras. — Odontólogo. Don Luis Vila Sabater.
Hellín. — Odontólogo. Don Antonio Frías Navarro.
Otorrinolaringólogo. Don Manuel Carrillo Jiménez.
Venereólogo. Don Luis Lorenzo García.
Játiva. — Oftalmólogo. Don Mariano Baldozi Morales.
Lorca. — Venereólogo. Don Pedro Arcas Soler.
Peñarroya. — Odontólogo. Don Juan Manuel Fernández Seco.
Oftalmólogo. Don Alfonso Ramírez y Ramírez.
Venereólogo. Don Francisco Reseco Ribaño.
Puerto de la Luz. — Otorrinolaringólogo. Don Manuel Aguilar Márquez.
Santofia. — Venereólogo. Don Luis Hernández Marcos.
Torrelavega. — Venereólogo. Don Pedro de la Peña Peña.
Villagarcía. — Otorrinolaringólogo. Don Abelardo Gómez Pola.
Oftalmólogo. Don Alfonso Benito Martínez Gumil.
Villanueva del Arzobispo. — Odontólogo. Don Esteban Bueno Frías.
Oftalmólogo. Don Manuel Arenas Moreno.
Venereólogo. Don Manuel Alcalá Alejo.
Villarrobledo. — Oftalmólogo. Don Ramón Jimena Lara.
Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.
Dios guarde a V. I. muchos años.
Madrid, 1 de agosto de 1946. — P. D., *Pedro F. Valadares*.
Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.
(B. O. del E. de 4-VIII-1946.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ORDEN de 22 de julio de 1946 por la que se concoca a oposición la cátedra que se indica de la Universidad de Salamanca.

Ilmo. Sr.: Vacante la cátedra de "Anatomía descriptiva y topográfica y Técnica anatómica, 1.ª", en la Fa-

cultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

Este Ministerio ha resuelto anunciar la mencionada cátedra para su provisión, en propiedad, al turno de oposición.

Los aspirantes, para ser admitidos a la misma, justificarán las condiciones que se exigen en el anuncio-convocatoria, que se regirá, como los ejercicios, por las prescripciones establecidas en la Ley de 29 de julio de 1943 y Reglamento de 25 de junio de 1931, en cuanto no esté afectado por aquélla.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 22 de julio de 1946. — *Ibáñez Martín*.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

(B. O. del E. de 4-VIII-1946.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Patronato Nacional Antituberculoso.

Anunciando concurso para proveer la plaza de Médico Encargado de la Consulta de Tisiología de Ceuta.

Vacante la plaza de Médico Encargado de la Consulta de Tisiología de Ceuta, cuya puesta en servicio se hará en fecha próxima, y a fin de no demorar ésta, se anuncia concurso para la provisión de la misma con arreglo a las siguientes condiciones:

1.ª Para tomar parte en este concurso se requiere tener aprobada la prueba de aptitud y selección exigida para el desempeño de tales cargos y hallarse en servicio activo o en situación de expectación de destino.

2.ª Las instancias, dirigidas al excelentísimo señor Presidente del Patronato, habrán de tener entrada en el Registro General de estos Servicios Centrales antes de las trece horas del día 25 del corriente mes de agosto, entendiéndose desestimada toda instancia que por cualquier motivo tuviese entrada posteriormente.

3.ª Para la adjudicación de plazas se tendrá en cuenta la puntuación obtenida por los concursantes en la prueba de aptitud respectiva, los servicios prestados al Patronato y demás méritos que puedan estimarse.

4.ª El nombramiento que como consecuencia de este concurso se efectúe se ajustará a las condiciones generales señaladas en las convocatorias de las pruebas de aptitud y selección.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 1 de agosto de 1946. — El Delegado de S. E. el Ministro de la Gobernación Presidente, *José A. Palanca*.
(B. O. del E. de 4-VIII-1946.)

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

O TRATAMIENTO CIRURGICO DAS DOENÇAS MENTAIS. M. ALMEIDA AMARAL. — Livraria Luso-Espanhola. Lisboa-Barcelona. — Un volumen en cuarto de 147 páginas.

Se trata de una monografía del máximo interés. El doctor Almeida laboró con el ilustre profesor Egas Moniz, y es uno de los autores de más auténtica experiencia sobre la técnica y los resultados de la leucotomía; este método, tan sorprendente a primera vista, utilizable en el tratamiento de las enfermedades mentales, que va progresivamente generalizándose, y cuyos re-

sultados se va advirtiendo cada vez que son más superiores a los que de primera intención se esperaba y aun podía esperarse.

Después de estudiar las bases del método se describe la técnica operatoria, y se comunica una serie de doce casos clínicos, muy bien observados y llenos de interés. Entre estos doce casos resultan seis curaciones, tres mejorías, dos no influenciados y solamente uno de muerte, acontecida por hemorragia intracerebral después de la operación (pero se trataba en este caso de una enferma en insuficiencia renal).

Para todo el interesado en este método, llamado, sin

duda, a prestar grandes servicios en muchos casos, como publicaciones de otros autores han venido confirmando en la literatura, la lectura del libro del doctor Almeida Amaral será de una gran utilidad.

PSICOLOGIA DE LA FORMA. DAVID KATZ.—Edit. Espasa-Calpe, S. A. Madrid, 1945.—Un volumen en cuarto de 124 páginas. Pesetas, 12.

La Gestaltpsychologie ha constituido un evidente progreso, que ha influido mucho sobre el pensamiento psi-

cológico y psiquiátrico de las últimas épocas. Para los especializados, no se trata de ninguna novedad; pero encontrar un libro como este de Katz, que publica traducido al español la importante editorial Espasa-Calpe, en el cual sea expresado con soltura, con gran exactitud y de modo sencillo y atractivo, la doctrina, es de gran utilidad para los médicos y en general para todo el interesado en los problemas psicológicos. En una edición grata y en una serie de capítulos es expuesto todo lo esencial de la psicología de la forma. La lectura de este libro debe ser calurosamente recomendada.

B) REFERATAS

Revista Española de Tuberculosis.

15 - 132 - 1946

Significación clínica de las granulaciones tóxicas de los neutrófilos en la tuberculosis pulmonar. J. Samitier y V. Peg.
Valoración y porvenir del tuberculoso recuperado. T. Cerviá.
El error diagnóstico en tuberculosis osteoarticular. M. Merchan.

Medicina Española.

17 - 71 - 1944

Problemas clínicos que plantea la patología del equinococo. J. Sánchez Cózar.
Contribución al diagnóstico del cáncer del recto en sus comienzos. J. Barberá.
La punción esternal en el plasmocitoma. F. Arasa.
Valoración de las técnicas de exploración radiológica en las estenosis del intestino delgado. J. Valls Colomer.

Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra.

7 - 9 - 1945

Cirugía de las primeras urgencias en campaña. F. Loscertales y F. Abril.
Proyecto para la organización de los Servicios de Anatomía Patológica en el Ejército. V. Jabonero Sánchez.

7 - 10 - 1945

La exploración cardiocirculatoria del recluta o movilizado a la incorporación de los contingentes. P. Gómez Cuéllar.
Orientaciones de lucha antituberculosa en el Ejército. L. Menárguez Carretero.
La enseñanza de la higiene militar en la Academia de Sanidad. E. Piqueras.

Actualidad Médica.

21 - 246 - 1945

Estado actual sobre las indicaciones de la aspiración endocavitaria de Monaldi en la cavernoterapia antituberculosa. S. Almansa de Cara.
En torno a la litiasis de Napoleón III. J. Martín Vivaldi.
Tratamiento sulfamídico en las enterocolitis de la infancia. J. Castillo Sáez.

Acta Pediátrica.

3 - 32 - 1945

Estudio crítico de los tratamientos de la parálisis infantil. J. Sanz Ibáñez y V. Sanchis.
La fisiología de la digestión gástrica en la tercera infancia. F. Enriquez, V. García Morato y C. Pérez.
Grupos sanguíneos y transfusión en el lactante. E. Jardon.
Estancamiento fecal en un asa herniada en un niño de siete meses. A. Hurlé y M. Hurlé.
Tres casos de acrodinia. C. Irizar.
Organización de los Servicios de Salubridad, y en especial Pediátricos, en Chile. Dr. Marco.
Historia de la Pediatría en España. A. Martínez.

El Día Médico.

17 - 17 - 23 de abril de 1945

Criptorquidia. R. Bernardi y J. Ghiozzi.
Tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial. J. Palacio, G. Dikmann, E. Mazzei y A. Veppo.
Terapéutica del lactodectricismo. A. Palomo.
Hernia de Spiegel. A. Caballero.
Los bacilos atípicos. O. Lugi.
El valor de las sulfonamidas como profiláctico de las sepsis puerperales. A. Kunz y J. Reparaz.
La diuresis mercurial en el edema. E. Fontán.
Silicosis pulmonar precoz. L. Gavano.

17 - 18 - 30 de abril de 1945

La herida de Mitre. O. Ivanissevich.
Hospitales rodantes. J. Vilaseca.
Torsión del epipión. M. Schwartz.
Comoción, contusión y compresión cerebral. V. Ardenghi.
Tratamiento de los tumores de vejiga. M. Sixto Mosqueira.

17 - 19 - 7 de mayo de 1945

Diagnóstico diferencial de las ictericias recientes mediante el examen clínico y funcional. T. Martini, M. Pantolini, E. Mathov.
Métodos de control de las enfermedades genitoinfecciosas en los Estados Unidos. R. Breakey.
Osteomielitis aguda del peroné. Su tratamiento por la diafisectomía. E. Comolli y R. Moreno.
Semiología de los ruidos adventicios del pulmón. L. Corbi.
Las proteínas plasmáticas en el pre y postoperatorio de las afecciones del tracto gastrointestinal. E. Carena.

17 - 20 - 14 de mayo de 1945

* La estimación de la velocidad circulatoria con el empleo de la fluoresceína sódica. G. Peco, E. Cipolla, C. Pedemonte.
Probable infección del feto durante el parto en una mujer afectada de tuberculosis genital externa. R. Schwarcz y C. Urquijo.
Consideraciones sobre la hemiatrofia facial progresiva. Forma hemidistrófica facio-abdomino-crurol. J. Bulló.
Tumores del bazo. Su diagnóstico radiológico. J. Lavissee.
Indicaciones y contraindicaciones de la intubación. J. Uriburu.
Peritonitis biliar. R. Ferracani.

La estimación de la velocidad circulatoria con fluoresceína sódica.—El empleo de esta sustancia para la medición de la velocidad circulatoria fué iniciado por E. Koch en 1922, pero no ha tenido aplicación práctica por lo engorroso del procedimiento hasta que Fisback, Cuttman y Abramson (1942) iniciaron la técnica ahora empleada. Consiste ésta en, colocado el enfermo en cámara oscura y en completa relajación muscular, inyectar en la vena antecubital 3 c. c. de una solución al 20 por 100 de fluoresceína en agua. Por medio de la lámpara de cuarzo y filtro Wood (que permite la emisión de rayos ultravioleta de onda larga, entre 3.600 y 4.000 Angstrom), se determina el momento de la aparición en la conjuntiva palpebral inferior de la fluorescencia amarillo-verdosa.

Los autores han practicado 100 determinaciones, encontrando que el procedimiento es totalmente inofensivo (no se producen flebitis, es perfectamente elimi-

nada por el riñón, no ocasiona trastornos generales, salvo ligeras náuseas en un 4 por 100 de los casos, etc.) y muy exacto, ya que la pequeña cantidad de líquido permite hacer la inyección muy rápida, y, por otra parte, la aparición de la fluorescencia es brusca y clara.

En 56 personas normales la velocidad circulatoria codo-conjuntiva dió a los autores un tiempo medio de 13,5" (con decholina la media es de 14"). En 8 cardíacos sin insuficiencia la media fueron 16,1" (con decholina 15,5"). En 12 cardíacos con insuficiencia grave la media fué de 28,8" (con decholina 28,7"). En los anémicos la velocidad oscila alrededor de 10" (tiempo mínimo normal). En los hipertiroideos está aumentada de modo paralelo al aumento del metabolismo basal.

En los procesos pulmonares crónicos sin insuficiencia cardíaca la velocidad media es de 15", o sea, sensiblemente normal (puede admitirse como normal las velocidades comprendidas entre 10 y 17"). La hipertermia eleva la velocidad circulatoria.

17 - 21 - 21 de mayo de 1945

La cirugía en el obeso. C. Leoni y L. Bustos.
Megacolon. Su tratamiento. J. Baistrocchi.
Mielosis global aplásica. H. Grillo y G. Moca.
* ¿Cuándo debe el médico pensar en la triquinosis? R. Talice.

¿Cuándo debe el médico pensar en la triquinosis?—El estudio anatomopatológico sistemático de sujetos muertos de cualquier afección ha demostrado que la frecuencia de la triquinosis es enormemente superior a lo que se venía creyendo; así, en Estados Unidos se encuentran triquinas en el diafragma del 15 por 100 de los cadáveres autopsiados. Comparando estos hallazgos con la historia clínica de estos sujetos, se llega a la conclusión de que la triquinosis rara vez se manifiesta por su cuadro clásico, intenso y bien conocido. La mayoría de las veces el cuadro es anodino, hipo o asintomático; por otra parte, autores norteamericanos afirman que la triquinosis puede imitar nada menos que 50 enfermedades distintas.

Tiene gran interés averiguar si ha habido fase gastrointestinal y si la misma comida sospechosa ha producido análogas molestias a otros comensales. Del resto de la sintomatología posible puede destacarse:

1.º Eosinofilia, que si es mayor del 10 por 100 hará pensar en triquinosis. 2.º Fuerte leucocitosis (hasta de 20.000) en un sujeto ambulatorio, sin ningún foco supurado y que se encuentra bien. 3.º Edema, palpebral o facial. 4.º Fiebre, de tipos muy diferentes. 5.º Dolores, de variadísimas localizaciones. Alcanzan su máxima intensidad al mes del comienzo. 6.º Urticaria, petequias, prurito. 7.º Síntomas gástricos y hepáticos (ictericia, náuseas y vómitos, dispepsia). 8.º Síntomas meníngeos o encefálicos. 9.º Síntomas pulmonares (hemoptisis, infiltrados, etc.). 10. Albuminuria, cilindruria, hematuria. 11. Síntomas cardíacos.

Otras veces el proceso sólo se manifiesta por adelgazamiento, febrícula, etc. El Wassermann es con frecuencia fuertemente positivo.

17 - 22 - 28 de mayo de 1945

Ginecomastia. Una nueva técnica operatoria. E. Malbec.
Síndrome de Schönlein-Henoch. M. Sel y J. Grecovich.
* Tuberculosis de la glándula tiroides. C. Tomaszewski y P. Perrone.
Pólipos rectales secundarios a procesos anorrectales comunes. J. Garat.
Tratamiento de las amenorreas funcionales y diagnóstico precoz con prostigmina. R. Nemirovsky.
La hidroterapia del médico práctico. H. Wuscher.
Profilaxis de la poliomiелitis en Estados Unidos

Tuberculosis de la glándula tiroides.—Según la estadística de los autores, la tuberculosis del tiroides guarda con los bocios una proporción de 0,33 a 100. Revisan los trabajos de los autores que se han ocupado de esta afección, haciendo resaltar la extrema rareza que todos le conceden. Es proceso que carece de

sintomatología propia, haciéndose generalmente su diagnóstico después de la operación. El diagnóstico diferencial con la carcinomatosis, las tiroiditis supuradas, la enfermedad de Riedel, la de Hashimoto, etc., es extraordinariamente difícil.

Presentan un caso en el que el diagnóstico fué hecho merced al hallazgo en la pieza operatoria de caseum alojado en cavidades anfractuosas y múltiples, junto con lesiones típicas de la forma caseoso-nodular. Confirma este diagnóstico la existencia de lesiones tuberculosas pleuropulmonares.

Revista Médica de Chile.

72 - 11 - 1944

El problema de las perinefritis. I. Díaz Muñoz y A. Vargas M.
Estudio sobre el diagnóstico y tratamiento de las perinefritis. H. Alessandri, R. E. Fritis y L. Rubillar.
Miasis humana en Chile. A. Noghme R. y R. Donoso Barros.
Relación entre colecistopatías y cardiopatías. L. Hervé, A. Donoso Infante y W. J. Cure.
Intoxicaciones por hongos. R. Vicuña, F. Philippi y O. Meléndez.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

20 - 2 - 1945

* Aspectos médicos de las bronquiectasias. H. C. Hinshaw.
* La broncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. A. M. Olsen.
* Algunas observaciones sobre el diagnóstico roentgenológico de las bronquiectasias. C. A. Good.
* Tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias. O. T. Claggett.
* El factor Rh en los abortos repetidos. A. B. Hunt.
* El uso de la celulosa oxidada como hemostática en Cirugía. A. Uihlein, O. T. Claggett y A. E. Osterberg.

Aspectos médicos de las bronquiectasias.—En el diagnóstico resalta el autor la presencia de tos crónica (que no siempre recibe la atención que se merece), especialmente con expectoración purulenta. En todos estos casos debe hacerse examen roentgenológico del tórax, lo cual lleva a descubrir muchos casos de bronquiectasias insospechadas. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que las bronquiectasias pueden ser de gran extensión y no ser visibles en las radiografías corrientes. Es necesario también un estudio radiológico para el descubrimiento de las bronquiectasias postneumónicas y postgripales, no sólo inmediatamente después de la infección, sino varias veces más tarde, hasta que se adquiera la completa seguridad de la desaparición de toda sombra, especialmente en los niños. Las bronquiectasias pueden encontrarse también en enfermos que padecen obstrucción bronquial intermitente, siendo entonces ésta una complicación de aquéllas. Los otorrinolaringólogos descubren un número considerable de bronquiectasias por la frecuencia con la cual toda sinusitis se asocia secundariamente con esta enfermedad.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el carcinoma y el adenoma bronquiales. Igualmente la tuberculosis, localizada sobre todo en un lóbulo inferior, debe tenerse en cuenta. La mayoría de las bronquiectasias son, desgraciadamente, tan extensas, que no pueden ser extirpadas por una operación radical. En estos casos el tratamiento médico puede hacer bien poco. Menos de un 10 por 100 experimentan mejoría. Lo más eficaz es que el enfermo se coloque en posición declive, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, y así intente expectorar todo lo que pueda.

La broncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias.—Solamente por el examen broncoscópico no puede hacerse el diagnóstico de las bronquiectasias, ya que la dilatación se produce en los bronquios pequeños, que no son visibles por este mé-

todo. La broncografía, por esta razón, es insustituible en cuanto al diagnóstico.

Cuando las bronquiectasias son "secas", es decir, no complicadas, el examen broncoscópico es negativo, pero cuando hay infección en los bronquios dilatados, hay también cambios inflamatorios en la mucosa de los grandes bronquios, en los que se ve la secreción purulenta que viene de la porción afectada.

La infiltración pulmonar de las bronquiectasias puede ser confundida con otras lesiones, tales como carcinomas bronquiales, cuerpos extraños, broncolitos, estenosis y compresiones bronquiales, por lo que en todos estos casos debe hacerse examen broncoscópico, que muchas veces evitará la instauración de una supuración pulmonar, cuando, por ejemplo, un broncolito, un cuerpo extraño, son eliminados a tiempo.

La relación entre las bronquiectasias y las neumonías no resueltas es importante. Cuando un proceso neumónico no se resuelve, debe sospecharse una complicación bronquial y hacer el examen broncoscópico, ya que muchas veces es un cuerpo extraño o una estenosis la causa de persistir una inflamación pulmonar.

Terapéuticamente, la broncoscopia tiene un valor limitado en las bronquiectasias agudas. Si el drenaje bronquial puede ser mejorado al eliminarse el tejido de granulación o por la dilatación de las estenosis bronquiales, entonces la terapéutica broncoscópica es realmente beneficiosa, principalmente por medio de la administración intrabronquial de diversas soluciones.

Algunas observaciones sobre el diagnóstico roentgenológico de las bronquiectasias.—El diagnóstico definitivo de bronquiectasia sólo puede hacerse después de la introducción de un material radiológicamente opaco en el árbol respiratorio. Por medio de la broncografía es posible determinar la distribución y extensión de la enfermedad. El aspecto más notable es el de la dilatación sacular o cilíndrica de los bronquios y bronquiolos. No puede formarse una opinión desde el punto de vista roentgenológico sobre las porciones del árbol respiratorio no rellenas por el contraste. En la radiografía normal debe sospecharse bronquiectasias cuando aparecen imágenes de bronconeumonía que se resuelven lentamente o de una manera recurrente, en la base de uno o de los dos pulmones, cuando hay atelectasia de un lóbulo o de un aporte de éste, especialmente en los niños, y cuando la imagen de la trama pulmonar, sobre todo en las bases, es acusada o tiene el aspecto de "panal de abejas". Hay que recordar también que en la radiografía corriente de tórax puede no haber cambio alguno, aunque el enfermo padezca bronquiectasias, por lo cual es necesario confirmar por broncoscopia y broncografía cualquier sospecha de bronquiectasias.

Tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias.—Se han practicado neumotórax, toracoplastias, frenicectomía y lobectomía. De todas las operaciones, esta última es la que mejores resultados suministra, aunque el porcentaje de mortalidad es elevado. En 1935 Graham recoge 212 casos de la literatura en los que se hizo lobectomía. La mortalidad operatoria fué de un 34 por 100, y entre los que sobrevivieron a la operación los resultados fueron satisfactorios únicamente en un 47 por 100. Este alto porcentaje de resultados adversos es atribuible a que antes de 1922 no podía hacerse un diagnóstico previo de extensión y situación del proceso, por lo que la mayoría de las veces no podía extirparse por completo. La broncoscopia y broncografía eliminaron esta dificultad. Actualmente la mortalidad operatoria de una lobectomía, cuando las bronquiectasias están bien localizadas y no existe contraindicación, es de un 3-5 por 100.

La operación no debe hacerse antes de los diez-quince días después del uso del lipiodol, es decir, hasta que los pulmones no estén vacíos de este material. La enfermedad debe estar en remisión, el enfermo estar en tan buen estado general como sea posible, ingresando en el hospital unos días antes de la operación, haciéndole drenaje postural, transfusiones, etc.

El factor Rh en los abortos repetidos.—Del estudio de 25 casos de abortos repetidos concluye el autor que el factor Rh no es de gran importancia como causa corriente en la terminación adversa del embarazo. Aparentemente, el factor Rh tiene acción en este sentido únicamente en la segunda mitad del periodo de la gestación. Las deficiencias endocrinas en la función de la hipófisis, ovarios, tiroides y testículos son probablemente de mayor importancia que el factor Rh en el aborto habitual.

El uso de la celulosa oxidada como hemostático en Cirugía.—Una celulosa oxidada preparada especialmente en forma de gasa o algodón y saturada con una solución de trombina es un agente hemostático satisfactorio prontamente absorbible y no irritante. Los cirujanos de la Clínica Mayo la han empleado en 60 casos, obteniendo resultados satisfactorios en 37 de ellos y excelente en 20.

El efecto hemostático de la celulosa parece depender de su carácter viscoso cuando está saturada con sangre. Produce una reacción mínima de los tejidos y es absorbida sin retrasar la cicatrización de la incisión y sin producir ninguna reacción febril.

Annals of Internal Medicine.

23 - 1 - 1945

- * Peritonitis paroxística benigna. Sh. Siegal.
- Calcificación de los tejidos e insuficiencia renal producidas por dosis masivas de vitamina D en la terapéutica de la artritis. T. S. Danowski, A. W. Winkler y J. P. Peters.
- * El síndrome de la miositis y fibrositis del psoas. Sus manifestaciones y significación en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal bajo. J. A. Greene.
- Ayudas en el diagnóstico físico: Signos en la base del pulmón izquierdo causados principalmente por el aumento de tamaño del corazón. E. M. Chapman y R. G. Anderson.
- * Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Ménière (hidropesía del laberinto). K. M. Day.
- El efecto del Doryl (carbaminolcolina) en el tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas. G. Saland, R. Rosenthal, Ch. Klein y H. Zarrow.
- La integración de las ciencias exactas en la investigación alérgica. L. N. Gay.
- La clasificación y nomenclatura de la lepra con sugerencias para una simplificación de ambas. H. L. Arnold Jr. e I. L. Tilden.
- Punto de vista actual sobre el problema de la rabia. J. Casals.
- Malaria complicada con neumonía. Tratamiento con sulfadiazina y atebina. Z. Taylor Bercovitz.
- * Calcificación "metastásica" en los tejidos blandos de las piernas en la osteitis deformans. B. Seligman y L. Nathanson.
- Actinomicosis pulmonar debida al *Actinomyces graminis*. J. P. Lynch y R. A. Holt.
- Mecanismo de la anuria refleja. G. A. Wolf, Jr.
- Dextrocardia con situs inversus complicados con endocarditis mitral y aórtica reumática crónica. G. W. Parsons.
- Editorial: Simpatectomía lumbodorsal en la hipertensión.

Peritonitis paroxística benigna.—El propósito del presente trabajo es describir en detalle un síndrome clínico raro, poco conocido y a menudo no diagnosticado. El síndrome se caracteriza por paroxismos recidivantes de fuerte dolor abdominal, con fiebre que puede llegar hasta 105° F., y que se acompaña a veces de frialdad o escalofríos. La afectación del peritoneo se evidencia por el síntoma subjetivo de dolor abdominal marcado y el hallazgo objetivo de dolor difuso en el vientre a la presión directa o a la descompresión brusca; en ocasiones se observa un verdadero espasmo involuntario de la pared abdominal. Estos signos abdominales son a veces tan llamativos, que sugieren el diagnóstico de un abdomen agudo. Como síntomas adicionales fuera del abdomen, estos enfermos presentan dolor torácico de tipo pleurítico, malestar general muy intenso, gran postración y fuertes náuseas y vómitos. No existe diarrea, es frecuente una leucocitosis y en algunos casos se observa un brote urticarial durante el episodio agudo. La enfermedad afecta a las personas jóvenes, comenzando en la segunda o tercera década

y continuando durante algunos años. Sin embargo, el enfermo disfruta de buena salud y su enfermedad, esencialmente benigna, continúa su curso, pero sin desarrollar una lesión anatómica persistente y sin empeorar ninguna función fisiológica. Manifiesta el autor que se han descrito casos similares correspondientes a las manifestaciones floridas del eritema y de la púrpura, con lo cual se ha contribuido a oscurecer el cuadro clínico fundamental de una enfermedad que cursa habitualmente sin erupción cutánea de ninguna clase y sin tendencia hemorrágica, de aquí que haya sugerido el término de peritonitis paroxística benigna. Después de referir las historias clínicas de cinco casos de este proceso, se ocupa de su patogenia y etiología; el proceso consiste en una reacción del peritoneo visceral con dilatación vascular e hiperpermeabilidad, pero su mecanismo de producción no está aclarado, pues aunque en ciertos casos puede demostrarse una historia familiar alérgica e incluso sensibilizaciones de diferentes tipos, especialmente alimenticias, sin embargo esto no ocurre sistemáticamente, siendo difícil encontrar un factor causal de tipo alérgico.

En cuanto al tratamiento, se han ensayado numerosos agentes terapéuticos (adrenalina, ginergeno, atropina, efedrina y ácido nicotínico) para hacer abortar el ataque agudo o con el fin de prevenir sucesivos ataques, pero los resultados han sido desfavorables.

El síndrome de la miositis y fibrositis del psoas. Sus manifestaciones y significación en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal bajo.—Las manifestaciones subjetivas más corrientes de este síndrome son dolores en los cuadrantes inferiores del abdomen, que pueden ser uni o bilaterales, de carácter sordo, que persisten durante días, semanas, meses e incluso años, pero con exacerbaciones de dolor fuerte y agudo. Investigando cuidadosamente, los enfermos señalan que el dolor se hace más fuerte cuando aumenta la actividad de dichos músculos y se mejora con el reposo de los mismos, aunque no desaparece por completo. El comienzo es insidioso, pero puede ser brusco, siendo habituales exacerbaciones y remisiones con desaparición completa de los síntomas, aunque en algunos casos persisten durante años. Los acompañantes más frecuentes del proceso son el síndrome sacroiliaco y la fibrositis de otros músculos. El único síntoma objetivo es el dolorimiento sobre el psoas, que se aumenta cuando el músculo está contraído o estirado y se extiende en toda su longitud; ambos psoas pueden estar afectados, pero siempre lo está más intensamente uno de ellos. La etiología se halla en relación con traumas, defectos en la postura del cuerpo o infecciones agudas por un lado, y por otro con el embarazo o el síndrome sacroiliaco.

Para el diagnóstico diferencial deben excluirse las lesiones del apéndice, intestino delgado, colon, tracto urinario, útero, trompas, ovarios y columna vertebral. La apendicitis es muy difícil de excluir en algunos casos, pero aquí la irritación se halla localizada en el cuerpo del músculo y no se extiende a lo largo del músculo y del tendón hasta su inserción en el fémur, como ocurre habitualmente en la fibrositis; la afectación del otro psoas es otro signo adicional en favor de la fibrositis y en contra de una irritación localizada por enfermedad de los órganos vecinos; la ausencia de fiebre y leucocitosis va en contra, pero no excluye la apendicitis. Las otras enfermedades citadas no se confunden fácilmente, si se hace una exploración detenida del enfermo; en la mayor parte de los casos se había hecho equivocadamente el diagnóstico de colon irritable; el dolorimiento en las regiones cecal y sigmoidea es sugestiva de enfermedad del colon, pero si se desplaza hacia un lado el colon sigmoideo puede fácilmente observarse que el dolorimiento es en el músculo.

El tratamiento empleado en la mayor parte de los casos fué el reposo de los músculos afectados y salicilato a la dosis de 30 a 90 ctgrs. tres o cuatro veces al día, con respuesta muy favorable. En los casos de enfermedad asociada debe, naturalmente, tratarse tam-

bién ésta. En los casos de no mejoría puede recurrirse a la inyección en el músculo de novocaina. Por último, el autor describe las historias clínicas de ocho enfermos afectados por dicho proceso.

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Ménière.—Comienza diciendo el autor que el término de enfermedad de Ménière debe reservarse exclusivamente para designar la hidropesía del laberinto, una entidad patológica demostrada, ya que esta enfermedad proporciona un cuadro clínico claramente recortado, que puede diferenciarse de todos los demás procesos que cursan con el síndrome de Ménière.

El autor expone un nuevo proceder terapéutico, que, resumidamente, consiste en una mastoidectomía simple, apertura del canal próximo a la ampolla, introduciéndose una aguja en el vestíbulo y cuando la punta de la aguja tropieza con la pared anterior del vestíbulo, se saca un poco y se empuja hacia la pared medial para evitar el nervio facial, aplicándose entonces a la aguja una corriente de coagulación. Con este procedimiento ha tratado a 11 casos, y los resultados obtenidos justifican el empleo de este procedimiento quirúrgico para los casos intratables de hidropesía del laberinto, ya que ha conseguido la desaparición de los ataques vertiginosos en todos los casos. En efecto sobre la audición osciló entre amplios límites, ya que en unos casos se restauró la audición y en otros se produjo una sordera completa; los ruidos de oídos de tono bajo, tan pesados y molestos, fueron eliminados, mientras que los de tono alto aumentaron en ocasiones. Termina diciendo el autor que el procedimiento descrito, por sus resultados, simplicidad y seguridad, debe preferirse a la sección del nervio vestibular.

Calcificación metastásica en los tejidos blandos de las piernas en la osteítis deformans.—Comienzan diciendo los autores que la calcificación metastásica debe distinguirse de la calcinosis, ya que la primera representa la calcificación de tejidos sanos por alteraciones en la composición de la sangre en calcio, fósforo, fosfatasa o alcalinidad, mientras que en la segunda es un estadio de un proceso de ciertos tejidos, como ocurre en la esclerodermia, esclerodactilia, enfermedad de Raynaud, dermatomiositis, lipodistrofia progresiva, miositis osificante, etc.

A continuación describen un caso de enfermedad de Paget, con depósitos cálcicos muy extensos que se vieron radiográficamente en los tejidos blandos de ambas piernas, así como también en los grandes vasos del dorso; también se veían en la radiografía numerosos cálculos facetados en la vesícula biliar; existían signos en este enfermo de cardiopatía arterioesclerótica descompensada de ocho años de duración. En cuanto a la patogenia de los depósitos cálcicos, manifiestan los autores que tales depósitos tienen lugar cuando existe un balance de calcio positivo, y a este respecto señalan que su enfermo recibió dosis pequeñas de calcio y un preparado de vitamina D durante año y medio.

The Journal of the American Medical Association.

129 - 1 - 1 de septiembre de 1945

- * Enfermedad de Raynaud en varones. E. A. Hines y N. A. Chistensen.
- * Etiología de la tromboangiitis obliterante. S. Silbert.
- * Intoxicación alimenticia por Salmonella Montevideo. J. B. D'Albora, A. P. Ingegno y J. N. Edson.
- * Lesión hepática en la pelagra infantil. T. Gillman y J. Gillman.
- * Suero hiperinmune de conejo concentrado en el tifus exantemático. A. Yeomans, J. C. Snyder y A. G. Gillman.
- * Parásitos intestinales en repatriados del Extremo Oriente. H. Most.
- * Aneurisma arteriovenoso. D. C. Elkin.
- * Profilaxis de la pelagra.
- * Balance de vitaminas.
- * Patología celular.

Enfermedad de Raynaud en varones.—La enfermedad de Raynaud es rara en los varones, y su diagnóstico presenta en ellos dificultades, pues puede tratarse de la primera manifestación de una tromboangiitis. En las revisiones estadísticas de enfermos de Buerger se encuentra el fenómeno de Raynaud como manifestación inicial en el 6 al 10 por 100 de los pacientes. Los autores analizan el conjunto de 847 individuos, diagnosticados en la Clínica Mayo de enfermedad de Raynaud o fenómeno de Raynaud; el 23 por 100 eran varones. En 100 de tales sujetos, no seleccionados, se estudia la edad de aparición, duración de los síntomas, curso ulterior, etc.; se disponía de datos ulteriores de 69 enfermos. Solamente en dos se practicó simpatectomía, con mejoría; de los tratados conservadoramente, mejoraron el 33 por 100, no se modificaron 44 por 100 y empeoraron 23 por 100. Si se tienen en cuenta los criterios actuales, más rigurosos, para el diagnóstico de síndrome de Raynaud, de los 100 enfermos estudiados, el diagnóstico era correcto en 34, dudoso en 54 e incorrecto en 12; en la revisión ulterior se mantiene el diagnóstico en 30 de los 34, en los que parecía correcto, y en sólo un 67 por 100, si se consideran reunidos los casos de diagnóstico inicial seguro o probable.

Etiología de la tromboangiitis obliterante.—Es muy oscura la etiología de la enfermedad de Buerger. Se ha pensado en la posibilidad de que se tratase de proceso inflamatorio infeccioso, que fuese consecuencia de intoxicación por el cornezuelo de centeno, que interviniere en su génesis los hongos de la dermatofitosis, etc. El principal factor que ha sido incriminado es el tabaco. El autor se ha interesado durante más de veinte años por el problema de la enfermedad de Buerger y ha podido observar más de 1.400 casos de la enfermedad. En su estadística solamente figuran 12 mujeres (menos del 1 por 100). Un hecho importante es que todos los pacientes, sin ninguna excepción, eran fumadores. La enfermedad sigue habitualmente un curso progresivo; pero su actividad cesa y no se manifiesta la menor progresión en cuanto el enfermo abandona el tabaco. En una tabla se exponen los datos de los 100 enfermos que el autor ha seguido más de diez años y que han suprimido la costumbre de fumar; en ningún caso progresó la sintomatología de la enfermedad. Resulta difícil explicar la razón de que la enfermedad de Buerger ataque a un número pequeñísimo de los fumadores y aún menor de las mujeres que fuman. Pudiera pensarse en que la enfermedad se desencadena por el tabaco, en presencia de una predisposición hereditaria, de naturaleza desconocida, ligada al sexo.

Lesión hepática en la pelagra infantil.—En tres años han sido tratados en un hospital de África del Sur unos 300 niños desnutridos, de los que el 60 por 100 padecían el cuadro de la pelagra infantil. Como medio de evaluación del estado del enfermo y de la marcha del tratamiento, resulta muy útil la biopsia hepática por aspiración, que ha sido practicada más de 200 veces sin ninguna complicación. Un grupo de 20 niños pelagrosos es analizado en detalle, especialmente en lo que se refiere al aspecto de la biopsia y a la respuesta terapéutica. En 13 casos se trataba de un tipo grave de alteración hepática (tipo I), caracterizado por la aparición de una gruesa vacuola grasa, que llena casi toda la célula. En siete pacientes se trataba de un cuadro menos grave, con numerosas gotas gruesas de grasa en cada célula y con vacuolas que no contienen grasa; la estructura del hígado se encuentra menos borrada que en el tipo I. Los niños fueron tratados de diferentes formas: siete fueron sometidos a una administración de abundantes vitaminas (niacina, tiamina, vitamina C, aceite de halibut y levadura); otros siete fueron tratados parenteralmente con extracto hepático, rico en la fracción de Cohn; los seis restantes recibieron 10 gramos diarios de polvo de estómago, durante cinco días. La administración de vitaminas a los pacientes del tipo I pareció empeorar su curso; todos ellos murieron. La administración de extracto hepático disminuye la infil-

tración grasa y el enfermo mejora, si bien el efecto es lento. Con el estómago desecado se obtiene una respuesta rápida, apareciendo inmediatamente una gran diuresis y una regresión de las lesiones observadas por la biopsia. La acción del polvo de estómago no se explica solamente por su contenido en colina, sino que debe contener algún otro factor lipotrópico.

Suero hiperinmune concentrado de conejo en el tífus exantemático.—El suero de convalecientes de tífus exantemático es de nula actividad. Los sueros obtenidos por inmunización de animales han fracasado generalmente en la clínica. Los nuevos medios de cultivo de los rickettsiae han permitido disponer de mayor cantidad de éstas para hiperinmunizar animales o estos sueros hiperinmunes se han ensayado en la clínica, al parecer con buenos resultados. Los autores han tratado con suero hiperinmune, obtenido en conejos, a 25 enfermos en Egipto. Se probaba en los pacientes la sensibilidad al suero mediante una inyección intradérmica de 0,1 c. c., y si a los veinte minutos no se producía reacción, se comenzaba la sueroterapia. La dosis inicial era de 1 c. c. por cada libra de peso, administrada la mitad por vía intramuscular y la otra mitad intravenosa. A las veinticuatro y cuarenta y ocho horas se inyecta cada vez 0,5 c. c. de suero por cada libra de peso del enfermo. Los efectos se compararon con el curso de 44 enfermos sin tratar. Los 10 enfermos que recibieron el suero en los tres primeros días de enfermedad mostraron un curso muy breve y leve. Los tratados posteriormente no ofrecieron diferencias con relación a los casos sin tratar, si se exceptúa que no murió ninguno de ellos.

129 - 2 - 8 de septiembre de 1945

- * *Henatitis amebiana*. W. A. Sodeman y B. O. Lewis.
- * *Criterios en el tratamiento de la ileítis crónica*. E. D. Kieffer y J. R. Ross.
- Penicilina en Otología*. C. H. Allman.
- Cianosis en niños por nitratos del agua*. H. H. Comly.
- * *Lesiones del intestino delgado que causan grandes hemorragias*. H. L. Segal, W. J. M. Scott y J. S. Watson.
- Desarrollo rápido de portadores y descubrimiento del virus de la poliomiéltis*. G. C. Brown, T. Francis y H. E. Pearson.
- Intoxicación por mercurio en la industria de cables de molibdeno y tungsteno*. L. Lewis.
- Sedación como efecto inesperado de la privina*. J. I. Waring.
- Curare en el estadio agudo de la poliomiéltis*. N. S. Ransohoff.
- Intoxicación aguda por seconal*. M. C. Wheelock y A. M. Freedman.
- Deficiencia de vitaminas B en el hombre*.
- Problemas del alcohol*.
- Falta de eliminación de penicilina por la leche en las vacas*.

Hepatitis amebiana.—Aunque el paciente puede no presentar ningún síntoma hasta que el absceso se encuentra formado o hasta que su ruptura es inminente, el reconocimiento de las fases precoces, hepáticas, de la amebiasis intestinal tiene un gran interés práctico. Los autores analizan 33 casos, observados en Nueva Orleans. El diagnóstico solamente es posible por la sospecha del cuadro, por los síntomas de afección hepática, por el resultado positivo de las pruebas funcionales y por la demostración de la etiología por el estudio del intestino y por la reacción de fijación del complemento, que debiera ser más empleada. En el 15 por 100 de los enfermos se encuentra ictericia, y es la amebiasis una de tantas afecciones que hay que descartar en el diagnóstico de una ictericia. El reconocimiento de este cuadro supone el establecimiento precoz de una terapéutica con emetina, que puede ser eficaz en la evitación de la formación de abscesos, con lo que se ahorra al paciente el riesgo de una intervención quirúrgica. En el trabajo se detallan los aspectos clínicos de cada uno de los síntomas y su valoración para el diagnóstico.

Criterios en el tratamiento de la ileítis crónica.—El mejor conocimiento de la ileítis regional ha permitido ampliar el campo de su diagnóstico a formas menos

extensas y menos típicas. Aunque el comienzo es usualmente insidioso, existen formas agudas, indistinguibles de una apendicitis. En la estadística de los autores (107 casos) existían 11 formas agudas. El tratamiento de la enteritis localizada depende del estadio evolutivo del proceso, de la localización y extensión del mismo, de su actividad y de la presencia o ausencia de complicaciones. En las formas agudas está indicado el tratamiento conservador (en los 11 casos solamente se hizo una laparotomía exploratoria). La misma norma de conducta debe adoptarse en las formas crónicas leves y sin complicaciones o en las que tengan una extensión considerable. En general, por lo demás, el tratamiento de elección es el quirúrgico, especialmente en los casos complicados por obstrucción, fistulas o abscesos. Los autores analizan en detalle su casuística y hacen resaltar la escasa mortalidad operatoria y el elevado porcentaje de éxitos obtenidos con la resección del asa afecta.

Lesiones del intestino delgado que causan grandes hemorragias.—Se trata de un cuadro que simula la úlcera péptica, no solamente por las melenas, sino también por la existencia de un dolor con horario, como el del úlcus. En la literatura anterior se han descrito seis casos de este tipo, y los autores añaden otros tres, en los que se trataba de un carcinóide del yeyuno, de un carcinoma de esta localización y de un hemangioma del ileon. La historia retrospectiva muestra que el horario del dolor no era tan regular como el de la úlcera gastroduodenal. Para el diagnóstico es de valor que no suele existir hematemesis. En caso de hemorragia puede hacerse una exploración con papilla (sin manipulaciones), y así puede muchas veces descartarse un origen esofágico y gástrico; la introducción entonces de una sonda duodenal permite comprobar la ausencia de sangre en el estómago y el duodeno. Estas exploraciones deberán realizarse en casos de hemorragias repetidas, en los que la radioscopia de estómago y duodeno sea negativa. Muchas veces es posible localizar la lesión intestinal por la radioscopia o la radiografía.

129 - 3 - 15 de septiembre de 1945 -

- Aspectos psicológicos de la convalecencia. XX. K. Brodman, B. Mittelman y H. G. Wolff.
- * Colitis amebiana intratable. D. N. Silverman y A. Leslie.
- Estudio de diarreas en Fuerzas Aéreas de Calcuta. E. A. Lawrence y R. E. Bennett.
- * Modo de producción de los émbolos pulmonares. E. M. Chapman y R. R. Linton.
- Ventilación escolar y difusión de sarampión y varicela. M. W. Wells.
- * Penicilina en el tratamiento de las infecciones crónicas de los pulmones y bronquios. E. B. Kay y R. H. Meade.
- Trastornos del reflejo gástrico de alimentación. P. B. Welch.
- Un procedimiento para proteger la piel y recoger líquidos de fistulas. G. Grille.
- Gastrotomía en la poliomieltis. T. F. Hilbish.
- Meningitis por coli, tratada con sulfodiazina. P. S. Strong y J. E. Edwards.
- Miocarditis por virus.
- Brotos precoces de parálisis infantil.

Colitis amebiana intratable.—La amebiasis es más frecuente de lo que se admite corrientemente. En Nueva Orleans se ha calculado que el 15 por 100 de la población alberga el parásito, aunque la inmensa mayoría no manifiestan síntomas. En otros muchos casos existe una colitis amebiana, sin el cuadro de la disenteria. La sintomatología es tan protéiforme, que en numerosas ocasiones ha dado lugar a la práctica de intervenciones quirúrgicas con diagnósticos erróneos. La respuesta al tratamiento es también muy diferente; en algunos casos, a pesar de su breve duración, la terapéutica es ineficaz. Depende probablemente este hecho de la forma anatómica úlcero-necrótica o infiltrativa, que origina a veces grandes masas inflamatorias. Se describen en el trabajo tres casos en los que la autopsia demostró la gran extensión y profundidad de las lesiones. En dos casos coexistían bacilos disentericos en el intestino, aunque no es probable que el curso fatal dependiese de la indicada asociación de gérmenes.

Modo de producción de los émbolos pulmonares.—Durante la realización de una prueba de Valsalva aumenta considerablemente la tensión en las venas de los brazos y de las piernas, y las venas experimentan asimismo una gran dilatación. El peligro en los cardiopatas de ejercicios equivalentes a una prueba de Valsalva (defecación, parto, coito, esfuerzo, etc.) se ha atribuido a un desfallecimiento del corazón; pero es lo más probable que el mecanismo de la muerte en tales casos sea una embolia pulmonar. La dilatación de las venas profundas de las piernas al realizar el esfuerzo puede ser el motivo que ocasione la liberación de trombos muy ligeramente adheridos a la pared. Esta sencilla explicación es probablemente establecida ahora por vez primera, y sus deducciones prácticas son importantes, en lo que se refiere a la evitación de los esfuerzos en sujetos en los que son de temer la aparición de embolias o a la conveniencia de la ligadura profiláctica de la vena femoral.

Penicilina en el tratamiento de las infecciones crónicas de los pulmones y bronquios.—La penicilina es muy útil en las infecciones respiratorias agudas. La cronicidad introduce nuevos factores (destrucción de tejido, fibrosis, atelectasia, etc.) que influyen desfavorablemente en la terapéutica. En el trabajo se comunica el tratamiento de 93 enfermos con afecciones inflamatorias crónicas del pulmón o de los bronquios: 45 con bronquiectasias, 17 abscesos de pulmón, seis neumonitis supurantes, 19 bronquitis crónicas y cinco infecciones fungosas. En todos los casos se hizo estudio broncoscópico de la flora bronquial; aunque la cantidad de esputos disminuyó generalmente con el tratamiento, la flora se modificó poco habitualmente. La penicilina es útil en las infecciones asociadas, bronconeumonías, etc., y como preparación para la resección pulmonar. Sin embargo, las alteraciones anatómicas en 50 piezas de resección en sujetos tratados previamente con penicilina apenas diferían de las observadas en 25 pacientes no tratados preoperatoriamente. En las bronquiectasias avanzadas, la penicilina solamente tiene un efecto pasajero. En las supuraciones pulmonares su efecto principal es disminuir el estado tóxico y las manifestaciones generales de la infección. Por vía intratraqueal fueron tratados 45 enfermos, con dosis diaria de 30.000 a 50.000 unidades, que se introducen entre las cuerdas vocales al final de la espiración, mediante un laringoscopio y una cánula acodada. Los resultados de este método en pacientes de bronquiectasias mínimas y bronquitis crónicas han sido excelentes.

129 - 4 - 22 de septiembre de 1945

- Pruebas de permeabilidad de las trompas uterinas. N. F. Miller.
- * La frecuencia de diabetes y glicosuria en reclutas. M. A. Spellberg y W. A. Leff.
- * Aerosol de penicilina en la práctica general. H. N. Vermilye.
- * Penicilina X. E. M. Ory, M. Meads y M. Finland.
- * Dieta pobre en cloruro sódico en el insomnio y estados de tensión. M. M. Miller.
- * Tratamiento de la tiroiditis aguda con tiouracilo. B. T. King y L. J. Rosellini.
- Tratamiento con penicilina de la mastitis puerperal aguda. C. P. Hodgkinson y R. E. Nelson.
- Profilaxis de la hepatitis epidémica con globulina gamma. W. P. Havens y J. R. Paul.
- Colchicina en la leucemia mieloide aguda. W. H. Kneeder.
- Recidivas en la meningitis neumocócica. E. F. Traut.
- Tratamiento del absceso perirrenal con penicilina. E. A. Ockuly, W. T. Barnhart y H. L. Egbert.
- La organización de las clínicas de lucha anticancerosa. W. M. S. Schram.
- Hepatitis transmitida por la jeringa.
- Profilaxis de la gangrena por congelación.
- Título fungicida de la clavacina.

La frecuencia de diabetes y glicosuria en reclutas.—En un núcleo de población urbana, Blotner y sus colaboradores hallaron una extraordinaria frecuencia de diabetes. Los autores del presente artículo se proponen investigar en el mismo sentido otro grupo de personas de condiciones diferentes. El análisis comprende 32.033 reclutas consecutivos de Nueva Orleans. Solamente se

encontraron entre ellos 37 casos de glicosuria (1,15 por 1.000), de los que nueve eran verdaderos diabéticos (0,3 por 1.000). Las cifras de Blotner eran de 8 por 1.000 de glicosúricos y 4,5 por 1.000 de diabéticos. Las diferencias entre ambas estadísticas pueden depender de la edad (algo superior en la de Blotner), de la raza (mayor número de negros en la de Spellberg) y quizá de otros factores. Uno de los datos principales a tener en cuenta es el criterio diagnóstico. La curva de glicemia con 100 g. de glicosa no sirve para el diagnóstico de los casos leves, ya que influye considerablemente en su resultado la dieta previa; en 10 de los casos de los autores, una prueba de glicemia con sobrecarga, realizada al día siguiente de la primera, ofreció un resultado normal, aunque el primero había sido normal. La prueba de Extton-Rose ofrece grandes ventajas para el diagnóstico en los casos dudosos.

Aerosol de penicilina en la práctica general.—La administración de penicilina en aerosol suprime uno de los principales inconvenientes de la terapéutica penicilínica, que es el de necesitar frecuentes inyecciones de tal sustancia y además supone una ventaja para la introducción en gran concentración de la penicilina en las vías aéreas infectadas. En el extenso artículo se exponen en detalle la técnica del procedimiento y las indicaciones del mismo, y se refieren los datos de más de 200 enfermos tratados: Neumonitis, amigdalitis, sinusitis, faringitis, bronquitis, asma. Precisamente en 25 pacientes asmáticos se obtuvo un excelente resultado, superior al comunicado por otros autores. En dos casos se produjo como manifestación colateral de la inhalación de penicilina una reacción urticarial, con dolor abdominal, nervosidad y edema angioneurítico. Mediante la inhalación con presión positiva de oxígeno es posible obtener concentraciones continuas adecuadas de penicilina en la sangre.

Penicilina X.—En los cultivos de *penicillium notatum* se han aislado tres especies de penicilina, designadas como F, G y X en Estados Unidos, y como I, II y III en Inglaterra, obtenidas en forma cristalina. La penicilina comercial es casi exclusivamente G; pero en los cultivos en superficie se produce penicilina X hasta en proporción de un 25 por 100. Hasta ahora no se ha publicado más que un trabajo sobre la eficacia de la penicilina X en la gonorrea; los resultados parecen ser superiores a los obtenidos con la penicilina comercial. Los autores han trabajado con dos muestras de penicilina, que contienen 65 y 90 por 100 de penicilina X. La comparación de estas muestras de penicilina con la comercial "in vitro" indica que la penicilina X es dos a ocho veces más activa que la comercial contra el estreptococo hemolítico, gonococo y meningococo, dos veces más activa para el estreptococo viridans y el neumococo y de igual actividad contra el estafilococo. La concentración en el suero es mayor y más prolongada para una misma dosis, si se emplea la penicilina X; el ensayo clínico en 75 enfermos demuestra que la penicilina X no es tóxica, y por lo menos resulta tan activa como la penicilina ordinaria. Es probable que con su empleo sean necesarias dosis menores que las habituales y más espaciadas, lo cual constituiría una gran ventaja en la práctica.

Dieta pobre en cloruro sódico en el insomnio y estados de tensión.—El empleo de las dietas pobres en sal en los "neurasténicos" por von Noorden, así como los resultados sobre la esfera mental de los tratamientos pobres y ricos en sal (en nefríticos, addisonianos, etc.) han impulsado a Miller a probar el mismo régimen en sujetos con insomnio y con estados de tensión, en distintos procesos orgánicos y psiquiátricos. En total, fueron tratados 20 enfermos, y los resultados fueron buenos, excepto en tres. En 13 de los enfermos se administró posteriormente cloruro sódico y apareció una recidiva en 10. Se observó una mejoría objetiva en la duración y en la profundidad del sueño y una disminución en la intensidad y labilidad de la respuesta

afectiva. En los sujetos con insomnio es frecuente observar una menor frecuencia de ritmos alfa dominantes en el electroencefalograma; en los enfermos tratados se observó la aparición de mejores índices alfa. Los grados moderados de restricción, como los que permiten unos 2 g. diarios de cloruro sódico, ofrecen más ventajas que los rigurosos, restringidos hasta 0,5 gramos diarios.

Tratamiento de la tiroiditis aguda con tiouracilo.—El tratamiento de la tiroiditis aguda era casi completamente ineficaz. El curso de la afección no es influido por el yodo, sulfonamidas, etc., y solamente la radioterapia consigue acortarlo, aunque deja como secuela un número grande de casos de mixedema. Los autores han tratado siete casos de tiroiditis aguda, tres casos de tiroiditis migratoria y uno de estruma lipomatoso de Hashimoto con tiouracilo. La dosis empleada fué habitualmente de 0,6 g. diarios durante los primeros días, y después, dosis inferiores. La respuesta fué muy rápida al tratamiento; la fiebre, el dolor a la presión, ecétera, desaparecen en pocos días, y posteriormente el tamaño del tiroides vuelve a ser el primitivo. Este resultado brillante se consiguió en ocho de los enfermos tratados.

129 - 5 - 29 de septiembre de 1945

- * Penicilina oral. M. Finland, M. Meads y E. M. Ory.
- * Tratamiento de la neumonía neumocócica con penicilina oral. P. A. Bunn, W. McDermott, S. J. Hadley y A. C. Carter.
- * Penicilina por vía oral. S. Ross, F. C. Burke y P. A. Mc-Lendon.
- Acido bórico. E. H. Watson.
- * Cefalea temporal paroxística. S. B. Nadler.
- Fracturas recientes del escafoide de la mano. R. Soto-Hall.
- Cardiopatía yatrogénica. A. Auerback y P. A. Glibe.
- Embolia gaseosa por insuflación en el embarazo. H. S. Breyfogle.
- Reacción de transfusión por un donante universal peligroso. S. Malkiel y W. C. Boyd.
- Infección por *Schistosoma hematobium*. S. E. Miller.
- Peligro de la inyección intramuscular de gluconato cálcico. S. S. Tamm.
- Enfermedad trutsugamushi.
- Los tipos hereditarios de las ondas cerebrales.

Penicilina oral.—Han estudiado los autores las concentraciones de penicilina en la sangre después de la ingestión de una dosis de 90.000 unidades de la indicada sustancia. Si la ingestión se realiza antes de las comidas, la concentración en la sangre es similar a la conseguida con una inyección intramuscular de 15.000 unidades. Cuando la administración se realiza después de las comidas, los resultados son muy discordantes e irregulares. En los aquilicos se producen unas curvas de concentración de penicilina en la sangre más elevadas y prolongadas que en sujetos con secreción gástrica normal. Un hecho notable es que la ingestión de la penicilina comercial, disuelta en agua, ofrece resultados exactamente iguales que cuando se emplea con la penicilina alguna sustancia de las consideradas como estabilizadoras o favorecedoras de la absorción; únicamente el gel de hidróxido aluminico parece ofrecer algunas ventajas por su asociación a la penicilina. Con una administración oral de 90.000 a 100.000 unidades cada dos horas se consiguen concentraciones constantes y adecuadas en la sangre, de tal modo que es posible tratar infecciones que no requieran dosis extraordinarias de penicilina. Los autores han tratado casos de blenorragia aguda y de neumonía neumocócica con este método y han obtenido excelentes resultados.

Tratamiento de la neumonía neumocócica con penicilina oral.—Con la administración oral es preciso emplear cinco veces más penicilina que si se utiliza la vía intramuscular. Los resultados son iguales si se ingiere la penicilina en cápsulas o disuelta en agua, o si se utilizan suspensiones o soluciones oleosas. Los autores han tratado 45 casos de neumonía neumocócica. Los primeros enfermos fueron tratados con dosis de uno o dos millones en las primeras veinticuatro horas. Posteriormente se empleó una dosis inicial de 200.000 unida-

des, seguida por otras de 50.000 unidades cada dos horas. A las veinticuatro horas de aparecer la crisis se suspende la administración por la noche, y solamente se suministran 50.000 unidades cada dos horas durante el día. En la estadística sólo hay un caso de muerte, en un alcohólico con cirrosis hepática, con neumonía del fóbulo superior derecho, bacteriemia y colapso, de lo que murió a las seis horas de su ingreso. En un caso se desarrolló empiema; en otros ocho se produjo un pequeño derrame estéril. En total, los efectos de la penicilina oral en la neumonía son superponibles a los que se logran cuando se emplean otras vías.

Penicilina por vía oral.—Con el fin de evitar la inactivación de la penicilina, los autores emplean el polvo de ésta introducido en una doble cápsula de gelatina, que se endurece primeramente con formil y luego con alcohol. Inmediatamente antes de la ingestión de la cápsula se administra al enfermo hidróxido aluminico. Las concentraciones que se logran en la sangre son equiparables a las obtenidas con una dosis de mitad de intensidad por vía intramuscular y persisten a las tres horas de la toma. El método fué ensayado en 10 niños con gonorrea, dos con neumonía y dos con celulitis de la cara, empleando una dosis de 100.000 unidades cada tres horas. La curación se consiguió rápidamente en todos los casos. A pesar del empleo de estas grandes dosis de penicilina no se produjo ningún síntoma tóxico.

Cefalea temporal paroxística.—El cuadro clínico consiste en un dolor punzante en una o dos regiones temporales, que se irradia al área frontoparietal y a la retroauricular; bajo tal dolor se oculta otro sordo, constante, en la misma región. Los ataques se repiten con frecuencia muy variable y duran horas o días. Es frecuente que se acompañen de molestias digestivas, pero no son precedidos por éstas. No hay escotomas, mareo, enrojecimiento familiar ni rinorrea. La compresión de la arteria temporal suprime el dolor agudo y parcialmente también el dolor sordo. La inyección con novocaína en el trayecto arterial también ocasiona la cesación del acceso. Las anestésias locales repetidas pueden constituir un tratamiento eficaz de la enfermedad; pero en muchos casos es preciso recurrir a la extirpación de un segmento arterial. En el trabajo se refieren los casos de ocho enfermos, cinco de los cuales fueron operados y curaron por completo. Los otros tres se trataron con repetidas infiltraciones anestésicas. La arteria fué examinada histológicamente en tres casos, y no se hallaron alteraciones en su estructura.

British Medical Journal

4391 - 3 de marzo de 1945

- Infección cruzada en pacientes de sarampión. J. Wright.
- Cambios de la personalidad después de la fiebre cerebroespinal. M. Narasimha.
- Casualidades psiquiátricas en el servicio femenino. S. J. Ballard y H. G. Miller.
- Angina de Ludwig. J. Farr y E. D. Stanhope.
- Hernia inguinal en la Marina mercante. P. Cole.

Cambios de la personalidad después de la fiebre cerebroespinal.—Se estudia en 51 enfermos los síntomas neuropsiquiátricos después de haber tenido una fiebre cerebroespinal. En la mayoría de los enfermos los síntomas residuales eran psicógenos y similares a los que se ven en otros pacientes que sufren de neurosis. Este estudio se realiza teniendo en cuenta la personalidad anterior del enfermo y por ello consideran tres tipos de personalidad previa a la enfermedad: a) buena; b) débilmente buena, y c) mala (neurótica o psicopática).

Se analizan los síntomas psicógenos de las encefalopatías meningo-cólicas por este orden: cambios de la personalidad, alteración intelectual, alteraciones en la moral, anomalías sexuales, depresiones, cefaleas. Lo más importante es saber que cuando existe una personalidad previa psicótica y además la enfermedad cerebroespinal ha cursado con sintomatología intensa, puede quedar un estado residual de afectación de la personalidad que

puede ser necesaria la colaboración con un psiquiatra, y que incluso en personas sin antecedentes familiares ni personales de alteración de su psiquismo pueden adquirir después de una fiebre cerebroespinal una disposición a las enfermedades neuróticas.

4392 - 10 de marzo de 1945

- Incidencia de úlcera péptica en St. Tomas, 1910 a 1937. H. Tidy.
- Fiebre de aguas negras en el Oriente africano. E. W. Skipper y G. L. Haine.
- Diagnóstico de la malaria en el Oriente africano. D. G. Ferriman.
- Extirpación de restos de proyectiles e inmunización de heridas. J. A. Ross.
- Incidenias en sarna. W. Bartley, K. Unswoerth y R. M. Gordon.
- Ciencia clínica y enseñanza médica. Editorial.

Ciencia clínica y enseñanza de la medicina.—Los libros clásicos de Osler y de MacCallum han sido desbordados en la hora actual como exponentes de la síntesis de nuestros conocimientos; por un lado, la bioquímica, y, por otro, la radiología, han motivado en gran parte este cambio en nuestros conceptos sobre lo que debe ser un libro de texto de patología; por otro lado, esta crisis en los métodos de enseñanza se ha debido a la especialización y fragmentación de la clínica médica, y, finalmente, en tercer lugar, a la actitud frente a la terapéutica, que, de ser pesimista y nihilista en los tiempos de Osler, es hoy un elemento esencial en nuestros conocimientos y en nuestra ciencia clínica.

En la formación del estudiante es fundamental mantener las dos fases de su evolución: la fase preclínica y la clínica propiamente dicha. En la primera, además de factores formativos, existen diferencias psicológicas con relación a la segunda, ya que el alumno, en el período preclínico, es en realidad un universitario, conviviendo entre los demás estudiantes de la Universidad como un todo homogéneo, y al pasar a la fase clínica se inicia un concepto de la especialidad.

El patólogo debe seguir un criterio científico, así como el clínico, para que el estudiante, al pasar de la fase preclínica a la clínica mantenga su mismo espíritu. El patólogo debe ser científico en la explicación de las experiencias del laboratorio, y el clínico, con los mecanismos de los síntomas. En este sentido, el libro de sir Thomas Lewis, "Exercices in Human Physiology" (1945), es de una gran utilidad, ya que proyecta a la clínica los estudios fisiológicos y actúa como punto de enlace entre la formación preclínica con la propiamente clínica.

4393 - 17 de marzo de 1945

- ¿Qué llamamos medicina nacionalizada? Lord Horder.
- Embarazo y diabetes. M. Bigby y R. Avery Jones.
- Mortalidad infantil entre 1920-38. W. J. Martin.
- Hematometra debido a estenosis de cuello después del trabajo. F. Selby Tait.
- Debilidad a la respuesta inmunitaria en enfermedades localizadas. W. Howard Hughes.
- Un nuevo tipo de salmonella. J. Taylor y D. G. Edward.

Debilidad a la repuesta inmunitaria en enfermedades localizadas.—En los procesos peritoneales, urogenitales, pleurales, meníngeos y en general en todos los focos infectivos localizados, no se produce una reacción inmunitaria general y, por tanto, no se producen anticuerpos específicos. Ello se debe a que al localizarse la infección se produce una red de fibrina que, protegiendo y aislando en cierto modo la infección, impide que pasen a través de esta pseudomembrana las moléculas proteínicas de gran tamaño, y de ahí que se puedan originar los procesos inmunitarios.

Embarazo y diabetes.—Antes de la época insulínica la mortalidad por la diabetes era frecuente en las mujeres además embarazadas, mortalidad que si bien ha disminuido a partir de tal terapéutica, no ha decrecido en cuanto a la vida del feto; y así, en la última estadística de Bill y Posey (1944), esta mortalidad fetal, en madres diabéticas, se eleva al 27 por 100. Por ello es de interés el estudio de estos autores sobre

12 embarazos en madres diabéticas, y en donde los resultados fueron buenos haciendo la cesarea entre la semana treinta y seis y treinta y siete de embarazo.

4394 - 24 de marzo de 1945

- * Terapéutica con metionina de la hepatitis infectiva. C. Wilson, M. R. Pollock y A. D. Harris.
- * Tratamiento de la hepatitis infecciosa con Metionina. G. Higgins, J. R. P. O'Brien, R. A. Peters, A. Setewart y L. J. Witts.
- Acción antidiurética de la nicotina. J. H. Burn, L. H. Truelove e I. Burn.
- Efectos locales de solvochin. F. Hawking.
- Tratamiento de la hepatitis infecciosa. Editorial.

Terapéutica con metionina en la hepatitis infectiva. Después de una revisión bibliográfica sobre empleo de los aminoácidos y más en completo de la metionina en la terapéutica de las hepatitis infectivas, analiza las consecuencias de su utilización en 100 enfermos con hepatitis infectiva. La dl-metionina dada diariamente a la dosis de 5 grs., lo que representa aproximadamente igual al contenido de la dieta normal. Los aminoácidos son administrados por la mañana, y a la dosis de 2,5 grs. cada vez.

Como consecuencia de este estudio comparativo llega a la conclusión de que la administración de 5 grs. de metionina diario por boca, no produce efecto en la gravedad o duración de la enfermedad o en las incidencias de la recuperación.

Tratamiento de las hepatitis infecciosas con metionina. En 18 pacientes con hepatitis infecciosa, alimentados con dieta pobre en grasas y rica en proteínas y a su vez con gran cuantía en vitaminas, y otros 18 pacientes que a la misma dieta se la suplementaba con 5 grs. de metionina pura, se observó que la duración de la enfermedad, antes de la administración en el hospital y del número de casos graves, era igual en uno que en otro grupo. Es decir, que el tratamiento con metionina no tiene efecto en el curso clínico de las enfermedades, la anorexia o el porcentaje de duración de la bilirrubinemia. Como se ve muy de acuerdo con el trabajo anterior.

4395 - 31 de marzo de 1945

- Balance de los factores de la vitamina B. M. B. Richards.
- Conductos papilomatosos en la glándula mamaria. C. P. G. Wakeley.
- Sulfato de priflavina en heridas infectadas. J. F. Heggie, G. B. R. Warnock y R. W. Nevin.
- * Telangiectasias hemorrágicas hereditarias. D. Cappon.
- Nuevos conceptos de la alimentación láctea materna. M. Witkin.
- Hipotonía unilateral después de anestesia. I. Brittain y G. J. C. Brittain.
- Reacciones psicológicas en los heridos. L. Minski.
- Timectomia por miastenia gravis. Anotaciones.

Balance de los factores de la vitamina B.—Cuando se da una dieta muy rica en vitamina B se facilita la aparición de un cuadro de avitaminosis por déficit de piridoxina. Patton y colaboradores, en 1944, encontraron que era más fácil producir cuadros de carencia en piridoxina a las madres que habían sido alimentadas con un exceso de tiamina, riboflavina y ácido pantoténico. Este hecho, que se ve fácilmente en las ratas, tiene una gran importancia para la clínica humana, y explica cómo el exceso en la administración de B, ocasiona cuadros clínicos de mucho interés. Así comenta un caso muy interesante, referido por Braedstrup, en un enfermo con dispepsia crónica tratado con una dieta de ulcus y fuertes dosis de B, (220.000 u. u. en tres semanas), tuvo síntomas de pelagra que remitieron en cuanto se dió complejo B completo. Steinberg (1938) comenta otro caso de enfermo con artritis crónica tratada con fuertes dosis de B, y al que apareció "típicas lesiones de herpes" por irritación de los nervios periféricos y espasmo de la musculatura lisa. Los dolores cesaron en cuanto se suprimió el tratamiento. Leitner, en 1943, ya llamó la atención sobre el mal efecto de la B, cuando se administra a dosis masiva.

En un caso, los síntomas eran parecidos al empleo excesivo de tiroides, dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio y palpitaciones.

Poco conocido son los requerimientos diarios para la piridoxina que en la clínica de su deficiencia se caracteriza por insomnio, nerviosismo, irritabilidad, debilidad y dificultad en la marcha. Todos estos síntomas desaparecen administrando 50 mg. de piridoxina.

Se puede concluir diciendo que, así como por ejemplo en la pelagra hay que dar además de ácido nicotínico otros preparados vitamínicos del complejo B, igualmente al administrar B, para el tratamiento de este déficit, hay que administrar todo el complejo B, y, por ello, debemos tener precaución al administrar preparados sintéticos vitamínicos de modo exclusivo.

Telangiectasia hemorrágica hereditaria.—Comenta un caso de telangiectasia hemorrágica en un enfermo que pertenece a una familia en la que tres generaciones anteriores han tenido el mismo proceso. Esta enfermedad, conocida como de Rendú-Osler-Weber o enfermedad de Goldstein, se puede definir como distrofia hereditaria de los capilares, transmitiéndose siguiendo las leyes mendelianas con carácter dominante y afectando por igual a los dos sexos. Se hace un estudio histórico de esta enfermedad y las bases para el diagnóstico diferencial. Este se realiza teniendo en cuenta que para que se pueda asegurar el diagnóstico de Rendú-Osler hace falta: 1.º que la enfermedad sea hereditaria; 2.º que el enfermo tenga telangiectasias; 3.º que sea hemorrágica, y 4.º que se ocasionen focos múltiples.

Edinburgh Medical Journal

52 - 5 - 1945

- Recientes avances en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Keers.
- Ultimos experimentos en el estudio del "pie de inmersión". Blackwood y Russell.
- * Hipotensión sanguínea. Hamilton.
- Diagnóstico y descripción del cáncer. Harvey.

Hipotensión sanguínea.—En la variedad de índices y valores normales en la tensión arterial, de los cuales el más conocido es el que tiene por fórmula "100 mm. Hg. más igual número de años", se hacía necesaria una revisión del problema a la luz de las investigaciones seriadas y de las posibilidades de control de reacciones que han ofrecido las circunstancias de guerra, con sus exigencias físicas, en gran número de gentes, aviadores sobre todo.

Se hace una revisión de las publicaciones y se encuentra que, en vez de los 100 mm. aceptados comúnmente como límite inferior de la presión sistólica, debe aceptarse el de 90 mm., entre los cuales 90 y 110 se mueve en multitud de personas de todas las edades, y no aumenta, como se creía, con la edad.

Este nivel bajo de tensión no sólo es compatible con la salud y longevidad, sino que, según estadísticas procedentes de compañías de seguros norteamericanas de Robinson y Bruce, Friedlander, etc., parece que está en relación con la mortalidad disminuida, quizá por la frecuencia con que la muerte es debida a la hipertensión o sus secuelas. Así llega Mac William a decir que una baja presión a la edad de cincuenta años, sin lesión orgánica causal, es la mejor garantía de una vida normalmente larga.

Entre los que tienen tensiones bajas, por debajo de 110 de máxima, hay muy pocas probabilidades de llegar a ser hipertensos.

Aparte de este problema de longevidad, se ve que esta persistente baja tensión arterial es compatible con un perfecto estado de salud y una capacidad física normal, como se ha visto entre atletas y aviadores. Treagold, en 1933, después de examinar 20.000 pilotos de la R. A. F., llegó a la conclusión de que el grupo de hipotensos (por debajo de 110 mm. Hg.) exhibía la mejor respuesta vasomotora; y Kreionberg

y Winter, en 1941, los han encontrado como los mejores tolerantes de grandes alturas.

La hipotensión en los tuberculosos, en cambio, es signo de mal pronóstico, cuando tiende a acentuarse. De los síntomas atribuidos a ella generalmente, en un análisis concienzudo, no queda ninguno que no se encuentre en gentes con tensión normal o elevada, y deben ser atribuidos a disturbios emocionales o neurosis vegetativas, con hipersensibilidad de los senos carotídeos, etcétera.

Sucesivamente son analizadas las hipotensiones sintomáticas y las posturales, en las que se logra una mejora con fajas ortopédicas abdominales y compuestos del tipo de la efedrina, bencedrina y reposo en cama con la cabeza elevada.

52 - 6 - 1945

- La Cirugía va a la guerra. Ogilvie.
- La anatomía patológica de la parálisis general estacionaria a consecuencia de tratamiento. Stengel.
- El "oido inseguro". Birrel.
- Actinomicosis. Macnab.

La anatomía patológica de la parálisis general estacionaria a consecuencia de tratamiento.—El éxito de los métodos terapéuticos modernos ha hecho posible el estudio de la parálisis general progresiva hecha estacionaria. Antes, los paralíticos morían por lo general en un plazo no superior a cinco años después de iniciados los síntomas; pero ahora la paludización, combinada con el tratamiento específico o la triparsamida sola, inactivan la gran mayoría de los casos, siendo la recuperación mayor cuanto más pronto se inicia. El autor ha podido investigar dos casos que vivían veinte años después de ser tratados, y que murieron de otras afecciones intercurrentes, de los cuales uno había sido paludizado a los cinco años de enfermedad, combinándose un tratamiento específico, y en el que la remisión lograda fué menor que la lograda en el otro. Este fué tratado con triparsamida nada más comenzar los síntomas; pero esto no quiere decir nada respecto del valor terapéutico de ambos métodos, pues el primer caso estaba muy avanzado.

Microscópicamente se encontró una alteración inespecífica, de pérdida uniforme de células nerviosas de la corteza; pero especialmente de las zonas que en la parálisis general progresiva, como en las afecciones degenerativas, están más afectadas; es decir, en la corteza piramidal, frontal y en la parietal, así como en el asta de Ammon. La citoarquitectónica de la sustancia gris cortical no estaba muy alterada, sin embargo. Los vasos estaban normales. En el primer caso no había proliferaciones gliales, mientras que en el segundo se encontraron aumentadas moderadamente las células de la microglia, así como los capilares y pequeños vasos de la corteza y del cuerpo estriado. Estos cambios no son específicos de la P. G. P., y se encuentran en otras afecciones y condiciones cuyas relaciones con aquella y posible diagnóstico diferencial se discuten.

Actinomicosis.—El autor hace una descripción de la etiología, patogenia, anatomía patológica y estado actual del tratamiento de la afección.

El organismo productor es un hongo, el *Actinomyces bovis*, cuya característica principal es la de crecer formando colonias en medios pobres en oxígeno, casi anaerobios, por lo que ha sido clasificado como microaerófilo, para diferenciarlo de otros *actinomyces* aerobios. Toma el Gram y necesita para desarrollarse bien una temperatura como la del cuerpo humano. Es difícil de aislar y cultivar, lo cual dificulta la exploración de su sensibilidad a drogas, como la penicilina.

Es discutido el modo de adquirir la enfermedad, ya que parece que las mucosas ofrecen una gran resistencia a la penetración del agente, y es necesario un trauma o una infección asociada que le abra paso. En los casos del autor había en casi todos un antecedente de sepsis oral, caries y extracciones dentarias, con localizaciones próximas del *actinomyces*.

El microorganismo coloniza en el tejido conjuntivo;

en él provoca una gran reacción fibroblástica, y parece que, por su tamaño, no puede penetrar y difundirse por los linfáticos.

En cuanto al tratamiento médico, se han señalado éxitos con el yoduro potásico, con las sulfamidas y con la penicilina; pero no con regularidad, lo cual, aparte de la diversidad de sensibilidad a las mismas, parece indicar que se trata de diferentes cepas de *actinomyces*. La observación de la evolución hace que se pueda elegir el momento adecuado de tratamiento con drogas, con rayos X o por medios quirúrgicos, ya que un drenaje bueno es el factor más importante, pues ayuda a la Naturaleza a expulsar al organismo ofensor y acaba con la infección secundaria.

El diagnóstico precoz, no siempre fácil, es esencial, si queremos hacer descender la letalidad y obtener buenos resultados cosméticos.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

38 - 10 - 1945

- Anestesia en la operación para el cierre del conducto arterioso persistente. J. Gillies.
- Preparación del enfermo diabético para la operación. G. Graham.
- Una breve revisión de los anestésicos dados en una Unidad quirúrgica del frente en la B. L. A. R. Binning.
- * Infecciones parenterales en la gastro-enteritis con referencia especial a la mastoiditis. M. E. Wehner.
- 1) Raquitismo resistente a la vitamina D: Curación con dosis muy altas de vitamina D, fluctuaciones en las necesidades de vitamina D, desarrollo de síntomas tóxicos y alteraciones óseas no-raquíticas.
- 2) Raquitismo resistente a la vitamina D: Curación con dosis muy altas de vitamina D, fluctuaciones en las necesidades de vitamina D, desarrollo de hipercalemia. H. Mackay y Q. I. May.
- Glioma del quiasma óptico. J. Minton.
- Hiperplasia de las encías por la terapéutica con epanutina. Dos casos. A. I. Date.
- Megalouréteres bilaterales congénitos con hidronefrosis: Una historia familiar notable. H. Mackay.
- Deformidades congénitas. Dos casos. G. O. Tippet.
- * Discusión sobre la penicilina en el tratamiento de las enfermedades de la infancia.
- Tumores de la órbita. H. Jackson.
- Tumores de la órbita. S. P. Meadows.
- Acroparestesia. S. Behrman.
- La anatomía del orificio torácico en relación con la "irritación" y compresión de los troncos nerviosos. G. Wendell.
- * Discusión sobre el tratamiento de la meningitis aguda.
- Métodos físicos en el tratamiento de los estados sépticos (resumen de las referencias de una sesión clínica en el St. Thomas Hospital).
- Las bases físicas de la terapia con radiaciones de calor. D. S. Evans y K. Mendelsohn.
- * Radiología del intestino delgado. J. Wilkie.
- La significación del período latente que transcurre entre el comienzo y los aspectos radiográficos. J. F. Brailford.

Infecciones parentales en la gastroenteritis con referencia especial a la mastoiditis.—El autor estudia la existencia de infecciones asociadas en niños que presentaban un cuadro de diarreas y vómitos. El número de niños observados en el curso de un año fué de 75, y de ellos, en 46, pudo demostrarse la existencia de una infección parenteral. De éstas, las más frecuentes fueron la mastoiditis, neumonía, otitis supurada y la combinación de estos procesos. La mortalidad en el grupo con infección parenteral asociada fué de todas formas ligeramente menor (32,6 por 100) que en los casos que no presentaban dicha asociación; pero en el conjunto de todas las infecciones parenterales, la mastoiditis o la neumonía dieron al cuadro gastrointestinal un pronóstico mucho más serio.

Discusión sobre la penicilina en el tratamiento de las enfermedades de la infancia.—En la primera parte de la discusión se ocupa Aird del tratamiento con penicilina de la osteomielitis aguda y recalca la importancia que tiene la punción medular, puesto que con ella se obtiene la seguridad en el diagnóstico bacteriológico, aunque el hemocultivo sea negativo, y además puede determinarse así la sensibilidad a la penicilina de los gérmenes, lo que sirve desde el punto de vista pronóstico; al mismo tiempo se disminuye la tensión en

el centro de la infección y se abre así una vía adicional para la administración de penicilina. A continuación se refiere a los métodos de administración de la penicilina, y se muestra partidario de primera intención de la infusión intramuscular continua, aunque recalca después la importancia de la vía intramedular, que, según él, posee ciertas ventajas, tales como el conseguir una concentración local alta; sólo necesita inmovilizarse el miembro enfermo y es más fácil de soportar en niños con tejido muscular escaso. Pasa revista a los signos de manifestación de mejoría y, por último, se ocupa del curso de la enfermedad alterado por la penicilina, insistiendo fundamentalmente en la disminución de la formación de secuestros.

Bodian se refiere al estudio de 200 determinaciones del nivel de penicilina en el suero de niños, y sugiere un esquema de dosificación que consiste en la administración de 1.000 unidades por libra de peso teórico en las veinticuatro horas por vía intramuscular, divididas en dosis cada cuatro horas. Recalca la importancia de las investigaciones bacteriológicas adecuadas y sugiere un tratamiento combinado de penicilina y sulfamidas en relación con las investigaciones bacteriológicas. Un análisis de los casos tratados muestra el predominio de los estafilococos en las infecciones neonatales graves, y el gran valor del tratamiento con penicilina en estos casos. Se obtuvieron buenos resultados en casos de septicemia y en sepsis de origen óseo o articular. En la sífilis congénita sugiere un esquema de tratamiento a base de grandes cantidades de penicilina, y los resultados fueron alentadores en sus casos; pero manifiesta que es preciso ampliar la experiencia. Un grupo mixto de casos de diarrea y vómitos fué también tratado durante periodos cortos, pero los resultados no fueron satisfactorios.

Discusión sobre el tratamiento de la meningitis aguda.—Mitman se refiere al tratamiento de la meningitis meningocócica, comentando cómo después de la introducción en terapéutica de las sulfamidas ha cambiado la incidencia de mortalidad de dicho proceso. Para explicar las diferencias que existen entre las diversas estadísticas, manifiesta el autor que hay que tener en cuenta, en primer lugar, la virulencia de la raza de meningococos en cada epidemia, y según se trate de una epidemia o endemia; en segundo lugar, la edad de los enfermos; en tercer lugar interviene, de una manera notable, la organización para el diagnóstico precoz y la institución rápida de una terapéutica eficaz; en cuarto término tenemos el empleo de una terapéutica específica, esto es, de las sulfamidas. Discute, a continuación, la elección del preparado sulfonamídico y se muestra decididamente partidario del empleo de sulfadiazina a la dosis de 9 grs. diarios, hasta que la temperatura se hace normal (aproximadamente unos tres días), 6 grs. diarios durante dos o tres días, y completando el curso con otros tres días a 3 grs., siendo la dosis total de 40 a 50 grs. en el término de una semana; en el primer periodo la dosis se dará cada cuatro horas, y si el resultado es satisfactorio, cada seis horas en los días sucesivos; la dosis inicial será de 4 grs. por vía oral o por intubación nasal, y de 2 gramos si es por vía intravenosa. A continuación se refiere al síndrome de Waterhouse-Friderichsen y recalca que ante un caso dudoso debe hacerse una punción lumbar diagnóstica, un hemocultivo, comenzando rápidamente la quimioterapia de la forma indicada, y tratando el colapso circulatorio con transfusiones de plasma, preparados suprarrenales y suero fisiológico o solución sexto molar de lactato sódico con adición del 5 por 100 de glucosa.

Smith comunica el tratamiento de 29 casos de meningitis neumocócica, de los cuales cinco murieron. Realiza un tratamiento combinado de penicilina y sulfadiazina; comienza con una inyección intrarraquídea de 8-20.000 unidades de penicilina y continúa con 120.000 unidades intramusculares cada cuatro horas; la sulfadiazina la administra por vía oral o por intubación nasal, a una dosis inicial de 4 grs., y luego

2 grs. cada cuatro horas; al día siguiente repite la inyección intrarraquídea, y si se ha hecho más espeso el líquido céfalo-raquídeo, se realiza doce horas más tarde la tercera punción, para no dejar pasar desapercibido un bloqueo incipiente, y estas inyecciones deben repetirse, por lo menos, durante los cinco primeros días; la penicilina intramuscular puede suspenderse al quinto día, pero la sulfadiazina, aun disminuyendo progresivamente la dosis hasta 1 gramo cada cuatro horas, debe administrarse, por lo menos, durante una semana. El autor insiste en que este esquema de tratamiento no representa una técnica rutinaria, sino que se acomoda aproximadamente a la mitad de los casos y que, en general, todo tratamiento debe ser instituido precozmente, debe conseguir un libre acceso de cantidades adecuadas de penicilina a todas las partes del sistema cerebroespinal, debe mantener una concentración adecuada de penicilina en el líquido céfalo-raquídeo durante suficiente tiempo y, por último, debe atacar al foco primario.

Duphier se refiere también a la quimioterapia de la meningitis neumocócica y se ocupa más bien de la actividad de la penicilina, su difusión cuando se inyecta por vía intrarraquídea o intraventricular y a su actividad tóxica en grandes cantidades, debido a que algunas muestras comerciales contienen impurezas que pueden conducir a la producción de una meningitis aséptica.

Radiología del intestino delgado.—Comienza el autor revisando el aspecto radiográfico normal del intestino delgado y manifiesta que todo el mundo está familiarizado con el aspecto plumoso de los segmentos altos del yeyuno, debido a sus pliegues mucosos profundos que disminuyen en tamaño conforme el intestino delgado se aproxima a su terminación; las paredes del ileon aparecen frecuentemente lisas, aunque la compresión demuestra a menudo la existencia de pliegues mucosos muy poco profundos. En los niños los pliegues son escasos y de menos tamaño, lo que altera los rasgos radiográficos, ya que ninguno de dichos pliegues pueden observarse en niños menores de tres o cuatro meses, y a partir de esa edad comienza a aparecer el aspecto que se observa en el adulto. El intestino muestra marcada sedimentación, y la luz es habitualmente irregular, pudiendo mostrar discontinuidad, apareciendo la sombra habitada en forma de masas separadas y distintas. A continuación se refiere a tres grupos de casos: En el primero se ocupa de dos casos de una mal-rotación congénita que daba origen a una obstrucción en la parte baja del duodeno con sintomatología caracterizada por vómitos persistentes, inmediatamente después del nacimiento, y un tercer caso con atrepsia del intestino, también con vómitos como síntoma fundamental. En segundo lugar se ocupa de las alteraciones radiológicas del intestino en las enfermedades por carencia, y comunica las observaciones en tres casos que presentaban algunos de los signos descritos por Golden, esto es, trastornos de la motilidad (hipermotilidad, hipomotilidad, dilatación, segmentación anormal), trastornos de la mucosa (engrosamiento y obliteración de los pliegues) y floculación de la papilla. Por último, se ocupa e insiste en que tiene cierta semejanza con los que se presentan en las enfermedades por carencia.

The Lancet

6340 - 3 de marzo de 1945

El valor del trabajo en el tratamiento de la tuberculosis. F. Heaf.
Dermatitis exfoliativa tratada con cistina. B. A. Peters.
Eliminación de nitrógeno después de las quemaduras: Efectos de la adición de proteínas y metionina a la dieta de las ratas. P. B. Croft y R. A. Peters.
Operación de injerto uterino por prolapso genital. T. C. Clare.
Fractura por fatiga del peroné. D. A. Richmond.

6342 - 17 de marzo de 1945

* Decorticación en los hemotórax coagulados e infectados. C. Price Thomas y W. P. Cleland.

Rayos X en el diagnóstico y localización de la gangrena gaseosa. F. H. Kemp.
Polvo de óxido de hierro y los pulmones de los pulidores de plata. A. I. G. McLaughlin, J. L. A. Grout, H. J. Barrie y H. E. Harding.
Tifus exantemático en el Sudán angloegipcio. R. W. Stephenson.
Transmisión de la ictericia salvársánica por la sangre: fracaso con las heces y con los lavados nasofaríngeos. F. O. McCallum.

Decorticación en los hemotórax coagulados e infectados.—En el presente trabajo, los autores discuten los rasgos clínicos y radiológicos y tratamiento de los hemotórax coagulados e infectados y describen la operación de la decorticación y su tratamiento postoperatorio.

Al referirse a los hemotórax coagulados no infectados, manifiestan que por el momento no existe ninguna explicación satisfactoria de la coagulación o, mejor, de la causa de la ausencia habitual de coagulación en los hemotórax, puesto que uno de los argumentos más invocados ha sido la presentación de la infección, pero son numerosos los casos de coagulación masiva en los que no se ha podido aislar gérmenes. De todas formas, es posible que el aumento de la incidencia de coagulación puede ser debida al empleo intra-pleural de penicilina como profiláctico de la infección, y tal vez en la mejoría del diagnóstico. Desde el punto de vista clínico y radiológico existen dos tipos distintos de hemotórax coagulados; uno muestra múltiples compartimentos de aire y líquido, separados por bandas de fibrina, y su contenido oscila entre un líquido seroso estéril y pus; la segunda variedad es el coágulo masivo, bien como un solo bloque o en numerosos fragmentos; las diferencias pueden explicarse por la existencia o no de aire dentro de la cavidad pleural, aunque en otros casos pueden ser debidos a la existencia de gérmenes formadores de gas. Los signos físicos del hemotórax coagulado son los de un derrame pleural, pero en los casos multiloculados existen áreas de timpanismo alternando con otros de macidez; está abolido el murmullo respiratorio y algunas veces existen ruidos bronquiales, lo que depende del estado del pulmón. Radiológicamente, en los casos multiloculados existen niveles líquidos múltiples; a veces se interrumpe el nivel líquido por la proyección de una masa de fibrina por encima de la superficie, y en los casos con coagulación masiva se presenta una opacidad muy densa. El diagnóstico, aparte de los datos clínicos y radiológicos, se basa en la imposibilidad de la capacidad de la cavidad pleural para absorber la sangre, y cuando esto no es posible, el coágulo se organiza formándose un tejido fibroso de granulación que constituye una verdadera membrana adherida a la pleura. En cuanto al tratamiento, se ha progresado evidentemente, pues primitivamente dejaba realizarse la absorción natural, lo que, evidentemente, puede ocurrir en los casos de pequeña intensidad, pero presenta el peligro de organización e incluso calcificación u osificación; el primer intento para evitar estas complicaciones fué la evacuación simple del coágulo, que también, en algunas ocasiones, puede conseguir la curación, pero que en otros la organización impide la reexpansión; por último, se ha llegado al procedimiento terapéutico que consiste en la evacuación del coágulo con decorticación y cierre de la toracotomía con drenaje aspirativo permanente; la succión se mantiene durante dos o tres días, y cuando el pulmón se ha expandido completamente se extraen los tubos.

A continuación se ocupan de los hemotórax coagulados e infectados, complicación que se presenta en el 30 por 100 de los casos. La infección debe sospecharse en presencia de fiebre, taquicardia o leucocitosis y pérdida rápida de peso. No es fácil siempre obtener la confirmación bacteriológica de la infección en el material aspirado, porque la infección puede estar localizada en algunos de los compartimentos sin comunicación con la cavidad general. Los rasgos radiológicos son frecuentemente bastante significativos y así, por ejemplo, en la variedad multiloculada los compartimientos están a menudo a gran tensión, y es por lo que

las cavidades aparecen más esféricas y en los casos de coágulo masivo la opacidad presenta un aspecto similar a la de una esponja, por la formación de gas por gérmenes anaerobios. El tratamiento moderno de este tipo de hemotórax se basa en esterilizar el hemotórax con penicilina en inyección intra-pleural y dosis de 60.000 unidades cada dos días; una vez conseguida la esterilización se realiza la decorticación con aspiración constante en la forma más arriba indicada. En cuanto a la bacteriología, manifiestan que han encontrado estreptococos, estafilococos, neumococos, B. proteus, Ps. pyocyanea, gérmenes coliformes y Cl. welchii. Por último, después de referirse a los casos de empiema consecutivos al hemotórax, tanto del empiema cerrado como abierto o drenado, resumen sus observaciones diciendo que encontraron en un total de 750 lesiones torácicas la existencia de un hemotórax en 526, o sea el 70 por 100, y que la infección existió en el 30 por 100 y la coagulación solamente en el 9 por 100.

6343 - 24 de marzo de 1945

El museo de Hunter, hoy y mañana. G. Grey Turner.
Desastres psiquiátricos entre oficiales y hombres de Normandía: Distribución de los factores etiológicos. E. Miller.

Reparación de las heridas corneales perforantes. R. A. D. Crawford.

* Penicilina en la blenorragia: sugerencia de un esquema de tratamiento. T. R. Lloyd Jones, F. G. Maitland y S. J. Allen, con un postscriptum de Sh. Dudley.
Recuperación en un hospital naval. H. J. Burrows.

Penicilina en la blenorragia.—Los autores comunican los resultados obtenidos en 265 casos de blenorragia, con un tratamiento a base de penicilina. La curación se realizó en más del 99 por 100 de los casos. El tratamiento propuesto por los autores consiste en emplear la penicilina en inyección intramuscular y a una dosis de 30.000 unidades cada dos horas, con un total de 5 inyecciones, esto es, realizar el tratamiento del proceso en el curso de ocho horas. Han encontrado que la resistencia a las sulfonamidas y la duración de la infección no tenían ningún efecto sobre la respuesta a la penicilina. En todos los enfermos se hizo un frotis uretral y prostático, así como también cultivos cuarenta y ocho horas después del tratamiento, o sea cuando no existe ya penicilina en el suero sanguíneo ni en la orina, y de esta forma comprobaron que no existe la posibilidad de portadores asintomáticos después del tratamiento con penicilina. Como se ha sostenido que los metales pesados pueden interferir con la acción bacteriostática de la penicilina, y con el fin de ver la influencia que esto pudiera tener en casos de enfermos lúéticos sometidos a tratamiento con preparados de arsénico y bismuto, los autores hacen unos experimentos in vitro y otros in vivo, demostrando que la terapéutica concomitante con arsénico y bismuto no constituye una contraindicación para el empleo de penicilina en el tratamiento de la blenorragia.

6344 - 31 de marzo de 1945

Recolocación de los inválidos. Th. Ferguson.

¿Son las sulfonamidas simplemente agentes bacteriostáticos? L. Colebrook y W. C. Cawston.

* Penicilina en las infecciones por clostridium. G. H. Fisher, L. Florey, T. A. Grimson y P. M. de C. Williams.

Fracturas subcapitales del cuello femoral: fijación por clavo e injerto. E. N. Wardle.

* Ataques múltiples de fiebre cerebroespinal. W. F. Corfield.
Empleo del vendaje de Mikulicz en una herida torácica. A. R. Clarke.

Penicilina en las infecciones por clostridium.—Se conoce ya, por trabajos experimentales, el valor protector de la penicilina por vía parenteral contra las inoculaciones de clostridias, y los autores investigan en su trabajo el efecto de la penicilina en el tratamiento profiláctico en 4.000 casos, aproximadamente, de heridas de guerra. Para ello dividieron los heridos en cuatro grupos. En el primer grupo incluyen aquellos casos que fueron diagnosticados de gangrena gaseosa en el hos-

pital de vanguardia; los hallazgos bacteriológicos demostraban que se trataba de una infección anaeróbica, tanto en el frotis de la herida como por cultivo, y que los gérmenes persistían durante un período de tiempo mayor que lo que podía indicar la superficie limpia de la herida, pero que era proporcional al tiempo de duración de la inflamación de los músculos, que la toxemia era el rasgo más evidente y prolongado en la mayor parte de los casos que la infección no se detiene después de haber sido instituida una terapéutica penicilínica combinada con cirugía conservadora; se utilizó suero antigangrenoso, ya que el empleo de un fuerte agente antibacteriano no puede evitar la circulación de las toxinas ya existentes, y porque además tampoco se puede evitar que los gérmenes, aunque no puedan multiplicarse todavía, fabrican toxinas, y de igual forma se hizo necesaria la cirugía para extraer el tejido muerto que renueva la infección y mantiene la formación de toxinas sin que puedan llegar a él la droga y los anticuerpos; de este primer grupo fueron tratados de la forma indicada 16 casos.

En el segundo grupo se incluyen 14 casos, que fueron diagnosticados y tratados antes de llegar al hospital de vanguardia; aquí también es indudable que el diagnóstico en el mismo día de la herida y el empleo sistemático de penicilina y una dosis mínima de suero antigangrenoso pueden detener la difusión de la infección, a pesar de que los músculos examinados al tercer día mostraban evidentes lesiones, aunque la necrosis era pequeña.

El tercer grupo comprende 36 casos sépticos o "sucios", que fueron tratados previamente con penicilina, y que aunque no presentaban síntomas de gangrena gaseosa, sin embargo pudo demostrarse la existencia de clostridias en la herida; el porqué no colonizan y se multiplican estos gérmenes produciendo la infección gaseosa, a pesar de que las condiciones de la herida son las más favorables para su crecimiento, y el hecho de que no se presenten otros tipos de gérmenes no pueden explicarse más que por la existencia de un factor común para todos ellos, a saber: el tratamiento con penicilina. Esta sugestión hecha por los autores se fundamenta en que se evita la difusión más allá de las capas superficiales de los músculos desgarrados y desvitalizados. Incluso esta infección tan limitada fué suficiente en algún caso para producir una toxemia profunda, que pudo controlarse perfectamente con una dosis de 16.000 unidades de suero antigangrenoso. En los casos de este grupo se empleó una dosis de penicilina de 15.000 unidades cada tres horas, dosificación que, como ya se ha dicho, impide el crecimiento de los gérmenes banales; pero, sin embargo, las clostridias persisten, y que aunque no producen signos locales de gangrena gaseosa, en algunos casos dan origen a síntomas generalizados.

El grupo cuarto, con 36 casos, fué seleccionado con fines comparativos desde el punto de vista de la flora bacteriana. La alta proporción de heridas estériles y la ausencia y escaso crecimiento de las clostridias, fueron los rasgos más notables. Fué posible en heridas laceradas que permanecieran limpias bajo la influencia de penicilina. Por otro lado, las clostridias pueden producir una herida séptica distinta de la celulitis anaeróbica o de la gangrena gaseosa, en determinadas condiciones para su multiplicación.

Ataques múltiples de fiebre cerebrospinal.—El autor describe un caso que presentó cinco ataques separados de meningitis; el meningococo no fué visto o aislado del líquido cefalorraquídeo en los dos primeros ataques, aunque se observaron cocos Gram-positivos (¿neumococos?); en el primer ataque fué positiva una reacción de floculación con el suero antimeningocócico del grupo II. En los ataques tercero y cuarto se vieron meningococos en los frotis y pudieron cultivarse, y manifiesta el autor que probablemente los cuatro primeros ataques fueron debidos al meningococo. El quinto ataque pudo demostrarse que era debido al *N. catarrhalis*. Los intervalos que mediaron entre los

cinco ataques fueron dos años, catorce meses, un año y ocho meses; entre los ataques se hicieron investigaciones de la cavidad nasofaríngea, con el fin de descubrir la causa de la repetición de las meningitis, pero no pudo demostrarse la existencia de meningococos y en cambio se cultivó un neumococo del líquido del lavado del seno maxilar.

Termina diciendo el autor que el presente caso es notable, porque se trataba de ataques de meningitis totalmente diferentes unos de otros y no de recidivas del mismo proceso.

La Presse Medicale

53 - 5 - 3 de febrero de 1945

* Principios fisiológicos de los tratamientos con acetilcolina. Sus indicaciones en la hipotensión esencial y en el colapso agudo. D. Danielopolu y D. Crivetz. Observaciones sobre la localización diencefálica de la epilepsia. J. A. Chevany y M. Feld. El efecto de grupo en fisiología. L. Binet y F. Bourliere. Tratamiento de la enfermedad de Raynaud por la benzimidazolina. A. Ravina. La oclusión intestinal aguda tardía de los laparotomizados. R. Desjacques.

Principios fisiológicos de los tratamientos con acetilcolina.—El tratamiento con acetilcolina de la hipertensión y sus accidentes nerviosos es totalmente antifisiológico, y, en muchas ocasiones, peligroso. Siendo la acetilcolina el medicamento tónico por excelencia del sistema nervioso vegetativo, sus indicaciones están, por el contrario, en la hipotensión esencial (hipo-anfotonía general de Danielopolu) y, unida a la atropina, en el colapso agudo.

La acetilcolina actúa sobre el órgano terminal provocando una respuesta parasimpaticomimética, que desencadena, por parte de la célula, una réplica compensadora simpaticomimética, que se traduce por liberación de simpatina. Siendo más intensa la primera acción, el efecto en conjunto es parasimpático (vasodilatador etc.). Pero si con atropina se frena el parasimpático, queda de manifiesto la réplica simpática, y la acetilcolina obra como vasoconstrictora.

Normalmente la acetilcolina, liberada por la neurona simpática preganglionar, excita la secreción de adrenalina por las suprarrenales, siendo luego rápidamente inactivada por la colinesterasa. Bajo la acción de la atropina la acción adrenalino-secreto de la acetilcolina se refuerza, ya que la atropina inactiva la colinesterasa.

Estas son las conclusiones que los autores sacan de una serie de experiencias en perros, que reseñan brevemente en su trabajo. Ellas les sirven para preconizar el tratamiento de la hipotensión esencial mediante inyecciones subcutáneas diarias de 20 a 50 centigramos de acetilcolina, que aumentarán el tono de todos los órganos en los que el parasimpático es excitador y al mismo tiempo aumenta la producción de adrenalina. Igualmente, en el colapso agudo, administran acetilcolina, previa inyección intravenosa de 1,5 miligramos de atropina, para lograr así una prolongada secreción de adrenalina.

53 - 6 - 10 de febrero de 1945

Modo de acción de la penicilina. C. Levaditi. Sobre la resistencia a la tuberculosis. La resistencia específica innata. El. Bernard. Estrechamiento del campo visual y ambliopía de los heridos de cráneo. A. Rouguier. Síndrome de insuficiencia renal secundaria de los heridos de miembros por aplastamiento. Fruchaud y Baumann.

53 - 7 - 17 de febrero de 1945

* De la blancura marmórea de un segmento de un miembro como signo de alarma de la isquemia. R. Leriche. Las correlaciones histológicas y clínicas en la enfermedad de Basedow. J. Martin y P. Guinet. Acción anticoagulante de un derivado de la cumarina. Aplicación a las flebitis. C. Olivier y M. Mattel. Neumoperitoneo por síndrome gástrico consecutivo a una frenicectomía izquierda. Curación completa y persistente. S. Belbenoit.

De la blancura de un segmento de un miembro.—La blancura marmórea de un miembro es indicio seguro de la existencia de un obstáculo mecánico en su circulación arterial, por lo que ninguna intervención sobre el simpático puede, en estos casos, ser útil, y es, en cambio, precisa la intervención local.

Dicha blancura marmórea suele aparecer bruscamente, pero sin dolor, acompañándose de frialdad (que no cede a nada) e insensibilidad y existiendo únicamente dolores cuando el sujeto intenta contraer los músculos de la zona afectada. No se encuentra pulso periférico. Abandonada a sí misma—o sometido el paciente a anestesia simpática, gangliectomía, etc., inútiles totalmente—, al cabo de uno a tres días aparecen manchas violáceas, luego flictenas, etc., y ya no queda más recurso que amputar.

Si bien esta blancura marmórea puede aparecer: 1) Como consecuencia de fracturas cerradas con trombosis rápida de las arterias lesionadas. 2) En las embolias, aunque en ellas dura poco y rápidamente aparece la lividez. 3) En las arteritis, si bien en ellas el comienzo no es brusco, pues la palidez marmórea sólo se presenta cuando se obliteran las venas de una región cuya arteria estaba ocluida desde algún tiempo antes. 4) Leriche considera que el comienzo agudo y la persistencia sólo se presentan en las trombosis masivas producidas sobre aneurismas arteriales.

Presenta un caso típico de esta lesión, con la sintomatología antes mencionada.

Neumoperitoneo por síndrome gástrico consecutivo a una frenicectomía izquierda.—De antiguo se conoce la sintomatología gástrica que aparece en algunos casos después de una frenicectomía izquierda. Monaldi y Sisti establecieron que estas alteraciones constituyen una indicación de neumoperitoneo.

Un enfermo con un infiltrado subclavio izquierdo y sínfisis pleural que imposibilitaba el neumotórax, fué sometido a una frenicectomía. Desde entonces comenzó a tener dolores en epigastrio a las dos horas de las comidas, que obedecían muy poco a los alcalinos y se calmaban después de vómitos muco-alimenticios. Continuó así durante un año, con el diagnóstico de úlcus gástrico; al cabo de este tiempo se vio por el autor, que, luego de descartar el úlcus, inicia un neumoperitoneo, con el que las molestias desaparecen.

El autor tiene la duda de si en este caso el cuadro gástrico era simplemente funcional o si respondería a lesiones tuberculosas de intestino, ya que en una laparoscopia vió unas adherencias sospechosas. El mecanismo del neumoperitoneo sería impedir la atracción que sobre las vísceras abdominales ejerce el pulmón al paralizarse el diafragma.

53 - 8 - 24 de febrero de 1945

Consideraciones sobre el método de las vacunaciones asociadas y su aplicación a la lucha contra determinadas enfermedades infecciosas (difteria, tétanos, tifoidea). G. Ramon.

El enclavamiento centromedular de los huesos largos. C. Rocher.

Las caries de los dientes de leche. Encuesta médico-social en Suecia. R. Clement.

53 - 9 - 3 de marzo de 1945

Papel de los anaerobios en la etiología de las séptico-pneumias consecutivas a apendicitis. A. Lemierre y J. Reilly.

Riñones poliquísticos en los niños. M. Fevre y Trau Van Hoa.

Cáncer cutáneo esterilizado por radium. E. Wallon.

53 - 10 - 10 de marzo de 1945

El tratamiento de las gonococias sulfamidoresistentes. C. Huriez, G. Patoir y J. Leborgue.

Tumor cerebral y embarazo. B. Duperrat.

La penicilina. L. Des Gennes y L. Cournot.

Tratamiento del zoma y de las algias postherpes con novocaina intravenosa. A. Ravina.

La última mezcla obliterante para varices resistentes. Yoyo y benzo-salicilato. G. y J. Delater.

Tratamiento de la cefalea posttraumática mediante inyecciones epidurales de suero fisiológico. L. Leger.

El tratamiento de las retenciones de orina de origen nervioso con inyecciones de geneserina. P. Droquet.

53 - 11 - 17 de marzo de 1945

* Síntesis de los nucleoproteidos y granulaciones celulares. C. Levaditi.

A propósito del diagnóstico bacteriológico rápido de la difteria. M. Lisbonne y H. Galerne.

Metástasis de un epiteloma malpighiano de la lengua en el ganglio cervical superior del simpático. J. Martin.

Flebografía y flebectomía en las flebitis postoperatorias recientes y profundas del miembro inferior. C. Olivier.

Schwannoma de estómago. E. Perier.

Delirio de posesión diabólica. Curación por electroshock.

Síntesis de los nucleoproteidos y granulaciones celulares.—Entre los años 1940 y 1943, J. Brachet ha realizado una serie de estudios que han sido repetidos y confirmados por el autor. De acuerdo con ellos, en las células existen por lo menos dos ácidos nucleicos: el timonucleico (evidenciable por la reacción de Feulgen) y el pentosonucleico (reacción de Brachet). El primero está localizado en la eucromatina nuclear (excepto en el nucleolo), y el segundo, en la heterocromatina y el citoplasma. El ácido timonucleico parece intervenir en la síntesis de las proteínas específicas, mientras el pentoso nucleico intervendría en la síntesis de proteínas más simples y quizá en la del mismo timonucleico, dando origen a polinucleótidos vecinos del ácido zimonucleico.

El autor se refiere a los trabajos de desintegración de las células en gránulos—sus componentes elementales—, recordando los descubrimientos de Warburg, Claude y los suyos propios, que prueban es posible extraer de los tejidos sanos macromoléculas (gránulos), que, tanto física como químicamente, se diferencian muy poco de las macromoléculas-virus. Pues bien; existe un paralelismo entre la riqueza del tejido examinado en ácido pentosonucleico y la abundancia en el mismo de granulaciones aislables, en las cuales se demuestra—sea cualquiera el órgano de procedencia—una penta-sa, un grupo SH y fosfatidos. Estos gránulos son los portadores de casi todos los enzimas animales y vegetales (fosfatasa ácida y alcalina, amilasa, tripsina, cathepsina, dipeptidasa, ribonucleasa, desaminasa, catalasa, hidrolasa).

Entre estas macromoléculas y los virus existe una analogía que hace pensar a Levaditi en la posibilidad de que la penetración de una macromolécula de virus en una célula confiera, por inducción, a los gránulos de aquélla la facultad de realizar otros tipos de síntesis, abocando todo ello a la aparición de un nuevo tipo de gránulos (virus) dotados de poder patógeno.

53 - 14 - 7 de abril de 1945

Avance clínico sobre la patología venosa grávido-puerperal. A. Fruhinsholz.

* Neuritis óptica en el curso de la leptospirosis ictero-hemorrágica. El pronóstico reservado de las formas graves. La realidad de las formas benignas. J. Voisin y A. Aurenche.

El tratamiento de las heridas por aplastamiento y de la anuria secundaria a la transfusión sanguínea por la decapsulación renal precoz. J. Peters.

Eritema nudoso durante sulfamidoterapia. L. Ronques.

Colgajo para la ablación de un tumor temporal. R. Klein.

Neuritis óptica en el curso de la leptospirosis ictero-hemorrágica.—Clásicamente se viene admitiendo la absoluta benignidad de las raras afecciones del nervio óptico en el curso de la leptospirosis ictero-hemorrágica. Los autores, por una parte, confirman este concepto, haciendo resaltar que en gran número de casos la afectación es tan leve, que al no dar cuadro clínico subjetivo, pasan desapercibidas. Si se hiciera sistemáticamente examen de fondo de ojo a estos enfermos, se vería con frecuencia una papila congestiva, con bordes borrosos por ligero edema, etc.

Pero al lado de estas formas inaparentes y de las clásicas de evolución benigna, los autores encuentran casos en que se producen alteraciones graves, que alguna vez llevan a la ceguera. El examen oftalmoscópi-

co de estos casos revela una papila decolorada, con intenso edema de sus bordes y arterias y venas delgadas y sinuosas.

53 - 15 - 14 de abril de 1945

Frecuencia y semiología de las parálisis del esófago en el curso de la difteria. P. Sedallian y P. Mounier-Khun.

Epididimitis linfogranulomatosa. A. Sicard, L. Leger y J. Levaditi.

La situación de la endoscopia pleural en las afecciones torácicas. J. Nico.

53 - 17 - 23 de abril de 1945

A propósito del centenario de Metchnikoff. A. Boivin y A. Delaunay.

* Sobre el mecanismo fisiológico de las úlceras gastroduodenales. J. Parrot, C. Debray y G. Richet. Carácter reversible de las insuficiencias respiratorias permanentes aparentemente subordinadas a un substratum orgánico indeleble. R. Tiffeneau, M. Bauvallet.

Sobre el mecanismo fisiológico de las úlceras gastroduodenales.—Mediante inyecciones repetidas de histamina pueden producirse experimentalmente úlceras gástricas en animales; la histamina actúa produciendo hipersecreción gástrica de elevado poder péptico, como demuestra el hecho de que la gastrectomía previa del animal impida el que ejerza ninguna acción. Los autores intentan averiguar qué importancia puede tener la histamina en la producción de la úlcera humana; para ello determinan la histamina (por el método de Barsoum y Gaddum, modificado por Code) en 26 ulcerosos, encontrando lo siguiente:

1) Durante los períodos de agudización dolorosa, las cifras se elevan de la normal de 40-60 gammas por litro (de diclorhidrato de histamina) a cifras de 4 a 30 veces mayores. 2) Durante los períodos de calma, la histaminemia de los ulcerosos es normal. 3) La elevación de la histaminemia precede algunos días al comienzo de las agudizaciones. 4) La histaminemia vuelve a la normalidad antes del final de la agudización clínica.

Experimentando en perros, a los cuales producen úlceras por cincofeno, encuentran hechos análogos, y observan que, coincidiendo con la elevación de la histaminemia, se empiezan a ver gastroscópicamente equimosis en la mucosa, que luego se transforman en úlceras. Esto les sugiere que la acción de la histamina puede ejercerse sobre las terminaciones de ciertas fibras vasodilatadoras procedentes de las raíces posteriores, que al determinar hemorragias parietales, crean una disminución de las resistencias locales sobre las que actúa el jugo segregado en exceso bajo la acción de la misma histamina.

De ser esto cierto, afecciones de esos nervios podrían, sin necesidad de acción histamínica, causar úlcus; y, en efecto, el único enfermo en que la histaminemia era normal (teniendo dos úlceras, una gástrica y otra duodenal) en la intervención, tenía una neurofibromatosis en torno a las úlceras.

Los autores reconocen el casi nulo efecto de la histaminasa en los ulcerosos, y explican el beneficioso

efecto de las inyecciones de histamina, porque el organismo, al recibir dosis pequeñas y reiteradas, se acostumbra a no reaccionar o a hacerlo débilmente ante su presencia, tolerando con ello mejor las posteriores elevaciones de la histaminemia.

Los autores han tratado cierto número de ulcerosos con 2.339 RP (Antergan o clorhidrato de N-dimetilamino-N-benzilaminilina), antagonista de la histamina, con resultados que creen buenos, pero no concluyentes.

Nordisk Medicin.

22 - 25 - 16 de junio de 1944

* Degradación de las grasas en el organismo. A. Gammeltoft.

Degradación de las grasas en el organismo.—El artículo que referimos es el texto de una conferencia pronunciada ante la Sociedad Médica Sueca, y destinada a estudiar el mecanismo de oxidación de las grasas en el organismo.

El autor se adhiere por completo a la tesis de Lundsgaard, según la cual los cuerpos cetónicos serían la forma en que las grasas son utilizadas por los tejidos extrahepáticos. La formación de cuerpos cetónicos en el hígado es, según el autor danés, la etapa preliminar indispensable para preparar la utilización oxidativa de las grasas.

Para examinar la importancia de la cetogenia en el hombre, realiza el autor una serie de experiencias en individuos normales en ayuno, observando un aumento considerable de la cetonemia, que, de acuerdo con otras observaciones, alcanza su máximo a los tres o cuatro días del ayuno, para luego permanecer estabilizada. El análisis de las sangres arterial y venosa demuestra que la sangre venosa contiene menos cuerpos cetónicos, es decir, que hay una retención de estas sustancias en los tejidos periféricos. Si se compara la diferencia arterio-venosa de cuerpos cetónicos con la de oxígeno, obtenida por el análisis de las mismas muestras de sangre, se ve que la cantidad de oxígeno consumida es tal, que un 54 a un 80 por 100 de la misma basta para oxidar la totalidad de los cuerpos cetónicos desaparecidos. Esta observación concuerda con los resultados de las experiencias de perfusión de Blixenkrone Moller, quien encontró en el gato que los cuerpos cetónicos desaparecidos podían explicar por término medio un 75 por 100 del consumo de oxígeno. Parece, por tanto, evidente, que en los sujetos en ayunas la oxidación de cuerpos cetónicos en los tejidos periféricos puede cubrir una parte muy importante del recambio energético.

Como un dato más en favor de la importancia fisiológica de los cuerpos cetónicos, menciona el autor el hecho, ya señalado por Lundsgaard, de que dichas sustancias sean sustancias con dintel renal. En las experiencias que se refieren en el artículo se demuestra, en efecto, que el riñón retiene más de un 90 por 100 de la cantidad de cuerpos cetónicos filtrada en el glomérulo.

EDITORIAL CIENTIFICO MEDICA

Propietario: Dr. JUAN FLORS GARCIA

Oficinas: Junqueras, 8 :: Teléfono 24206 :: BARCELONA

Ultimas publicaciones:

Manual de Anatomía Patológica y Nociones de Bacteriología Patológica

Por los doctores **S. RAMON Y CAJAL** y **J. F. TELLO Y MUÑOZ**

(UNDECIMA EDICION)

Un tomo de 590 páginas (25 × 18) con 359 figuras, algunas de ellas en colores

En rústica: **135 ptas.**

Manual de Microbiología médica

Por el profesor **D. VALENTIN MATILLA**

TOMO II

(SEGUNDA EDICION)

Un tomo de 510 páginas (25 × 18) con 49 figuras, muchas de ellas en colores

En rústica: **114 ptas.**

LA PSICOSIS PELAGROSA

Un análisis estructural de los valores psíquicos

Por el **Dr. BARTOLOME LLOPIS**

Un tomo de 206 páginas (23 × 17)

En rústica: **37 pesetas**