

B I B L I O G R A F I A

A) CRITICA DE LIBROS

PSICOSIS PALUDICAS Y ATEBRINICAS. Profesor E. GUIJA MORALES.—J. M. Manso. Editor. Barcelona, 1945.—Un volumen en cuarto de 173 págs.; 30 ptas.

Esta interesantísima monografía del ilustre Profesor Guija suscita el mayor interés desde el primer momento por la acusada y prestigiosa personalidad del autor, así como por la importancia del tema tratado. Desde este último punto de vista, no se trata, en efecto, de un problema solamente de importancia científica, sino a la vez de una gran realidad práctica.

Todo el libro está basado en una gran experiencia personal, y podemos considerar su contenido bajo estos dos aspectos: las psicopatías palúdicas y las atebriñicas. Bajo el primer aspecto, el autor utiliza el caso especialmente claro y asequible del paludismo como provocador de una psicosis sintomática para tratar en general la clínica de las psicosis de reacción exógena, estudiando sucesivamente sus tipos, con notable claridad, y haciendo unas consideraciones llenas de interés sobre los problemas que, en general, las psicosis sintomáticas plantean al clínico. Sobre esta base se analiza el caso particular de las psicosis palúdicas, de más importancia aún para el médico práctico que para el psiquiatra, pues aquél es el que con más frecuencia se tiene que enfrentar con ellas, haciéndose al final un intento de sistematización, discerniendo los trastornos que son debidos a la encefalopatía, la psicosis sintomática, la sumación de ésta y de aquélla, y las psicosis endógenas reveladas por el proceso palúdico, aparte de las simulaciones y las coincidencias. Es muy interesante el estudio que a continuación se hace, partiendo de la gran experiencia del autor en la paludización terapéutica, de cómo ésta modifica la sintomatología psíquica de los palúdicos.

Se estudian después las psicosis atebriñicas, que, dado el empleo crecientemente frecuente de la atebrina, tienen una gran importancia. El autor se basa, en primer término, sobre una encuesta realizada en las provincias de Cáceres y Cádiz, como especialmente palúdicas, en las que la atebrina tiene ocasión de ser frecuentemente empleada; se basa a continuación sobre la observación directa personal, comunicando 20 historias, y, por último, se relatan los resultados de experiencias de suministro de atebrina a sujetos oligofrénicos o alcohólicos o con psicosis en período inactivo, no obteniéndose nada cuando la atebrina fué suministrada por la boca, en tanto que por inyección intramuscular se obtuvo en uno de los casos una verdadera psicosis atebriñica experimental. Como consecuencia de todo lo observado por el autor, se analiza al final el condicionalismo etiológico de estas psicosis.

En su conjunto, el libro, con una selecta y moderna

bibliografía, está escrito con un gran sentido práctico, y su lectura será útil a todos los médicos.

EL DIAGNOSTICO POR LA PUNCION ESTERNAL
G. FORTEZA BOVER.—Ediciones Morata. Madrid, 1946
Un volumen en cuarto; 320 págs.; 90 ptas.

Es éste el primer libro español que trata monográficamente el interesante tema del estudio de la medula ósea hemocitopoyética a la luz de la biopsia obtenida por punción esternal. Ya es ésto por sí sólo un motivo de interés para el lector que tenga curiosidad por aprovechar clínicamente los conocimientos, tanto teóricos como de directa utilización, que se derivan de tan fino, interesante, actual y profundo método de explorar las hemopatías. El autor demuestra estar totalmente al corriente de la bibliografía existente sobre el tema, y expone sobre casi todos los asuntos que trata su punto de vista personal y su propio juicio, derivado de una indudable experiencia bastante madura, sobre unos temas que en este momento se encuentran en plena fase de creación constructiva.

En sucesivos capítulos va analizando, a veces algo inconsistentemente, con una finalidad didáctica muy loable, los diversos aspectos en que es modificada la composición citológica de la medula en todos los estados patológicos en que tiene interés su estudio. Con gran conocimiento del asunto critica muy justamente la exagerada generalización de Rohr en su doctrina que pudíramos llamar "especular" de las desviaciones granulocíticas correlativas inversas en sangre y medula.

Algún punto de vista original del autor, tal como, por ejemplo, el de considerar algunos aspectos de mitosis que denomina "momificadas" como mitosis que han quedado detenidas en su evolución o como cristalizadas, parece no demostrado e improbable.

No es posible en pocas líneas analizar el extenso trabajo que contiene este libro, muy claro de exposición y cuya lectura recomendamos. Nos parecen especialmente buenos e interesantes los capítulos que tratan de la punción esternal en las mielopatías infecciosas, la punción esternal como indicación previa para practicar la esplenectomía y la punción esternal en la dirección radioterápica de las enfermedades de la sangre.

El capítulo de las thesaurismosis es, en cambio, demasiado breve.

El libro, de magnífica presentación material, y lleno de microfotografías, contiene además muchas bellas láminas en color, que con seguridad no habrán satisfecho totalmente al Dr. Forteza, ya que, como casi siempre sucede en estos casos con los dibujos en color de células hemáticas, la impresión suele hacerles perder fidelidad.

B) REFERATAS

Medicina.

14 - 3 - 1 - 1946

- Factores nerviosos y hechos recientes sobre la diabetes mellitus. R. Candela.
- Desviación del eje eléctrico hacia la derecha durante el embarazo. M. M. Frade y L. López Vivie.
- Contribución al estudio de la tabes aguda. R. Coullaut y J. Turina.
- El neumoperitoneo en el asma. L. Calvo.
- Inoculación de paludismo por transfusión sanguínea. J. Martín y E. López Bonet.
- Movilidad anormal del colon ascendente, plegaduras del ángulo hepático y ptosis a dicho nivel. J. M. Soldevilla.
- Cuatro casos de linfosarcomatosis. J. M. Reverte.
- Investigaciones sobre el shock obstétrico. J. Gil Barón, Avicena y la Urología. L. Portillo Fernández.

El neumoperitoneo en el asma.—Presenta el autor a modo de avance de comunicaciones posteriores, el resultado obtenido en el tratamiento de tres enfermos en "status asmaticus" mediante la insuflación de aire en el peritoneo, proceder introducido por Monaldi hace ya trece años.

El resultado obtenido es espectacular en los tres casos, siendo inmediata una franca mejoría. En cuanto al mecanismo de acción del neumoperitoneo en la suspensión del ataque o del estado asmático, el autor concede una gran importancia al factor mecánico, admitiendo la existencia de una importante zona reflexógena para la respiración con sede en el estómago, abogando en favor de esta teoría la provocación de fuerte disnea de tipo taquípneico mediante la insuflación del estómago con bicarbonato sódico y ácido tartárico en dos sujetos asmáticos, y que cedió al ser efectuado el neumoperitoneo.

Inoculación del paludismo por transfusión sanguínea. Se describe la observación de un caso de paludismo por transfusión de sangre de un donante que había padecido paludismo durante sólo veinte días, siete años antes de la transfusión, sin que en este lapso de tiempo presentara recidivas y sin que su exploración haya demostrado síntoma alguno (anemia, esplenomegalia, etcétera) de infección crónica palúdica, ni se hayan observado en la sangre periférica después de inyectar adrenalina ni en sangre de medula ósea la existencia de plasmódiums.

Se refieren hechos análogos citados por otros autores. Admitiendo la fase reticular de desarrollo del parásito, admite el autor que fueron células del S. R. E. cargadas del mismo las que pasaron a la sangre transfundida, o bien formas eritrocíticas que, terminado su ciclo en el S. R. E., habían pasado por aquella época a la sangre.

Actualidad Médica.

21 - 248 - 1945

La Facultad de Medicina de Granada. Su origen, sus maestros. J. Villoslada Acosta.

Psicosis psicógenas (Neurosis). A. Vallejo Nájera.

Semiología del dolor de cabeza. J. Arigo Jiménez.

Acta Pediátrica.

3 - 34 - 1945

- Enfermedad amniótica de Ombredanne. G. Arce y R. Calzada.
- El ácido nicotínico en el tratamiento de las distrofias del lactante. R. Fernández Crehuet.
- Los modernos tipos de leches humanizadas o maternizadas. J. Muñoz y J. Rose.
- El toxido formolado de Ramón y los precipitados a aluminio. Su estudio comparativo. J. Navarro.
- Penicilina en un caso de meningitis meningocócica en un lactante. J. Bosch Marín. M. Blanco y J. Mingo.

Influencia de la alimentación sobre el crecimiento ponderal y estatural durante la edad escolar. M. Royo.

El factor hereditario en Paidopsiquiatría. J. Ferrer.

Breves consideraciones demográficas sobre la provincia de Albacete en 1940. A. Aligüe.

El ácido nicotínico en el tratamiento de las distrofias del lactante.—Ya en una comunicación anterior hizo resaltar el autor la analogía existente entre el cuadro clínico de la distrofia del lactante y el de la carencia de ácido nicotínico, semejanza que le sirvió de base para, al considerar la distrofia como una avitaminosis PP, preconizar su tratamiento con esta vitamina.

En el presente trabajo analiza detenidamente la sintomatología de la distrofia del lactante (pérdida de peso y de panículo adiposo, alteraciones de la piel y mucosas, alteraciones digestivas, circulatorias, hemáticas y nerviosas, hiporesistencia a las infecciones), insistiendo sobre su semejanza con el cuadro de la pelagra del adulto, para cuya descripción se guía por los trabajos de Jiménez Díaz y colaboradores.

Pasa después a ocuparse de los resultados logrados con la administración de vitamina PP en las distrofias. Dos grupos de 12 niños distroficos cada uno, fueron sometidos a un mismo régimen alimenticio, apropiado a su estado. Además de ello, al grupo primero se le administraron vitaminas A y D, extracto hepático, inyecciones de sangre materna, etc., mientras que el segundo grupo recibe solamente ácido nicotínico. Encuentra que la diarrea desaparece en la primera semana en el 52,8 por 100 de los niños del segundo grupo, y sólo en el 16,7 por 100 de los del primero. La terapéutica fracasa (defunción) en un 16 por 100 de los niños del primer grupo, y sólo en un 5,5 por 100 de los tratados con vitamina PP. Se producen infecciones interesantes en un 16,8 por 100 de estos niños del grupo segundo, mientras que en los que no reciben ácido nicotínico el porcentaje se eleva a un 41,6 por 100. A la tercera semana de tratamiento, un 75 por 100 de los niños tratados han estabilizado su curva de peso, mientras que en el grupo primero sólo lo han hecho un 41,7 por 100.

Las dosis empleadas son de 5 centigramos de ácido nicotínico dos veces al día. No se presentan más accidentes que algunos fenómenos de vasodilatación sin importancia.

Imprensa Médica.

11 - 2 - 1945

- * Acerca de un nuevo tumor óseo. C. Larroudé y F. Wohlwill.

Acerca de un nuevo tumor óseo.—Es difícil conocer la naturaleza exacta de los tumores de las fosas nasales y de los senos paranasales, aun contando con los tres elementos de que se dispone hoy para el diagnóstico: examen clínico, biopsia y radiografía. Entre las varias clasificaciones que se han hecho de ellos, una los divide en tumores benignos (osteomas, osteocondromas, osteofibromas, angio-osteomas y tumores de osteitis fibrosa) y tumores malignos (sarcomas osteoblásticos y osteocondroblásticos y carcinomas osteoblásticos). Pero hay que añadir a éstos un tercer tipo de tumor descrito por Benjamins, que tiene el aspecto de un fibroma con inclusiones calcáreas, como las que se ven a veces en los fibrosarcomas o sarcomas osteogénicos, pero se diferencia de éstos en que en el tumor de Benjamins la sustancia calcárea osteoide no tiende a formar hueso y permanece siempre en estado preóseo y además es benigno. En este trabajo se comunican dos casos de tumores parecidos al de Benjamins, pero con el cual presentan, sobre todo el segundo, ciertas diferencias, ya que durante su evolución fueron cambian-

do sus características hasta acabar por ser una forma maligna de sarcoma osteoblástico.

En el primer caso, los autores sólo examinaron las preparaciones, y únicamente poseen el dato clínico de que se trataba de un tumor localizado en la mandíbula. Estaba constituido por tejido fibroso rico en células fusiformes, sin atipias, y presentaba en su espesor unos corpúsculos esféricos que se teñían como los calcáreos del tumor de Benjamins, diferenciándose de éste, en que dichos corpúsculos, que en algunas zonas confluián dando un aspecto reticular semejante a un hueso esponjoso, tenían tendencia a la osificación.

El segundo caso lo observaron en una enferma de veinticuatro años, que la primera vez que fué vista tenía un tumor que ocupaba toda la fossa nasal izquierda, invadía el septum, llevando su mucosa a contactar con la pared externa de la fossa derecha, y asimismo invadía parcialmente el seno maxilar izquierdo. Se hizo su extirpación, y el estudio anatomo-patológico demostró que se trataba de un pólip glandular con intensa inflamación crónica, que asentaba sobre un osteoma, al parecer de naturaleza benigna. No obstante, se reprodujo, y fué extirpado en dos ocasiones más, y por último, antes de los dos años de la primera intervención volvió a reproducirse, deformando monstruosamente el rostro de la enferma. Se encontraba un gran tumor en cada fossa canina del tamaño de un huevo de gallina, adherente a los planos óseos y no a los superficiales, invadía región naso geniana y se extendía a la glábera, empujaba el globo ocular izquierdo hacia afuera, produciendo exoftalmos, mantenía tensa la piel del dorso de la nariz y el surco gingivo labial a derecha e izquierda estaba ocupado por una masa dura que obstruía ambas fosas nasales. En la intervención hubo que resear ambos maxilares superiores, y a pesar de ello, seis semanas después empezó a empeorar el estado general de la paciente, teniendo abundantes epistaxis, y una nueva rinotomía paralateronasal demostró la cavidad ocupada por un tumor de aspecto sarcomatoso adherido a la lámina fibrosa del etmoides y fascia orbitaria izquierda. A pesar de su extirpación, la paciente falleció poco después.

El estudio histológico de las diferentes piezas recogidas en las diversas operaciones demostró que, al principio, el tumor era un osteoma con inclusiones cartilaginosas, más tarde un fibro-mixo-condro-osteoma, y poco a poco aparecieron caracteres de malignidad, que se acentuaron e hicieron desaparecer las dudas en la última operación, cuyo examen mostró que se trataba de un sarcoma de un tipo especial, ya que en la mayor parte de los fragmentos examinados tenía corpúsculos calcáreos, como los del caso primero, pero con aspecto de tejido óseo mucho más marcado.

Los dos casos expuestos demuestran que la imposibilidad de formación de hueso a partir de corpúsculos calcáreos no es absoluta, y que esos corpúsculos pueden jugar un papel importante en la malignidad de los tumores de los senos paranasales.

La Semana Médica.

(Buenos Aires.)

52 - 9 - 1 de marzo de 1945

La sintomatología de la enfermedad de Heine-Medin. G. Shepherd.
Medicamentos en el tratamiento de la poliomielitis. R. Abuin y M. Blanco.
Los trastornos respiratorios en la poliomielitis. Sus causas. Sonda nasal. Carpa de oxígeno y pulmón. R. A. Damonte.
El espasmo muscular en la parálisis infantil. Consideraciones y tratamiento. L. A. González.
La reeducación muscular. B. Lucero y C. J. García Díaz.
Medidas adoptadas en la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas en el servicio de enfermedad de Heine-Medin. M. M. Seoane.
Tratamiento ortopédico de la poliomielitis. M. F. Fitte.
Acción médico-social desarrollada en la sala de enfermedad de Heine-Medin. R. Albert.

52 - 10 - 8 de marzo de 1945

Psicogénesis de los delirios. F. Gorriti.
Radiología cardiovascular. P. G. Belmes.
Comportamiento dentario de los indios tobas. F. Molas.
El antiséptico soluble Gillot en las algias solubles. M. E. Molins.
Flemón profundo de los canales vertebrales postescarina. R. A. Faleni y L. J. Naón.

52 - 11 - 15 de marzo de 1945

Qué puede esperarse del tratamiento quirúrgico de la hipertensión esencial. C. Patiño, L. Lopera, F. A. Patiño y V. F. Patiño.
Radiodermatitis crónica y cirugía plástica. T. Zwanck.
Hipoprotrombinemia idiopática. D. Marval.
La roentgenoterapia de los procesos inflamatorios. J. M. Terrizano.
Anestesia escalonada paravertebral del simpático lumbar. L. A. Baglieto.
El capítulo anatómico de la miología interpretado al través de la fotografía en color plana y estereoscópica. P. Belou.

52 - 12 - 22 de marzo de 1945

* Anatomía patológica de las lesiones pericavitarias. J. González.
La luz de Wood en Dermatología. J. C. Radice.
Las falsas hemoptisis de origen vallecular y de la base de la lengua. J. Schwartzman y J. M. Escutary.
El fonocardiograma en la difteria. J. Ink.

Anatomía patológica de las lesiones pericavitarias.—El estudio anatomo-patológico de las lesiones que rodean las cavernas tuberculosas, más si se efectúa con el control roentgenológico, contribuye a la más exacta interpretación de las lesiones pericavitarias observadas por los clínicos, permitiendo reconocer el verdadero valor que debe de asignársele a algunas de ellas, como las atelectasias, a las que se ha dado un valor exagerado. El examen anatomo-patológico, de abundante material de cavernas tuberculosas, algunas con control roentgenológico efectuado poco antes de la muerte, permite manifestar que la atelectasia no forma, por lo menos en la mayor parte de los casos, halos continuos pericavitarios, aun cuando se trate de cavernas lisas de formación reciente, de paredes finas, que cuando existe disminución o falta de aire en el tejido pericavitorio es porque los alvéolos están ocupados por exudados específicos o no, o también puede tratarse de procesos irreductibles de organización de estos exudados que terminan en la carnificación.

52 - 13 - 29 de marzo de 1945

Eritema nudoso y polimorfo. F. F. Inda, L. Natin y C. Da Rin.
* Estudios sobre el tratamiento chaulmoógrico de la lepra. Administración de los ésteres bencílicos del aceite de chaulmoogra por el sondaje duodenal. J. M. M. Fernández, J. Barman, A. Serial y A. Vaccaro.
Radiación mitogenética de Gurwisch. C. Rossi.
Gilloterapia de la uretritis gonocócica posterior crónica. E. E. Piaggi.

Estudios sobre el tratamiento chaulmoógrico de la lepra. Administración de los ésteres bencílicos del aceite de chaulmoogra por el sondaje duodenal.—Basándose en que el chaulmoogra administrado por vía oral es eficaz en el tratamiento de la lepra, que el principal inconveniente de este tratamiento es la irritación gástrica que la medicación provoca, y que la digestión y asimilación de las grasas se efectúa exclusivamente en el intestino, los autores emplean el sondaje duodenal para administrar por esta vía ésteres bencílicos del aceite de chaulmoogra en 20 enfermos de tipo L. Mediante una sonda duodenal común se inyectan los ésteres directamente en el duodeno, administrando alrededor de 0,5 c. c. por kilo de peso en cada sondaje, repitiéndose éste dos veces por semana. Se efectúan series de curas en las que se llega a dar una dosis total de 5 c. c. por kilo de peso, intercalando entre éstas intervalos no menores de un mes. Los compuestos empleados han sido los ésteres simples del aceite de chaulmoogra y los ésteres yodados. En ninguno de los casos tratados por este método, alguno de los cuales han recibido más de 500 c. c. de medicamento, se han obser-

vado síntomas de intolerancia graves. Los trastornos más frecuentes han sido vómitos, náuseas y diarreas, siempre de carácter benigno y transitorio.

Revista Médica de Chile.

73 - 1 - 1945

La séptico-toxemia puerperal por bacilo Perfringens. L. Tisné B.
Reflexiones acerca de 700 gastroscopias. O. Gazmuri O.
* Tratamiento médico del empiema pleural metaneumónico. R. Gondar R., F. Saffie S. y J. Bonell G.
Neumonatias a Friedlaender. F. Hermosilla Diaz, S. Diaz, S. Marín Tagle, L. Paredes y E. Bellolio Z.
El E. C. G. de esfuerzo en 100 cardiópatas confirmados. S. Awad y R. Raggio.

Tratamiento médico del empiema pleural metaneumónico.—Se examinan someramente las causas que pueden dar lugar a empiema metaneumónico y a continuación exponen los autores su tratamiento, que consiste en abordar el empiema con un trócar de Kiiss, previa anestesia local, adaptando una jeringa de 100 c. c. que les permite controlar la aspiración y llene de la cavidad. Evacuan el contenido pleural y hacen un lavado de la cavidad pleural con suero fisiológico tibio en cantidad que fluctúa entre uno y tres litros a intervalos de cuarenta y ocho horas en los primeros días, espaciándolos a medida que el control clínico y radiológico indican la paulatina reducción del empiema. Como medida coadyuvante hacen pequeñas transfusiones de 100 a 150 c. c. de sangre citratada al 10 por 100, no susceptible de provocar shock, y que contribuye visiblemente a mantener la resistencia del enfermo. Al final de cada lavado pleural debe dejarse presiones intrapleurales subatmosféricas, con lo que se eliminan los inconvenientes de mantener un neumotórax que favorecería la regeneración del pus.

Al poco tiempo de iniciada esta terapéutica pudieron disponer de penicilina, que fué empleada a continuación del lavado con suero fisiológico, con lo que obtienen una aceleración del proceso de curación, empleando una dosis mínima de 50.000 unidades cada veinticuatro horas los primeros cuatro días y cada cuarenta y ocho horas los siguientes hasta obtener la remisión de la fiebre. En aquellos casos en que persisten focos neumónicos en evolución retardada o han aparecido otros, y en los que hay concurrencia de otros procesos inflamatorios, recomiendan utilizar, además de la vía intrapleural, inyecciones de penicilina por vía intramuscular a dosis de 20.000 unidades como mínimo cada tres o cuatro horas y mientras subsistan síntomas de actividad inflamatoria.

Con el suero fisiológico solo, a pesar de reducir paulatinamente el empiema, se mantuvo un residuo de exudado séptico hasta ocurrir su reabsorción, cosa que no pasó en los casos tratados con penicilina asociada, ya que la esterilización del pus se obtuvo, a lo sumo, a las cuarenta y ocho horas de la primera dosis de la droga.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

20 - 12 - 1945

* El síndrome de la alergia física o intrínseca de la cabeza. Mialgia de la cabeza (cefalea sinusal). H. L. Williams. Apéndice al tratamiento de la fiebre recurrente experimental y de la enfermedad de Weil con estreptomicina. F. R. Heilman.
* Penicilina nebulizada: Comunicación previa sobre su papel en el tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias. A. M. Olsen.
La primera obra de medicina brasileña. M. N. Walsh.
La operación del vendaje fascial en el tratamiento de la inestabilidad de la articulación radio-cúbito inferior. J. M. Regan y W. H. Bickel.

El síndrome de la alergia física.—Entre los distintos tipos de dolores de cabeza, hay uno que es profundo, tenebrante, se eleva lentamente y lentamente desaparece, siendo referido a distancia de su punto de origen. Este tipo de dolor va asociado con sinusitis de características especiales, las llamadas por el autor "sinusitis

hiperplásicas", que son primariamente de mecanismo alérgico, a las que se sobreañade una infección. Pero hay casos en que este dolor profundo de cabeza aparece y no se encuentra sinusitis. La compresión en los músculos del cuello suele ser dolorosa y la cefalea puede desencadenarse por enfriamiento de la piel, cambios de la presión y temperatura atmosférica, cambios emotivos, etcétera. Cree el autor que sería un tipo de la llamada por Duke "alergia física", que clínicamente no es posible diferenciar de la producida por mecanismo antigeno-anticuerpo. El criterio diagnóstico de esta "mialgia" de la cabeza puede basarse en que aparece en la tercera década de la vida, o más tarde, suele presentarse después de una infección aguda, se desencadena por los cambios de temperatura, humedad, emociones, etcétera, afecta determinados músculos del cráneo y cuello, el dolor es profundo y se origina a distancia, desapareciendo mediante la anestesia con procaina del músculo afectado. El tratamiento se hace a base de calor y masaje y con ácido nicotínico, con el que se obtienen buenos resultados.

Penicilina nebulizada.—El autor utiliza un nebulizador de penicilina mediante el cual hace llegar al árbol respiratorio 75.000 unidades al día. Emplea una solución de penicilina que contiene 2.500 unidades en unos casos y 5.000 unidades en otros de penicilina por centímetro cúbico, pudiendo el enfermo inhalar 1 c. c. cada diez minutos, y alternando con períodos de descanso se nebuliza toda la solución en un período de cuatro-seis horas al día. Como fuente de presión para la nebulización utiliza el oxígeno.

En siete enfermos con bronquiectasias fué administrada penicilina por este método antes y después de la intervención quirúrgica, lográndose que la cantidad de los esputos disminuyera y que los riesgos de la operación fueran menores.

El autor no asegura categóricamente que el nebulizado de penicilina sea preferible a la administración parenteral en la prevención de complicaciones que siguen a las resecciones pulmonares, pero cree que en muchos casos es más fácil hacer disminuir la expectoración por esta vía, así como la fetidez y aspecto purulento del esputo. Desde luego, el aerosol de penicilina, preoperatorio o postoperatorio, es muy superior al tratamiento oral o parenteral con sulfamidas.

En enfermos con bronquiectasias bilaterales en los que no es posible la intervención quirúrgica, el aerosol de penicilina suele producir un beneficio inmediato traducido por la disminución de la cantidad de los esputos, que pierden su fetidez y se hacen menos purulentos. Muchos ganan peso. Sin embargo, la curación no se alcanza, y aunque es poco el tiempo de observación de los ocho enfermos así tratados, la recidiva parece ser la regla.

Gastroenterology.

4 - 2 - 1945

La vesícula biliar en los anémicos perniciosos: Estudios de su no visualización y de su velocidad de evacuación. E. A. Boyden y J. A. Layne.
Acidez del contenido duodenal en sanos y enfermos. Revisión de investigaciones clínicas. M. W. Comfort.
* Hepatitis infecciosa epidémica. E. Wayburn.
Valoración estadística de la amebiasis. D. C. Browne, G. McHardy y A. M. Speberg.
* Efectos de las afecciones hepáticas en el metabolismo de la vitamina A. D. Adlersberg, H. Sobotka y B. Bogatir.
* Secreción de ácido clorhídrico por el estómago. H. B. Pull y J. S. Gray.

Hepatitis infecciosa epidémica.—Se describen 27 casos de hepatitis aguda que se presentaron de forma epidémica en menos de seis meses en un campamento del arma aérea. El proceso comenzó con una sintomatología de malestar general, cefalea y en la mayor parte de los casos con manifestaciones catarrales por parte de las vías aéreas superiores. En nueve de los casos el proceso tomó caracteres de gavedad sin ocurrir ninguna muerte, siendo la duración de la ictericia de dos

a cuatro semanas. Las pruebas de función hepática fueron en todos los casos intensamente positivas, identificándose varios casos subclínicos. En ocho de los pacientes se identificaron espiroquetas en la orina, fácilmente diferenciables del *L. icterohemorragia*, interpretándose su presencia como indicadora de una contaminación acuosa. El autor supone que el proceso está producido por un virus con puerta de entrada por las vías aéreas superiores, con portadores sanos o con formas abortivas; el virus estaría localizado en las secreciones nasofaríngeas y el contagio se haría por gotas.

Afecciones hepáticas y metabolismo de la vitamina A.—Se estudia el contenido en vitamina A del suero así como la respuesta a la ingestión oral de una dosis standard en 50 personas normales y en 50 enfermos hepáticos graves. Las determinaciones se efectúan por la técnica de Dann y Evelyn, estimando la reacción de Carr-Price cuantitativamente en un colorímetro fotoeléctrico. Las afecciones hepáticas graves van asociadas con un descenso del nivel de vitamina A en la sangre y con una falta de elevación tras la ingestión oral. Los cambios en el metabolismo de la vitamina A fueron completamente paralelos al curso clínico de la afección, así como a otras pruebas de la función hepática. La restauración clínica va acompañada de un retorno gradual a los niveles normales de vitamina A, obteniéndose curvas tras la ingestión oral completamente normales e incluso anormalmente elevadas. La pobre respuesta en las pruebas de tolerancia podría explicarse por una disminución en las reservas hepáticas de vitamina A o bien, y éste es el sentir del autor, a un disturbio de la absorción intestinal de la vitamina A. Sistemas enzimáticos esenciales para la absorción intestinal estarían controlados o bajo la influencia del hígado y probablemente se afectan en las afecciones hepáticas que cursan con insuficiencia.

Secreción de ácido clorhídrico por el estómago.—Comienzan los autores por hacer un bosquejo de los hechos más principales en lo que se refiere a la secreción de ácido clorhídrico por el estómago. Se sugiere que el ácido clorhídrico se produce merced a un cambio de aniones orgánicos por iones de cloro. Este cambio de aniones orgánicos se efectuaría a través de una membrana que sería catión impermeable, indicando como tal membrana la del canalículo intracelular, localizado en las células parietales. La necesaria concentración descendente del anión orgánico a través de la membrana intracelular de canalículos se mantiene por una rápida y más pronta destrucción del anión orgánico por decarboxilación dentro de las células parietales. Los cálculos demuestran como muy improbable que el ácido carbónico intervenga directamente en la producción de ácido clorhídrico, sugiriéndose que sea el ácido pirúvico el que proporciona el cambiante anión orgánico. Mediante esta teoría se predice cómo una alta concentración de ácido nicotínico o una deficiencia de tiamina puedan alterar la función gástrica, como ya ha sido observado. De la misma forma ningún inactivador específico del metabolismo de los hidratos de carbono sería capaz de determinar una disfunción. Se sugiere, por último, la posibilidad de que las aminas orgánicas constituyan un sistema de transporte de aniones que permita el paso del anión a través de la membrana celular.

Archives of Neurology and Psychiatry.

53 - 6 - 1945

- Trastornos del mecanismo del sueño. I. Lesiones en el nivel cortical. C. Davison y E. L. Demuth.
- Negación de la ceguera por pacientes con afección cerebral. F. C. Redlich y J. F. Dorsey.
- Fenómenos pupilares sincinéticos y la pupila de Argyll Robertson. M. B. Bender.
- Vía espinotalámica lateral y vías asociadas en el hombre. E. Gradner y H. M. Cueno.
- Hallazgos electroencefalográficos en casos de intoxicación por bromuros. M. Greenblatt, S. Levin y B. Scheffler.
- Hemiatrofia progresiva de la cara. H. E. Simon y B. Kaye.

Trastornos del mecanismo del sueño. I. Lesiones en el nivel cortical.—Los trastornos del sueño pueden ser producidos por lesiones nerviosas, por drogas o por causas psíquicas. Las lesiones neurológicas que intervienen en tales trastornos pueden radicar en la corteza, en el diencéfalo, en el mesencéfalo o en las vías de conexión entre estas estructuras. Entre 300 casos de trastorno del sueño (hipersomnia o insomnio) se han realizado autopsias o intervención quirúrgica en 59 casos y en nueve se encontraron lesiones corticales exclusivamente, si bien en dos no se pudo excluir con seguridad la intervención del subtálamo. En cuatro existían signos de hipertensión intracranial, que se cree tenga una escasa importancia en la génesis del trastorno del sueño. Deducen los autores que intervienen en la regulación del sueño territorios corticales frontales, premotortores, temporales, del hipocampo y cingulares, los cuales se hallan en conexión con el hipotálamo por vías especiales. Las lesiones en tales áreas corticales o en las vías córtico-hipotalámicas pueden originar sueño patológico.

Negación de la ceguera en pacientes con afección cerebral.—Anton comunicó en 1896 el caso de un reblandecimiento bilateral de las radiaciones visuales con ceguera completa de la que el paciente era ignorante. Posteriormente han sido descritos muchos casos similares y se consideraba característico el cuadro de la localización de la lesión en las radiaciones ópticas. Los autores analizan la casuística publicada y refieren los datos de seis pacientes propios. La localización de la lesión era diversa: retinopatía diabética en un caso, atrofia de los nervios ópticos en otro y hemianopsia bilateral por tumores o lesiones vasculares en los cuatro restantes. Un carácter común a todos los enfermos es el de presentar lesiones cerebrales difusas y un déficit mental más o menos acentuado: desorientación, trastorno marcado de la memoria reciente, confabulación, etcétera. No es raro que coexista autopalagnosia u otros defectos del esquema corporal, probablemente por alteración de las conexiones entre el tálamo y la corteza sensorial.

Fenómenos pupilares sincinéticos y la pupila de Argyll-Robertson.—Recientemente, Nathan y Turner han descrito casos de lesión de los nervios oculomotores con fenómeno de Argyll-Robertson, sin que existiese lesión de los centros nerviosos. Suponen que la regeneración nerviosa puede ocasionar sincinesias, las cuales se manifiestan durante el fenómeno de la convergencia y no en la reacción a la luz. Los autores del presente trabajo describen tres casos clínicos en los que sucedía el mismo hecho y confirman los datos clínicos con los obtenidos experimentalmente en un mono en el que producen una lesión intracranal en el motor ocular común. La reacción pupilar no es, sin embargo, idéntica a la descrita por Argyll-Robertson; falta la reacción pupilar a la luz y se conserva la contracción pupilar a la convergencia; pero también se presenta el mismo movimiento pupilar por los movimientos de los ojos en una u otra dirección. Este movimiento sincinético se asocia frecuentemente a otro del párpado superior (pseudo-Graefe) y debe interpretarse como debido a la regeneración irregular de las fibras nerviosas del motor ocular.

The American Review of Tuberculosis.

52 - 4 - 1945

- Estreptomicina en tuberculosis experimental. Feldman, Corwin, Mann.
- Estreptotricina en tuberculosis experimental. Feldman, Corwin.
- Quimioterapia por sulfonas y sulfonamidas en tuberculosis experimental. Smith y Closky.
- Estudios anatómicos en tuberculosis humana. K. Terplan.
- Eosinofilia en la silicosis. W. J. Habeeb.
- Tuberculosis de la lengua. L. L. Titche.
- Fundadores de la Asociación Nacional de Tuberculosis. R. G. Paterson.

Estreptomicina en tuberculosis experimental.—Se hacen en este trabajo tres grupos de experiencias. La úl-

tima y más definitiva consistió en inocular a 60 cobayas subcutáneamente en la región esternal 0,001 mg. de un cultivo de bacilo tuberculoso. A los cuarenta y dos días los animales fueron probados con la reacción tuberculínica, encontrándose en todos ellos fuertes reacciones positivas. Días después, todos fueron laparotomizados con objeto de obtener una biopsia del hígado. Como varios animales murieron durante esta intervención, se quedó reducido el lote a un grupo de 25, destinados a ser tratados, y otro de 24, que sirvieron como controles. Cada seis horas fueron inyectadas 1.500 unidades de estreptomicina, es decir, un total de 6.000 unidades diarias, que fueron mantenidas durante ciento sesenta y seis días. En los dos grupos hubo una gran diferencia de mortalidad, ya que mientras que de los controles murieron el 70 por 100, de los tratados sólo la mortalidad fué de un 2 por 100. Los resultados de las necropsias son también muy diferentes en ambos grupos, así como la diferencia en el aspecto de las lesiones del hígado estudiadas antes y después del tratamiento. Entre los animales tratados sólo en uno se encontraron lesiones mínimas activas en el hígado y en otro lesiones en el pulmón. En el resto, las lesiones tuberculosas estaban representadas por nódulos calcificados. La inoculación de otros animales con macerados de bazo sólo fué positiva en 15 casos de los tratados, mientras que en los controles lo fué en todos ellos. La reacción tuberculínica se negativizó en 14.

Los autores concluyen diciendo que estos trabajos muestran el alto valor de la estreptomicina en la infección y que es posible que sus resultados no sean del todo satisfactorios debido a que la dosis administrada, por carencia del producto, no fuera lo suficiente para obtener la curación definitiva.

Estreptotricina en tuberculosis experimental.—Se procede de manera semejante al experimento anterior, sometiendo a un grupo de cobayas al tratamiento por estreptotricina, mientras que otros se utilizan como controles. Durante la aplicación se observaron síntomas tóxicos con disminución de peso, hematuria, edemas, incontinencia y hemorragias digestivas. En la autopsia de los tratados se demostraron lesiones de las pelvis renales, necrosis focales del hígado y alteraciones de las mucosas. Con relación a las lesiones tuberculosas no se observaron efectos beneficiosos en el grupo de los tratados.

Se concluye, por lo tanto, que la estreptotricina, obtenida del *Actinomices lavandulæ*, no es útil para combatir las lesiones tuberculosas, aunque en otros aspectos de las enfermedades infecciosas (tifoidea, disentería bacilar, etc.) se haya mostrado como eficaz.

Tuberculosis de la lengua.—Se señala que de los tipos que la infección tuberculosa puede adoptar en la lengua, la forma ulcerativa es la más frecuente de todas. La mayoría de las veces el tratamiento no puede ser más que paliativo, mucho más si se considera que la localización suele acompañar a las lesiones pulmonares avanzadas. En los casos mejores se recomienda la excisión seguida de cauterización. Cuando las lesiones son extensas y pertenecen a enfermos con lesiones de pulmón muy avanzadas, sólo puede hacerse la aplicación de anestésicos o recurrir a la infiltración alcohólica de los nervios lingüales para suprimir el dolor.

El autor presenta 30 casos con esta localización, de los cuales 28 tenían lesiones extensas del pulmón. En todos los casos menos en uno, pudo demostrarse el bacilo en el espuma. En 16, había asociada una laringitis; en tres, tuberculosis intestinal, y en dos, una epididimitis. En el 40 por 100 de los enfermos las lesiones recaían en el borde; en el 26 por 100, en la base, y en el 6 por 100, en el dorso.

Journal of Pediatrics.

28 - 4 - 1946

Aislamiento del virus de la encefalitis de S. Luis de la sangre periférica. R. J. Blattner y F. M. Heys.
Observaciones sobre la diarrea epidémica del recién nacido. I. Observaciones de un tipo bifásico de curso clí-

- nico. II. Medidas terapéuticas, incluyendo el uso profiláctico y curativo de la globulina gamma. R. H. High, N. A. Anderson y W. E. Nelson.
Estudio de los niños prematuros observados en un hospital privado. A. Bloxson.
Bacteriemia por *Salmonella cholerae suis* (variedad Kunzendorf), complicando una faringitis estreptocócica. E. Neter y R. F. Krauss.
* Observaciones preliminares en niños reumáticos transportados a un clima subtropical. J. J. Robinson y J. H. Currens.
Fiebre por mordedura de rata. C. G. Watkins.
La preparación y uso de transfusiones de hematies concentrados en la infancia. P. G. Danis, J. K. Eto y J. S. Sennott.
* Evaluación de la distinción en el curso clínico y tratamiento de la eritroblastosis e ictericia grave. P. G. Danis.
El uso de hematies Rh-positivos en el tratamiento de la eritroblastosis fetal. P. G. Danis, J. K. Eto y J. S. Sennott.
Ensayo de tratamiento de la meningitis por *Hemophilus influenzae* tipo B con suero específico de conejo y sulfonamidas. A. M. Edmonds y E. Neter.
* Fibrilación auricular en la infancia. J. Edeiken y S. J. Ruegel.
Taquicardia paroxística supraventricular extrema. N. Bloom y E. L. Kendig.
* Trombosis coronaria. E. P. Scott y A. J. Miller.
Estomatitis neumocócica. C. J. Ochs.
Parálisis transitoria derecha del diafragma en un recién nacido. J. V. Greenebaum y F. G. Harper.
Quiste leptomeningeo asociado con hemiplejia y defecto craneal de origen traumático. M. Cooperstock.
Nefrosis bismútica con anuria en un niño pequeño. D. P. Boyette.
Hemangioma vertebral en los niños. I. I. Kaplan.

Observaciones en niños reumáticos transportados a un clima subtropical.—Después de la comunicación inicial de Coburn sobre el efecto beneficioso del transporte de niños reumáticos a un clima cálido durante el invierno para evitar la aparición de recidivas, han sido varios los trabajos publicados sobre el asunto. Los autores refieren un avance de sus estudios en 88 niños de seis a diecisésis años de edad, trasladados a Miami durante un total de 114 pacientes al año. Aún no muy abundante es la experiencia para que los resultados posean valor estadístico; pero ha podido observarse recidiva solamente en siete de los niños y en seis de ellos se trataba de recidivas que hubiesen pasado inadvertidas en la práctica, ya que se dedujeron del estudio seriado de la velocidad de sedimentación, temperatura y pulso. En un caso se presentó una artralgia de menos de una semana de duración. Las recidivas no se presentaron después de afecciones respiratorias agudas. En el momento de su ingreso eran activos el 14,8 por 100 de los niños; a su salida lo eran el 2,3 por 100. No se practicó profilaxis con sulfonamidas y solamente se emplearon los salicilatos en casos de recidiva. El cambio a un clima cálido debe ser considerado como profiláctico, pero no como curativo del reumatismo.

Evaluación de la distinción por el curso clínico y tratamiento de la eritroblastosis e ictericia grave.—Se han establecido discrepancias entre los clínicos y anatómicos sobre la relación entre la eritroblastosis y la ictericia grave del recién nacido así como la influencia que en la génesis de ambos cuadros pueda tener la inmunización Rh. Cree el autor que este factor interviene en la génesis de ambos síndromes, pero que se deben individualizar por su distinta evolución y por el tratamiento indicado en cada caso. En el primer tipo se encuentra ictericia en el nacimiento o en el primer día de la vida, generalmente asociada a un cierto edema y palidez y aun más frecuentemente acompañada de petequias; los exámenes hematológicos descubren una anemia con marcada eritroblastosis; generalmente hay historia previa de ictericias o muertes neonatales en la familia; si no se trata, el niño se vuelve muy icterico, con un estado general tóxico y muere en unos tres días. El segundo tipo se presenta después de las veinticuatro horas en un niño bien nutrido; aparece entonces una ictericia que aumenta muy rápidamente, al tiempo que se marca una retracción de la nuca; en la sangre se encuentra escasa anemia con pocos eritroblastos; en el líquor es muy abundante el pigmento biliar; el bazo aumenta progresivamente y el tiempo de protrombina es prolongado, a pesar de que se administre vitamina K.

La lesión hepática es progresiva y son frecuentes, en caso de supervivencia, las lesiones neurológicas. En el primer tipo, son absolutamente necesarias las transfusiones; en el segundo, el valor de ellas es problemático y, en cambio, se debe atender al estado de la función hepática (glicosa, cloruro de colina, etc.).

Fibrilación auricular en lactantes.—Se han descrito arritmias cardíacas incluso durante la vida fetal, pero son muy raras. En el trabajo se describe el caso de un niño que nació azul y que a la edad de dos meses mostraba accesos de fibrilación con ritmo ventricular rápido, de duración muy breve e intervalos entre ritmo normal; el paroxismo parece ser iniciado por una contracción normal y no por un extrasistole. El enfermo falleció siete meses después de su primera consulta. En el intervalo había sido tratado con digital, la cual apenas modificó el estado de fibrilación ni el ritmo ventricular. En la única observación previa de la literatura, la digital consiguió suprimir la alteración del ritmo. La demostración de accesos paroxísticos de fibrilación en un niño hace pensar que pueda encontrarse tal estado con más frecuencia de lo que se admite y que pase inadvertido.

Trombosis coronaria en un niño de once meses.—Previamente se ha comunicado por Hughes y Perry una trombosis coronaria en un niño de siete semanas. El caso objeto del presente trabajo había estado irritable durante las dos semanas anteriores a su estudio y dos días antes comenzó con vómitos, anorexia y cianosis intermitente; en la sangre se observaban 24.600 leucocitos con 70 por 100 neutrófilos a las pocas horas de su ingreso falleció y en la autopsia se encontraron adherencias firmes en el pericardio, hipertrofia cardíaca y un gran engrosamiento parietal del comienzo de la coronaria derecha, en cuya luz se encontraba un trombo, en parte organizado; también se hallaron alteraciones en ramas de la coronaria izquierda. En estos vasos se encontró hiperplasia de todas las capas, especialmente de la íntima, asociada a necrosis de la media y adventicia, que recuerda a la observada en la periarteritis nodosa. En una arteria pancreática se encontró una marcada hiperplasia parietal. La naturaleza de las lesiones no es clara, pero se sugiere que se trate de tromboarteritis obliterante.

American Journal of Diseases of Children.

70 - 1 - 1945

- * Reacción tuberculinica del niño con complejo de Ghon. Revisión de 112 casos. M. A. Norval.
- * Contribución al conocimiento del síndrome de Laurence-Moon-Biedl: Tres casos de obesidad infantil monstruosa. E. Jaso y A. Arbelo Curbelo.
- Enanismo infantil (encéfalomielia) en Siblings. J. Monfort y S. H. Polayes.
- Infección masiva con *Trichuris Trichiura* en niños: Aportación de cuatro casos con autopsia. L. Getz.
- Respuesta inmunitaria en madres y niños a inyecciones de vacuna pertusis durante el embarazo. P. Kendrick, M. Thompson y G. Elderling.
- * Trombopenia congénita. A. E. Schefrin y A. Shechtman. Lipodistrofia con desarrollo retrasado de las cuatro extremidades. E. F. Patton.
- Cuidados preventivos de la infancia. Ch. A. Tompkins.

Reacción tuberculinica en niños con complejo de Ghon.—Comunica el autor los resultados obtenidos al estudiar la reacción tuberculinica en 112 niños que presentaban un complejo primario tuberculoso típico y cuyas edades oscilaban entre tres y quince años. En una primera reacción practicada con 0,1 c. c. de tuberculina, que contenía 0,00002 mgr. de derivado proteíncio purificado, encuentra un resultado negativo en un 49,1 por 100 de los casos. En 23 de estos casos tuberculin-negativos con la mencionada dosis, repite la reacción empleando 0,005 mgr. de derivado proteíncio purificado y vuelve a ser negativa en 11 de ellos.

Aporta el tanto por ciento de resultados análogos obtenidos por otros autores, entre ellos Aronson y Danenbergs, que encontraron que en 9 por 100 de 86 pa-

cientes tuberculin-positivos se llegó a negativizar la reacción después de un intervalo de cinco años, persistiendo en la imagen radiológica el complejo de Ghon, concluyendo el autor que aun en presencia de dicho complejo puede tener lugar una regresión de la sensibilidad tuberculinica siempre que los bacilos tuberculosos no persistan vivos en el foco, lo cual no indica un decrecimiento de la inmunidad.

Contribución al conocimiento del síndrome de Laurence-Moon-Biedl: Tres casos de obesidad infantil monstruosa.—Aportan tres enfermos del tipo cerebral de síndrome adiposo-genital. Son hermanos: dos varones de nueve y seis años y una hembra de ocho. En los tres la obesidad es monstruosa; el mayor, con 130 centímetros de estatura, pesa 104 kg. (aproximadamente, 73 de exceso; el pequeño, que mide 115 cm., pesa 65 kilogramos (21 más de lo que corresponde), y la hembra, con ocho años, pesa 90 kg. (60 kg. por encima de lo que debía pesar). La obesidad es de disposición proximal y comenzó a aparecer en todos los casos al mes del nacimiento. En los varones la grasa del abdomen cubre los genitales, que sólo son accesibles en decúbito supino, y aparecen con caracteres aproximadamente normales, aunque en el hermano menor los testículos son algo pequeños y sólo están parcialmente descendidos.

La osificación es normal en los tres casos; no hay en ninguno polidactilia, pero si presentan todos malformaciones óseas: pies planos unidos a doble luxación congénita de cadera en el mayor, "genu valgum" en el pequeño y lordosis lumbar exagerada con alteraciones en el cartílago auricular en la hembra.

Presentan todos los hermanos retinitis y también hiperglucemias, eosinofilia y linfocitosis.

El mayor tiene como caracteres especiales la existencia de un metabolismo basal de — 32 por 100 con hipotermia, torpeza mental y complejos de bajo voltaje en las tres derivaciones del electrocardiograma, todo por tanto correspondiente a un cuadro de hipotiroidismo. La tensión arterial en éste, y también en su hermano pequeño, es normal. Por el contrario, la hembra tiene una hipertensión de 17/13 con albuminuria y cilindruria, metabolismo basal normal, acción dinámico-específica alta y gran desarrollo de vello en pubis y axilas, lo cual le da cierto carácter de basofilismo hipofisario. Todos presentan un desarrollo somático exagerado para su edad.

Estudiando el árbol genealógico se puso de manifiesto que tanto en los antecesores maternos como paternos existían algunos casos de obesidad anormal, lo cual demuestra el carácter hereditario de la condición. Exactamente un 25 por 100 de los descendientes de los cuatro abuelos fueron afectados, lo cual indica que el carácter es recesivo.

Los autores piensan que el síndrome en estos niños reside en un defecto hipofisario que origina una falta del factor hormonal que regula el metabolismo graso, basando esta conclusión en el hecho de que los tres casos al nacer eran normales por haber recibido en el útero el factor hormonal de la madre, y al faltar éste al mes del nacimiento comenzó el desarrollo de la enfermedad, tendiendo a compensarse ésta por una hipoperfusión pituitaria que no pudo aportar el factor carente y sólo resultó por tanto parcial, dando origen al basofilismo de Cushing, que se suma al síndrome en la niña y al precoz e intenso desarrollo somático en los niños. Finalmente, la hipófisis hiperfuncionante se agotó, dando origen al hipotiroidismo que presenta el mayor de los hermanos, producido por una falta del factor tireotropo.

Otros casos análogos de síndrome de Laurence-Moon-Biedl con insuficiencia tiroidea han sido publicados y últimamente se han aportado algunos con signos neurológicos de afectación del "globus palidus" del diencéfalo, lo cual hace posible el que se deba este proceso a alteraciones neurales y disminuya en importancia el papel jugado por la hipófisis en su producción.

Trombopenia congénita.—Aporta un caso de trombopenia congénita en un recién nacido en cuya madre

no existía tendencia a las hemorragias ni ningún proceso purpúrico latente. El niño nació normalmente y con buen aspecto, presentando sólo algunos puntos purpúricos en la mejilla izquierda; pero a la hora de nacer estaba cubierto de gran número de petequias en toda la cara y cabeza, menos en la parte superior de pecho y espalda y algunas en abdomen y extremidades, teniendo unas horas más tarde una hemorragia por cordón umbilical. No se palpaba bazo ni hígado y el abdomen era blando. Tenía 4.200.000 hematies con 114 por 100 de hemoglobina, 19.000 leucocitos con 60 por 100 de linfocitos y 40 por 100 polinucleares, 52 normoblastos por 100 células blancas y 67.200 plaquetas por milímetro cúbico, que tres días más tarde bajaron a 48.600. El tiempo de hemorragia fué de dos minutos y el de coagulación de cuatro. Fué tratado con "menadione" e inyecciones intramusculares de 10 c. c. de sangre total, con lo que mejoró progresivamente, teniendo a los nueve días del nacimiento 133.650 plaquetas, que ascendieron a las seis semanas a 497.000.

El examen de la sangre materna demostró tiempos de hemorragia y coagulación normales de 723.000 plaquetas por milímetro cúbico.

Hace resaltar el dato curioso de los 52 normoblastos que presentó el niño en el primer momento; pero a pesar de ello diagnostican una trombopenia congénita y no una eritroblastosis, teniendo en cuenta el estado general del niño, la precocidad de las hemorragias y la plaquetopenia.

Consideran el caso aportado como una rareza, ya que en todas las trombopenias congénitas recogidas en la literatura la madre presentaba tendencia hemorrágica o historia clara de dicha enfermedad.

Annals of Surgery.

121 - 6 - 1945

- Preparación preoperatoria de los accidentados de guerra. Beecher.
 Adiestramiento quirúrgico para graduados en Norteamérica. C. M. Smyth.
 La pérdida local de líquidos, los estímulos nerviosos y las toxinas como causa del shock. D. Phemister y C. Laestar.
 Rejillas de alambre de acero estériles en la reparación de las pequeñas pérdidas de sustancias craneales. E. Bolldrey.
 Heridas del pecho en la guerra. J. P. West.
 • El problema de la hemorragia masiva por úlcera duodenal en pacientes de edad superior a la "media vida". H. K. Gray y W. F. Sharpe.
 • Pancreoduodenectomy por carcinoma de los islotes. A. O. Whipple.
 Pancreatitis supurada asociada con absceso hepático. T. Shallow, S. A. Eger y F. B. Wagner.
 Injertos de piel humana congelada. M. Strumia y C. C. Hodge.
 • El método del ácido pirúvico en la remoción de escaras por quemaduras. C. R. Lamm y M. Pappendahl.
 • Sarcomas de hueso en la displasia poliostótica fibrosa. B. L. Cooley y F. W. Steward.
 Ruptura espontánea de la arteria axilar. F. B. Saint John, J. Scuder y D. L. Stevens.
 Un caso raro de divertículo de Meckel. S. Gendel y M. G. Beaver.
 Pruebas de esponjas absorbibles. R. Lattes y V. K. Kneeland.

El problema de la hemorragia masiva por úlcera duodenal en pacientes de edad superior a la "media vida". Se presenta la hemorragia aguda o crónica en un 25 por 100 de enfermos de úlcera duodenal, adquiriendo una especial gravedad en personas de más de cincuenta años de edad, ya que según varias estadísticas la mitad de ellos padecen hemorragias masivas, fatales si se las trata conservadoramente. El riesgo operatorio ha disminuido mucho con las técnicas modernas, y hoy se admite la necesidad de la intervención estando sangrando la úlcera masivamente. El ideal es la resección del piloro y el antro en el curso de una gastrectomía mayor; pero hay varias circunstancias en que ello no se puede hacer, por ejemplo, si la úlcera duodenal está infectada y es el centro de una zona de tejido inducido y edematoso, o porque el paciente no se encuentre en condiciones de soportar una resección extensa o por ambas razones a la vez. Por eso el cirujano debe hacer

la operación que convenga, en cada caso, ante lo que encuentre, sin ir con una idea preconcebida.

La operación de Devine, que es la sección del antro, a nivel del ángulo, cerrando el segmento pilórico dejándolo completamente retrocólico, con gastroyeyunostomía terminolateral, es criticada especialmente por los autores en este trabajo. Puede indicarse en un cierto número de casos del tipo de los descritos como procedimiento de lograr una gran disminución de la secreción clorhídrica y una exclusión de la úlcera sanguínea con rapidez, evitando los mayores traumatismos que supondrían resecciones más amplias, que empeoran el pronóstico en sujetos que por diversas circunstancias se encuentran en mal estado.

Los autores pasan revista a los casos de la clínica Mayo y se comentan los datos estadísticos que resultan, por los que se ve que 13 (el 81 por 100) pacientes no volvieron a tener molestias; tres (el 14 por 100) recidivaron y uno (6 por 100) murió. Esto ocurrió en un grupo de 62 enfermos en que se practicó la operación, de los que sólo 17 eran mayores de cincuenta años.

Pancreoduodenectomy por carcinoma de los islotes.—Expone el autor el caso de una mujer de sesenta y tres años, que tenía una historia de úlcus gástrico, en la cual se palpaba una tumoración en epigastrio. Nunca había tenido ictericia y las orinas eran normales. Las exploraciones radiológicas hicieron sospechar un carcinoma del antro con cuyo diagnóstico fué intervenida.

Después de resecar el estómago se vió que no se trataba de una neoplasia de la pared posterior del antro, como se creyó aún con el vientre abierto, sino de una masa tumoral procedente de la cabeza del páncreas. Se extirpó el tumor y parte del cuerpo del páncreas, se hizo una duodenectomy total y luego una gastroenterostomía anterior, implantando el coledoco en el asa yeyunal en vez de hacer, como suele ser habitual, una colecistointerostomía.

La enferma salió adelante y al cabo de cinco años no ha tenido más trastornos que una pérdida anormal de grasas por las heces, que se ha disminuido algo con tabletas de fermentos pancreáticos. Nunca ha tenido síntomas clínicos ni analíticos de trastorno en el metabolismo hidrocarbonado.

Anatomopatológicamente fué estudiado el tumor con los métodos de tinción de Bensley y resultó ser un carcinoma de los islotes de Langerhans compuesto de células alfa.

Termina el autor revisando los procedimientos quirúrgicos descritos y se muestra partidario de la intervención en un tiempo, en contra de la que describió anteriormente él mismo en dos tiempos, y que es la que se encuentra citada corrientemente.

El método del ácido pirúvico en la remoción de escaras por quemaduras.—Se trata de una investigación experimental acerca de la rapidez con que se forman las escaras en las quemaduras y del método de cómo se puede acelerar el proceso. Partiendo de la creencia de que el tejido necrosado no viable estorba el proceso de la cicatrización. Esto es lo que se pone en práctica habitualmente en las heridas dislaceradas, contusas. Esta "toilette" en las quemaduras se prefirió hacerla químicamente. Es conocido el hecho de que las escaras de las quemaduras, muy exudadas, tienen un pH ácido y se caen prontamente, por lo cual se pensó en reproducir este ambiente probando una pasta de ácido pirúvico y almidón de pH 1,9 en quemaduras experimentales, controlando el resultado por la aplicación de la pasta de almidón sola, por la aplicación de un algodón mojado en agua destilada y con una mezcla del ácido pirúvico y el almidón en un vehículo gelatinoso de goma tragacanto.

En conclusión, ante los resultados de la rápida caída de las escaras, los autores dicen que la humedad puede ser el factor común en los diferentes métodos y que el pH no influye.

Sarcomas de hueso en la displasia poliostótica fibrosa.—Se presentan dos casos de sarcoma de células gi-

gantes, desarrollados sobre la base de una displasia poliostótica fibrosa, enfermedad que se ha empezado a conocer en la última década a partir de los trabajos de Goldhamer, Borak y Doll, y luego Albright y colaboradores, y Lichtenstein, etc., etc. Se trata de una osteodistrofia unilateral, una especie de enfermedad de Recklinghausen unilateral, con alteraciones endocrinas, por ejemplo, pubertad precoz en las mujeres, alteraciones pigmentarias, etc.

El hecho del desarrollo sobre ella de sarcomas no había sido señalado hasta ahora, y en estos casos eran sarcomas osteolíticos polimorfos, de células gigantes y células fusiformes. Ambos produjeron metastasis visceral. Su respuesta a la radioterapia fué muy buena en comparación con el comportamiento de otros tumores del mismo tipo, habiendo en uno de los casos una supervivencia de once años sin hacer ningún tratamiento después de la primera irradiación. La causa del éxito fué las metastasis viscerales.

Los autores piensan si esta sensibilidad a la radiación podrá o no caracterizar una nueva entidad clínica. Acompañan al trabajo seis citas bibliográficas.

British Heart Journal.

8 - 1 - 1946

- Thomas Lewis, A. N. Drury, R. T. Grant y J. Parkinson.
- * El mecanismo del tipo Wenckebach de bloqueo auriculo-ventricular. G. M. Decherd y A. Ruskin.
- * Pruebas de hipoxemia en la enfermedad coronaria. G. Böhrck.
- Mixedema con derrame pericárdico. R. Schnitzer y D. Gutmann.
- Angina pectoris con ptosis palpebral paroxística asociada. H. G. Miller y R. Daley.
- * Alteraciones circulatorias en la pericarditis constrictiva. R. H. Lyons y C. Sidney Burwell.
- Bloqueo paravertebral y el electrocardiograma en la angina pectoris. K. Braun.

El mecanismo del tipo Wenckebach de bloqueo auriculo-ventricular.—Los fisiólogos han intentado explicar el tipo Wenckebach del bloqueo parcial sobre la base de variaciones en la propiedades de los tejidos de conducción; han postulado cambios momentáneos en la excitabilidad, en la latencia, en los períodos refractarios absolutos o relativos, recuperación de la excitabilidad o de la conductibilidad y aumento del ritmo de estimulación, producidos por factores experimentales, drogas o enfermedad miocárdica. La teoría de la latencia no puede sostenerse; cambios posibles en la excitabilidad no son accesibles al estudio clínico, ni cree el autor que cambios momentáneos en la refractoriedad o en la conductibilidad puedan invocarse para explicar el mecanismo del bloqueo de Wenckebach. El estudio de los casos clínicos permite la evaluación de los factores siguientes que determinan la secuencia de la conducción A-V en el bloqueo de Wenckebach: 1.º Duración de la refractoriedad completa. 2.º Duración de la refractoriedad parcial. 3.º Contorno de la curva de recuperación. 4.º Tiempo de conducción después de la recuperación completa. 5.º Ritmo auricular (intervalo P-P). Como los cuatro primeros factores puede incluirse en las curvas de recuperación de la conductibilidad A-V, los autores consideran estas curvas como fundamentales y han podido demostrar que todas las variedades del bloqueo de Wenckebach pueden deducirse variando estos cinco factores, esto es, la curva de recuperación y el ritmo auricular. Dichos factores, que determinan el carácter de los períodos de Wenckebach, son mutuamente interdependientes y pueden cambiar simultáneamente en direcciones iguales u opuestas. La curva de recuperación del caso típico de bloqueo de Wenckebach es de contorno liso y muestra una notable estabilidad en los períodos refractarios absolutos y relativos y en el tiempo de conducción A-V después de la recuperación completa. En estas circunstancias, las variaciones en el ritmo auricular adquieren una importancia extraordinaria para la determinación del grado del bloqueo en cualquier momento de los períodos de Wenckebach, y según su experiencia ni el contorno de las curvas de recuperación

ni su situación en el sistema de coordenadas cambian significativamente de ciclo a ciclo en el caso típico. Por otro lado, las diversas curvas de recuperación de diferentes enfermos o de los mismos enfermos en diferentes circunstancias descritas para los diversos grados de bloqueo pueden ocurrir con el mismo ritmo auricular. La fórmula empírica de Rushton y Campbell para la predicción de los intervalos consecutivos P-R sirve para recalcar que el bloqueo progresiva de acuerdo con una ley logarítmica simple. Las curvas logarítmicas de recuperación pueden extraerse de esta fórmula presumiendo un ritmo auricular. Esta fórmula fija el intervalo P-R en recuperación completa, el intervalo P-R más largo y la duración de la recuperación. Para cada grado de bloqueo se fija también la conformación de la curva de recuperación, y conforme el grado de bloqueo disminuye con ritmos ventriculares más rápidos, las curvas muestran una desviación a la izquierda. El embargo, la fórmula no fija la posición en el sistema de coordenadas de las curvas y con ello de los períodos refractarios absolutos y relativos, ya que esto varía con el ritmo auricular presumido. Los autores están impresionados con la diversidad amplia de la forma y posición de sus curvas clínicas de recuperación así como de la significación crucial de las variaciones del ritmo auricular, y en frente de tantas variables no han intentado, para todos ellos, formular una expresión matemática comprensiva. En resumen, concluyen diciendo que el tipo Wenckebach del bloqueo parcial auriculo-ventricular se explica sobre la base de la variación de los ritmos auriculares y de la variación de las curvas de recuperación de la conductibilidad auriculo-ventricular y que otras variedades del bloqueo parcial auriculo-ventricular pueden ser explicables de la misma forma.

Pruebas de hipoxemia en la enfermedad coronaria.—El autor comunica sus resultados en 350 pruebas de hipoxemia (326 enfermos) en la clínica de Sabbatsbergs Sjukhus, en Estocolmo. La técnica empleada fué similar a la preconizada por Levy y colaboradores, y que sucintamente consiste en la aspiración de una mezcla de oxígeno al 10 por 100 y nitrógeno al 90 por 100 durante veinte minutos. Ha podido demostrar que el número de pruebas positivas aumentaba pronunciadamente de acuerdo con la sospecha clínica de enfermedad coronaria. Así, por ejemplo, sólo se encontraron pruebas positivas en el 3 por 100 de los casos en que no se sospechaba dicho proceso; en el grupo en que se sospechaba la enfermedad coronaria la proporción subió al 20 por 100 y al 30 por 100 en aquellos otros casos en los que se consideró como probable o segura la afectación coronaria.

A continuación se ocupa el autor de las potencialidades futuras del método. Manifiesta que aunque es evidente que las pruebas de hipoxemia permiten descubrir alteraciones coronarias que no se han visto en el electrocardiograma corriente, sin embargo no son siempre satisfactorias y, por lo tanto, se plantea el conocimiento de los factores que puedan interferir con la prueba, manifestando que deben esperarse contribuciones de la experimentación animal, sobre todo en lo que se refiere al descubrimiento de la presión de oxígeno más conveniente, al control de la saturación arterial de oxígeno y al pH de la sangre durante la prueba.

Alteraciones circulatorias en la pericarditis constrictiva.—En este trabajo comunican los autores sus observaciones sobre las alteraciones en la presión venosa, volumen sanguíneo, ritmo cardíaco, volumen cardíaco de expulsión y por minuto, tiempo de circulación y capacidad vital en un enfermo con pericarditis constrictiva, que fué estudiado durante tres años antes de la pericardiolisis y durante seis años después de la intervención; igualmente han realizado sus observaciones en otros enfermos con un trastorno similar, pero mucho más intenso y durante un espacio de tiempo menor.

Como resumen de sus observaciones declaran que las fluctuaciones espontáneas de la presión venosa en estos enfermos no estaban relacionadas con el volumen de expulsión o el volumen minuto, pero en cambio existía

una estrecha relación con las variaciones en el volumen sanguíneo. Parece verosímil, por lo tanto, que tales fluctuaciones en la presión venosa reflejaban en estos enfermos las variaciones en el contenido acuoso del cuerpo. Se produjo en los dos enfermos un aumento en la presión venosa de 160 y 130 mms. de agua por encima del nivel control por medio de la infusión intravenosa de suero glucosado o salino, pero esta sobrecarga no alteró el ritmo cardíaco ni el volumen de expulsión o por minuto. Realizan la contraprueba y encuentran que la disminución de la presión venosa de 60 a 30 mms. de agua como resultado de una flebotomía de 500 c. c. no produjo ninguna alteración en el volumen de expulsión o por minuto. El aumento espontáneo del ritmo cardíaco se asociaba con un descenso del volumen de expulsión y con un aumento pequeño, pero evidente, del volumen minuto. La taquicardia producida por la inyección intravenosa de sulfato de atropina se acompañó de un aumento del volumen minuto y descenso de la presión venosa. La taquicardia consecutiva al ejercicio produjo un descenso similar en la presión venosa por debajo del nivel de reposo.

The Lancet.

6348 - 28 de abril de 1945

- Normalidad y trastorno en el intestino grueso. T. L. Hardy.
Heridas de guerra tratadas con penicilina. A. Innes y V. H. Ellis.
Efectos de las sulfonamidas sobre la fosfatasa del hueso. P. H. Silver y J. S. R. Golding.
Dermatitis por aceites lubrificantes. G. P. B. Whitwell.
• Instilación local de penicilina en el absceso pulmonar. D. Pickering y R. Grenville-Mathers.
Embolía gaseosa fatal durante la transfusión sanguínea. E. G. Dolton, E. Gardner y W. D. Wylie.

Normalidad y trastorno en el intestino grueso.—Se refiere el autor en primer lugar a los mecanismos de los fenómenos que ocurren normalmente en el intestino grueso, y en especial a la replección y vaciamiento del colon, con sus dos procesos fundamentales: la haustración y los movimientos en masa, resumiéndolos diciendo que los movimientos del colon consisten en una replección diástólica lenta e irregular, interrumpida dos o tres veces al día por un sistole muy poderoso y rápido; la fase de diástole presenta variaciones individuales, no solamente en su duración, sino también en la posición que ocupan el ciego, el transverso y el colon pélvico, y esta fase se asocia con la formación de hendiduras y haustras que sirven al propósito del mezclamiento. Los movimientos y la función primaria del intestino grueso se completan por el acto de la defecación, que consiste en fuertes contracciones del recto y del colon, asociados con relajación del esfínter anal, lo que se refuerza por un aumento en la presión intraabdominal por fijación del diafragma en inspiración completa y del suelo de la pelvis por el elevador del ano, que empuja el canal anal; así la masa fecal y el paso de heces a través del canal actúan como un estímulo aumentando la contracción del recto y la relajación de los esfínteres. En cuanto al control nervioso del colon, todavía no está aclarado, aunque se sabe que el colon distal y el recto están más intimamente que los otros segmentos bajo el control del sistema nervioso central; el intestino grueso posee un grado considerable de autonomía, especialmente el colon proximal y quizás responsable de los segmentos haustrales. La conversión del quimo líquido en heces normales representa la absorción de aproximadamente 500 c. c. de agua al día, procedente principalmente de las secreciones del intestino delgado; el quimo, al pasar el esfínter ileo-cólico, contiene aproximadamente un 90 por 100 de agua, mientras que las heces normales solamente el 60-80 por 100; la absorción de agua se realiza principalmente en el ciego y en el ascendente, y se completa en el colon pélvico; además interviene el colon en la absorción del sodio y de los cloruros, como una función reguladora del equilibrio de los electrolitos y del agua corporal.

lo que tiene gran importancia especialmente en los casos de ileostomía. A continuación se ocupa de la secreción normal de moco en el intestino grueso, y asimismo de su posible función en la protección de la mucosa del mismo.

Se ocupa ahora de la patología funcional, especialmente del estreñimiento, y manifiesta que el número de deposiciones depende de numerosos factores y de condiciones de vida de los sujetos, interviniendo la dieta, la ingestión de agua, los hábitos del sujeto, etc. Y en cuanto al empleo, los síntomas atribuidos al estreñimiento fueron explicados por una absorción de toxinas, pero esto evidentemente es inverosímil, y lo más probable es que los síntomas se deban al descenso del recto, que provoca un reflejo nervioso, puesto que los síntomas desaparecen rápidamente cuando disminuye la presión en dicho segmento.

Critica ampliamente el diagnóstico de neurosis del colon, ya que muchas veces no hay ninguna base sólida en que apoyarse, puesto que el examen radiológico por enema o por una observación simple con bario ingerido se presta frecuentemente a interpretaciones falsas. Y, por último, habla de la significación patológica del moco, de lo que hace una severa crítica, salvo en los casos de enfermedad propiamente inflamatoria del colon, pero en los restantes casos representa habitualmente únicamente el aumento de la motilidad y, por lo tanto, del flujo sanguíneo que conduce a la hipersecreción del moco.

Instilación local de penicilina en el absceso de pulmón.—Los autores comunican un caso de absceso racemoso del pulmón, que fué tratado primeramente con penicilina por vía intramuscular, y en vista de los escasos resultados obtenidos, se decidieron a inyectarla directamente en la cavidad pulmonar. Partieron de la base de que en los abscesos de pulmón es inverosímil que se llegue a alcanzar una concentración adecuada de penicilina en la cavidad cuando la administración se hace por vía intramuscular. El efecto de la inyección local de 20.000 unidades de penicilina en 5 c. c. fué muy notable, pues la temperatura descendió muy rápidamente; igualmente disminuyó la taquicardia y el esputo se hizo menos purulento; en seis días consecutivos se repitieron las inyecciones de penicilina, y el cultivo del pus extraído demostró que era estéril. El absceso, sin embargo, no se cerró, ya que la pleura era muy gruesa a ese nivel y estaba adherida al pulmón, lo que probablemente contrarrestaba el poder retráctil del parénquima. En vista de ello se decidieron por la intervención, y el enfermo murió por un accidente anestésico, y en la autopsia se confirmaron los datos exploratorios y en la cavidad pulmonar no existía pus. Como resumen, los autores piensan que la penicilina en instilación local puede ser eficaz en el tratamiento del absceso de pulmón, siempre y cuando se haga precozmente.

6349 - 5 de mayo de 1945

- Heridas de la articulación de la rodilla. B. H. Burns, R. H. Young y G. M. Muller.
- Normalidad y trastorno en el intestino grueso. II. Neurosis del colon y colitis ulcerosa. T. L. Hardy.
Efecto de la penicilina sobre los cultivos en medios sólidos y líquidos. R. Knox.
- Traquetomía en la poliomielitis bulbar. A. Nelson-Jones y R. H. Hunt Williams.
- Tratamiento con DDT de la sarna en los conejos. B. G. T. Elmes.

Normalidad y trastorno en el intestino grueso.
II. Neurosis del colon y colitis ulcerosa.—En esta segunda parte, el autor se ocupa exclusivamente de la neurosis del colon y de la colitis ulcerosa.

Respecto a la neurosis del colon, se define como los trastornos de las sensaciones, secreciones y movimientos en ausencia de enfermedad orgánica. Existe una gran confusión en cuanto a la terminología y a las manifestaciones clínicas de este proceso funcional, y a pesar de que se ha tratado de asociar clínicamente con la presencia de abundante cantidad de moco en las deposiciones, sin embargo, manifiesta el autor que

solamente lo encontró en 26 de 218 casos, y únicamente en 6 en forma de molde, por lo que señala que no debe aplicarse a los estados de neurosis del colon como sinónimos de colitis mucosa o mucomembranosa. En cuanto a la incidencia y distribución del proceso, después de mencionar la literatura, el autor comunica haber encontrado 375 casos entre 3.400 de enfermedades abdominales, con un 60 por 100 en mujeres y las tres cuartas partes de los casos entre los veinte y cincuenta años de edad, es decir, cuando las condiciones de responsabilidad y ansiedad de la vida son más evidentes y con mucha mayor frecuencia en los individuos con un "standard" de vida más elevado. Analiza la etiología y manifiesta que es muy variada, por irritabilidad del mecanismo neuromuscular producida por enfermedad local, por irritación local a consecuencia de alimentos o purgantes, trastornos reflejos de otros órganos, mecanismos alérgicos o de desequilibrio endocrino y, por último, factores que representan estímulos de origen psicógeno, particularmente aquellos que resultan de la ansiedad permanente.

La colitis ulcerosa la analiza primero desde el punto de vista histórico, y la define como un proceso grave, de gran mortalidad, que afecta principalmente a la juventud, en la época formativa y creadora y a menudo en individuos con inteligencias superiores a la normal; presenta un curso largo, con tendencia marcada a las recidivas, y a pesar de todas las investigaciones que se han realizado, sigue siendo oscura la etiología, no puede predecirse su curso y su respuesta al tratamiento es muy variable. A continuación realiza una revisión crítica y detallada de esta enfermedad, y en especial de la incidencia, comienzo y mortalidad del proceso, de la historia personal y familiar y de los hábitos intestinales. En cuanto a los factores etiológicos, dedica particular atención al papel de la alergia, y manifiesta que no está convencido del papel que ésta puede jugar en la producción o en la cronicidad del proceso, y en cambio concede gran valor a los factores emocionales y asimismo al influjo beneficioso que puede reportar la psicoterapia.

6.350 - 12 de mayo de 1945

Restablecimiento del cierre precoz de las heridas: operación en dos tiempos tal y como se aplicó en Italia. H. C. Edwards.

La vigilancia de la sutura retardada: papel del cirujano de vanguardia. F. A. R. Stammers.
Tratamiento de las heridas de guerra: operación en dos tiempos. W. M. Capper.
Heridas de los tejidos blandos: tratamiento en dos estadios. J. J. Mason Brown.
Administración de penicilina por vía oral. N. G. Heatley.
Tiempo de presentación de casos familiares secundarios de hepatitis infecciosa. A. M. McFarlan.

Administración de penicilina por vía oral.—El autor comunica sus observaciones sobre la administración de penicilina por vía oral. Con el fin de evitar la acción del jugo gástrico sobre la penicilina, se administraron diez minutos antes 3 gramos de bicarbonato sódico en 150 c. c. de leche, dando a continuación la penicilina emulsionada con huevo; a partir de la administración se estudió la eliminación urinaria de penicilina, comparándola con la que se presentaba después de la inyección intramuscular de una dosis semejante. Los resultados obtenidos demuestran que la absorción de penicilina no se realiza totalmente, puesto que la eliminación por la orina es mucho menor que con la inyección intramuscular, aunque es más prolongada. Se desprende de ello que, como la absorción es pequeña, la administración oral de penicilina puede ser eficaz solamente en el tratamiento de algunas infecciones, por ejemplo, la gonococia, pero teniendo presente que la dosis total necesaria debe ser por lo menos tres veces superior a la empleada por vía intramuscular.

6.351 - 19 de mayo de 1945

Cirugía de la persistencia del conducto arterioso. T. Holmes Sellors.
Efectos del alcohol y del amital sódico sobre la prueba de determinación de la inteligencia. W. Sargent.
Tratamiento de las heridas de guerra: operación en dos estadios. R. W. Hendry, W. C. Gledhill y B. H. Price.
Tratamiento de las heridas de guerra: operación en dos estadios. A. C. Turner, A. A. Murray y G. A. Fowler.
Tratamiento de las heridas de guerra: segundo estadio es la operación en dos tiempos. H. J. B. Atkins y B. Holden.
Fractura compuesta del fémur: operación en dos tiempos. R. J. B. McEwen, J. G. Bickerton y M. F. Pilcher.
Sutura tardía y secundaria de las heridas de guerra D. Bhatia.
Cierre primario de las heridas de guerra de la cara R. Lawrie.
Hemorragia conjuntival después de la inyección de bismuto. L. Cohen.