

tancia adquirida por el Dispensario de Higiene Mental de esta Provincia, la asistencia a estas lecciones no se someterá a matrícula, y será gratuita. Sin embargo, los que deseen un certificado de asistencia, lo solicitarán previamente en cada grupo de lecciones, y se les indicará el modo de justificarla.

INSTITUTO DE ALERGIA DE BARCELONA

A los Médicos recién terminada la carrera y estudiantes del último año de Medicina, se les dará un

grupo de ocho lecciones, en el local del Instituto (Consejo de Ciento, 343), en días y horas convenientes. La instrucción necesaria indispensable, de técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, preparación de extractos de alérgenos y aplicación de aerosol de penicilina.

Esta instrucción será eminentemente práctica y gratuita, y los propios asistentes efectuarán las pruebas cutáneas y se habituarán con los tratamientos de desensibilización.

Para aplicaciones y detalles, dirigirse a la Secretaría del Instituto, teléfono 10674.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

MANUAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA. C. LARROUDÉ.—Livraria Luso-Espanhola. Lisboa, 1946.—Un volumen en cuarto mayor de 773 páginas.

El Dr. Larroudé ha conquistado en una serie de trabajos personales un renombre internacional, que hace interesante, desde el primer momento, el enfrentarse con el libro. Toda la obra está llena de sugerencias interesantes, producto de una personal experiencia, y avallada con numerosas ilustraciones muy instructivas.

De primera intención se hacen consideraciones sobre la técnica de la exploración; a continuación se estudian las enfermedades del oído, con un recuerdo anatomofisiológico elemental, pero bien útil para el práctico, de la exploración endoscópica y el examen funcional auditivo y del laberinto posterior. Más adelante se estudian las enfermedades en especial, con numerosas imágenes en colores, dedicando un mayor espacio a las enfermedades de más importancia práctica: otalgias, otitis, otorreas, complicaciones de las otitis, etc. Los capítulos dedicados a los zumbidos y vértigos están tratados, sin embargo, demasiado brevemente. En la segunda parte se estudian las enfermedades de fosas nasales y nasofaringe, siendo especialmente interesante los capítulos de rinorreas y sinopatías. A continuación se estudian las enfermedades de la faringe y del esófago, las de la laringe y las de la tráquea.

En su conjunto, el libro es atractivo y muy útil, no solamente para el especialista, sino también para los médicos prácticos.

ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA DEL SHOCK TRAUMATICO. D. GÓMEZ ONTIVEROS.—Publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad de F. E. T. y de las J. O. N. S. Madrid, 1946.—Un volumen en cuarto de 165 páginas.

A pesar de haberse publicado en estos últimos años varias monografías sobre el shock traumático y algunos trabajos de conjunto muy interesantes, esta monografía del Dr. Gómez Oliveros es una de las que más completamente recogen la situación actual del problema, tan lleno de dificultades y todavía tan irresuelto.

El autor tiene en cuenta todos los trabajos modernos, que ordena haciendo una exposición clara y bien sistematizada. Sucesivamente se exponen la etiología y la fisiopatología del sistema circulatorio, de la sangre, sistema respiratorio y sistema nervioso, discutiéndose luego las diferentes teorías lanzadas para explicar el shock traumático. En suma, resulta una exposición moderna, completa y muy bien seleccionada del estado actual del problema.

SUPRARRENALES Y FUNCION SEXUAL. J. BOTELLA LLUSIÁ.—Ediciones Morata, Madrid, 1946.—Un volumen en cuarto de 174 páginas, 40 pesetas.

El ilustre y joven profesor de Ginecología, ejemplo de cuya constante inquietud y entusiasmo por el trabajo son sus sucesivas publicaciones, ha escrito esta monografía, donde se estudian las relaciones de la función sexual con la corteza suprarrenal, problema siempre lleno de interés, con contribución de algún caso personal. Mantiene al final la conclusión de que la corteza suprarrenal puede considerarse como tercera gonada, elemento de reserva que podría tener una función vicariante cuando la gonada no funciona en la medida necesaria.

INSUFICIENCIA CARDIACA. JUAN GOVEA.—Biblioteca del Médico Práctico. Edit. Cultural, S. A. Habana, 1946.—Un volumen en cuarto de 260 páginas.

Se trata de una interesante y breve monografía en la que se estudia elementalmente el problema de la insuficiencia cardíaca, siempre con vistas a la práctica, con un buen conocimiento, principalmente de la literatura francesa. Hay algunos conceptos personales del autor, como el de la insuficiencia coronaria por compresión del vaso en virtud de la dilatación del ventrículo izquierdo, el síndrome cardio-coronario, concepción interesante, aunque en su base pueda ser discutible. El libro está escrito con soltura, y resulta, además de instructivo, muy grato.

B) REFERATAS

Revista Española de Tuberculosis.

15 - 137 - 1946

Resultados definitivos de un grupo de 30 neumotórax bilaterales simultáneos. J. Cornudella.
Resultados de la investigación sistemática de 12.545 personas sanas en apariencia. A. Pereda y S. López Vélez.
El enfisema ampollar asociado a la atelectasia en la tuberculosis pulmonar.
La tisis enfisematigena de la infancia y la pubertad. F. J. Ontiveros.

Medicina.

14 - 6 - 1 de junio de 1946

- * Estudios de fisiopatología gástrica. Las hiperclorhidrias. F. Enríquez de Salamanca, N. Llobregat y V. García Morato.
Sobre la sulfamidoterapia en la erisipela. L. Viver de Lastra.
Patología comparada. Distrofias óseas. Pedro Carda Aparici.
Hernias diafragmáticas traumáticas, hepáticas y de colon. M. Ruiz.
* Sobre un nuevo método sencillo y práctico para el diagnóstico de la actividad estrogénica en la mujer (test de Mack). L. Montalvo Ruiz.
Causticación ocular por fosforo de calcio. R. Carreras Mata.
La fundación del Real Colegio de Cirugía de San Carlos. A. Lapuente.

Estudios de fisiopatología gástrica. Las hiperclorhidrias.—Se estudian 88 casos de enfermos hiperclorhidricos, según el método de uno de los autores, siguiendo el criterio de considerar como tales aquellos casos que poseen una media de concentración clorhídrica superior a la media normal más dos sigmas (excluyendo a los ulcerosos). Se estudian las correlaciones entre los valores de clorimetría y la cantidad de secreción, y entre éstos y la evacuación, comprobándose que la clorhidria no depende directamente de T/F (estenía), como sucede en los normales, sino del cloro total extraído de la sangre; por otro lado, la glándula gástrica en los hiperclorhidricos es incapaz de efectuar dos esfuerzos simultáneos: uno, el que supone extraer el cloro de la sangre, y otro, el elaborarlo en forma de ácido, perdiéndose la relación inversa entre la calidad y la cantidad de secreción. Se demuestra cómo la clorhidria absoluta es sensiblemente igual a la de los sujetos normales, es decir, que a pesar del aumento de la concentración de clorhídrico, estos estómagos no verifican un trabajo superior al realizado por los estómagos normales; en cambio, los ulcerosos poseen una clorhidria absoluta más elevada conseguida a expensas de una hipersecreción.

Sobre un nuevo método sencillo y práctico para el diagnóstico de la actividad estrogénica en la mujer (test de Mack).—El estudio sistemático de los frotis vaginales ha permitido conocer la función ovárica por los cambios cíclicos producidos en la secreción vaginal, y así unos autores estudian durante el ciclo las diferentes clases de células; otros verifican un recuento de las mismas y de leucocitos, y otros, en fin, la mayor o menor cantidad de glucógeno en las células epiteliales. Mack, recientemente, ha propuesto una prueba sencilla para conocer la actividad estrogénica de la mujer, basada en la presencia de glucógeno celular en los frotis vaginales. Se estudian por este método 130 enfermas, de las cuales 100 son estudiadas clínicamente, observando una correlación casi absoluta entre el resultado de los frotis y el síndrome clínico de la enfermedad, consiguiéndose, por tanto, una rápida orientación del estado funcional del ovario, evitando el tener que recurrir al empleo de métodos de dosificación de estrógenos en la orina o en la sangre, excesivamente complicados para el práctico.

Medicina Clínica.

5 - 1 - 1945

- Fiebre exantemática mediterránea. A. Pedro Pons.
A propósito de un caso de endocarditis bacteriana subaguda curado con penicilina. F. Vega Díaz y J. M. Alés Reinlein.
* Hígado melitocócico. A. Pedro Pons, R. Bacardi y R. Alvarez.
Consideraciones derivadas del estudio de las células plasmáticas. P. Arasa.
* Acerca de la llamada cirrosis cardíaca del hígado. A. Amell-Sans y L. Reigt-Puig.
Observaciones sobre el valor de prueba de concentración de Volhard en la evolución de la glomerulonefritis aguda. J. Muñoz Escoda.
Membrana encarcelada. T. Lorenzo y A. Pursell Ménguez.
Hemoptisis y cavernas gigantes. J. Cornudella.
Plicatura de la cápsula en los casos de moderada laxitud articular interna de la rodilla. J. Naves.
Las perforaciones de la vesícula biliar en peritoneo libre. E. Amat Carreras.
La estasis duodenal crónica. A. Romero Calatayud.
El tratamiento de la colitis disenteriforme por la harina de algarroba. J. Puig y E. Martínez.
Estado actual del problema de la hormona tímica de Bomskow. J. de Nadal Baixeras.

Hígado melitocócico.—La carencia de datos extensos referentes a observaciones necrópsicas de enfermos brucelósicos hace que tenga gran interés el estudio que los autores hacen del hígado melitocócico mediante punción aspiradora del mismo, según la técnica de los daneses Roholm e Yversen. Merced a esta exploración se pone de manifiesto que el hígado en la fiebre de Malta está regular y precozmente afectado, en el sentido de una hepatitis que clínicamente suele estar larvada, aunque a veces se ponga de manifiesto por las reacciones serológicas adecuadas (Weltmann, Takata, colemia, rosa de Bengala, etc.).

En los primeros estadios la lesión histológica demuestra la participación de los vasos y tejidos conectivos, siendo característica la aparición de acúmulos linfomonoplasmocitarios formando el "granuloma brucelar". Cuando la enfermedad parece ya curada, la punción aspiradora revela lesiones hepáticas residuales o evolutivas, de gran importancia para el porvenir del enfermo.

En las fases avanzadas se observa desorganización trabecular, la regeneración celular y la extensa proliferación conjuntiva con imágenes de precirrosis. Es la fase reversible del proceso o el comienzo de la hepatobrucelosis tardía, cuya expresión clínica e histológica es la de la cirrosis hepática de origen infeccioso.

Acerca de la llamada cirrosis cardíaca del hígado.—Basándose en el examen de su casuística personal, afirman los autores que el estasis hepático no es capaz por sí solo, ni por su coexistencia con causas reconocidas como cirróticas, de provocar lesiones que produzcan en el hígado el cuadro de una cirrosis. Por tanto, creen que debe rechazarse la denominación de "cirrosis cardíaca" en aquellos enfermos en los que presentando un estasis hepático clínicamente comprobado y de larga duración, se presenten también síntomas de insuficiencia hepática y aun aspectos histológicos de cirrosis genuinas, debiendo catalogarse los casos en que produce dicha coincidencia como "enfermos con estasis hepático y cirrosis concomitante". El hecho de aparición de un cuadro de cirrosis en un enfermo con estasis hepático inveterado no tiene nada que ver con la evolución de este último, y corresponde a una mera coincidencia, siendo producida la cirrosis a expensas de uno o varios de los procesos tóxicos o toxoinfecciosos reconocidos como factores posiblemente causales de cirrosis, desarrollados en un terreno hepático dotado de predisposición cirrótica constitucional, de acuerdo con el criterio sustentado por Chvostek.

Por otra parte, la aparición de síntomas de insuficiencia hepática en un enfermo con hígado de estasis

inveterado, no presupone forzosamente el ulterior hallazgo de una cirrosis en el mismo. En todo caso puede admitirse únicamente que la coexistencia de cirrosis, desarrolladas cada una independientemente de la otra, pueden sumar sus efectos en la resultante común de insuficiencia hepática.

La infección reumática debe ser incluida en el grupo de toxiinfecciones susceptibles de producir un efecto cirrosante en enfermos constitucionalmente predispuestos, como lo demuestra el hecho de haber sido hallada como antecedente en todos los casos de la casuística de los autores en los que existía cirrosis inicial o bien desarrollada, sin que, por otra parte, pudiera ser imputado el hecho cirrótico a ningún otro factor anamnésico. Esta infección reúne, por lo demás, las condiciones habituales de los procesos cirrosantes, a saber: infección de evolución prolongada, por brotes que afecta primordialmente al sistema reticuloendotelial, con producción de granulomas y lesiones esclerosas, cuyos efectos toxiinfecciosos son evidenciados por su sintomatología clínica.

5 - 2 - 1945

- La trombosis de las ramas gruesas de las arterias coronarias. F. Ferrer Solervicens.
- Evolución radiológica de la neumonía crupal. M. Soriano.
- Endocarditis infecciosa en el curso de una aortitis sífilítica. J. Codina-Altes, F. Pañella-Aldrueu y F. Nibó-Mary.
- Diagnóstico de los síndromes ictero-ascíticos. J. Sala-Roig.
- Diagnóstico diferencial de las imágenes triangulares paramediastínicas de base. M. González-Ribas y F. Manchón.
- El volumen de sangre en la insuficiencia cardíaca. E. Juncadella Ferrer.
- Exploración del funcionalismo renal. Prueba de Vanslyke. J. J. Permanyer Maciá y A. Martínez.
- Observaciones acerca del mielograma en la anemia perniciosa. J. Vives Mañé.
- Aspectos endocrinos de algunas manifestaciones corporales. D. M. Taverna Torm.
- Características generales de los procesos alérgicos en las vías respiratorias altas. R. Alemany.
- El bloqueo anestésico de esplácnicos en el tratamiento de algunas nefropatías. S. Vidal Sivilla.

Evolución radiológica de la neumonía crupal.—En ocasiones puede demostrarse la imagen radiológica de la neumonía como constituida por dos elementos: un núcleo de infiltración inicial primario, a partir del cual, y en espacio de pocas horas, se forma un nuevo foco secundario que rapidísimamente se extiende, de manera que a la imagen bipolar resultante sucede una única sombra uniforme del "bloqueo" neumónico. El foco inicial generalmente tarda más en reabsorberse que la infiltración o foco secundario, por lo que es posible sorprenderle pocos días después de la crisis, destacando como una densa mancha circunscrita entre los restos de la mancha neumónica. Este foco inicial no siempre es parahiliar, sino que puede estar situado en pleno tejido pulmonar.

En ninguno de los casos del autor puede referirse la sombra del foco inicial parahiliar a un engrosamiento ganglionar, sino que se trata de un foco peribronquial, una "bronconeumonía alérgica" o neumonía focal hiperérgica, a partir de la cual el exudado hiperérgico se extendería rápidamente a constituir en primer lugar un foco secundario y luego un extenso bloqueo inflamatorio uniforme.

Lo mismo la inflamación secundaria que el foco inicial se reabsorben por completo, aun en los casos de resolución lenta, no habiendo podido encontrar imágenes radiológicas residuales persistentes que pudieran explicar la aparición posterior de neumonías por reactivación de un foco neumónico residual.

El volumen de sangre en la insuficiencia cardíaca.—En los estados de descompensación cardíaca se presenta un aumento del volumen globular total a veces considerable.

El volumen del plasma no suele compensar este aumento, pero en muchos casos aumenta a su vez, con lo que aparecen volúmenes de sangre elevados.

La cuantía del aumento de sangre varía en amplias proporciones de unos enfermos a otros. Ello se debe, en parte, a la propensión de cierta clase de enfermos a presentar fuertes poliglobulias en la descompensación, y en parte también al diferente comportamiento del volumen del plasma por alteración en los factores reguladores.

En los casos en que existe un alto contenido proteico en la sangre, con elevada presión oncótica, o que a la dilución responden con intensa regeneración albuminoidea, existe un volumen de plasma elevado, y lo contrario en los casos en los que se presenta una alteración de la fórmula proteinémica con presiones oncóticas descendidas.

Se revisan las fórmulas proteinémicas halladas en 43 cardíacos, y se separan las alteraciones verdaderas de aquellas otras pasivas debidas a dilución.

La consideración de estos hechos y la observación clínica permite diferenciar dos grupos de enfermos de modo bastante definido: Grupo 1.º Enfermos que en la descompensación presentan el siguiente complejo: volumen de sangre muy elevado, volumen globular total muy elevado, contenido proteico en el plasma elevado, ausencia de edemas o, en todo caso, tardíos. En estos casos el elevado contenido proteico del plasma retiene buena cantidad de agua, y la reducción del volumen de sangre es lenta, pues el agua está fuertemente fijada por las proteínas plasmáticas. En cambio, los edemas, si aparecen, son tardíos, y cuando son intensos se deben al gran aumento de la presión capilar por el progreso de la insuficiencia cardíaca.

Los enfermos del grupo 2.º se caracterizan por el siguiente complejo: albúminas plasmáticas alteradas o deficientes, edemas acentuados, volumen de sangre moderadamente elevado. En estos casos, el bajo contenido proteico del plasma retiene mal el agua, la cual escapa en los espacios intersticiales, formando abundantes edemas. El aumento del volumen del plasma es, en general, moderado, y a diferencia de los del grupo 1.º, se reduce rápidamente con el tratamiento, ya que el agua está poco sujeta.

El bloqueo anestésico de los esplácnicos en el tratamiento de algunas nefropatías.—Partiendo del estudio de dos casos de nefropatías médicas, en los que tuvo ocasión de aplicar el bloqueo anestésico de los esplácnicos, y basándose en consideraciones fisiopatológicas, el autor sugiere la posibilidad de intentar dicho tratamiento en las nefritis agudas y subagudas en la eclampsia gravídica y en las reagudizaciones y ciertas complicaciones de las nefropatías crónicas. Por su modo de acción y resultados, homóloga esta terapéutica a la decapsulación renal, y en este sentido reseña los antecedentes que se relacionan con esta última. Finalmente, anticipa algunos resultados de un estudio experimental iniciado por el autor sobre el efecto de dicho bloqueo anestésico en la función renal.

Revista de Sanidad e Higiene Pública.

19 - 12 - 1945

- Culicidos de la provincia de Cuenca. F. Torres.
- Cromovacunación del mal rojo del puerco. P. Riemlinger.
- Virus rábico y sustancias rabicidas. J. Pérez Pardo.
- Las grasas artificiales en la alimentación humana. M. de Mingo.
- Paludismo en Valladolid. J. de Prada.

Virus rábico y sustancias rabicidas.—En el hombre no existen sustancias rabicidas naturales, sino que, por el contrario, dichas sustancias hacen su aparición de la cuarta a la quinta semana de comenzar el tratamiento, aparición que se adelanta en pocos días al final del período de incubación de la rabia en el hombre. La inmunidad, que, según los rabiólogos, comienza a partir de la segunda semana después de terminado el tratamiento, coincide con la aparición de las sustancias rabicidas. El autor encuentra que la aparición de las sustancias rabicidas se efectúa más tarde de lo

que aseguran otros autores, pero coincide con éstos en que el máximo de saturación de los anticuerpos rabídicos está comprendido entre los treinta y sesenta días después del comienzo del tratamiento en la mayoría de los casos, desapareciendo por lo general del sesenta al setenta día, aunque existen con frecuencia curvas sostenidas y algunas retardadas.

Los estudios estadísticos demuestran que son mucho más frecuentes los fracasos del tratamiento entre los mordidos que acuden al Centro antirrábico después del quinto día. Son esos pocos días en que la formación de anticuerpos se anticipa al período de estado de la enfermedad los que hay que ganar para asegurarnos el éxito, pues en ello se juegan la vida los mordidos.

Imprensa Médica.

11 - 10 - 1945

* Cancerización de próstata complicando un adenoma de cuello vesical. L. Ravara Alves.

Cancerización de próstata complicando un adenoma de cuello vesical.—Comunica dos casos de adenoma de cuello vesical, llamado también adenoma de próstata, cuya evolución pudo seguir paso a paso, dando durante ella una sintomatología subjetiva perfectamente soportable, por lo que sus portadores rechazaron la intervención. En ambos casos se produjo una malignización por degeneración carcinomatosa e invasión de próstata, y ambos pacientes murieron con un cuadro de caquexia cancerosa.

El primero se presentó en un enfermo al cual se le diagnosticó su adenoma a los sesenta y un años. A esta edad ya se palpaba por tacto rectal, pero todavía no producía retención vesical, y sus molestias sólo consistían en disuria poco acentuada y polaquiuria nocturna. Nueve años más tarde las molestias se acentuaron y apareció dolor irradiado por ciáticos, y la masa adenoma-próstata se redujo y endureció, adquiriendo una atrofia cirrosa y pétrea de carácter maligno. Apareció estranguinuria y con talla hipogástrica se mantuvo asepsia urinaria, y dieciocho meses más tarde, cuando el enfermo tenía setenta y tres años, murió de caquexia cancerosa.

En el segundo caso, el paciente tenía sesenta y ocho años, y seis años antes se le había aconsejado prostatectomía por la presencia de un adenoma, pero como éste no producía más molestias que disuria no constante, el paciente rechazó la intervención. Tres años más tarde tuvo una retención urinaria aguda, que obligó a la práctica de una resección trans-uretral, y el análisis de los fragmentos extirpados reveló la existencia de elementos carcinomatosos bien patentes.

Año y medio después de la intervención, el residuo vesical fué nuevamente aumentando, y sólo mejoraba con estilbenos, volviéndose a hacer patente al cesar en la administración de éstos, por lo que se decidió la orquidectomía subcapsular bilateral. El resultado fué mediano, quizá la disuria fué menos acentuada, pero la caquexia progresó, y la próstata no se modificó nada.

Discuten en esta comunicación el mecanismo de la degeneración maligna de próstata en portadores de adenoma de cuello vesical, desechando la idea de que el carcinoma de próstata sea de asiento periférico y admitiendo, como se ve en estos casos, que su asiento puede ser central a partir de las glándulas periuretrales del cuello vesical o de la uretra prostática en la mayoría de los casos.

La Prensa Médica Argentina.

32 - 36 - 7 de septiembre de 1945

* Pancreopatías crónicas difusas. J. M. Oviedo Bustos. Ginecomastía. Técnicas operatorias. E. F. Malbec. Cuello: tumor del espacio retrofaringeo. A. R. Albanese. El llamado tubo de Mayo. J. A. Nesi.

Pancreopatías crónicas difusas.—Después de un estudio detallado del problema, el autor llega a las si-

guientes conclusiones. La mayoría de las pancreopatías crónicas son lesiones esclerosas de marcha lenta, que pueden ser parciales o totales.

Estas pancreopatías son frecuentes, y existe un gran porcentaje de ellas asociadas o a consecuencia de una litiasis biliar. El cuadro clínico resulta confuso y difícil de dilucidar, pero pensando en su posible existencia y luego apelando a la sutileza clínica para poner en claro los síntomas que le pertenecen la mayoría de las veces se llega al diagnóstico. Los métodos biológicos son de gran importancia para el diagnóstico: examen directo de la secreción, determinación de la lipasa en sangre y amilasa en la orina y, por último, la reacción dolorosa frente a la inyección por sonda del éter.

32 - 37 - 14 de septiembre de 1945

Distonía del esfínter de Oddi. Aportes a su patogenia y diagnóstico. P. L. Mirizzi. Pólipos angiomatosos del estómago. C. Bonorino Udaondo. Acné necrótico y acné miliar recidivante. Estudio clínico, bacteriológico, patológico y terapéutico. J. M. Mor-da, M. J. Sa Fleitas e Ismael Pomposiello. Síndromes hemorrágicos. Hemorragias del alumbriamiento. D. Taylor Gorostiaga y R. Lede. Fístula congénita lateral del cuello. Extirpación por el método de incisiones transversales escalonadas. F. Yazlle y V. F. Pataro. La asistencia integral de los traumatizados. J. N. Reggie.

32 - 39 - 28 de septiembre de 1945

* Dos nuevas formas de penicilino-terapia local. La inyección intraesplénica y la instilación intracanalicular biliar. M. R. Cantex y E. L. Cacdehourat. Colangiografía operatoria. Catorce años de experiencia. P. L. Mirizzi. El efecto de la leucotaxina y de otros agentes sobre el tejido subcutáneo del conejo. P. Busse Grawitz. Tratamiento de la uretritis blenorragica aguda sulfamid-resistente y algunas de sus complicaciones con penicilina nacional. G. Iacraparo y J. Dante. Cirugía de las glándulas paratiroides. G. Belchor. Flegmón gangrenoso de la fosa isquioanal. J. Calzaretto. Protrombina y antitrombina en el plasma conservado. R. F. Banfi, R. Bay y C. A. Tamturi.

Dos nuevas formas de penicilino-terapia local.—Se describe la vía intraesplénica y la intracanalicular biliar a través de un tubo introducido en la vesícula abierta quirúrgicamente. La primera vía se usó ante un enfermo que presentaba una supuración del bazo secundaria a un absceso del pulmón. Sólo se comunica la técnica que se ha seguido, ya que los resultados de su aplicación serán objeto de otra comunicación. Se hace a través de una punción esplénica habitual e inyectando una cantidad de penicilina, que varía entre 50.000 y 300.000 unidades diarias.

La segunda vía se puede realizar gota a gota continua o de manera intermitente. Mientras dura su aplicación, el enfermo debe de estar en Trendelenburg, a fin de que el declive facilite la llegada de la penicilina a los conductos intrahepáticos. La bilis no ejerce ninguna acción inhibitoria sobre la penicilina. La dosis administrada depende mucho de la gravedad del enfermo.

Efecto de la leucotaxina y de otros agentes sobre el tejido subcutáneo del conejo.—Las células leucocitarias que aparecen en el tejido subcutáneo a raíz de la ofensa mecánica o química constituyen productos que se interpretan como de transformación tisular. Antes de que aparezcan los leucocitos se presentan unas células leucocitarias con determinada morfología, y que se consideran como madres de las que luego han de aparecer.

Muchas sustancias hay que aceleran el proceso de desorganización del tejido, mientras, por el contrario, otras lo retardan. El efecto de los exudados inflamatorios sobre el tejido celular subcutáneo no parece adoptar caracteres diferentes de aquel producido por sueros sanguíneos normales. Este hecho sugiere la posibilidad de que la leucotaxina exista también en la sangre normal.

Revista Médica de Chile.

73 - 9 - 1945

- Consideraciones acerca de la fisiopatología y terapéutica de la cirrosis hepática. R. Yazigi, A. Jedlicky, H. Vázquez, E. Cumsille y L. Spektor.
- Diagnóstico radiológico de las bronquiectasias. F. Daza. La broncoscopia en la bronquiectasia. A. Grez.
- Tratamiento médico de la bronquiectasia. R. Valdivieso D.
- El aparato nervioso intracardíaco, un mecanismo de regulación desatendido. F. Hoffmann, S. Middleton y J. Talesnik.
- Determinación del ácido salicílico en la sangre. J. Cabello R.
- El jugo gástrico en las lesiones gástricas malignas. H. Alessandri, J. Lerner y R. Sanz.

El aparato nervioso intracardíaco, un mecanismo de regulación desatendido.—En el corazón aislado de mamífero han observado que la acetilcolina (AC) ejerce dos acciones distintas, su conocida acción depresora y otra, opuesta a ésta, que es muy semejante al efecto que tiene la adrenalina, la cual se manifiesta mucho más claramente al suprimirse la acción depresora por la atropina. Esto les hace sospechar que la AC conduce a la liberación de adrenalina en el corazón aislado. Para explicar esta acción, exponen dos supuestos: 1.º Que la AC tenga una acción directa estimulante sobre el miocardio, lo cual consideran poco probable; y 2.º Que a pesar de la concepción clásica, existan en el corazón mismo estructuras ganglionares simpáticas que al ser estimuladas por la AC liberan adrenalina, o bien que exista tejido cromafín, el cual embiológica y funcionalmente se homologa a las neuronas postganglionares simpáticas. Si existen tales estructuras en el corazón, deben comportarse farmacológicamente como ganglios simpáticos o tejido cromafín.

Recuerdan a continuación el comportamiento farmacológico de la medula suprarrenal, cuyas células cromafines reciben su inervación por fibras preganglionares simpáticas que liberan AC, sustancia que induce a la liberación de adrenalina, cosa que también se obtiene inyectando AC en la arteria suprarrenal. También citan la acción de la nicotina por la misma vía, que excita al principio, para después, al repetir las inyecciones, abolir la secreción de adrenalina, y que una vez nicotinizada la medula suprarrenal, ya no responde a la excitación del esplácnico ni a la inyección de AC. Nicotinizando el corazón obtienen el mismo efecto que en la medula suprarrenal, es decir, que la inyección de AC no tiene acción estimulante. Mediante la ergotización, desensibilizan el corazón a la acción de la adrenalina, y ven que también desaparece el efecto estimulador de la AC. Recogen, por último, el líquido de perfusión que fluye del corazón durante el efecto estimulante de AC, y lo prueban sobre preparaciones sensibles a la adrenalina; el corazón hipodínámico de la rana (*Rana pipiens*), en el intestino delgado del conejo y en el ciego rectal del pollo, y comprueban que tiene un típico efecto de adrenalina.

Por todo lo expuesto creen los autores que es necesario suponer la existencia de un mecanismo neurohumoral de cardiorregulación localizado en el corazón.

Incluyen varias gráficas y dibujos de sus experiencias, y anuncian la presentación de un trabajo más detallado sobre el tema.

Annals of Internal Medicine.

23 - 6 - 1945

- Reacciones febriles idiosincráticas al tiouracilo: características y posible significación farmacológica. J. W. McArthur, R. W. Rawson y J. H. Means.
- * Infecciones meningocócicas con referencia especial a ciertas consideraciones diagnósticas: un análisis de 37 casos. A. C. Oxman e I. Fischer.
- * Anemia hemolítica crónica con hemoglobinuria paroxística. R. C. Manchester.
- * Mononucleosis infecciosa: un estudio clínico de 63 casos. A. L. Kruger, A. W. Wallace y S. J. Penchansky.
- Broncolitiasis: referencia de 10 casos. J. R. Fox y L. H. Clerf.

Amebiasis: referencia de 39 casos observados en un hospital del norte de Irlanda. J. N. Edson, A. P. Inggen y J. B. D'Albora.

- * Hipersensibilidad y fiebre reumática. Parte II. Relación de la fiebre reumática con la hipersensibilidad. J. K. Aikawa.
- El valor de la penicilina en el control de la sepsis complicativa de un caso de intensa granulocitopenia (leucemia aleucémica). V. H. Kugel y M. A. Schnitker.
- * Dolor en el dorso como síntoma del carcinoma del cuerpo del páncreas. E. E. Kattwinkel.
- * Linfoma folicular (enfermedad de Brill-Symmers) tratado sin éxito con penicilina. N. W. Drey y F. B. Queen.
- * El empleo de la penicilina en la agranulocitosis. Referencia de un caso. R. W. Moody y S. Kauvar.
- Editorial: Filariasis.

Infecciones meningocócicas con referencia especial a ciertas consideraciones diagnósticas.—Los autores analizan 37 casos de infección meningocócica, de los cuales 9 eran meningococcemias sin afectación meníngea. Insisten sobre el problema de las meningococcemias, declarando que el diagnóstico debe hacerse siempre antes de que se presente la complicación meníngea. Efectivamente, la infección meningocócica puede simular cualquier proceso infeccioso agudo, y así, por ejemplo, de los enfermos estudiados por los autores sólo una pequeña parte había sido diagnosticada correctamente antes de su ingreso. Sacan la conclusión de que hay que tener siempre en la mente la posibilidad de una infección meningocócica, especialmente cuando no se tienen noticias de una epidemia.

En cuanto al tratamiento, lo comienzan con una dosis de 5 gr. de sulfodiazina por vía intravenosa, disueltos en 200-1.000 c. c. de suero fisiológico, seguidos de la infusión intravenosa de 1.000 c. c. de glucosa al 5 por 100; se continúa, en los enfermos en estado estúpido o con vómitos o náuseas, con 4 gr. cada ocho horas; en caso contrario se administra por vía oral, y ocho horas después de la última inyección intravenosa, 1,5 gr. cada cuatro horas durante tres a cinco días; la dosificación se reduce entonces a 1 gr. cada cuatro horas, y más tarde a 1 gr. cada seis horas, continuándose de esta forma hasta que lleve de cinco a siete días con temperatura normal. Para el éxito terapéutico es necesario adoptar rápidamente las medidas quimioterapéuticas adecuadas, lo cual exige un diagnóstico lo más precoz posible.

Anemia hemolítica crónica con hemoglobinuria nocturna paroxística.—Describe el autor dos casos de anemia hemolítica crónica con hemoglobinuria paroxística con referencia de todos los hallazgos clínicos y de laboratorio. Los rasgos clínicos más salientes fueron la anemia, ictericia, hemoglobinemia, leucopenia, paroxismos de hemoglobinuria, hemosiderinuria persistente, tendencia a las trombosis vasculares y un curso crónico no remitente, capaz de persistir durante varios años. No fueron útiles ni la esplenectomía ni otras formas conocidas de tratamiento. La aceleración de la hemólisis se presentó en dichos enfermos con motivo de infecciones agudas y en las recidivas del paludismo, así como espontáneamente durante el sueño. La hemosiderinuria debe ser considerada como indicadora de la existencia de una hemoglobinemia crónica que excedía del umbral renal mínimo y refleja la repleción de las células del epitelio renal del convolutus con los productos de la destrucción de la hemoglobina. La ausencia en dichos casos de esferocitos es un contraste directo con la mayor parte de los otros tipos de anemia hemolítica y hemoglobinuria aguda, en los que la esferocitosis representa una fase en el proceso de la desintegración de los eritrocitos e indica la existencia de un mecanismo hemolizante totalmente diferente.

Mononucleosis infecciosa.—Con motivo de la revisión clínica de 63 casos, los autores hacen una revisión del problema de la mononucleosis infecciosa. Declaran que se trata de una enfermedad relativamente benigna con manifestaciones clínicas muy variadas. Insisten que en todo caso de faringitis o amigdalitis que no respondan en cuatro o cinco días a la terapéutica adecuada, y especialmente si se acompañan de adenopatías, debe ser

investigado sobre la posibilidad de una mononucleosis infecciosa. Igualmente debe pensarse en ella en los casos de fiebre inexplicada que se acompaña de adenopatías y esplenomegalia. Hay que tener en cuenta que, al principio, los recuentos leucocitarios pueden ser normales o existir una polinucleosis discreta; la prueba de los anticuerpos heterófilos puede no ser positiva hasta pasado bastante tiempo desde el comienzo de la enfermedad. En vista de ello, recomiendan que deben repetirse los exámenes de sangre y la reacción de anticuerpos heterófilos si fueron negativas al principio, haciéndolo con intervalos de tres o cuatro días en todos los casos sospechosos. En cuanto a la terapéutica, manifiestan que es sintomática, con reposo en cama durante el período febril.

Hipersensibilidad y fiebre reumática.—Una revisión de la evolución del concepto de hipersensibilidad demuestra que los autores del período entre 1900 y 1910 describieron todos los fenómenos afectados y adelantaron explicaciones hipotéticas que han sido sustentadas por las experiencias subsiguientes. Richet debió sospechar alguna relación entre inmunidad e hipersensibilidad; pero fué Pirquet quien describió los diferentes tipos de respuestas alérgicas, amplió el concepto de hipersensibilidad y lo aplicó a las enfermedades infecciosas y concibió la inmunidad como una fase en la relación cuantitativa de antígeno a anticuerpo, durante la cual la concentración de anticuerpos está por debajo del nivel de la manifestación clínica. En los últimos años se ha conocido la naturaleza de la reacción antígeno-anticuerpo; sin embargo, no se ha aclarado del todo todavía el origen de los anticuerpos, el mecanismo de su formación, el carácter del antígeno y el mecanismo de la interacción, antígeno-anticuerpo. Lo mismo ocurre con las relaciones entre alergia e inmunidad, así como con las relaciones entre hipersensibilidad bacteriana e hipersensibilidad del tipo Arthus. Algunos investigadores refieren la respuesta alérgica a una parte integral del mecanismo de defensa, mientras que para otros (Rich) no es así, y creen que no hay paralelismo entre inmunidad e hipersensibilidad, y que la inmunidad es inversamente proporcional a la intensidad de la reacción alérgica local, postulando la existencia de dos antígenos diferentes para la inmunidad y la hipersensibilidad. Tampoco está del todo claro el papel de los anticuerpos circulantes y su relación con la inmunidad y la hipersensibilidad. Para Coen no existe una diferencia fundamental entre reacción alérgica e inmunidad; la inmunidad significaría un estado alérgico cuantitativo en el que la sustancia tóxica liberada por la reacción antígeno-anticuerpo no es suficiente para producir alteraciones tisulares. Tampoco se conoce bien la fisiopatología de la reacción cuando las células se lesionan durante una respuesta alérgica; se sabe que la histamina y otras sustancias normales se afectan cuantitativamente, pero se ignora el mecanismo exacto de acción e incluso si pueden considerarse como sustancias tóxicas de la reacción antígeno-anticuerpo.

La respuesta terapéutica a los salicilatos de la enfermedad del suero y de la fiebre reumática, apunta hacia una relación entre los dos procesos; como son muy similares las lesiones en ambas, y como la enfermedad del suero es una reacción anafiláctica, hay que concluir que las lesiones de la fiebre reumática son semejantes a las de la anafilaxia. Para Lichtwitz, la fiebre reumática es debida a una reacción antígeno-anticuerpo por antígenos de cualquier tipo y desencadenamientos varios; pero en el momento actual se piensa (Coburn y Pauli) que la sensibilización del organismo se hace por los estreptococos o sus productos. Aunque no están firmemente establecidas las relaciones inmunológicas de las precipitinas en la inmunidad e hipersensibilidad, existen trabajos (Mackenzie y Leake, Coburn) que parecen indicarlo. Coburn y colaboradores demostraron que la reacción antígeno-anticuerpo "in vitro" se altera por la acción de los salicilatos sobre el anticuerpo, y que la reacción es reversible. Tam-

bién han demostrado que la fiebre reumática es un tipo anafilático de respuesta a algunas razas de estreptococos o sus productos, y que esta reacción antígeno-anticuerpo puede efectivamente ser bloqueada profiláctica o terapéuticamente por los salicilatos, que actúan sobre el anticuerpo por un mecanismo todavía desconocido; quizá intervenga en la manifestación tisular resultante de dicha reacción la afectación de algunos sistemas enzimáticos, como pretenden Lutwak-Mann y otros. Swift y colaboradores, partiendo de la base de que la fiebre reumática es una reacción de hipersensibilidad, pretenden hacer hiposensibles a los enfermos reumáticos por medio de la vacunación intravenosa, pero no son muy convincentes sus resultados. Sin embargo, Wasson y Brown, dando repetidas inyecciones subcutáneas de una toxina precipitada por el ácido tánico, obtuvieron muy buenos resultados, pues de 80 enfermos tratados sólo uno tuvo una exacerbación de la fiebre reumática. Es el tiempo quien ha de decidir si tal procedimiento de desensibilización confiere una inmunidad permanente; y si esto es así, reemplazará a la terapéutica salicilica y podrá ser utilizada con fines profilácticos.

Dolor en el dorso como síntoma de carcinoma del cuerpo del páncreas.—Con motivo de un caso de carcinoma del cuerpo del páncreas diagnosticado antes de la operación, manifiesta el autor que este diagnóstico es posible si se tiene presente que en el cuadro clínico presentan sensación de indigestión con dolor epigástrico que se irradia o se acompaña de dolor en el dorso, el cual se aumenta al acostarse y se mejora al incorporarse; la lipasa o la amilasa del suero he hallan aumentadas, y todos los demás datos de exploración, tanto de laboratorio como radiológicos, son completamente normales, salvo cuando por el tiempo transcurrido la tumoración ha adquirido un tamaño tan considerable que afecta a otros órganos digestivos. Concluye el autor diciendo que, teniendo presentes estos datos diagnósticos, es posible el diagnóstico precoz del cáncer del cuerpo del páncreas y, por lo tanto, proceder a la extirpación total del mismo.

Linfoma folicular (enfermedad de Brill-Symmers) tratado sin éxito con penicilina.—El trabajo de Cornman comunicando el efecto letal de la penicilina sobre las células del sarcoma de la rata y del ratón, ha inducido al autor al tratamiento con penicilina de un caso de linfoma folicular. La dosis empleada fué de 11.775.000 unidades durante un período de sesenta días. La biopsia de los ganglios linfáticos, tomada antes y después de la terapéutica con penicilina, no demostró cambios apreciables en las características histopatológicas de la lesión. Igualmente tampoco hubo cambios en el curso de la enfermedad ni en los hallazgos físicos, por lo que concluyen que la penicilina en la dosis empleada no tiene utilidad en el tratamiento del linfoma folicular.

El empleo de penicilina en la agranulocitosis.—El hecho de que se desarrolle una sepsis en los enfermos de agranulocitosis, sepsis que es la causante de la gran mortalidad de dicho proceso, ha determinado el empleo de las sulfonamidas en el tratamiento de la agranulocitosis, aunque en ocasiones pueden ser consideradas como uno de sus agentes etiológicos. Como los gérmenes de la sepsis son sensibles a la penicilina, parece más lógico el empleo de ésta, y en este trabajo presentan los autores un caso de angina agranulocítica debida a la aminopirina, en el que el tratamiento con penicilina consiguió una curación espectacular.

Declaran los autores que, siendo la sepsis la causa principal de la muerte en la agranulocitosis, y en vista de la eficacia de la penicilina contra la sepsis sin disminuir los granulocitos, tiene todas las ventajas sobre los otros métodos de tratamiento. Cuando se dominan las sepsis y se elimina el agente etiológico de la agranulocitosis, espontáneamente se presenta la regeneración de los granulocitos.

American Heart Journal.

29 - 1 - 1945

- * El síndrome neurovascular producido por la hiperabducción de los brazos. I. S. Wright.
Ejes eléctricos atriales momentáneos. II. Flutter auricular, fibrilación auricular y taquicardia paroxística. G. M. Decherd, A. Rushin y G. Herrmann.
- El síndrome anginoso como manifestación de hiperactividad del seno carotídeo. M. Friedman.
- Efectos fisiológicos de los baños carbónicos sobre la tensión alveolar del carbónico, temperatura cutánea y metabolismo respiratorio. W. S. McClellan, M. A. Lessler y A. T. Doulin.
- * Electrocardiogramas en los que las principales deflexiones ventriculares están dirigidas hacia abajo en las derivaciones standard. E. Goldberger y S. P. Schwartz.
- Empleo profiláctico del lanatósido C en las arritmias paroxísticas auriculares. R. M. Tandowsky.
- Algunas observaciones sobre el síndrome de espacio PR corto con QRS largo. E. R. Movitt.
- * Cardiopatía congénita: atresia tricúspide y atresia mitral asociadas con transposición de los grandes vasos. L. J. Manhoff, Jr. y J. S. Howe.
- Endocarditis vegetante causada por bacterias superiores y hongos. P. R. Beamer, E. H. Reinhard e I. I. Goodof.
- Influencia de la edad sobre la respuesta presora al frío. H. I. Russek y B. L. Zohman.
- Bloqueo de rama con remisión espontánea después de cuatro años. J. Kalett.
- Hipertrofia cardíaca de causa desconocida. G. H. Reifenschein y A. Dwight Chidsey.

El síndrome neurovascular producido por la hiperabducción de los brazos.—El autor describe un síndrome neurovascular producido por la hiperabducción de los brazos, proceso que es capaz de originar lesiones secundarias de oclusión de la arteria subclavia y trastornos sensitivos probablemente secundarios al estiramiento e isquemia de los troncos del plexo braquial.

Existen dos donas de estiramiento, torsión y pellizcamiento que contribuyen a la producción de este síndrome: a) El punto en el que los vasos subclavios y los roncós del plexo braquial pasan por detrás del músculo pectoral menor y por debajo de la apófisis coracoides; y b) El punto en el que dichas formaciones neurovasculares pasan entre la clavícula y la primera costilla. Los cuatro primeros enfermos referidos en el presente trabajo desarrollaron sus síndromes como resultado del sueño prolongado en posición supina con sus brazos en hiperabducción; en cada caso esto originó la oclusión arterial o el estiramiento de los troncos nerviosos. En el quinto caso, los síntomas fueron agravados por una doble lesión traumática del hombro derecho. En los restantes casos el síndrome se desarrolló como consecuencia de la hiperabducción profesional. Demuestra que la oclusión de la arteria subclavia por la hiperabducción de los brazos es un fenómeno normal, y por ello recomienda que debe evitarse la hiperabducción prolongada, a causa de los síntomas que produce y especialmente en aquellas personas cuyos pulsos se ocluyen con facilidad. También debe prestarse atención especial a los enfermos que se quejan de parestesias y embotamiento de las extremidades, cuyos brazos han de colocarse en dicha posición por necesidades del trabajo. Declara el autor que ha publicado este trabajo en la creencia de que, llamando la atención sobre este síndrome, conducirá a que se diagnostique correctamente en el futuro y a tratarlo adecuadamente, impidiendo la posición viciosa durante el sueño, cambiando de oficio o el tratamiento quirúrgico en los casos en que el síndrome costoclavicular sea muy intenso.

Electrocardiogramas en los que las principales deflexiones ventriculares están dirigidas hacia abajo en las derivaciones standard.—Los electrocardiogramas normales y anormales en las derivaciones standard tienen ordinariamente el complejo QRS dirigido hacia arriba en una o más derivaciones. Esto es debido al hecho de que, aunque la esfera de actividad del eje eléctrico de estos registros comprende un área mayor, sin embargo nunca llega a los 360°. No obstante, existen casos en que ocasionalmente los ejes eléctricos pueden alcanzarlos. Tales casos, cuando se estudian con

las derivaciones unipolares de las extremidades, pueden incluirse en los siguientes grupos: 1) Desviación marcada del eje a la derecha, habitualmente debida a la hipertrofia ventricular derecha; en la mayor parte de los casos existe una onda S en las tres derivaciones standard, y ocasionalmente se observa una pequeña Q_i asociada con QRS_i pequeño. 2) Infarto anterior asociado con desviación marcada del eje a la izquierda; las derivaciones standard muestran una Q_i profunda, así como también S_i y S_{ii}. 3) Infarto posterior con desviación marcada del eje a la derecha y las derivaciones standard demuestran la existencia de Q_i y Q_{ii}, que son características del infarto posterior. 4) Infarto combinado anterior y posterior con derivaciones standard que muestran Q_i, Q_{ii} y Q_{iii}. En estos casos el efecto de la desviación del eje es particularmente aparente en las derivaciones unipolares de las extremidades, especialmente en la del brazo derecho. En los casos en que una desviación del eje mayor del corazón es responsable total o parcialmente de que la derivación del brazo derecho tenga una deflexión QR difásica. En los casos en que una lesión miocárdica extensa es la responsable de la modificación y no la desviación actual del eje mayor, la derivación del brazo derecho tendrá una deflexión R positiva.

Cardiopatía congénita: atresia tricúspide y atresia mitral asociadas con transposición de los grandes vasos.—Manifiestan los autores que hasta el presente se han referido en la literatura 33 casos de atresia tricúspide y 28 de atresia mitral. En este trabajo describen los datos clínicos y de autopsia de un caso de atresia tricúspide asociada con transposición de la aorta y atresia de la pulmonar, y otro caso de atresia mitral asociada con transposición total de los grandes vasos. Declaran que en la literatura no existen citados casos en los que se observen estas mismas combinaciones de defectos congénitos.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

20 - 23 - 1946

- * Observaciones clínicas sobre el uso del Benadryl: una nueva sustancia antihistamínica. T. W. McElin y B. T. Horton.
- * Benadryl en el tratamiento de la urticaria. P. A. O'Leary.
- * El tratamiento sintomático del asma bronquial y la fiebre del heno con benadryl. G. A. Koelsche, L. E. Prickman y H. M. Carryer.
- El uso del benadryl en el síndrome de la alergia física de la cabeza: comunicación previa. H. L. Williams.
- * El uso del benadryl en el tratamiento de algunas de las enfermedades alérgicas de la infancia. G. B. Logan.
- Discusión sobre el benadryl como una sustancia antihistamínica. C. F. Code.
- Carcinoma gástrico perforado tratado mediante resección: comunicación de un caso. J. P. Jarboe y J. H. Pratt.

Observaciones clínicas sobre el uso del benadryl: una nueva sustancia antihistamínica.—El benadryl es un nuevo preparado sintético perteneciente al grupo farmacológico de sustancias que tienen la propiedad de prevenir algunos de los efectos farmacológicos de la histamina. Su nombre químico es el éter hidroclorhídrico del beta dimetilaminostil bencidril. Es un polvo blanco, cristalino, a veces ligeramente opalescente, soluble en agua y alcohol y estable a la temperatura ordinaria.

Estudios farmacológicos en animales han permitido demostrar que tiene las siguientes propiedades: disminuye el espasmo bronquial producido por la histamina o el shock anafiláctico, antagoniza el efecto vasodilatador de la histamina y se opone al espasmo de la musculatura lisa. Observaciones más detenidas demuestran que el benadryl tiene una acción triple: antihistamínica, antiespasmódica y antiacetilcolínica. Clínicamente se ha visto que disminuye la vasodilatación cutánea de la histamina, mejora la congestión nasal producida en las membranas mucosas por este fármaco, puede disminuir la respuesta de la secreción gástrica.

trica a la administración de histamina y aminora la respuesta urticarial en casos de hipersensibilidad para el frío.

Finalmente se refiere el resultado del tratamiento de 81 enfermos con diferentes procesos alérgicos, el mayor porcentaje de los cuales lo constituían casos de polinosis, rinitis vasomotora y cefalalgia histamínica, en muchos de los cuales los resultados fueron excelentes.

Benadryl en el tratamiento de la urticaria.—Los autores comunican los resultados obtenidos en el tratamiento de enfermos de urticaria, tanto aguda como crónica. En 15 casos de urticaria aguda, con un promedio de dieciséis días de duración, se suministró benadryl. Nueve experimentaron una mejoría rápida, consistente en disminución o desaparición del prurito a los veinte-seisenta minutos después de la dosis inicial con desaparición de las lesiones de dos a seis horas después. Cinco mejoraron y uno no obtuvo ninguna clase de beneficios con las dosis administradas.

En las urticarias crónicas el número de enfermos tratados fué de 35, cuyo promedio de edad era de cuarenta y dos años. La duración de la enfermedad, por término medio, era de cuatro años (la más corta cuatro meses y la más larga treinta años). De estos 35 enfermos, 24 padecían simultáneamente edema angioneurótico, y solamente dos padecían otro tipo de enfermedades alérgicas: uno fiebre del heno y el otro asma. Las lesiones de 25 de los 35 enfermos desaparecieron completamente, salvo la presencia ocasional de algunos habones no pruriginosos. Siete enfermos mejoraron definitivamente (tenían pocas lesiones y ligero prurito), y 3 no se influyeron nada con las dosis administradas.

Excepto en un enfermo, en todos los demás hubo recidiva de la urticaria cuando en lugar de benadryl se administraron otros productos que externamente se parecían al medicamento, o bien cuando la sustancia antihistamínica fué dada de forma discontinua.

La duración de la remisión en los 25 enfermos en los que se obtuvo la desaparición completa de las lesiones urticariales era, en el momento de publicarse este trabajo, de uno a tres meses.

Los resultados son, por lo tanto, muy brillantes, aunque hay que tener en cuenta que el benadryl es una medicación paliativa, pero no curativa, aunque en algunos casos aislados pueda romperse el ciclo de la urticaria con el empleo de esta sustancia.

El tratamiento sintomático del asma bronquial y de la fiebre del heno con benadryl.—Refieren los autores el resultado del tratamiento de 83 enfermos de asma bronquial y fiebre del heno (algunos de ellos con asociación de ambas enfermedades) con el benadryl. La dosificación empleada fué de 50 a 100 mgr. por boca, tres veces al día.

Del total de estos enfermos en conjunto, 57 (69 por 100) obtuvieron mejoría, en tanto que el resto, 26 (31 por 100) no obtuvieron beneficio alguno.

Del grupo de enfermos con fiebre del heno solamente, que eran 52, 39 (75 por 100) experimentaron mejoría, en tanto que 13 no se modificaron tras la medicación.

De los enfermos afectados de asma y fiebre del heno, que eran 19, 14 se mejoraron y 5 no obtuvieron beneficio alguno.

La experiencia de los autores sobre el tratamiento con benadryl de enfermos de asma bronquial solamente, es pequeña, ya que se reduce sólo a 12 casos, de los cuales únicamente 4 se mejoraron, en tanto que 8 no se modificaron tras la medicación. Los resultados aquí son menos alentadores que en los otros grupos.

Los efectos beneficiosos sobre la fiebre del heno consisten en la cesación de la descarga nasal y desaparición de la sensación irritante en nariz y ojos. Esta mejoría puede ser notada ya a los dieciséis minutos después de tomar el benadryl en dosis de 50 mgr., y puede durar de cinco a ocho horas. Muchos de estos en-

fermos con fiebre del heno pueden considerarse prácticamente curados tomando diariamente dos a tres dosis de 50 mgr. cada una. En cuanto al uso del benadryl en el asma bronquial, se precisa una mayor experiencia antes que se pueda decidir su eficacia o sus limitaciones en esta enfermedad.

El uso del benadryl en el tratamiento de algunas de las enfermedades alérgicas de la infancia.—En 18 niños que padecían fiebre del heno, asma bronquial, rinitis vasomotora, urticaria o reacciones séricas, se empleó el benadryl, obteniéndose resultados que, por el pequeño número de casos, no son valorables en toda su importancia, aunque en términos generales son equiparables a los obtenidos en los adultos.

Se hace un estudio detenido de las dosis convenientes en cada caso, y después de analizar la cantidad mínima y máxima de medicamento que administró a sus enfermos, el autor sugiere la de 4 mgr. por kilogramo de peso y día.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

78 - 1 - 1946

- * La producción experimental de lesiones anafilácticas pulmonares con las características básicas de la neumonitis reumática. J. E. Gregory y A. R. Rich.
- * La relación entre grado de sensibilidad a la tuberculina o la persistencia de la sensibilidad y el pronóstico en la infancia. L. B. Edwards y J. B. Hardy.
- Estudios de la esquistosomiasis aguda japonesa en las islas Filipinas. I. Un estudio clínico de 337 casos con un aporte preliminar sobre los resultados del tratamiento con Foudin en 110 casos. F. T. Billings, W. L. Winkenwerder y A. V. Hunninen.

La producción experimental de lesiones anafilácticas pulmonares con las características básicas de la neumonitis reumática.—El conocimiento clínico de la neumonitis reumática data de las publicaciones de Latham y Fuller, en la mitad de la pasada centuria. En los últimos años, numerosas observaciones, entre ellas las de Eiman y Gouley, Epstein y Greenspan, Rich y Gregory y Neuburger y colaboradores, nos han dado a conocer el carácter definitivo de las lesiones. Estas se reconocen por el estudio microscópico, y se caracterizan por afectar a los pequeños vasos alveolares (trombos fibrinosos o hialinos de los capilares y trombosis de las pequeñas venas satélites), con producción de exudado que llena el alvéolo y a veces presenta un carácter hemorrágico y, por último, infiltración leucocitaria de la pared alveolar, cuyos leucocitos escapan, en ocasiones, al líquido exudado, pero sin hacerle nunca muy rico en tales elementos. Las lesiones se presentan en pequeños focos, aunque a veces pueden confluir afectando áreas de mayor extensión, y nunca se encuentran gérmenes a su nivel.

Los autores han demostrado en trabajos anteriores que lesiones con estas características pueden aparecer en pacientes no reumáticos que habían desarrollado reacciones anafilácticas por sulfamidas. En esta publicación presentan los resultados obtenidos del estudio de pulmones de conejos que fueron sometidos a un proceso anafiláctico con suero de caballo, con albúmina de huevo o con una mezcla de ambas sustancias. Las dosis dadas para ello fueron de 10 c. c. por kilogramo de peso del animal, variando el número de inyecciones de dos a seis.

Se estudiaron 56 conejos, y de ellos 10 mostraron lesiones análogas a las características de la neumonitis reumática, principalmente del orden de trombosis capilar, edema focal y hemorragia.

Estos resultados, unidos a otros obtenidos previamente por los autores, en los que demostraban que las lesiones características de la carditis y arteritis reumática podían ser producidas por choques anafilácticos, ponen de manifiesto que las diversas lesiones de la fiebre reumática son el resultado de la hipersensibilidad.

De esta manera se explican las observaciones de Harkavy, Cole y Korus, Vaughan y Hawks y otros, los

cuales describieron la existencia de infiltraciones pulmonares en pacientes con diversos procesos anafilácticos, tales como asma, urticaria, púrpura y edema angioneurótico. El síndrome de Loeffler quizá represente el mismo tipo de neumonitis.

La relación entre el grado de sensibilidad a la tuberculina o la persistencia de la sensibilidad y el pronóstico en la infancia.—La existencia de reacción tuberculínica positiva en un niño, siempre se ha considerado como un signo de mal pronóstico en lo que respecta a la evolución de la infección bacilar.

Para comprobar este hecho, y al mismo tiempo ver si existe relación entre el grado y persistencia de la sensibilidad y el pronóstico de la infección, los autores han estudiado la evolución de la misma en 207 niños que eran tuberculín positivos antes de los tres años de edad, observando dicha evolución durante un tiempo mínimo de dos años.

Con arreglo al grado de sensibilidad se hicieron con los casos observados cuatro grupos, y el curso de cada uno de ellos durante el citado tiempo de observación fué el siguiente:

1.º El primer grupo estaba integrado por 34 niños que daban reacciones positivas, pero sólo con la alta dosis de un miligramo de tuberculina. De ellos 19 (56 por 100) perdieron más tarde su hipersensibilidad. Ninguno de los 34 mostró lesiones parenquimatosas demostrables, ni calcificaciones, en el estudio radiológico del tórax; tampoco desarrollaron lesiones tuberculosas extrapulmonares ni hubo ningún caso de muerte durante el tiempo de observación.

2.º En el segundo grupo había 26 niños, cuya positividad a la reacción se presentaba ya con 0,1 mgr. de tuberculina. De éstos sólo 6 (23 por 100) perdieron su sensibilidad. Solamente uno de los 26 mostró lesiones de parenquima y 3 desarrollaron calcificaciones torácicas. Dos tuvieron manifestaciones tuberculosas extrapulmonares. Pero tampoco ninguno de este grupo murió.

3.º Este grupo estaba integrado por 103 niños altamente hipersensibles, daban reacción positiva con 0,01 miligramos de tuberculina. De ellos un 43 por 100 tenían lesiones parenquimatosas no calcificadas; un 62 por 100 desarrollaron calcificaciones torácicas; 25 por 100 tuvieron manifestaciones de tuberculosis extrapulmonar; un 14 por 100 murieron y solamente un 12 por 100 no tuvieron otra manifestación tuberculosa que la reacción positiva a la tuberculina.

Por último, el cuarto grupo lo constituían 44 enfermos, los cuales presentaban una reacción vesicular con una dosis de 0,1 mgr. de tuberculina. De éstos el 50 por 100 tenían lesiones parenquimatosas; el 77 por 100 desarrollaron calcificaciones intratorácicas; un 27 por 100 presentaron manifestaciones tuberculosas extrapulmonares; el 16 por 100 murieron, y como en el grupo anterior, sólo un 12 por 100 no tenían otro signo de infección que la positividad del test tuberculínico.

Ningún niño de los dos últimos grupos marcadamente hipersensibles perdieron su sensibilidad. Todas las reacciones se practicaron con la inyección intradérmica.

Los resultados confirman que existe una estrecha relación entre el grado y persistencia de la sensibilidad tuberculínica y el pronóstico de la infección bacilar en la infancia.

Annals of Surgery.

122 - 3 - 1945

- Cirugía reparadora de fracturas compuestas en el teatro mediterráneo de operaciones. O. P. Hampton.
El tratamiento de las heridas intratorácicas y toracoabdominales en las zonas de combate. N. E. Snyder.
Heridas combinadas del tórax y el abdomen. C. S. Welch.
Fracturas compuestas conminutas del cráneo por proyectiles. E. H. Campbell.
El tratamiento quirúrgico de las heridas del colon y del recto en la primera línea. L. E. Hurt.
Tratamiento de las heridas de guerra del recto extraperitoneal. E. J. Croce, Vansel S. Johnson y T. B. Wiper.
* Aparición simultánea de apendicitis aguda y paludismo. I. S. Ravdin y J. P. North.

Hernia paraduodenal derecha. F. H. Lahey y W. Trevor.
Hemangioma capilar benigno de la vaina de los flexores digitales. G. W. Webster y C. P. Geschitker.

Aparición simultánea de apendicitis aguda y paludismo.—Durante los últimos diez años han ido apareciendo algunas comunicaciones acerca de la frecuencia con que una malaria con síntomas abdominales puede simular un abdomen agudo.

En contra de la opinión de Taylor, de que el diagnóstico diferencial no era particularmente difícil, la experiencia de los autores es que esa dificultad existe y que no es infrecuente el caso. En una gran grupo de enfermos con paludismo agudo, han visto muchas veces el síndrome apendicular de Castellani, agudo y crónico, síndromes pseudocolecísticos, pseudopancreatitis agudas y pseudoperitoneales.

Operaron 10 casos en que había simultáneamente paludismo y apendicitis aguda, y 2 con paludismo agudo y ruptura espontánea del bazo. En 3 casos de apendicitis sospechada la operación fué "blanca".

Por todo ello hacen un breve análisis de los enfermos, para puntualizar las dificultades encontradas en el diagnóstico diferencial entre malaria asociada o simulando síntomas de apendicitis aguda y apendicitis ocurridas casualmente, coincidiendo con un estado de paludismo agudo. Estas dificultades se multiplican por la frecuencia con que el tratamiento con plasmuquina puede provocar dolor abdominal agudo, dolorimiento en el lado derecho, náuseas y vómitos, e incluso rigidez de la pared.

Se concluye que dicho diagnóstico diferencial a veces no es posible hacerlo sino después de haber operado (en los casos aparatosos), y que no se debe retardar demasiado la operación, porque es menos perjudicial que un tratamiento antipalustre haga su efecto, en los que realmente exista un abdomen quirúrgico.

Del estudio y comparación de los síntomas, fiebre, leucocitosis, etc., y tipo de la infección palúdica, no han podido los autores sacar conclusiones eficaces para el citado diagnóstico diferencial posible, por la falta de tipismo.

La Presse Medicale.

53 - 39 - 29 de septiembre de 1945

- Algunos resultados de la lucha contra el bocio en Suiza. C. Wegelin.
* Infiltraciones pulmonares fugaces con eosinofilia sanguínea. W. Loeffler.
Las alteraciones funcionales en la silicosis. L. Michaud.
* La regulación vago-humoral del corazón. A. de Muralt.
Enfermedades de la arteria pulmonar e intervenciones quirúrgicas. Ch. Heuschen.
* Alteraciones circulatorias de la retina en los síndromes senocrotídeos. E. B. Streiff.
* Adquisiciones recientes sobre los alcaloides del cornezuelo. A. Stoll.
Estudios experimentales sobre la diseminación y fijación de gérmenes (colibacilo, gonococo) en el organismo. G. Miescher.
La enfermedad de los porquerizos, una leptospirosis pomona. O. Gsell.
Cambios nutritivos en la diabetes. A. Gigon.

Infiltraciones pulmonares fugaces con eosinofilia en sangre.—En estos últimos tiempos algunos autores abusan del diagnóstico de infiltrado eosinófilo. Loeffler sale al paso de esta situación, fijando en este trabajo los requisitos indispensables para realizar tal diagnóstico. Estos son: 1.º Fugacidad de la sombra, que aparece y desaparece en seis a doce días. Son sombras homogéneas, de bordes irregulares y localización y tamaño variable, pudiendo llegar a ocupar medio campo pulmonar. A veces pueden acompañarse de derrame pleural con líquido rico en eosinófilos. 2.º La eosinofilia sanguínea es también fugaz, alcanzando su máximo tres días después del acmé de la sombra y desapareciendo a los diez-quince días. Tiene más valor diagnóstico la fugacidad que el número de eosinófilos.

Considera que el proceso es típicamente alérgico, siendo su origen en un 23 por 100 de los casos (y posiblemente en proporción mucho mayor) una ascariidosis.

La infiltración eosinófila no se limita al pulmón; el autor ha observado casos de localización meníngea, intestinal, hepática y en epididimo, próstata y sistema linfático.

Es frecuente que estos sujetos tengan otros padecimientos alérgicos (jaqueca, urticaria, etc.).

La regulación vago-humoral del corazón.—En 1921 Loewi demostró que la excitación del vago determina una descarga de acetilcolina, por medio de la cual se cumplen sus funciones. Sobre el corazón la acción del vago determina un alargamiento de la fase de reposo, acortándose, en cambio, el sístole; es decir, el vago da más tiempo al anabolismo para crear reservas químicas, y, en cambio, acorta el período de gasto de energía. La acción del simpático es totalmente opuesta.

En la actualidad está demostrada la exactitud de las ideas de Ritchie; la totalidad de los fenómenos químicos sirve para producir la energía necesaria para el relajamiento de las fibras musculares. La miosina, albuminoide contráctil, toma durante la contracción el carácter de una adenosin-trifosfatasa, y con ello desencadena el desdoblamiento del ácido adenosin-trifosfórico. Gracias a esta reacción las fibras musculares pueden relajarse, siendo sustituida la energía gastada en la contracción de la miosina por energía química (reacciones acopladas de Meyerhof). Si el relajamiento de la fibra se realiza pronto, la miosina acaba de tomar su carácter de adenosin-trifosfatasa después de una corta contracción; si el relajamiento es más tardío, la miosina ha experimentado una larga y fuerte contracción antes de actuar como fermento. La acción del vago (acetilcolina) es apresurar el desencadenamiento de las reacciones químicas, permitiendo así una relajación más precoz.

Desde el siglo pasado se viene presumiendo la existencia en el vago de fibras cardio-aceleradoras (de acción simpática), cuya demostración anatómica nunca se ha logrado, aunque fisiológicamente no cabe dudar de su existencia (Jourdan, Nowak, Maycock, etc.). Muralt ha demostrado que el vago produce, además de acetilcolina, una "segunda sustancia vagal", que identifica con aneurina libre, cuya producción no sabe si es obra de unas determinadas fibras o es común a todas. Esta aneurina no actúa directamente sobre el corazón, sino que inhibe la acción de la acetilcolina, produciendo de este modo un efecto simpático (por eso hay bradicardia en el beri-beri y desaparece ésta al seccionar el vago). La producción de esta aneurina es directamente proporcional a la cuantía del metabolismo cardíaco; a mayor metabolismo, más aneurina y, por tanto, mayor taquicardia.

Alteraciones circulatorias de la retina en los síndromes seno-carotídeos.—Así como en el sujeto normal la

maniobra de Tscermak (excitación del seno carotídeo) sólo determina bradicardia y ligera caída de la tensión arterial y de la retiniana, en determinadas condiciones ateromatosis de las carótidas y sus senos, tumores del cuello, bocios, digitalización excesiva, etc.) se exagera la reactividad del seno, con lo que la más ligera presión sobre él, un movimiento brusco, etc., pueden causar fuerte bradicardia y caída tensional que se manifiestan por los vértigos y los ictus carotídeos. Desde el punto de vista oftalmológico, en el primero es frecuente la "niebla" o velo negro en la vista, que se acompaña de fuerte caída de la tensión retiniana. Pero más importancia tiene la influencia del seno en la producción de trastornos vasculares localizados del sistema nervioso, y entre ellos trombosis de la vena central de la retina, crisis de amaurosis que pueden conducir a ceguera definitiva, trombosis de la arteria central (falsamente consideradas como espasmos), etc. El autor presenta dos casos de trombosis de la vena central de la retina de este origen, concluyendo que debe tenerse siempre en cuenta este mecanismo y explorar, con las debidas precauciones, la reflexibilidad del seno en estos enfermos.

Recientes adquisiciones sobre los alcaloides del cornezuelo.—Los alcaloides del cornezuelo clásicamente conocidos (y más o menos puros) son la ergotina cristalizada (Tanret, 1875), la amorfa (Tanret), la ergotina (Barger y Carr, 1906), la dihidroergotina (producto análogo a la ergotina logrado por Kraft), la ergotamina (Stoll, 1918) y la ergometrina o ergobasina, obtenida en 1935.

W. A. Jacobs, por hidrólisis fraccionada de los alcaloides del cornezuelo, identificó un cierto número de componentes, de entre los cuales destaca el ácido lisérgico, común a todos los alcaloides.

En la ergometrina, el ácido lisérgico va unido a un amino-alcohol simple (amino-propanol), habiéndose logrado su síntesis a expensas de estos dos componentes. Reemplazando este alcohol por otros componentes, Stoll ha logrado una serie de sustancias muy activas, como la metil-ergobasina (Methergine), de fuerte acción occitócica administrada por vía oral.

La composición de la ergotamina parece ser ácido lisérgico, ácido pirúvico, 1-fenilalanina, d-prolina y amoniaco, con pérdida de 4 H₂O. Es, pues, un polipéptido. Reemplazando la 1-fenilalanina por l-leucina, se obtiene la ergosina, aislada en 1936 por Smilh y Timmis.

La ergotina no es un alcaloide homogéneo. Stoll ha logrado aislar de ella tres alcaloides diferentes; la ergocristina, la ergokriptina y la ergocornina.

Recordando que a cada alcaloide activo, levogiro, corresponde un isómero dextrogiro menos activo, derivado del ácido isolisérgico, pueden sintetizarse los hechos que venimos exponiendo en el siguiente cuadro.

ALCALOIDES DE TIPO POLIPEPTIDO

(Elementos comunes a todos los alcaloides son la amida lisérgica, el amoniaco y la d-prolina.)

| | Grupo de la ergotamina con ácido pirúvico | | Grupo de la ergotina con ácido demetil-pirúvico | |
|----------------------|--|--------------------|--|--------------------|
| | Acido lisérgico | Acido isolisérgico | Acido lisérgico | Acido isolisérgico |
| l-fenilalanina | Ergotamina ⇌ Ergotaminina C ₂₃ H ₃₅ O ₅ N ₅ | | Ergocristina ⇌ Ergocristinina C ₂₅ H ₃₉ O ₅ N ₅ | |
| l-leucina | Ergosina ⇌ Ergosinina C ₂₃ H ₃₇ O ₅ N ₅ | | Ergokriptina ⇌ Ergokriptinina C ₂₃ H ₃₁ O ₅ N ₅ | |
| l-valina | | | Ergocornina ⇌ Ergocorninina C ₂₁ H ₂₉ O ₅ N ₅ | |

El ácido lisérgico natural posee un doble enlace no saturado; si se satura con hidrógeno, desaparece la acción de los alcaloides sobre el útero, quedando prácticamente inactiva la ergobasina y conservando su ac-

ción sobre el simpático los alcaloides de tipo polipéptido, cosa que tiene gran importancia terapéutica, pues permite seleccionar su acción.

Aparte de sus indicaciones en tocoginecología, los al-

caloides tienen importantes aplicaciones en medicina. Así la ergotamina contrae la musculatura lisa, de donde su eficacia en la jaqueca y en las hemoptisis, su acción potenciadora del tono gastrointestinal, etc. Por su acción simpaticolítica es eficaz en las taquicardias tirotoxicas, nerviosas y paroxísticas y en la urticaria, prurito, zona, etc.

Nordisk Medicin.

23 - 34 - 18 de agosto de 1944

- * Oliguria postsincopeal. C. Brun, E. O. E. Knudsen y F. Raaschou.
- Medios de contraste en la sinusitis maxilar. B. Ibsen.
- Elevación psicógena de la presión arterial. Hipertonía de guerra. M. C. Ehrstrom.
- Anquilosis de la mandíbula. G. Pettersen.
- Comunicaciones a la Sociedad Sueca de Medicina Interna.

Oliguria postsincopeal.—Los autores estudian el fenómeno de la oliguria consecutiva al síncope producido manteniendo a sujetos normales en una mesa giratoria, y en la posición vertical pasiva, al objeto de producir en ellos un síncope. En estos sujetos, a los que previamente se administra una sobrecarga de agua, se observa una disminución de la diuresis. El estudio que los autores hacen de la función renal les indica que debe tratarse de un aumento de la reabsorción renal de agua, que, según ellos, se verifica por mediación de la hormona antidiurética de la hipófisis.

La participación de la hormona hipofisaria en la oliguria consecutiva al síncope se demuestra, según los autores, por los tres hechos siguientes:

La transfusión de sangre (200 c. c.) de sujeto síncopeado a un individuo normal con sobrecarga acuosa, da lugar a una disminución de la diuresis.

Los cambios en la excreción urinaria de cloruros corresponden a lo que se observa bajo la acción de los extractos de hipófisis posterior.

En dos sujetos con diabetes insípida el síncope produjo una disminución de la diuresis mucho menos marcada que en los sujetos normales.

23 - 35 - 25 de agosto de 1944

- Narcosis por Evipan sódico en Otolología. Fr. Nielsen.
- Comunicaciones a la Sociedad Danesa de Otorrinolaringología.
- En memoria de Harald Ernberg. A. Lichtenstein.
- Comunicaciones a la Sociedad Sueca de Medicina Interna.

23 - 36 - 1 de septiembre de 1944

- Penicilina. G. Liljestränd.
- * Deshidratación en la eclampsia y estados preeclámpicos. A. Bertelsen.
- Un nuevo método para la tinción electiva de la sustancia mucóide en las glándulas uterinas. T. Holund.
- Tratamiento de la oftalmoblenorrea gonorréica con Alfazol. Dos casos resistentes. H. Skydsgaard.
- Un caso de fistula gastrocólica. C. M. Smidt.
- Una afección cutánea localizada tuberculoide, causada por bacilos ácidosresistentes atípicos. N. Gellerstedt.
- Sociedad Oftalmológica Sueca.

Deshidratación en la eclampsia y estados preeclámpicos.—El autor describe el tratamiento seguido en un caso de eclampsia, en relación con la importancia que tiene en la producción de este cuadro el trastorno de la regulación hídrica. La presencia constante de edema cerebral indica la importancia de este trastorno.

El autor, siguiendo las medidas de Loughran en el Hospital St. Mary, de Brooklyn, trata su caso con deshidratación producida por la restricción de líquidos, y al observar una baja cifra de proteínas plasmáticas administra alimentación rica en proteínas. Estas medidas, acompañadas de la deshidratación activa (suero glicosado, sulfato de magnesio) y de la punción cerebroespinal para disminuir la presión de líquidos, dan buen resultado, y en el caso descrito por el autor éste fué excelente.

23 - 37 - 8 de septiembre de 1944

- Plombaje con sulfatiazol y sutura primitiva en la resección de la mastoides. M. Kjeer y K. Kettel.
- Tratamiento sulfonamídico local en las heridas consecutivas a la resección mastoidea, con especial consideración de la mastoiditis escarlatina. I. Falbe-Hansen.
- Un micrométodo para la determinación del bicarbonato del plasma con el aparato de van Slyke. S. E. Mikkelsen.
- Comunicaciones a la Sociedad Danesa de Cirugía.
- Electroencefalograma y epilepsia. T. S. Son Frey.

23 - 38 - 15 de septiembre de 1944

- * El cobre del suero. A. Levin Nielsen.
- Influencia de la concentración del alcohol sobre las propiedades del catgut. M. Olesen y O. Jacobsen.
- Relación entre la hipertensión y las enfermedades quirúrgicas del riñón. S. Hammarström.
- Reacciones sanguíneas en un caso de dermatitis exfoliativa tratado con sulfatiazol. B. Beskow.
- Comunicaciones a la Sociedad Médica Sueca.
- Papel bioquímico de la riboflavina. T. Teorell.
- Clinica de las carencias de riboflavina. S. Bjorkman.
- Silicosis. G. Jonsson.
- Clinica de la silicosis. T. Bruce.
- Artrografía de la rodilla. K. Lindblom.
- Terapéutica por aminoácidos. F. Lindstrom.

El cobre del suero.—El autor comenta el hecho de que las enfermedades producidas por carencia de cobre son conocidas en las especies animales; pero no en el hombre.

Las determinaciones realizadas demuestran que las mujeres normales tienen 123 gammas de cobre por 100 c. c. y los hombres 110.

La menstruación no modifica la cifra de cobre; pero el embarazo produce en los cuatro primeros meses un evidente aumento de dicha cifra, que vuelve a lo normal a las pocas semanas del parto.

23 - 39 - 22 de septiembre de 1944

- Sobre la eufomania (narcomanía). F. From Hansen.
- Inmunidad contra la difteria y posibilidad de producirla por vacunación. H. Ericsson.
- * Investigaciones experimentales acerca de la significación de las distintas partes del estómago para el contenido del hígado de cerdo en factor antipernicioso. S. Petri, O. Bang, W. Kjaer y A. Kierhve.
- Comunicaciones a la Sociedad Danesa de Cirugía.
- Quimioterapia moderna de las afecciones del intestino y las articulaciones. N. Svartz.
- Contribución a la cuestión de la alergia sulfonamídica. C. E. Sonck.
- Técnica de la operación para esterilización legal en el hombre. B. von Friesen.
- Hepatitis consecutiva a trauma hepático. O. Arnell.

La significación de las distintas partes del estómago para el contenido en principio antianémico del hígado de cerdo.—El extracto hepático obtenido del hígado de cerdos cuya porción fúndica del estómago ha sido resecada, ejerce un débil efecto sobre los enfermos de anemia pernicioso. Los animales eran mantenidos durante la experiencia con un preparado de estómago desecado, lo cual quiere decir que el factor intrínseco no puede fabricar el principio antianémico en ausencia del fundus.

23 - 40 - 29 de septiembre de 1944

- Síndrome de Banti. E. D. Bartels.
- Cataratas en la infancia. P. Braendstrup.
- Aplasia nuclear (enfermedad de Moebius-Heubner). H. Philipsen-Prahn.
- Un caso de meningitis producida por el bacilo proteus. V. Sindbjerg Hansen.
- Una sonda gástrica y duodenal para investigaciones clínicas y bacteriológicas. J. Tomenius.

24 - 41 - 6 de octubre de 1944

- Teinta y cinco casos de parálisis facial otógena operados según Ballance y Duell y Bunnell. K. Kettel.
- Carcinoides. P. M. Permin y H. Starklint.
- Micrométodo para la determinación de la vitamina A en biopsias de hígado en el hombre y animales de tamaño elevado. T. K. With.
- Hueso navicular del pie bipartito. A. Clausen.
- Comunicaciones a la Sociedad Sueca de Cirugía.

British Heart Journal.

8-2-1946

- * Anormalidades electrocardiográficas en la desnutrición intensa. L. B. Ellis.
El efecto del nitrato y del ejercicio sobre la onda T invertida. W. Stockes.
Sístoles auriculares prematuros: la duración del sístole eléctrico. K. Berliner.
- * Esclerosis vascular pulmonar con insuficiencia ventricular derecha. A. M. Barrett y L. Cole.
Electrocardiogramas precordiales. Una comparación de las derivaciones CF y V. L. Wallace y N. Grossman.
Cardiopatía bilharziosa: cor pulmonale por endarteritis pulmonar bilharziosa. E. Bedford, S. M. Aidados y E. Gilgus.
- * Mecanismo del síndrome de Wolff-Parkinson-White. R. J. Duthie.
- * Hipotensión postural. T. East y W. Bridgen.
Enfermedades cardiovasculares en las tropas británicas de ultramar. R. A. Moir y K. Sh. Smith.

Anormalidades electrocardiográficas en la desnutrición.—Describe el autor cuatro enfermos con desnutrición intensa y prolongada, en los que se observaron anomalías electrocardiográficas, que consistían en prolongación marcada del espacio Q-T en algunos casos, ondas U bien perceptibles, aunque no persistentes en otros y menos constantemente depresión del segmento ST, alteraciones en las ondas T y aumento de los espacios PR y QRS.

Aunque de la observación de sus casos no puede el autor sacar conclusiones sobre la causa de las anomalías electrocardiográficas de las personas desnutridas, manifiesta que es probable representen un cuadro complejo debido a la desnutrición prolongada en proteínas e hidratos de carbono y al desequilibrio electrolítico, ya que no hubo evidencia de anoxia del músculo cardíaco o de avitaminosis clínica, aunque la carencia vitamínica no puede ser excluida como factor etiológico, a pesar de la ausencia de síntomas y signos clínicos. El hecho de que los electrocardiogramas se hicieran normales en el término de dos o tres semanas después de la institución de un régimen terapéutico adecuado, sugiere que las alteraciones eran debidas principalmente a causas funcionales y no orgánicas.

Esclerosis vascular pulmonar con insuficiencia ventricular derecha.—Describen los autores un enfermo que murió con el cuadro de una insuficiencia del ventrículo derecho en un plazo de cuatro meses desde la aparición de los primeros síntomas. No había historia previa de enfermedad del corazón, pulmón u otras enfermedades. El curso fatal se hizo progresivamente, sin responder en absoluto al tratamiento adecuado.

En la sección se pudo ver un evidente ateroma macroscópico de las principales arterias pulmonares y de sus ramas mayores, con gran dilatación del corazón derecho e hipertrofia del ventrículo, siendo normal el corazón izquierdo. Sólo pudo verse un enfisema a lo largo de los bordes anteriores de los pulmones, pero no existía distensión pulmonar ni formación de vesículas. Microscópicamente se demostró una hipertrofia evidente de la media y de la íntima en las grandes arterias pulmonares con fuerte ateroma y gran engrosamiento de la íntima en algunas de las pequeñas arterias musculares; se vieron alteraciones similares a la arterioesclerosis hiperplástica de la hipertensión maligna en las arterias pulmonares; existía además una amplia desintegración de las paredes alveolares sin enfisema hipertrófico.

En cuanto a la relación entre las lesiones vasculares y la desintegración de las paredes alveolares, los autores piensan que las lesiones vasculares pudieron ser producidas por la hipertensión arterial pulmonar persistente, condicionando una mala nutrición del parénquima, lo cual a su vez produce lesiones vasculares, aumentando la presión arterial en el territorio pulmonar.

Mecanismo del síndrome de Wolff-Parkinson-White.—El autor describe un caso típico de síndrome de Wolff-Parkinson-White, discutiendo a continuación el meca-

nismo de tal síndrome. La excitación prematura (o preexcitación) del ventrículo es probablemente la causa y las referencias de autopsia publicadas hasta el presente, sugieren que el síndrome es debido a la existencia de ramas conductoras accesorias entre la aurícula y el ventrículo. Otras anomalías, tales como una rama accesorio de la rama principal, podrían motivar la preexcitación, debiéndose prestar atención a este respecto en las autopsias futuras. La preexcitación puede ser muy variada y el grado del cortocircuito de la conducción auriculoventricular puede depender de la posición del ritmo o ritmos accesorios o desaparecer con variaciones en el tono vagal. Ha sido descrito un caso que mostraba una preexcitación ligera y que duró por lo menos diez años. La preexcitación se demuestra generalmente por alteraciones en el espacio PQ después de la inyección de atropina, pero se ha referido un caso con preexcitación casi constante.

Hipotensión postural.—Después de recordar los efectos sobre la presión arterial de los cambios de postura sobre la acción de los simpáticos miméticos, de la estabilidad del ritmo cardíaco bajo la acción de la atropina y de los cambios de postura, los autores se ocupan del mecanismo del defecto del control vasomotor y del posible asiento de la lesión.

En cuanto al mecanismo de producción, manifiestan que el aumento de la presión arterial que se presenta en el brazo cuando el enfermo inclina la cabeza hacia abajo demuestra que hay una pérdida del control sobre la distribución de la sangre; la caída de la presión arterial en un brazo cuando se eleva el miembro estando el enfermo tumbado, señala en un brazo lo que ocurre en todo el cuerpo.

Respecto al asiento de la lesión, el hecho de que los vasos periféricos se constriñan o dilaten por la acción de las drogas específicas, indica que el trastorno no asienta en la musculatura ni en las terminaciones nerviosas. En general se acepta como punto más verosímil de asiento de la lesión al hipotálamo, en vista de la presentación en procesos del sistema nervioso central, aunque es posible que existan otras zonas responsables por la coexistencia en otros enfermos con procesos medulares.

Terminan los autores llamando la atención sobre la asociación de la hipotensión postural con síntomas de anhidrosis e impotencia, lo que, a su juicio, constituye una triada característica.

British Medical Journal.

4.439-2 de febrero de 1946

- Reacciones psicológicas en soldados con pérdida de visión de un ojo. L. Duke-Elder y E. Wittkower.
- * Un flagelado en el esputo de un caso de bronquiectasias. G. D. Lehmann y J. T. Prendiville.
- * Piuria abacteriana. D. O. Peters.
- * Dos casos de granuloma amebiano. G. Howells.
- Síndrome de aplastamiento e hipercolelémia del plasma en el embarazo. R. W. Danziger.
- Bacteriología de los dedos sépticos. L. P. Le Quesne.
- Zoología premédica. D. W. Ewer.
- Reparación de la arteria femoral después de una herida por bala. J. A. Vere Nicol.

Un flagelado en el esputo de un caso de bronquiectasias.—Se trataba de un enfermo con paludismo por falciparo y vivax, en el que el tratamiento no consiguió la desaparición de la fiebre, comenzando al poco tiempo con una gran expectoración que se acompañaba de una auscultación de estertores crepitantes en ambas bases; el enfermo fué empeorando progresivamente y murió, demostrándose en la sección la existencia de numerosas bronquiectasias cilíndricas. El estudio del esputo demostró la existencia de un flagelado que revestía una gran variedad de formas, y cuya motilidad se realizaba a base de una combinación de movimientos ameboides y flagelares; su aspecto era piriforme, de 10-15 micras de longitud, con dos flagelos iguales en el extremo delgado. Consideran que se trataba del *Trichomonas tenax* o el estadio flagelar del *Dimastigamoeba gruberi*, y que su llegada al pulmón fué a

partir de la cavidad bucal, encontrando en el material mucopurulento de las cavidades bronquiectásicas un medio ideal en el que se multiplicó rápidamente.

Piuria abacteriana.—Con motivo de la presentación de dos casos de piuria abacteriana, el autor hace ciertas consideraciones sobre la etiopatogenia de este proceso. En primer lugar, manifiesta que la gran eficacia curativa del neo conduciría a suponer que la causa sería atribuible a un agente particularmente susceptible a un compuesto arsenical, y que dicho agente posee probablemente características biológicas similares al de la sífilis, framboesia, etc., por lo que sería muy interesante conocer el resultado de la reacción de Wassermann en los casos de piuria abacteriana. Por último, pone de relieve la gran similitud clínica y patológica de este proceso con la úlcera de Hunner, y plantea la posibilidad de que se trate de un mismo proceso, aunque desconoce si en esta última se ha ensayado la terapéutica con neo.

Dos casos de granuloma amebiano.—Los granulomas amebianos constituyen una complicación rara, aunque no tanto como se piensa, y cuya localización en el intestino grueso se hace preferentemente en el ciego. El conocimiento de la existencia de estos granulomas amebianos reviste una gran importancia, ya que generalmente se piensa primeramente en un proceso maligno. El autor presenta dos casos de granuloma amebiano del ano, localización muy rara, que respondieron muy bien a la terapéutica antidisentérica, y señala el hecho de que los amebomas pueden presentarse varios años después de haberse padecido la disentería.

4.441 - 16 de febrero de 1946

- * Neumonía primaria atípica. A. B. Adames, J. M. Staveley, G. L. Rolleston, W. E. Henley y J. E. Caughey.
- Fractura de la rótula: 54 casos tratados por extirpación. R. Brooke.
- Vitamina C en los vegetales cocidos. G. Neil Jenkins.
- * Complicaciones neurológicas después de la leucotomía prefrontal. F. Reyman.
- Terciana primaria benigna en las tropas británicas en Normandía. W. W. Macnaught.
- Un método de anastomosis cerrada. H. S. Souttar.
- Tirotoxicosis en un mongol. L. Gil Christ.
- Obstrucción de una hernia transmesentérica. P. Martin.

Neumonía primaria atípica.—Se trata de una revisión sobre los hallazgos clínicos y de laboratorio de 50 casos de neumonía primaria atípica. Desde el punto de vista de los recuentos leucocitarios pudo observarse un aumento inicial de los polimorfonucleares con disminución ulterior, que se hizo máxima al final de la primera semana; existía una ligera anemia con disminución de la hemoglobina; la velocidad de sedimentación estaba ligeramente acelerada. La prueba de floculación de la cefalina fué haciéndose progresivamente positiva en el transcurso de la enfermedad, en la mayoría de los casos. Un rasgo sorprendente fué la existencia de una reacción positiva de anticuerpos heterófilos (glóbulos de caballo) con un título de 1 : 448 ó más alto en el 36 por 100 y del 1 : 224 ó más alto en 62 por 100 de los casos. Fué negativa la investigación de las aglutininas al frío.

Complicaciones neurológicas después de la leucotomía prefrontal.—Describe el autor un caso de esquizofrenia que fué tratado por la leucotomía. Al día siguiente de la operación se pudo observar la existencia de un fino temblor parkinsoniano y movimiento de hacer piloras en la mano izquierda con incontinencia de esfínteres que desapareció al cuarto día. Pero al séptimo día mostró paresia del brazo izquierdo, con reflejos profundos exaltados y Babinski en el miembro inferior izquierdo; al día siguiente existía tendencia a caerse hacia la izquierda, pérdida de la sensibilidad postural, dismetría, hipermetría, hipoestesia dolorosa y astereognosis en el miembro superior izquierdo, que en los días siguientes fué aumentando y apareció además apraxia

en la mano de dicho lado y paresia facial izquierda, que en los días ulteriores llegaron casi a desaparecer. Comenta el autor el caso, y dice que, probablemente la incisión operatoria se acompañó de edema o quizá de hemorragia. El síndrome neurológico hace posible la localización de la lesión producida, que probablemente afectó parcialmente al cuerpo estriado (temblor) a las radiaciones del cuerpo calloso (apraxia) y a la parte anterior de la cápsula interna (paresia del miembro superior y alteraciones de los reflejos). Declara, por último, que aunque se empleó la misma técnica en los dos lados, sin embargo los síntomas neurológicos sólo aparecieron en el lado izquierdo.

4.442 - 23 de febrero de 1946

- * Expulsión de gérmenes patógenos del tracto respiratorio. J. P. Duguid.
- Viscosidad del plasma: una prueba clínica. J. Harkness, J. Houston y R. B. Whittington.
- No-absorción de mepacrina. J. Yudkin.
- * Prueba de floculación de la cefalina en la malaria. J. G. Makari.
- Algunos problemas pediátricos en el Campo de Belsen: una revisión clínica. W. R. F. Collis y P. C. Mac Clancy.
- Ruptura espontánea del hígado en el embarazo. H. Links.
- Psicología de los prisioneros de guerra. A. L. Cochrane.
- Rara secuela de gran sobredosificación de insulina. H. Jordán.

Expulsión de gérmenes patógenos del tracto respiratorio.—En el presente trabajo se investiga la posible importancia de las gotitas expulsadas por el aparato respiratorio en la difusión de las infecciones aéreas. El autor comprueba que en enfermos con escarlatina o faringitis se expelían gotitas que contenían estreptococos hemolíticos durante una serie de seis golpes de tos en 29 de 87; el número total de gotitas infectadas fué de 1.109, eliminadas en 522 golpes de tos; se encontraron también estreptococos hemolíticos, generalmente en pequeño número, en las secreciones bucales de 13 de 87 enfermos.

En 10 de 50 enfermos de difteria faríngea se expulsaron 48 gotitas infectadas en un total de 300 golpes de tos, existiendo en las secreciones bucales de 12 a 50 enfermos.

Se expulsaron gotitas que contenían bacilos tuberculosos en 10 de 20 enfermos con tuberculosis pulmonar abierta; en un total de 410 gotitas obtenidas durante 120 golpes de tos, 36 contenían bacilos tuberculosos, cuyo número osciló de 1 a 40.000; antes de toser se encontró el bacilo tuberculoso en las secreciones faríngeas de 15 de 20 enfermos y en las secreciones bucales de 10 de 20 enfermos.

Prueba de floculación de la cefalina en la malaria.—El propósito de este trabajo es referir los hallazgos del autor sobre la conducta de la prueba de floculación de la cefalina en el paludismo con el objeto de ver si puede utilizarse como una prueba de la actividad de los parásitos palúdicos en los tejidos del huésped. La prueba fué positiva en 96 casos (91,4 por 100), siendo de dos o más cruces en 94 (89,5 por 100, con una proporción de frotis sanguíneos positivos del 73,7 por 100 (77 casos). La prueba tendió a hacerse negativa con el tratamiento antipalúdico, por lo que el autor deduce que puede utilizarse con seguridad como un índice de la actividad de los parásitos. Termina sugiriendo el empleo de la prueba en el líquido cerebroespinal de los casos de malaria cerebral para determinar el grado de actividad de la infección.

4.443 - 2 de marzo de 1946

- Diagnóstico de la amebiasis. W. E. Kershaw.
- Acroparestesias de los miembros inferiores. J. Purden Martin.
- El problema de la difteria. J. Grant.
- Leucotomía prefrontal de los desórdenes postencefalíticos de la conducta. F. T. Thorper.
- Penicilina en gonorrea. Método de la inyección única. A. Allan.
- Edema de los trabajadores. K. Zecopoulos.