

# BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

**SILICOSIS**, por JOSÉ GARCÍA COSÍO y JOAQUÍN MUMARIÑO ALONSO.—Editorial Científico Médica. Barcelona, 1946.—Un volumen en cuarto mayor de 166 páginas, 57 pesetas.

Se trata de una monografía muy interesante, basada sobre una experiencia personal y un conocimiento muy

completo de la bibliografía, con la que la literatura española sobre las neumoconiosis se enriquece notablemente. A todos los médicos interesados en este problema, pero también a los médicos generales, esta obra, bien editada y escrita en un estilo severo, pero ameno, reportará una gran utilidad.

## B) REFERATAS

### Medicina.

14 - 2 (2) agosto de 1946

- Disociación auriculoventricular por aplastamiento del fascículo de His y transplantación homoplástica del corazón. Presentación de dos films y comentarios. Hernán B. Monteiro.
- Estado actual del problema social del reumatismo. M. M. Frade.
- \* Aplicación intramedular e intramuscular de penicilina en un caso de osteomielitis y curación consecutiva. T. Dopereiro y A. Aznar.
- \* Brote epidémico de disentería bacilar Shiga en Ciempozuelos. J. Aparicio y J. Peña.
- El síndrome de Bernheim. E. García Ortiz y F. López Arriba.
- \* Relación entre el contenido en glucógeno, la flora y la acidez vaginal. L. Montalvo.
- \* La microrreacción de Leiboff en el diagnóstico serológico de la sifilis. A. Rezola Azpiazu.

**Aplicación intramedular e intramuscular de penicilina en un caso de osteomielitis y curación consecutiva.**—Se comunica la curación de un caso de osteomielitis subaguda estafilocócica con fractura espontánea del cúbito en un niño de seis años, de la que se tenía control radiográfico desde antes de su nacimiento, por aplicación intramuscular e intramedular de penicilina en dosis de 50.000 unidades, achacando los resultados favorables a lo reciente de la infección, buen estado general del sujeto y a la acción inhibidora de la infección por la penicilina, con aumento de la fosfatasa "in situ", por el contrario de lo que ocurre por la acción de las sulfamidas y estimulación de las células encargadas de la osteogénesis, aunque sin excluir la necesidad de la intervención quirúrgica.

**Brote epidémico de disentería bacilar Shiga en Ciempozuelos.**—Se estudia desde el punto de vista epidemiológico y bacteriológico la epidemia de disentería bacilar acaecida en el Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos en los meses de mayo a junio de 1945, la cual llegó a sumar más de 26 casos. En 13 de los atacados se logró el aislamiento a partir de las heces o por toma directa del recto del bacilo de Shiga. En la totalidad de los enfermos estudiados se demostraron en la sangre la existencia de aglutininas específicas frente al B. Shiga a títulos notables. De acuerdo con los antecedentes, ambiente epidemiológico y desarrollo de la epidemia, se sugiere la posibilidad de que se trate de un brote epidémico en una zona endémica, cuyo mecanismo de contagio fundamental fué el contacto interhumano. Se discuten estos resultados, llamando la atención de los clínicos españoles sobre la indudable presencia entre nosotros de la disentería bacilar y de la especie de Shiga-Krusse en particular.

**La relación entre el contenido de glucógeno, la flora y la acidez vaginal.**—La capacidad autodepuradora de la vagina se debe a la propiedad de ésta para eliminar los gérmenes patógenos en condiciones normales de acidez, acidez que, a su vez, depende de dos factores primordialmente: contenido en glucógeno y bacilos de Döderlein. Con este motivo los autores estudian la relación entre el glucógeno, la flora y la acidez vaginal, agrupando las enfermas en cuatro apartados fundamentales: procesos inflamatorios, procesos no inflamatorios (tumorales, procesos varios), síndromes de hipoestronismo y síndromes de hiperestronismo. De la observación de estas enfermas se deduce que la presencia de glucógeno y el grado de pureza son concordantes; en cambio, tanto la relación entre el glucógeno y el pH, así como la relación entre el pH y la flora microbiana, sólo demuestran una concordancia en las cifras extremas. Los datos clínicos guardan en general una relación con los datos de bioquímica intestinal, demostrándose, una vez más, la dependencia de la biología vaginal de la actividad estrogénica del ovario.

**La microrreacción de Leiboff en el diagnóstico serológico de la sifilis.**—Del estudio comparativo de la reacción de Leiboff con la reacción de hemolisísis al suero activo de Navarro-Martin-Hombria, con las pruebas de flokulación de Kahn, Sachs-Witebsky, apelotonamiento de Muller y aclaramiento de Meinicke y con las microrreacciones de Kline y Chediak, se deducen las siguientes conclusiones: la microrreacción de Leiboff ha superado en sensibilidad a las pruebas de Navarro Martin-Hombria, Kahn, citocol y Chediak, siendo a su vez menos sensible que la de apelotonamiento de Muller, M. K. R. II y Kline. En cuanto al número de reacciones positivas anespecíficas, es menor que utilizando las pruebas de Navarro Martin-Hombria, Kahn, apelotonamiento de Muller, M. K. R. II, igual a la de la prueba con sangre desecada de Chediak, y superior a las que se obtienen con el citocol y Kline, siendo el porcentaje de inespecificidad de un 0,5 por 100. En cuanto a su técnica, es sencilla y rápida y la lectura fácil. Por otro lado, la pequeña cantidad de suero requerida y la estabilidad de su dilución antigenica cuentan entre sus ventajas. De todas formas, no es aconsejable su utilización aislada para el serodiagnóstico de la sifilis.

### Medicina Clínica.

5 - 5 - 1946

La fatiga muscular y su recuperación. E. Arias Vallejo. Alveolectasias y enfisema legitimo. M. Beltrán Baguena. Consideraciones sobre el tratamiento de la coledocolitis. E. Sala Patau.

- Disociación de la producción de pigmentos y de penicilina en los cultivos de *penicillium notatum*. J. A. de Loureiro.
- Penicilina en el tratamiento de la osteomielitis crónica del maxilar. J. Puig Sureda, V. Salleras y C. Sala.
  - Las supuraciones pleurales agudas y su tratamiento. J. Civik. Interpretación de las objeciones a la teoría mecánica de la úlcera gastroduodenal. J. de Tellería.
  - Los cuerpos glandulares paratiroides. B. Pla-Majo.
  - Sobre una nueva terapéutica de la rinitis atrófica oceñatosa. L. M. Viscasillas y P. Abela.
  - Hematonefrosis post-traumática en riñón desdoblado. I. Orsola.
  - Lucemia aguda subleucémica micromieloblastica. C. Morcillo.
  - La colpoproctotomía. V. Vázquez Añón.
  - Sobre la utilidad clínica de las sanguijuelas. J. Cantón.
  - Sobre el tratamiento quirúrgico de las anquilosis del codo. F. Bastos Mora.
  - La penicilina en la endocarditis lenta. Editorial.

**Penicilina en el tratamiento de la osteomielitis crónica del maxilar.**—Ante la osteomielitis crónica del maxilar, cuyo tratamiento ha constituido hasta hace poco un serio problema de orden técnico y estético, la utilización de penicilina administrada en inyección intramuscular a las dosis y frecuencias convenientes se ha mostrado extraordinariamente beneficiosa en los casos que los autores han tratado. Prácticamente la infección fué vencida sin recurrir a la cirugía, el proceso evolucionó con gran rapidez hacia la curación total y definitiva, y los resultados cosméticos fueron buenos, incluso en el más grave de los enfermos. Por esta razón recomiendan el empleo de su técnica de administración de penicilina por vía parenteral asociada frecuentemente con preparados sulfamídicos, con lo que creen mejorarán considerablemente las estadísticas de curación que hasta ahora vienen presentando los autores anglosajones, que tratan las osteomielitis crónicas del maxilar con aplicación local de penicilina. Es indudable que en algunos casos no habrá más solución que la quirúrgica, pero con la asociación a dicha sustancia se acortará el tiempo de curación, y las cifras definitivas serán en todo semejantes a las que presenta la brillante estadística de Mowlem.

**Las supuraciones pleurales agudas y su tratamiento.**—Se hace un estudio de la etiopatogenia de las supuraciones pleurales agudas, llegando a la conclusión de que son secundarias a la existencia de focos supurativos en pleno parenquima pulmonar o broncopulmonares.

Se revisan también los tratamientos, y, apoyándose en su experiencia personal, los autores recomiendan seguir las siguientes normas:

1.º Drenaje a pleura cerrada. 2.º Detensión continua y lavado. 3.º Acto operatorio con un mínimo de traumatismo. 4.º Conseguir lo más pronto posible la reexpansión del parenquima pulmonar. 5.º Lograr el cierre de la fistula pleuropulmonar. 6.º Se logran tanto mejores resultados cuanto más precoz es el tratamiento. 7.º Finalmente, si no se ha logrado la síntesis total, la detensión coloca al enfermo en óptimas condiciones para soportar una intervención correcta ulterior.

**Sobre una nueva terapéutica de la rinitis atrófica oceñatosa.**—En esta breve nota previa, los autores comunican el tratamiento efectuado en varios enfermos de rinitis atrófica oceñatosa mediante infiltraciones anestésicas del simpático en un punto que darán a conocer en sucesivas comunicaciones. Con los bloqueos efectuados hallan una inmediata desaparición de la fefidez, con hiperemia e hipersecreción de la fosa nasal, acompañada horas más tarde del reblanecimiento, desprendimiento y caída de las costras, siendo estos efectos bilaterales, aunque con ligero predominio del lado bloqueado.

La duración de estos efectos es variable y depende de varios factores, principalmente del grado de atrófia de la mucosa nasal y la pauta del tratamiento seguida; cuanto mayor es el grado de atrófia, menor es la duración, y en cuanto al segundo punto, la escasez de material estadístico no permite a los autores hacer ninguna afirmación. En términos generales, la duración de la mejoría aumenta progresivamente en cada nuevo bloqueo efectuado.

5 - 6 - 1945

- Nosología de las leptospiralosis. P. Farreras Valenti.
- Clasificación y tratamiento de las anemias. L. Gironés.
- Las algoparesias posttraumáticas primarias del cubital. P. Sales Vázquez y S. Palazzi Duarte.
- Las afecciones urológicas en el diagnóstico de los procesos abdominales dolorosos. S. Bayona.
- El neumotórax ambulatorio en el Dispensario Antituberculoso Central. T. Seix, S. Estadella y J. Estela.
- Cáncer del canal del ano en un adolescente de quince años. J. Barberá y A. Gallart.
  - La oscilación P en el auriculograma precordial. M. Martínez.
  - Algunas consideraciones sobre los accidentes oculares del trabajo. A. Moreu.
  - Roturas foliculares simulando una apendicitis aguda. E. Ribas.
  - Fistula uretroprostatorrectal curada espontáneamente. J. Muñoz Escoda.
  - Un aparato portátil y protegido para la determinación de la velocidad de sedimentación globular.

**Cáncer del canal del ano en un adolescente de quince años.**—Se trata de un enfermo que a los nueve años se dió cuenta que al defecar le salía, a través del ano, una tumoración redondeada del tamaño de un garbanzo, que se reducía fácilmente, y de consistencia dura. Pasados dos años, y sin tratamiento alguno, la tumoración dejó de salir. Estuvo bien hasta dos meses antes de consultar, en que comienza con dolor en el ano al defecar, que posteriormente se hace continuo, tenía aumento del número de deposiciones, que a veces salían tefidas de sangre y con moco. Por tacto rectal se apreció una tumoración que infiltraba la parte izquierda del canal del ano, extendiéndose hasta la entrada de la ampolla; era una tumoración dura y dolorosa al tacto, que presentaba varios nódulos en su superficie. La biopsia demostró que se trataba de un epiteloma cilíndrico seudoglandular, muciparo, que había sufrido un proceso de desdiferenciación, con aumento de su poder invasor, adquiriendo las características del cáncer coloide. El enfermo no quiso someterse a intervención quirúrgica.

El interés del caso radica, en primer lugar, en la corta edad del enfermo. La tumoración redondeada que el enfermo se notó a los nueve años posiblemente era un pólipos solitario y pediculado del recto, de tipo adenomatoso, admitiéndose la posibilidad de que al cabo de seis años se hubiera transformado en carcinoma.

### Acta Pediátrica Española.

4 - 40 - 1946

- El babeurre en los trastornos nutritivos agudos y crónicos del lactante. M. Ríos.
- Infantilismo. E. Morante.
- Influencia de los factores alimenticios sobre el cuadro hemático del escolar. M. Royo y J. Díaz.
- Un caso de tuberculosis quística de las falanges. J. Puig.
  - Moderno tratamiento, por vía rectal, de las amigdalitis agudas no específicas con sales de bismuto. G. B. Avo.
  - Historia de la Pediatría en España. A. Martínez Vargas.

**Tratamiento por vía rectal de las amigdalitis agudas no específicas con sales de bismuto.**—El empleo del bismuto en las amigdalitis agudas no específicas fue iniciado por Monteiro en 1933, habiendo sido empleado posteriormente, con éxito, por numerosos autores, pero siempre usando la vía intramuscular. Posteriormente se ha iniciado su empleo por vía rectal mediante supositorios. El autor presenta su experiencia de 26 casos tratados de esta manera, considerando que el procedimiento, infinitamente superior a los antiguos gargarrismos y toques, aventaja también a la vía intramuscular al evitarse las dolorosas inyecciones, y a las sulfamidas en los casos de intolerancia a éstas, que cada día van siendo más frecuentes.

Un solo supositorio produce la desaparición de la fiebre y molestias locales en veinticuatro horas; queda, sin embargo, alguna sintomatología objetiva local, que obliga al uso de un segundo supositorio veinticuatro horas después del primero, con lo que al segundo día la curación es completa.

Emplea en los adultos supositorios que contienen cada uno 9 cgr. de bismuto metal en sal liposoluble. Para los niños la dosis es de 4,5 cgr. por supositorio.

## Imprensa Médica.

11 - 13 - 1945

- Hemangiectasia hipertrófica de Parkes Weber. F. E. da Costa.
- Una ciencia olvidada: la deontología. Una ciencia despreciada: la medicina preventiva. Una ciencia ignorada: la administración. F. da Silva Correia.

**Hemangiectasia hipertrófica de Parkes Weber.**—Presenta un caso de esta afección por ser un proceso de extraordinaria rareza y porque nos sitúa ante un problema patogénico para el que no tenemos una explicación satisfactoria. Se da en una enferma de veinte años, que desde muy joven venía teniendo en la pierna izquierda unas masas tumorales, que fueron consideradas como venas dilatadas. Con el crecimiento de la paciente estas dilataciones vasculares fueron aumentando y empezó a tener molestias, como sensación de presión, que la impedían realizar algunos quehaceres y la dificultaban la marcha, durante la cual tenía que apoyarse más en la pierna derecha. Ultimamente tenía dolores espontáneos, que a veces aparecían durante la noche. Por exploración, se encontraba el muslo izquierdo más delgado que el opuesto y la pierna deformada por masas tumorales localizadas por debajo de la rodilla, en la cara anterior de ella y del pie. Eran multilobuladas, confluentes y mal delimitadas, de forma redondeada o lenticular, y con un diámetro que en algunas alcanzaba hasta 10 cm. Estaban adheridas a los planos profundos, pero no a la piel. Se deprimían por la presión, y al cesar ésta, volvían a adquirir el tamaño primitivo. Sobre las masas tumorales la piel tomaba un color azulado, viéndose por transparencia las venas dilatadas. Sobre algunas había pigmentaciones ocre, que no desaparecían con la presión. En el dorso del pie había algunas manchas de color rosa acastillado, de bordes irregulares y mal delimitados. A la presión, las masas varicosas eran dolorosas.

La velocidad circulatoria, medida de miembro a lengua por la inyección de decolina, fué igual en ambos miembros inferiores y sensiblemente igual en los superiores. La presión arterial en el miembro inferior izquierdo era dos centímetros más alta que el derecho. Existía en aquél un aumento de calor.

Por examen radiológico se demostró una ligera atrofia global del fémur izquierdo, con leve decalcificación difusa. No existían alteraciones de la estructura trabecular ni focos de osteolisis o de reacción perióstica.

Los huesos de la pierna izquierda eran un centímetro más cortos que los de la derecha. La tibia estaba totalmente disminuida, sobre todo en su tercio medio. En algunas zonas existían alteraciones de la textura trabecular con formación de mallas alargadas e irregulares y proliferación endostal. Leve reacción perióstica, con formación de hueso periostal de menor contenido cárneo.

El peroné estaba espesado y afecto de un proceso de rarefacción longitudinal, con formaciones fisurales de aspecto irregular, que invadían el espesor del hueso. Sobre las partes blandas se proyectaban nódulos cárneos dispersos.

Con flebografía se visualizan numerosas venas dilatadas en la pierna afecta, algunas de aspecto varicoso.

El caso descrito es análogo a los que reunió Parkes Weber bajo el nombre de hemangiectasia hipertrófica de los miembros; flebectasias congénitas o también llamadas venas varicosas congénitas.

Esta afección afecta generalmente a un solo miembro, y los tumores angiomaticos pueden estar formados por arterias y venas, o solamente por venas, siendo frecuentes las anastomosis entre ambos sistemas.

Sobre la etiología de este proceso nada sabemos. Se ha atribuido a la heredosifilis, pero sin que haya podido comprobarse esta hipótesis.

También queda en el aire la patogenia. Hay muchos autores que atribuyen la hipertrofia del miembro al trastorno vascular. Otros, como Gourgerit y Marceron, piensan que el tumor vascular y la hipertrofia de miem-

bro se deben a anomalías de desarrollo asociadas, sin que haya relación de causa a efecto entre ambas cosas.

Los autores admiten con Klippel y Fernannay que el proceso se debe a un fenómeno infeccioso que afecta al cartílago de conjunción en el período de desarrollo y actúa también sobre las paredes de los vasos, disminuyendo su resistencia y facilitando las formaciones varicosas. A él se deberían las lesiones de osteitis y periostitis que observamos.

Otra hipótesis patogénica que discuten es que una compresión venosa durante el desarrollo provoque las alteraciones vasculares y los trastornos óseos por estasis vascular a nivel del cartílago de conjunción. Pero esto no lo aceptan por no haberse visto en ningún caso señales de compresión y por no presentar alteraciones ni la presión arterial ni la velocidad circulatoria del miembro afecto.

## La Prensa Médica Argentina.

32 - 44 - 2 de noviembre de 1945

- El conducto cístico en la litiasis biliar. P. L. Mirizzi.
- El valor del Chaulmoogra en el tratamiento de la lepra. S. Schujman.
- Ruptura de esfuerzo de las válvulas sigmoideas aórticas. R. Repetto, J. A. Ferrari e I. Benzecri.
- Fistulas y hemorroides. J. Calzavotto.
- Sobre un caso de paracoccidioidosis boco-linguo-laringeo con propagación broncopulmonar. L. Charoaky, D. Vivoli y J. Ink.

**El valor del Chaulmoogra en el tratamiento de la lepra.**—En este trabajo el autor analiza el valor de esta droga en la lepra basado en su experiencia de quince años. Los casos de lepra tuberculoide benignos son desechados de la estadística, y se juzga del valor de esta terapéutica únicamente por los tratamientos hechos en los casos lepromatosos vigilados clínica y bacteriológicamente durante varios años, y en virtud de lo cual se llega a las siguientes conclusiones: la acción beneficiosa no sólo se extiende a la lepra tuberculoide, sino también a la lepromatosa, en la que se puede llegar a la negativización clínica y bacteriológica, sobre todo si la terapéutica se lleva a cabo con dosis suficientes y en forma regular y prolongada. Si bien hay un pequeño porcentaje de casos lepromatosos graves que ceden poco al Chaulmoogra, la gran mayoría de los fracasos se deben a las dosis insuficientes y a los tratamientos irregulares. No se puede hablar de fracaso si no se ha administrado por lo menos una dosis anual de 400 a 500 c. c. de este medicamento.

No obstante los resultados alentadores, el autor cree que, además de perfeccionar aún más la terapéutica, debe trabajarse intensamente para encontrar una medicación de acción más rápida.

**Ruptura de esfuerzo de las válvulas sigmoideas aórticas.**—Los autores estudian un caso de rotura de las sigmoideas aórticas por un esfuerzo. Hacen la diferenciación entre la rotura de esfuerzo y la traumática, y señalan que el papel jugado por el terreno y los antecedentes morbosos tienen una gran importancia. Mientras que las lesiones que se presentan en el borde libre de las válvulas son producidas generalmente por un traumatismo, aquéllas que se presentan en el ángulo diedro que la válvula forma con la pared vascular suelen ser producidas por un esfuerzo. Como factores predisponentes exponen los siguientes: 1.º Válvulas previamente enfermas, aunque se conocen casos en que estaban previamente sanas. 2.º La hipertensión producida por la hiperadrenalidemia de esfuerzo probablemente tendría un gran interés en la facilitación de la rotura. 3.º El aumento del retorno venoso durante el esfuerzo. 4.º El pinzamiento de la subclavia entre la clavícula y la primera costilla y al mismo tiempo la compresión de las carótidas en el esfuerzo, con lo cual la presión intratorácica aumenta por dificultad de salida de la sangre.

Para los autores, tendría una gran importancia el llamado intervalo libre de síntomas que transcurre desde el momento del accidente hasta que el conjunto sin-

tomático característico y típico de la rotura valvular se instala. El síntoma más típico es el soplito audible, en ocasiones a una gran distancia, y que es más frecuente en las roturas de esfuerzo que en las traumáticas. En todos los casos el tratamiento es poco eficaz y el pronóstico muy sombrío.

32 - 45 - 9 de noviembre de 1945

- Nuevos casos de tifus exantemático en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores. H. R. Rugiero y J. Cohen.  
Lavado traqueobronquico. R. Fernandes y E. Wennecke.  
Clasificación de las porfirias cutáneas. J. M. Borda.  
• Tabes óptica: tratamiento por el método de Abadie. J. Sverdlick.  
Síndromes hemorrágicos. D. Taylor y R. E. Lede.  
Sobre el cierre sin drenaje de algunas tiroidectomías.

**Tabes óptica: tratamiento por el método de Abadie.**—El autor no se manifiesta en estos casos partidario de la malarioterapia, ya que al cortar los accesos con quinina se añade a la lesión del nervio óptico un nuevo factor tóxico. Sólo en los casos en los que asocie una demencia paralítica, tal terapéutica estaría justificada. Se expone un caso con lesión intensa del nervio óptico, en el que se hace un tratamiento a lo Abadie inyectando retrobulbarmente 0,0001 mgr. de atropina diariamente o en días alternos en una serie de 15 a 20 inyecciones complementadas con tratamiento específico. Procediendo de esta forma, se obra no sólo sobre las lesiones inflamatorias residuales, sino que también al suprimir el angioespasmo con la atropina se favorece la llegada del medicamento, al mismo tiempo que se mejoran las condiciones metabólicas del nervio. No se registran accidentes, y su única contraindicación la constituye el que ya exista una atrofia total del óptico.

32 - 46 - 16 de noviembre de 1945

- Desfuncionalización quirúrgica del colon. R. Finochietto.  
Quiste dermoideo retroperitoneal (observación de un caso).  
J. W. Tobias y D. F. Zavaleta.  
Porfiria ampollar y erosiva pigmentada del adulto. J. M. Borda.  
La compresión de las amigdalas palatinas. F. Cora.  
Síndromes hemorrágicos, inversión uterina puerperal. D. Taylor y R. E. Lede.  
Estudio micológico de una nueva observación de tricopatía plárdrica con nódulos blancos en la República Argentina.

32 - 47 - 23 de noviembre de 1945

- Insuficiencia cardíaca y estómago intratorácico. J. Palacio y F. Morán.  
• Alteraciones electrocardiográficas y valvulopatías reumáticas en el niño. M. Sloer y M. R. Berezovsky.  
Corrección de las orejas en asa. Técnica de Malbec. A. Raúl Beaux.  
Absceso de Brodie. H. Marino.  
• El crecimiento de los obesos. P. Winocur.  
Reducción precoz de traumatizados. L. P. Reggi.

**Alteraciones electrocardiográficas y valvulopatías reumáticas en el niño.**—En el presente trabajo se estudian las alteraciones electrocardiográficas aparecidas en el curso de la fiebre reumática de los niños, en un total de 50 enfermos. Al mismo tiempo se hace una comparación de las lesiones encontradas por la experiencia propia y las que otros autores manifiestan. De esta manera se señala que en el 54 por 100 de los niños con reumatismo había alteraciones en el E. C. G. La miocarditis, que es bastante frecuente, cuando clínicamente no puede manifestarse, puede ser fácilmente diagnosticada en el E. C. G. En 7 casos se encontraron alteraciones de la onda P, con ensanchamiento, melladuras, bifida o negativa, residiendo la importancia de este hallazgo en que señala frecuentemente un daño del miocardio auricular o su hipertrofia. Un trastorno electrocardiográfico que con más frecuencia se hace patente es el bloqueo de primer grado o aumento del espacio de conducción P-R. Generalmente se trata de un fenómeno transitorio y quecede a la medicación con salicilato. Para muchos autores, la presencia de este signo, sin otras alteraciones en el trazado, carece de alguna importancia, como al mismo tiempo tampoco tiene interés si el reumatismo ha dejado de tener acti-

vidad. En otros casos se presentan bloques parciales o totales, siendo estos últimos de marcada gravedad. Con bastante rareza se presenta fibrilación auricular en el curso de la fiebre reumática, contrastando con la frecuencia con que se observa esta lesión del ritmo en las lesiones antiguas. Su pronóstico, en general, es grave. Siendo de interés además que muchos de estos casos son enfermos con fibrilación a los que se les ha administrado digital. Las alteraciones de Q. R. S. son muy frecuentes. En un 14 por 100 se presentan melladuras, complejos en W o M. La Q profunda es también de frecuente aparición, presentándose en el 4 por 100 de los enfermos estudiados. La presencia de un segmento S-T por encima de la línea isoeléctrica con inversión de la onda T es signo frecuente de un derrame pericárdico. En el 22 por 100 había desviación del eje eléctrico a la derecha y un 10 por 100 a la izquierda. Con desviación a la derecha de más 47 a más 130° la evolución suele ser fatal.

Posteriormente a este estudio, se señalan las alteraciones de las válvulas en virtud de lo encontrado a la auscultación, y no añadiéndose nada nuevo a lo que ya clásicamente se conocía.

**El crecimiento de los obesos.**—Sobre 34.172 niños de tres a diecisésis años de uno y otro sexo se encuentra que 4.619 sobrepasan al término medio de peso, lo cual representa un 13,5 por 100. De este grupo su talla supera a lo normal en todas las edades, pudiendo establecerse en los diversos promedios que a mayor peso corresponde una mayor estatura.

Estudios posteriores podrán establecer si se trata de un crecimiento que se inicia y termina antes o si alcanzarán definitivamente una longitud que excede a la media normal del adulto y a la que cabe esperar de los antecedentes hereditarios.

32 - 43 - 30 de noviembre de 1945

- \* Acerca de la posible acción desintoxicante del ácido dehidrocólico. R. Carratalá.  
Conceptos etiopatogénicos de la siringomielia. B. Spotta y D. Brage.  
Anemias del recién nacido. R. Rossi.  
Semiología del cerebelo. P. C. Rospide.  
Aspiración quirúrgica de quistes histídicos. Stop de la membrana. P. Esperne.  
Caja accesorio para anestesia. J. Turner.  
Hemorragia intaperitoneal de origen ovárico. J. Paladino y J. Sapochnik.

**Acerca de la posible acción desintoxicante del ácido dehidrocólico.**—Se hace resaltar la importancia del hígado en la defensa de la intoxicación, y surge la pregunta si ante la disfunción hepática tiene un real y científico fundamento el empleo de los preparados hepáticos, en especial el ácido dehidrocólico. Se considera que la lesión hepática aparecida en muchas intoxicaciones es debida a la aparición de tóxicos al desdoblar el medicamento responsable. La administración en estos momentos de los ácidos biliares aparece entonces como propia del tipo de los estimulantes naturales de las funciones biliares, por su función primordialmente colerética. Este ácido, en la defensa contra intoxicación auríca, se muestra altamente beneficioso, y es un gran coadyuvante de la vitamina C, que se la considera como el verdadero factor etiológico de tales accidentes. Lo mismo cabe decir para los accidentes barbitúricos, en los que el ácido dehidrocólico se muestra muy eficaz.

### American Heart Journal.

30 - 5 - 1945

- \* El síndrome de Bernheim. H. I. Russek y B. L. Zohman.  
Trastornos vasculares periféricos en la dermatomiositis. J. J. Silverman y V. E. Powell.  
Reduplicación del primer tono: esfuerzo cardíaco y un nuevo método de calibración. J. Stephen Lewis.  
Lesión traumática del corazón. L. H. Sigler.  
• Estudios sobre la etiología y patogenia de la astenia neuromotoria. III. Las manifestaciones cardiovasculares de la astenia neuromotoria. M. Friedman.  
Estenosis pulmonar con septo interventricular intacto. J. H. Currens, Th., D. Kinney y P. D. White.

- \* Una nota sobre la clasificación serológica de los estreptococos aislados de la endocarditis bacteriana subaguda. S. M. Wheeler y G. H. Foley.
- Hipoplásia aórtica con anomalías vasculares y génotípicas asociadas. W. N. Valentine y R. J. Nicholl.
- Ruptura traumática de ambos ventrículos. R. W. Monto y P. S. Woodall.
- \* Miocarditis aislada debida probablemente a las sulfonamidas. A. H. Wells y S. G. Sax.
- Infarto miocárdico superpuesto a complejo PR corto y QRS prolongado. P. M. Zoll y D. R. Sacks.

**El síndrome de Bernheim.**—El síndrome de Bernheim es una entidad clínica definida, caracterizada por ingurgitación venosa periférica sin congestión pulmonar. Este cuadro de insuficiencia cardíaca derecha aislada es el resultado de la estenosis de la cavidad del ventrículo derecho por el desplazamiento del septo interventricular, debido al gran aumento de tamaño del ventrículo izquierdo. El proceso debe sospecharse cuando un enfermo con hipertrofia ventricular izquierda muestra signos de insuficiencia cardíaca derecha como la primera indicación de trastorno circulatorio. Así, pues, la insuficiencia cardíaca derecha no es debida a una debilidad miocárdica, sino que resulta de la estenosis al flujo sanguíneo por el ventrículo derecho. La disnea y otros signos de congestión pulmonar no existen o son mínimos hasta que sobreviene el fracaso del ventrículo izquierdo. En un caso típico el tiempo de circulación puede permanecer entre límites normales durante cierto tiempo, mientras que la presión venosa está apreciablemente elevada. Desde el punto de vista radiológico puede ser útil para el diagnóstico la demostración de aumento de tamaño del ventrículo izquierdo y de la aurícula derecha con tamaño normal de las otras dos cámaras. El septo interventricular acomulado puede influenciar el eje eléctrico del corazón e incluso ser responsable de una inesperada desviación derecha del eje en los casos de gran hipertrofia ventricular izquierda. El síndrome de Bernheim puede presentarse en cualquier proceso que sea capaz de originar una gran hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. Los autores describen en este trabajo tres casos de este síndrome, en dos de los cuales se hizo el diagnóstico durante la vida, lo que se confirmó en la autopsia, mientras que en el tercero el proceso se descubrió en el examen postmortem.

**Las manifestaciones cardiovasculares de la astenia neurocirculatoria.**—De las observaciones del autor se deduce que el corazón del enfermo con astenia neurocirculatoria es normal en su estructura y función. Si ocasionalmente en reposo y siempre durante el esfuerzo asociado con actividad emocional, este tipo de enfermos experimentan disnea, palpitaciones y dolor precordial y exhiben taquipnea, latidos potentes, arritmia y frialdad de las extremidades, hay suficiente evidencia de que estos síntomas y signos se preceden o acompañan por una descarga nerviosa que parece mantener una relación causal con el comienzo de la disfunción cardiovascular. El mecanismo responsable de la presentación no sólo de las manifestaciones cardiovasculares, sino también de las otras manifestaciones somáticas de la enfermedad, es la presentación episódica y frecuentemente espontánea de dicha descarga nerviosa. Las características cardíacas y extracardíacas, la estrecha relación con la emoción y la provocación de estos signos y síntomas en el individuo normal por la administración de cantidades excesivas de epinefrina, indican que la descarga nerviosa es de naturaleza simpática. La incapacidad para producir una exacerbación del síndrome al enfermo con astenia neurocirculatoria por la administración de drogas colinérgicas confirma dicha probabilidad. Sin embargo, la porción periférica del sistema nervioso simpático en dichos enfermos no es irregularmente sensible a la epinefrina, lo que hace pensar que no se trata de un trastorno periférico. La producción del mismo tipo de actividad nerviosa por la administración de cafeína y bencedrina (drogas que tienen su efecto principal sobre los centros superiores del sistema nervioso central), indica que existe una estimulación del sistema nervioso simpático en sus cen-

tros. Puesto que el hipotálamo es el asiento de estos centros, se deduce que esta región del cerebro es la responsable de la actividad emocional y de la respuesta a las drogas antes mencionadas; la presencia de fiebre en algunos enfermos con astenia neurocirculatoria, junto con otros signos y síntomas descritos, sugieren fuertemente la disfunción hipotalámica en este proceso. La incriminación del área hipotalámica del cerebro en la patogenia de la astenia neurocirculatoria no está construida sobre la base de que sea la responsable del síndrome completo, y el autor cree que motiva la presentación de las manifestaciones somáticas, pero en conexión con esto hay que decir que la astenia neurocirculatoria está íntimamente asociada con la emoción, y ésta, a su vez, tiene una estrecha relación con el hipotálamo.

**Clasificación serológica de los estreptococos aislados de la endocarditis bacteriana subaguda.**—En los dos últimos años los autores han estudiado los estreptococos aislados en 17 casos de endocarditis bacteriana subaguda. Es bien sabido que los métodos empleados en la identificación de los estreptococos alfa o viridans no indican nada sobre la identidad exacta de la raza. La clasificación de los "enterococos" de Sherman está basada en rasgos biológicos que son característicos, aunque no limitados, al grupo de gérmenes en cuestión. Lancefield y Sherman señalaron que los gérmenes clasificados como enterococos, a pesar de las marcadas diferencias biológicas, tienen un antígeno de grupo común, que los coloca en el grupo D, y los autores del presente trabajo han podido observar que razas que podrían ser clasificadas como estreptococo viridans pertenecen al grupo D, como se demuestra por las pruebas de precipitación de grupo. Es por esto por lo que los autores emplean los métodos corrientes de investigación junto con los serológicos, y han encontrado cuatro tipos diferentes serológicamente dentro del grupo D de Lancefield; también han demostrado que la actividad hemolítica no está estrechamente relacionada con el grupo serológico, que existen razas diferentes de alfa que son serológicamente idénticas a las razas beta, y que la capacidad de soportar altas temperaturas, considerada como característica de los enterococos, no es un criterio diferencial suficiente. Concluyen diciendo que las razas designadas como estreptococo alfa o viridans aisladas de la endocarditis bacteriana subaguda son a menudo serológicamente idénticas y frecuentemente pertenecen al grupo D de Lancefield.

**Miocarditis aislada probablemente debida a las sulfonamidas.**—Se trataba de un enfermo que murió súbitamente después de haber presentado un cuadro febril agudo con escalofrios, náuseas y vómitos durante unos doce días. Entre sus antecedentes figuraba sólo el haber tomado sulfodiazina durante diez días a la dosis de 3,5 gr. diarios. En la autopsia se demostró que el miocardio presentaba el típico aspecto de la forma difusa de la miocarditis aislada, y los autores relacionan etiológicamente este hallazgo anatopatológico con la previa administración de la sulfodiazina. Con motivo de este caso, hacen una serie de reflexiones sobre la miocarditis aislada, y dicen que una definición clara y aceptable del proceso no puede hacerse hasta después de una revisión detallada de la literatura, y que el nombre sólo debe aplicarse a aquellos casos en que la etiología es desconocida. Con el creciente conocimiento del proceso es verosímil que puedan distinguirse diferentes entidades clínicas, pues un problema diagnóstico difícil es diferenciar los trastornos inflamatorios del miocardio de los degenerativos y vasculares.

### Gastroenterology.

5 - 2 - 1945

- \* Síntomas consecutivos a la resección gástrica parcial. J. M. Berrman y F. J. Heck.
- \* Hematemesis masiva de origen indeterminado. I. R. Jan-Kelson.
- Diverticulitis del yeyuno con perforación. M. W. Shutkin.

- \* Carcinoma del esófago. Revisión de 332 casos. E. Boras. Significación de la gastritis crónica en un hospital general militar. J. C. Cuttler y J. E. Walther.
- \* Colecistitis experimental. Estudio histológico. M. E. Rehfus y G. M. Nelson. Efecto de la vagotomía y atropinización sobre la estimulación de la secreción gástrica con cafeína. J. A. Roth y A. C. Ivy.
- Ausencia congénita del cardias. W. C. Alvarez.
- \* Caracteres de la circulación sanguínea portal en el hígado. F. C. Mann.

**Síntomas consecutivos a la resección gástrica parcial.** Hacen los autores una revisión de los síntomas postprandiales que aparecen después de la gastrectomía, exceptuando los casos de úlcera recurrente, esto es, de la sintomatología, que se conoce con el nombre de "dumping syndrome", consistente en náuseas, distensión abdominal, sudoración e incluso palidez, a los que, en ocasiones, se asocia una anorexia y una anemia hipocrómica que no suele ceder al hierro. Actualmente la explicación más aceptada de este síndrome es la distensión yeyunal. La inanición que suele presentarse en gran número de casos puede evitarse colocando al enfermo en una dieta hiperproteica, con aumento diario de la ingestión de alimentos hasta llegar a un total de 3.200 calorías; de esta forma se puede conseguir un aumento de peso del paciente, sin que aumenten la severidad de los síntomas postprandiales. En muchos casos se demuestra cómo, mediante la ingestión de sólo tres comidas diarias, es imposible la recuperación del peso del paciente, por lo que el número de tomas alimenticias debe de ser mayor.

**Hematemesis masiva de origen indeterminado.**—Entre 685 casos de hemorragias del tramo superior del tubo digestivo, en 60 de ellas el origen quedó sin explicar; la sintomatología y el curso de estos casos sin diagnosticar se comparó con el de 200 hematemesis por úlcera gástrica. La edad media de estos pacientes fué menor que la de los casos de úlcera, siendo la mortalidad mayor. La edad media de los casos mortales fué de diez años más que la de los casos que se recuperaron. Tres de los casos fueron autopsiados, no pudiendo encontrarse el origen de la hemorragia. Es de destacar el gran porcentaje de mujeres. Antes de efectuar el diagnóstico de hemorragia de origen indeterminado, es necesario el practicar exploraciones cuidadosas y repetidas; de esta forma, en mano de los autores, el número de hemorragias sin explicar no llega a un 9 por 100, porcentaje inferior al que ha sido señalado en otras estadísticas.

**Carcinoma del esófago. Revisión de 332 casos.**—Estudian los autores 332 casos de cáncer esofágico; en ellos los primeros síntomas habían aparecido de tres semanas a dos años antes de su ingreso en el hospital. En la mayor parte de ellos el intervalo fué menor de un año. La mayor parte de los enfermos, un 88 por 100, eran varones, siendo la época más frecuente de aparición de los cincuenta a los sesenta años. La localización de las lesiones fué como sigue: 70 en el tercio superior, 142 en el tercio medio y 120 en el inferior. Los síntomas más destacados en orden de frecuencia fueron: disfagia, dolor, pérdida de peso, vómitos y regurgitaciones y hemorragias. Fiebre solamente se demostró en 34 de los pacientes. En cuanto al tratamiento, la radio y la radiumterapia fué en la mayor parte de los casos inefectiva, no afectándose el tumor y siendo dudoso que la vida de los enfermos se prolongara no curándose ninguno de los casos. En 7 de los casos se fué a la intervención, que fué imposible de efectuar por ser la masa del tumor de todo punto inextirpable. Tampoco se obtiene una supervivencia mayor mediante la gastrotomía, siendo alta, de un 25 por 100, la mortalidad operatoria, por lo que es dudoso si mediante este proceder se reporta un beneficio al enfermo.

**Colecistitis experimental. Estudios histológicos.**—Se verifica un estudio del aspecto microscópico de la colecistitis experimental producida en los conejos por la inyección repetida intravenosa de una suspensión de es-

treptococos no hemolíticos. En la primera serie de animales estudiados se demostraron alteraciones de la vesícula en un 22 por 100; en estudios más recientes, utilizando nuevas técnicas histológicas, se consiguieron visualizar alteraciones hasta en un 68 por 100. Un 32 por 100 de los animales presentaban alteraciones de la mucosa, que en un 25 por 100 eran definitivas, siendo en el resto ligeras y al parecer transitorias. Estos cambios consistían en exfoliación, edema, alteraciones intersticiales y necrosis. En un 26 por 100 aparecieron algunas alteraciones de las submucosas, en la mayor parte de los casos superponibles a las que se encontraban en la mucosa. Otro 26 por 100 presentaban lesiones en la muscular, consistentes en separación y adelgazamiento de las trabéculas musculares, edema, infiltración, destrucción e incluso en algunos casos hipertrofia. En un 14 por 100 estas alteraciones eran marcadas, siendo en el resto pasajeras.

Un 67 por 100 presentaban alteraciones en la subserosa, que en un 37 por 100 eran definitivas, consistentes en edema, engrosamiento del tejido conectivo e infiltración. Se demuestra, pues, cómo las lesiones de la colecistitis experimental pueden afectar a una o a todas las capas de la vesícula; si comparamos estos resultados con los que se encuentran en la clínica, se comprenderá cómo estos cambios difícilmente serán demostrables por el sondaje duodenal, aunque si podrían serlo por la colecistografía.

**Caracteres de la circulación sanguínea portal en el hígado.**—El carácter de la circulación portal ha sido estudiado mediante la inyección de fósforo radiactivo, unas veces en la vena esplénica y otras veces en la mesentérica, determinando después su distribución en el hígado. Cuando la inyección se ha efectuado en la vena esplénica, la mayor concentración de la sustancia radiactiva se demostró en el lóbulo izquierdo del hígado, y cuando se verifica en la mesentérica, en lóbulo derecho. De esta forma se demuestra la existencia de una doble corriente en la vena porta, no mezclándose la sangre que proviene de los diversos órganos de una forma muy marcada. Se destaca después la importancia de estos hechos en la distribución de las metástasis de los tumores malignos. Estos hechos también han sido demostrados alimentando a los perros con urea, hallando cómo la concentración de esta sustancia era mayor en la porción derecha del hígado.

5 - 3 - 1945

- \* Prurito anal. Estudio clínico. A. I. Shapiro y S. Rothman. Dibutileno. Sus efectos produciendo hipermotilidad gástrica en el hombre y otras observaciones. C. G. Peterson y D. R. Peterson.
- Efectos del succinilsulfotiazol sobre el volumen de los gases intestinales del hombre joven. E. A. Rasberry.
- Litiásis pancreática. Presentación de dos casos en adultos jóvenes. H. F. Wechsler y J. I. Weiner.
- Test seriados de la formación de ácido hipúrico tras la inyección de benzoato sódico. R. C. Page y P. W. Preissler.
- Efectos sobre el intestino delgado de la inyección intravenosa de un hidrolizado de caseína. N. Learner, H. W. Robinson, E. M. Grisheimer y M. J. Oppenheimer.
- Estudio sobre el papel auxiliar de la cafeína en la patogenia de la úlcera gástrica. G. Giddings, W. Wyun y J. Haldi.

**Prurito anal. Estudio clínico.**—El prurito anal es una de las afecciones más frecuentes, y en sus formas más graves incapacita al paciente a causa del insomnio y del aumento de la tensión nerviosa. Estudian los autores 70 pacientes, y en ninguno de ellos se demuestra la existencia de un factor etiológico de los que corrientemente se tienen en cuenta. En un 55,7 por 100 se demostró la existencia de una neurodermatitis, incluyendo aquellos enfermos que presentaban liquenificación perianal. En todos los enfermos la toilette con papel higiénico es un factor iniciador o perpetuador, produciendo un círculo vicioso, no solamente en sujetos portadores de una neurodermatitis, sino también en personas normales. Mediante un tratamiento basado en la supresión del papel higiénico, el uso de phenobarbital en

aplicación local en forma de supositorios o lociones y dosis mínimas de rayos X se consigue un 93,1 por 100 de resultados satisfactorios.

**Litiásis pancreática. Presentación de dos casos en adultos jóvenes.**—Se acepta generalmente que la formación de cálculos pancreáticos es rara antes de la edad de los cuarenta años, y no se toma en consideración esta posibilidad ante una afección en una persona joven. Estas razones llevan a los autores a presentar dos enfermos, el uno de veintiocho años de edad y el otro de veintisiete, en los que se demostró una historia de accesos repetidos de dolor en la parte superior del vientre, con molestias gástricas vagas, esteatorrea, y en los que radiográficamente se demuestra la existencia de múltiples cálculos distribuidos a lo largo del páncreas. No se demostró una alteración de la función interna del páncreas en ninguno de los casos. Terminan los autores señalando la litíasis pancreática como una posibilidad a tener en cuenta en los casos de dolores no filiados de la parte alta del vientre.

**Test seriados de la formación de ácido hipúrico tras la inyección de benzoato sódico.**—Se estudia el test intravenoso del ácido hipúrico como método de medida de la función antitóxica del hígado en un grupo de 60 pacientes con hepatitis infecciosa grave, y en un grupo de 90 sanos utilizados como control. En el grupo control, sin afección hepática ni renal, la eliminación fué normal. En el grupo de enfermos hepáticos se hace un estudio seriado a lo largo de todo el curso de su enfermedad, desde su ingreso en el hospital hasta que es dado de alta. La mayor alteración del test del ácido hipúrico corresponde a los cinco primeros días del período icterico; durante él no suele pasar de un 61 por 100 lo normal. Los test sucesivos volvieron a la normalidad al curarse el enfermo en todos los casos. Ninguno de los pacientes con un test menor de un 50 por 100 necesitaron menos de sesenta días para que los valores volvieran a la normalidad. En cambio, en los enfermos con una excreción superior a un 51 por 100, a los veintiocho días se había conseguido una vuelta a la normalidad.

**Efectos sobre el intestino delgado de la inyección intravenosa de un hidrolizado de caseína.**—Estudian los autores el efecto de la inyección intravenosa rápida de un hidrolizado de caseína (amigen) sobre la motilidad del intestino delgado en perros anestesiados o no. La inyección de amigen produce una hipermotilidad duodenal o un comienzo de motilidad en los perros anestesiados. Esta hipermotilidad no se acompaña de cambios en el pH, CO<sub>2</sub> y Cl, o reserva alcalina del plasma, elevándose la concentración de glucosa en sangre. Ni la hipermotilidad ni la hiperglicemia se previenen por la vagotomía o la atropinización. Las suturas intestinales recién efectuadas no sufrieron con esta hipermotilidad. Los cambios de tono y en el peristaltismo que la inyección del digerido de caseína determina, explicarían las sensaciones que en el hombre se siguen a la inyección del amigen.

#### Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

20 - 25 - 1946

Relación anual de la Sección de Radioterapia en el año 1944. R. E. Fricke y H. H. Bowing.  
Neurofibromatosis con sarcoma de la pierna: comunicación de un caso. T. Norley.  
Notas sobre un método de circuito abierto modificado para la medida del aire residual. J. B. Batemann.  
El llanto de los recién nacidos. II. La fase individual. C. A. Aldrich, C. Sung y C. Q. Knop.  
Relación anual de la cirugía ginecológica en el año 1944. J. C. Masson y V. S. Counsler.

20 - 26 - 1946

El campo de expansión de la medicina física. F. H. Krusen.

Resección transtorácica de las lesiones de la porción baja del esófago y del cardias del estómago. O. T. Clagget. Relación de la cirugía génitourinaria en el año 1944. D. O. Ferris.

#### Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

78 - 2 - 1946

- \* Esfingomielinas: su acción sobre las células sanguíneas, particularmente linfocitos; su participación en la acción semejante a los nucleinatos de la fracción éter insoluble de los lípoides de cerebro. E. H. Tomkins.
- \* Asma—observada en un hospital general del área sudoriental del Pacífico—with especial referencia a la relación entre el servicio tropical y su comienzo y recuperación. W. L. Winkenwerder.
- La enseñanza clínica de medicina social. J. H. Means.

**Esfingomielinas:** su acción sobre las células sanguíneas, particularmente linfocitos; su participación en la acción semejante a los nucleinatos de la fracción éter insoluble de los lípoides de cerebro.—La inyección intravenosa de protagon (nombre dado a la fracción éter insoluble de lípoides tisulares), obtenido de cerebro de buey, ejerce una acción sobre los leucocitos circulantes semejante a la producida por los nucleinatos, y que consiste en leucopenia y granulopenia comenzada a la media hora de la inyección, poco más tarde linfopenia y luego considerable grado de leucocitosis y granulocitosis, cuyo acmé se alcanza entre las dos y doce horas. La linfopenia persiste durante doce horas, siendo la curva de los monocitos paralela a la de los linfocitos. Todo vuelve a la normalidad en veinticuatro horas. Estas reacciones celulares que, como vemos, son reciprocas para los granulocitos y las células mononucleares, se consideraron producidas por alguno de los componentes específicos del protagon, ya que éste se comprobó libre de sustancias contaminadoras que pudieran ser responsables de estas acciones.

El protagon está compuesto por una mezcla de galactolípidos y esfingomielinas, y para ver cuál de estos dos factores es el responsable de su efecto sobre las células sanguíneas, se ha fraccionado en sus dos componentes, y en este trabajo se estudia el efecto de la esfingomielina obtenida por el método de Levene de un protagon logrado de la misma fuente que el empleado en estudios previos demostrativos de los efectos enunciados anteriormente.

Los efectos logrados con la esfingomielina y las diferencias entre ellos y los del protagon, se recogen detalladamente en el trabajo en una serie de gráficas y tables, y los podemos resumir de la siguiente manera:

A.—La fase granulopénica que caracteriza a la inyección de protagon no se presenta con la inyección intravenosa de esfingomielina.

B.—La granulocitosis que sigue a la inyección de esfingomielina es de grado muy inferior a la que se presenta con el protagon, y comienza a la hora y media de la inyección, alcanzando su acmé a las cinco horas.

C.—Las esfingomielinas actúan sobre los linfocitos de la misma manera que el protagon, dando origen a las siguientes reacciones: 1) Prolongado periodo de linfopenia, que comienza a la hora de la inyección, es máxima a las cinco o siete horas de la misma y comienza a desaparecer a las nueve horas. La cifra de linfocitos más baja alcanzada representó el 50 por 100 de la obtenida en animales controles, 2) La vuelta de los linfocitos a la cifra normal se presentó alrededor de los once horas de la inyección. 3) A continuación se observó un periodo de linfocitosis que terminó a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

D.—Coinciendo con la linfopenia se presentó, como ocurría con el protagon, un periodo de monopenia, cuya recuperación se hizo un poco más precozmente que la de los linfocitos.

E.—En contraste con la leucocitosis que seguía a la inyección de protagon, las células blancas después de la inyección de esfingomielina permanecieron normales o sufrieron un sostenido descenso.

Se deduce de estos resultados que los efectos de la inyección intravenosa de esfingomielina sobre las células sanguíneas, y en especial sobre los linfocitos cir-

culantes, son similares a los producidos por la hormona adrenotrópica pituitaria y por la hormona córtico-adrenal. Todos los experimentos realizados fueron practicados sobre conejos.

**Asma—observada en un hospital general del área sud-este del Pacífico—con especial referencia a la relación entre el servicio tropical y su comienzo y recuperación.** El asma ha sido una de las causas más importantes de inutilidad crónica en las fuerzas armadas del área sud-este del Pacífico.

En un hospital general de esta zona se han observado 352 casos de asma, lo que constituyó el 1,2 por 100 de todas las admisiones. Se estudiaron con detalle 209 casos, y en este trabajo se presenta un análisis de los mismos. De ellos hubo 107 en los que el asma ya se había desarrollado antes del servicio, y 102 cuyo primer ataque apareció después del comienzo del mismo.

La mayor parte de estos servían en los trópicos, en cuya zona se observó la agravación rápida de todos aquellos enfermos que ya padecían la enfermedad, de los cuales solamente hubo 11 que no empeoraron, y además se presentaron accesos primarios en 66 pacientes. La rapidez con la cual la agravación o recurrencia de los síntomas se presentó después de la llegada a los trópicos fué muy sorprendente, asimismo los ataques primarios aparecieron rápidamente. Esto sugiere para los mismos un mecanismo alérgico. Tanto los casos de agravación como los ataques primarios se presentaron con las características del asma perenne, sin que los factores estacionales ejercieran aparentemente influencia, lo cual se relaciona con el hecho de que el polen atmosférico en los trópicos y áreas australianas se encuentra durante todo el año.

Antecedentes personales y familiares de fiebre de heno o asma y sensibilidad cutánea para el polen y otros antígenos fué encontrado solo o en combinación en la mayoría de los pacientes.

Las condiciones que indujeron o agravaron los ataques en los individuos susceptibles, sumadas al polen y otros polvos ambientales, fueron múltiples: tiempo húmedo, grandes variaciones entre la temperatura diurna y nocturna, factores físicos y emocionales, etc.

Después de la consideración de todos los datos, 115 casos, o sea, un 55 por 100 de los totales, se consideraron debidos al polen y otros polvos inhalantes; 29 (14 por 100), a infección, y en un 65 no pudo definirse la causa probable. En éstos, sin embargo, se pensó que los factores ambientales jugaron un importante papel.

El grado de inutilidad que el proceso producía por paciente, representado por el número de días de estancia en el hospital, fué alta: un mínimo de cinco días con un máximo de doscientos veinticinco y un promedio de cincuenta y ocho.

Ciento setenta y dos pacientes, o sea un 82 por 100 de la serie entera, fueron evacuados a los Estados Unidos por incapacidad para el servicio en esa zona; 98, o sea, el 78 por 100, de los que teniendo asma se habían agravado, también tuvieron que ser retornados.

El tratamiento seguido en todos fué desensibilización a los pólenes y otros polvos inhalantes, pero ninguna conclusión referente a la eficacia de tal terapéutica pudo ser deducida; en un pequeño número de casos tal tratamiento pareció ser beneficioso y útil para permitir al paciente continuar en el servicio.

De este estudio se deduce que ningún soldado con historia o manifestaciones de asma media será útil para el servicio tropical; así está establecido ya en la Armada de los Estados Unidos, en donde se considera el asma bronquial como causa de inutilidad para el servicio.

### The Journal of the American Medical Association.

131 - 1.-4 de mayo de 1946

\* Penicilina en la neurosifilis. J. H. Stokes y H. P. Steiger.  
\* Ácido fólico en la anemia. W. W. Zuelzer.  
Filariasis en el ejército. L. T. Coggeshall.  
La oclusión coronaria en los negros. W. S. Hunter.

- \* Sensibilidad a la atebrina. C. M. Agress.
- Tratamiento del asma grave. H. M. Carryer, L. E. Prickman, C. K. Maytum y G. A. Koelsche.
- Coriomeningitis en vivienda que contiene ratones infectados. G. Dalldorf, C. W. Jungeblut y M. Douglass.
- Porfiria crónica. I. J. Taylor, M. L. Solomon, G. S. Weiland y F. H. J. Figge.
- Cálculo del colédoco. F. I. Harris y S. A. Marcus.
- Temperaturas basales orales.
- Factores de seguridad en el cuerpo humano.
- Distribución de la estreptomicina.
- Penicilina en la sifilis.

**Penicilina en la neurosifilis.**—Los autores han tratado a 746 sifiliticos con penicilina como único medicamento. De ellos 283 padecían neurosifilis. El tratamiento consistió en la inyección de 20.000 unidades intramusculares cada tres horas, hasta una dosis total variable entre 1,2 millones y más de 10 millones de unidades. Para la guía del tratamiento es imprescindible una determinación exacta y seriada de la fórmula del líquor, ya que sus variaciones son de la mayor sensibilidad y no son paralelas al comportamiento de la serología sanguínea. Se obtuvo la mejoría marcada del líquor en 74 por 100 y normalización del mismo en 36 por 100. La mejoría clínica se obtuvo en el 65 por 100, de los cuales el 24 por 100 mejoraron de un modo muy marcado. El porcentaje de mejorías fué de 30 en la parálisis general, de 31 en la tabes y de 17 en la sifilis meningovascular. Las mejorías del líquor se mantienen de un modo duradero, y en los casos en que recidivan, la fórmula del líquor no es tan grave como inicialmente. En la neurosifilis asintomática la penicilina es superior a los demás métodos para hacer negativas las reacciones serológicas en el líquor. Como resultado de su experiencia, los autores proponen que, en todo caso de neurosifilis debe instituirse un tratamiento no inferior a 1,8 millones de unidades durante un tiempo no menor de siete días y medio y realizando las inyecciones por vía intramuscular.

**Ácido fólico en la anemia.**—El autor ha descrito una anemia megaloblástica infantil en niños menores de dieciocho meses con síntomas de infección, y que suele acompañarse de esplenomegalia; la anemia es intensa, se asocia a leucopenia, trombocitopenia y neutropenia, así como a la presencia de metamielocitos gigantes en la sangre y de hipersegmentados; en la médula ósea se encuentra una generación megaloblástica; es frecuente que los niños tengan una aquilia histaminresistente transitoria. En 12 de los niños afectos de este cuadro se instituyó un tratamiento con ácido fólico, en dosis de 5 a 20 mg. diarios durante ocho a veintiún días; tres de los enfermos murieron de su infección, pero en los nueve restantes se obtuvo respuesta reticulocitaria o normalización de la regeneración medular con el tratamiento. El efecto del tratamiento con ácido fólico en este tipo de anemia parece específico; el ensayo del mismo en casos de anemia de prematuros, anemia hipocrómica microcítica, anemia de Cooley, anemia crónica hipoplásica, anemia aplásica, leucemias agudas y anemia de células falciformes ha ido seguido de fracaso.

**Sensibilidad a la atebrina.**—Las reacciones tóxicas a la atebrina son poco frecuentes, y consisten habitualmente en psicosis, aunque también se han descrito cefaleas, trastornos digestivos, etc. Tiene interés, por tal razón, que los autores del trabajo presente refieran 5 casos de dermatitis exfoliante por el uso de atebrina, 3 de ellos terminados por la muerte. La reacción aparece en sujetos que previamente habían sido tratados con atebrina y comienza a los dos a diez días de tratamiento, a veces en pacientes que sólo habían recibido 0,1 gr. de sustancia. La primera manifestación es un exantema escarlatiniforme en la cara, que se generaliza después, al tiempo que aparecen escamas en las palmas y plantas, seguidas de exfoliación generalizada, que afecta también a la lengua y conjuntivas. El enfermo se encuentra obnubilado, con fiebre, leucocitosis hasta 40.000 y aumento de los eosinófilos, a veces hasta 45 por 100. El hígado aumenta de tamaño, a veces hay ictericia, pero pronto disminuyen los límites del hígado y el paciente entra en coma. La prueba cutá-

nea a la atebrina es positiva (en un grupo testigo solamente se encontró en el 8,3 por 100). La complicación descrita se presentó en el 1/3.000 de los tratados con atebrina.

131 - 2 - 11 de mayo de 1946

- Algunas contribuciones de las ciencias hermanas. K. T. Compton.  
 \* Yodo radiactivo en fisiología tiroidea. S. Hertz y A. Roberts.  
 \* Yodo radiactivo en el hipertiroidismo. E. M. Chapman y R. D. Evans.  
 Cirugía de la disentería amebiana. G. E. Lindskog y W. Walters.  
 \* Pronóstico de la angina de pecho. R. L. Parker, T. J. Dry, F. A. Willius y R. P. Gage.  
 Conmoción cerebral por explosión. R. S. Schwab.  
 \* Nicotinato sódico intravenoso en la cefalea. J. W. Goldzieher y G. L. Popkin.  
 Osteomielitis frontal. A. A. Cirilo.  
 Gastroscopia en la hepatitis. J. Bank y C. H. Dixon.  
 Empleo de yodo radiactivo en el hipertiroidismo.  
 Ácido ascórbico en el jugo de tomate.  
 Vacunación contra la fiebre amarilla.  
 Angor pectoris y tabaco.  
 Autoobservaciones psiquiátricas.

**Yodo radiactivo en fisiología tiroidea.**—El artículo es el séptimo de una serie en la que se analizan los distintos aspectos de la influencia del yodo radiactivo en la función tiroidea. En el trabajo presente se expone el tratamiento del hipertiroidismo con yodo radiactivo, compuesto en un 90 por 100 por  $I^{131}$ , de vida de 12,6 horas, y el resto por  $I^{132}$ , de ocho días de duración. Los enfermos tratados fueron 29, los cuales recibieron el yodo en forma de yoduro potásico, en dosis variables entre 5 y 25 milicuries, a continuación de lo cual se administró yoduro potásico no radiactivo, según la pauta usual. Uno de los enfermos fué tratado con dosis demasiado pequeñas, 5 fueron operados posteriormente (tiroidectomía subtotal) y todos han desarrollado mixebedema o hipometabolismo, probablemente por efecto del yodo radiactivo sobre el tiroides restante; los 23 enfermos restantes no fueron operados, y se encuentran sin signos de hiperfunción tiroidea 20, en tanto que el método fracasó en los otros 3; el tamaño del tiroides se hace normal o disminuye mucho y su consistencia aumenta. No se presentó nunca anemia ni ningún otro efecto desagradable.

**Yodo radiactivo en el hipertiroidismo.**—En los estudios de Hertz y Roberts se administraba yodo no radiactivo después del activo, lo cual hace difícil la interpretación de los resultados, ya que el propio yoduro corriente posee una actividad antitiroides. Chapman y Evans han tratado exclusivamente con yodo radiactivo a 22 pacientes. Las dosis fueron altas en lo que se refiere a actividad, pero la cantidad de yoduro fué siempre inferior a 1 mg., administrado en una sola dosis en 14 casos, en dos tomas en 3 enfermos y en los otros 5 enfermos en tres tomas. Como reacciones desagradables se observaron 6 casos de malestar, semejante a la enfermedad de irradiación, mixebedema en 4 enfermos y fibrosis del tiroides, comprobada por biopsia, en 2. Los resultados favorables se obtuvieron incluso en casos que habían resistido a un tratamiento radioterápico o a la medicación con yodo o con tiouracilo.

**Pronóstico de la angina de pecho.**—En tiempos recientes se ha observado una mayor supervivencia en los enfermos con angina de pecho, y se han comprendido mejor los mecanismos de adaptación del corazón a las deficiencias de riego miocárdico. Los autores analizan la supervivencia de 3.440 enfermos de la Clínica Mayo, en los que se estableció el diagnóstico de angina de pecho, y la comparan con grupos de población de edad similar. El trabajo es muy detallado, y se investiga la influencia en la supervivencia del sexo, de la edad de comienzo y de las distintas alteraciones electrocardiográficas o aumento de tamaño del corazón. La mortalidad es mayor en el primer año que sigue al establecimiento del diagnóstico, pero en años ulteriores es también superior a la media; en las mujeres la supervivencia es mayor. A los cinco años sobreviven el 53,2

por 100 de los enfermos; el porcentaje de supervivencia es mínimo para los pacientes cuya enfermedad comienza entre los treinta y cuarenta años. La presencia de hipertrofia cardiaca o de alteraciones en el electrocardiograma empeora, naturalmente, el pronóstico.

**Nicotinato sódico intravenoso en la cefalea.**—El empleo de ácido nicotínico por vía oral resulta ser de una gran eficacia en numerosos casos de jaqueca, cefalea palúdica o por afecciones de los senos. Los autores creen posible que la utilización de la vía venosa pueda ampliar el margen de utilidad del proceder y tratan 100 casos consecutivos de cefalea con la inyección intravenosa de 100 mg. de ácido nicotínico o de su equivalente en sal sódica; en otros 13 pacientes se empleó la inyección intravenosa de nicotinamida. En 75 casos se obtuvo la desaparición completa de la cefalea. La respuesta terapéutica es paralela en general a la intensidad de la reacción vasodilatadora que sigue inmediatamente a la inyección, y que es bastante desagradable para los enfermos. La mejoría suele obtenerse a los dos minutos de la inyección. Los efectos mejores se obtuvieron en la cefalea que sigue a la punción lumbar, pero también en la jaqueca (sólo un caso de 8 recidivó) y en la cefalea por hipertensión (una recidiva muy leve en 6 tratados). Los enfermos de meningitis u otros procesos orgánicos no mejoraron, así como tampoco la mayoría de los tratados con nicotinamida.

131 - 3 - 18 de mayo de 1946

- \* Resultados terapéuticos en la artritis reumatoide. O. Steinbrocker.
- \* Estreptomicina en las infecciones pulmonares por el *H. influenzae*. T. M. Durant, A. J. Sokalchuk, C. M. Morris y C. L. Brown.
- \* Heparina en las trombosis venosas. G. Bauer. Vitamina K antepartum contra la hemorragia retiniana. H. F. Falls y H. N. Jurrow.
- \* Relación del tabaco con la arteriosclerosis en diabéticos. L. A. Weinroth y J. Herzstein.
- Fiebre reumática en el personal naval. R. C. Manchester. Ictericia y úlcera péptica. G. C. Engel y R. G. Spann. Trombosis y embolia. Hiperpirexia en los niños. Problemas del alcoholismo crónico.

**Resultados terapéuticos en la artritis reumatoide.**—Analiza el autor especialmente los resultados de la crisoterapia, deducidos de la literatura. Se observa en ella un verdadero caos, ya que en la mayor parte de los casos no se delimita el concepto de artritis reumatoide y no se especifica la intensidad del trastorno. No debe olvidarse, además, que la artritis reumatoide aguda y subaguda tienen una gran tendencia a la curación espontánea y que la inclusión de tales casos precoces en las estadísticas proporciona, naturalmente, porcentajes altos de curación. Otro de los defectos de las estadísticas es la falta de uniformidad de la terminología para expresar los resultados; es frecuente que se mezclen las mejorías subjetivas y objetivas, así como las mejorías ligeras y acentuadas. Por último, la falta de grupos testigos adecuados y la escasez de datos sobre la suerte ulterior (a los tres o cinco años) de los enfermos tratados, hacen que no se puedan obtener conclusiones seguras sobre los efectos de la terapéutica antirreumática.

**Estreptomicina en las infecciones pulmonares por el *H. influenzae*.**—La estreptomicina se ha mostrado muy eficaz para combatir las infecciones por el bacilo de Pfeiffer. En el tratado se refieren los resultados obtenidos en una grave neumonitis supurante bilateral, en una inflamación peribronquiectática y en una infección consecutiva a una lobectomía. El primero de los enfermos tratados presentaba un cuadro infeccioso gravísimo, que no respondió a la penicilina. La instilación intratraqueal de 50.000 unidades de estreptomicina impura fué seguida de una mejoría teatral, que persistió por la inyección intramuscular de estreptomicina (12 millones de unidades en dos días) y la instilación intratraqueal diaria. Los otros dos enfermos, que presentaban un cuadro mucho más grave, curaron por la sola introducción intratraqueal de la droga.

**Heparina en las trombosis venosas.**—El trabajo procede de la clínica de Mariestad, en Suecia, donde se ha dedicado una atención profunda a las trombosis agudas o flebotrombosis. Se trata de trombosis sobrevenidas en una vena muscular de una pierna, las cuales posteriormente ascienden, unidas sólo a la pared venosa por su parte inferior; este trombo puede ser fácilmente desprendido, originando una embolia pulmonar. El diagnóstico muchas veces es difícil, pero resulta muy facilitado por la venografía. El autor ha seguido la suerte ulterior de los enfermos de trombosis en las piernas, y ha visto un gran porcentaje de muertes por embolia pulmonar, así como de edemas de la pierna, úlceras varicosas (mejor llamadas post-trombóticas), etc. La ligadura de las venas femorales o ilíacas tiene también el inconveniente de excluir definitivamente a dichas venas de la circulación; por esta razón el autor inició la terapéutica sistemática y precoz con heparina, obteniendo un éxito muy marcado: en 209 casos sólo murieron 3, y la media de hospitalización de los restantes fué sólo de 4,7 días, quedando sin molestias. El tratamiento consiste en la inyección de 150 mg. de heparina tres o cuatro veces en el día, hasta desaparición de los síntomas, comenzando la deambulación el día antes de terminar la administración de heparina. En ningún caso se presentaron complicaciones hemorrágicas.

**Relación del tabaco con la arteriosclerosis en diabéticos.**—La importancia agravante del tabaco sobre las alteraciones arteriales es conocida; se duda, en cambio, de su importancia como factor genético. Los autores han estudiado 301 diabéticos del sexo masculino y de edades muy variables, y han analizado por separado en fumadores y en no fumadores el estado de la circulación periférica, teniendo en cuenta la edad, la obesidad, grado y duración de la diabetes e intensidad de consumo de tabaco. La frecuencia de arteriosclerosis oclusiva es menor en los no fumadores, y la diferencia posee un valor estadístico. Esta influencia favorecedora de la arteriosclerosis por el tabaco era apreciable, aunque variaran las condiciones de obesidad, hipertensión, duración de la diabetes, etc.

131 - 4 - 25 de mayo de 1946

- Penicilina en la sifilis precoz. Comité sobre investigación médica.
- Variaciones en la penicilina comercial. Comité sobre investigación médica.
- Efecto de la vacunación contra la influenza epidémica B. T. Francis, J. E. Salk y W. M. Brace.
- Curare en la poliomielitis aguda. M. J. Fox.
- Ácido p-aminobenzoico en la enfermedad tsutsugamushi. N. A. Tiehney.
- Neostigmina en el tratamiento del síndrome de Guillain-Barré. J. O. Shaffer.
- Tratamiento con ácido fólico.

**Variaciones en la penicilina comercial.**—La penicilina comercial es una mezcla de sustancias, de las cuales las mejor conocidas son las llamadas penicilinas G, X, F y K. El contenido de cada una de éstas en los preparados ha variado de unos a otros momentos y en las diferentes marcas comerciales. La proporción de penicilina G ha disminuido en los preparados modernos y ha aumentado, por el contrario, la de penicilina K. Cuando se estudian experimentalmente las distintas penicilinas, se observa que su eficacia es distinta y la K es poco eficaz, probablemente por ser destruida rápidamente en el cuerpo. La supresión de impurezas en los preparados comerciales ha eliminado además algunas sustancias de indudable valor terapéutico, especialmente en el caso de la sifilis. Una revisión de los datos de 11.589 enfermos con sifilis ha demostrado que desde el año 1944 los resultados son inferiores a los conseguidos con anterioridad, posiblemente como consecuencia de tal "purificación". Este hecho ha obligado a modificar las pautas de tratamiento, aumentando las dosis que antes se consideraban suficientes.

**Efecto de la vacunación contra la influenza epidémica B.**—La influenza de tipo B se ha presentado generalmente en epidemias bruscas y cortas, similares a las de la A. Desde 1940 se ha observado que su aparición es más uniformemente distribuida en el tiempo, en forma que recuerda más una endemia. Los autores han observado un brote más abundante de la enfermedad a finales de 1945 en una zona en que se hallaba una fuerza militar de 600 hombres vacunados subcutáneamente con mezcla de virus A y B. Otros grupos militares y civiles no vacunados vivían en condiciones similares. Los virus aislados de la epidemia no correspondían serológicamente a los empleados para la preparación de la vacuna, no obstante lo cual el efecto de ésta fué indudable. Entre los vacunados se presentó un 1,15 por 100 de enfermos, en tanto que entre los no vacunados la frecuencia de la enfermedad fué de 9,91 por 100.

**Curare en la poliomielitis aguda.**—El autor demostró en un trabajo anterior el escaso resultado que se obtiene en la fase aguda de la poliomielitis mediante el tratamiento con neostigmina. Posteriormente apareció una comunicación de Ransohoff sobre el valor del curare en cuatro casos de poliomielitis. Fox intentó confirmar los datos de este autor, y trató con curare (0,9 mg./kg. de peso) a 34 enfermos, entre 223 ingresados con la enfermedad. Solamente 12 de los pacientes mostraron alguna mejoría por el tratamiento, nunca de modo muy acentuado. Las formas bulbares son refractarias al tratamiento, y en ellas muestra el curare un cierto peligro: dos de tales enfermos empeoraron y requirieron un tratamiento con respirador.