

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES REUMATICOS MAS FRECUENTES. JESÚS GRINDA.—Editorial Jordán, S. L. Madrid, 1947.—Un volumen en cuarto de 253 páginas, con 32 figuras; 55 pesetas.

Es conocida la especialización del Dr. Grinda en los problemas del reumatismo, habiendo sido una de las personas que en España han cultivado esta faceta de la clínica con mayor entusiasmo y perseverancia. No es sorprendente, por consiguiente, que este libro que, como el autor empieza diciendo, tiene por objeto informar al médico de las bases de la terapéutica de estas enfermedades, sea extraordinariamente claro y útil como fruto de una práctica y un directo conocimiento de los problemas tratados.

Se estudian sucesivamente los medicamentos que se manejan en la terapéutica de los reumatismos, las acciones sobre los focos, el aspecto ortopédico de la terapéutica y la fisioterapia y balneoterapia. Después de esos capítulos, que pueden considerarse como de índole más general, base de los siguientes, se va estudiando de un modo sucesivo el tratamiento de la fiebre reumática, de la artritis reumatoide y artritis deformante, de los seudoreumatismos y de las ciáticas y reumatismos musculares y la gota, haciéndose al final, en un capítulo especialmente delicado a ello, consideraciones sobre el aspecto social de los reumatismos.

Es evidente que cada persona de las que han manejado de un modo directo el problema de los reumatismos tiene sus puntos de vista personales y, por ello, las afirmaciones de cada autor no siempre coinciden con las de otros. El referente no comparte, por consiguiente, alguno de los puntos suscritos por el autor; pero ha de recono-

cerse que el Dr. Grinda procura en todo momento hacer una presentación objetiva sin dejarse llevar de entusiasmos excesivos. El libro es altamente recomendable.

LECCIONES DE GERIATRIA (Volúmenes 1 y 2). M. BELTRÁN BÁGUENA. — Editorial Saber, Valencia, 1947.—Dos volúmenes en cuarto menor con un total de 267 páginas; 63 pesetas.

El ilustre profesor de la Facultad de Medicina de Valencia ha emprendido desde hace algunos años una labor que en España no había ocupado a nadie: el estudio de las enfermedades de los ancianos, de la geriatría, organizando en sus Servicios de la cátedra de Clínica Médica una policlínica especial en la que se visa al estudio, tanto clínico como estadístico, anatómico, etc. de la ancianidad. Es esta una nueva faceta de la clínica que en algunos países, sobre todo en Norteamérica, ha ido tomando un creciente desarrollo en los últimos tiempos. Estos dos temas constituyen el objeto de lecciones monográficas, profesadas por el autor y algunos colaboradores, sobre los problemas geriátricos.

A todo médico le interesa conocer las peculiaridades de la patología en la senectud. Es evidente que en esta edad, con el mismo derecho que esto se acepta para la infancia, la clínica toma un aspecto peculiar en una serie de procesos.

En los dos tomos publicados se atiende principalmente a las peculiaridades en la patología respiratoria y circulatoria de los ancianos.

El libro está escrito con la soltura de estilo y el sello clínico característicos y bien conocidos en su autor.

B) REFERATAS

Medicina Española.

15 - 87 - 1946

* Valoración de la respuesta electrocardiográfica al esfuerzo. M. Martínez González.
Morfología del cuadro sanguíneo en la hepatitis epidémica. F. Alcacer.
Apendicitis aguda herniaria. J. J. Gómez y Gómez-Sigler.

Valoración de la respuesta electrocardiográfica al esfuerzo.—Comienza el trabajo exponiendo la técnica seguida y las derivaciones empleadas, que son las tres clásicas y la IV R o IV T, según los casos, y a continuación resume los resultados obtenidos después de más de un millar de E. C. G. de esfuerzo.

En el complejo auricular observa que en la onda P se provocan oscilaciones, a veces muy ostensibles. Admite como normal un ligero aumento, y en ocasiones una ligera disminución en la altura. Un gran aumento, el que desaparezca confundido en la línea base o su inversión, no lo encuentra hasta ahora en personas no enfermas. En general, acaso por la menor influencia de la aurícula en la hemodinamia, no ha visto que coincidan con graves cardiopatías, de forma que, en sentido pronóstico, no suponen gravedad estas alteraciones. Mayor importancia tienen los alargamientos de P Q, que algunos consideraran como signo prefibrilatorio.

En el complejo ventricular estudia primero las modi-

ficaciones de QRS, que tras el esfuerzo pueden disminuir por reducción de la altura de R o además de la profundidad de S en proporción menor. En general ocurre este achicamiento total de QRS en personas normales, que responden bien a la ejecución del esfuerzo. En otras ocasiones es una mayor amplitud total de QRS la que ocurre tras el esfuerzo, y puede ser por aumento de S o de R, pudiendo aceptarse, como guía, que es de mayor gravedad un aumento de QRS cuando se logra a expensas de una desproporción exagerada en la altura de R. Por dificultades de técnica no incluye el estudio de los cambios de anchura o duración de QRS.

A continuación estudia las modificaciones en ST-T, que aunque forman una unidad, pueden comportarse de forma independiente en la respuesta al esfuerzo. El intervalo ST puede aparecer invariable en el trazado tras esfuerzo, pero en otras ocasiones se desvía de su posición anterior para hacerse negativo o aumentar su negatividad anterior e incluso para pasar a situarse por debajo de la línea base, cuando antes lo estaba por encima. La modificación más significativa, para el autor, es la negación marcada de más de un milímetro por bajo de la línea base que ha observado en casos en que era sospechable la insuficiencia de la irrigación coronaria. De todas formas, más frecuente que la aislada alteración de ST es el que coincida con modificaciones de la T.

Medicina Clínica.

6 - 2 - 1946

- Concepto y patogenia de la enfermedad de Cushing. Gilbert Queraltó, J.
- Algunas consideraciones sobre los meningiomas de la hoz del cerebro. Subirana, A. y Tolosa, E.
- Duodenitis ulcerosa complicada con grandes abscesos hepáticos. Ferrer Solervicens, F. y Sala Roig, J.
- ¿Cuándo podemos considerar a la tuberculosis pulmonar como enfermedad profesional? Cabal, M.
- Consideraciones quirúrgicas sobre la etiopatogenia de la úlcera de la boca anastomótica del operado gástrico. Canals Mayner, R.
- La porción P-Q en los electrocardiogramas precordiales. Martínez-González, M.
- Obstrucción intestinal por vólvulo en un mesenterio común. Domínguez Seoane, M.
- Las poliglobulias en enfermos tuberculosos. Bravo, F. y Massana, J.
- Sobre la sensibilidad por el "Rus toxicodendron" (poison ivy), con motivo de una observación. Alemany Vall, R.
- Algunas normas sobre el buen funcionamiento de los llamados bancos o depósitos de sangre. Grifols, J. A.

6 - 3 - 1946

- Terapéutica suprarrenal. Pérez Vitoria, C.
- Coledocolitiasis (patogenia de la emigración calculosa). Sala Roig, J.
- El pronóstico de las amiotrofias (contribución al estudio de las atrofas musculares). Vilató, J.
- Sobre el valor pronóstico del electrocardiograma en el infarto de miocardio. Azpitarte Rubio, A.
- La poliesclerosis como afección hereditaria. Arasa, F.
- Dos años de investigaciones seriadas en el Dispensario Antituberculoso Universitario de Sevilla. Martínez Domínguez, R. y Rodríguez Iglesias, M.
- La expresión desiderativa como manifestación de la personalidad. Córdoba, J. y Pigem, J. M.
- Tratamiento de las fistulas gastroyeyunocólicas. Canals Mayner, R.
- Necrosis de la cabeza del fémur consecutiva a una luxación coxo-femoral, variedad isquímica. Soler Sabaté, J.
- Degeneración pseudoquistica de los miomas uterinos. Olivé Badosa, A.
- El citrato de hierro amoniacal en el tratamiento de las anemias ferropénicas. Coll Robert, J. M.
- Indicación y técnica de la inyección intracardiaca. Cantón Rosales, J.

Sobre el valor pronóstico del electrocardiograma en el infarto de miocardio.—Recoge el autor 37 casos de enfermos con infarto de miocardio, a los que pudo seguir clínicamente durante varios años con estudios electrocardiográficos repetidos. En todos ellos se practicaron, además de las derivaciones clásicas de los miembros, una o dos derivaciones precordiales (IVF, o ésta y la CF₂).

De los 37 casos fallecieron 20 y viven 17, durante todo el período de observación (cuatro años por lo menos), con una supervivencia máxima de diez años. Veinte de los casos de infarto recogidos por el autor pertenecían al grupo T₁ y 17 al T₂. En ambos grupos hubo 10 casos de muerte, con lo que la mortalidad de los segundos resulta ligeramente superior. Nueve casos con electrocardiograma poco característico de infarto, ya que presentaban bajo voltaje, con deflexión inicial del complejo ventricular ensanchada, astillada y con nodos y con T plana o isoeletrica, pero con IV de aspecto normal, murieron en breve plazo, confirmando así las observaciones de Freundlich en 1936.

Igualmente los casos en que el trazado electrocardiográfico de infarto se complicaba con otras alteraciones, tales como trastornos de la conducción, bajo voltaje, extrasistolia, etc., tenían una supervivencia menor, produciéndose en ellos la muerte casi siempre de una manera súbita.

Revista de Sanidad e Higiene Pública.

20 - 1 - 1946

- * Editorial: Portadores tíficos y aglutininas Vi.
- Editorial: Vitaminas y bacterias intestinales.
- Transmisión del parasitismo por "Plasmodium gallinaceum". M. Bermúdez y E. Marín.
- Contribución al estudio de la reacción tisular del organismo huésped ante el parásito. J. M. Ortiz-Picón.
- La nutrición desde el punto de vista sanitario. E. H. M. Milligan.

Contribución al estudio de la epidemiología de la tuberculosis en Marruecos. R. Lenzano.

Cómo deben hacerse las campañas antipalúdicas en las zonas industriales. M. Muñoz.

Difteria en Europa (información sanitaria internacional).

Portadores tíficos y aglutininas Vi.—En 1935, Félix Krikorian y Reitler, al hallar un portador en cuyo suero se encontraban aglutininas Vi, sugirieron que la investigación de estos elementos inmunitarios podría ser un medio fácil para el descubrimiento de portadores. Desde entonces los estudios comprobatorios de este aserto son muy numerosos, comprobándose también que hay bastantes portadores que no aglutinan al antígeno Vi, hecho que no invalida la aplicación práctica de este principio, que se ha adoptado en algunos países para la búsqueda de portadores. El método de detección de portadores, o por lo menos de un cierto número de portadores, debe ser el siguiente: antes de dar el alta a un convaleciente de tifoidea debe practicarse la aglutinación Vi. Si es negativa, no hay nada que hacer. Si es positiva, lo que sucederá, aproximadamente, en la mitad de los casos, se repetirá la reacción a los tres meses; en esta fecha, si el enfermo no es un portador, ya deberían haber desaparecido las aglutininas Vi, producidas durante la enfermedad. Por lo tanto, deben practicarse cultivos de heces y orinas, que se repetirán dos veces a la semana durante tres de estos periodos. En la mayor parte de los casos será positivo el aislamiento del germen buscado; se tratará entonces de un portador crónico. En caso negativo, seguiremos estudiando las reacciones del título de aglutinación, que pueden ser muy persistentes y acabarán desapareciendo.

Lisboa Médica.

22 - 5 y 6 - 1946

- * Sarcoma en la boca anastomótica de una gastroenterostomía. Fr. Wohlwill y A. Carneiro de Moura.
- Sobre la anatomía patológica del hígado en las hepatitis difusas. M. Arsenio Nunes.

Sarcoma en la boca anastomótica de una gastroenterostomía.—Los autores presentan y discuten el caso de un enfermo de treinta y tres años, que había sido operado hacía dieciocho años de gastroenterostomía posterior a causa de una úlcera péptica del píloro. Se encontró bien durante seis años, pero entonces reapareció la sintomatología anterior, haciéndose por radiografía el diagnóstico de úlcera péptica de la boca anastomótica. Pero el examen anatomopatológico muestra la existencia de retículo-linfosarcoma a nivel de esta boca, tanto en la parte del yeyuno como en la del estómago.

Los tumores malignos de esta localización son muy raros. En la literatura hay recogidos sólo cuatro casos, que corresponden todos ellos a carcinomas. Se trata, por tanto, de una observación única. Los autores hacen algunas consideraciones sobre la patogenia de tales neoplasias.

American Heart Journal.

32 - 3 - 1946

- Sobre el triángulo de Einthoven, la teoría de las derivaciones electrocardiográficas unipolares y el ECG precordial. F. N. Wilson, F. D. Johnston, F. F. Rosenbaum y P. S. Barker.
- * El efecto de los salicilatos en la fiebre reumática aguda. H. A. Warren, S. Higley y S. Coombs.
- * Un caso refractario de endocarditis bacteriana subaguda, debido a "Veillonella Gazogenes", detenido clínicamente por una combinación de penicilina para-aminohipurato sódico y heparina. L. Loewe, P. Rosenblatt y E. Altire-Werber.
- * Rendimiento cardíaco en las descompensaciones. Suárez-Fasciolo y Taquini.
- * Renina en la hipertensión esencial. Taquini y Fasciolo.
- Derivaciones paraesternales en la insuficiencia tricúspide. Ellis y N. Worth.
- Persistencia del trazado juvenil en las derivaciones precordiales de negros adultos sanos, con un resumen del estudio electrocardiográfico de 300 negros y 200 blancos. D. Littmann.
- * Alteraciones del ECG durante las infecciones respiratorias altas. D. Young.

El efecto de los salicilatos en la fiebre reumática aguda.—Se estudia y analiza, con objeto de conocer si resuelve el problema mayor del reumatismo, la prevención de la afectación del corazón, para lo cual su acción se supone debe ser inmediata y suficiente para, en corto plazo, hacer desaparecer la ofensividad del brote. Que es eficaz antipirético, antidoloroso y antiinflamatorio en las molestias articulares está bien demostrado, pero se discute aún aquel aspecto primordial citado.

Revisan los antecedentes del problema en la literatura, y describen los métodos usados en la investigación de 186 casos de individuos jóvenes, en brote agudo, tratados con diferentes dosis de salicilatos. La temperatura cede más rápidamente con dosis de 10 a 16 gr. diarios que con dosis menores, aunque el porcentaje de sujetos con velocidades de sedimentación aceleradas venga a ser análogo. Asimismo las grandes dosis tienen un beneficioso efecto sobre la pericarditis reumática aguda, pero no previenen, en cambio, la lesión del corazón o la progresión de la ya existente, ni tampoco evitan el desarrollo de brotes policíclicos, ni acortan el período de actividad más que las dosis pequeñas. Por eso parece que las dosis altas son ventajosas solamente en las primeras semanas de tratamiento, para aliviar los síntomas y reducir la fiebre, pero es dudoso que sean útiles hasta que la velocidad de sedimentación se normalice.

No se ha comprobado que el uso de la infusión de salicilatos intravenosa sea útil para alcanzar una más rápida elevación de la salicilemia, o para mantenerla, o para actuar sobre la fiebre, o velocidad de sedimentación. Si se administran dosis altas, ya sean orales o intravenosas, debe estar alerta a los signos de toxicidad, para, reduciendo la dosis, evitar su progresión.

No llegan los autores a una conclusión respecto del efecto de los salicilatos sobre la alteración electrocardiográfica que se da como más típica del reumatismo, la prolongación del espacio P/R, por no poseer en todos los casos trazados frecuentes semanales como mínimo.

Un caso refractario de endocarditis bacteriana subaguda debido a Veillonella Gazogenes, detenido clínicamente por una combinación de penicilina, para-amino-hipurato sódico y heparina.—Presentan un caso de endocarditis bacteriana, con embolias, esplenomegalia y 7.100 leucocitos por milímetro cúbico, en el que se cultivó de la sangre un coco Gram negativo, anaerobio, perteneciente al género *Veillonella*, identificado como un *Veillonella Gazogenes*, cuyo estudio bacteriológico, y sobre todo de sensibilidad a los agentes terapéuticos habituales, se hace.

Es de interés el caso, además, porque las dosis de penicilina que se utilizaron fueron hasta de 10 millones diarios por vía venosa, lo que demuestra su inocuidad una vez más, y su buena tolerancia. Su efecto, aisladamente, fué nulo, siendo, en cambio, eficaz cuando, de acuerdo con lo hallado "in vitro", se administró con para-amino-hipurato sódico en dosis de 10 millones de unidades Oxford y 240 gr., respectivamente, por día, durante dieciséis días. Para mantener un estado aceptable de las venas se administró además heparina, lo que no alteraba las propiedades bacteriostáticas de la solución inyectada.

Es, pues, la primera vez que el para-amino-hipurato sódico se usa juntamente con la penicilina, y una vez más se demuestra la necesidad de una íntima colaboración entre el bacteriólogo y el clínico para lograr óptimos resultados.

Rendimiento cardíaco, en las descompensaciones.—Estudian el rendimiento del corazón en condiciones basales en 42 enfermos de diferentes tipos de afección valvular, en hipertensos, con enfermedades coronarias, y en 17 sujetos normales, usando el método de Grollman del acetileno, tomando cuatro muestras. Agrupan los enfermos, según su capacidad funcional en 4 grupos, de acuerdo con el criterio de la New York Heart Association, y hacen un completo estudio estadístico de los resultados obtenidos en cada grupo aisladamente. Estos son: un índice cardíaco de 2,27 litros por metro

cuadrado, por minuto, en los normales; 2,35 en el primer grupo, 2,03 en el segundo, 1,73 en el tercero y 1,58 en el cuarto, lo que sugiere una correlación inversa entre el grado de fallo del corazón y su rendimiento. Esto mismo se encuentra cuando lo que se considera es el volumen sistólico por metro cuadrado de superficie corporal. La diferencia arteriovenosa de oxígeno que encontraron era de 60,4 c. c. por litro en los normales, aumentando hasta 918 en los del grupo cuarto, paralelamente al fracaso, sin entrar a discutir su causa.

El ritmo del corazón no parece estar en relación con el tipo de enfermedad o lesión que padezca el sujeto, comportándose irregularmente en los hipertensos o coronarios, sino más bien con el grado de desfallecimiento, pues mitrales compensados tienen un ritmo normal, y según se acentúa una descompensación va acelerándose.

Renina en la hipertensión esencial.—Investigan la renina en el plasma de 23 sujetos hipertensos como medio de aclarar su posible origen renal. Desde luego, todos ellos habían sido explorados en el sentido de hipertensión nefrótica y diagnosticados finalmente de hipertensión esencial. El disponer de un método, como es el de Muñoz y colaboradores, indirecto, pero de 5 a 10 veces más sensible que el directo de Lelong, hace que sean más estimables los resultados, pues es capaz de detectar hasta 0,1 unidad de renina en 10 c. c. de plasma humano. Se describe la metodología utilizada, y puntualizan los resultados obtenidos. En ningún caso, ya estuviera en fase benigna o maligna de su hipertensión esencial, con o sin afectación de la función renal, se ha conseguido demostrar la renina ni en el plasma arterial ni en el venoso, lo cual lo interpretan los autores de la siguiente manera. Dicen: "como no se ha aislado en los perros crónicamente hipertensos, y si en ellos mismos cuando pasaban la fase aguda, no se puede negar ni afirmar rotundamente el papel que puede haber tenido la renina en su génesis, que puede haber sido el de iniciar el funcionamiento del mecanismo presor, que luego se hace autónomo, o sensible a cantidades ínfimas de aquélla, que no somos capaces de determinar aún con nuestros métodos".

Alteraciones del ECG durante las infecciones respiratorias altas.—Existe actualmente la impresión de que concomitantemente con variadas infecciones, por pequeñas que parezcan, se pueden desarrollar alteraciones pasajeras o permanentes en el músculo cardíaco, que unas veces pueden ser tóxicas; otras, directamente bacterianas o por virus. Esta idea se confirma en el estudio presente, en que se sigue electrocardiográficamente a 13 enfermos con infecciones del tracto respiratorio alto, amigdalitis, nasofaringitis, etc., haciendo al tiempo cultivos de las secreciones. Las alteraciones más frecuentes en el ECG fueron: depresión e inversión de la onda T en 7 de ellos, trastornos de la conducción aurículoventricular, con prolongación del espacio P-R en 4, todas cuyas alteraciones no se pueden atribuir a efectos posturales, ya que sistemáticamente se tomaron los trazados en decúbito supino. No tenían relación con la infección en 5 casos, ni eran alteraciones de la fase aguda de la infección, ya que había pasado en todos menos en uno. Es digna de consideración la hipótesis de que puede tratarse de una forma frustrada de la miocarditis aislada de Fiedler, aunque sólo es eso, una hipótesis.

Como en todos los enfermos estudiados estaban ausentes toda clase de síntomas clínicos cardíacos o vasculares, el estudio ha de ser intencionado, lo cual no quiere decir que se tenga, rutinariamente, que hacer ECG seriados en todo caso de infección respiratoria aguda.

The Journal of the American Medical Association.

133-9-1 de marzo de 1947

- * Estreptomina en el tratamiento de las infecciones urinarias. J. D. Adcock y R. T. Plumb.
- * Tratamiento de las infecciones urinarias. T. L. Pool y E. N. Cook.

- * Tonsilitis y faringitis de causa desconocida. Comisión de Enfermedades Respiratorias Agudas. Radioterapia del mioma uterino. R. J. Crossen y H. S. Crossen.
- * La elaboración de histamina "in vivo". Z. T. Wirtschaffter y R. Widmann.
- Vólvulo del colon ascendente. O. C. Ehicksen y R. E. Greenfield.
- Sal yodada y bocio.
- Periartritis nodosa.
- Trasplantes de miocardio.
- Muermo humano.

Estreptomycin en el tratamiento de las infecciones urinarias.—La estreptomycin es eficaz "in vitro" contra varios gérmenes Gram negativos de los responsables de muchas infecciones urinarias, y los cuales son refractarios a las sulfonamidas y penicilina. En el trabajo se refiere el tratamiento con estreptomycin en 11 pacientes con infecciones urinarias. La infección era monomicrobiana en 8 casos (5 por *Aerobacter*, 2 por *Pseudomonas* y uno por *Coli*), y en los tres restantes la infección era mixta. Los enfermos habían sido anteriormente tratados sin éxito con sulfonamidas y con penicilina. Los cinco enfermos con infección por *aerobacter* curaron rápidamente con estreptomycin, a la que el germen era muy sensible "in vitro". Los enfermos con infección por *Pseudomonas* (5 casos, 2 de ellos en infección pura, mejoraron marcadamente, pero nunca desapareció la baciluria; los gérmenes eran resistentes "in vitro" a la estreptomycin. En varios casos se aislaron los gérmenes de la orina, y en el curso del tratamiento se demostró que su resistencia a la estreptomycin era mucho mayor que antes de iniciar la terapéutica.

Tratamiento de las infecciones urinarias.—En el tratamiento de las infecciones urinarias el dato más importante es el de la existencia de procesos patológicos en las vías excretoras, cuya presencia puede hacer ineficaz cualquier terapéutica. En el momento presente siguen siendo de la mayor eficacia el ácido mandélico y las sulfonamidas, en tanto que la penicilina se ha mostrado poco eficaz y los resultados obtenidos con la estreptomycin son muy variables y se posee aún poca experiencia sobre ellos. El ácido mandélico debe administrarse en cantidad de 8 gr. diarios, reduciendo la ingestión de líquidos a 1.500 c. c.; cuando existe una cifra de urea en sangre superior a 0,50, está contraindicada la medicación con ácido mandélico. Rara vez se encuentra indicada la administración de una dosis superior a 2,5 gramos diarios de sulfonamidas para combatir las infecciones urinarias; cantidades mayores son innecesarias, y la indicada, junto con una diuresis de 2.000 a 2.500 c. c., evita las complicaciones renales. Otro medio de valor, especialmente en las infecciones por cocos y en la piuria abacteriana, lo constituyen los arsenicales; tres dosis de arsenóxido de 0,03 a 0,04 gr., repetidas cada cuatro o cinco días, suelen bastar. En lo que se refiere a la estreptomycin, los *aerobacter* y *proteus* suelen ser sensibles, en tanto que el *estreptococo* y los *pseudomonas* suelen resistir al tratamiento.

Tonsilitis y faringitis de causa desconocida.—Si bien suele admitirse que las amigdalitis y faringitis agudas son de origen estreptocócico, en realidad no es esto cierto, sino en algunos casos, en tanto que en los años 1943 a 1945 ha sido observado en varios campamentos que las faringitis y amigdalitis eran indudablemente no estreptocócicas, ya que no se encontraban estos gérmenes en los cultivos y el suero de los pacientes no poseía anticuerpos para el *estreptococo* hemolítico. La diferencia entre las amigdalitis exudativas estreptocócicas y no estreptocócicas puede hacerse generalmente por los caracteres clínicos, pero debe confirmarse por los cultivos y reacciones serológicas, ya que la distinción es de valor, en cuanto las amigdalitis estreptocócicas tienen una trascendencia mayor que las que no lo son. Los enfermos con amigdalitis estreptocócicas comienzan a estarlo de un modo más agudo y su estado general se afecta más; la inspección de la faringe revela un enrojecimiento más difuso y extenso; suele estar engrosado y doloroso algún ganglio del ángulo maxilar; existe frecuente leucocitosis y neutrofilia, etc.

Estos caracteres suelen faltar en las formas no estreptocócicas, cuya naturaleza se desconoce, si bien es posible que se trate de una infección faríngea del mismo germen que puede causar neumonías atípicas.

La elaboración de histamina "in vivo".—En tiempos recientes se ha propuesto la inyección intravenosa de éter como dilatador vascular en los casos de amenaza de gangrena de diferentes orígenes. Se sabe que el éter sensibiliza a los capilares para la acción de la histamina y es posible que la producción endógena de histamina sea en gran parte responsable de la dilatación que el éter produce. Los autores intentan producir histamina en el cuerpo humano, fundándose en que "in vitro" es posible lograr la formación de esta sustancia por la acción del ascorbato sódico sobre la histidina. A los enfermos les inyectan intravenosamente 500 mgr. de ascorbato sódico y a continuación 5 c. c. de una solución acuosa al 4 por 100 de clorhidrato de histidina intramuscularmente y 100 mgr. de ascorbato sódico subcutáneos; las inyecciones se repiten cada cuatro o doce horas, según la gravedad del cuadro. El suero de los enfermos así tratados era capaz de producir pápulas en inyección intradérmica en personas no alérgicas, demostrando la presencia de histamina. La prueba del método en 11 casos consecutivos de afecciones vasculares periféricas fué completamente satisfactoria.

133 - 10 - 8 de marzo de 1947

- * Tratamiento de la escarlatina con penicilina. H. L. Hirsh, G. Rotman-Kavka, H. F. Dawling y L. K. Sweet.
- * Penicilina en la escarlatina. A. L. Hoyne y R. H. Brown.
- Tratamiento de las fistulas arteriovenosas. E. C. Heringman, J. D. Rives y H. A. Davis.
- Manifestaciones oculares de los trastornos psicósomáticos. D. O. Harrington.
- * Tratamiento con bacitracina. F. L. Meleney y B. Johnson.
- * Estreptomycin en la tuberculosis. H. N. Sanford y D. E. O'Brien.
- Vapores de glicol.
- Estadísticas de tuberculosis.

Tratamiento de la escarlatina con penicilina.—Los autores demostraron anteriormente la eficacia de la penicilina X en el tratamiento de 34 enfermos con escarlatina. En el trabajo presente comunican los datos referentes al resultado de la terapéutica en 102 casos más. Unos enfermos fueron tratados con penicilina X en dosis de 50.000 unidades cada seis horas. La penicilina G cristalina y la comercial fueron utilizadas en otros pacientes, con dosificación de 25.000 unidades cada tres horas; por último, una gran cantidad de casos han sido tratados con penicilina oral, administrando 100.000-125.000 unidades con carbonato cálcico cada tres horas. Los enfermos fueron seleccionados para el tratamiento siempre que tuviesen fiebre elevada, signos de intoxicación o alguna complicación piógena. Un grupo fué tratado en comparación con otro que recibía antitoxina, en cantidad variable entre 9.000 y 25.000 unidades. Los efectos de la penicilina fueron sistemáticamente buenos, y el número de complicaciones surgidas en el tratamiento, así como el porcentaje de hallazgos bacteriológicos en la faringe fué muy inferior entre los tratados con penicilina. El descenso de temperatura es más brusco en los que se trataron con antitoxina, y esto hace aconsejar en algún caso grave la asociación de ambos medios, pero en términos generales es preferible el tratamiento con penicilina.

Penicilina en la escarlatina.—Entre enero de 1945 y marzo de 1946 se han tratado por los autores 548 enfermos de escarlatina. Con penicilina se trataron 116: 69 fueron tratados con suero de convalecientes, 48 con sulfonamidas, 2 con antitoxina y los 312 restantes solamente recibieron un tratamiento sintomático y sirvieron de testigos (el número de casos leves fué mucho mayor en este grupo testigo, no tratado). Los resultados obtenidos con penicilina son casi exactamente iguales que los logrados con suero de convalecientes y superiores a los que se obtienen con sulfonamidas. La ventaja de la penicilina sobre los otros tratamientos es que con ella es mucho menor el número de complicaciones

piógenas sobrevenidas. No parece influir la duración de la enfermedad, pero la del exantema se acorta con la penicilina más que con ningún otro método.

Tratamiento con bacitracina.—Los autores encontraron en una herida infectada un bacilo Gram positivo, esporulado, probablemente perteneciente al grupo del subtilis, el cual producía una sustancia fuertemente antibiótica para un considerable número de gérmenes. La sustancia ha podido ser purificada en gran proporción y se ha demostrado que su toxicidad es muy escasa. En el trabajo presente se analiza el resultado conseguido en 100 casos de infecciones quirúrgicas, a las que se aplicó localmente. Los resultados favorables se obtuvieron en 88 enfermos. La respuesta terapéutica depende, naturalmente, de los gérmenes productores de la infección. La mayor parte de los cocos aerobios y anaerobios que se encontraron eran susceptibles a la penicilina y a la bacitracina; 30 eran resistentes a la penicilina y no a la bacitracina; en 6 se observó el comportamiento inverso. Ninguno de los bacilos aerobios Gram negativos era atacable por la penicilina ni por la bacitracina. La ventaja de la bacitracina consiste en que no se inactiva por el pus o sangre ni por los gérmenes productores de penicilinasas.

Estreptomycin en la tuberculosis.—Teniendo en cuenta algunas comunicaciones reveladoras de un cierto efecto de la estreptomycin en la tuberculosis pulmonar humana, los autores tratan a cuatro niños, el menor de siete meses de edad y el mayor de tres años. Todos ellos presentaban alteraciones radiográficas típicas, una reacción muy positiva de tuberculina y bacilos en el lavado gástrico. El tratamiento consistió en la administración de 30 gr. de estreptomycin, a razón de uno diario, en inyecciones cada tres horas. En todos los casos se observó la desaparición de la fiebre, la mejoría de las lesiones radiográficas y del estado general. Si bien la tuberculosis infantil tiene tendencia a la curación cuando se separa al enfermo de la fuente de contagio, nunca se observa la rapidez en la remisión como en los cuatro casos relatados.

133 - 11 - 15 de marzo de 1947

- Parto prolongado. L. D. Odell, J. H. Randall y G. W. Scott.
- * Acido fólico en la anemia perniciosa. R. W. Heinie y A. D. Welch.
- * Resección del vago en la úlcera péptica. F. D. Moore, W. P. Chapman, M. D. Schultz y C. M. Jones.
- * Tratamiento de las intoxicaciones áurica y arsenical con BAL. A. Cohen, J. Goldman y A. D. Dubbs.
- * Dermatitis áuricas tratadas con BAL. C. Ragan y R. H. Boots.
- * Reacciones debidas al oro. L. M. Lockie, B. M. Norcrase y C. W. George.
- * Parálisis peroneal por cruzar las piernas. S. H. Nagler y L. Rangell.
- Osteodistrofia renal. J. S. Norman, R. Perlman y S. Bastable.
- Alergia en la producción de lesiones. Glicosa y anoxia.

Acido fólico en la anemia perniciosa.—Mediante el ácido fólico se puede conseguir la normalización de las cifras de hematies en la anemia perniciosa. Aún falta por ver si otras manifestaciones de la enfermedad obedecen al ácido fólico con la misma seguridad que a los extractos hepáticos. En la literatura figuran ya algunos casos en los que aparecieron manifestaciones neuroanémicas en el curso de un tratamiento con ácido fólico. En el trabajo presente se refiere en detalle el caso de un hombre de sesenta y ocho años, en el que las manifestaciones neurológicas surgieron de un modo agudo en un momento en el que la sangre presentaba un aspecto normal, como consecuencia de la terapéutica con ácido fólico. El mismo fenómeno, pero menos marcado, le han observado los autores en otros dos enfermos, entre 47 tratados en más de un año. En los tres casos los trastornos cedieron con extractos de hígado. Es posible que el tratamiento con ácido fólico en los tres enfermos citados (los cuales recibían una alimentación inadecuada) haya precipitado la aparición de la sintoma-

toología neurológica, al mismo tiempo que suprimía la hematológica, quizá por aumentar relativamente la carencia de algún principio necesario para la integridad del sistema nervioso.

Resección del vago en la úlcera péptica.—Cuando ya han pasado dos años desde el comienzo del tratamiento de la úlcera péptica por la doble vagotomía, puede hacerse un resumen de la experiencia acumulada. De 33 casos seguidos durante algún tiempo, en 32 curó la úlcera; pero en tres de ellos los resultados no son satisfactorios por persistir dolores (en dos) o por producirse una estenosis duodenal (en uno). Las alteraciones producidas en el estómago por la resección del vago (disminución intensa de la acidez y de la motilidad) se restauran gradualmente, y al cabo de un año no se encuentra ninguna anomalía a este respecto; esto indica que no es este el mecanismo de la curación de la úlcera, sino que es probable que se deba a la supresión de influjos del cerebro al estómago. La indicación principal de la intervención es, en los casos de recidiva de la úlcera, después de resecciones anteriores; también puede estar indicada en sujetos con úlcera duodenal dolorosa o en la que solamente produce hemorragias u ocasiona una perforación con anterioridad; en cambio, no deben ser sometidos a esta operación los enfermos con personalidad psicopática, cuyas molestias son en gran parte atribuibles a ella.

Tratamiento de las intoxicaciones áurica y arsenical con BAL.—El tratamiento de las artritis reumatoides con sales de oro no se ha generalizado suficientemente, debido a la gran frecuencia de reacciones tóxicas, de las cuales es una de las más graves la dermatitis exfoliante. Cuando se observó el efecto beneficioso del BAL (dimercaptopropanol) en la intoxicación arsenical, se ensayó su empleo en otras intoxicaciones por metales y se vio que era posible modificar los síntomas debidos al mercurio, cadmio, cinc y cobre. En lo que se refiere al oro, la semejanza con el arsénico hace pensar que su mecanismo de intoxicación ha de ser similar. En el trabajo se refiere el tratamiento con BAL de cinco casos de intoxicación áurica y uno arsenical, y en ellos se observó la rápida desaparición de las molestias, si bien casi todos presentaron síntomas de intoxicación por BAL, manifestados por sensación de calor en la boca, salivación, enrojecimiento de la cara, congestión conjuntival, lagrimeo y dolores en piernas y brazos.

Dermatitis áuricas, tratadas con BAL.—Así como la unión de BAL con el cadmio es tóxica y produce lesiones renales, los autores demuestran en ratas que la administración simultánea de oro y BAL no produce fenómenos tóxicos. Aplican entonces el tratamiento a la clínica, y refieren los resultados logrados en 5 casos de dermatitis áurica. En ellos se determinó la eliminación urinaria de oro por el método de Block y Buchanan, y se observó un aumento de la misma en el curso del tratamiento con BAL. En cuatro de los enfermos, cuya dermatitis databa de menos de tres meses, cesó rápidamente el prurito y se produjo la curación; en el quinto caso, que había durado ya tres meses, no se logró ningún resultado. En cuatro de los enfermos se produjo un empeoramiento de las manifestaciones articulares después del tratamiento con BAL, lo cual sugiere que la acción del oro es meramente la de inhibir algunos sistemas responsables de la actividad del proceso.

Reacciones debidas al oro.—El empleo del BAL no se limita sólo a las manifestaciones cutáneas de la intoxicación por las sales de oro. En el trabajo presente se refiere el tratamiento de dos graves complicaciones de la auroterapia: una púrpura trombocitopénica y una granulocitopenia. La respuesta fué muy rápida, y en un tiempo de veinticuatro a setenta y dos horas se obtuvo la mejoría, seguida de la restauración completa. Las dosis de BAL fueron en un caso de 180 mgr. cada cuatro horas, durante dos días, y después 180 mgr. dos veces al día; en el segundo enfermo, la dosificación fué de 140 mgr. cada seis horas los dos primeros días, y des-

pués 140 mgr. dos veces al día. No se observó ningún cambio en el estado de las articulaciones. Las únicas manifestaciones desagradables del tratamiento consistieron en reacciones locales a las inyecciones, una de ellas con supuración.

Parálisis peroneal por cruzar las piernas.—De todos los nervios periféricos, el peroneo es uno de los más expuestos a traumatismos, debido a su situación superficial, especialmente alrededor de la cabeza del peroné, pero también en su trayecto común con el tibial, en el tronco ciático. Se conocen numerosos casos de parálisis y neuritis peronea profesional en mineros, agricultores, etcétera, que tienen que trabajar de rodillas o en cuclillas. En la guerra han sido descritos casos semejantes en los bombarderos, en los que coincide la tensión del peroneo con la disminución de la irrigación de la pierna, a causa de la postura. Los autores han observado 8 casos, en los que no había ningún antecedente más que la costumbre de sentarse con las piernas cruzadas, dato que había sido señalado y discutido previamente por algunos clínicos. Un factor coadyuvante es la pérdida de peso que se encontraba en todos los enfermos; también pueden contribuir la arteriosclerosis y el exceso de actividad. Aún más importante es el tipo constitucional de piernas largas y delgadas; es frecuente que personas de este tipo experimenten parestesias al cruzar las piernas.

133 - 12 - 22 de marzo de 1947

- * Fiebre Q en los Estados Unidos, N. H. Topping, C. C. Shepard y J. V. Irons.
- Fiebre Q en los Estados Unidos, J. V. Irons y J. M. Hooper.
- Fiebre Q en los Estados Unidos, J. V. Irons, J. N. Murphy y D. M. Wolfe.
- Fiebre Q en los Estados Unidos, H. R. Cox, W. C. Tesar y J. V. Irons.
- * Infecciones humanas por virus de origen animal, K. F. Meyer y B. Eddle.
- Anestesia en cirugía ortopédica, J. E. Dillon.
- Lesiones infecciosas granulomatosas del cuello uterino, W. C. Guerriero, R. Jennett y W. D. Mantooth.
- Reacciones a la penicilina, S. Dressler y R. E. Dwork.
- Muertes por supositorios de Analbis.
- Toxoplasmosis humana.
- Estreptomycin en infecciones urinarias.

Fiebre Q en los Estados Unidos.—En una ciudad de Tejas se ha presentado una epidemia en los trabajadores del matadero, entre los cuales hubo 55 enfermos y dos muertos; la enfermedad afectó al 40 por 100 de los empleados, y se produjo en un plazo de nueve días. La infección procedió con toda probabilidad del ganado. El comienzo, casi siempre es súbito, con síntomas generales (cefalea, escalofríos, náuseas, malestar, etc.); después suele haber un período de remisión durante uno a tres días. Después aparece cefalea, fiebre, dolores en la nuca o torácicos, tos seca, etc. La falta de marcadas manifestaciones radiológicas en el pulmón diferencia estos cuadros de los observados en Australia. No suelen observarse manifestaciones cutáneas. La etiología se demuestra por el hallazgo en la sangre de dos enfermos de *Rickettsia burneti*, así como por el título de fijación del complemento con gérmenes de fiebre Q; el citado título es pequeño en los primeros días de enfermedad y aumenta considerablemente en la convalecencia.

Infecciones humanas por virus de origen animal.—El trabajo se refiere a la rabia, a las encefalitis transmitidas por artrópodos y a la psitacosis. En lo que se refiere a los dos primeros tipos de afecciones, se exponen los datos recientes sobre su naturaleza y manera de combatirlas. En el caso de la psitacosis se ha demostrado la presencia de portadores de virus, y en el trabajo se refiere un caso que era portador desde más de ocho años antes (contagio de laboratorio). Los niños presentan con frecuencia infecciones asintomáticas de psitacosis, y también suelen ser leve la enfermedad entre los diez y diecinueve años; el diagnóstico se haría con más frecuencia si se estableciese una estrecha relación entre los laboratorios de virus y los clínicos que tratan neumonías atípicas. El tratamiento con penicili-

na de la psitacosis en el ratón es eficaz; en la clínica se han obtenido algunos éxitos, y los autores refieren el tratamiento de tres casos, en los que se obtuvo una mejoría, obteniendo la impresión de que el virus es atacable cuando no se halla intracelular.

133 - 13 - 29 de marzo de 1947

- * Varioloide rickettsiósico, M. Greenberg, O. Pellitteri, I. F. Klein y R. J. Huebner.
- * Quimioterapia profiláctica en la apendicitis, W. D. Griffin, J. Silverstein, H. G. Hardt y L. Seed.
- * Insuficiencia crónica del hígado y su diagnóstico, J. G. Mateer, J. I. Baltz, H. H. Steele, S. W. Brower y J. R. Colvert.
- Curación de la herida pilonidal abierta, P. C. Blaisdell.
- Cáncer del cuello uterino, E. E. Covington.
- Progreso en la otosclerosis.
- Vacunas contra la parotiditis perfeccionada.
- Vacunación contra la influenza B.
- Vacuna de encefalomielitis equina.
- Trombosis cerebral recidivante.

Varioloide rickettsiósico.—Los autores han observado 144 casos no mortales de una afección peculiar. En la sangre de los enfermos han aislado por inoculación a animales una nueva *Rickettsia* (*R. akari*), la cual fija el complemento en presencia de suero de convalecientes de la afección. Se caracteriza ésta por una lesión inicial vesiculosa, que se deseca y forma costra; a la semana de su aparición, el enfermo presenta escalofríos y fiebre, y brota un exantema, primeramente maculoso-papular, y posteriormente vesiculoso, con vesículas firmes, que no suelen dejar cicatriz; durante la erupción se observa leucopenia. Todos los enfermos curaron en un plazo de dos a tres semanas. Una intensa cefalea y dolor de espalda suelen ser manifestaciones muy frecuentes. La infección se transmite por acaros de las ratas, pero es serológicamente distinta del tifus murino y humano; presenta algunas relaciones antigénicas el germen con el de la fiebre de las Montañas Rocosas, pero es seguro que no es idéntico a él.

Quimioterapia profiláctica en la apendicitis.—En la apendicitis aguda existe una cierta mortalidad operatoria, que en el hospital del que procede este trabajo era alrededor del 4 por 100, a pesar de las medidas aconsejadas por los progresos quirúrgicos. En 108 casos consecutivos han empleado profilácticamente penicilina y sulfodiazina, consiguiendo que la mortalidad descendiera al 0,9 por 100. La técnica consiste en la inyección de 20.000 unidades de penicilina antes de la intervención, continuando después con esta dosis cada tres horas. Después de la operación se administra también un gramo de sulfodiazina, cuatro veces al día, por vía oral, o bien 5 gr. de sulfodiazina en infusión continua intravenosa, con un litro de suero fisiológico o glicosado. Los efectos de esta profilaxis no se manifiestan solamente en una disminución de la mortalidad, sino que el estado general del paciente es mucho mejor que si no se siguen estas normas y se evitan las complicaciones.

Insuficiencia crónica del hígado y su diagnóstico.—La insuficiencia funcional del hígado puede cursar asintomática durante algún tiempo, y esto hace que deba concederse valor a las pruebas funcionales, ya que con ellas se puede diagnosticar aquel estado y se puede aplicar el tratamiento eficaz que existe. Los autores comparan los resultados de varias pruebas de función hepática y observan que la más sensible es la de Hanger, modificada. La de MacLagan posee escasa sensibilidad en su forma original, pero la adquiere si se modifica el pH desde 7,8 a 7,55. Aún mayor valor que ella tiene la determinación fotoeléctrica de la bromosulfaleína a los cuarenta y cinco minutos y la prueba intravenosa del ácido hipúrico. Tienen una sensibilidad menor la prueba oral del ácido hipúrico, la determinación de la protrombina, después de la inyección de vitamina K, la prueba de la galactosa y la determinación de los ésteres de colesteroles. En ciertos casos puede ser útil la prueba de la respuesta terapéutica a un régimen dietético que contiene abundantes hidrocarbonados y proteínas y una cierta cantidad de colina y vitaminas.

Annals of Surgery.

124 - 2 - 1946

- Experiencia con el curare en anestesia. V. Apgar.
- * Tiouracilo en el tratamiento de la tireotoxicosis. H. Aronow, R. H. Elliot, V. Kneeland, G. W. Melcher y S. C. Werner.
 - Ambulación postoperatoria precoz. K. Canavarró.
 - Efecto de la evisceración sobre las heridas abdominales, traumáticas. S. B. Childs.
 - Cirugía ortopédica en el teatro de operaciones europeo. M. Cleveland.
 - Laminectomía por paraplejia pottica. E. M. Deery.
 - * Indicaciones y resultados de la cirugía del sistema nervioso autónomo en personal naval. E. N. Goodman, W. J. Messinger y J. C. White.
 - Mioblastoma de células granulares de la glándula mamaria. C. D. Haagenzen y A. P. Stout.
 - * Combinación de radiación y tratamiento quirúrgico en el tratamiento de grandes tumores benignos de células gigantes de los huesos. G. E. Haggart y H. F. Hase.
 - Epitelioma del ano. H. E. Harvey.
 - * Síndrome de Cushing. P. Heinbecker.
 - Intususcepción aguda en niños. B. M. Hogg y E. J. Donovan.
 - * Profilaxis de la infección de las heridas por la inyección de sustancias antibacterianas no tóxicas. H. L. Howes.
 - Un estudio sobre la plastia articular. S. S. Hudack.
 - Una vía de acceso para resecciones del cardias gástrico y esofágico. G. H. Humphreys.
 - Relación de "pies de trinchera" y heridas por frío, en el teatro de operaciones europeo. O. C. Leigh.
 - Actividades de guerra del National Research Council y del Comité de Investigaciones Médicas, con referencia particular a los trabajos "de equipo" en estudios sobre heridas y quemaduras. J. S. Lockwood.
 - * Efecto del Pentothal sódico sobre la presión arterial media en presencia de parálisis espinal alta. F. F. McAllister.
 - * Importancia de las transfusiones de sangre total en el tratamiento de las quemaduras graves. J. J. McDonald, E. F. Cadman y J. Scudder.
 - * Lesiones de la envoltura musculotendinea del hombro. III. Observaciones sobre la anatomía patológica, curso y tratamiento de los depósitos calcícos. H. L. McLaughlin.
 - Hemorragia pancreática masiva. R. H. Meade.
 - Heridas de guerra del tórax. R. L. Moore.
 - * Notas sobre técnica operatoria en Neurocirugía. W. Penfield.
 - Cordotomía posterior para aliviar el dolor de "miembros fantasmas". J. L. Pool.
 - Estreptomina en las infecciones quirúrgicas. II. Infecciones del tracto genitourinario. H. J. Puolaski.
 - * Gastritis antral y espasmo; su significación clínica y quirúrgica. J. W. R. Rennie.
 - Desplazamiento del epicondilo medial del húmero en la articulación del codo. F. M. Smith.
 - El tratamiento de las fracturas compuestas en el teatro de operaciones italiano. B. B. Stimson.
 - Una técnica para la medida combinada de la motilidad y de los potenciales eléctricos de acción en el intestino humano. J. Roy Smith.
 - Heridas de bala en el abdomen. F. W. Taylor.
 - Injerto cutáneo del dorso de la mano quemada. G. W. Webster y W. D. Rowland.
 - Casística de heridas toraco-abdominales. R. H. Wylie, H. L. Hoffman, D. B. Williams y W. F. Rose.

Tiouracilo en el tratamiento de la tireotoxicosis.—Tratan los autores del efecto del tiouracilo sobre el tiroides en estado normal y patológico, incluyendo la respuesta a dicha droga como medida terapéutica en una serie de apartados (1. Bocio tóxico primario. 2. Bocio, tóxico recurrente. 3. Bocios nodulares tóxicos), y considerando después la anatomía patológica.

En efecto, es evidente la eficacia del tiouracilo haciendo desaparecer la sintomatología tireotóxica y restaurando un nivel normal del metabolismo basal, siempre que no sea suprimido su empleo prematuramente, siendo el problema que se plantea el tiempo que debe durar, por la variabilidad de los casos, y de las respuestas. También resulta de este estudio que dicha remisión no tiene un carácter de permanencia tal, que nos puede hacer confiar en el tiouracilo como único tratamiento, como una "tiroidectomía química", y las recurrencias no son infrecuentes, por más que puedan de nuevo responder a la misma medicación. Más bien podremos indicar el tratamiento persistente cuando coincidan otras circunstancias, por ejemplo, la edad adolescente, o cuando se tema un exoftalmos maligno, o la cirugía no se pueda utilizar por cualquier causa, etcétera, etc.

Como preparatorio para la intervención es preferible el yodo, excepto en los casos en que se pueda esperar

la acción lenta del tiouracilo, haya una grave sintomatología cardíaca tireotóxica o no se tolere aquél.

Desde el punto de vista anatomopatológico no han comprobado características especiales, ni aumento de peso de la glándula mayor que con el yodo, ni mayor vascularización ni fibrosis, y, desde luego, sin haber relación estrecha de los hallazgos histológicos con el estado funcional y sintomatológico previo a la operación.

Indicaciones y resultados de la cirugía del sistema nervioso autónomo en personal naval.—Por orden de importancia, en la Marina americana se sienta la indicación quirúrgica en casos de:

- a) Causalgia del tipo clásico de Weir Mitchell.
- b) Dolor después de amputaciones.
- c) Enfermedades vasculares periféricas (Reynaud, tromboangitis obliterante, arteriosclerosis con vasoespasmos, vasoespasmos consecutivos a complicaciones tromboflebiticas, a heridas de arterias grandes).
- d) Hiperhidrosis.
- e) Hipertensión.
- f) Angor pectoris.

Los métodos de estudio se exponen individualmente en cada apartado, y el tipo de tratamiento en todos ellos fué el formulado por White y Smithwick la sección preganglionar del simpático, comprobada por medio de la alteración de la resistencia eléctrica de la piel, medida con el dermatómetro de Richter, por la parálisis de las glándulas sudoríparas, puesta de manifiesto por la prueba del almidón-yodo de Victor Minor, y por los signos objetivos de calor, sequedad y falta de síntomas en la extremidad.

También relatan la experiencia de White en la práctica civil, en la que se dan muchos de estos síndromes sobre sujetos emocionales, lábiles, con un elevado tono vasomotor, y ponen esto en relación con la exageración que dichos fenómenos pueden mostrar en los choques psicológicos de la guerra y del paso de ella a la paz.

En resumen, los resultados han sido uniformemente buenos, exceptuando por el momento concluir lo mismo de la hipertensión, debido a que no ha pasado tiempo suficiente de observación, si bien los resultados inmediatos y mantenidos hasta por lo menos dos años, han sido descender la tensión mejorar el dolor de cabeza, nerviosismo e irritabilidad, y permitir una readaptación de actividades normales.

Dicen no haber tenido mortalidad alguna ni complicaciones serias con sus procedimientos.

Combinación de radiación y tratamiento quirúrgico en el tratamiento de grandes tumores benignos, de células gigantes, de los huesos.—Existe una antigua y extensa discusión en la literatura acerca de si este tipo de tumores óseos benignos debe ser tratado o no con radioterapia, antes de ser intervenidos y extirpados. La razón que se aduce es que aquélla podría entorpecer la reparación de los tejidos. Es precisamente la negación de esto que se afirma, por su experiencia, lo que induce a los autores a publicar el presente artículo, con 7 historias clínicas de individuos tratados y seguidos hasta nueve años y ocho meses sin mostrar el menor síntoma de recidiva. La dosis de rayos X dada fué, en general, 1.800 r., medidas en el aire, usando dos campos, 200 KVP., filtro de cobre de 1 mm., 50 cm. de distancia y un cono de incidencia que cubriera la lesión ampliamente. Esta cantidad de radiación, en dosis fraccionadas, no es suficiente para producir cambios en los tejidos blandos o en la piel, y sí para detener el crecimiento de la neoplasia y permitir una curación de la cortical ósea, la cual, a su vez, hace factible un raspado minucioso.

Del estudio de los cursos clínicos postoperatorios se deduce que la radiación no ha interferido los procesos de reparación y curación, base de las afirmaciones, repetimos, de los autores.

Síndrome de Cushing.—Estima el autor que la causa primera del síndrome de Cushing no puede ser, como este autor creyó en un principio, la hiperplasia adeno-

matosa de las células basófilas de la hipófisis, pues en diversas ocasiones, y por diversos autores, se ha encontrado el síndrome sin adenoma y viceversa, adenomas basófilos sin síndrome de Cushing. Además, las células de los dichos adenomas suelen ser de protoplasma no granuloso, sin carácter secretorio, y aún hay otra razón, la demostración de que las hormonas de las células basófilas son tireotropas y madurantes de las células germinales, cuyas dos características se ven deprimidas en el repetido síndrome. Crooke y más tarde Rasmussen han comprobado como típico del Cushing la hialinización o desgranulación de las células basófilas, y el problema de la patogenia surge entonces con la investigación de las causas que pueden conducir a dicha hialinización.

Del estudio experimental y clínico, concluye el autor que hoy se pueden admitir cuatro causas primarias: un tumor de la corteza suprarrenal, del ovario, del timo, o una atrofia o inhibición de los núcleos hipotalámicos, particularmente el paraventricular y el supraóptico, revisando cómo cada una de ellas puede conducir a la depresión funcional de la hipófisis neural y provocar un predominio del complejo hormonal células eosinófilas-corteza suprarrenal, sobre el complejo tiroideas-células basófilas.

También hace referencia a los cambios que resultan en otras glándulas endocrinas, y termina indicando el mecanismo por el que las alteraciones hipofisarias pueden originar algunos de los síntomas clínicos del síndrome.

Profilaxis de la infección de las heridas por la inyección de sustancias antibacterianas no tóxicas.—Ya en un trabajo anterior había sido demostrado el poder antiséptico "in vitro" y en la clínica de la mezcla estreptomycin (200 unidades por centímetro cúbico) y sulfamylon al 5 por 100 (cloruro de 4-amino-2-metilbenceno sulfonamida).

En esta comunicación se trata de su utilidad como antiséptico en heridas infectadas experimentales. Describe el método usado en conejos y los resultados obtenidos, absolutos, dentro de las tres primeras horas, pues más tarde los gérmenes fagocitados, destruyendo al leucocito, se pueden liberar y reinfectar la herida, sobre todo cuando ésta es contusa, con tejidos muertos o contiene cuerpos extraños y no ha sido aún tratada quirúrgicamente.

No obstante, la mezcla conserva valor antiséptico "in vitro" sobre los gérmenes aislados del pus, primitivamente intraleucocitarios, y, por tanto, preservados del contacto con el producto.

Puede, pues, usarse esta mezcla para la prevención de la infección de heridas en sustitución de otros preparados por su amplio margen de actividad, su inocuidad para los tejidos y falta de toxicidad a concentración antibacteriana. Su modo de empleo es, para lavar las soluciones de continuidad y para inyectarlo en sus alrededores, por vía subcutánea, lo cual descubre nuevas posibilidades en el tratamiento local de las heridas.

Efecto del pentothal sódico sobre la presión arterial media en presencia de parálisis espinal alta.—En 1941 Wees propuso como complemento de la anestesia raquídea el uso de los barbitúricos por vía venosa. El relato de diversos autores favorable al procedimiento lo ha hecho muy popular, y el presente estudio trata de comprobar si, como ocurre cuando se usa el éter, se altera la presión arterial, estando interrumpidos los impulsos nerviosos a nivel de D6 o por encima, ya sea por anestesia o por sección medular. De los experimentos en perros se concluye que el pentothal sódico, usado por vía intravenosa, sólo produce una caída tensional, estando paralizado el control vasomotor espinal si se inyecta velozmente y, por el contrario, un ligero y transitorio aumento administrándolo con lentitud suficiente.

Importancia de las transfusiones de sangre total en el tratamiento de las quemaduras graves.—La terapéutica del shock por quemaduras debe dirigirse primordial-

mente a cubrir los déficits de sangre circulante en su totalidad, es decir, no sólo de agua y electrolitos, sino también de eritrocitos y proteínas plasmáticas, cuya pérdida es variable de unos casos a otros y difícil de valorar durante el período de hemoconcentración, aunque en general predomina en las quemaduras de segundo grado la pérdida de plasma, y en las de tercero la de hematíes aún más que la de plasma. Así, si la anemia de la fase consecutiva al shock no es prevenida por la provisión de la suficiente cantidad de sangre total, o tratada tan pronto como sea descubierta, las consecuencias pueden ser fatales en un plazo breve de días. También debe usarse la transfusión en el período de curación como medio de coadyuvar a un balance nitrogenado positivo, sobre corregir la anemia y, desde luego, acelerar la cauterización. El agua y los electrolitos necesarios en el período de shock pueden complementarse mejor por vía oral que por vía venosa, ya que se absorben en cantidades suficientes cuando además se hacen transfusiones de sangre cuantiosas. La solución preferible es la mezcla de cloruro-bicarbonato-lactato, mejor que este último sólo, por la tendencia a la hipocloremia y alcalosis que puede resultar de los vómitos y sobrealcalinización. Ahora bien, en presencia de anemia e hipoproteínemia, el uso desordenado de sueros salinos por boca o vena, está contraindicado, pues puede aumentar el edema celular y conducir al edema de pulmón, fatal.

Lesiones de la envoltura musculotendinosa del hombro. III. Observaciones sobre la anatomía patológica, curso y tratamiento de los depósitos cálcicos.—El estudio se basa en 2.000 casos en que un depósito de calcio en el hombro condujo al diagnóstico de "bursitis subdeltoides calcificada", de los cuales se pudieron estudiar microscópicamente y bacteriológicamente 200 casos intervenidos. Como ya Codman había señalado, ni el depósito se calcifica siempre ni está localizado en la bolsa. En su origen suele ser una degeneración de la sustancia hialina de la colágena de las fibras de los tendones, que origina una reacción inflamatoria que causa el dolor, por alcanzar las estructuras peritendinosas la bolsa subdeltoides entre otras. La investigación de gérmenes o virus ha sido negativa. Microscópicamente, el depósito compuesto de restos tendinosos es una proteína extraña, que al cargarse de sales actúa como cuerpo extraño; de aquí la presencia constante de células gigantes.

Hay casos de depósitos cálcicos asintomáticos, cuyo silencio clínico puede interpretarse como debido a dos razones: la primera, que se forma y queda incluido en el interior del tendón, tejido casi avascular, y segunda, que toda reacción inflamatoria es acompañada como condición "sine qua non" por un aumento de dicha irrigación. El que muchos de estos depósitos a la larga produzcan síntomas se interpreta como una emigración o crecimiento que llega a poner aquél en contacto con el suelo de la bolsa subdeltoides, provocando en ella la inflamación aséptica.

Describe luego las razones de la variabilidad sintomática de lesiones aparentemente iguales a los rayos X, así como el diverso aspecto de la lesión aguda o crónica. En estas últimas, el depósito es seco, caseoso o como sebo, encerrado sin tensión dentro de una cavidad intratendinosa. En cambio, en los casos agudos es húmedo, grasiento, de consistencia de crema densa o pasta dentífrica, siempre encerrada a tensión. Estos aspectos son diferenciables hasta cierto punto en la radiografía, pues en estos últimos, agudos, más que un crecimiento calcáreo parece un floculado de menor densidad.

Después de considerar el curso normal de la enfermedad, si no es tratada, discute los diversos procedimientos terapéuticos, encaminados en los casos crónicos a suprimir el dolor y la contractura refleja, permitiendo la movilización, y en los casos agudos a curar la lesión, ya sea por punción del depósito tenso, aspiración del contenido y lavado, bajo anestesia local, cuando se trate de lesión única, o por intervención quirúrgica, cuando sea múltiple.

Notas sobre técnica operatoria en Neurocirugía.

Se trata de una serie de detalles de la técnica neuroquirúrgica expuestos por Penfield, que tienen el valor de ser muchas veces la piedra de toque de una intervención, y, desde luego, una importancia grande en el perfeccionamiento del operador y de su técnica. Así, por ejemplo, en la clásica de Cushing, siempre se cerraba la dura sin drenaje, mientras que ahora se permite un drenaje de goma, a través de una "puntura" con bisturí, que si llega hasta dentro de la dura puede drenar aire y líquido de dentro y fuera de aquélla sin necesidad de las engorrosas punciones bajo la galea aponeurótica, lo cual posibilita la fijación del colgajo óseo con unos puntos de alambre de tántalo o acero, si se desea.

Como nota cosmética señala que los agujeros del cráneo pueden cubrirse con pequeños discos de hoja de tántalo mejor que con "botones" o trocitos de hueso, para evitar el hundimiento que se produce al cabo del tiempo, y lo que es peor, las frentes hundidas o cabezas deformadas y calvas, que vuelven a consultar de tiempo en tiempo.

Repasa así notas sobre el valor, indicación y utilidad de la punción lumbar, encontrando a la luz de los conocimientos actuales injustificados los temores antiguos.

La meningitis aséptica, su patogenia y profilaxis, la reposición de los defectos de la dura y las particularidades de la decompresión son asimismo puntualizados.

Concluye diciendo que todos los años aparecen mejoras y modificaciones, que no son necesariamente métodos preferibles, y apunta como guía la más segura del progreso, el conocimiento de los principios básicos de la fisiopatología intracraneal y del proceso de curación de las heridas.

Gastritis antral y espasmo: su significación clínica y quirúrgica.

Durante los últimos diez años se ha venido haciendo en Norteamérica un esfuerzo considerable para estudiar las alteraciones de la mucosa gástrica, que con tanta facilidad puede ofrecer cuadros, al menos radiológicos, similares al carcinoma, más aún si tenemos en cuenta que una de las características clínicas del "espasmo antral" es la hipoquilia o aquilia. En la gastritis hipertrófica del antro, en cambio, la secreción está conservada o incluso aumentada. La diferenciación entre espasmo y gastritis muchas veces no puede hacerse sino con los datos conjuntos del gastroscopista y el radiólogo en vistas seriadas, pues el cuadro clínico de ambos tipos de enfermedad es superponible, y como una mezcla de síntomas de úlcera, colecistitis y carcinoma. A veces, en rayos X se encuentra el signo de Kirklin, dentelladuras producidas en el bulbo duodenal, por la protrusión de la mucosa antral engrosada a través del píloro, aunque la misma mucosa que cubre a éste no esté afectada. Usualmente los pliegues, aunque engrosados y difuminados, no están interrumpidos, pudiendo reconocerse en casi todos los casos la arquitectura normal y el pliegue límite de Chaoul.

Estudios analíticos de las clasificaciones usuales demuestran que ninguna de ellas es completa.

Presentan 4 casos de gastritis antral o espasmo, con la particularidad de uno de ellos de que después de haber sido diagnosticado clínicamente de gastritis, la biopsia del anillo pilórico dió en cortes en congelación un resultado diferente al observado en inclusiones en parafina (inflamación crónica y carcinoma infiltrante, respectivamente), dato de falibilidad que impulsa al autor a aconsejar la intervención en todos aquellos casos en que no sea posible afirmar un diagnóstico positivo.

British Medical Journal.

4.479 - 9 de noviembre de 1946

- Intoxicación por tera-etil plomo D. A. K. Cassells y E. C. Dodds.
- Ictericia postpenicilina. R. R. Hughes.
- Osteomielitis piogénica de la columna. P. Martin.
- Tratamiento de la osteoartritis por la inyección de ácido láctico. R. Mawson.

Desaparición de depósitos sarcomatosos secundarios en los pulmones después de la terapéutica con estilbestrol. J. Gunn Roberts.

Luxación subacromial del hombro. A. McEwen Smith.

Doble úlcera gástrica con perforación y hemorragia. M. Kaye.

Ictericia post-penicilina.—Se trata de una comunicación más sobre una serie de casos de ictericia aparecida después de un tratamiento con penicilina. Considera que este proceso es transmitido de enfermo a enfermo por medio de las jeringas contaminadas. Describe unos experimentos que demuestran que una inyección intramuscular de 1 c. c. de líquido puede conducir a la contaminación de la jeringa, bien por reintroducción de líquido en la aguja después de la inyección o indicios de sangre, que se mezclan con la nueva inyección por haber pasado a la jeringa.

Osteomielitis piogénica de la columna.—Con motivo de 5 casos de este proceso el autor describe brevemente la etiología, patología, signos clínicos y síntomas y tratamiento. Opina que esta enfermedad es más frecuente que lo que actualmente se piensa y que algunos de los casos son considerados como tuberculosos. En contra de la opinión sostenida por otros autores, considera que no se trata de un proceso tan grave, y que con un tratamiento adecuado puede conseguirse la curación.

Tratamiento de la osteoartritis por la inyección de ácido láctico.—Es una aportación más sobre esta forma de tratamiento, en la que el autor revisa 26 casos de formas mixtas de artritis después del tratamiento por la inyección intraarticular de ácido láctico. De los 26 enfermos, 6 eran trabajadores y se obtuvo una mejoría franca, que les permitió reincorporarse al trabajo. De los 20 restantes, en 18 se consiguió una mejoría notable de los síntomas, en uno no pudo continuarse el tratamiento y en otro con una artritis reumatoide activa no hubo efectos favorables.

4.480 - 16 de noviembre de 1946

- Penicilina pura en Oftalmología. A. Sorsby y J. Ungar.
- Penicilina en la mastitis puerperal aguda. M. D. Taylor y S. Way.
- Benadril para la urticaria por penicilina. R. R. Willcox.
- Persistencia del agujero oval: muerte súbita durante la prueba de esfuerzo. C. E. Lumsden.
- El jarabe para la tos. E. M. Boyd.
- Un hígado accesorio en un africano. J. N. P. Davies.
- Vómitos persistentes en niños tratados con alimentación continua nasal. T. N. Nauth-Misir.

Penicilina pura en Oftalmología.—Declaran los autores que la penicilina pura es bien tolerada por el ojo cuando se aplica localmente en pomadas que contienen 100.000 unidades por gramo o en soluciones acuosas; la inyección intravitrea de penicilina pura, aunque no libre de efectos secundarios, es asimismo bien tolerada; igualmente ocurre con inyecciones subconjuntivales repetidas de 50.000 unidades en 0,5 c. c. de agua. Pueden obtenerse niveles terapéuticos adecuados en el humor acuoso por la instilación de pomadas concentradas en el saco conjuntival, pero se consiguen niveles más altos y persistentes por las inyecciones subconjuntivales. Por medio de la administración general de penicilina en dosis masivas son buenos los niveles obtenidos, pero menos permanentes. La adrenalina añadida a las inyecciones subconjuntivales aumenta la persistencia; la inyección intramuscular de penicilina en cera de abejas da también niveles más permanentes. Las infecciones experimentales de la cámara anterior son controladas eficazmente por el empleo de pomadas concentradas, inyecciones del vítreo, la inyección subconjuntival es el único procedimiento satisfactorio. Señalan, por último, que los primeros ensayos clínicos realizados confirman los resultados obtenidos experimentalmente.

Penicilina en la mastitis puerperal aguda.—Los autores comunican haber tratado 10 casos de mastitis puerperal aguda con penicilina. Los resultados obtenidos han sido brillantes, pues el plazo transcurrido hasta la curación nunca fué superior a siete días, sólo en un

caso hubo supuración, que fué tratada por aspiración cerrada, y en ningún caso tuvo que suspenderse la lactancia materna.

4.481 - 23 de noviembre de 1946

- Reposo fisiológico. N. Capener.
 Efecto de ciertas condiciones sociales sobre la salud de los niños en edad escolar. E. R. Bransby, J. L. Burn, H. E. Magee y D. M. Mac Kecknie.
 La evaluación de las cremas "barrera". C. G. A. Sadler y R. H. Marriott.
 Una ayuda para la medida de la replección venosa en el cuello en la insuficiencia cardíaca congestiva. A. W. D. Leishman.
 Tumores renales en un niño y su abuela. A. R. Banham y B. Jolles.
 Un caso de anemia refractaria. D. M. Zausmer.
 Varicela tratada con benzoato de bencilo. J. H. Bellby.

Una ayuda para la medida de la replección venosa en el cuello en la insuficiencia cardíaca congestiva.—Con el fin de obviar los errores personales en la valoración de la replección venosa del cuello, el autor ha ideado un aparato que consta de un vástago calibrado en centímetros y milímetros y una rama lateral que lleva un nivel. El extremo inferior lo apoya en el ángulo manubrio-esternal, estando el enfermo en posición semitumbada, y por medio de un mando sube o baja el vástago lateral hasta que se coloque al nivel del extremo superior de la columna sanguínea, dándonos en el vertical la altura, con lo que se permite obtener un dato objetivo, que podrá ser comparado con otras lecturas y dar una impresión real de la evolución del proceso y de los efectos del tratamiento, sin necesidad de recurrir a la determinación de la presión venosa, que si bien es un procedimiento probablemente más exacto, requiere el practicar una punción.

4.482 - 30 de noviembre de 1946

- Quimioterapia de la tuberculosis. Parte I. P. D'Arcy Hart.
 Enfermedad de Weil. K. M. Robertson.
 Un caso raro de enfermedad de Weil. H. Jackson y S. Oleesky.
 Drenaje por gravedad para las fistulas digestivas de la pared abdominal. D. H. Patey, J. H. L. Ferguson y M. D. Exley.
 Un caso de malaria cerebral en Inglaterra. J. B. Ryder y R. T. Towson.
 Kala-azar con comienzo de síntomas en Inglaterra. A. Feldman.
 Ideas americanas sobre el control de las enfermedades venéreas. R. R. Willcox.
 "Purpura provocada" en la pelagra. L. H. Simons y R. D. G. P. Simons.
 Adenoma de los islotes de Langerhans. A. W. Dickie.

Edinburgh Medical Journal.

54 - 1 - 1947

- * Hernia del disco intervertebral. G. L. Alexander, S. Batkin y Maslowski.
 El neumoperitoneo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. R. Y. Keers, B. G. Rigden y P. Steen.
 * Secuelas cutáneas de enfermedades tropicales. G. Peterkin.
 Secuelas de enfermedades tropicales. J. D. Cameron.
 Factores químicos en la anemia perniciosa. H. R. King.

Hernia del disco intervertebral.—Después de una somera descripción del mecanismo fisiopatológico de la ruptura y herniación del disco intervertebral, los autores pasan revista a la sintomatología de la afección, cuando radica en la columna lumbar y cuando lo hace en la cervical.

Insisten en el carácter neurorradicular del dolor, con sus típicas irradiaciones, exacerbaciones cuando el paciente tose o estornuda y remisiones al efectuar un ligero paseo o levantarse.

Naturalmente, las alteraciones motoras, sensitivas y reflejas se relacionan con la afectación de la raíz. Estudian la distribución de los dermatomas más frecuentemente afectados, IV-L, V-L, 1-S, y los síntomas que los

caracterizan: disminución del reflejo rotuliano en el IV, debilidad del grupo muscular glúteo y, sobre todo, de los flexores dorsales del tobillo y dedos en el V-L, e hipo o arreflexia del tendón de Aquiles en el 1-S. Frecuentemente se asocia un cierto grado de atrofia muscular y fasciculaciones, que se había tenido como patognomónicas de lesión del asta anterior de la médula.

Un síntoma al que dan valor es el del dolor irradiado, o aparecido a distancia, cuando estando el enfermo en decúbito promo, relajado, se comprime con el pulgar el espacio intervertebral, al lado de la apófisis espinal. Del examen radiológico simple se puede obtener suficiente cantidad de datos para el diagnóstico, que no aumentan con la radiografía hecha previa inyección con lipiodol, de la que son enemigos, por sus secuelas, aracnoiditis, etc.

Por último, establecen el diagnóstico diferencial con radiculitis primarias, tumores, protrusión masiva del disco lumbar, tuberculosis del disco, etc. Exponen diversos aspectos técnicos del tratamiento, el principal de los cuales, en el que insisten, es la necesidad de evacuar cuidadosamente todo el contenido de la articulación, para evitar recurrencias.

En resumen, se puede decir que se trata de un artículo hecho no como revisión general del problema, sino de la propia experiencia de los autores.

A continuación se resume la discusión a que fué sometido.

Secuelas cutáneas de enfermedades tropicales.—Fué una sorpresa para muchos dermatólogos desplazados de Inglaterra a países cálidos el comprobar que las llamadas enfermedades tropicales no eran lo dominante en su práctica habitual, sino las entidades ya conocidas en su país de origen, si bien con un mayor carácter de virulencia, y causando malestar considerable al sujeto portador. No obstante, como secuelas indicio de mayor o menor actividad de una de las citadas enfermedades tropicales, no es infrecuente encontrar dermatosis. El término usado de "llagas del desierto" encubría múltiples de ellas, impétigo, ectima, úlceras diftericas y difteroides, etc., que tenían escasamente que ver con las dietas de hipovitaminosis, siendo, en cambio, favorecidas por la fuerte luz solar, por la falta de higiene, traumatismos mínimos e infecciones mixtas.

Pasa revista a los diferentes tipos de úlceras, ectimatosas, diftericas, con su comienzo común por una hinchazón dura, oscura, con linfangitis, confundible con una celulitis. Su evolución pasa por una fase de regresión del edema, quedando una úlcera típica, cubierta por una costra gruesa, adherente, negra o amarilla. Otras veces su comienzo es por una ampolla, o toma un carácter penetrante. Describe los caracteres de las dermatitis crónicas solares, especialmente en sujetos rubios, las foto-sensibilizaciones, en su mayoría favorecidas por las sulfamidas, las dermatitis profesionales de contacto, en individuos que manejaban aceites pesados, diesel o usaban objetos de goma, guantes, máscaras, botas, etc., o ciertas manufacturas textiles, calcetines, drill, etc. Estas plantean ahora algunos problemas legales en la medicina de las industrias.

Importante capítulo forman las múltiples y variadas infecciones por hongos, tiñas, etc., y las papilomatosis (verrugas y condilomas acuminados), aunque éstas responden bien a la resina de podofilino. Insisten, por último, en una "dermatitis líquenoide tropical", que en su primera fase es pleomorfa, aunque suele empezar como queratosis de pies o manos, y se extiende como manchas rojo-purpúreas, simulando al final un líquen plano hipertrófico hasta en las lesiones de la boca. Persiste semanas o meses, y cura poco a poco, sin tratamiento específico. Un factor principal en su etiología parece ser la mepacrina, como malaricida, pues se observó en individuos procedentes de zonas palúdicas tratados preventivamente.