

la Cátedra de "Farmacología" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. (B. O. el E. de 6 de junio de 1948.)

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

Curso Académico 1948-49

Concurso de premios.

1.º Premio Pedro Luis Bourkaib, de 1.000 pesetas. Fundado por el Dr. Bourkaib.

2.º Premio Sebastián Recaséns, de 5.000 pesetas. Fundado por el Dr. Vital Aza. Tema libre, en relación específica con la Obstetricia o Ginecología.

3.º Premio Sebastián Recaséns, de 5.000 pesetas. Fundado por el Prof. Dr. García Orcyón. Tema fijo: "Metabolismo de los hidratos de carbono en la gestación".

Condiciones.

1.º El premio Pedro Luis Bourkaib, se otorgará a una comunicación presentada en las sesiones científicas de esta Sociedad, durante el curso 1948-49. Debiendo optar explícitamente a dicho premio, presentando la comunicación en el domicilio social, antes del 30 de diciembre de 1948.

2.º Los premios Sebastián Recaséns, se presentarán escritos en castellano, a máquina y dos espacios, por una sola cara, pudiendo ser acompañados de gráficos, fotografías, etc. El número de cuartillas no excederá de 100 de texto.

3.º Los concursantes presentarán sus trabajos bajo sobre lacrado, dirigidos al Sr. Presidente de la "Sociedad Ginecológica Española", en su domicilio social: Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Espartero, 11), donde se entregará el correspondiente recibo si se entregan a mano, o por correo certificado, sirviendo en este caso el recibo de la Oficina de Correos correspondiente.

4.º En el sobre se indicará con el lema y título del trabajo: Para el Concurso de la Sociedad Ginecológica Española; Premio Sebastián Recaséns, Tema Libre o Tema Fijo, respectivamente.

El texto del trabajo irá igualmente distinguido por el lema y título escogido (para el Tema Libre), sin indica-

ción o nombre del autor; esta condición, como cualquier otro indicio que pudiera llegar a la Junta de Gobierno de la Sociedad, anularía la presentación del trabajo.

En sobre aparte, y dentro del que contenga el trabajo, también cerrado y lacrado, se incluirá el nombre y apellidos del autor, su residencia y domicilio. Acompañado de una fotografía, tamaño carnet.

5.º El concurso quedará cerrado el día 31 de mayo de 1949.

6.º El resultado del concurso se dará a conocer, con pública entrega de los premios, en sesión celebrada durante el mes de octubre de 1949.

7.º Podrán optar a los Premios Sebastián Recaséns todos los médicos españoles y los de las naciones de habla española.

8.º Los trabajos no premiados se darán a conocer por su presentación, lemas o títulos, no abriéndose los sobres que identifican a los autores, quedando ignorados, pudiéndose devolver a quien lo solicite con garantía de pertenencia. Finalizado el año 1949 los trabajos que no fuesen reclamados serán destruidos.

9.º Es condición esencial que los trabajos sean inéditos, dando preferencia a los de investigación personal.

10.º Los trabajos premiados serán propiedad de la "Sociedad Ginecológica Española", la que podrá publicarlos a sus expensas, entregando al autor 50 apartes. Si la Sociedad renuncia a su publicación, quedará el autor autorizado para hacerlo por su cuenta.

11.º El fallo del Jurado es inapelable.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Se está preparando en Londres la organización del IV Congreso Internacional de Otorrinolaringología, que tendrá lugar en los días 17 al 23 de julio de 1949, bajo la presidencia del Dr. V. E. Negus.

De la Secretaría General del Congreso, domiciliada en 45 Lincoln's Inn Fields London W. C. 2, está encargado el Dr. F. C. W. Capps.

Los que deseen una información más amplia de la marcha de estos trabajos, pueden dirigirse a la Secretaría del Congreso directamente, o al Prof. Hinojar, en su domicilio, Alcalá, 93, Madrid.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TRATADO DE PATOLOGIA MEDICA, publicado bajo la dirección del Prof. ENRÍQUEZ DE SALAMANCA.—Tomo tercero, Fasc. primero, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Madrid, 1948.—Un volumen en cuarto de 578 páginas, pesetas 200.

El presente libro es el primer tomo que aparece de un tratado de Patología médica dirigido por el Prof. Enríquez de Salamanca, con la cooperación de otros Profesores, cuya publicación vendrá, sin duda, a enriquecer la bibliografía española.

Está dedicado este tomo a las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. En él los autores exponen, en una forma grata y bien comprensible para el médico, el estado actual de esta parte de la Patología. Aunque el libro es sencillo, se apoya sobre un amplio conocimiento de la bibliografía moderna, y leyendo, se adquiere la evidencia de que la obra contribuirá eficazmente a la labor del estudiante y también del médico.

TERAPEUTICA FISICA Y MEDICINA FISICA APLICADA AL DIAGNOSTICO. WOLFGANG HOLZER. (Traducción de la cuarta Ed. alemana, por D. José M.ª Jarrini y D. José M.ª Vidal Llenas.)—Editorial Labor, S. A. Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Río de Janeiro, 1947.—Un volumen en cuarto mayor de 699 páginas con 320 figuras y 125 tablas, pesetas 190.

Es muy de celebrar que haya sido traducido a nuestro idioma y, por consiguiente, facilitada su lectura a los médicos de habla española, el tratado de Holzer sobre Terapéutica física, en el cual el interesado podrá obtener numerosos datos sobre el empleo de los medios físicos en el diagnóstico y en el tratamiento.

Después de una introducción en la que se analizan los principios físicos y fisiológicos en los que la fisioterapia se basa, se analiza primeramente el aspecto utilización en el diagnóstico de la metabolimetría, del electrodiagnóstico, de la hidrotermobalneoterapia, balneocromoterapia, terapéutica inhalatoria, fototerapia, radio y ra-

diumterapia, así como las diferentes formas de aplicación de la electroterapia. Todos estos temas son tratados con un criterio mixto, científico y práctico, en cuya virtud el estudioso encontrará numerosos datos difíciles de hallar reunidos a la par que normas y horizontes prácticos.

TUBERCULOSIS Y PIEL. A. NAVARRO MARTÍN.—Imprenta Editorial Moderna, Bilbao, 1947.—Un volumen en cuarto de 175 páginas con 71 figuras, 60 pesetas.

Escribir una monografía sobre tuberculosis y piel es una empresa ardua, que solamente puede ser atacada por una persona que, como el Dr. Navarro Martín, una a una gran experiencia de observador atento y estudioso una gran formación.

En sucesivos capítulos se analiza la etiología y la patogenia, así como la anatomía patológica de las tuberculosis cutáneas y las bases generales de su tratamiento.

Más adelante, en la parte especial, se estudian las formas clínicas de la tuberculosis cutánea, complejo tuberculoso primario, las tuberculosis ulcerosas y miliares, el lupus, la tuberculosis verrucosa y el goma-esicrofuloderma, así como las úlceras atípicas. En un tercer grupo se estudian una serie de procesos en los que lo que resalta es el estado alérgico del organismo frente a la infección tuberculosa; tuberculosis liquenoide, papulonecrotica, eritema de Bazin, sarcoides y eritema nudoso. El autor no utiliza el término de tuberculide, que no debería ser aplicado a las tuberculosis cutáneas propiamente dichas y tampoco a otros procesos antes agrupados ahí, que, como, por ejemplo, las manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Bernier-Boeck o el lupus eritematoso o ciertos eritemas tenidos hoy más bien como reumáticos.

En su conjunto, el libro contiene, al lado de una información muy útil, numerosos puntos de vista personales.

B) REFERATAS

Revista de Sanidad e Higiene Pública.

21 - 1 - 1947

Algunos datos sobre el anofelismo de las provincias de Murcia y Almería. G. Clavero y J. M. Romero Viámonte.

Nutrición. Su lugar en nuestros planes de cuidado prenatal. B. S. Burke.

Aspectos sanitarios del problema de abastecimiento público de agua en Vizcaya. E. Angolotti.

Problemas prácticos de lucha antipalúdica. Nuevos aspectos de la lucha contra larvas y adultos y con hexacloro benceno (666). A. Lozano Morales.

Mortalidad por cáncer en Inglaterra y Gales.

Morbilidad de las enfermedades de declaración obligatoria (Estadística Sanitaria Nacional). Brucelosis.

Vacunación contra la tos ferina. (Editorial.)

El control de la tripanosomiasis. (Editorial.)

American Journal of Clinical Endocrinology.

6 - 5 - 1946

* Inhibición de la insulina por el suero de pacientes insulínresistentes. L. Felder.

Metabolitos hormonales en sangre de diabéticas embarazadas con o sin toxemia. B. L. Rubin, R. I. Dorfman y M. Miller.

* Diabetes recurrente. B. Y. Glassberg.

Influencia de varios esteroides andrógenos sobre el peso y balance de N. Wilkins L. y Fleischman W.

* Progesterona en el tratamiento del fibromioma uterino. A. L. Goodman.

Resistencia de la insulina.—Comunica el caso de una enferma que desarrolló insulínresistencia después de la amputación de un pie. Requería de 200 a 1.120 unidades en veinticuatro horas. Una prueba de tolerancia hecha con 50 unidades no provocó descenso significativo de la glucemia.

No presentaba sensibilización alérgica y no se comprobaron precipitinas en el suero. El factor anti-insulínico se demostró por protección de ratones; a los diecinueve días de la extracción, 0,5 c. c. de suero inhibían 0,1 unidades de insulina.

Discute las posibilidades teóricas de insulínresistencia. Observó que se podía vencer el estado por administración de dosis suficientes.

Diabetes recurrente.—Observa en 10 enfermos estudiados durante periodos de dos a doce años que demostraron a lo largo de su curso curvas de tolerancia de glucosa de tipo diabético, intermedio o normal.

Sugieren que algunos diabéticos presentan una tendencia a la remisión espontánea que se manifiesta por un

curso recurrente, de exacerbaciones y remisiones. Este hecho debe ser tenido en cuenta para valorar los resultados de tratamientos nuevos de la diabetes.

Progesterona en el fibromioma.—Basado en la observación de Wipschütz y cols. de que los fibromas provocados en cobayas por la administración continua de estrógenos, se reducen y desaparecen con la progesterona, ensayan esta terapéutica en 7 casos, clínicamente diagnosticados de fibromioma. Cree observar una disminución del tamaño del tumor, pero no cree posible extraer conclusiones terapéuticas, por el momento, de su observación.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

21 - 18 - 1946

* Úlcera de la pierna producida por arterioesclerosis e isquemia en presencia de hipertensión arterial (úlceras isquémico-hipertensivas). Comunicación previa. E. A. Hines y E. M. Farber.

* Acciones tóxicas de la estreptomina sobre el octavo par. H. A. Brown y H. C. Hinshaw.

Cirugía transuretral en 1945. J. L. Emmet y varios.

Uréter retrocaval. Comunicación de un caso en el que el diagnóstico fué hecho antes de la operación. R. Goyanna, E. N. Cook y V. S. Counsellor.

Úlcera de la pierna producida por arterioesclerosis e isquemia en presencia de hipertensión arterial (úlceras isquémico-hipertensivas).—Hacia tiempo que los autores habían observado un pequeño grupo de pacientes con úlceras en las piernas, bastante dolorosas y difíciles de curar, y que no correspondían a ninguno de los tipos habitualmente descritos de lesiones ulcerosas de las piernas. No tenían el aspecto de ulceraciones por estasis, sino que eran de naturaleza isquémica y similares a las que aparecen por la oclusión de pequeñas arteriolas en las perniois crónicas, lividoarticulares y en las alteraciones seniles de la piel. En todos los casos se trataba de mujeres con enfermedad hipertensiva de larga duración, y con alteraciones escleróticas marcadas de los vasos retinianos. En el presente trabajo se comunican 4 de estos casos, sugiriendo los autores que el mecanismo patogénico sería similar al de las alteraciones de las arteriolas retinianas, produciéndose así áreas infartadas en la piel, sobre las cuales, por un trauma o por cualquier causa desconocida se produciría una solución de continuidad y la aparición consiguiente de las ulceraciones isquémicas.

Se hace referencia a los trabajos de Martorell, en los

que se describen ulceraciones similares atribuibles también a la hipertensión arterial, pero que difieren de las observadas por los autores por ser simétricas y por ir asociadas a una extensa pigmentación de la piel de las piernas.

Acciones tóxicas de la estreptomina sobre el octavo par.—La estreptomina puede ejercer una acción tóxica sobre el aparato vestibular de enfermos tuberculosos que reciben una medicación prolongada. Igualmente la estreptomina es probable que actúe también disminuyendo la agudeza de audición; sin embargo, la coexistencia de meningitis tuberculosa en los casos que los autores refieren, ha enmascarado los síntomas derivados de esta acción. Son necesarios estudios posteriores para fijar exactamente las alteraciones que la nueva droga ejerce sobre el octavo par, sin duda las más importantes de las hasta ahora descritas. No obstante, los síntomas de afectación de este par craneal no son contraindicación para proseguir el tratamiento con estreptomina en los graves casos de tuberculosis que requieren un tiempo prolongado de administración del medicamento, ya que aparece una cierta compensación de la función laberíntica. Cuando es preciso emplear grandes cantidades de estreptomina, el médico debe estar alerta sobre la aparición de tinnitus continuos, de bajo tono, que indican el comienzo de la sordera para los sonidos graves. En estos casos, la suspensión de la droga, probablemente, puede prevenir el desarrollo de la sordera intensa.

The American Journal of the Medical Sciences.

212 - 6 - 1946

- * Efecto del di-isopropil-fluorofosfato en la miastenia gravis. J. H. Comroe, J. Todd, G. Gammon, I. Leopold, G. Koelle, O. Bodansky y A. Gilman.
- Aspectos clínicos y radiológicos de la coccidioidomicosis. Ch. Sweigert, J. Turner y J. Gillespie.
- Penicilina en las dermatosis purpúreas. J. G. Hopkins y H. Lawrence.
- * Fenómenos electrocardiográficos asociados al neumotórax espontáneo y al enfisema mediastínico. D. Littmann.
- Algunos factores que modifican el efecto del citrato trisódico sobre la absorción de la penicilina oral. R. H. Broh-Kahn y R. F. Pedrick.
- Efecto del antimonio sobre el electrocardiograma. E. F. Schroeder y F. A. Rose.
- * Trombosis y embolias de los vasos pulmonares con especial referencia a la trombosis de la vena pulmonar. D. M. Spain y J. B. Moses.
- Artritis reumatoide. I. Introducción al estudio de su patogenia. II. Reacciones serológicas no específicas. III. Los anticuerpos neumocócicos. A. D. Wallis.
- Conceptos cambiados sobre la anemia de Cooley. I. J. Wolman.
- Tumores de ovario. F. B. Block.

Efecto del di-isopropil-fluorofosfato en la miastenia gravis.—El di-isopropil-fluorofosfato (D. P. F.) es una sustancia (independiente químicamente de la fllostigmina) que produce una intensa y sostenida inhibición de la actividad colinesterásica del suero, hematies, músculo y cerebro. Inyectada en dosis adecuadas, estimula la musculatura esquelética. Puesto que muchos autores consideran que la miastenia es la consecuencia de una insuficiente acción de la acetilcolina en las sinapsas mioneurales, debida bien a una falta de formación de ésta, bien a un exceso de actividad colinesterásica, los autores consideraron interesante ensayar la acción de esta nueva droga que, a más de su posible valor terapéutico, vendría a aclarar cuál de ambos mecanismos es el verdadero.

Comroe y sus colaboradores han tratado con ella 7 enfermos de miastenia, de los cuales dos no mejoraron bajo su acción, dos mejoraron considerablemente, uno moderadamente y en dos los resultados no fueron claros. En ningún caso la acción fué más eficaz que la de la neostigmina. Las dosis empleadas fueron las máximas posibles, ya que su elevación conduce a náuseas y alteraciones del S. N.

Deducen los autores que, puesto que el DPF reduce a 0 la colinesterasa del suero, la actividad de una sustancia sobre la miastenia no puede valorarse, juzgando por su actividad anti-colinesterásica.

Fenómenos electrocardiográficos asociados al neumotórax espontáneo y al enfisema mediastínico.—En el diagnóstico diferencial de los dolores torácicos de tipo paroxístico hay siempre que barajar, al lado de otros muchos procesos, el neumotórax espontáneo, asociado o no a enfisema mediastínico. Si bien en los casos claros el diagnóstico es extraordinariamente fácil, hay ocasiones en que la pequeña cuantía de la cantidad de aire penetrado en pleura o mediastino u otras circunstancias hacen el problema más complejo; en estas ocasiones las alteraciones electrocardiográficas que el neumotórax espontáneo produce pueden conducir al diagnóstico erróneo de infarto de miocardio.

Los autores estudian dos casos de neumotórax espontáneo del lado izquierdo asociado a enfisema mediastínico, encontrando que sólo se observan alteraciones en las derivaciones precordiales (C. F.), y éstas sólo aparecen si el sujeto está en decúbito supino, desapareciendo en todas las demás posiciones, por lo que creen que no se deben a ninguna insuficiencia coronaria asociada al neumotórax, sino a la interposición de aire entre el electrodo y el corazón, que perturba la conducción eléctrica. Aconsejan hacer en estos casos las derivaciones precordiales en varias posiciones, y a más de las CF hacer las CR.

Trombosis y embolias de los vasos pulmonares, con especial referencia a la trombosis de las venas pulmonares.—Los autores estudian la frecuencia de las trombosis y embolias pulmonares en un total de 1.000 autopsias, en las que no incluyen las de los sujetos muertos de endocarditis bacteriana subaguda o de traumatismos. Encuentran trombosis o embolias pulmonares en un 10,9 por 100 de los casos. Los émbolos proceden con doble frecuencia de las venas periféricas que del corazón.

En 100 casos de infarto de miocardio había embolias pulmonares en 36 y periféricas en 25. La frecuencia de embolias pulmonares es mucho mayor en los casos recientes que en los antiguos. No existiendo lesiones cardíacas, es frecuente que las embolias pulmonares no causen infartos.

Finalmente, encuentran que la trombosis de las venas pulmonares es una fuente de émbolos periféricos más importante de lo que se cree, siendo especialmente frecuentes dichas trombosis en los tuberculosos.

The American Journal of Digestive Diseases.

14 - 5 - 1947

- El paciente obeso. H. M. Ray.
- * Diabetes mellitus complicada con enfermedad de Addison; presentación de un caso con revisión de la literatura. J. S. Devitt y F. D. Murphy.
- Nuevo agente hemostático en proctología. A. J. Cantor.
- * Azotemia en la hemorragia gastrointestinal. A. Schrupf.
- Una norma para el tratamiento de la diabetes. G. E. Anderson.

Diabetes mellitus complicada con enfermedad de Addison; comunicación de un caso con revisión de la literatura.—La diabetes mellitus complicada con enfermedad de Addison es clínicamente una rareza, si bien es mucho más raro el caso contrario. Cuando existe esta combinación, existe hipersensibilidad a la insulina. La sensibilidad a la insulina es menos marcada cuando en la terapéutica de Addison se utiliza el acetato de desoxicorticosterona, y en las mismas circunstancias la diabetes puede ser más grave. La hipoglucemia y la alta tolerancia a la glucosa del paciente addisoniano son probablemente debidos a algún factor inmediato además de al déficit de hormona cortical.

Azotemia en la hemorragia gastrointestinal.—La azotemia después de una hemorragia masiva en la parte superior del tracto digestivo no es debida a un solo factor. Según el autor, un factor muy importante es el estado nutritivo del paciente y el régimen nutritivo durante el tratamiento. Una alimentación pobre en pro-

teínas con balance nitrogenado negativo es causa de un catabolismo proteico endógeno similar a lo que ocurre durante el hambre, con elevación de la azotemia. También hay que tener en cuenta que experimentalmente se ha comprobado un aumento de la azotemia por absorción de sangre en el intestino, si bien este aumento es máximo a las veinticuatro horas, y es debido más bien que a la urea a la existencia de otras sustancias nitrogenadas. Otros factores, como trastornos en el metabolismo de la sal o agua o circulatorios o renales, carecen de importancia, según el criterio del autor.

Tre Journal of the American Medical Association.

136 - 1 - 3 de enero de 1948

- Enfermedades de las glándulas salivales, A. C. Furstenberg.
Quistes linfáticos del riñón, A. J. Scholl.
Tratamiento de la meningitis con sulfadiazina y sulfamerazina, W. W. Zeller, H. L. Hirsch, L. K. Sweet y H. E. Dowling.
Hipogenitalismo en la pubertad, L. M. Hurzthal.
Recomendaciones médicas en el cuidado de niños, M. C. Hardy.
Cáncer del hígado y del páncreas, A. Brunschwig.
Prueba para conocer la localización del tubo de Miller-Abbott, S. McLanahan.
Acción bacteriolítica de compuestos mercuriales sobre estreptococos, H. E. Morton, L. L. North y F. B. Engley.
Aceleración voluntaria del corazón.
Cor pulmonale.
Cianosis y anoxemia arterial.

Quistes linfáticos del riñón.—Son raros los quistes peripélvicos del riñón, los cuales suelen constituir hallazgos de autopsia y carecen de trascendencia clínica. No siempre sucede así, y se han descrito casos de quistes voluminosos, que llegan a ser palpables y sobrepasar la línea media, pudiendo solamente en la intervención reconocerse su origen renal. Es probable la naturaleza linfangiomatosa de tales quistes. En el trabajo presente se refieren dos casos de quiste voluminoso, que habían deformado la silueta de la pelvis y hecho desviarse los elementos del hilio, siendo considerados como tumores malignos. En ambos casos, el crecimiento de los quistes había producido la destrucción de grandes porciones de parénquima renal y se acompañaban de hipertensión, la cual descendió considerablemente, al intervenir operatoriamente los quistes.

Tratamiento de la meningitis con sulfadiazina y sulfamerazina.—Los autores han observado previamente que el tratamiento con sulfodiazina o con sulfamerazina aisladas en la meningitis meningocócica va seguido de una mortalidad de alrededor del 10 por 100. La combinación de ambas sulfonamidas permite aumentar la dosis total, sin el riesgo de producción de cálculos renales. Han tratado así a 75 enfermos con meningitis meningocócicas, 38 con meningitis neumocócicas y 22 con otras meningitis bacterianas, empleando 4 gr. diarios de cada una de las sulfonamidas. Los resultados no han correspondido a las esperanzas puestas en el método, ya que la mortalidad apenas se modificó (6,6 por 100 en las tratadas con las dos drogas), el número de complicaciones renales fué sensiblemente igual que cuando se empleaba una sola de las sulfonamidas, y, en cambio, la frecuencia de exantemas, fiebre y conjuntivitis fué mayor en los casos de tratamiento combinado.

Hipogenitalismo en la pubertad.—Así como normalmente comienza el desarrollo de los genitales externos a los once años, en el 18 por 100 de los muchachos no sucede así, y los genitales permanecen pequeños, a pesar de que el desarrollo somático continúe. Se plantea entonces el problema de si se trata de un defecto de los testículos, de una falta de estímulo hipofisario o de un infantilismo. La decisión puede hacerse mediante la biopsia testicular, aunque en la mayoría de las ocasiones no es necesaria. Muchas veces, en jóvenes obesos, el

retardo del desarrollo genital es sólo aparente, debido a que se encuentran parcialmente sumergidos en la grasa. El tratamiento con testosterona produce en estos casos un aumento de los caracteres secundarios y ejerce por ello una acción beneficiosa sobre el psiquismo de los jóvenes.

136 - 3 - 17 de enero de 1948

- Diagnósticos psicosomáticos, A. D. Hart.
Manifestaciones dermatológicas en trastornos psiquiátricos, T. Cornbleet y M. Brown.
Infección por anquilostomas, E. H. Loughlin y N. R. Stoll.
Anastomosis del conducto deferente, V. J. O'Connor.
Cáncer del útero y del ovario, N. F. Miller.
Arteritis craneal, L. Meyers y J. W. Lord.
Intoxicación por dicumarol, A. J. Draper.
Nocardiosis, R. P. Glover, W. E. Herrell, F. R. Hellman y K. H. Pfuetze.
Medicina psicosomática.
El factor Hr.
Problemas del envejecimiento.

Infestación por anquilostomas.—Se trata de un trabajo primordialmente epidemiológico, en el que se estudia la posibilidad de que aparezcan focos endémicos en los Estados Unidos a consecuencia del regreso del personal militar estacionado durante la guerra en el Pacífico. En los soldados y marinos que han prestado servicio en tales zonas se ha encontrado una cantidad de infectados que varía entre el 5 y el 30 por 100 del total. Como la mayoría de las infestaciones cursan asintomáticas, son raros los casos que llegan a diagnosticarse, y se dan así condiciones adecuadas para que sean el punto de partida de focos endémicos. A ello contribuye también la rebeldía de la infestación a los tratamientos, ya que, aunque consiguen reducir considerablemente el número de parásitos eliminados, no es siempre posible la curación radical.

Nocardiosis.—La nocardiosis (infección por el *Nocardia asteroides*) es una afección rara, de la que existen 36 comunicaciones casuísticas en la literatura, y cuya evolución es casi siempre fatal: solamente 4 de los casos referidos en la literatura curaron. Los autores refieren un caso más de infección por nocardia en un médico de veintiséis años, cuyo cuadro era el de una tuberculosis pulmonar, sin bacilos de Koch y con hallazgo de *Nocardia asteroides* en el pus procedente del pulmón. El enfermo logró la curación, después de un tratamiento con sulfadiazina muy intenso y prolongado durante cuatro meses (dosis total, 1.268 gr. por vía oral y 75 gr intrapleural).

136 - 4 - 24 de enero de 1948

- Partos prematuros, L. A. Koch y E. James.
Mortalidad del recién nacido por la analgesia caudal continua, R. A. Hingson, W. B. Edwards, C. B. Lull, F. E. Whitacre y H. C. Franklin.
Granuloma cerebral por schistosomiasis, T. H. Chang, G. W. Smith, F. R. Riesenman y E. F. Alston.
Enfermedad periódica, Reimann.
Linfomas y leucemias, L. F. Craver.
Úlcera tuberculosa de la lengua, H. Walter, I. Hirshleiter y R. Shapiro.
El diagnóstico de la rabia.
La herencia en la hipertensión arterial.
Más sobre vagotomía.

Granuloma cerebral por schistosomiasis.—La presencia de huevos de *S. japonicum* en el cerebro ha sido señalada algunas veces, si bien poco frecuentes. Los autores refieren cuatro casos aparecidos en lugares de China, extraordinariamente alejados de las zonas en que es endémica la enfermedad, y ninguno de los cuales había presentado síntomas agudos con anterioridad. El cuadro es el de un proceso encefalítico o expansivo focal, con eosinofilia de 2 ó superior. La histeria hace reforzar la sospecha diagnóstica cuando el enfermo ha estado en una zona endémica y especialmente si se demuestra en las heces la presencia de huevos del parásito. En los primeros momentos, cuando aún no han llegado al hígado grandes masas de huevos, el tratamiento con antimoniales y emetina suele seguirse de éxito. Posteriormente, la intervención quirúrgica se encuentra indicada y se realizó en los cuatro casos presentados.

Enfermedad periódica.—Existe un grupo de síndromes de presentación accesional, entre los que se incluyen fiebres de presentación periódica, peritonitis paroxística benigna, neutropenia cíclica y antralgia intermitente, síndromes que han sido descritos con diferentes nombres y asociados a veces a otros síntomas. El autor hace resaltar su aparición frecuentemente asociada, de tal forma, que cabe pensar que se trate de una enfermedad, que se manifieste en diversos síndromes, debidos a la asociación en variada forma de los síntomas citados o de la trombopenia o la miastenia, que también forman parte de las posibles características del cuadro. Se desconoce la causa de esta problemática entidad morbosa, de la que el autor refiere seis casos. En alguno de los descritos existía una relación con el ciclo menstrual, pero en otros no se manifestaba, pudiendo sugerirse la existencia de otros procesos cíclicos en uno y otro sexo (es frecuente que los intervalos sean de siete días o un múltiplo de siete), de naturaleza aún desconocida.

136 - 5 - 31 de enero de 1948

Avances en el tratamiento de enfermedades por virus y rickettsiae, T. M. Rivers.
Avances en Gastroenterología, H. L. Bockus.
Avances en enfermedades cardiovasculares, A. R. Barnes.
Avances en el tratamiento del cáncer, C. P. Rhoads.
Hematología, R. L. Haden.
Avances en el tratamiento de las enfermedades pulmonares, J. J. Waring.
Novedades en Endocrinología, W. O. Thompson.
Alimentación en casos de urgencia, R. M. Wilder y T. E. Keys.
Granuloma inguinal con metástasis óseas, H. Packer, H. B. Turner y A. D. Dulancy.
El trigo y el hambre mundial.
Control genético de la linfomatosis.
Prueba para el cáncer uterino.
Regulado de difusión de la framboesia.

The Journal of Experimental Medicine.

86 - 4 - 1947

- * Estudios sobre la reacción de coagulación y la naturaleza de la coagulina, A. S. Wiener, J. G. Hurst y E. B. Sonn-Gorden.
La fina estructura de los coágulos formados de fibrinógeno y trombina purificados de vaca; estudio con el microscopio electrónico, C. V. Z. Hawn y K. R. Porter.
- * Las presiones relativas en los capilares linfáticos cutáneos y en los tejidos, P. D. McMaster.
La susceptibilidad de monos rhesus jóvenes al virus poliomiélico por vía oral, D. M. Hortmann, J. L. Melnick, R. Ward y M. J. Sá Fleitas.
- * Actividad de la esterasa plasmática en pacientes hepáticos y con síndrome nefrótico, H. G. Kunkel y S. M. Ward.
La patogenia de la lesión renal producida en el perro por la hemoglobina o metahemoglobina, H. E. Harrison, H. Bunting, N. K. Ordway y W. S. Albrink.

Estudios sobre la reacción de coagulación.—Se conocía el hecho de que sujetos con evidencia clínica de sensibilización Rh no poseían anticuerpos demostrables. Se ha visto recientemente que esto es debido a la existencia de los llamados anticuerpos bloqueantes o glutininas, las cuales solamente actúan en presencia de suero o plasma, pero en soluciones salinas también se adsorben al antígeno. En el presente trabajo se intenta conocer la estructura de la coagulina, la cual es indudablemente un agregado coloidal de albúmina y globulina gamma, como la llamada proteína X de Pedersen. El título es superior en el plasma que en el suero, lo cual sugiere que el fibrinógeno entra también en la composición de la coagulina. La dilución del plasma en más del 50 por 100 hace perder la actividad coagulante, debido a la gran facilidad de disociación de la proteína X. La adición de albúmina concentrada aumenta el título de coagutininas de un suero, y dicho título es más bajo en la sangre fetal que en la del adulto.

Las presiones relativas en los capilares linfáticos cutáneos y en los tejidos.—La difícil visualización de los capilares linfáticos ha sido hasta ahora un obstáculo para la medición directa de la presión en los mismos. El autor inyecta un colorante en la sangre y observa

su paso a los linfáticos; en tal momento, mediante un dispositivo ingenioso, y con ayuda de un micromanipulador, ha conseguido medir la presión en los capilares de la oreja del ratón, la cual oscila entre 0 y 2,7 cm. de agua. Con el mismo aparato ha demostrado que la presión en los tejidos en la vecindad de los capilares linfáticos es algo superior a la de ellos. La producción de un edema inflamatorio con xilor se acompañó de un aumento en la presión en el interior de los capilares linfáticos, pero mucho menor que la presión entonces reinante en los tejidos, lo cual constituye una prueba de que los linfáticos son cerrados.

Actividad de la esterasa plasmática en pacientes hepáticos y con síndrome nefrótico.—Son varias las proteínas del plasma que se originan en el hígado; entre ellas figuran la albúmina, el fibrinógeno y la protrombina. A éstas hay que agregar una más, la esterasa. La destrucción de este fermento con diisopropilfluorofosfato permite estudiar fácilmente la respuesta de formación ulterior del mismo. De esta forma se ha visto que en los enfermos hepáticos, en los que la concentración de esterasa plasmática suele ser baja, también es perezosa la regeneración de la misma, pero es normal la proporción relativa de formación, en relación con la cantidad preexistente. En los enfermos con cirrosis o con hepatitis epidémica se ha observado un descenso de la esterasa proporcional al de albúmina; cuando se produce una mejoría, se elevan paralelamente ambos valores. En los enfermos nefróticos se encuentra una cantidad normal o alta de esterasa y aumenta aún más y rápidamente, cuando se administra albúmina, lo cual indica que no existe una alteración funcional hepática para su formación.

Medicine.

26 - 2 - 1947

- * La determinación clínica de los portadores genéticos de enfermedades hereditarias, J. V. Neel.
- * Principios científicos, métodos y resultados de la quimioterapia en 1946, E. K. Marshall.
- * Las neumonías de virus y las de probable origen de virus, H. A. Reimann.

La determinación clínica de los portadores genéticos de enfermedades hereditarias.—El conocimiento de los portadores de caracteres genéticos ha aclarado el carácter hereditario de muchas enfermedades, como la gota, en la que la naturaleza familiar era indudable, pero la rareza de enfermos hacía difícil precisar los caracteres genéticos. En el trabajo se revisan los datos correspondientes a 22 enfermedades hereditarias (gota, diabetes, hipertensión, epilepsia, anemia de células falciformes, talasemia, ictericia hemolítica, anemia perniciosa, retinitis pigmentosa, etc.), y se analizan los datos mediante los cuales puede descubrirse el carácter genético. No todas las enfermedades son iguales a este respecto; en algunas (gota, xantomatosis, talasemia, etc.), los caracteres de los portadores son suficientes para el diagnóstico; en otras afecciones (epilepsia, diabetes, hipertensión) los síntomas de los portadores deben ser apoyados por una historia familiar elocuente. Queda aún otro grupo, en el que solamente es dable valorar estadísticamente los antecedentes familiares, ya que los síntomas propios de los portadores son muy poco precisos.

Principios científicos, métodos y resultados de la quimioterapia en 1946.—El título del trabajo es el mismo de una conferencia dada por Ehrlich en 1913. El trabajo presente es puramente teórico, y expone los caminos actuales de la quimioterapia, pasando una rápida revista a las teorías explicativas de la acción de los agentes antimicrobianos. Las ideas de Ehrlich han sido en gran parte confirmadas, a pesar de la oposición que en un principio despertaron e incluso el concepto de receptor ha sido muy valioso para explicar las acciones quimioterápicas de los nuevos medicamentos. La terapia magna

ha sido también lograda en parte mediante una dosis única elevada de penicilina o de una sulfonamida en ciertas infecciones.

Las neumonías de virus.—La importancia de las neumonías bacterianas ha tenido como resultado que durante mucho tiempo se haya menospreciado la de las originadas por virus, a pesar de que ya en 1861 describió Bartels una neumonía intersticial en el sarampión. En tiempos modernos se ha concedido una mayor atención al problema y se conocen numerosas neumonías causadas por virus, la mayor parte de las cuales ingresan por inhalación y originan una inflamación localizada en el pulmón o una enfermedad general, con una de sus localizaciones en dicho órgano. En el trabajo se estudian detenidamente las neumonías causadas por los virus del sarampión, de la viruela, de la vacuna, de la varicela, de la coriomeningitis linfocítica, de la influenza y de la psitacosis, así como las de probable origen de virus, en el caso de la mononucleosis infecciosa, del eritema exudativo multiforme, las neumonías infantiles por virus y la llamada neumonía primaria atípica. La descripción de la última citada es muy extensa y se revisa la literatura hasta el momento actual.

Archives of Neurology and Psychiatry.

57 - 5 - 1947

- Relación entre las alteraciones electroencefalográficas e histológicas, después de la aplicación de una fuerza graduada a la corteza, F. T. Zimmermann y T. J. Putnam.
- * Cordoma maligno de la región lumbar, A. A. Morris y R. Rabinovitch.
- * Cambios histopatológicos asociados con la poliomyelitis humana, I. M. Scheinker.
- Fisiología de la toxina botulínica, A. C. Guyton y M. A. McDonald.
- * Gliomatosis meníngea: estudio de 42 casos, F. E. Polme-
teer y J. W. Kernohan.
- Educabilidad de un epiléptico "deteriorado", D. Twitchell-Allen.
- Conmoción de la médula: un caso con manifestaciones radículo-neuríticas, P. Chodoff.
- Estudio electro-encefalográfico de Elena Keller, W. C. Still.
- Efecto de lesiones corticales sobre el nistagmo laberíntico, H. T. Wycis y E. A. Spiegel.

Cordoma maligno de la región lumbar.—Hasta 1924 no se describió el primer cordoma de la columna vertebral, derivado de restos de la notocorda. En el trabajo presente se refiere la historia de un enfermo cuyas primeras manifestaciones corresponden a una herniación del disco intervertebral sacrolumbar; por mielografía se hizo el diagnóstico de tumor y se intervino. Posteriormente hubo de ser intervenido dos veces más en el plazo de año y medio, y finalmente presentó metástasis en ganglios axilares e ilíacos, en el cerebro, pulmón, páncreas y sacro. El tumor primario se encontraba entre la quinta lumbar y el sacro y en el espesor del cuerpo de la lumbar quinta. El estudio histológico demostraba la presencia de elementos vacuolados, los cuales contenían una sustancia mucóide; las células se disponían formando cavidades o en forma lobulada; el aspecto notocordal era solamente bien discernible en el tumor primitivo.

Cambios histopatológicos asociados con la poliomyelitis humana.—En la histopatología de la poliomyelitis existen numerosos puntos no elucidados, especialmente en lo que se refiere a la localización y distribución de las lesiones, al tipo primariamente alterativo neuronal o inflamatorio mesenquimal, a la correlación entre las lesiones neuronales y del estroma y a la participación de la microglia. El autor ha estudiado 6 casos de poliomyelitis aguda, y comprueba que las lesiones no se limitan a la médula, sino que se extienden a todo el sistema nervioso central. Los hallazgos son de dos tipos: alteraciones degenerativas de las neuronas y fenómenos de infiltración inflamatoria, especialmente alrededor de los vasos. No existe correlación entre la intensidad de la inflamación y la de las alteraciones neuronales,

lo cual indica que éstas no son consecuencia de la primera, sino fenómenos independientes. En la reacción mesenquimatosas interviene fundamentalmente la microglia, la cual llega a formar grandes acúmulos en algunos puntos. El predominio por la médula de las alteraciones degenerativas sugiere que el virus penetra por el intestino y desde allí va al sistema nervioso por los vasos.

Gliomatosis meníngea.—La invasión de las meninges por tumores de origen neuroectodérmico no es excesivamente rara, y ha sido diversamente interpretada; la mayoría de las llamadas sarcomatosis meníngeas son, en realidad, gliomatosis. De los 42 casos revisados en este trabajo se trataba de 20 meduloblastomas, 6 glioblastomas multiformes, 5 ependimomas, 5 oligodendrogliomas, 3 astrocitomas, 2 retinoblastomas y un pinealoma. Los caracteres histológicos de la generalización meníngea son habitualmente los mismos que los del tumor primitivo, siendo su riqueza en vasos dependiente de la gran riqueza vascular de las meninges; el grado de formación conectiva se halla en razón inversa de la malignidad. En cuanto a la causa de la difusión, se halla en factores mecánicos, en la acción de la gravedad, en traumatismos, etc., y a veces se realiza una difusión retrógrada, en contra de la corriente normal del liquor. En ninguno de los casos estudiados existían metástasis fuera del sistema nervioso central.

The Journal of Pediatrics.

31 - 4 - 1947

- * La administración subcutánea de sulfodiazina sódica, G. B. Forbes, G. Donnell y J. C. Herweg.
- * Recidivas reumáticas en niños sin profilaxis sulfonamídica; valoración de los factores ambientales, R. L. Jackson, H. G. Kelly, C. H. Rohrer y J. M. Duane.
- Hemihipertrofia congénita, J. Ward y H. H. Lerner.
- Algunos factores que influyen en la duración de la lactancia, M. A. Norval.
- * Cirrosis portal del hígado, W. M. Block.
- Experiencia sobre caries dental en Italia en la postguerra, M. Massler e I. Schour.
- Rabia, C. E. Duffy, P. V. Woolley y W. S. Nolting.
- La etiología primaria de las dificultades específicas del lenguaje, R. S. Eusti.
- Onfalocela con defecto diafragmático y herniación del hígado en la cavidad pericárdica, W. W. McCrory y R. F. Bunch.
- Sclerema adiposum neonatorum, A. Sternbach y J. Robinson.
- Adenoleiomioblastoma de la lengua, E. L. Slotkowski y M. P. Borovsky.
- Portador de salmonellas, tratado con éxito mediante estreptomycin, H. E. Swiller, A. I. Swiller y F. B. Traub.

La administración subcutánea de sulfodiazina sódica.—Los autores recomiendan el empleo en los niños de la sulfodiazina sódica por vía subcutánea y en concentración al 1 por 100, en una mezcla de lactato sódico 1/6 molar y de líquido de Ringer. Con este método pueden conseguirse concentraciones sostenidas y elevadas de sulfodiazina en sangre, con una dosis total diaria de 0,3 gr. por kilogramo de peso. Tales concentraciones no se logran con dosis mucho mayores de sulfodiazina por vía oral y la administración intravenosa es más complicada y a veces impracticable en los niños. En ningún caso se han observado reacciones desagradables con el método, con el que también se combate la deshidratación y la acidosis. En los adultos resulta menos eficaz, a causa de que el tejido subcutáneo reabsorbe las sustancias menos rápidamente que en los niños y las concentraciones en la sangre resultan menores que en la infancia, aun calculando la dosis en relación al peso del paciente.

Recidivas reumáticas en niños sin profilaxis sulfonamídica.—Para la valoración de la eficacia de la profilaxis con sulfonamidas es necesario reunir una considerable experiencia sobre la frecuencia de las recidivas en sujetos reumáticos no tratados, ya que las cifras hasta ahora comunicadas son muy discordantes. El estudio presente se refiere a 266 niños, observados durante un

tiempo medio de 3,3 años, de tal modo, que el total de años por persona es de 893,5. Las edades oscilaban entre los cuatro y los veintinueve años. En total, se observaron 71 recidivas (7,9 por 100), frecuencia que es mucho menor de lo que suele admitirse, especialmente en los sujetos comprendidos entre cuatro y trece años. En tres de los niños la recidiva ocasionó la muerte. Todos los niños fueron tratados con adiciones para mejorar la dieta; método al que se atribuye esta menor proporción de recidivas; cuando se compara la frecuencia de las mismas con el estado económico de las familias, se comprueba una cierta relación, de tal forma, que no se observaron recidivas cardíacas en los niños en buena posición que podían realizar la dieta propuesta. De todos modos, aun con la mejoría lograda con la dieta, resulta menor la frecuencia de recidivas en los niños tratados profilácticamente con sulfonamidas.

Cirrosis portal del hígado.—En el Hospital Infantil de Iowa se han observado tres casos seguros de cirrosis hepática durante los últimos veinte años; en otros tres se hizo el diagnóstico, aunque no se confirmó, y cuatro pacientes más tuvieron cirrosis cardíaca. En el trabajo actual se refiere la historia de un muchacho de once años que comenzó con ictericia, fiebre, ascitis y derrame pleural; en los derrames se cultivó un colibacilo. La autopsia demostró una cirrosis portal típica, una atrofia testicular y ginecomastia. El autor revisa las cuestiones planteadas por las cirrosis infantiles y descarta la posibilidad de sífilis, de "enfermedad de Banti" y se inclina a pensar que en este caso pueda tratarse de la evolución a cirrosis de una hepatitis epidémica. El hallazgo de colibacilos se explica por propagación desde un leiomioma del ciego, en el que se encontró el mismo germen en la autopsia.

British Medical Journal.

4513 - 5 de julio de 1947

- Epidemiología del pénfigo neonatorum, V. D. Allison y B. C. Hobbs.
- Complicaciones vesiculares consecutivas a la resección gástrica, C. L. H. Majoor y Th. J. J. Suren.
- Diseción por diatermia de la vesícula biliar, R. J. McNeill Love.
- La mayor duración de la vida, V. Korenchevsky.
- Alivio del dolor en el parto, M. I. Milne y E. R. Young.
- Imperdible en la laringe durante cinco semanas, E. S. Burt Hamilton.

Epidemiología del pénfigo neonatorum.—Describen los autores una epidemia de pénfigo neonatorum y conjuntivitis estafilocócica que afectó a 132 niños en una gran maternidad durante un período de dos años. La identificación serológica de las razas de estafilococos aislados de las lesiones, demostró que hubo tres brotes, cada uno debido a un tipo serológico distinto; también hubo un pequeño número de casos esporádicos producidos por tipos serológicos diferentes. Las investigaciones en una gran sala de niños en la que se vieron 93 casos demostraron que el agente infectante estaba ampliamente distribuido en el medio ambiente, y fue aislado en las fosas nasales de una gran proporción de las enfermeras y niños sanos, así como también de las ropas de cama y batas y del polvo y del aire; estos hallazgos indican que los niños se infectaban en la sala y no por sus madres, y que el principal reservorio de la infección eran las fosas nasales del personal técnico, propagándose la infección, probablemente a través de las manos.

Complicaciones en la vesícula biliar consecutivas a la resección del estómago.—En un total de 174 resecciones gástricas, los autores han podido comprobar en el plazo de tres años y medio la presentación de litiasis biliar en seis casos. Comentan este hecho y declaran que es mucho más frecuente de lo que se cree, y que la mayor parte de los fenómenos dolorosos después de la operación se deben a dicho proceso, haciendo constar que en algunos casos la distribución del dolor durante los cólicos no era la típica. En cuanto a la causa de la litiasis, manifiestan que se desconoce, pero que es posible

que la alteración producida en el flujo duodenal y su presión pueden reflejarse en el sistema biliar, facilitando la precipitación de la colesterolesina.

4514 - 12 de julio de 1947

- Drogas en el tratamiento de la úlcera duodenal, A. H. Douthwaite.
- Enfermedad de Bornholm en los trópicos, W. M. Jamieson y D. M. Prinsley.
- Causas de muerte súbita, R. Richard.
- Hemiplejía en adultos jóvenes, G. Joly Dixon.
- Fractura de esfuerzo de un metatarsiano, L. D. Rutter.
- Prevención de adherencias peritoneales por transplatación de amnios, A. Kubanyi.
- Otitis media crónica supurada bilateral, A. Mackenzie Ross.

Drogas en el tratamiento de la úlcera duodenal.—Se refiere el autor, en primer lugar, al valor de la belladona y su correcta administración en el tratamiento de la úlcera duodenal; declara que la belladona reduce la espasticidad del estómago y duodeno y el ritmo del vaciamiento gástrico, y en este sentido plantea la discusión del mecanismo de producción del dolor en los úlceras, afirmando que su causa es la hipermotilidad y no la acidez, ya que la belladona, capaz de hacer desaparecer los dolores, apenas modifica la acidez; ahora bien, para que sea eficaz es preciso suministrar una dosis suficiente para producir sequedad de boca. En cuanto a los alcalinos y otros antiácidos, dice que son de poco valor, pues su efecto es poco variable y transitorio sobre la acidez gástrica; únicamente son más eficaces si se administran en unión de aceite de olivas, que impide el vaciamiento rápido del estómago; de todas formas, insiste en que llevan consigo el peligro de enmascarar los síntomas mientras progresa la enfermedad. A continuación dice que el mejor procedimiento neutralizante es la alimentación continua gota a gota de leche y, por último, señala el valor del cáñamo indico como sedante en la fase aguda.

Enfermedad de Bornholm en los trópicos.—Describen los autores un brote de 35 casos de este proceso aparecido en Aden en la última estación calurosa. El cuadro clínico, con pequeñas variaciones, era casi superponible al síndrome clásico. El examen de la sangre mostró una ligera leucocitosis con polinucleosis y aceleración de la velocidad de sedimentación; desde el punto de vista radiológico no se encontraron anomalías. La orquitis fue la complicación más frecuente, pues se presentó en 12 de 30 casos; sólo en un caso hubo pleuritis seca y en 7 casos la cefalea fue tan intensa como para considerarla como complicación. Discuten la epidemiología, y declaran que lo más verosímil en cuanto a la difusión es la infección por gotitas, aunque no puede excluirse la contaminación de los alimentos o de la leche.

Hemiplejía en adultos jóvenes.—El autor ha podido estudiar entre 1940 y 1946, 35 casos de hemiplejía en individuos con edad entre veinte y cuarenta años. En 19 el proceso se instaló de manera paulatina, debiéndose a tumores, esclerosis múltiple, etc. En los 16 restantes, la hemiplejía fue súbita, y aunque algunos presentaban signos de una cardiopatía embolizante, la mayoría no los presentaban, y según el autor, el fenómeno puede ser debido a una trombosis venosa en el sistema rotundico o bien a hemorragia, trombosis o embolia en sistema arterial, siendo los hallazgos asociados más frecuentes la sepsis en el lecho vascular yugular, enfermedades pulmonares recientes y una tendencia a la elevación anormal de la presión arterial.

4515 - 19 de julio de 1947

- Aspectos de la esterilidad humana, A. Sharman.
- Biopsias ganglionares para la tuberculosis osteoarticular, G. P. Arden y J. C. Scott.
- Tratamiento del aborto inevitable, incompleto y séptico, J. McD. Corston y J. Staliworthy.
- Una clínica para niños en contacto con tuberculosos, F. J. W. Miller.
- Rabdomiosarcoma motivando retención aguda, E. Minchin.
- Agglutinina anti-E pura en el suero de una mujer Rh-negativa, D. S. Dick.

Tratamiento del aborto inevitable, incompleto y séptico.—En primer lugar, los autores definen estos tres tipos de aborto, diciendo que es inevitable cuando la hemorragia se asocia con contracciones uterinas y dilatación del cérvix interno; es incompleto, cuando la hemorragia persiste después del aborto y la exploración demuestra un útero grande, habitualmente con canal cervical abierto o cuando se presume que ha quedado retenido parte del material placentario; y se considera como séptico cuando coexiste con fiebre, descartando otros procesos capaces de producirla. Han tratado 600 casos por medio de la evacuación quirúrgica del útero, seguida de la inserción de una compresa durante seis horas. En 42 casos existía infección al ingresar (2 con *Cl. welchii*) y en todos ellos se inició la quimioterapia específica antes de variar el útero. La estancia media en el hospital fue de 7,5 días y sólo hubo una muerte (mortalidad del 0,17 por 100). Aseguran los autores que la evacuación quirúrgica del útero en estos tipos de aborto, si se realiza cuidadosamente proporciona un método seguro y eficaz de tratarlos, aparte de reducir la estancia en el hospital. Consideran que la baja mortalidad observada (1 en 600) puede ser atribuida al método de tratamiento y al hecho de ser realizado por personas especialmente adiestradas. Terminan diciendo que el tratamiento de rutina es fácil de prescribir, pero de la decisión difícil de cuándo realizarla, puede depender el balance entre la vida y la muerte.

4516 - 26 de julio de 1947

Medicina en el mundo de la postguerra. H. Lett.
Aspectos quirúrgicos de la amebiasis. P. Theron.
Yodo y lactación deficiente. M. Robinson.
Dilatación aguda del estómago. B. Markowski.
Peritonitis biliar en la infancia. F. D. Hindmarsh.
Prueba de Berger-Kahn para la sífilis. J. H. Fodden y E. J. Maddox.
Cinerradiografía en cirugía ortopédica. L. Gillis.
Dermatitis arsenical tratada con BAL. J. L. Reeve.

Dilatación aguda del estómago.—La mayor parte de los casos de dilatación aguda del estómago constituyen complicaciones postoperatorias o postanestésicas, pero sólo pocos autores han descrito casos por sobrecarga excesiva del estómago, de lo que el autor refiere cuatro observados en prisioneros de guerra. Declara que en individuos emaciados o en ayuno prolongado, la dilatación aguda del estómago puede precipitarse por la ingestión de una cantidad de alimento comparativamente pequeña. Clínicamente, hay tres signos de importancia práctica: la somnolencia; la dificultad al paso de la sonda y particularmente de agua para diluir el contenido gástrico; y la imposibilidad de extraer los líquidos del estómago. En cuanto al tratamiento, declara el autor que el lavado, con el enfermo colocado en posición lateral izquierda con las rodillas dobladas, tuvo éxito en dos casos, pero en los otros dos fue preciso hacer una enterostomía. Manifiesta, por último, con motivo de un caso adicional que murió después de la gastrostomía, que esta operación es peligrosa, y considera que la incisión de las paredes del estómago en estos casos puede tener un efecto adverso.

Peritonitis biliar en la infancia.—Refiere el autor un caso presentado en una niña de veintidós meses, que fue intervenida, sin que se apreciase el punto de salida de la bilis, y sólo se hizo un simple drenaje de la región coledociana, extrayendo aproximadamente medio litro de líquido teñido por bilis, que, cultivado, demostró ser estéril; el curso postoperatorio fue bueno, y la niña curó rápidamente. El autor se pregunta cuál pudo ser la causa de la salida de bilis, apuntando la posibilidad de la ruptura de un pequeño quiste o conducto aberrante, cuyo tamaño fuera muy pequeño, pues la curación fue rápida y completa; piensa también, por la existencia de edema retroperitoneal, en la ruptura de un sáculo duodenal, pero el curso del proceso hubiera sido distinto. Como rasgos clínicos notables, exhibía fiebre y leucocitosis, lo que sugería un proceso inflamatorio, pero, como ya se dijo, la bilis era estéril.

The Lancet.

6462 - 5 de julio de 1948

Cuarentena, incubación y aislamiento en la escuela. R. E. Smith.
Observaciones ulteriores sobre una sustancia inhibitoria (nisina) de los estreptococos lácticos. A. T. R. Mattick y A. Hirsch.
Efecto de la penicilina sobre la serología de la sífilis latente y tardía. R. R. Wilcox.
Micrognatia. A. M. Sweet y M. Kemsley.
Cuidados de la colostomía permanente. C. E. Dukes.
Tuberculosis broncomediastínica: pronóstico y tratamiento. H. Stevens.
Amebiasis cerebral tratada con emetina. P. Collard y D. Kendall.

Efecto de la penicilina sobre la serología de la sífilis latente y tardía.—Describe el autor los efectos de la penicilina sobre la serología de 120 enfermos con sífilis tardía o latente seguidos durante seis o más meses. Sólo 34 recibieron después otro tratamiento, y a éstos corresponden nada más que 12 de los 56 éxitos obtenidos.

Se había hecho un tratamiento previo con arsénico y bismuto a 80 enfermos, lo que sirvió como índice de la posible respuesta a ulteriores medidas antisifilíticas. La mejoría fue mayor en la sífilis latente de origen reciente conocido y menor en la sintomática tardía y en la congénita. Los casos con un título inicial bajo fueron mucho mejor a los seis meses que aquellos cuyo título era alto; sin embargo, observaciones posteriores demostraron que no proseguía la mejoría, sino que, por el contrario, se produjo un número apreciable de recaídas en los de título bajo, mientras que en los de título inicial alto comenzaban a mejorar a los nueve meses y continuaban mejorando al año, con un número de recaídas mucho menor. Los casos cuyo título se fijó por el arsénico y bismuto fueron mucho peor que los que tenían un título variable. No hubo paralelismo entre la respuesta del líquido cefalorraquídeo y el título serológico.

Tuberculosis broncomediastínica.—Comienza diciendo el autor que la tuberculosis regional es muy frecuentemente debida a la diseminación vascular a partir de adenitis mediastínicas, y que la tuberculosis ganglionar mediastínica es verosímilmente la causa de bacilemias repetidas; en ocasiones causa endobronquitis, con formación incluso de abscesos en botón de camisa y algunas veces derrames pleurales. La tuberculosis broncomediastínica se presenta en niños, en adultos con lesiones pulmonares mínimas desde el punto de vista radiológico, pero con baciloscopia positiva y en enfermos con cavidades en los que la colapsoterapia no ha sido eficaz. El pronóstico depende en primer lugar de la eliminación de la parte superficial del absceso como fuente de toxemia; en segundo término, del control del extremo profundo del absceso por medidas generales, punción o excisión; en tercer lugar, de la encapsulación o quiescencia de los ganglios afectos y, por último, de factores constitucionales. En cuanto al tratamiento, se basa en reposo absoluto, aire puro y mantenimiento de una buena concentración de hemoglobina, incluso valiéndose de transfusiones sanguíneas en caso necesario, combinado con las medidas locales habituales.

6463 - 12 de julio de 1948

Los centauros o ciencia y gobernantes. W. Elliott.
Vagotomía para la úlcera péptica. V. C. Thompson y A. H. James.
Tratamiento de la vejiga después de la cistostomía suprapúbica. P. W. Nathan.
Administración intravenosa de hierro. J. A. Nissim.
Alteraciones electroencefalográficas en la jaqueca. D. J. Dow y C. W. M. Whitty.
Técnica de la anestesia laríngea. R. R. Macintosh.
Un signo precoz en el espú. C. A. Hinds Howell.

Vagotomía para la úlcera péptica.—Después de revisar la literatura sobre este tema, describen los autores las historias clínicas de cuatro enfermos en los que se hizo esta operación, y que fueron seleccionados por ser

casos extremos de diátesis ulcerosa. Todos ellos mejoraron considerablemente, y las medidas del pH gástrico antes y después de la operación demostraron una evidente reducción, valores que, aunque aumentaron posteriormente, no llegaron a alcanzar los valores previos. Concluyen que todavía no pueden sacarse conclusiones definitivas, pero el escaso riesgo de la operación y sus buenos efectos la hacen aconsejable en el tratamiento de los casos con muchas molestias y grandes dificultades operatorias.

Alteraciones electroencefalográficas en la jaqueca.—Estudian los autores 51 casos de jaqueca, y en 35 encontraron alteraciones electroencefalográficas: disritmia generalizada en 14, actividad episódica simétrica bilateral en 12 y en 4 una anomalía focal persistente. Se pudo observar una exageración de la anomalía previa en el aura y en el período precoz de la cefalea en 5 de 8 casos, y después del tartrato de ergotamina, en 3 de 5 casos. Discuten el valor del electroencefalograma en la jaqueca, y recalcan la importancia para su valoración del momento del ciclo de la jaqueca en el que se hace el registro.

6464 - 19 de julio de 1947

- La educación de los psiquiatras. A. Lewis.
- Resección vaginal en el tratamiento de la úlcera duodenal. I. M. Orr y H. D. Johnson.
- Términos clínicos como posible mecanismo de infección cruzada en un hospital. J. B. M. Green y J. B. Penfold.
- Tratamiento hormonal de la lactación deficiente. Resultados con un extracto crudo de hipófisis anterior. M. Robinson.
- Un alfiler deglutido y alojado en el apéndice. J. Scholefield.

Resección vaginal en el tratamiento de la úlcera duodenal.—Declaran los autores que la incidencia de la úlcera duodenal va aumentando progresivamente y de un modo alarmante, y que aunque el 80 por 100 de las úlceras pueden curarse médicamente, sin embargo, el 65 por 100 de los enfermos tienen una recidiva en el plazo de dos años; además, el riesgo de complicaciones es considerable, pues una de cada cuatro o cinco úlceras sangra o se perfora. La gastroyeyunostomía constituye un fracaso como procedimiento de rutina, pues además de que su mortalidad es del 2 por 100, no cura más que aproximadamente la mitad de los enfermos. La gastrectomía es más eficaz si es lo suficientemente radical, pero también es más peligrosa, pues su mortalidad viene a ser del 5 por 100 por término medio; la incidencia de recidivas, del 2-9 por 100; hay un porcentaje de enfermos que no se liberan de síntomas, y otro, por último, que presentan síntomas dependientes de la misma operación. Los autores se pronuncian por la resección vaginal como un procedimiento prometedor, y se declaran partidarios de la resección a través del hiato por vía abdominal. Llamán la atención sobre la pobreza de resultados consecutiva a la sección incompleta y a la importancia de la prueba de la insulina para diferenciar las

vagotomías completas y parciales. Finalmente describen los buenos resultados observados en 50 enfermos que fueron sometidos a dicha intervención.

6465 - 26 de julio de 1947

- * Carcinoma del pulmón. T. Holmes Sellors, Q. Cruickshank y B. R. Billimoria.
- Bacteriología de la colección y preservación de la leche humana. J. Wright.
- Aspectos emocionales de las enfermedades cutáneas. G. Gladstone Robertson.
- Efectos de la masa de inoculación sobre la virulencia de las bacterias inyectadas intraperitonealmente en el ratón. J. M. Barnes.
- * Acido fólico en la anemia megaloblástica después de la gastrectomía total. M. E. Morgans, C. Rimington y N. Whittaker.
- Fracaso en el injerto óseo cortical. V. H. Ellis, H. H. Langston y J. S. Ellis.
- Agglutininas anti-N y otras al frío en el suero humano. E. N. Allott y C. A. Holman.
- * Disfunción hepática en la úlcera péptica: observaciones con la prueba de ácido hipúrico. H. Pollak.
- Osteomielitis estafilocócica de la columna en un niño de tres semanas. P. G. Finch.

Carcinoma del pulmón.—Se trata de una atinada puesta al día de este problema, en la que los autores pasan revista en primer lugar a los síntomas y signos del proceso, haciendo mención de los efectos de compresión, de las metástasis y especialmente de los síntomas precoces. En cuanto al diagnóstico, insisten en el valor de la radiografía, broncoscopia, broncografía y del examen del esputo. A continuación se refieren al tratamiento quirúrgico, comunicando 246 casos, de los que en 130 pudo hacerse la extirpación del tumor (neumonectomía en 122 y lobectomía en 8); murieron 19 enfermos a consecuencia de la operación, y la supervivencia fué de 56 casos en el primer grupo de enfermos y de 3 en el segundo. Finalmente recalcan la importancia del diagnóstico precoz y de la selección rigurosa de los enfermos para mejorar el pronóstico de esa enfermedad.

Acido fólico en la anemia megaloblástica consecutiva a la gastrectomía total.—Siendo tan poco frecuente la anemia megaloblástica después de la gastrectomía total, tiene interés la comunicación de este caso, pero además es interesante porque se refiere su tratamiento con el ácido fólico. No se consiguió una gran respuesta reticulocitaria, pero, sin embargo, pudo comprobarse la transformación de la médula megaloblástica en normoblástica y la consiguiente mejoría del cuadro hemático y general del enfermo.

Disfunción hepática en la úlcera péptica.—El autor estudia la función hepática en 67 enfermos de úlcera péptica por el método de la síntesis del ácido hipúrico, y encuentra en todos ellos un cierto grado de insuficiencia hepática valorada, según dicho procedimiento. Sugiere que la disfunción hepática, independientemente de su causa, y reflejando probablemente un trastorno general del metabolismo, podría disminuir la resistencia de la mucosa gastroduodenal, y subraya la importancia de medir la función hepática antes de la intervención.