

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

LECCIONES DE TUBERCULOSIS PULMONAR. Doctor JOSÉ ZAPATERO.—Otice. Madrid, 1948.

Un libro es calificado de bueno cuando es necesario, es decir, cuando su aparición cumple un fin insuficientemente servido hasta entonces, y, en segundo lugar, cuando cumple este fin íntegramente, es decir, cuando es útil. Un libro español de tuberculosis dedicado al médico general y al estudiante era necesario en nuestra patria, a pesar de existir buenas traducciones de obras semejantes extranjeras. Las obras nacionales sobre tuberculosis aparecidas en los últimos tiempos van en realidad más dirigidas hacia el especialmente interesado en estos temas. Decir, sin embargo, que un libro está dedicado al médico general y al estudiante no significa en modo alguno su inclusión en una subclase de inferior categoría, sino un reconocimiento del mérito del autor, al conseguir una exposición fácilmente inteligible, de cuestiones muy debatidas, sobre todo cuando, como en este caso, el autor no esquiva las dificultades, huyéndolas o aparentando ignorarlas, sino que las afronta en exposiciones sencillas, pero detalladas, y las resuelve en resúmenes claros. Las obras cuya motivación, como es el caso en el libro que comentamos, es la reunión de un conjunto de lecciones profesadas públicamente, suelen tener precisamente como característica su *calidad didáctica*. Esto ocurre también con el libro del Dr. Zapatero. Pero se equivocaría quien creyera por lo dicho hasta ahora que se trata de un libro elemental. El autor luce una excelente información, engastada en

la base fundamental, base que se echa de menos en muchas publicaciones del otro lado del Atlántico, de las publicaciones alemanas de los últimos veinte años. La buena bibliografía manejada lo está con ese arte que sólo da la repetida meditación sobre los problemas y el fiel contraste con la propia experiencia.

El libro se inicia con tres lecciones sobre las características del bacilo de Koch y los modos de su entrada en el huésped. La herencia, constitución, alergia e inmunidad en relación con la tuberculosis, son estudiadas en las cinco lecciones siguientes. Despues de dos capítulos sobre la histioarquitectura normal del pulmón y su alteración por la enfermedad, se considera la primoinfección del niño y la del adulto, la reinfección, las formas de comienzo y las tuberculosis hematogénas. Se dedica una lección al estudio de las clasificaciones de la tuberculosis pulmonar, y cinco al de los síntomas y su tratamiento. El libro termina con una revisión muy completa del tratamiento estreptomicínico y por sulfonas. El autor ha renunciado a ocuparse del tratamiento colapsoterápico por considerarlo propio de otro tipo de libros.

En resumen, se trata de una obra orientada especialmente hacia los temas básicos de la patología general de la infección y de la enfermedad tuberculosa, que será de gran utilidad para todo el que se quiera iniciar en estas cuestiones, y que para el ya iniciado representa una ordenación serena de los problemas y un recuerdo muy completo de la bibliografía fundamental.

B) REFERATAS

The Quarterly Journal of Medicine.

17 - 65 - 1948

- * Anemia hemolítica crónica con hemoglobinuria. M. D. Hickey y L. K. Malley.
- * Anomalías de la absorción intestinal de grasa. II. La hematología de la esteatorrea idiopática. W. T. Cooke, A. C. Frazer, A. L. Peeney, H. G. Sammons y M. D. Thompson.
- * Hemosiderosis pulmonar idiopática. W. G. Wyllie, W. Sheldon, M. Bodian y A. Barlo.
- * El tratamiento de la dermatitis arsenical con BAL. A. B. Barleton, R. A. Peters y R. H. S. Thompson.
- Notas referentes a la ictericia crónica. F. Parkes Weber.
- * Hipertensión grave en jóvenes. R. Platt.

Anemia hemolítica crónica con hemoglobinuria.—Se describe un caso de síndrome de Marchiafava-Micheli, consistente en una anemia hemolítica crónica con episodios de hemoglobinuria (cinco accesos de hemoglobinuria, uno de ellos nocturno, en el transcurso de tres años). El enfermo descrito presentaba algunas peculiaridades. El enfriamiento de los hematies no aumentaba su facilidad para la hemólisis. Esta se realizaba en presencia de suero acidificado, según la técnica de Ham, en una proporción constante de hematies. El suero caliente perdía la propiedad de lisar los glóbulos y tal suero caliente (incluso el suero normal caliente) inhibe el poder litico del suero propio. Otro de los caracteres del enfermo descrito fué el de presentar los accesos de hemoglobinuria en relación con la adminis-

tración de hierro y en una ocasión poco después de una transfusión. Los autores no aducen ninguna explicación del hecho de la hemoglobinuria por administración de hierro.

La hematología de la esteatorrea idiopática.—Se estudian en el trabajo los datos hematológicos de 45 enfermos de esteatorrea idiopática. En 33 de ellos era la cifra de hematies superior a 2.500.000; en 10, existía una evidente leucopenia. El diámetro corpuscular medio es algo elevado (8,4 micras) y el cociente diámetro: espesor estaba aumentado y era mayor de 4,2 : 1 en 15 de los casos. En todos ellos se encontraba aumentada la resistencia globular osmótica. En las extensiones teñidas se observa en algunos pacientes un cuadro similar al de la anemia perniciosa, exceptuando la presencia de algunas formas en diana y una menor poiquilocitosis, en tanto que otros muestran gran anisocitosis y muchas células en diana, siendo los macrocitos en general más tingibles que las células pequeñas. En 4 de los 17 casos en que se realizó una punción esternal, la médula ósea era indistinguible de la que se encuentra en la anemia perniciosa. El recambio pigmentario se estudió en 11 casos y cinco de ellos mostraban aumento de eliminación fecal de pigmento. No se observó ninguna modificación del cuadro hemático por el tratamiento con hígado, hierro, vitaminas y aminoácidos; aunque seis de ellos alcanzaron cifras normales de hematies, persistían las anomalías de los mismos. La

Oxigenoterapia e Investigaciones Farmacotécnicas Claudio Ri

M A D R I D

Evaristo San Miguel, 26 - Teléfono 31-81-97



B A R C E L O N A

Av. Gralmo. Franco, 435 - Tels. 73744 y 51243

OXIGENOTERAPIA Y CARBOTERAPIA

Círculo abierto: mascarillas, sondas nasales, cono de proyección.

Círculo cerrado: tiendas, cabinas, etcétera.

Oxigenoterapia inyectable.

ANESTESIA

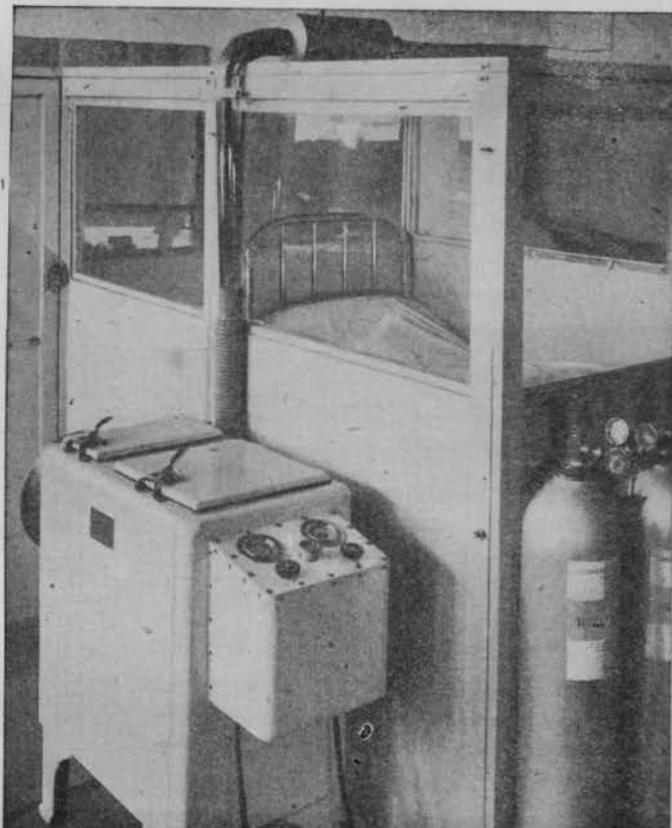
Manóreductores velímetros para el control o medición del caudal de O₂ y CO₂ en c. c. o litros minuto. Especialmente indicados para el suministro de precisión de O₂ y CO₂ a los aparatos de anestesia y otros.

AEROSOLES MEDICAMENTOSOS

Válvula "Oxifar" simple y con dispositivo de presiones alternantes.

APARATOS E INSTALACIONES ESPECIALES

Profilaxis aerógena, atmósferas estériles para quirófanos, etc. Estudios, proyectos y presupuestos gratis.

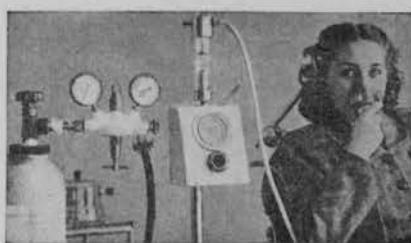


OXIGENOTERAPIA 1948

Cabina oxigenoterápica desmontable "Oxifar". Comodidad, seguridad, eficacia, en una realización inmejorable.



Aparato oxigenoterápico. Modelo circuito cerrado.



Válvula aerosólica para inhalaciones.



Círculo cerrado, Modelo sillón (para enfermos ambulatorios).

*todos los factores terapéuticos
del hígado vivo*

VIBEPAL

MEDICACIÓN HEPÁTICO - VITAMÍNICA

Principio antianémico
del hígado fresco y vi-
taminas B1., B2., nicotina-
mida y C, estabilizadas.

INYECCIÓN INTRAMUSCULAR

Caja de
10 ampollas
de 2 cc.

Caja de
10 ampollas
de 1 cc.

ANEMIAS • CARENCIAS • INTOXICACIONES • RECONSTITUYENTE GENERAL



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACEUTICOS
F.º Navacerrada, 62 • Teléfono 55386 • Apartado 9030

MADRID

patogenia de la anemia en la esteatorrea no aparece clara y, desde luego, es distinta de la de otras anemias macrocíticas; es posible que el defecto de absorción de la grasa sea el motivo de una más rápida destrucción de hematies.

Hemosiderosis pulmonar idiopática.—La hemosiderosis pulmonar idiopática o induración parda esencial del pulmón es un cuadro no frecuente (se han descrito 17 casos y los autores añaden siete más) que se presenta en niños. No parece haber para ello una predisposición familiar. Los síntomas clínicos consisten en accesos de disnea y cianosis, asociados a anemia hipocrómica, con signos de hemólisis aumentada. A veces se presentan hemoptisis, hematemesis y dolores abdominales. Radiológicamente se encuentran sombras moteadas, que a veces semejan las de la tuberculosis miliar y que aumentan en el curso del acceso disneoico. En el tejido intersticial del pulmón se halla un aumento de la reticulina, colágena y fibras musculares, con lo que disminuye la distensibilidad del pulmón y aparece un estasis en los pequeños vasos, seguido de hemorragias por diapedesis y formación de hemosiderina. Gradualmente se instituye una fibrosis pulmonar, que suele terminar fatalmente.

El tratamiento de la dermatitis arsenical con BAL.—Se refiere en el trabajo la experiencia en el tratamiento con BAL de 44 casos de dermatitis arsenical, de ellos, 41 de tipo exfoliativo agudo. El tratamiento se realizó con ampollas de 2 c. c. de solución del BAL al 5 por 100 en aceite de cacahuete; el primer día se inyectaron cuatro ampollas; los tres días siguientes, dos ampollas diarias, y una ampolla al día, otros dos días. El tratamiento es eficaz en el 50 por 100 de los casos aproximadamente, a veces de un modo teatral; lo primero en desaparecer suele ser el edema y la exudación de las lesiones. Tres de los enfermos fallecieron, a pesar del tratamiento; en otros casos no se pudo realizar bien la observación; en el conjunto de los 37 restantes, el número de días necesarios para la curación de las lesiones fué de 21,5 por término medio, en tanto que antes del empleo del BAL era de 62,5 días. En ocho de los enfermos se desarrollaron abscesos en los puntos de la inyección, lo cual interpretan los autores como prueba de la bacteriemia existente, ya que a veces se presentaron en lugares donde no se había inyectado el fármaco.

Hipertensión grave en jóvenes.—En el curso de un estudio sobre la herencia de la hipertensión, el autor demostró que hay que hacer una estricta separación entre la hipertensión esencial y la secundaria. La falta de esta norma es lo que ha inducido a la creencia errónea de que la hipertensión maligna es frecuente en los jóvenes. Es cierto que la hipertensión secundaria suele afectar a los jóvenes y es frecuentemente de carácter maligno; pero si se reserva el nombre de hipertensión maligna para la esencial que tiene el indicado curso, se comprueba que no suelen ser atacados los jóvenes. Entre 191 casos de hipertensión grave estudiados por el autor, había 45 menores de cuarenta años y sólo 13 de ellos eran de hipertensión esencial. Ningún caso de hipertensión maligna, con las limitaciones dichas, apareció antes de los treinta y cuatro años. Si se excluyen los enfermos con hipertensión secundaria, la media de edad de los enfermos con hipertensión benigna es de 53,2 años y la de los hipertensos malignos 45,2 años.

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.

10 - 4 - 1947

Investigación en un paciente sujeto a accesos mioclónicos por estimulación sensorial. G. D. Dawson.
Actinomycosis del cerebro. W. Levin y A. D. Morgan.
Encefalopatía arsenical en tropas indias. L. Krainer, D. A. K. Black, R. J. McGill y N. V. Rao.
• Afasia estudiada en pacientes con heridas por proyectil. F. Schiller.

Afasia estudiada en pacientes con heridas por proyectil.—Con objeto de estudiar la localización de los trastornos afásicos, el autor analiza la sintomatología de 46 lesiones de guerra por proyectil en el hemisferio dominante. Todos los enfermos fueron sometidos a una serie de veinte pruebas y los resultados eran marcados en una gráfica, fijando para cada prueba una escala arbitraria de 0 a 5. De este material se obtiene la conclusión de que se trata siempre de síndromes mixtos, que dependen en gran parte de factores personales y pretraumáticos. En todos los casos, cualquiera que fuese la localización, se encontró una afasia de tipo nominal; también el deletrear se afecta en casi todos los heridos. No es posible establecer rigidamente la diferencia entre una afasia aferente y eferente. La localización influye en el sentido de que las lesiones frontales tienden a alterar la iniciativa, la velocidad de enunciación, la articulación de las palabras y la inflexión de la voz. Las lesiones temporales afectan más a la comprensión del lenguaje hablado, tanto propio como de otras personas, y además hay parafasia, jergafasia y agramatismo. Las lesiones témpero-parietales interfieren con la interpretación de lectura y escritura. En las lesiones parietales hay un trastorno de las facultades referentes a la orientación espacial y apreciación de la forma. Las lesiones de la parte posterior del área de Silvio son las más perjudiciales para los aspectos intelectuales del lenguaje.

British Medical Journal.

4535 - 6 de diciembre de 1947

- * Estreptomicina y meningitis tuberculosa. R. Debré, St. Thieffry, Ed. Brissaud y H. Noufflard.
- Síndrome del liquen plano tropical. W. Williams.
- Poliomielitis: Un segundo ataque. M. W. Alves e I. Pugh.
- Tetralogía de Fallot y su tratamiento quirúrgico. G. Murray.
- Eloqueo cardíaco completo en la infancia. J. R. H. Towers y C. Bremer.
- Amigdalectomía y adenoidectomía. F. M. Walker.
- Ruptura espontánea del bazo. W. O. Spence.

Estreptomicina y meningitis tuberculosa.—Los autores recalcan en primer lugar la necesidad del diagnóstico precoz, contrastando esto con la evidente resistencia a dar los pasos necesarios para este fin que existía antes de poseer un tratamiento eficaz. Actualmente el coma es el único signo de mal pronóstico: señalan la importancia de la punición lumbar para descubrir los casos de meningitis latente en los enfermos con signos de diseminación miliar y el valor del examen oftalmológico. De acuerdo con la experiencia general, se encontró el bacilo tuberculoso en el líquido cefalorraquídeo de 41 de 90 casos de evidente meningitis tuberculosa, pero afirman que es posible casi siempre confirmar su presencia por cultivo. El tratamiento se hizo de primera intención por la administración de grandes dosis de estreptomicina, empleando las vías intramuscular e intratecal. La dosis máxima mencionada (200.000 unidades por kilo de peso al día) es equivalente a la dosis diaria de 10.000.000 (10 gramos) para un adulto. Este sistema de tratamiento produjo una situación en la que los síntomas y signos de una nueva enfermedad experimental habían de distinguirse de los de la enfermedad que se estaba tratando. Entre las manifestaciones atribuidas a la intoxicación por estreptomicina están la fiebre, pérdida rápida de peso, somnolencia y alteraciones mentales, sordera, erupciones cutáneas y reacciones meningeas con rigidez e incluso convulsiones, así como también pleocitosis en el líquido. La sordera, que puede ser muy difícil de determinar en enfermos inconscientes o semiinconscientes, se produjo en 15 casos; éste es quizás el efecto tóxico más importante de la estreptomicina, aunque también son de destacar las reacciones en el lugar de la inyección, incluso hasta la formación de abscesos. Cuando este tratamiento se abandonaba, forzosamente, el cambio se describía como una verdadera resurrección. Entonces decidieron variar el esquema de tratamiento, que dividen en dos fases: la primera fase o de ataque, consiste en la administración

de las dosis citadas, pero sólo durante una semana, y luego viene la fase de mantenimiento, durante la cual se continúa con dosis más pequeñas y exclusivamente por vía intramuscular. De los 118 casos que han estudiado, sólo en 70 pudo hacerse un tratamiento depurado, y de ellos en el momento presente 46 que recibieron dicho tratamiento durante dos a diez meses se encuentran bien. El problema que plantean los autores es cuándo debe suspenderse el tratamiento, y aunque por el momento dicen que han tratado a estos niños continuamente, como los diabéticos con la insulina, señalan que en el futuro la suspensión del tratamiento deberá hacerse cuando hayan desaparecido todos los síntomas meníngeos, la curva del peso sea ascendente, no exista fiebre, la velocidad de sedimentación sea normal y el recuento de linfocitos esté por debajo de 10×10^6 mm. c. en exámenes repetidos, a lo que añaden la ausencia de bacilos tuberculosos en el cultivo y cantidad normal de albúmina en el líquido.

Tetralogía de Fallot y su tratamiento quirúrgico.—De los 60 casos de cardiografías congénitas operados por el autor, 40 padecían una tetralogía de Fallot. La técnica seguida es la preconizada por Blalock y Tausig, que consiste en la anastomosis de una rama grande de la aorta con la arteria pulmonar. Los resultados son alentadores, puesto que de los 40 casos sólo murieron 3, o sea el 7,5 por 100.

4536 - 13 de diciembre de 1947

- * Prevención de lesiones renales por mezclas de sulfonamidas. D. Lehr.
- * Sulfamerazina para la neumonía en adultos. H. Joules y S. D. V. Weller.
- * Penicilina oral para la neumonía en el adulto. T. Anderson y J. D. Landsman.
- Penicilina oral en niños pequeños. A. I. Suchett-Kaye y R. D. Latter.
- * Reacciones linfáticas en familiares de enfermos leucémicos. S. N. Arshansky.
- Producción de aglutininas Rh anti-C y anti-E. J. J. Van Loghem.
- Peligros del reposo en cama. R. A. J. Asher.
- Fuga después de la administración de mepacrina. D. R. Macdonald.
- Calcificación del miocardio. S. Hewitt.

Prevención de lesiones renales por mezclas de sulfonamidas.—Se trata de un procedimiento sencillo para la prevención de complicaciones renales por la terapéutica sulfonamídica. Consiste en el empleo de una mezcla de varias sulfonamidas en dosis parciales en lugar de compuestos simples: en la solución cada componente de la mezcla se comporta como si estuviera solo, no ejerciendo influencia sobre la solubilidad de los otros. Consiguientemente, se disminuye considerablemente el peligro de precipitación en el riñón, como se ha podido demostrar en experimentos animales y estudios clínicos, correspondiendo a lo que hubiera sucedido dando cada compuesto aisladamente y a la dosis parcial contenida en la combinación. Por otro lado, el efecto quimioterapéutico de estas mezclas es aproximadamente proporcional a su contenido total en sulfonamidas. Los resultados de estos estudios indican que las combinaciones de dos o más sulfonamidas deberán usarse con preferencia a los compuestos simples para todas las indicaciones, puesto que a una gran eficacia terapéutica se une una toxicidad renal considerablemente pequeña. El principio de disolver en el mismo medio drogas similares estructuralmente y terapéuticamente equivalentes hasta el grado máximo de los niveles de saturación para cada compuesto, puede ser de valor en cualquier caso donde drogas escasamente solubles han de ser incorporadas a pequeñas cantidades de solvente.

Sulfamerazina para la neumonía en adultos.—Los autores refieren que no hubo ninguna muerte entre 113 casos tratados con dicha droga y presentan este dato frente a cinco muertes (mortalidad, el 7 por 100) entre 76 casos tratados con otros agentes e incluso con terapéuticas combinadas. Subrayan que la sulfamerazina es un agente terapéutico satisfactorio contra la

neumonía y que tiene la ventaja de que puede administrarse a dosis relativamente pequeñas con intervalos de ocho horas. Declaran que de esta manera puede tratarse la pulmonía en la propia casa del enfermo, y que si no se obtiene respuesta al cabo de cuarenta y ocho horas, debe el caso ser ingresado en el hospital para su investigación y tratamiento.

Penicilina oral para la neumonía en el adulto.—De los resultados señalados por los autores se deduce que la administración oral de penicilina es un método satisfactorio de tratamiento de la neumonía. Su experiencia indica que el tratamiento debe comenzarse con una dosis diaria cuatro veces superior a la que se utiliza por vía intramuscular: cuando la mejoría clínica es evidente la dosis puede reducirse a la mitad. En cuanto a la técnica de administración, aconsejan dar el antibiótico con leche y con una ingestión máxima de líquido de un litro al día. Terminan diciendo que la penicilina por vía oral es un método aconsejable para aquellos enfermos con neumonía en los que no se crea prudente la administración de sulfonamidas y quieran evitarse los inconvenientes de las numerosas inyecciones.

Reacciones linfáticas en familiares de enfermos leucémicos.—Este trabajo se ocupa de las formas ocultas de leucemia. La manifestación sorprendentemente rara del genotipo leucémico combinada con el descubrimiento de una reacción linfática peculiar en el hermano de un enfermo leucémico, le condujo al autor a investigar entre los miembros de familias de afectados con leucemia por si exhibían algunos síntomas de la enfermedad. Describe tres casos con una labilidad peculiar por parte del sistema linfático en varios familiares de enfermos leucémicos, cuya peculiaridad consiste en una reacción linfática, especialmente en relación con las infecciones. Al lado del hallazgo de estos sujetos, el autor, mirando en dirección opuesta, encuentra un caso con leucocitosis y linfarritaria provocada de una familia en la que existieron casos de leucemia; notando una reacción linfática peculiar en un gemelo, presumió la presencia de enfermos leucémicos en la familia, suposición que fué confirmada, y también pudo ver que el segundo gemelo había mostrado una reacción linfática durante una enfermedad infecciosa. Dedució que la asociación entre leucemia y reacciones linfáticas no es accidental y que debe ser debida a la influencia del genotipo leucémico. El tercer caso le sirve para hacer ciertas indicaciones sobre el pronóstico de estas reacciones linfáticas, ya que un enfermo leucémico mostró una reacción linfática cuatro años antes de padecer el proceso. Finaliza diciendo que esta investigación es solamente un paso previo en el estudio de la expresión del gene leucémico.

4537 - 20 de diciembre de 1947

- Investigaciones experimentales sobre la enfermedad paradratal. J. D. King.
- * Diagnóstico serológico de la influenza epidémica. L. Hoyle y R. W. Fairbrother.
- El médico general y la influenza. C. H. Stuart-Harris.
- Absceso amebiano de la nalga izquierda. T. C. Morton y S. F. Soutar.
- Toxemia preeclámptica con placenta previa central. G. Newbold.
- Implantación abdominal de un óvulo fertilizado. E. L. Nicolson.
- Tumor cerebeloso simulando una obstrucción pilórica. H. R. Mallows.

Diagnóstico serológico de la influenza epidémica.—Se han ocupado de estudiar las pruebas de fijación del complemento en sueros normales y sueros de convalecientes de influenza durante un período de diez años. Los títulos de los sueros normales humanos son muy constantes a un nivel bajo, mientras que la mayoría de los sueros de convalecientes mostraron títulos superiores a los normales. La prueba de fijación del complemento es específica de especie, distinguiéndose perfectamente bien entre el virus A y el B; pero no hay especificidad de raza, como se ve en la prueba de inhibición de la aglutinación de los hematies. Es, pues, una prueba superior a esta última para el diagnóstico serológico.

de la influenza epidémica, pero no es satisfactoria para valorar la respuesta de anticuerpos a la vacunación con el virus de la influenza.

4538 - 27 de diciembre de 1947

- Poliomielitis aguda. D. McAlpine, M. Kremer, P. H. Buxton y D. J. Cowan.
- Pollomielitis. W. Ritchie Russell.
- Poliomielitis y encefalitis. L. H. Murray.
- * Diagnóstico diferencial de la ictericia por las pruebas de floculación. J. Basil Rennie y S. L. Rae.
- Colecistitis y hepatitis supurada. K. Walton y J. C. Leedham-Green.
- Organización de un departamento geriátrico. L. Cosin.
- Síndrome uveoparotídeo (enfermedad de Heerfordt). R. Tepper.
- Ulceración del anillo nupcial en la falange. B. J. Freedman.

Diagnóstico diferencial de la ictericia por las pruebas de floculación.—Los autores han realizado las pruebas de floculación de la cefalina-colesterina y del oro coloidal en el suero en 491 sujetos, de los cuales 100 eran controles normales, 110 enfermos con alteraciones hepáticas y 270 enfermos sin evidencia clínica de afectación del hígado. En los 100 controles ambas pruebas fueron negativas. De los 270 enfermos sin evidencia clínica de afección hepática, la prueba de la cefalina fué positiva en el 7,8 por 100 y la del oro coloidal en el 9,6 por 100; los resultados positivos con ambas pruebas se encontraron en todos los procesos de este grupo excepto en las enfermedades del sistema nervioso central y en la nefritis y las positividades fueron más frecuentes, aparte de la artritis reumatoide, en los enfermos con infecciones agudas; no se encontró un paralelismo constante entre un determinado factor y la positividad de las pruebas; en la artritis reumatoide hubo ocho reacciones positivas del oro coloidal en 11 enfermos. De los 32 enfermos con ictericia obstructiva, ambas pruebas fueron positivas en el 15,6 por 100; la precipitación completa fué rara. Como contraste, fueron positivas el 76,2 de la de la cefalina y el 81 por 100 de la del oro en la ictericia de origen hepatógeno y se observó la precipitación completa en más de la mitad de los casos. En la ictericia persistente por cirrosis o necrosis subaguda fueron la regla las reacciones positivas y sirvieron para el diagnóstico diferencial con la ictericia obstructiva. A juicio de los autores, la reacción del oro es la más satisfactoria de los dos métodos, puesto que se realiza con soluciones standards de constitución química conocida.

The Lancet.

6484 - 6 de diciembre de 1947

- Maestros de la Medicina. F. M. R. Walshe.
- Cambio de personalidad después de la leucotomía pre-frontal. L. Frankl y W. Mayer-Gross.
- Aborto terapéutico por medio de pastas de jabón blando. H. H. F. Barns.
- * La viabilidad del Treponema pallidum. C. E. Lumsden.
- Penicilina intrabronquial para el absceso de pulmón. E. Rosenthal.
- Una técnica fácil para la canulización intravenosa. A. Cain.
- * Adenopatías en adultos. H. M. Royds Jones.
- Frotis sanguíneos en rayas: Relación con la velocidad de sedimentación y el fibrinógeno del plasma. R. M. Boveri, R. L. Waterfield y T. H. Newman.

Penicilina intrabronquial para el absceso de pulmón.—Comienza diciendo el autor que la penicilina intramuscular puede producir una mejoría, pero nunca la curación definitiva del absceso de pulmón. A su juicio, el método de elección es la administración intrabronquial de penicilina, complementada con inhalaciones frecuentes. De los 11 casos tratados por este método 10 curaron; en un caso hubo dos recidivas, a los cuatro y cinco meses después del final del primer período febril, pero ambas fueron controladas por el tratamiento con penicilina sistemática e intrabronquial.

Adenopatías en adultos.—Describe el autor 9 casos, cuyas características clínicas eran similares a la fiebre

glandular, pero este diagnóstico no se confirmaba en los exámenes complementarios. Pensó en la posibilidad de una rubeola atípica; pero lo descartó por no aparecer al propio tiempo casos típicos de la enfermedad, ya que dichos casos aparecieron entre la tripulación y pasajeros de un barco. Por la presencia de linfocitosis, y aunque no tenían cifras muy altas de leucocitos, el autor se inclina por creer que se trataba de casos de linfocitosis infecciosa aguda.

6485 - 13 de diciembre de 1947

- * Absorción de penicilina por vía oral. H. C. Stewart, y J. R. May.
- Habla después de la reparación del paladar blando. F. H. Bentley e I. Watkins.
- Analgesia con trípteno. J. T. Hayward-Butt.
- Toxoide diftérico de Holt: Contenido en PO₄Al, pureza, envejecimiento y durabilidad de la inmunidad. G. Bousfield.
- * Antistina en el tratamiento de las enfermedades alérgicas. C. J. C. Britton.
- Ácido para-aminosalicílico en tuberculosis. T. G. Dempsey y M. H. Logg.

Absorción de penicilina por vía oral.—Señalan los autores que para asegurar la mejor absorción posible debe administrarse la penicilina con el estómago vacío. No han encontrado diferencias entre la absorción de las penicilina I, II, III y K. En todos los casos, el empleo de cápsulas dió resultados inferiores a los obtenidos con la misma dosis en solución acuosa. El efecto destructivo del jugo gástrico es sólo de importancia cuando el pH es menor de 3. La mayor parte de la penicilina se absorbe en la parte superior del intestino delgado y es prácticamente nula la destrucción por la penicilinasa en la parte superior del tracto digestivo. Declaran que la glucosa es una fuente conveniente de energía que puede administrarse con la penicilina y que a menudo refuerza el efecto. Terminan diciendo que el factor más importante que influencia la absorción de penicilina parece ser las variaciones individuales, inexplicables en la capacidad de absorción del intestino.

Antistina en las enfermedades alérgicas.—Ha tratado el autor con antistina a 85 casos, de los cuales sólo 54 hicieron un curso completo de tratamiento. Entre éstos, 30 padecían una polinosis; 11, urticaria o edema angioneurótico; 10, rinitis vasomotora; 1, prurito de ano; 1, conjuntivitis alérgica, y 1, jaqueca. La dosificación fué de 0,1 gr. por la mañana y por la noche, y si no hay efectos desagradables, se dobla la dosis al día siguiente para ir después aumentando gradualmente si persisten los síntomas hasta un máximo de dos tabletas cuatro veces al día. Se obtuvieron buenos resultados en 38 casos (70 por 100), y en todos el proceso recidió al suspender el tratamiento.

6486 - 20 de diciembre de 1947

- * Tratamiento de la tuberculosis con estreptomicina y sulfetrona. D. G. Madigan, P. N. Swift y G. Broownlee, con un addendum por G. Payling Wright.
- Absceso espástico primario. M. Gelfand.
- Actividad antitiroidea de la ergotoinina en el hombre. E. B. Astwood y M. M. Stanley.
- * Encefalopatía de Wernicke simulando un coma diabético. F. Avery Jones y V. C. Robinson.
- Muerte por anoxia renal después de la anestesia con miasina. T. F. Hewer y R. F. Woolmer.
- * Zoster bilateral. E. W. Grosser Thomas.
- El efecto del Miracil D sobre la esquistosomiasis humana. D. M. Blair, F. Hawking y W. F. Ross.

Tratamiento de la tuberculosis con estreptomicina y sulfetrona.—En 17 casos de tuberculosis localizada en diferentes órganos fué administrada la estreptomicina por vía parenteral durante períodos que oscilaron entre trece horas y tres meses. La dosis intramuscular cada cuatro horas, de 0,2-0,4 grs., dió niveles en sangre de 6-16 μ g. por c. c.; la misma dosis, pero diaria por vía intratecal, dió niveles en el líquido cefalorraquídeo de 3-80 μ g. por c. c. a las veinticuatro horas. En seis de estos 17 casos se administró también sulfetrona por vía oral, consiguiéndose un nivel en sangre de 7 mgrs.

por 100 c. c. en dos casos y de 2-4 mgrs. por 100 c. c. en cuatro casos. Las manifestaciones tóxicas en su conjunto fueron triviales. De los cuatro casos de meningitis no complicada tratada solamente con estreptomicina, uno mostró una modificación temporal del curso habitual de la enfermedad; en el mismo grupo, un caso en un adulto con meningitis tuberculosa demostrada complicada con tuberculosis pulmonar fibrocáseosa extensa, se curó de la meningitis, pero no se modificaron las lesiones pulmonares. En tres casos de tuberculosis miliar del pulmón complicada con lesiones en otras partes hubo evidencia de progresión transitoria y aparente regresión total de los tubérculos miliarios; en dos de estos casos, en los que se hizo necropsia, el estudio histológico demostró que los tubérculos originales habían curado o estaban curándose y que no existían bacilos ácidoresistentes; el tercer enfermo, al que se administró además sulfetrona, está vivo y bien. En conjunto, dicen los autores que, excepto en dos casos que se hicieron clínicamente resistentes, los resultados en los demás casos fueron equivocados, pero aquellos enfermos a los que se administró también sulfetrona llevaron un curso mejor. Las 12 razas de bacilos tuberculosos aislados antes del tratamiento eran sensibles a la estreptomicina; seis razas aisladas inmediatamente después del tratamiento fueron de cinco a cien veces más resistentes; esto fué contrastado en experimentos animales. En dos casos, uno de tuberculosis linfática generalizada y otro de tuberculosis pulmonar crónica, de los que se aislaron razas resistentes a la estreptomicina, se desarrolló la resistencia clínica durante la terapéutica adecuada. Se experimentaron dificultades para demostrar por cultivo o por inoculación al cobaya bacilos tuberculosos viables en líquidos corporales que contenían numerosos bacilos y obtenidos aproximadamente en la mitad de los enfermos durante el tratamiento con estreptomicina. La posibilidad de razas resistentes que pueden ser estimuladas a la reproducción rápida, contraindica la administración de estreptomicina en presencia de una lesión crónica del pulmón o de los ganglios linfáticos. Finalmente, señalan que la naturaleza intratable de la meningitis tuberculosa y de la tuberculosis miliar justifican el empleo de estreptomicina.

Encefalopatía de Wernicke simulando un coma diabético.—Tiene interés el presente caso por tratarse de una encefalopatía de Wernicke que llevó un curso fatal y que no fué correctamente interpretada, ya que se supuso que se trataba de un coma diabético, dado que la cifra de glucemia era de 1.000 mgrs. por 100 c. c. Los autores sugieren la posibilidad de que la hiperglicemia en este caso se debía a una hemorragia mínima en el hipotálamo.

Zoster bilateral.—Con motivo de la presentación de un caso, señala el autor su extrema rareza. En el zoster bilateral pueden aparecer las lesiones al mismo nivel en los dos lados y simultáneamente como, ocurrió en este caso; pero lo corriente es que lo hagan a niveles diferentes y que el segundo zoster se retrase uno o más días. Finalmente, también se comprobó que en estos casos bilaterales se exagera mucho el cuadro prodromico.

6487 - 27 de diciembre de 1947

- * Dolor visceral. H. Cohen.
- Un servicio comprensivo de la salud estudiantil. A. H. Macklin.
- Educación física para los estudiantes universitarios. R. H. Bolton.
- Exploraciones de los estudiantes. R. W. Parnell.
- * Metahemoglobinemia idiopática familiar. Q. H. Gibson y D. C. Harrison.
- Factor Rh y enfermedad hemolítica del recién nacido en judíos de Jerusalén. J. Gurevitch, A. Brzezinski y Z. Polishuk.
- Naturaleza membranosa del tejido conectivo intersticial. T. D. Day.
- * Zoster glosofaringeo seguido de varicela en dos contactos. F. J. Wright.
- * Descubrimiento de la tuberculosis genital latente por cultivo de la hemorragia menstrual. I. Halbrecht.

Dolor visceral.—Como resumen de sus experiencias, señala el autor que el dolor referido de origen visceral puede abolirse, disminuirse o modificar su localización por medio de la anestesia de las áreas homosegmentarias. Por el contrario, puede producirse, aumentarse o desplazarse por la hiperestesia de dichas áreas. La explicación de tales hechos parece residir en que existe una corriente constante de impulsos subliminares desde las terminaciones nerviosas viscerales y somáticas al sistema nervioso central. Normalmente, la suma de tales impulsos viscerales y somáticos es también subliminar; el valor umbral se aumenta, produciéndose entonces el dolor sólo por la elevación anormal de una o ambas de estas dos clases de impulsos.

Metahemoglobinemia idiopática familiar.—Describen los autores cinco casos de este proceso en una familia compuesta por nueve hermanos y hermanas. En todos ellos, el proceso se corrige por la administración de azul de metileno y ácido ascórbico. En uno de los casos, la curva de disociación de oxígeno de la sangre mostró una desviación a la izquierda. En cuanto a la etiología y patogenia, piensan que existe un déficit en el coenzima I en los hematies, por lo que no se realiza normalmente la acción de este factor, en unión con los enzimas triosa-fosfórico y láctico para transformar la metahemoglobina en hemoglobina.

Zoster glosofaringeo seguido de varicela en dos contactos.—Como una aportación más a la relación entre ambos procesos, refiere el autor un caso de zoster glosofaringeo con posible afectación del vago; a los catorce y diecisés días del brote en el padre, apareció, respectivamente, en dos hijos los síntomas típicos de varicela.

Descubrimiento de la tuberculosis genital latente por cultivo de la hemorragia menstrual.—Ha cultivado el autor en medio específico para el M. tuberculosis la hemorragia menstrual de 80 casos con esterilidad primaria. De 140 pruebas hubo nueve hallazgos en seis enfermas; en 19 cultivos crecieron solamente bacilos ácidoresistentes no patógenos, basándose en las características del cultivo, y en seis casos por inoculación al cobaya.

Nordisk Medicin.

34 - 19 - 1947

- * Sobre la gastritis. F. Hirschberg.
- Fibromioma uterino. E. T. Madsen.
- Un caso de pulmón quístico congénito en un niño de dos años tratado por neumectomía. S. Brechling.
- Factores influenciantes sobre el puerperio. H. Sauramo.
- Púrpura hiperglobulinémica. S. Humerfelt.
- Síndrome de Sturges-Weber. K. Rorvik.
- Envenenamiento por el nitrato sódico. P. Amunásen.
- Tres nuevos casos de arteritis de la temporal. O. J. Broch y O. Ytrehus.
- Un caso de anemia aguda de Lederer. O. Ytrehus.
- Poliomielitis en la madre y recién nacido en una familia con frecuencia múltiple de la enfermedad. A. G. Frovig.
- Algunas observaciones sobre la electroresección uretral. J. Hellström.

Sobre la gastritis.—El autor da en primer lugar una denominación al término gastritis, en el cual incluye no solamente las inflamaciones de la mucosa del estómago, sino la de todas capas del mismo. Después de una corta revisión histórica se trata de dilucidar si existen típicos disturbios funcionales y síntomas que corresponden a determinadas formas anatómicas, concluyéndose, de acuerdo con otros autores, que tal relación no existe. Se niega la posibilidad de obtener un cuadro de la situación anatómica por medio de la gastroscopia, rayos X y examen del jugo gástrico. El autor está de acuerdo con Katsch cuando dice que una evaluación puramente anatómica de la gastritis crónica ha de dar siempre resultados erróneos. Se trata de establecer, a la luz de los conocimientos anatómicos, entre dos formas esencialmente diferentes desde un punto de vista clínico de gastritis crónicas, las cuales no tienen ninguna relación entre sí, es decir, el úlcus gástrico y la llamada gastritis

crónica vulgar. Describe la sintomatología de ambas entidades, empleando el término de gastritis ácida exclusivamente para el grupo de gastritis crónica vulgar, caracterizada por una acidez muy alta que persiste durante varios años en contraste con el desarrollo y curso de otros tipos. Finalmente se dan las normas de tratamiento en los diferentes tipos de gastritis.

Tres nuevos casos de arteritis de la temporal.—Los autores han descrito previamente cuatro casos de arteritis de la temporal, y en el curso de los tres últimos años han tenido ocasión de observar tres casos más. Uno de éstos falleció rápidamente y en la autopsia se reveló una rotura de la aorta con aneurisma disecante y hemopericardio. Los exámenes histológicos de la temporal mostraron la imagen de un proceso parecido a la tuberculosis, pero no se encontraron bacilos y clínicamente no había ningún dato que hiciera sospechar en esta enfermedad. En el trabajo se supone que la rotura de la aorta se debería a una alteración arterial similar, aunque la investigación histológica en ambas arterias no fué similar. Probablemente la enfermedad es una afección generalizada de los vasos y su pronóstico es más grave de lo que en un principio pudiera creerse.

34 - 20 - 1947

- Fisiología y técnica en los Estados Unidos, G. Kahlson.
 Dedo en gatillo, P. Fogs-Andersen.
 Tratamiento de la dismenorrea esencial con efedrina, J. Ulrik Schlegel.
 Sulfato de magnesia en el tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas, A. Svendsen.
 Hipoprotrombinemia idiopática refractaria a la vitamina K, J. Scherwin.
 Ulcera gastroduodenal en niños durante la edad escolar, P. Forsell.
 Primeros resultados de algunos casos de osteomielitis aguda tratada con penicilina, R. Jaf.
 • Hipoprotrombinemia y traumatismo cerebrales en un recién nacido después del tratamiento materno con dicumarina, G. V. Sydow.

Hipoprotrombinemia y traumatismos cerebrales en un recién nacido después del tratamiento materno con dicumarina.—Una mujer de cuarenta y cuatro años contrajo durante el embarazo una trombosis crural la cual fué tratada con dicumarina desde el 25 de septiembre hasta el 24 de octubre con un total de 1,75 gr. En el 26 de octubre comienza el parto y en este momento el índice de protrombina era de 33, cayendo dos días más tarde a 16, de lo que logra reponerse con grandes dosis de vitamina K. El parto, en presentación de frente, duró tres horas. La pérdida de sangre fué muy pequeña. El niño pesó 2,600 grs. e inmediatamente después del nacimiento recibió un miligramo de vitamina K. Horas más tarde tenía el cuero cabelludo con grandes hemorragias y el índice de protrombina era de 10. Una nueva dosis de 10 miligramos de vitamina K no produjo mejoría del índice de protrombina. La normalización del mismo se logró al sexto día, después de haber dado grandes dosis de vitamina K.

A las tres semanas el niño presentó síntomas de hidrocéfalo, que fueron sucesivamente aumentando en los meses siguientes, suponiéndose ser de origen traumático.

Se ha señalado que el tratamiento dicumarínico durante el embarazo no era perjudicial. El caso señalado sugiere, sin embargo, que puede ser peligroso para el feto. Por tanto, sólo deberá ser empleado en caso de estricta indicación, pero suspendiendo el tratamiento y dando grandes dosis de vitamina K a la madre antes del parto.

34 - 21 - 1947

- Los anestésicos de hoy, T. Gordh.
 Tratamiento de las varices, Ch. Holm.
 • Esclerodermia y calcinosis cutis con alteraciones del esófago y del hígado, J. P. Nielsen.
 Algunos puntos de vista sobre el problema del aborto, P. Wetterdal.

Esclerodermia y calcinosis cutis con alteraciones de esófago y del hígado.—El autor describe un caso de calcinosis múltiple en una mujer de cuarenta años. Duran-

te años antes padecía una esclerodermia con esclerodactilia, extensa pigmentación y telangiectasias, poniendo el autor estas últimas en relación con una alteración del parénquima hepático. Finalmente, la enferma tuvo síntomas esofágicos que radiológica y histológicamente eran pólipos. La presencia de los mismos no es posible ponerlos exactamente en relación con la esclerodermia. Todos estos síntomas son considerados no obstante como constituyentes de un mismo proceso, es decir, de una forma difusa de esclerodermia que afectara a todo el conectivo.

34 - 22 - 1947

- Estudios sobre la anestesia en los Estados Unidos, O. Friberg.
 Reabsorción de glucosa por el riñón, A. Braestrup.
 Variaciones en la frecuencia de la apendicitis, F. Sorenson.
 Infiltrado pulmonar transitorio con eosinofilia, K. Ble.
 • Pleuresia tuberculosa, M. Einding-Larsen y O. Heldaa.
 Tratamiento de la amenorrea primaria, K. Kmutsen.
 Asfixia del recién nacido, Y. Akerren.
 Miología en niños, A. Mc. Rellader.

Pleuresia tuberculosa.—Se refieren 474 casos de pleuresia tuberculosa tratados en el hospital de Oslo desde 1927 a 1940. De ellos se excluyen 79 casos, que fueron examinados durante un período muy corto de tiempo, y 20 que simultáneamente tenían lesiones en el pulmón. De los 375 restantes, la frecuencia fué mayor en el lado derecho que en el izquierdo y su frecuencia general mayor en primavera que en el resto del año. En 30 casos se desarrolló más tarde una lesión pulmonar, de la que fallecieron 10 en un período comprendido entre los dos y doce años después del comienzo de la afección.

Tuberculosis extrapulmonar se presentó en 28 casos, de los cuales murieron 24: 14 en el primer año y seis en el noveno. Complicaciones específicas no han sido observadas después de quince años de haber curado la pleuresia.

En cuanto al tratamiento, los autores creen que en los casos de pleuresia no complicada el neumotórax no está indicado.

34 - 23 - 1947

- * Polineuritis, N. Antoni.
 Cirrosis hepática en viejos, J. Bock.
 Estudios sobre el umbral renal para la glucosa, A. Braestrup.
 Exoftalmos primario maligno.
 Insuficiencia pulmonar e indicaciones para las operaciones del pulmón, G. Birath.

Polineuritis.—Se señalan 156 casos de polineuritis. Entre los tóxicos, los más frecuentes fueron las sulfamidas. Entre estos enfermos se incluyen 30 de síndrome de Guillain-Barré, para el que se propone el nombre de neuromielitis hiperálbuminósica. Se describen los datos encontrados en un caso autopsiado de polirradiculitis y se señala otro enfermo de Guillain-Barré, que tras una gran mejoría murió a consecuencia de una embolia de pulmón. En los datos anatómicos se encontraron pocas alteraciones de los nervios periféricos, hallándose sólo alteraciones de tipo degenerativo, mientras que en la médula espinal existía una marcada degeneración marginal. Para el autor, el síndrome de Guillain-Barré probablemente tiene una etiología de virus. Entre los casos de polineuritis alcohólica sólo en uno encontró hiperálbuminorraquia.

Se discute el papel de la aneurina, tras cuya administración rara vez se ven efectos beneficiosos, señalándose que la aneurina es esencialmente una sustancia protectora de los troncos nerviosos, pero que carece de efecto terapéutico. Nada se conoce sobre la regeneración nerviosa tras la administración de aneurina y posiblemente su efecto sólo sería útil en los primeros estadios de la enfermedad. Se señalan los buenos resultados conseguidos con la insulina siguiendo el método de Müller-Hegemann contra la hiperestesia y dolores de estos enfermos.

34 - 24 - 1947

- * Tratamiento de las reacciones hemolíticas consecutivas a la transfusión, K. Henningsen.

Aminofilina en el tratamiento de las enfermedades cardíacas. C. Stähli.
Estudios sobre el dintel renal para la glucosa. A. Braestrup.
Las complicaciones renales de la sulfaterapia y el problema de si los sulfoconcrementos son opacos a los rayos X. T. Berglin.
Inflamación de la glándula salival en niños. K. L. Möller.

Tratamiento de las reacciones hemolíticas consecutivas a la transfusión.—Se indican las hipótesis que explican la posible causa de la anuria en los transfundidos, invocándose como verosímil que tanto el factor mecánico trombótico al bloquear los tubos como el factor tóxico que origina una isquemia es posible que jueguen en todos los casos un papel asociado. Para combatir estos estados se recomienda la administración de alcalinos con gran cantidad de líquido y la retransfusión con sangre compatible. Se comunican tres casos de este accidente, de los cuales uno se recuperó espontáneamente, otro tras una gran administración de alcalinos y líquido y el tercero falleció no obstante este último tratamiento.

34 - 25 - 1947

Nuevos datos en el diagnóstico de la angina de pecho. H. Rasmussen.

- * La reacción de la antiestreptolisina. R. Amlie y P. Oeding.
- * Sinusitis en los niños. E. Rekling y B. Wörning.
- * La reacción del sublimado como sustitutiva de la de Takata. N. R. Christoffersen y H. Raagaard.
- * Carcinoma del riñón. G. Thorsrud.
- El sulfatiazol como causa del eritema nudoso. A. Jervell.
- Un caso de tuberculosis pulmonar tratado con neumoperitoneo.

Sinusitis en niños.—El examen radiológico de 500 niños entre los tres y quince años demuestra una frecuencia de 40 por 100 de esta afección. De los comprendidos entre los tres y cinco años, el 57 por 100 fueron niñas y el 37 por 100 niños, mientras que entre los seis y diez años la enfermedad afectó a un 46 por 100 de niños y un 27 por 100 de niñas. De los diez a los quince años, la frecuencia fué semejante en ambos sexos.

El seno más frecuentemente atacado fué el maxilar. Las celdas etmoidales sólo lo fueron en caso de intensa sinusitis maxilar. La sinusitis frontal es rara y sólo se

encuentra complicando a una sinusitis etmoidal. La mayoría de las sinusitis fronto-etmoidales se presentaron en el lado derecho. Los meses de más frecuente presentación fueron febrero, marzo y diciembre, y los de menor número de casos enero y octubre.

Los síntomas suelen consistir en rinitis de repetición, estenosis nasal, tos nocturna, a menudo complicada con bronquitis. Los niños son muy susceptibles para padecer tonsilitis y otitis, teniendo frecuentes dolores de cabeza. No se encontró conexión entre los síntomas clínicos y el hallazgo de una sinusitis exudativa o no.

Los prematuros no muestran especial tendencia a padecer la enfermedad. Los síntomas de los niños padeciendo esta enfermedad han sido muchas veces mal interpretados, sometiéndoles a tonsilectomías inútiles. Los niños que presenten los síntomas antes indicados deberían de ser siempre sometidos a un examen radiológico.

Carcinoma del riñón.—El autor presenta un caso de tumor de riñón que corresponde al tipo conocido con el nombre de hipernefroma. El tumor estaba bien limitado, no necrótico y con fibrosis central del núcleo. Las células de tipo poliédrico no tenían caracteres anaplásticos. El crecimiento fué expansivo y no hacia la pelvis renal. El término de hipernefroma ha venido gradualmente siendo sustituido por el de cáncer del riñón, con el apellido de células claras o de tipo eosinófilo. No se han presentado aún pruebas irrefutables de que estos tumores tengan su origen en células aberrantes de la glándula suprarrenal. El autor critica este término y recuerda su estructura, parecida a la de los adenomas del hígado y de la glándula tiroides, proponiendo que sean denominados adenomas primitivos del riñón. Se señala la posibilidad de que estos tumores anaplásticos se puedan desarrollar de tipos más diferenciados, tanto más cuanto que los tumores anaplásticos pueden contener células parecidas a las de los adenomas tubulares.

34 - 26 - 1947

Alergia y disposición alérgica. K. H. Baage.

Complicaciones renales del tratamiento sulfatiazólico de la gonococia. O. Riisfeldt.

El estado de los leñadores noruegos. L. Abramson, C. G. Leczinsky y C. G. Zachrisson.

