

En la autopsia se encuentra: unos pulmones libres de adherencias, sin alteraciones en su parénquima. En el corazón no se encuentran lesiones macroscópicas en válvulas y miocardio. La sangre presenta una coloración blanco rojiza, y la coagulación es incompleta. El hígado está muy aumentado de tamaño, de consistencia blanda y coloración arcillosa, con pérdida de la estructura trabecular; el bazo está muy aumentado, de consistencia blanda, y al corte presenta una superficie rojiza intensa. Los riñones se descapsulan bien, tienen la superficie lisa y al corte se aprecia una discreta infiltración grasa. En el cerebro y cerebelo no hay nada anormal. Al hacer un corte en la protuberancia, aparece un gran infiltrado del tamaño de una avellana y otros dos más pequeños detrás de ella.

En el examen histológico se aprecia que en el seno

de este gran infiltrado leucémico de la protuberancia existen pequeñas hemorragias recientes. En el hígado hay una infiltración leucémica en los espacios porta y sobre todo en los senos, que están dilatados, con el aspecto del hígado congestivo. En el bazo hay una gran infiltración mieloide, con megacariocitos en senos y cordones. En el riñón los vasos están llenos de células leucémicas, que también se ven en los glomérulos. Hay pequeños infiltrados intersticiales.

Se trata, por lo tanto, de una leucemia mieloide de madurez media, que presenta la curiosidad de que en los últimos días de su evolución aparece una sordera completa producida por una infiltración leucémica en la protuberancia que afecta a los núcleos del octavo par, respetando los otros pares craneales, cosa extraordinaria, en la que hubiera sido excepcional pensar.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 30 de noviembre de 1949 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, para proveer una plaza de Médico en el Servicio Oficial Antivenéreo de Cartagena. (B. O. del E. de 6 de diciembre de 1949.)

Orden de 30 de noviembre de 1949 por la que se resuelve el concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de la Sanidad Nacional. (Boletín Oficial del Estado de 6 de diciembre de 1949.)

Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales.

Rectificación a la convocatoria de oposición a la Jefatura del Servicio de Urología del Hospital de la Princesa. (B. O. del E. de 26 de noviembre de 1949.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 17 de noviembre de 1949 por la que se convoca concurso-oposición para cubrir dos plazas de Profesores Adjuntos en la Facultad de Medicina de Santiago. (B. O. del E. de 27 de noviembre de 1949.)

Orden de 25 de noviembre de 1949 por la que se nombra el Tribunal de Oposiciones a Cátedras de "Psiquiatría" de las Universidades de Barcelona y Salamanca. (B. O. del E. de 29 de noviembre de 1949.)

MINISTERIO DE JUSTICIA

Orden de 26 de noviembre de 1949 por la que se amplía de nuevo el plazo de admisión de solicitudes y documentación para las oposiciones al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. (B. O. del E. de 29 de noviembre de 1949.)

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

(Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.)

La Dirección del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, y para la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (Sección de Traumatología y Ortopedia), afecta al mismo, convoca concurso-oposición para proveer tres plazas de Médicos Internos de la Escuela Nacional de Traumatología y Ortopedia, afecta al Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo con el sueldo anual de 6.000 pesetas y residencia, y tres plazas de Médicos Ayudantes de la Escuela Nacional de Traumatología y Ortopedia, afecta al Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, con el sueldo anual de 18.000 pesetas.

El plazo de ambas convocatorias será el de treinta días naturales, contados a partir del siguiente al que se publique la presente en el B. O. del E. Los detalles de dicha convocatoria serán expuestos en el tablón de anuncios del Instituto. (B. O. del E. de 4 de diciembre de 1949.)

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

ANGEWANDTE UND TOPOGRAPHISCHE ANATOMIE (Anatomía topográfica y aplicada). TÖNDURY GIAN.—Fretz-Wasmuth A. Zürich, 1949.—Un tomo en cuarto mayor, 415 páginas y 238 figuras en el texto y 134 láminas en colores no paginadas.

Esta obra, del actual Profesor y director del Instituto anatómico de Zürich, puede calificarse de magnífica. No

podía esperarse otra cosa de un Instituto cuya tradición y seriedad de trabajo queda indicada con citar solamente los nombres de dos Profesores que precedieron a Töndury en la dirección del Instituto: el gran embriólogo Walter Vogt y el histólogo Wilhelm von Möllendorff.

En tres grandes partes divide el autor la obra, tronco, cabeza, cuello y extremidades. Cada una de estas partes va precedida de unas páginas que titula "Plan

de constitución", en las que expone de forma sucinta aquellos principios ontogénicos cuyo conocimiento es indispensable para comprender de un modo científico la constitución y organización del adulto.

Dedica el libro a los estudiantes y al médico práctico, con la esperanza de que les sirva de ayuda útil y de consejero en el estudio del cuerpo humano sano y enfermo. La claridad con que está escrito, la eliminación de detalles anatómicos inútiles al práctico y la valoración de los que tienen o pueden tener aplicación contribuirán, sin duda alguna, a colmar las esperanzas del autor. Dos importantes hechos contribuirán a ello de manera decisiva, las magníficas ilustraciones en colores de Paul Winkler, estudiante de Medicina, y las radiografías del Prof. H. R. Schinz, que, como dice el autor, no pueden faltar en un libro moderno de anatomía topográfica.

Usa en la nomenclatura, con pequeñas excepciones, la Nomina de Jena, lo que creemos un acierto, y que comienza a difundirse también por los países de habla inglesa.

En resumen, un libro que por su extensión, claridad, ilustraciones y cuidada edición tiene que ser de gran utilidad al estudiante y al médico, y que debería ser traducido al español.

FISIOLOGIA FEMENINA. JOSÉ BOTELLA LLUSIÀ.—Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid-Lisboa, 1949.—Un volumen en cuarto mayor, de 362 páginas, con 179 figuras, 178 pesetas.

Con su gran conocimiento de la materia, el Profesor Botella acierta a describir en este libro lo fundamental de la fisiología femenina, tanto en lo que se refiere a la actividad gonadal como a lo que puede considerarse como la fisiología del ciclo reproductor y el embarazo. El libro está muy bien orientado; recoge numerosos co-

nocimientos dispersos y útiles, y evidentemente está lleno de interés no sólo para los estudiantes, sino para todo médico.

MICROANÁLISIS BIOQUÍMICOS EN MEDICINA. E. J. KING (Traducción del Dr. JOSÉ MORROS SARDÁ de la segunda Ed. inglesa).—Editorial Científico Médica, Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Río de Janeiro, 1949.—Un volumen en cuarto mayor, de 211 páginas, con 16 figuras, 52 pesetas.

La obra del Dr. King comprende una serie de capítulos, primeramente sobre los valores normales y después sobre las técnicas de determinaciones en sangre, plasma, suero, líquido cefalorraquídeo, heces, orina y otros humores líquidos orgánicos de los factores más interesantes de la bioquímica aplicada a la clínica. Está escrita con gran sencillez y con suficiente detalle para servir de guía al técnico. Los métodos que se preconizan están, en general, bien seleccionados.

MANUAL DE EXPLORACION CLINICA E INTERPRETACION DE EXPLORACIONES FUNCIONALES. JOSÉ LUIS R. CANDELA.—Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Río de Janeiro, 1949.—Un volumen en cuarto, de 205 páginas, con 30 figuras, 54 pesetas.

El ilustre Profesor de Patología General, Dr. Candela, ha tratado de hacer en un breve libro de 205 páginas, una exposición de los datos más esenciales que pueden obtenerse en la exploración y de la técnica de la misma. Puede este libro reportar una evidente utilidad al estudiante que comienza a hacer sus primeras exploraciones en la clínica, y puede servirle después para un rápido recuerdo. El problema en estos libros es que el deseo de reducir la extensión hace difícil la selección de lo que debe dejarse e incluirse.

B) REFERATAS

Medicina Clínica.

10 - 5 - 1948

- Tratamiento de las anemias. J. Martínez Díaz.
- Las lesiones de la aorta en la endocarditis lenta. M. Soriano Jiménez y F. Alcántara Chacón.
- Nuestra experiencia con una nueva sulfanilamida. J. Gilbert Queralto y E. Low-Maus.
- Colecistitis tífica crónica. Estudio clínico y tratamiento. E. Arias Vallejo.
- Producción industrial de penicilina. Primeros ensayos con "Corn Steep" nacional. P. González y J. Suñer Pi.
- El oxígeno en terapéutica. F. Ribas Clotet.
- Tendinitis osificante traumática. A. Rodríguez.
- Interferencia y conexiones de los reumatismos con la neurología y psiquiatría. J. Simarro Puig.
- Formas de comienzo y estado terapéutico actual del cáncer de esófago. J. Salvaterra y J. Figuerola.
- El ácido adenilico en terapéutica cardiovascular. R. Obach Cirera.
- Antecedentes y actualidad de la investigación fisiopatológica en Psiquiatría. J. Solé Sagarra.

Las lesiones de la aorta en la endocarditis lenta.—La relativa frecuencia de los pequeños aneurismas aórticos en las endocarditis lentas obliga a hacer una exploración detenida de la zona de la raíz de la aorta en todas las autopsias de estos enfermos practicando cortes verticales en esta región para descubrir las pequeñas lesiones destructivas que pueden presentarse en esta zona. Los referidos aneurismas tienen su origen en una aortitis producida por la infección endocardítica que destruye la capa media de la aorta, la cual queda necrosada por completo en el punto afecto, en forma de una necrosis circunscrita con el aspecto histológico de un goma, rodeada de un tejido de granulación con alguna célula gigante, constituyendo una lesión típicamente terciaria, es decir, en todo análoga a las que se observan en los terciarismos infecciosos. Por eso los autores la denominan "goma endocardítica".

En ninguno de los casos referidos había gérmenes en las lesiones necróticas ni en las válvulas aórticas enfermas, ni en la sangre del enfermo. Se trataba de necrosis abacteriana. Las referidas necrosis, al vaciarse en la luz de la aorta, dejan la excavación aneurismática, que posteriormente puede curar por completo. En ocasiones la necrosis puede no vaciarse, sino quedar incluida en el tejido aórtico necrosado y calcificarse, quedando rodeada de una reacción conjuntiva, en la que se ven a menudo células gigantes. Finalmente, la ulceración aórtica puede permanecer activa, con tendencia a la fusión necrótica. Estas ulceraciones activas pueden recubrirse de una capa más o menos gruesa de trombo sanguíneo ocluyente y pueden perforarse en el pericardio.

Nunca se han encontrado aneurismas activos ni cicatrizados en endocarditis reumáticas simples. La identidad entre estos aneurismas de las endocarditis lentas en que no se encuentran gérmenes y los que se han descrito en casos en los que existían estreptococos en la sangre de los enfermos es una prueba de que las endocarditis lentas "abacteriémicas" son igualmente, según afirman los autores, producidas por bacterias que, por motivos desconocidos, no pueden demostrarse, así como de que las endocarditis lentas "abacterianas" no deben conceptuarse como reumáticas.

Colecistitis tífica crónica.—El tratamiento que el autor ha realizado en sus enfermos con colecistitis tífica ha sido el del sondaje duodenal repetido, las autovacunas parenterales, los caldos vacunas inyectados por sonda en el duodeno, la implantación de colibacilos normales, etc. La mejoría obtenida sobre el factor coledisquinesia con estas medidas terapéuticas se reforzó en algunas enfermas mediante la administración de preparados del lóbulo anterior de hipófisis. La restaura-

cin del desequilibrio endocrino neurovegetativo, generado y mantenido por la disfunción endocrina es, probablemente, el factor del éxito de la opoterapia.

Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición.

8 - 1 - 1949

Número extraordinario dedicado a la II Reunión de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición.
Discusión de la ponencia oficial presentada por los Doctores Vara López, Soler Roig y Lozano Blesa, "Métodos quirúrgicos para mejorar los resultados en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales.
Comunicaciones hechas a dicha Reunión.
Tuberculosis intestinal, T. Hernando.

8 - 2 - 1949

Número extraordinario dedicado a la Gastroenterología argentina.
Pancreatitis crónica y litiasis hiliar. C. Bonorino Udaondo.
Fistulas biliodigestivas. P. L. Mirizzi.
* Roentgendagnóstico de los tumores del páncreas. P. A. Maissa.
* Colecistitis parasitarias. J. Oviedo Bustos.
Dietoterapia del hiperinsulinismo. E. Pierangeli.
* Las úlceras y las gastroyeyunitis del estómago operado. Valor de la gastroscopia en su estudio. M. Royer.
Prurito de ano. Tratamiento con el ácido clorhídrico. M. A. Casal y P. J. Cotella.
Macroscopia y microscopia fluorescente. J. C. Rodice.
El síndrome del conducto hepático. J. García Morán.
Algunas perspectivas en la etiología y tratamiento de las coleciopatías. El síndrome hipofisogonadal y las coleciopatías. E. Oliver Pascual.

Roentgendagnóstico de los tumores del páncreas.— El páncreas no se visualiza directamente en la radiografía. Sus alteraciones se inducen de las alteraciones en los órganos vecinos, observados directamente o con métodos especiales (insuflación gástrica, papilla de contraste en estómago, administración de sustancia opaca que, al eliminarse por los conductos biliares, puede demostrar la existencia de una destrucción coledociana). Los datos principales obtenidos por dichos métodos en el estudio de los tumores pancreáticos son los siguientes: En los benignos, especialmente en los quistes, compresión del estómago, alargamiento elongación y compresión del arco duodenal a gran arco y totalmente. En el cáncer, los desplazamientos son menores que los producidos por los quistes; produce infiltración e invasión de los órganos vecinos (irregularidades, adherencias), las deformaciones del arco duodenal son parciales y a pequeño arco, produce frecuentemente deformaciones duodenales en c y 3 invertido (que no son específicas, pues también las puede producir una pancreatitis).

Colecistitis parasitarias.— Ante una colecistitis no calculosa, el clínico orienta el diagnóstico etiológico en un triple sentido: bacteriano, metabólico y funcional. La probada etiología parasitaria (lamblías, amebas, distomas, áscaris) es muy pocas veces tenida en cuenta, y así escapan muchos diagnósticos exactos aun teniendo el enfermo una clara parasitosis intestinal concomitante. Por ello y por la gran extensión de las parasitosis humanas en todo el mundo las colecistitis parasitarias deben tener mayor frecuencia que la actualmente estimada. La infección se puede hacer por vía sanguínea y canalicular, ascendente o descendente. La sintomatología depende en parte de la especie infectante. Es frecuente la coexistencia con los síntomas propios de la colecistitis los dependientes de la litiasis, infección bacteriana, enterocolitis, frecuentemente asociadas, y síntomas generales tóxicoinfecciosos parasitarios. El diagnóstico de certeza lo dan solamente la comprobación del parásito en el sondaje duodenal, la comprobación quirúrgica y el buen efecto del tratamiento antiparasitario. Insiste, por último, el autor de nuevo que en todo síndrome vesicular con o sin litiasis, hay que tener en cuenta la posibilidad de una infección parasitaria.

Las úlceras y las gastroyeyunitis del estómago operado. Valor de la gastroscopia en su estudio.— Las úlceras y gastroyeyunitis en el estómago operado han podido ser muy estudiadas, gracias a la gran difusión que la cirugía gástrica ha tenido en los últimos veinte años. Sobre los dos grandes medios diagnósticos (gastroscopia, radiodiagnóstico), el valor de cada uno, según la experiencia del autor, sería el siguiente:

En las úlceras de boca y en las del estómago (señala la gran frecuencia de la úlcera en cara anterior, a poca distancia de la neoboca, sobre la que se ha insistido poco), es más útil la gastroscopia. En las yeyunales, la radioscopia o radiografías es de elección.

En las gastritis es muy superior la gastroscopia, que permite el estudio de la clase, forma, intensidad, extensión de la lesión.

Revista Española de Cardiología.

3 - 1 - 1949

Ritmo del seno coronario. L. Pescador.
* Las derivaciones unipolares del electrocardiograma en el agrandamiento ventricular derecho. J. Codina Altés y C. Pijoan de Beristain.
El gradiente ventricular. I. Fundamentos. A. Duque Sampayo y P. Pérez González.
* Endocarditis bacteriana subaguda, penicilinoresistente, curada con estreptomycin. S. Muñiz.
* Valoración de ciertas alteraciones de la onda T. V. Botas.

Las derivaciones unipolares del electrocardiograma en el agrandamiento ventricular derecho.— Las modificaciones electrocardiográficas que se observan en el agrandamiento ventricular derecho se deben probablemente a dos factores: por un lado, al aumento del grosor de la pared ventricular, y, por otro, a un cambio de posición del corazón. Las modificaciones características de la hipertrofia son, por un lado, el aumento de la onda R y disminución de la S en las derivaciones torácicas derechas. Los cambios de posición del corazón determinan una S profunda en las derivaciones precordiales izquierdas, que incluso presentan a veces un complejo QRS negativo. Cuando la hipertrofia se extiende a la vía de entrada del ventrículo derecho, las variaciones de potencial producidas se extienden no sólo al lado izquierdo, sino también a la pierna izquierda, por lo que aVF se parece a V1 y V2.

Las variaciones de Rs-T y de la onda T, no son, en general, importantes. En la derivación V6 la onda T es siempre positiva, y en aVr es siempre negativa.

Endocarditis bacteriana subaguda penicilinoresistente, curada con estreptomycin.— Se presenta un caso de endocarditis bacteriana subaguda por el estreptococo viridans, que después de haber sido tratado con 30.500.000 unidades de penicilina durante veintiocho días continuaba con un hemocultivo positivo. Tratado con estreptomycin durante veintisiete días a dosis de 2-2,5 gr., rápidamente se obtienen hemocultivos negativos de forma reiterada. La enferma continúa bien sin ninguna sintomatología y con hemocultivo negativo a los tres meses y medio de abandonado el tratamiento.

Valoración de ciertas alteraciones de la onda T.— El autor describe curvas obtenidas en cardíacos avanzados de aspecto normal o casi normal. Estas curvas se caracterizan únicamente por una preeminencia del área de la onda T sobre la del complejo. Es posible que la causa de estos electrocardiogramas esté determinada por los mismos factores que determinan la elevación de la onda T durante la prueba de esfuerzo. La mejor manera de evaluar estas alteraciones cuando no hay ningún trazado anterior con el que se pueda comparar es establecer su relación con el complejo QRS, tal como se hace en la determinación del gradiente ventricular. En cuanto a la significación de estos trazados pueden que sean la expresión del empleo de la fuerza de reserva del corazón, lo que se deduce por su analogía con los trazados de las pruebas de esfuerzo.

The Journal of Clinical Endocrinology.

9 - 1 - 1949

- Síndrome hipocalcémico asociado al tratamiento androgénico y estrogénico. J. B. Herrmann, E. Kirsten y J. S. Krakauer.
- Excreción renal y reabsorción tubular de sal en el síndrome de Cushing después de la administración intravenosa de cloruro sódico hipertónico. J. P. Kriss y P. H. Fletcher.
- * Enfermedad de Graves. Tratamiento con radioiodina (I^{131}). Mayo H. Soley, E. R. Miller y N. Foreman.
- * El desarrollo de la diabetes mellitus en la enfermedad de Addison. Caso aportado con autopsia. Abbie I. Knowlton y R. A. Kritzer.
- Un estudio sobre la etiología de la diabetes mellitus. H. N. Munro, J. C. Eaton y A. Gleu.
- Efecto de la roentgenoterapia en la excreción urinaria de 17-cestosteroides en la espondilartrosis anquilosante. R. A. Davison, P. Koets y William C. Kuzell.
- Efecto de la vitamina E sobre la menopausia. Rita S. Pinkler.
- Un rápido método colorimétrico para la determinación del sodio en líquidos biológicos. J. W. Goldziehev y Gilbert C. H. Stone.

Enfermedad de Graves. Tratamiento con radioiodina (I^{131}).—Se presentan los resultados del tratamiento con yodo radioactivo de 46 pacientes de tirotoxicosis en el período comprendido entre 1944 y 1948, que dieron 42 resultados satisfactorios y 4 adversos. Estos últimos debidos posiblemente a una aplicación del procedimiento en las primeras fases de su estudio.

La experimentación animal se ha continuado para determinar los efectos de las dosis masivas del I^{131} sobre los tejidos que rodean el tiroides. Se ha visto que 40 veces o más la máxima dosis terapéutica (en microcuries por kilogramo) usada en los hombres produce serios daños en las estructuras contiguas de ratas y conejos.

Parece haber una paradójica falta de correlación entre la respuesta clínica al tratamiento y el número de microcuries por gramo cedido por el tiroides.

El I^{131} en dosis de 2 microcuries o más causa cambios clínicos y de laboratorio, que tienden a la destrucción del tejido (tiroides). Después de tratamientos con I^{131} el exoftalmos progresa menos que en los pacientes tratados con tiroidectomía y más que en los tratados por rayos X. Dos pacientes desarrollaron mixedema.

El I^{131} , en dosis adecuadas, puede destruir casi totalmente el tiroides hiperfuncionante en la enfermedad de Graves, y, por tanto, produce una satisfactoria remisión clínica. Su lugar en la terapéutica de esta enfermedad será valorado en posteriores estudios.

El desarrollo de la diabetes mellitus en la enfermedad de Addison.—Se refiere el cuarto caso de enfermedad de Addison con aparición de diabetes mellitus en su curso.

El paciente desarrolla la diabetes dos años y medio después que se estableció el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal. Existía una intensa glucosuria (71 a 94 gramos diarios) en ausencia de tratamiento insulínico; sin embargo, esta glucosuria era controlada por un total de 6 a 8 unidades de insulina al día. Se observó una extrema sensibilidad a pequeños cambios en la dosis.

La autopsia mostró: a) Ausencia completa de granulaciones alfa, beta y gamma en los islotes de Langerhans y isletos celulares, extraordinariamente pequeños. b) Marcada atrofia de ambas suprarrenales, con infiltraciones linfoides en tiroides e hígado.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

23 - 6 - 1948

- * Presión sanguínea intraarterial en enfermos con coartación de la aorta. G. E. Brown, A. A. Pollack, O. T. Clagget y E. H. Wood.
- * Acidez gástrica antes y después del desarrollo de un cáncer gástrico. M. W. Comfort, M. P. Kelsey y J. Berkson.
- Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda. E. S. Judd.

Hernia grasosa. Comunicación de un caso. J. C. Lillie y J. M. Waugh.

Influencia del sexo de los donadores y receptores sobre las reacciones de transfusión. Ch. A. Anderson y T. H. Seldon.

Presión intra-arterial en enfermos con coartación de la aorta.—Mediante el registro simultáneo de diferentes variables fisiológicas, entre las que están incluidas las medidas de la presión sanguínea intrarradial e intrafemorale, se demuestran diferencias significativas en las circunstancias dinámicas cardiovasculares existentes entre 21 enfermos con coartación de la aorta y los sujetos normales. Se sugiere que dichas medidas pueden ser empleadas para confirmar el diagnóstico clínico de la afección, así como de medida en la eficacia del tratamiento quirúrgico del proceso.

Acidez gástrica antes y después del desarrollo de un cáncer gástrico.—En una serie de 277 casos en los cuales se efectuaron determinaciones de la acidez gástrica, dos o más años antes de que fuera diagnosticado un cáncer de estómago, la actividad secretora media ha sido subnormal durante un tiempo que, en término medio de estas series es de 11,2 años antes de hacerse el diagnóstico de carcinoma.

La actividad secretora disminuye en el intervalo comprendido entre el primer análisis y el último. Esta disminución aparece con más frecuencia en aquellos casos en los que la acidez libre inicial ha sido baja. Se cree actualmente que la atrofia de la mucosa gástrica es la responsable en una parte muy importante de la disminución de la actividad secretora del estómago antes de desarrollarse el carcinoma.

Gastroenterology.

12 - 1 - 1949

- Examen radiológico del colon desfuncionado después de la ileostomía, con referencia especial a la seguridad y valor práctico del dióxido de torio como medio de contraste. H. J. Shull, M. D. Schulz y C. M. Jones.
- * Divertículos del estómago. Referencia de 30 casos y revisión de la literatura. C. H. Brown, R. P. Bissonnette y R. D. Albee.
- * Pancreatitis crónica recidivante. I. Aspectos clínicos y de laboratorio. R. O. Muether y W. A. Knight.
- * Pancreatitis crónica recidivante. II. Niveles seriados de diastasa en el suero después de la estimulación con prostigmina. W. A. Knight, R. O. Muether y A. J. Sommer.
- El efecto de los vómitos por obstrucción intestinal sobre el potasio del suero. S. Bellet, C. S. Nadler, P. C. Gazes y M. Lanning.
- El efecto del sintromán sobre las actividades motoras del tracto gastrointestinal humano y sobre la acidez gástrica. S. H. Lorber y T. E. Machella.
- Palpación abdominal como ayuda en la gastroscopia. O. A. Blomquist.
- Observaciones sobre el curso clínico de la colitis ulcerosa inespecífica. Z. Maratka y M. A. Spellberg.
- Globulina gamma en el tratamiento de la fase crónica de la hepatitis infecciosa epidémica. W. Volwiler y J. D. Deal.
- * La validez de los datos de laboratorio en el diagnóstico de las secuelas de la hepatitis aguda. H. J. Tumen y E. M. Cohn.
- Relación de la dieta con la diverticulosis del colon en ratas. A. J. Carlson y F. Hoelzel.
- El efecto de la devascularización de la mucosa gástrica. B. Holm, S. Boyarsky y T. G. Morrione.
- Resultados en el tratamiento de 374 perros Mann-Williamson. H. C. Saltzstein, D. J. Sandweiss y E. J. Hill.
- El efecto de la secretina sobre la formación de bilis en el hombre. M. I. Grossman, H. D. Janowitz, H. Ralston y K. S. Kim.
- Neumoperitoneo consecutivo a la gastroscopia sin perforación demostrable en la laparotomía. R. L. Gilbert, W. A. Knight y A. R. Dalton.
- Melanosarcoma (melanoma maligno) del colon rectosigmoide. Referencia de un caso único. M. Behrend y A. Behrend.
- Gastritis hemorrágica difusa aguda. Referencia de un caso tratado con éxito por gastrectomía total. G. C. Engel y L. Singmaster.

Divertículos del estómago.—Revisan los autores la literatura y analizan 30 casos adicionales de divertículos del estómago. El proceso es verdaderamente raro, va que dichos 30 casos se encontraron en el examen de 60.000 estudios radiológicos. No encuentra predominio

de sexo, pero el 82 por 100 de los casos eran en enfermos de más de cuarenta años de edad. El 74 por 100 de los divertículos referidos en la literatura y el 90 por 100 de los comunicados por los autores estaban localizados en el cardias y 11 (37 por 100) de sus casos tenían divertículos en otros sectores del tracto gastrointestinal. No exhibieron una sintomatología característica; en 23 casos los síntomas eran probablemente el resultado de otros procesos gastrointestinales; 7 enfermos con síntomas de tipo ulceroso, agravados en dos casos al tumbarse, no tenían otra alteración que el divertículo para explicar sus síntomas. La complicación más frecuente es la hemorragia, que sólo se presentó en dos de los 30 casos. El tratamiento, en general, es el del proceso asociado (úlcera, colecistopatía, colon irritable, etcétera), al que responden bastante bien habitualmente. No hubo necesidad de operar a ninguno de los enfermos; no hay indicación operatoria en los casos de divertículo del cardias, salvo cuando los síntomas no responden al tratamiento médico o hay hemorragias de repetición. Algunos divertículos gástricos, fuera del cardias, deben ser operados por la frecuente asociación con un proceso maligno.

Pancreatitis crónica recidivante. I. Aspectos clínicos y de laboratorio.—Comienzan diciendo los autores que la pancreatitis crónica leve es una causa de trastornos gastrointestinales altos, mucho más frecuente de lo que se había sospechado previamente. Los síntomas no son específicos, pero la persistencia de dolor abdominal, intolerancia alimenticia y diarrea, particularmente cuando se asocian con exacerbaciones intensas que no ceden al tratamiento sintomático y si no están condicionados por una enfermedad demostrable del tracto gastrointestinal, hígado o vesícula biliar, sugieren la presencia de pancreatitis crónica. El dolor es el síntoma más importante y se localiza en el epigastrio, espalda, cuadrante superior derecho o izquierdo y algunas veces se irradia a la cadera o al cuello; imita a veces al dolor cólico, pero su mayor persistencia permite diferenciarlo. Las pruebas de tolerancia a la glucosa no son útiles durante las remisiones, y son sólo ocasionalmente anormales en las fases agudas. Lo mismo ocurre en cuanto a la consistencia y composición de las heces. Sin embargo, la diastasa del suero persiste como un dato importante en el diagnóstico de la pancreatitis; los casos estudiados por los autores demuestran que la diastasa puede variar de valores normales altos a patológicos en periodos de tiempo relativamente cortos y consiguiendo una sola determinación normal, incluso durante un episodio agudo, puede no ser concluyente en cuanto al diagnóstico; lo mejor es repetir las determinaciones a intervalos frecuentes hasta convencerse de que la diastasa es normal.

Pancreatitis crónica recidivante. II. Niveles seriados de diastasa en el suero después de la estimulación con prostigmina.—Los autores encuentran que los valores seriados de diastasa en el suero son marcadamente constantes en controles normales y en enfermos sin pancreopatías, después de la estimulación del páncreas con metilsulfato de prostigmina. En cambio, la investigación en enfermos con pancreatitis crónica o carcinoma de la cabeza del páncreas demuestra valores anormales, dependientes del grado y tipo de lesión. Finalmente proponen una clasificación de las pancreopatías, en la que incluyen la obstrucción del conducto pancreático por causas extra o intrapancreáticas, las enfermedades pancreocelulares y las oclusiones vasculares.

Validez de los datos de laboratorio en el diagnóstico de las secuelas de la hepatitis aguda.—En 25 enfermos que habían tenido una hepatitis aguda de seis meses a diez años antes, los autores han estudiado la colemia, urobilinógeno urinario, prueba de la bromosulfaleína, síntesis del ácido hipúrico, colestestina del suero, tiempo de protrombina, prueba de floculación de la cefalina-colestestina, turbidez y floculación del timol y la del oro coloidal. En 5 enfermos había síntomas de hepatitis crónica, 7 tenían hepatomegalia y los otros no muestra-

ban evidencia de enfermedad hepática. En todos los enfermos se encontró anormalidad en una o más pruebas; en dos enfermos asintomáticos, sin embargo, únicamente se vió una ligera hipercolesterinemia de dudosa significación. Fueron poco sensibles la síntesis del ácido hipúrico y la determinación del urobilinógeno. Las pruebas de floculación fueron normales en todos menos en 4 de los casos. Había hipercolemia en 14 de 21 enfermos, a base de bilirrubina directa; a este dato los autores le conceden significación diagnóstica. En igual número de enfermos se observó una retención anormal de la bromosulfaleína. En 8 enfermos el tiempo de protrombina estaba elevado, coincidiendo con anormalidad de otras pruebas, pero con mayor relieve, y no respondía a la inyección de vitamina K. Aunque se vió hipercolesterinemia en 10 de 21 enfermos, sólo en uno estaba modificado el cociente ester-libre. En conjunto, los autores no ven una estrecha relación entre los datos clínicos y los resultados de las pruebas de función hepática, y subrayan que la significación pronóstica de estos datos puede determinarse solamente en repetidas investigaciones.

The American Journal of the Medical Sciences.

216 - 1 - 1948

- Alteraciones electrolíticas en las nefrosis. Ch. Fox y D. McCune.
- * Oclusión vascular e infarto isquémico en la anemia de células falciformes. P. Kimmelstiel.
- * Valoración del Tenilene. R. Kierland y R. Potter.
- Equimosis de la pared abdominal como diagnóstico precoz del aneurisma disecante de la aorta. R. Green y O. Saphir.
- Uso clínico de una mezcla de tres sulfamidas. J. Ledbetter y G. Cronheim.
- * Colestestina sérica y ésteres libres en 200 casos de trombosis coronaria. L. Morrison y L. Hall A. Chaney.
- * Feocromocitoma de la médula adrenal. S. Spatt y D. Grayzel.
- * Amiloidosis en la artritis reumatoide. P. Unger y colaboradores.
- Trazados electroencefalográficos en relación con los cambios tensionales en la eclampsia. H. Jost.
- Administración de dosis masivas de vitamina P. W. Kirtley y F. Peck.
- Investigación sobre el tratamiento de la anemia perniciosa. G. Clark.
- * Dolor cardíaco paroxístico como pródromo de la epilepsia idiopática. J. Fischer.

Oclusión vascular e infarto isquémico en la anemia de células falciformes.—Kimmelstiel presenta un caso de esta afección que murió por practicarle una colestectomía en plena crisis hemolítica. En la autopsia se encontraron focos múltiples de necrosis isquémica, afectando al cerebro, al hígado, a la corteza de ambos riñones, etc. No había alteración alguna de la pared vascular y tampoco trombos. Revisando la literatura, el autor encuentra que no faltan observaciones análogas. Cree falsa la hipótesis de que el tamaño anormal de los hematies produce estasis, trombosis e infarto, sugiriendo que las crisis hemolíticas al determinar una escasez de vectores de oxígeno originan espasmos arteriales productores de las necrosis.

Valoración del Tenilene.—Los autores comparan los resultados logrados con el benadril, la piribenzamina y el nuevo antihistamínico Tenilene, encontrando que éste es tan eficaz como los anteriores, especialmente en las dermatosis que, como el edema angioneurótico y la urticaria, se acompañan de edema cutáneo. Las dosis corrientes son de 50-100 mgr. 3-4 veces al día. Es poco tóxico.

Colestestina sérica y ésteres libres en 200 casos de trombosis coronaria.—De un total de 75 enfermos de infarto de miocardio menores de sesenta años, el 68 por 100 tenían cifras de colestestina sérica elevadas, mientras que sólo el 48 por 100 de los mayores de esa edad presentaban igual elevación. Los ésteres estaban normales en todos los casos. Los autores deducen que la elevación de la colestesterinemia juega un papel en la génesis de la trombosis coronaria que se produce en edades jóvenes.

Feocromocitoma de la médula adrenal.—Los autores presentan cinco casos de distintas variedades de feocromocitoma; uno maligno, con metástasis cerebrales; dos benignos, con hipertensión paroxística en un caso y continua en el otro, y dos asintomáticos, hallazgos casuales de autopsia. El caso maligno, el noveno publicado hasta ahora y único conocido con metástasis cerebrales, no producía hipertensión. Su estructura histológica era idéntica a la de los benignos, siendo las metástasis el único índice de malignidad. Los autores plantean el por qué, dentro de los benignos y con igual estructura histológica, unos producen hipertensión paroxística, otros permanente y otros no la dan, sin llegar a ninguna conclusión.

Amiloidosis en la artritis reumatoide.—La amiloidosis es mucho más frecuente en la artritis reumatoide de lo que se venía creyendo. Unger y sus colaboradores han revisado las autopsias de 58 enfermos, encontrando amiloidosis en 4 de ellas. En el examen de otro grupo de 56 encuentran seis casos más, confirmando así la relativa frecuencia de esta alteración.

Dolor cardíaco paroxístico como pródromo de la epilepsia idiopática.—Fischer comunica dos casos de epilepsia esencial en la que como pródromo se presentaba dolor torácico análogo al del angor, si bien no cedía con el reposo ni los nitritos, etc. En un caso no se encontró nada cardíaco; en el otro existía una lesión mitro-aórtica, que el autor no cree pudiera causar verdadero angor.

Al enjuiciar un caso de dolor precordial, es preciso, pues, no olvidar que al lado de las cardiopatías, etc., hay que tomar en consideración las lesiones neurológicas.

Annals of Internal Medicine.

30 - 3 - 1949

- Fiebre Q. Revisión de los conocimientos actuales. R. J. Huebner, W. L. Jellison y M. D. Beck.
- Aspectos clínicos de la fiebre Q en California del Sur: un estudio de 80 casos hospitalizados. R. B. Denlinger.
- * La tos como síntoma de enfermedad cardiovascular. J. H. Currens y P. D. White.
- Prevención de las recidivas en la úlcera péptica. T. L. Althausen.
- * Tromboflebitis visceral migrans. I. E. Gerver y M. Mendlowitz.
- El tratamiento con reflejos condicionados del alcoholismo crónico. X. Un análisis de 3125 ingresos durante un período de diez años y medio. W. L. Voegtlin y W. R. Broz.
- * Función hepática y estructura de las proteínas del suero en la gota. W. Q. Wolfson, C. Cohn, R. Levine, E. F. Rosenberg y H. D. Hunt.
- * Presión diastólica "O" transitoria (indirecta) en las extremidades superiores. I. Stein.
- Esquemas de dosificación intermitente de estreptomycin con resultante sensibilidad prolongada del M. Tuberculosis. V. F. Deyke, M. W. Fisher, L. A. James y L. J. Sides.
- Recientes avances en el estudio de la arteriosclerosis. S. O. Waife.
- * Caronamida y penicilina en endocarditis bacteriana subaguda debida al Streptococcus faecalis. W. G. Leaman, M. B. Wikingsson, M. B. Webster y C. C. Shaw.
- Hemaglutinación al frío en la enfermedad vascular periférica. S. M. Mellinkoff y A. V. Pisciotto.
- * Disfagia y deformidad de la válvula mitral. A. Gootnick.
- * Poliarteritis nudosa. Referencia de un caso raro. M. C. Sampson, K. R. Eissler y R. M. Nay.
- * Hiperparatiroidismo simulando una enfermedad de Paget. S. P. Zimmerman.
- Autohemólisis al frío asociada con síndrome de Raynaud. J. P. Davis y D. Rosenbaum.
- Editorial. Nuevos avances en el tratamiento de la lepra.

La tos como síntoma de enfermedad cardiovascular.—Subrayan los autores la importancia de la tos en ciertos enfermos con afecciones cardiovasculares, y presentan casos ilustrativos de varios tipos corrientes de cardiopatías en los que la tos era un síntoma prominente. Señalan que la causa más frecuente de la tos es la congestión pulmonar consecutiva a la insuficiencia del ventrículo izquierdo o a la estenosis mitral, pero hay también otros procesos, como, por ejemplo, aneurismas de la aorta torácica, anillos vasculares congénitos en el arco aórtico derecho y afecciones pericárdicas que pro-

ducen la tos como síntoma de importancia. Aparte de estos casos, en los que la tos precede a la aparición de los demás síntomas, hay otros, como la embolia pulmonar con infarto que complica tan frecuentemente las cardiopatías, especialmente si falla el corazón, en los que la tos aparece juntamente con el dolor y la disnea. Finalmente, insisten en que la tos puede ser una manifestación de ansiedad en personas con o sin enfermedad cardiovascular.

Tromboflebitis visceral migrans.—Manifiestan los autores que, aunque no es rara la afectación de las venas viscerales con curación, la enfermedad puede ser fatal. Como confirmación de ello, revisan los rasgos clínicos y anatomopatológicos de 11 casos autopsiados, 6 personales y 5 recogidos de la literatura. Describen las manifestaciones clínicas tan diversas originadas por la afectación de los diferentes órganos, así como también los rasgos sistemáticos complejos de la enfermedad. Se refieren a la patogenia, haciendo mención de que puede excluirse la infección bacteriana y que no se ha podido determinar si las reacciones inflamatorias en las venas pueden atribuirse a una toxina o virus que se localiza selectivamente; añaden que es también posible que las alteraciones de las venas sean secundarias a la trombosis, consecutiva a su vez a un trastorno de la coagulación; en conjunto, puede decirse que todavía se desconoce la etiología de la tromboflebitis migrans. Respecto a la terapéutica, declaran que no hay tratamiento específico, siendo de utilidad la ligadura de las venas periféricas para prevenir las embolias y el empleo de heparina y dicumarol.

Función hepática y estructura de las proteínas del suero en la gota.—Demuestran los autores, por medio de las pruebas de función hepática más sensibles, que la gota no se asocia uniformemente con empeoramiento de la función hepática, y, por lo tanto, que una afectación difusa del hígado no es la causa ni la consecuencia de la gota. Las pruebas anormales son raras en la gota no complicada, y la mayor parte de las anomalías se encuentran en los casos con enfermedad complicante conocida, y en estos enfermos el grado de empeoramiento funcional va paralelo a la naturaleza e intensidad de la enfermedad asociada. Ocasionalmente muestran hallazgos anormales los enfermos con artritis gotosa activa, pero son relativamente infrecuentes y casi siempre limitadas o aquellas pruebas dependientes de alteraciones en las globulinas del suero; como éstas se producen por todo el sistema reticuloendotelial, dichos hallazgos no prueban una afectación hepatocelular. Las anomalías observadas en los casos con enfermedad complicante conocida no se limitan a las pruebas de globulinas, lo que sugiere que los resultados alterados en la artritis gotosa activa son debidos a la irritación reticuloendotelial y no a afectación hepática. Los valores en el suero de las proteínas totales y sus fracciones son normales en la gota no complicada y la existencia de enfermedad hepática o renal produce alteraciones del espectro proteico en el sentido esperado. Los valores de colesterol total y fracciones en el suero son normales, generalmente, en la gota; las cifras son evidentemente más bajas en la artritis gotosa aguda que en la gota de intervalo, y los datos preliminares sugieren que hay un valor alto antes del comienzo de la artritis gotosa aguda. Cuando se comparan con otras alteraciones bioquímicas conocidas durante el ciclo de la gota, las modificaciones de la colesterolina son compatibles con una hipótesis endocrina de disminución prodrómica de la producción corticosuprarrenal de esteroides y aumento de alguno de sus tipos durante el ataque. Como conclusión, los autores manifiestan que la afectación difusa del hígado y las alteraciones en las proteínas circulantes no son fundamentales en la patogenia de la gota.

Presión diastólica "O" transitoria (indirecta) en las extremidades superiores.—Refiere el autor cinco casos que exhibían el síndrome descrito por Wilburne de presión diastólica "O" en los brazos con presión poplitea

normal o elevada y taquicardia. En cuatro de los cinco enfermos pudieron verse datos psiconeuróticos con diferentes manifestaciones de desequilibrio del sistema nervioso autónomo, pero ninguno presentaba evidencia de cardiopatía. Subraya el autor la importancia de distinguir este síndrome de la insuficiencia aórtica, siendo los datos fundamentales la ausencia del soplo diastólico y de presión diastólica baja en las extremidades inferiores, junto con el carácter transitorio de la presión diastólica "O" en las extremidades superiores.

Caronamida y penicilina en endocarditis bacteriana subaguda debida al *Streptococcus faecalis*.—Los autores refieren el caso de una enferma con estenosis mitral que desarrolló un cuadro de endocarditis bacteriana subaguda a los siete días de un parto. El nido de la infección residía en una endometritis, siendo el germen causal un *Streptococcus faecalis*, que pudo aislarse por cultivo de los loquios y de la sangre circulante; el germen era resistente a un millón de unidades diarias de penicilina, pero respondió rápidamente a 4 gr. diarios de estreptomycin. Una semana después de la suspensión de esta última droga la infección recidivó con hemocultivos positivos y mayor resistencia de los gérmenes a la penicilina, pero el proceso curó por la administración de caronamida oral (24 gr.) y penicilina intramuscular (4 millones de unidades al día). Confirman la elevación de los niveles en sangre de penicilina por la administración de caronamida, y, a su juicio, su modo de acción se debe a su afinidad específica, selectiva y reversible por el substrato enzimático responsable del transporte tubular renal y eliminación de penicilina. La caronamida no produjo en dicha enferma lesión epitelial tubular ni otro tipo de afectación renal, que toleró unas dosis diarias de 24 gr. durante sesenta y seis días consecutivos. Los niveles adecuados de penicilina en el plasma de dicho período motivaron la esterilización de la sangre de la enferma y una detención clínica aparente de su enfermedad.

Disfagia y deformidad de la válvula mitral.—Considerando la frecuencia con que se encuentra a rayos X una compresión apreciable del esófago en casos con estenosis mitral, sorprende la rareza de trastornos a la deglución, explicable quizá por la elasticidad del esófago normal, su relación a ambos lados con estructuras no rígidas y su motilidad consiguiente. El autor presenta un caso de disfagia por enfermedad mitral, que hace el octavo referido en los últimos veinte años. En la revisión realizada llaman la atención el gran aumento de tamaño del ventrículo izquierdo, la presencia de insuficiencia mitral e insuficiencia congestiva en estos enfermos y la desaparición de la disfagia cuando el tratamiento consigue reducir el tamaño del ventrículo izquierdo. Señala que el mecanismo esencial en la producción de una aurícula izquierda enormemente dilatada no es la estenosis mitral "per se", sino la insuficiencia marcada de esta válvula. Sugiere, por último, que además de las dos explicaciones corrientes de los vómitos durante la insuficiencia congestiva, esto es, la congestión de la circulación portal y la intoxicación digitalica puede existir otro tercer mecanismo en ocasiones, representado por la compresión del esófago por una aurícula izquierda excesivamente dilatada.

Poliarteritis nudosa. Referencia de un caso raro.—Los autores describen un caso de poliarteritis nudosa de diez años de duración. La enfermedad se inició por un proceso que simulaba una fiebre reumática, y ulteriormente se llegó a un diagnóstico de glomerulonefritis crónica. Últimamente desarrolló un cuadro de amaurosis transitoria, hemiplejía y nistagmus, pensándose en la posibilidad de una esclerosis múltiple, pero se llegó a la conclusión de que se trataba de una poliarteritis nudosa basándose en la sensación de enfermedad que experimentaba el paciente, la remisión lenta de la sintomatología hemiplejica, la gran multiplicidad de síntomas y afectación sistémica, la eosinofilia transitoria, la velocidad de sedimentación acelerada y los episodios de embotamiento de las extremidades inferiores con dolo-

res, índice de afectación de los nervios periféricos. Finalmente, el diagnóstico de poliarteritis nudosa se confirmó por la biopsia de nódulos excindidos del tejido celular subcutáneo.

Hiperparatiroidismo simulando una enfermedad de Paget.—Refiere el autor un caso que cinco años antes había presentado el cuadro clínico, radiológico y bioquímico del hiperparatiroidismo, a excepción de la radiografía del cráneo, que era compatible con la de la enfermedad de Paget. En la exploración quirúrgica se encontró un adenoma paratiroideo, y el diagnóstico fue confirmado histológicamente. Las alteraciones bioquímicas de la sangre se normalizaron en el período postoperatorio inmediato, excepto la fosfatasa alcalina, que tardó más tiempo. A los cinco años de la paratiroidectomía las radiografías del cráneo, pelvis, fémures, costillas y dedos son típicas de la enfermedad de Paget, y el calcio, fósforo y fosfatasa alcalina dan cifras normales. Para la clasificación de este caso era necesario determinar si se trataba de un enfermo con hiperparatiroidismo asociado a enfermedad de Paget o si era uno de los casos raros de hiperparatiroidismo cuya recalcificación y curación se manifiestan en una forma que es indistinguible de la enfermedad de Paget. En vista de la edad relativamente joven del enfermo, de la normalización de la fosfatasa alcalina, la distribución poco corriente de las lesiones, especialmente en costillas y dedos y el diagnóstico demostrado de hiperparatiroidismo, el autor llega a la conclusión de que se trataba de un caso de enfermedad de Recklinghausen, que en su curación adquirió el cuadro óseo de la enfermedad de Paget.

The Journal of Experimental Medicine

89 - 2 - 1949

- * Proteinuria por renina en la rata. T. Addis, E. Barrett, R. L. Boyd y H. Ureón.
- Bloqueo celular en la enfermedad de Newcastle de pollos. F. B. Bang.
- El efecto de la dieta sobre la susceptibilidad de los ratones a la neumonía de virus (PVM). I. Influencia de la piridoxina sobre el período posterior a la inoculación del virus. W. B. Leftwich y G. S. Mirick.
- II. Influencia de la piridoxina administrada antes y después de la inoculación del virus. G. S. Mirick y W. B. Leftwich.
- El movimiento del agua en los tejidos extraídos del cuerpo y su relación al movimiento del agua en vida. E. L. Opie.
- El movimiento del agua en tejido tumoral extraído del cuerpo. E. L. Opie.
- La naturaleza de los receptores de virus en las células. III. Purificación parcial del inhibidor de aglutinación de virus del plasma. G. K. Hirst.
- IV. Efecto del peryodato sódico sobre la elución del virus gripal de los hematíes. G. K. Hirst.
- * Observaciones sobre la producción y prevención de la lesión dietética hepática en ratas. P. György y H. Goldblatt.

Proteinuria por renina en la rata.—La renina origina en el plasma la producción de angiotonina, elevando la presión arterial. Al mismo tiempo se ha demostrado que aumenta la diuresis y produce una proteinuria. Este efecto es muy marcado en la rata, y los autores han pretendido aclarar el mecanismo por el que sucede, aunque no han llegado a conclusiones definitivas. La proteinuria es transitoria y se acompaña de la eliminación de fibrinógeno, sin que se observen alteraciones en los glomérulos. La inactivación de la renina, en cuanto a su efecto presor, inhibe también la acción de producir proteinuria en las ratas. El efecto parece ser debido a la acción presora, y los autores han visto que también una solución de angiotonina es capaz de originar una proteinuria, la cual interpretan como probablemente debida a la contracción de la arteriola eferente del glomérulo, con aumento consiguiente de la presión de filtración.

Observaciones sobre la producción y prevención de la lesión dietética hepática en ratas.—Se refieren numerosas experiencias realizadas en un total de 1.922 ratas. Se confirma que la dieta carente en aminoácidos azu-

frados origina en los animales una intensa alteración hepática. El tocoferol puede neutralizar la falta de aminoácidos con azufre, y es así un protector de la célula hepática. La calidad de la grasa de la dieta influye mucho en el resultado. Las grasas muy insaturadas, como el tocino o el aceite de hígado de bacalao, favorecen la lesión del hígado, en tanto que la evitan las grasas saturadas, como la manteca y el crisco. La fibrosis, que se produce cuando la dieta pobre en factores lipotrópicos se mantiene prologadamente, se favorece por el tocino y especialmente por el aceite de hígado de bacalao. El ceroides se produce sólo cuando la dieta es rica en tales grasas y su acúmulo no se evita por el tocoferol, incluso a dosis muy elevadas. Se ha observado que nunca comienza la fibrosis por el espacio porta, sino por las proximidades del centro del lobulillo.

The American Journal of Physiology.

156 - 1 - 1949

- Comparación de los efectos sobre el sistema circulatorio de las aceleraciones positivas y negativas. La ley de Marey. S. W. Britton.
- Determinación del volumen corpuscular y del volumen de plasma mediante distintas aplicaciones del método de la dilución. P. L. McLain y C. H. W. Ruhe.
- Estudios sobre electrocardiografía intracardiaca en el hombre. H. D. Levine, H. K. Hellem, J. W. Dow y J. F. Gowdey.
- Electrocardiograma del músculo papilar aislado del corazón de gato. S. Garb y M. B. Chenoweth.
- * Efecto agudo sobre los pulmones de grandes dosis intravenosas de alfa-naftil-thiourea (ANTU). C. K. Drinker y E. Hardenberg.
- * Efecto de la anoxia sobre la concentración de hemoglobina del músculo estriado. W. E. Poel.
- Eficiencia de los diversos métodos de respiración artificial en las grandes alturas. F. R. Blood y F. E. D'Amour.
- Interrelación entre la hipoxia, consumo de oxígeno y temperatura del organismo. F. R. Blood, R. M. Glover, J. B. Henderson y F. E. D'Amour.
- * Algunas observaciones sobre la depresión de la función renal después de la hipofisectomía. H. L. White, P. Heinbecker y D. Rolf.
- * Nefrotoxiopexia, hiperfunción renal compensatoria y determinación simultánea de la dinámica renal. N. Sr. Maluf.
- Efecto de la administración intravenosa de glucosa a los perros sobre el consumo de dieta. H. D. Janowitz, M. E. Hanson y M. I. Grossman.
- * Piruvemia y lactacidemia en los diabéticos. efecto de la administración de glucosa y del ejercicio. M. K. Horwitz, O. W. Hills y O. Kreisler.
- * Incidencia, control y regresión de los síntomas diabéticos en las ratas aloxánicas. G. A. Wrenshall, J. Collins y W. S. Hartroft.
- Posible papel de la piel en el efecto de la adrenalina sobre la temperatura del organismo y el metabolismo respiratorio. Ch. E. Whitcher y F. R. Griffith.
- Producción de estados convulsivos mayores por la excitación eléctrica experimental. A. M. Freedman y H. E. Himwich.
- D.F.P. Tipo de inyección y variación de la respuesta. A. M. Freedman y H. E. Himwich.
- Contenido del cerebro en agua, nitrógeno y electrolitos tras la contusión cerebral. L. Eichelberger, J. J. Kollros y A. E. Walker.

Efecto agudo sobre los pulmones de grandes dosis intravenosas de alfa-naftil-thiourea (ANTU).—Estudian los autores la acción del Antu, administrado por vía intravenosa en dosis de 1 c. c. de una solución al 2 por 100 en propilen-glicol en perros previamente anestesiados con nembutal, los cuales desarrollan un edema pulmonar mortal. La primera alteración que se produce es un aumento en el flujo de los ganglios linfáticos pulmonares, que va seguido de una trasudación en la pleura y del edema pulmonar. Durante el proceso se observa un aumento del volumen respiratorio por minuto a consecuencia de una mayor frecuencia respiratoria; el análisis de los gases respiratorios demuestra cómo este edema pulmonar es de origen periférico.

Efecto de la anoxia sobre la concentración de hemoglobina del músculo estriado.—Poco se conoce sobre la función "in vivo" de la miohemoglobina y si juega algún papel en los procesos respiratorios del músculo; en el presente artículo se analiza si entraría a formar parte de los mecanismos de adaptación del organismo en la anoxemia crónica; para ello se analiza el contenido de

mioglobina de los músculos de ratas sometidas experimentalmente a condiciones de anoxia, equivalentes a las que en la naturaleza se encuentran a una altura de 25.000 pies. Se puede decir que no existe una relación entre el contenido de mioglobina y la adaptación a la hipoxia de altura. Los músculos esqueléticos, cuya actividad no se afecta en estas condiciones, muestran si es caso un ligero descenso en la concentración de mioglobina; en cambio, el músculo cardíaco que, si es afectado, muestra un aumento de concentración, lo que parece indicar que el contenido de mioglobina está condicionado más bien por la actividad muscular.

Algunas observaciones sobre la depresión de la función renal después de la hipofisectomía.—En trabajos anteriores han analizado los autores cómo la depresión de la función renal que sigue a la hipofisectomía no es debida a la depresión de la función gonadal o tiroidea, ya que la extirpación de estas glándulas no produce ningún efecto; queda, sin embargo, la posibilidad de que esta acción se produzca a través de una depresión funcional de las suprarrenales al faltar la hormona adrenotrópica. Ofrecen los autores dos argumentos en contra; por un lado, un tratamiento con hormonas corticales capaz de mantener la función renal en buen estado en los animales adrenalectomizados, no influye sobre la función renal de los perros hipofisectomizados; por otro lado, un tratamiento con hormona corticotropa no mejora tampoco la función renal de estos perros. Por estas razones creen los autores que se trata de una acción directa de la hipófisis sobre los riñones o sobre los tejidos en general.

Nefrotoxiopexia, hiperfunción renal compensatoria y dinámica renal.—La mejoría de la función renal tras la nefrotoxiopexia ha sido admitida en estos últimos años y utilizada en los procesos vasculares del riñón. Hace el autor un análisis cuidadoso de la función renal en perros a los que ha efectuado este tipo de intervención, demostrándose que lejos de mejorar la función renal se produce un empeoramiento, no previniendo, por otro lado, la atrofia renal tras la ligadura de la arteria renal. En el otro riñón se produce una hipertrofia de tipo compensatorio, hipertrofia que no se impide con la denervación renal.

Piruvemia y lactacidemia en los diabéticos. Efecto de la administración de glucosa y del ejercicio.—La interrelación que existe entre la glucosa, el ácido láctico y el pirúvico se encuentra alterada en el sujeto diabético, pudiendo servir para el diagnóstico diferencial entre la hiperglicemia diabética y otros tipos de hiperglicemia. Tras la administración de glucosa se observa en el sujeto normal una elevación paralela de los tres metabolitos; en el sujeto diabético se observa un aumento de la glucosa mucho más intenso; en cambio, el pirúvico y el láctico no aumentan sino mucho más tarde. Las curvas de piruvemia y lactacidemia en el sujeto diabético tras el ejercicio no difieren de las que presentan los normales. La inyección de insulina durante el reposo junto con glucosa determina en los diabéticos un aumento de la lactacidemia y la piruvemia similar a la de los normales. Estos hechos llevan a hacer pensar de que la insulina es necesaria para la transformación de la glucosa en pirúvico y láctico en el reposo, pero no durante el ejercicio.

Incidencia, control y regresión de los síntomas diabéticos en las ratas aloxánicas.—A las cuarenta y ocho horas de la inyección subcutánea de dosis diabetógenas de insulina a ratas adultas el contenido de insulina del páncreas desciende a un 2-10 por 100 del normal. El curso de las ratas inyectadas (200 mg./kg.) es variable; en unas persiste una glicosuria acentuada, en otras se produce una glucosuria ligera y transitoria durante cuatro-cinco semanas, y existe un último tipo de ratas aglicosúricas. Si analizamos el contenido en insulina del páncreas en los tres tipos de respuesta descritos, vemos que está en razón inversa de la glicosuria, por lo que se puede decir que la gravedad de los síntomas diabé-

ticos en las ratas aloxánicas está condicionada por el contenido en insulina del páncreas, que sería una expresión de la velocidad del turnover de la insulina.

The Journal of Clinical Investigation.

28 - 2 - 1949

- * Conducta del iodo radiactivo en la sangre. W. M. McConeahey, F. R. Keating y M. H. Power.
Resistencia experimental a la insulina en el conejo. F. C. Lowel y W. Franklin.
- * Medida relativa "in vivo" de la acumulación de iodo radiactivo en el tiroides. Comparación con la radiactividad de otros tejidos. T. J. Luellen, F. R. Keating, M. M. D. Williams, J. Berkson, M. H. Power y W. M. McConeahey.
- * Medida de la capacidad acumuladora de iodo de la glándula tiroides del hombre. F. R. Keating, J. C. Wang, T. J. Luellen, M. M. D. Williams, M. H. Power y W. M. McConeahey.
Determinación por el método electroquimográfico de las variaciones de diámetro de la aorta y arteria pulmonar en las alteraciones circulatorias. C. F. Cay, J. W. Woods, H. F. Zinsser y J. Malvern.
- * Estudios sobre el papel del hígado en el metabolismo de los hidratos de carbono por la técnica del cateterismo venoso. I. Sujetos normales en ayunas y tras la inyección de glucosa. P. K. Bondy, D. F. James y B. W. Farrar.
Estudios metabólicos en enfermos en déficit proteico, recibiendo gran parte del nitrógeno administrado en forma de albúmina plasmática humana administrada intravenosamente. C. Waterhouse, S. H. Bassett y J. W. Holler.
Metahemoglobinemia congénita. Estudio clínico y bioquímico de un caso. H. A. Eder, C. Finch y R. W. McKee.
- * Complemento y sus componentes en el líquido cefalorraquídeo humano. M. Heidelberger y R. H. Muller.
- * Observaciones hematológicas en un enfermo con insuficiencia hepática crónica. T. Jarrold y R. W. Vilter.
Efecto cardiovascular de la hipotermia experimental aguda. O. Prec, R. Rosenman, K. Braum, S. Rodbard y L. N. Katz.
Respuesta circulatoria a la hipertermia producida por calor radiante. O. Prec, R. Rosenman, K. Braum, R. Harris, S. Rodbard y L. N. Katz.
Relación del virus de la influenza y de su bacteria sobre la etiología de la neumonía. E. Starbuck, T. G. Ward y T. E. Van Metre.
Determinación de la glicina del plasma tras la ingestión de gelatina como prueba diagnóstica de la fibrosis pancreática. H. N. Christensen y H. Shwachman.
- * Estudios sobre la cirrosis del hígado. I. Relación entre el volumen plasmático, concentración proteica del plasma y proteínas totales circulantes. G. I. Hiller, E. R. Huffman y S. Levey.
Agglutinación del estreptococo hemolítico autoclavado por el suero de enfermos de fiebre reumática y otras afecciones. S. J. Liao.
Coagulación del plasma humano libre de plaquetas. Evidencia sobre la existencia de una tromboplastina. C. L. Conley, R. C. Hartmann y W. I. Morse.
Efecto hemodinámico de las drogas hipotensivas en el hombre. I. Veratrum viride. E. D. Freis, J. C. Culbertson, J. Litter, M. H. Halperin, Ch. H. Burnett y R. W. Wilkins.
Algunas observaciones sobre los trazados balistocardiográficos, con especial referencia a las ondas H y K. J. L. Nickerson.
Metabolismo del potasio en la insuficiencia renal. J. R. Elkinton, R. Tarail y J. P. Peters.
- * Complemento y sus componentes en el líquido cefalorraquídeo en las afecciones inflamatorias cerebrosplinales. S. Spicer, E. Appelbaum y D. D. Rutstein.
Efecto de la hormona adrenotrópica sobre la hiperplasia congénita adrenal y sobre el síndrome de Cushing tratado con metiltestosterona. R. A. Lewis y L. Wolkins.
Breve resumen de la historia de la Sociedad Americana de Investigación Clínica. J. H. Austin.

Conducta del iodo radiactivo en la sangre.—La utilización de los isótopos radiactivos ha servido para esclarecer muchos problemas de tipo biológico. Intentan los autores esclarecer algunos puntos oscuros del metabolismo del iodo. Tras la inyección de I^{131} se produce una curva en la sangre de radioiodo, que comienza por un rápido ascenso, suscitado por la absorción gastrointestinal seguida de un descenso que indica la captación del iodo por los tejidos, principalmente por el tiroides, así como la eliminación del mismo por la orina, y una tercera fase de aumento que indica la aparición de iorradiactivo formando parte de compuestos orgánicos. La velocidad de desaparición del iodo varía de la normalidad en los estados tiroideos; normalmente, ocho horas después de la inyección la concentración es de 2,06 por 100 de la dosis por litro inyectada, en los

casos de mixedema; de un 1,28 en las personas normales, y de un 0,49 en los casos de hipertiroidismo. En cuanto a la aparición en sangre de iodo precipitable (orgánico), es muy precoz y elevado en los enfermos hipertiroides, y sólo se observan pequeñas concentraciones tardías en el mixedema.

Medida relativa "in vivo" de la acumulación de iodo radiactivo en el tiroides. Comparación con la radiactividad de otros tejidos.—Se comprueban en este trabajo los descritos en el artículo de más arriba, demostrando además cómo la eliminación urinaria de radioiodo sigue una curva exponencial similar a la de la acumulación de iodo por el tiroides. Si bien la curva de desaparición del radioiodo de la sangre varía según el grado de actividad de la glándula tiroides, esto no quiere decir que sea fijado sólo por él mismo, ya que intervienen también la eliminación urinaria y la fijación por otros tejidos, cuya rapidez de fijación parece estar condicionada por la actividad tiroidea.

Medida de la capacidad acumuladora de iodo de la glándula tiroides del hombre.—Se describe un método empírico para determinar la capacidad de fijación de iodo por la glándula tiroides, utilizando radioiodo administrado oralmente y medido en microcuries. Si se comparan la velocidad de captación de los normales y la de los enfermos hipertiroides, vemos que en estos últimos es hasta 10 veces mayor. En los enfermos con bocio adenomatoso sin hipertiroidismo la velocidad es el doble de la normal. Si se comparan los valores obtenidos con los de desaparición de iodo de la sangre y los de eliminación urinaria, vemos que aquéllos, si bien no son exactamente comparables, reflejan inequívocamente el estado de la función tiroidea.

Estudios sobre el papel del hígado en el metabolismo de los hidratos de carbono por la técnica del cateterismo venoso. I. Sujetos normales en ayunas y tras la inyección de glucosa.—Los resultados que obtienen los autores por medio del cateterismo hepático son completamente similares a los que se obtienen en los animales de experimentación, viniendo a confirmar las teorías hasta ahora sustentadas. En ayunas se demuestra una suelta de glucosa por el sistema esplácnico, equivalente a 3,5 mgr. por kilogramo de peso y minuto, de los cuales un 7 por 100 proviene de la neoglucogénesis a partir de las proteínas. Tras la inyección de glucosa se produce una fijación de la misma por el hígado; esta función del hígado parece estar condicionada por los mismos niveles de glucosa en la sangre.

Complemento y sus componentes en el líquido cefalorraquídeo humano.—Se admite en casi toda la literatura la ausencia de complemento en el líquido cefalorraquídeo y cómo su aparición al aumentar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica sería un signo de inflamación meníngea. Analizan los autores el complemento en sus cuatro componentes en el l. c. r. de varios sujetos en los que se podía descartar la existencia de un proceso inflamatorio, demostrando su existencia en una tercera parte de los casos, encontrándose presentes sus cuatro componentes.

Observaciones hematológicas en enfermos con insuficiencia hepática crónica.—Estudian 30 enfermos de cirrosis hepática desde el punto de vista hematológico. En un 65 por 100 se observa una anemia de tipo macrocítica, con una reticulocitosis hasta de un 13 por 100, que no se puede explicar por pérdidas de sangre. En cuanto al aspecto de la médula ósea, la celularidad es normal o ligeramente disminuida, con hiperplasia normoblastica poco acentuada. Existe un aumento de los plasmocitos, que guarda relación con el grado de hiperglobulinemia, lo que sugiere una relación de causa a efecto similar a la que se observa en el mieloma múltiple. La anemia macrocítica es resistente a los extractos hepáticos y al ácido fólico, por lo que su mecanismo de producción parece ser distinto al pernicioso.

Estudios sobre cirrosis del hígado. I. Relación entre volumen plasmático, concentración proteica del plasma y proteínas totales circulantes.—Se describen en el presente artículo los resultados de observaciones periódicas del volumen de plasma, concentración de proteínas séricas y proteínas totales circulantes en 12 enfermos de cirrosis hepática. El volumen plasmático se encuentra aumentado en todos los enfermos, lo que se debería a la hepato y esplenomegalia, así como al aumento de la circulación colateral. La disminución del por ciento de proteínas totales es en gran parte debido a este aumento, pudiendo ser normal las cifras de proteínas totales. No así la de albúmina circulante, que se encuentra en general disminuida, guardando su cuantía estrecha relación con el estado clínico del enfermo.

Complemento y sus componentes en el líquido cefalorraquídeo en las afecciones inflamatorias cerebroespinales.—En los casos de afecciones inflamatorias cerebroespinales, siempre se encuentra algunos de los componentes del complemento. De los cuatro componentes, los que más aumentan son el C_1 y el C_4 , siendo menos acusado el aumento del C_2 y casi inaparente el del C_3 .

Medicine.

28 - 1 - 1949

- * Insuficiencia pulmonar. E. de F. Baldwin, A. Cournad y D. W. Richards.
- * La patología del timo en la miastenia grave. B. Castleman y E. H. Norris.
- * El síndrome de Landry-Guillain-Barré. W. Haymaker y J. W. Kernohan.

Insuficiencia pulmonar.—La correlación entre el aspecto radiológico en los casos de fibrosis pulmonar y la insuficiencia funcional del pulmón no es muy estrecha, y se observan frecuentes contradicciones. Se ha pensado por algunos que la insuficiencia pulmonar en cada caso depende del grado de enfisema, el cual no es constante en la fibrosis del pulmón. Los autores han estudiado 39 enfermos con fibrosis pulmonar, sin notable enfisema, y admiten en ellos dos grupos. En el primero incluyen casos con saturación arterial de oxígeno superior a 92 por 100 después del ejercicio, y comprende casos con trastorno de la ventilación, sin alteraciones de la distribución o difusión de los gases (casos de silicosis, bronquiectasias, tuberculosis fibrosa, sarcoides y fibrosis radiante). El segundo grupo, con saturación menor de 92 por 100, a continuación del ejercicio, corresponde a la insuficiencia respiratoria alveolar, con una ventilación normal (casos de esclerodermia, exposición al asbesto y anhídrido sulfuroso, carcinoma linfático y neumonitis intersticial).

La patología del timo en la miastenia grave.—Se estudia la anatomía patológica del timo en 35 casos de miastenia grave, y se revisan los datos de 297 casos de la literatura. Tan sólo en 10 de los casos de los autores existía un timoma encapsulado, el cual nunca metastatiza. En el resto de los casos el timo era de tamaño y forma normales. Los timomas tienden a aparecer en los varones entre los cuarenta y sesenta años de edad, en tanto que las mujeres jóvenes suelen más bien tener timos de tamaño normal. Los timomas se hallan constituidos por células epiteliales y linfocitos, entremezclados, sin que se pueda establecer una correlación entre el aspecto histológico y el cuadro clínico. Los timos de tamaño normal muestran algunas peculiaridades en el caso de la miastenia grave, especialmente en lo que se refiere a la presencia de centros germinativos linfoides, los cuales no se encuentran en el timo normal. Los resultados clínicos de la timectomía o radiación del timo son poco alentadores.

El síndrome de Landry-Guillain-Barré.—En el Ejército americano se han observado 50 casos mortales de enfermos que presentaban un cuadro de afección radiculoneural, muchas veces con disociación albúmino-

citológica en el líquido, y que se diagnosticaron de parálisis de Landry cuando llevaban un curso rápido y ascendente, y de síndrome de Guillain-Barré si el curso era más lento. En el trabajo se revisan con gran extensión los datos clínicos y anatómicos, y se hace resaltar que existen transiciones entre unos y otros cuadros. La enfermedad duró entre dos y cuarenta y seis días, y fué precedida en 40 ocasiones por infecciones generales o locales. Sólo en tres casos se observó fiebre. La participación de los nervios craneales era casi constante. En 7 enfermos se observó anestesia o hiperestesia, de distribución radicular. Las lesiones principales se encuentran en los nervios periféricos, en la unión de las raíces anterior y posterior y en las porciones vecinas. En los núcleos motores se observan pequeñas alteraciones, que los autores consideran como retrógradas. En los otros órganos se encuentran alteraciones inconstantes, salvo en el pulmón, donde se halló bronconeumonía en 33 casos.

The Lancet.

6.542 - 15 de enero de 1949

- Resultados sociales tardíos de la leucotomía prefrontal. R. Ström-Olsen y P. M. Tow.
- * Anemia macrocítica en Africa Central en relación con anquilostomiasis y otras enfermedades. H. Lehmann.
- * Estreptomycin en la peste humana comparada con otros tratamientos. P. V. Karamchandani y K. S. Rao.
- Pancreaticogastrostomía experimental. C. A. Wells y D. Annis.
- * Penicilina y caronamida en la endocarditis bacteriana subaguda resistente. C. H. Stuart-Harris, J. Colquhoun y J. W. Brown.
- * Resistencia al crecimiento de tumores en ratas alimentadas con complejo vitamínico B. G. M. Scott.
- Determinación rápida del pregnandiol urinario. Una comparación de dos métodos. G. I. M. Swyer.

Anemia macrocítica en Africa Central.—En 44 enfermos estudiados por el autor en Africa Central la causa de la anemia fué siempre por pérdida sanguínea periférica; en 32 enfermos la pérdida era extravascular y debida a anquilostomas y la anemia era de tipo ferropénico. En 6 enfermos la anemia por anquilostomas estaba complicada en el momento del ingreso por la existencia de paludismo o una infección bacteriana; en los 6 enfermos restantes la anemia estaba producida por paludismo o por la infección, y como la pérdida sanguínea era intravascular, la anemia no era por carencia de hierro. Los macrocitos en la anemia del Africa Central son en general reticulocitos y otras células jóvenes producidas por una médula ósea eficaz funcionante, que pasan al sistema periférico, donde se está perdiendo constantemente sangre. Estos macrocitos, que denominan células céticas, muestran diferencias evidentes con los megalocitos de la anemia macrocítica nutritiva. La respuesta al tratamiento con hierro de la anemia hipocrómica es diferente en los enfermos africanos que lo que se ve en Europa. El hierro sólo no cura completamente a estos enfermos, aunque transforme el cuadro hemático en normocromico, y la curación total tiene lugar después de la eliminación de los parásitos. Aunque hay enfermos con anemia por anquilostomas sin carencia de hierro, por otro lado se demostró que la anemia ferropénica es producida por anquilostomiasis. La eliminación de los parásitos conduce al oscurecimiento de la piel en enfermos cuya carencia de hierro había sido corregida y provoca también la desaparición de otros síntomas del grupo del kwashiorkor. Discute la posibilidad de la inhibición por los parásitos de la oxidación de la tirosina como la causa de la palidez de la piel y al menos parcialmente del paso a la sangre periférica de las células céticas. Como final, declara que la exterminación de los parásitos constituirá una medida esencial en la prevención del kwashiorkor.

Estreptomycin en la peste humana.—De los 200 casos de peste estudiados por los autores, el 85 por 100 pertenecían al tipo bubónico, el 8 por 100 al septicémico y el 4 por 100 al celulocutáneo; también se observaron tres casos de tipo intestinal, 2 del neumónico y

uno del cerebral. Comparan las mortalidades con diferentes tratamientos, y señalan que aunque la mortalidad con estreptomina (20 por 100) apenas difería del de la sulfodiazina (22 por 100), tres enfermos que estaban moribundos después de un tratamiento con sulfodiazina se salvaron por la estreptomina. Bajo este tratamiento murieron tres enfermos, pero ya se hallaban moribundos a su ingreso y la muerte ocurrió antes de serles administrado un gramo de estreptomina, que se considera es la dosis mínima total para curar la peste. La mortalidad total fué del 29,5 por 100, del cual el 13,8 por 100 correspondía a enfermos moribundos a su ingreso. No hubo diferencias de consideración entre la mortalidad de los enfermos vacunados (27,5 por 100) y los no vacunados (32,5 por 100).

Penicilina y caronamida en la endocarditis bacteriana subaguda resistente.—Refieren los autores el éxito conseguido por el empleo combinado de penicilina y caronamida en el tratamiento de dos casos de endocarditis bacteriana subaguda en los que se habían producido recidivas después de cursos repetidos de penicilina sola. En un tercer enfermo, un curso breve de caronamida durante la terapéutica penicilínica consiguió la mejoría clínica, lo que no había ocurrido con penicilina sola. A su juicio, indican estos casos que la caronamida es un colaborador importante a la terapéutica con penicilina en la endocarditis bacteriana subaguda, y cuyo efecto parece ser debido a los altos niveles de penicilina en el suero obtenidos por esta terapéutica combinada.

Resistencia al crecimiento de tumores en ratas alimentadas con complejo vitamínico B.—El autor describe unos experimentos con los que demuestra que la adición de complejo vitamínico B a la dieta de las ratas aumenta su resistencia para el crecimiento del sarcoma de Jensen. En algunas de las ratas tratadas los tumores desaparecieron eventualmente y el volumen medio aproximadamente a las tres semanas de la inoculación era lo más frecuentemente menor de una cuarta parte del volumen de los tumores en los controles. Se consiguieron efectos similares con un sarcoma de origen óseo. Las ratas de la experiencia estaban bien nutridas y libres de enfermedad, y no tenían signos de carencia de complejo B.

6.543 - 22 de enero de 1949

- La medicina y el nuevo orden social. F. Fraser.
- * Dextran como sustituto del plasma. G. Thorsen.
- * Dextran como sustituto del plasma. J. P. Bull, C. Ricketts, J. R. Squire, W. d'A. Maycock, S. J. L. Spooner, P. L. Mollison y J. C. S. Paterson.
- Efectos de la harina agenzada sobre el hombre. A. Elithorn, D. M. Johnson y M. A. Chosskey.
- Morbilidad y alimentación en la infancia. F. C. Naish.
- Determinación clínica del metabolismo basal. El índice, respiración y pulso. E. Bene.
- * Acción de la noradrenalina y adrenalina sobre el ritmo cardíaco humano. H. Barcroft y H. Konzett.

Dextran como sustituto del plasma.—El dextran, empleado ahora en Suecia como sustitutivo del plasma, es una solución al 6 por 100 de un polímero de glucosa polidispersoide. La mayor parte de sus moléculas tienen un peso molecular conforme con el de la albúmina con 0,9 por 100 de cloruro sódico añadidos a él. Su viscosidad está entre la de la sangre y la del plasma, y su peso específico es ligeramente superior al del plasma humano. Está libre de virus, no conduce a la formación de antígenos y no contiene casi nitrógeno. El dextran se ha administrado ya a más de 5.000 enfermos, y en algunos de ellos más de cuatro litros. Esta sustancia es válida en el tratamiento y prevención del shock, y el autor la emplea habitualmente para la prevención del shock durante las grandes operaciones. La incidencia de complicaciones postoperatorias fué muy superior en los controles, a los que se administraban cantidades equivalentes de suero fisiológico. Se elimina totalmente del organismo y no es tóxico. Finalmente señala que es muy útil como sustituto de la sangre y del plasma en los casos en que se desea un aumento en el volumen sanguíneo o en la presión oncótica.

Dextran como sustituto del plasma.—Los autores comunican sus experiencias con dextran en Inglaterra; declaran que es posible prepararlo con un tamaño molecular similar al de las proteínas del plasma. La solución es bien tolerada como una infusión y no es pirogénica, tóxica o antigénica. Después de la infusión en animales o en el hombre se elimina muy lentamente, aproximadamente durante una semana. Ha demostrado ser eficaz como sustitutivo del plasma en las quemaduras, y ha producido un aumento sostenido del retorno venoso en enfermos con shock quirúrgico o hemorragia. El dextran en ensayo contiene una proporción apreciable de material de tamaño molecular tal, que atraviesa el filtro glomerular y puede recogerse en la orina. Para el uso intravenoso es preferible llevar al mínimo la proporción de dextran de peso molecular bajo y también es importante definir el límite superior del peso molecular. Hay dudas todavía sobre el destino definitivo del dextran en el organismo, y por ello no puede ser recomendado sin reservas para la difusión de su empleo, aunque por el momento no se haya demostrado que produce trastornos en los tejidos.

Acción de la noradrenalina y de la adrenalina sobre el ritmo cardíaco humano.—La noradrenalina (arterenol) difiere de la adrenalina en que no tiene grupo metílico y no debe confundirse con su derivado isopropílico, la aleudrina. Su farmacología había sido estudiada extensamente, pero se pensó durante años que tenía únicamente un interés académico, puesto que nunca se había hallado en el organismo. Sin embargo, más recientemente se ha podido demostrar una sustancia similar en varios tejidos normales, y se ha llegado a extraerla de un tumor suprarrenal humano, habiéndose visto también que es capaz de transmitir químicamente ciertos impulsos nerviosos. Era importante comparar sus acciones sobre diferentes órganos con los de la adrenalina. Durante una investigación sobre el efecto de ambas sustancias sobre el flujo sanguíneo en las extremidades, tuvieron los autores la oportunidad de comparar sus acciones sobre el ritmo cardíaco y la presión arterial, con resultados interesantes e inesperados, puesto que así como el efecto hipertensivo es muy similar en ambas, sin embargo, la noradrenalina a la dosis de 10-20 µg. por centímetro cúbico provoca bradicardia, mientras que la adrenalina produce taquicardia. La explicación de la acción diferente sobre el ritmo cardíaco residiría probablemente en la acción directa excitatriz y su acción inhibitoria refleja debido a su acción presora sobre el sistema vascular.

6.544 - 29 de enero de 1949

- Objeto de la investigación. Reorientación hacia las enfermedades más comunes. S. Alstead.
- * Alteraciones sanguíneas en la peritonitis. P. H. Theron y W. C. Wilson.
- Evidencia serológica de fiebre Q en Gran Bretaña. M. G. P. Stoker.
- La estreptomina en la tos ferina. H. Schwabacher, R. H. Wilkinson y C. W. C. Karran.
- Anuria fatal después del empleo de mianesina en anestesia. T. E. W. Goodier y C. E. D. H. Goodhart.
- Restricción de la respiración torácica como una ayuda a la palpación abdominal. N. J. Nicholson.
- Hemorragia postpartum consecutiva a la eclampsia. E. M. Sawdon.

Alteraciones sanguíneas en la peritonitis.—Señalan los autores, en primer lugar, que la reducción del volumen sanguíneo, principalmente del plasma, es bastante frecuente en la peritonitis grave. Se encuentra una reducción del 20-30 por 100 de los valores normales en la primera determinación, habitualmente antes de la operación, en aproximadamente la mitad de los casos de curación y en una mayor proporción de los casos fatales. Bajo el tratamiento con soluciones intravenosas no proteicas, el volumen plasmático en los casos de curación asciende a límites normales o incluso superiores, aunque en algunos casos el volumen de células continúa descendiendo durante algunos días; en cambio, en los casos fatales no se alcanzan generalmente los volúmenes normales, y algunas veces tiene lugar un descenso antes de la muerte. Estos trastornos del volumen

plasmático se acompañan de cambios paralelos en las proteínas plasmáticas circulantes y un descenso proporcionalmente mayor de la albúmina, cuyo déficit persiste durante dos o más semanas. No hay una relación íntima entre los cambios del volumen y la concentración de los componentes de la sangre, esto es, hemoglobina, proteínas del plasma y cloruros. Las causas principales de las reducciones de volumen eran el ileo y la exudación de plasma en la cavidad peritoneal. Así como los cambios en la presión oncótica del plasma no juegan un papel importante, en cambio, la extravasación de sangre en el intestino durante el ileo puede ser parcialmente responsable de la disminución del volumen celular. Tiene la evidencia de que la reducción del volumen sanguíneo produce una lesión renal, y, en efecto, la insuficiencia renal fué algunas veces una causa importante de la muerte. En algunos casos el volumen sanguíneo era muy bajo inmediatamente antes de la muerte, y el colapso circulatorio terminal podría atribuirse exclusivamente a la oligoemia. En otros, en cambio, el volumen sanguíneo era aproximadamente normal, por lo que hay que aceptar que algún otro factor, posiblemente la intoxicación bacteriana, haya destruido la eficacia de la circulación.

6.545 - 5 de febrero de 1949

- El factor Rhesus.—E. N. Allott.
 * Lipodistrofia intestinal.—F. Avery Jones y J. W. Paulley.
 Intoxicación aguda por fenobarbitona: Tratamiento con picrotoxina.—E. G. Sita-Lumsden.
 Brote de infección por *Shigella schmitzii* en hombres y monos.—R. E. Rewell.
 * Nivel de las proteínas del plasma y desaparición del azul de Evans de la sangre.—R. J. Rossiter.
 Succión aplicada a la apendicectomía.—J. Devine.
 * Linfocitos y hemolisis intravascular.—R. H. Trinick.

Lipodistrofia intestinal.—Después de hacer una breve revisión de la sintomatología, naturaleza y evolución de la lipodistrofia intestinal o enfermedad de Whipple, los autores describen la observación de un caso fatal en un hombre de cuarenta y cuatro años. La pigmentación, junto con la hipotensión que presentaba el enfermo, hicieron pensar en un Addison, pero la investigación bioquímica, la normalidad de la prueba de Robinson-Power-Kepler, y la falta de respuesta a la terapéutica específica denegaron dicho diagnóstico. Sugieren, desde el punto de vista etiológico, que la enfermedad de Whipple puede originarse a partir de una yeyunitis primaria inespecífica. Finalmente, declaran que la personalidad de estos enfermos coincide ampliamente con la que se encuentra en la ileítis regional y otros trastornos intestinales catalogados como psicósomáticos.

Nivel de las proteínas del plasma y desaparición del azul de Evans de la sangre.—El autor encuentra una relación negativa entre el nivel de las proteínas del plasma y el descenso en la curva de desaparición del azul de Evans inyectado intravenosamente a enfermos con diferentes grados de hipoproteinemia; dicha relación negativa se ajusta con el nivel de las albúminas, pero no con el de las globulinas. Subraya que el volumen del plasma no debe calcularse nunca por una sola determinación del nivel del colorante en la sangre, especialmente cuando es anormal la cifra de proteínas plasmáticas o la relación albúmina-globulinas.

Linfocitos y hemolisis intravascular.—El autor ha estudiado recientemente un caso de enfermedad de Hodgkin que presentaba una anemia hemolítica del tipo Hayem-Widal. Además de los hallazgos de costumbre, los hematíes lavados eran aglutinables por un suero de conejo anti-suero humano, los hematíes normales transfundidos desaparecían rápidamente y se descubría la existencia en el plasma de metahemalbúmina. Los frotis de sangre periférica desecados al aire y teñidos con el Jenner-Giemsa mostraban algunos linfocitos con pequeñas yemas citoplásmicas en diferentes estadios de desarrollo. Estas excrescencias se vieron hasta en el 25 por 100 de los linfocitos en los frotis hechos cuando la hemolisis era particularmente intensa. La mayor parte

de las células eran linfocitos de tamaño medio, pero los botones se vieron en linfocitos grandes y pequeños y en algunas células con núcleo de tipo monocítico. Parece razonable suponer que dichas protrusiones se hallaban próximas a desprenderse del citoplasma y que las globulinas por ellas liberadas en el plasma podían contener un compuesto gamma-globulínico antieritrocito humano, responsable de la destrucción intravascular de los hematíes del enfermo.

6.546 - 12 de febrero de 1949

- Anemias megalocíticas.—J. F. Wilksinson.
 * Cirugía paliativa de la parálisis facial.—C. R. McLaughlin.
 * Benadril en el tratamiento del parkinsonismo.—G. M. S. Ryan y J. S. Wood.
 Osteomielitis aguda debida a un estafilococo dorado productor de penicilinasa.—C. C. Jeffery, S. Sevt y E. Topley.
 * Cirugía radical en el carcinoma escamoso avanzado.—R. W. Raven.
 * Influencia de la dieta previa sobre el efecto de la glucosa en la parálisis periódica.—K. Lundbaek.
 Absceso cerebral en un niño seguido de curación.—D. L. B. Farley.

Cirugía paliativa de la parálisis facial.—Señala el autor que la parálisis facial unilateral, a menos que sea transitoria, constituye un grave trastorno. Declara que se han obtenido brillantes resultados por medio de la reparación del nervio, pero esto no puede conseguirse en todas las ocasiones. El éxito de las operaciones paliativas depende del empleo de material adecuado; por ser útiles e inertes se han aconsejado el acero limpio y el tantalio, pero el autor describe casos de fracaso que atribuye a la corrosión electrolítica por otros metales y a alteraciones en la estructura cristalina. No es recomendable el empleo de férulas de alambre. Revisa la historia del desarrollo de los injertos de fascia, y explica el fracaso de la activación por láminas de músculo. Manifiesta que una férula de fascia corta, pero ancha, con fijación proximal rígida, ofrece ventajas de sencillez y seguridad, indicando por último una técnica modificada con fijación en el hueso malar, con el que ha obtenido muy buenos resultados.

Benadril en el tratamiento del parkinsonismo.—Señalan los autores que los resultados del tratamiento de 40 casos de parkinsonismo con benadril durante más de un año sugiere que esta droga es la más útil en este proceso, aparte de no provocar los trastornos colaterales del grupo de drogas de la atropina. La dosis habitual fué de 50 mgr. tres o cuatro veces al día. El tratamiento es puramente paliativo y los síntomas reaparecen a las cuarenta y ocho horas de suspender la droga, la que, por otro lado, carece de efectos tóxicos.

Cirugía radical del carcinoma escamoso avanzado.—El autor llama la atención sobre el valor de la extirpación quirúrgica radical en ciertos tipos de carcinoma escamoso avanzado. Los cinco enfermos descritos (carcinomas de la lengua, del maxilar, nariz y cara, de la mandíbula, del oído y hueso petroso y del pene) no tenían más indicación terapéutica que la quirúrgica. Los enfermos con cáncer de la lengua y del pene se hallan bien y sin recaídas a los siete años de la operación. El enfermo operado por carcinoma del oído y hueso petroso pudo volver al trabajo y se encontraba bien a los once meses de la operación, pero apareció la recidiva local a los veintidós meses. El autor describe el tratamiento de los ganglios linfáticos, irradiación postoperatoria y reparación de los defectos, y subraya la importancia del trabajo conjunto en estos casos avanzados de carcinoma.

Influencia de la dieta previa sobre el efecto de la glucosa en la parálisis periódica.—A partir del hecho conocido de la precipitación de un ataque por la ingestión de hidratos de carbono y del hallazgo personal de que la utilización de la glucosa por el diafragma de la rata "in vitro" se disminuye considerablemente cuando las ratas estaban con una dieta sin hidratos de carbono, el

autor decidió ensayar el efecto de la glucosa en un enfermo de parálisis periódica después de haber sido sometido a dietas ricas y pobres en hidratos de carbono. Encuentra que la administración de glucosa sólo precipita el ataque con dieta previa rica en hidratos de carbono. Este hecho lo interpreta el autor diciendo que el desarrollo de la parálisis parece estar directamente relacionado con la emigración de la glucosa desde los espacios extracelulares a las células del músculo esquelético.

6.547 - 19 de febrero de 1949

- Anemias megalocíticas.—J. F. Wilkinson.
- * El tratamiento de los portadores tíficos con penicilina y sulfotiazol.—J. W. Bigger y R. A. Daly.
- * Rubeola materna y defectos congénitos.—A. Bradford Hill y T. McL. Galloway.
- * Ausencia congénita de vesícula biliar. M. J. Smyth.
- * Embarazos múltiples y eritroblastosis fetal.—A. Sadowsky y A. Brzezinski.
- Linfosarcoma presentado como edema de los párpados. M. T. F. Carpendale.

El tratamiento de los portadores tíficos con penicilina y sulfotiazol.—Los autores han tratado 10 portadores tíficos crónicos con 52 gr. de sulfotiazol y 30 millones de unidades de penicilina en el espacio de seis días y medio. Excluyen el caso de un enfermo renal crónico que murió cuarenta días después del final del tratamiento. Señalan como curado un caso de cuyas heces y orina no pudo aislarse el bacilo tífico en 35 exámenes y durante un período de observación de trescientos ochenta y cuatro días después del tratamiento. Los 8 enfermos restantes recidivaron entre los cinco y cincuenta y seis días después del final del tratamiento. Tres enfermos en los que hubo fracaso fueron tratados nuevamente con un método intermitente a base de 100 gramos de sulfotiazol y 57.600.000 unidades de penicilina en veintidós días con cuatro períodos de tratamiento cada uno de tres días, alternando con períodos de descanso de dos, tres y cuatro días; 2 de estos enfermos fueron considerados como curados, ya que no se aislaron bacilos tíficos de las heces y orina en 35 exámenes con más de trescientos cuarenta y seis días de observación; el otro enfermo empezó a eliminar bacilos tíficos por las heces a los cincuenta y siete días y por la orina a los sesenta y dos días después del final del tratamiento. Declaran que el método descrito de tratamiento de los portadores tíficos es superior a todos los hasta ahora empleados, y que, con ligeras modificaciones, pueden conseguirse todavía mejores resultados.

Rubeola materna y defectos congénitos.—Los autores han examinado los protocolos de 22 mujeres que habían tenido una enfermedad infecciosa durante el embarazo y observado los efectos sobre el niño. Entre las 10 mujeres que padecieron rubeola, sólo una tuvo un niño con un defecto congénito (comunicación interventricular) y la rubeola se presentó en el primer mes del embarazo. En otro caso, la rubeola tuvo su aparición en la mitad del segundo mes del embarazo, pero la observación no tiene valor, pues el niño, que nació aparentemente sano, falleció a las cinco semanas de pulmonía. En tres casos con rubeola en el tercer mes de embarazo, los niños no mostraron anomalías, y lo mismo puede decirse de los restantes con embarazo más adelantado, excepto un niño que murió a los siete días de neumonía. No tenían anomalía alguna los niños nacidos de seis mujeres que padecieron sarampión durante el primero, cuarto, quinto, séptimo y noveno mes del embarazo, e igualmente ocurrió en otros seis casos con otras enfermedades infecciosas (varicela, hepatitis infecciosa, etc.).

Ausencia congénita de vesícula biliar.—Declara el autor que la ausencia congénita de vesícula biliar es una anomalía rara en el hombre. En la mayor parte de los casos hay al propio tiempo una gran malformación o agenesia de los conductos extrahepáticos, y la gran mayoría de los niños con este proceso mueren en los

primeros tres a seis meses de la vida. Discute las teorías emitidas para explicar la ausencia de vesícula biliar, y revisa los rasgos clínicos que caracterizan a este proceso. Cita el caso de una mujer de setenta y dos años, cuyos síntomas fueron diagnosticados de colecistitis crónica. En la intervención no pudo encontrarse la vesícula y se extrajo un gran cálculo del colédoco. Se hizo una colangiografía, que mostraba una dilatación de los conductos sin evidencia de vesícula; esta imagen se exageraba al inyectar morfina subcutáneamente por la contracción del esfínter de Oddi que produce. Añade, finalmente, que es creencia general que al extirpar la vesícula se dilatan los conductos, pero hay casos de ausencia congénita de la vesícula, y los conductos no están anormalmente dilatados; algunos autores opinan que los conductos no se dilatan, a menos que exista la complicación calculosa. En su opinión, la ausencia congénita de la vesícula biliar o la extirpación quirúrgica del órgano conduce a una relajación compensadora del esfínter más bien que a una dilatación del colédoco.

Embarazos múltiples y eritroblastosis fetal.—Por el estudio de 32 mujeres Rh-negativas, casadas con hombres Rh-positivos, con un número de embarazos que osciló entre 6 y 14, los autores llegan a la conclusión de que los embarazos incompatibles repetidos son por sí mismos insuficientes para provocar la inmunización materna. Esto parece invalidar el punto de vista de que la enfermedad hemolítica del recién nacido es un proceso relativamente raro a causa de la limitación del número de embarazos en mujeres Rh-negativas casadas con hombres Rh-positivos.

6.548 - 26 de febrero de 1949

- Fisiología, ciencia y medicina.—W. H. Newton.
- Anemias megalocíticas.—J. F. Wilkinson.
- Efecto de los analgésicos sobre la respuesta respiratoria al anhídrido carbónico en el hombre.—F. Prescott, S. G. Ransom, R. H. Thorp y A. Wilson.
- * Esquistosomiasis urinaria tratada con Miracil D.—D. M. Blair, F. G. Loveridge, C. V. Meeser y W. F. Ross.
- Una prueba "in vitro" de la capacidad productora de toxinas del *Corynebacterium diptheriae*.—O. Duchterlony.
- Determinación del ácido p-aminosalicílico en sangre y orina.—H. G. Dickenson y W. Kelly.

Esquistosomiasis urinaria tratada con Miracil D.—El Miracil D es el clorhidrato de la 1-metil-4-beta-diethylaminoetilaminotio-xantona, que los autores han administrado por vía oral dos veces diarias durante tres a seis días a niños africanos para el tratamiento de la esquistosomiasis urinaria. De los 82 niños a los que se dió una dosificación total de por lo menos 60 mgr. por kilogramo de peso, en 74 cesaron de eliminarse huevos vivos o miracidias activas; ninguno de estos casos había recidivado a los doce meses del final del tratamiento. Unos pocos niños infectados con el *S. mansoni* se trataron con dosis similares, pero los resultados no fueron satisfactorios.

The Biochemical Journal.

44 - 1 - 1949

- * Aislamiento y propiedades químicas de la tricotecina, sustancia antifúngica del *Tricoteceum roseum* (Link). G. G. Freeman y R. I. Morrison.
- Contenido en nucleoproteínas de los fibroblastos cultivados "in vitro". A) Cambios en el contenido de ácido fosforibonucleico y fosfodexiribonucleico.—J. N. Davidson, I. Leslie y C. Waymouth.
- * Combinación irreversible del formaldehído con las proteínas.—W. R. Middlebrook.
- Estudios sobre la fermentación del té de Ceylán. 8. Algunas observaciones sobre la fermentación del té y la respiración normal.—H. B. Sreerangachar.
- La K-toxina (collagenasa) del *Clotridium welchii*. 2. Efecto de la alcalinidad y el calor.—E. Bidwell.
- Constantes de sedimentación y difusión y peso molecular de la lactoglobulina.—R. Cecil y A. G. Ogston.
- * Determinación de la actividad peroxidasa.—J. Ettorel.
- Metabolismo de ciertos ácidos orgánicos y amidas en el conejo. 6. Ácidos nitrobenzoicos y amidas.—H. G. Bray, W. V. Thorpe y P. B. Wood.
- Estudios sobre detoxicación. 19. Metabolismo del benceno. I (a) Determinación del benceno en la orina por

la 2:6 dicloroquinonacloroamida. (b) Excreción de fenol, ácido glucurónico, sulfoesteres en ratas que reciben benceno o fenol. (c) Observaciones sobre la determinación de catechol, quinol y ácido mucónico en la orina.—J. W. Porteus y R. H. Williams.

Estudios sobre detoxicación. 20. Metabolismo del benceno. II. Aislamiento de fenol, catecol, quinol e hidroxiquinol, de la fracción sulfoester de la orina de ratas que reciben fenol oralmente.—J. W. Porteus y R. T. Williams.

* Caracterización de las esterasas del plasma humano.—D. H. Adams y V. P. Whitaker.

* Estudios sobre histaminasa.—R. Kapeller-Adler. Metabolismo de la nicotinamida en los mamíferos.—P. Ellinger y M. M. Abdel Kader.

* Efecto del ácido l-glutámico y otros aminoácidos sobre la hipoglicemia.—W. Mayer-Gross y J. W. Walker.

Estudios sobre el metabolismo del semen. 5. Ácido cítrico del semen.—G. F. Humphrey y T. Mann.

Nota sobre el disturbio del metabolismo hemoglobínico en la rata por la sulfanilamida.—J. W. Legge.

Figmentos ácidosolubles de las conchas. 1. Distribución de la fluorescencia porfirínica en las conchas de los moluscos.—A. Comfort.

Caracterización de los componentes glicídicos de las proteínas.—R. Friedmann.

Fraccionamiento de la insulina oxidada.—F. Sanger.

Aislamiento y propiedades químicas de la tricotecina, sustancia antifúngica del *Tricotecum roseum*.—Se describe el aislamiento de la tricotecina de los filtrados de cultivos de *Tricotecum roseum*, que es extraída mediante cloroformo y purificada por precipitación fraccionada y separación cromatográfica de la albúmina. Parece que se trata de una cetona insaturada, en la cual los grupos carbonílicos y etilénicos se conjugan. Se señala la existencia en su molécula de tres carbonos metilados, carece, en cambio, de grupos hidroxílicos y alcohólicos. Es un compuesto estable a pH ácido. A pH alcalino se produce una hidrólisis con liberación de los grupos carboxílicos, convirtiéndose en una cetona neutra e inactiva.

Combinación irreversible del formaldehído con las proteínas.—En condiciones ácidas, los 100° de las proteínas forman combinaciones con el formaldehído, algunas de las cuales pueden ser rotas por medio de la destilación ácida. El formaldehído forma combinaciones con los grupos amida del ácido glutámico y probablemente con los grupos guanídicos de la arginina; éstas serían las combinaciones susceptibles de ser destruidas por destilación con ácido fosfórico diluido. Por otro lado, también combinaría con los grupos amídicos de la asparagina, para formar la 6-hidroxitetrahidropirimidina-4-ácido carboxílico, la cual sería estable a la destilación ácida.

Determinación de la actividad peroxidasa.—Se reexaminan los métodos de determinación de la actividad peroxidasa basados en la oxidación catalítica del pirogallo a purpurogallina por medio del peróxido de hidrógeno, variando la concentración de los reactivos y el pH del puffer de fosfatos, con objeto de conseguir un método que dé resultados constantes. Describiéndose un método

manométrico que expresa los resultados en términos de QCO_2 , que por lo demás son completamente similares a los que arrojan los métodos más modernos de determinación colorimétrica.

Caracterización de las esterasas del plasma.—Los fermentos que catalizan la hidrólisis de los ésteres de peso molecular relativamente bajo se han dividido en tres tipos principales: aliesterasas o esterasas alifáticas, que hidrolizan los ésteres alifáticos; colinesterasa verdadera, que hidroliza la acetilcolina, pero no los ésteres alifáticos, y pseudocolinesterasas, que hidrolizan tanto la acetilcolina como los ésteres alifáticos. Fundándose en la diferente acción inhibitoria del DFP y de un nuevo preparado, el DDM (2-cloroetil-metilamina), sobre la actividad fermentativa de estos compuestos, describen los autores un método para la caracterización de las colinesterasas falsa y verdadera. La primera existiría en el plasma en pequeñas cantidades, y sería la responsable de un 5 a un 20 por 100 de la actividad aliesterásica del plasma.

Estudios sobre histaminasa.—En numerosos trabajos se ha descrito cómo el fermento histaminasa posee también una acción sobre determinadas diaminas, como la cadaverina, la putrescina, la agmatina, la asparmina, etcétera, y se ha denominado a esta acción diaminoxidasa. Los autores consiguen un preparado purificado de histaminasa a partir del riñón del cerdo, que posee ambas acciones. El tratamiento por diálisis produce una disminución de la actividad histaminasa y un aumento de la acción diaminoxidasa, que parece estar ligado a un descenso en la concentración de flavinadenina-dinucleótido. Las drogas antihistamínicas: Benadryl, Antergán y el compuesto R. P. 3015, no inhiben la acción de la histaminasa. Una inhibición parcial se consigue con la Antistina y con el R. P. 3277.

Efecto del ácido l-glutámico y otros aminoácidos sobre la hipoglicemia.—Si bien hasta hace poco se mantenía que solamente la glucosa era el sustrato capaz de mantener una función normal del cerebro, hoy se discute mucho el papel que ciertos aminoácidos puedan desempeñar en este sentido, sobre todo en ausencia de glucosa. La administración oral de ácido glutámico a enfermos en coma hipoglicémico, no tiene el menor efecto. La administración de este ácido (20 gr.) por vía intravenosa, o de ácido aminoacético o paraaminobenzoico a enfermos en coma determina un restablecimiento de la conciencia aproximadamente en la mitad de los enfermos, sin que se pueda explicar por el ligero aumento que se produce de la glicemia. En ningún caso se produjo en estas condiciones un aumento de la urea en la sangre. La inyección de estos cuerpos en sujetos normales no produce efecto sobre la glicemia, determinando la producción de síntomas tóxicos (vómitos, etc.), que no se presentan en los enfermos hipoglicémicos.

