

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Libros Nuevos

LA CIENCIA DE LA ALIMENTACION. Francisco Grande Covian. Un volumen de 384 páginas. Editorial Pegaso. Madrid 1947.

El doctor Grande Covian, dedicado desde hace varios años al estudio de los problemas de la nutrición, acaba de publicar esta nueva obra. El prestigio y la personalidad del autor son por sí solos ya el mejor elogio que se puede hacer del libro.

Grande Covian, estudia el problema de la alimentación de una manera completa y detallada. En la primera parte trata el desarrollo histórico de los conocimientos sobre la alimentación, desde los tiempos de los primeros pobladores hasta nuestros días. Varias figuras — muy curiosas por cierto — incluida en el texto, hacen referencia a autores y hechos que sin duda alguna influyeron en los conocimientos sobre nutrición de otros tiempos.

La segunda parte está dedicada por entero al estudio de la nutrición considerada desde su aspecto fisiológico y comprende: la nutrición desde el punto de vista energético, el papel de los principios inmediatos, elementos minerales y vitaminas en la nutrición y las necesidades de cada uno de estos elementos en la alimentación.

En la tercera parte, se ocupa el autor del estudio de los alimentos naturales y su utilización en el organismo, estableciendo las normas que deben regir para una correcta dieta normal; termina esta parte con el estudio de la utilización y destino de los distintos alimentos en el organismo consignando el papel que juegan las distintas hormonas en la coordinación de los diferentes procesos metabólicos.

La penúltima parte, la cuarta, se refiere al estudio de la alimentación desde el punto de vista de la medicina. Se tratan en ella problemas de tanto interés como alimentación y salud, y alimentación y prevención de enfermedades. Se demuestra cómo una alimentación inadecuada predispone y causa ciertas enfermedades; por ello, el médico práctico debe procurar que la alimentación de sus pacientes sea adecuada para satisfacer sus necesidades nutritivas, y en el caso de que lo fuera, viene obligado a corregirla. Los distintos elementos que constituyen toda dieta deben de ser administrados en cantidades convenientes en forma de alimentos naturales, y si por circunstancias especiales no es posible hacerlo en esta forma, será preciso recurrir al empleo de suplementos en forma de preparados farmacéuticos. Se consigna cómo con la ayuda de ellos se pudieron resolver, y hoy día aun se resuelven, en determinados países en que existe escasez alimenticia, problemas fundamentales de nutrición. Tomando como base — tablas y gráficas de porcentaje — se demuestra la influencia de la alimentación sobre el organismo: resistencia a las infecciones, crecimiento, osificación, mortalidad, duración de la vida, diferencias físicas y de salud, haciéndose consideraciones sobre la posibilidad de mejorar la salud por la aplicación de medidas dietéticas adecuadas.

Al llegar aquí, el autor, insensiblemente, pasa a la quinta parte, que trata de la alimentación en sus aspectos social y económico. El interés de las autoridades sanitarias por los problemas de la alimentación, que comenzó a partir de la guerra europea del año 1914, hoy preocupa en todos los países. Precisamente por esto, esta parte es una de las más interesantes. En ella se estudian los hábitos alimenticios del hombre y de los animales, el hombre y el apetito, y en un alarde de detalles se hacen consideraciones sobre la preparación culinaria de los alimentos y la influencia que ella tiene sobre la alimentación. Si se desea una buena utilización de los distintos alimentos, debe de hacerse una preparación culinaria adecuada para cada uno de ellos. Así, llega a sostener GRANDE COVIÁN que una política económica dirigida a mejorar la nutrición de una nación, debe de basarse en el conocimiento del estado nutritivo de sus habitantes.

La obra termina con un Apéndice del mayor interés práctico, puesto que en él

se consignan tablas de las necesidades alimenticias expresadas en elementos nutritivos según sexo, edad, género de vida, cabeza de población y día o semana, distribución de aminoácidos en algunas proteínas, clasificación de vitaminas, composición química de algunos alimentos, su utilización digestiva, etc., y que sin ninguna duda aumentan el valor para el médico.

Si se tiene en cuenta el contenido de la obra, que viene, además, avalada por la personalidad de su autor, se deduce inmediatamente su gran calidad. Es, sin duda alguna, la mejor obra de autor español escrita sobre un problema de tanta actualidad como la alimentación.

La lucha contra la mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades infecciosas, sobre todo contra la tuberculosis, no se comprenden hoy en día en ningún país, si en ellas no se incluyen, entre otras medidas, la mejoría de las condiciones alimenticias. Esta mejoría proporciona indudablemente una vida más larga, más completa y con mayor salud, que son, en definitiva, la base de una colectividad más perfecta.

Estas conclusiones, entre otras muchas, se deducen de la lectura del libro de GRANDE COVIÁN, libro con una exposición llena de profundo sentido didáctico. Obra, además, recia de contenido y rica en enseñanzas, no sólo para el médico, sino también para el economista y para el sociólogo.

Agradecemos a GRANDE COVIÁN la publicación de esta obra — llena de su experiencia vivida durante muchos años —, que recomendamos, no sólo a los que se interesan por los problemas de la nutrición, sino también a todos los médicos, que encontrarán en ella todo cuanto hace referencia a la alimentación normal y patológica.

C. PÉREZ VITORIA

Revistas Nacionales y Extranjeras

ALERGIA

Colitis ulcerosa y alergia alimenticia. — Dres. M. Estiú y J. F. Dumm. — *Revista Argent. de Alergia*. Junio 1947.

Los autores consideran que la hipersensibilidad juega un importante papel en el desarrollo de las lesiones intestinales de la colitis ulcerosa y resumen los estudios clínicos de Andersen (1925-1942), Mackie (1938), Rowe (1942) y Collins y Pritchett (1938), para quienes tales lesiones resultarían de respuestas vasculares de etiología alérgica alimenticia y serían susceptibles de curar o mejorar mediante las dietas de eliminación con agregados polivitamínicos; algunos trabajos experimentales, especialmente los de Lium, han demostrado la importancia de los espasmos vasculares en el desarrollo de lesiones de colonos normales de perros, trasplantados sobre la pared abdominal, hecho que da cierta verosimilitud a la teoría alérgica arriba enunciada, ya que el espasmo constituye a menudo una respuesta alérgica. Doce casos de colitis ulcerosa grave son presentados en este trabajo; estos casos, que no habían mejorado con los tratamientos dietéticos habituales, curaron o mejoraron apreciablemente en la mayoría de los mismos (7 sobre 12), con el empleo de regímenes no alérgicos y ricos en vitaminas. Se usó preferentemente la harina de soja, la zanahoria, el zapallo, la tapioca, el aceite de oliva, y la carne de cordero. Esta terapéutica no excluye el empleo de todos los otros medios habituales de tratamiento.

Nebulización de antibióticos en el asma. — Dres. G. Ruiz Moreno y A. E. Bachmann. — *Argentina-Alergia*. Junio 1947.

Fueron tratados 50 asmáticos con infección bronquial no tuberculosa, en los que el factor infeccioso pudo, o no, ser la causa del asma. Se administró diariamente el día por medio, por vía bucal, o buconasal, 0,20 gr. de sulfatiazol, sulfapiridina

dina o sulfanilamida, y 10.000 unidades de penicilina sódica, cualquiera fuese la bacteriología de los esputos. Se consideraron en la valuación de los resultados, inmediatos y alejados, exclusivamente los síntomas bronquíticos: todos los casos de bronquitis aguda, subaguda o crónica mejoraron en una escala de intensidad variable que fué desde la curación total hasta la ligera mejoría. En los casos de bronquitis aguda la evolución hacia la curación pareció acelerada, así como la resistencia a su pasaje hacia la cronicidad. Las nebulizaciones con antibióticos no parecieron poder curar las bronquitis crónicas ni tener efecto profiláctico sobre las recidivas infecciosas; en los casos en que no había infección bronquial el tratamiento no benefició en forma alguna.

APARATO RESPIRATORIO

La vacunación BCG en Escandinavia. Veinte años de vacunación ininterrumpida contra la tuberculosis. — Dr. K. Birkhaug. — *Amer. Rev. of Tuberculosis*, Nueva York, marzo 1947.

El autor dice que durante los últimos cuarenta años se ha observado en Escandinavia un notable cambio en el período de edad en que tiene lugar la infección primaria tuberculosa. Al comienzo del siglo, alrededor del 50 por 100 de las personas entre 10 y 15 años de edad eran tuberculino-positivas, y casi el 90 por 100 de los que se hallaban entre los 25 y los 30 años. En 1944 sólo 20 por 100 de los primeros y 50 por 100 de los últimos habían tenido contacto con bacilos tuberculosos, y el máximo de enfermedad tuberculosa se observaba en el grupo de las personas entre 20 y 30 años de edad. Los clínicos escandinavos han observado que el tipo exudativo de la tuberculosis aguda y rápidamente fatal, se ha hecho común entre los adolescentes y adultos jóvenes que no reaccionan a la tuberculina. Creen que la mejor esperanza para dominar este cambio en el momento en que ocurre la infección tuberculosa primaria está en la vacunación BCG. El fundamento para esta creencia está en: a) la absoluta inocuidad de la vacuna BCG tanto para los animales como para el hombre, y b) su capacidad para producir una leve reactividad tuberculínica y una protección relativamente fuerte contra una infección exógena con bacilos tuberculosos virulentos. La vacunación BCG, intradérmica o transcutánea, hace positivos a los tuberculino-negativos, en más del 90 por 100 dentro de los dos meses subsiguientes a la vacunación. Durante el período de alergia vacunal del BCG y de exposición a infección tuberculosa conocida, el BCG provee una protección casi completa contra las lesiones tuberculosas mórbidas postprimarias y una protección relativamente potente contra la tuberculosis secundaria, incluyendo la neumopatía clínica. La base para la proyectada vacunación BCG en masa, en Escandinavia, está en la importancia del papel que la tuberculosis representa hoy como enfermedad endémica — la más común de las enfermedades crónicas en los sujetos de 15 y 30 años de edad. — Desde 1940 han sido vacunadas con BCG más de 100.000 personas en Noruega, 58.000 conscritos del ejército y 250.000 civiles en Suecia y 150.000 personas en Dinamarca.

Embolia cerebral aérea consecutiva al neumotórax artificial. Su tratamiento con la prolongada inhalación de oxígeno. — Dres. H. G. Kelly, W. C. Gibson

Refieren los autores la historia de una mujer de 28 años en quien un neumotórax artificial fué seguido de embolia aérea cerebral. Desaparecieron las convulsiones, el coma, la hemianopsia y la hemianestesia iniciales, pero quedó una hemiparesia izquierda residual. Electroencefalogramas en serie mostraron una obliteración de la actividad cortical normal en este caso, con gradual retorno hacia la normal. La respiración continuada de oxígeno puro durante un período de nueve horas y media, aunque fuera retardada por un intervalo de tres días, fué acompañada por una gran mejoría. Los métodos actuales para tratar la embolia aérea consecutiva al neumotórax artificial son ineficaces. Los autores recomiendan calurosamente el empleo de la respiración de oxígeno puro durante largos períodos, para combatir los efectos desfavorables de la embolia aérea cerebral que siguen inmediatamente a la introducción de aire en la circulación.

La estreptomycinina en la tuberculosis. — Lrca. H. C. Hinshaw, Marjorie M. Pyle y W. H. Feldman. — *Amer. Journ. of Med.*, Nueva York, mayo 1947.

Los autores administraron estreptomycinina a más de 100 pacientes con tuberculosis de diversos tipos. La experiencia con este agente antibiótico comprobó que es posible tratar la tuberculosis con terapia antibacteriana. La estreptomycinina es predominantemente bacteriostática más bien que bactericida, y su valor terapéutico es limitado por el hecho de que después de ser expuestas a la acción de la droga, durante semanas o meses, pueden ser aisladas cepas de *Mycobacterium tuberculosis*, que son resistentes a sus efectos. Por lo tanto, la estreptomycinina es de sumo valor en los procesos en que una temporaria supresión de la infección capacitará al paciente a ganar ascendiente sobre su enfermedad, como ocurre en los casos de tuberculosis hematógena, incluyendo la tuberculosis miliar generalizada y la meningitis tuberculosa. Para estos procesos es menester administrar grandes dosis (de 1 a 3 g. diarios) durante varios meses, por vía parenteral. También son indispensables las inyecciones intrarraquídeas para la meningitis, durante las primeras semanas de tratamiento. Los procesos pulmonares exudativos, las lesiones ulcerosas de las vías respiratorias y las fístulas tuberculosas secretantes han respondido al tratamiento con estreptomycinina. Ocupa algún lugar en el tratamiento de la tuberculosis renal bilateral o de la tuberculosis de un riñón único. Se la utiliza también antes y después de la cirugía torácica por tuberculosis pulmonar. A causa de su toxicidad potencial, puede estar contraindicado el empleo del medicamento en procesos que responderán satisfactoriamente a los métodos habituales de tratamiento.

CARDIOLOGIA

Fisiología del corazón en la altura. — Dr. A. Rotta. — *Amer. Hearth Journ.* — Mayo 1947.

El análisis realizado en nativos que habitan a 4,500 metros sobre el nivel del mar ha dado los siguientes resultados: Aumento del diámetro transversal del corazón, especialmente del corazón derecho; predominio a la derecha del eje eléctrico; redoblamiento de los ruidos cardíacos, ligero aumento de la presión venosa y del tiempo de circulación. Por estos hechos se deduce la hipertrofia cardíaca por efecto de la anoxia, resultando perjudicial la altura, desde el punto de vista cardiovascular.

Síndrome post-taquicárdico. — Dr. P. Cossio e I. Berconsky. — *Amer. Heart Journ.* Mayo 1947.

Aparece preferentemente en sujetos jóvenes, sin cardiopatía orgánica. Sucede a crisis prolongadas y repetidas de taquicardia paroxística generalmente ventricular. Inmediatamente o pocas horas después del ataque se observa: depresión de ST; inversión y ensanchamiento de T y prolongado espacio QT, especialmente en las derivaciones 1.^a y 2.^a; CR₄, CR₅ y CR₆. Estas modificaciones electrocardiográficas desaparecen en varios días. La muerte puede ocurrir bruscamente, pero la ausencia de lesiones histológicas en el corazón quita gravedad al pronóstico.

Significado de la desviación QRS pequeña en las derivaciones precordiales. — Dr. A. W. Lapin. — *Amer. Heart Journ.*, junio 1947.

Se consideró de bajo voltaje a la desviación RS inferior a 9 mm. en las precordiales V₂ a V₅ y menor a T mm. en la V₆. Sobre 100 casos con bajo voltaje en las derivaciones de los miembros (QRS menor de 5 mm.), se observó en 65 casos que el bajo voltaje apareció también en alguna derivación precordial. Entre los 65 pacientes hubo 35 infartos de miocardio y 15 cardioesclerosis, es decir, condiciones que disminuyeron la fuerza electromotriz del miocardio; los restantes mostraron: enfisema, derrames, edema, obesidad; es decir, factores extracardíacos que disminuyeron la conductibilidad de la fuerza electromotriz y finalmente algunos casos con bajo voltaje en los miembros y en las precordiales no presentaron

causas cardíacas ni extracardíacas, explicándose este hecho por cambios en la posición del eje eléctrico.

A. A.

CIRUGIA

Estudio sobre la presión intracoledociana. — Dr. R. S. Ferracani. — *Rev. Cirug. Arg.* Mayo 1947.

La exploración de la presión intracanalicular por el tubo de Kehr o la sonda de Pezzer, permite obtener una información utilísima en lo que concierne al estado de la vía biliar principal después de la operación. La presión intracoledociana oscila entre 6 y 8 cm. de agua y sufre elevaciones transitorias con los cambios de posición, deglución, respiraciones profundas, contracciones de la pared abdominal, etc., pero más importantes son las que se registran después de la inyección de una cantidad determinada de líquido dentro de las vías biliares (con una jeringa invertida en comunicación con la sonda o tubo de Kehr, y el sistema manométrico o incriptor). El ascenso por encima de 20 ó 30 cm. de agua constituye un signo de resistencia que ofrece el esfínter de Oddi (hipertonía) o un obstáculo en la vía biliar principal (pancreatitis, litiasis residual, etc.). El tiempo de vaciamiento de la jeringa también constituye un dato de importancia que el autor completa con la observación del tiempo de pasaje del líquido inyectado al duodeno (para lo cual, siguiendo a Velasco Suárez, utiliza soluciones coloreadas y practica previamente un sondeo duodenal). En los casos de buena permeabilidad de la vía biliar el émbolo desciende rápidamente, la exploración no provoca dolor y al cabo de 30 ó 50 segundos, rara vez más, la solución coloreada aparece en la sonda duodenal. La presión intracoledociana (que se había elevado al inyectar el líquido) desciende rápidamente a los valores iniciales. La ausencia de dolor y de molestias se debe a que la buena eliminación no ha permitido la distensión del conducto. Cuando el colédoco no es permeable la eliminación es retardada o nula, la hipertensión acentuada y, a menos que se produzca la eliminación del líquido por fuera del tubo — a nivel de la brecha de la colédocotomía — aparecen dolores y náuseas. La colangiografía mediante la inyección de una sustancia opaca a los rayos puede objetivar estos resultados. El registro gráfico de las presiones en el curso de la prueba constituye también un método útil en el estudio de la evolución clínica de los estados espasmódicos del esfínter de Oddi y de la acción farmacológica de algunas drogas; el autor ha podido así confirmar las hipertonías causadas por la morfina, eserina, pilocarpina y la acción antiespasmódica de la atropina y del nitrito de amilo.

GINECOLOGIA

Empleo de la hormona sexual masculina en mujeres con cáncer de mama. — Dr. F. E. Adair. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, abril 1947.

El autor ha empleado el propionato de testosterona en unos 200 casos de cáncer de la mama femenina. Da una inyección intramuscular de 100 mg. tres veces por semana, totalizando una dosis de 2400 a 3000 mg. Puede preverse que no habrá mejoría cuando el cáncer invade tejidos blandos tales como el hígado, los pulmones, el cerebro y las recidivas cutáneas locales, pero se obtienen notables mejorías en la mayoría de los casos con metástasis óseas. Es probable que bajo la influencia de la testosterona los billones de células cancerosas se hallan como «cubiertos por una nevada» bajo el copioso depósito de precipitados de calcio, especialmente en las zonas de destrucción ósea — proceso de encerramiento en el cual es difícil la reproducción celular. — En casos de metástasis óseas múltiples el empleo del propionato de testosterona parece más eficaz y de mayor duración que la rontgenterapia. Aunque hasta la fecha el trabajo se ha realizado en el cáncer de mama avanzado, hace poco se ha comenzado a realizar en los casos precoces, operables, de cáncer de mama. A la mastectomía radical se añaden grandes dosis de testosterona, implantadas en el dorsal ancho o en los tejidos subcutáneos vecinos a la herida, en el momento de la intervención. Hasta la fecha esta combinación ha sido empleada en 135 de tales casos. Dos meses después de

la operación se vuelven a implantar más dosis de testosterona. La paciente a quien se administra testosterona desarrolla desagradables secuelas masculinizantes, como lo evidencian una voz ronca más profunda; pelos en la cara, barros en cara y cuerpo y un aumento de tamaño del clítoris, pero también ocurren habitualmente, por lo menos en forma temporaria, un aumento de peso, una sensación de bienestar, la desaparición del dolor óseo y una reparación de la destrucción de ósea. La testosterona puede ser empleada en enfermas con carcinoma de mama de cualquier edad, mientras que la estrógenoterapia debe limitarse a las enfermas de 60 ó más años. La testosterona no cura el cancer de mama; sin embargo, sus efectos son profundos y satisfactorios.

MEDICINA INTERNA

Ileítitis regional y trofismo óseo. —Dres. C. Bonorino Udaondo y M. R. Castex.—
P. M. A. Agosto 1947.

Los autores estudiaron radiológicamente el sistema óseo de un grupo de sujetos de ambos sexos afectados de ileítis. Fueron eliminados de esta estadística los casos de enterocolitis por haberse demostrado, en trabajos anteriores, la participación de la colitis en el desarrollo de la halisteresis. En el grupo de los mujeres los huesos se mostraron normales en dos o siete casos: halisteresis leve en cuatro casos y franca en una enferma. Pareció, por lo tanto, que la ileítis regional o segmentaria, de tipo terminal, gravita en el desarrollo de lesiones óseas (vértebras lumbares). En el grupo de los enfermos del sexo masculino — 11 casos — ninguno mostró huesos normales (leve en cuatro casos; discreta en seis y franca en uno). Dos casos de enfermedad de Crohn presentaron halisteresis discreta.

Úlcera sangrante del estómago y anasarca por hipoproteinemia. — Dres. C. Rossi Belgrano y J. M. Mesa. — *Sem. Med. Arg.* Agosto 1947.

En un sujeto con anasarca generalizado y sin albuminuria ni signos de insuficiencia circulatoria, la punción pleural y peritoneal dió salida a un líquido inhabitualmente claro, como el agua, muy pobre en albúmina y en elementos celulares; había una intensa anemia, una urea sanguínea de 0,82 g por 1000 y una hipoproteinemia marcada con cierta tendencia a la inversión del cociente serina-globulina. El enfermo procedía de un servicio de cirugía donde se le había practicado poco antes una gastroenteroanastomosis por úlcera sangrante del píloro y presentaba una amplia dehiscencia de la herida operatorio. Las transfusiones de plasma y sangre, los regímenes dietéticos apropiados, la administración de tiroides y de diuréticos mercuriales, el hierro y los principios antianémicos, no consiguieron corregir los edemas ni la anemia. La dehiscencia de la herida constituye un signo de gran valor en el diagnóstico de la hipoproteinemia postoperatoria, pero no parece depender tanto de un edema local como del trastorno metabólico general mismo. Se podría atribuir la hipoproteinemia a las pérdidas sanguíneas reiteradas que presentó este enfermo, pero es evidente que algún otro factor o factores previos (trastornos en la absorción intestinal o pancreáticos, disminución de la capacidad de sintetizar proteínas plasmáticas, insuficiencia hepática) han debido influir en su desarrollo, porque las hemorragias no son habitualmente causas capaces de llevar a un anasarca de semejante magnitud.

Semiología del hígado en las cardiopatías y resultados de algunas investigaciones funcionales. — Dr. F. Chiovino. — *Rev. Med. y Ciencias. Arg.* Mayo 1947.

El lóbulo izquierdo del hígado es el primero en congestionarse en la insuficiencia cardíaca por lo que no es inhabitual que el dolor se localice antes en el epigastrio que en el hipocondrio derecho; cuando un hígado que ya no dolía lo hace de nuevo es signo de que ha sobrevenido un nuevo episodio de desfallecimiento cardíaco. La distensión abdominal que acompaña al trastorno hepático es por su parte causa de agravación de las modificaciones circulatorias propias de la enfermedad, especialmente en las bases pulmonares. La sola comprobación a la palpación de resistencia y dolor en la región hepática de un cardíaco, basta para asegurar la congestión de la viscera, aun en ausencia de hepatomegalia, e impone el

tratamiento causal correspondiente. Las «pruebas funcionales» del hígado fueron practicadas en un grupo de 14 enfermos: 5 casos de cardiopatías orgánicas bien toleradas que no tuvieron nunca signos de descompensación (incluso hipertensos); 6 casos de insuficiencia cardíaca congestiva; 3 enfermos compensados luego de haber integrado el grupo anterior (pero no estudiados en ese momento). Sólo en el segundo grupo se encontraron, a veces, bilirrubinemias algo elevadas; en un sólo enfermo hubo una ictericia franca que, aunque pudo ser independiente del proceso cardíaco, coincidió con la aparición de la insuficiencia congestiva y desapareció con la aparición de la insuficiencia congestiva y desapareció con la compensación cardíaca, por lo que admite el autor que la afección circulatoria fué, por lo menos, una causa agravante de la enfermedad del hígado. Las pruebas del ácido hipúrico fueron en general deficientes en este grupo y las reacciones de Hanger y de Takata-Ara positivas francas (salvo en un caso). Estas modificaciones no fueron halladas en los cardiopatas del primer y del tercer grupos; el tiempo de protrombina no reveló, por su parte, ninguna anormalidad en el conjunto de enfermos estudiados.

Estudio de los gases pleurales en el neumotórax crónico. — Dres. R. F. Vaccarezza, A. Soubrié y F. F. Labourt. — *Medicina Arg.* Agosto 1947.

Consideran los autores que todo neumotórax persistente sin nuevas insuflecciones (tres o más meses) es debido a la existencia de una fistula bronquial permanente (aunque su funcionamiento pueda ser continuo o discontinuo). A estas conclusiones han llegado por medio del dosaje de los gases contenidos en la cavidad pleural, ya que el estudio anatómico no siempre permite poner en evidencia una fistula pequeña y las mismas reservas se le formulan a los procedimientos basados en la inyección intrapleural de sustancias colorante. Presentan ocho casos en que se determinó el contenido en O_2 y CO_2 ; las cifras de oxígeno sobrepasaron en todos los casos de 1 volumen por 100 (2 a 4 por 100), proporción necesaria según Coryllos y Matsuzawa para establecer el diagnóstico de fistula broncopleural. Los valores en CO_2 sobrepasaron en 6 casos de 9 por 100; las dos excepciones en que hubo mucho menos coincidieron con valores elevados en O_2 y fueron interpretadas como fistulas de gran tamaño. Creen entonces los autores «que el neumotórax crónico es siempre la secuela de la fistula broncopleural permanente, ya que no han observado ningún caso de neumotórax residual completamente bloqueado, es decir, sin relación con el aire exterior; las demás causas citadas del neumotórax crónico no pueden crear «per se», el derrame gaseoso mismo, pudiendo solamente conducir a la falta de reexpansión pulmonar».

Atrofia amarilla aguda consecutiva a la administración de cincófeno: relato de un caso. — Dres. A. R. Lenzner, L. M. Dockie y C. F. Becker. — *New England Jour. of Med.*, Boston, abril 1947.

Los autores observaron el desarrollo de una atrofia amarilla aguda en una mujer de 59 años al día siguiente de la ingestión de 2 g. de cincófeno; murió doce días más tarde. Las lesiones hepáticas macro y microscópicas diferían en ciertos aspectos de las descritas en casos de hepatitis aguda o fulminante. No existían signos clínicos y anatomopatológicos de enfermedad hepática preexistente. Hubo supresión de la orina y precoz retención de fósforo. Además del cuadro habitual de nefrosis colémica, los riñones mostraban cantidades considerables de calcio dentro de los tubuli colectores y sus ramificaciones periféricas. Los autores hacen observar que el primer caso de atrofia amarilla aguda presuntamente atribuido al cincófeno fué referido hace unos veinte años, y que, aunque desde esa época se hayan reconocido casos similares, los clínicos que utilizan este medicamento sin haber observado efectos contraproducentes, lo han reducido al mínimo como agente hepatotóxico.

La quinidina: un peligroso aliado. — Dr. A. D. Dennison Jr. — *New Jersey Med. Soc. Journ.*, Trenton, mayo 1947.

Dice el autor que la quinidina a dosis excesivas puede producir bloqueo aurículoventricular, extrasístoles, taquicardia paroxística, paro cardíaco por paro auricular, bloqueo intraventricular y fibrilación ventricular. Las contraindicaciones al

empleo de la quinidina comprenden: idiosincrasia frente al medicamento, antecedentes de embolia, bloqueo cardíaco, vejez, insuficiencia cardíaca congestiva de larga data, gran hipertrofia cardíaca y estenosis mitral. Las siguientes constituyen las indicaciones aceptadas para el tratamiento quinidínico: fibrilación auricular de menos de tres meses de duración, taquicardia paroxística ventricular, episodios de taquicardia paroxística auricular y extrasístoles, particularmente aquellos que surgen de la aurícula. Profilácticamente, puede ser empleada en la trombosis coronaria para impedir la taquicardia paroxística ventricular y la fibrilación ventricular. Ocasionalmente se halla indicada en el flutter auricular.

NEUROLOGIA

Espondilitis brucelósica. — Dres. T. de Villafañe Lastra, J. García Faure y R. Berdoglio. — *Rev. Medicina Arg.* Agosto 1947.

Las espondilitis y las manifestaciones neurológicas son las localizaciones más frecuentes de la enfermedad brucelósica: sobre 9 casos en que se pudo practicar la autopsia, en 7 se encontraron lesiones espondilíticas, a veces muy intensas (caries secas de las vértebras, desaparición del disco, participación del núcleo pulposo que se desplaza hacia el interior del conducto raquídeo, osteoperiostitis con formación de picos de loro y puentes óseos, etc.). El o los abscesos de tipo osifluente son un signo tardío y de excepción en la espondilitis brucelósica al contrario de lo que ocurre en la tuberculosis (los autores han observado en esta estadística sólo un caso de absceso inguinocrural bilateral acompañando una extensa espondilitis lumbar). Desde un punto de vista clínico puede decirse que la frecuencia de las localizaciones vertebrales es igualmente grande en el curso de la brucelosis aguda por poco que se abonde la investigación radiológica, especialmente si los síntomas clínicos llaman la atención en ese sentido (raquialgias no dependientes del estado febril; dolores espontáneos localizados a un segmento de la columna dorsolumbar, que se exacerban con la palpación o la percusión; contractura y rigidez de la columna). Estos síntomas suelen preceder bastante a los signos radiológicos; estos últimos fueron encontrados en el 70 por 100 de los casos, especialmente localizados a algunas de las vértebras comprendidas entre D10 y L5 inclusive. Se ha considerado equivocadamente que la espondilitis es una complicación tardía de la enfermedad, que aparece en la faz de la convalecencia, pero la realidad es que las lesiones se inician ya en el primer período y pueden ser previstas y comprobadas por el examen clínico y radiológico. Es además necesario valorar las pequeñas manifestaciones radiológicas ya que la evolución posterior demuestre que ése puede ser el asiento de graves lesiones definitivas. Se pueden así observar precozmente hundimientos del platillo en los cuerpos vertebrales tipo nódulo de Schmorl, disminución del espacio intervertebral, pequeñas modificaciones en la forma de las vértebras, tendencia a picos de loro, deflecamiento de los ángulos radiológicos vertebrales, lesiones todas susceptibles de evolucionar hacia cuadros más pronunciados, soldaduras vertebrales, etc., que incluso exigirán por parte del médico el diagnóstico etiológico retrospectivo (antecedentes, reacción de Huddleson, prueba de la melitina). La hernia del núcleo pulposo acompañando a las espondilitis de diferente antigüedad exigió en tres enfermos la operación y otros tres deberán ser intervenidos en breve; el traumatismo pudo parecer en algunos de estos casos la causa ocasional de la complicación.

Cranioplastias. — Dr. R. Morea. — *Rev. Neurolog.* Buenos Aires. Abril 1947.

Las pérdidas de substancia ósea craneana ocasionan graves complejos que se deben evitar o suprimir con el recurso de la cranioplastia. Los distintos procedimientos empleados hasta la fecha tienden a proteger el encéfalo y a corregir al mismo tiempo las alteraciones de la estética consecutiva a grandes accidentes de tránsito, proyectiles, intervenciones quirúrgicas craneoencefálicas, etc. (hueso, celuloide, cartilago, metales), pero sus resultados no han sido satisfactorios. El vitalio es una aleación no corrosible, pero su falta de maleabilidad obligaba a efectuar dos tiempos quirúrgicos, por cuya razón se buscaron otras aleaciones, descubriéndose el ticonio y el tantalio. Este último ha conquistado numerosos adeptos por su fácil maleabilidad que simplifica la colocación de la chapa en un solo tiempo opera-

torio. El acero inoxidable, por su parte, ensayado experimentalmente y aplicado en tres pacientes por Scott y Wycis (1946) no provoca reacción y puede cortarse fácilmente durante la operación, siendo su costo 300 veces menor que el del tantalio; el tiempo de observación transcurrido es todavía escaso para sacar conclusiones definitivas al respecto y preferirlo al tantalio. Las resinas sintéticas o acrílicas han sido preconizadas por algunos neurocirujanos, pero tanto por su compleja preparación y carencia de maleabilidad como por la escasa experiencia de su empleo, no han podido tampoco reemplazar al tantalio. El trabajo aporta un centenar de citas bibliográficas.

Seudotumor cerebral. — Dr. C. A. Bardeci. — *Rev. Neurolg.* Buenos Aires. Abril 1947.

En este trabajo, tesis del doctorado en medicina, presenta su autor 13 casos de enfermos portadores de un síndrome de hipertensión endocraneana, de instalación en general rápida, sin síntomas o con escasos síntomas de localización, y que, después de un período de estado de duración variable, evolucionaron lentamente hacia la curación, generalmente completa si se exceptúan algunas secuelas visuales poco frecuentes. Hubo edema de papila y, a veces, neuritis óptica, mostrando la ventriculografía cavidades reducidas de tamaño pero sin desplazamiento ni deformaciones. Dada la posibilidad del origen infeccioso de la enfermedad (virus neurotropos) se utilizaron diversos agentes antiinfecciosos, en general salicilatos, aunque algunos de ellos fueron también sometidos a operaciones descompresivas. En un caso de muerte postoperatoria se comprobaron francas lesiones de las células nerviosas con proliferación glial y ausencia de tumor y de lesiones vasculares (esto en un trozo de tejido bulboprotuberancial). Al admitir esta etiología propónese aquí el nombre provisorio de neuroaxitis hipertensivas a estos procesos pseudotumorales.

NUTRICION

Mixedema y diabetes sacarina. — Dres. E. G. Fongi, E. B. Del Castillo y E. Trucco. — *Rev. Med. Arg.* Agosto 1947.

Observaciones clínicas ya antiguas habían señalado la frecuencia de la asociación de la diabetes con el hipertiroidismo y, al contrario, la rareza de su asociación con el mixedema. B. A. Houssay ha llamado «diabetes tiroideas» a aquellos estados diabéticos resultantes de la administración de hormona tiroidea a perros predispuestos a la enfermedad por medio de pancreatectomías casi totales e incluso ha llegado a mantener definitivamente la hiperglucemia de estos animales después de suprimir la tiroidina («diabetes metatiroidea»). Aparecen aquí enumerados en una tabla los 29 casos de la literatura en que se han asociado la diabetes y el hipotiroidismo grave, y agregan los autores un caso más, el de una diabetes juvenil aparecida a los 20 años de edad que fué tratada, casi desde su iniciación, con insulina y tiroides. Había además una xantosis cutánea, aunque la colesterolemia fué de sólo 1,85 g. por 1000 (ambos estados tienden a elevar los lípidos plasmáticos). El metabolismo sin tratamiento era de -14 por 100. En general en los casos conocidos de diabetes apareció antes que el mixedema y señalan también los autores la influencia desfavorable del tratamiento tiroideo sobre la diabetes (que exige mayores dosis de insulina e incluso puede ser causa, como se observó aquí, de un estado de acidosis grave, al extremo de impedir, posteriormente, la normalización completa del hipotiroidismo).

Aspectos de la nutrición en la vejez. — Dres. H. A. Rofsky y B. Neumann. — *Geriatrics Rev. Minneapolis*, abril 1947.

Dicen los autores estar probado que en personas de edad, aparentemente normales, existe una tendencia a bajas tasas sanguíneas y excreciones de tiamina, bajas tasas sanguíneas y elevada tolerancia del ácido scórbico, una elevada incidencia de porfirinuria que desaparece con la administración oral de ácido nicotínico, y niveles subnormales de carotene y vitamina A. Se han sugerido como factores para explicar estas deficiencias vitamínicas un inadecuado ingreso de alimentos, la falta de vitaminas en el régimen alimenticio, una insuficiente absorción de vitaminas por el tubo digestivo e incapacidad del organismo para alma-

cenar vitaminas. Los autores describen las investigaciones de estos factores y llaman la atención sobre el hecho de que las necesidades vitamínicas de la gente de edad normal no pueden ser medidas en términos de «standards» aplicables a adultos jóvenes o a niños. Los regímenes de los viejos deben ser suplementados por vitaminoterapia. Deben prescribirse cantidades relativamente grandes de suplemento vitamínico. La experiencia clínica ha mostrado que en ocasiones es esencial dar estas vitaminas por vía parenteral en un comienzo y luego continuar con la vitaminoterapia por boca.

Úlcera de córnea en el curso del tratamiento con tiocianato de potasio. — Doctores J. M. González y J. Dorning Muñoz. — *Rev. Neurol. Buenos Aires*, abril 1947.

Entre otras complicaciones oculares sobrevenidas en sujetos hipertensos sometidos a tratamiento de tiocianato de potasio (y que fueron descritos en 1944), los autores han observado cuatro casos de úlceras corneanas. Se trata de una manifestación poco común de intoxicación, no habiéndose podido establecer exactamente la relación de causa a efecto entre medicamento y lesión, pero esta última apareció sea pocos días, sea pocas semanas después de iniciado el tratamiento y curó rápidamente, con restitución completa, una vez suspendida la administración del sulfocianuro. La droga se administró siempre a las dosis de 0,30 g. por día y en forma intermitente, 4 ó 5 días seguidos, con 2 ó 3 días de descanso, procedimiento que tendería a disminuir sus complicaciones tóxicas.

UROLOGIA

La exploración funcional del riñón. — Dr. A. Carrera. — *Día Médico. Argentina* 1947.

El examen de orina da informaciones importantes en el diagnóstico del tipo de lesión renal y de su evolutividad, pero no informa satisfactoriamente sobre el grado de alteración de las funciones excretoras. La dosificación de la urea en sangre y la de los otros componentes del N no proteico es de gran utilidad, pero suele mantenerse en límites considerados como normales en muchos casos en que la anatomía y el estudio de otras funciones excretoras muestran alteraciones marcadas. De allí el éxito de aquellos procedimientos que compararon la tasa sanguínea de urea con las cantidades eliminadas en la orina en la unidad de tiempo (constante de Ambard, «urea clearance» de Van Slyke); estos procedimientos, especialmente la depuración de la urea, se han revelado utilísimos en la comprobación de insuficiencias renales en su estado de iniciación. Existen algunos otros procedimientos, de más complicada realización, especialmente en el orden químico, que miden algunas funciones puras del nefrón, tales como la filtración glomerular (inulina), la excreción tubular máxima (substancias yodadas), o la resorción tubular máxima (de glucosa). El flujo sanguíneo renal puede ser precisado con procedimientos indirectos bastante exactos (perabrodil, diodrast, etc.). La prueba de la concentración de la orina (la de dilución es mucho menos útil) es también un índice fiel del estado renal, pero exige someter al enfermo a una dieta seca severa. Recientemente Pasqualini propuso otro procedimiento, basándose en la acción antidiurética de los extractos de lóbulo posterior de la hipófisis y en la conocida disminución de su actividad («reabsorción tubular forzada del agua») en el riñón enfermo. Algunos otros procedimientos basados en el mismo principio pueden ser aplicados también con el fin de obtener una concentración (o una densidad) máxima de la orina mediante la simple inyección de pitresina o pituitrina.

La vejiga de la mujer diabética. — Dres. C. A. Campos y A. Díaz Colodrero. — *P. M. A.* Agosto 1947.

Sobre 26 mujeres diabéticas estudiadas, 24 presentaron capacidades vesicales por encima de 550 cm³ (y hasta más de 100 en varias); las dos enfermas que tuvieron capacidades menores (300 y 400 cm³) presentaban cistitis severas, por lo que puede considerarse que esos mismos valores estaban por encima de lo normal. La magnitud de esta alteración fué independiente de la edad de la enferma o de la antigüedad de su enfermedad. La determinación de las presiones intravesicales des-

pués de la inyección de líquidos reveló valores normales en la gran mayoría de estos casos, encontrándose valores bajos, signos de atonía, en sólo cuatro. La distensión crónica de la vejiga parece por lo tanto independiente de una alteración del tono muscular del órgano, a menos que hubiese existido una atonía inicial que haya dejado la distensión como secuela. Pudo observarse, sin embargo, que ese estado coincidía con la existencia de residuos ordinarios después de la micción en 16 casos; todos los casos (4) con atonía demostrada manométricamente tenían residuos abundantes. Las relaciones entre estos trastornos y la poliuria presente o pasada no fueron muy claras, aunque existe alguna probabilidad de que un aumento crónico de la cantidad de orina sea una de las causas de la distensión de la vejiga. Tampoco puede aceptarse la opinión de que la atonía vesical depende obligatoriamente de una polineuritis diabética; esta complicación, verdaderamente frecuente en esta serie de enfermas (11 casos) coincidió con atonía vesical en solamente cuatro de seis casos y cinco enfermas con signos polineuríticos no tenían atonía vesical. Consideran los autores de este trabajo que la poliuria, síntoma inicial de la enfermedad y que coincide con trastornos graves propios del diabético ignorado, produce distensión de la vejiga con ulterior disminución de su capacidad de contracción (atonía) y aparición de residuo vesical, origen de las frecuentes infecciones urinarias de estos sujetos. El origen neurítico de los trastornos vesicales no está demostrado, pareciendo más bien depender su desarrollo de factores mecánicos musculares.

INFORMACIÓN GENERAL

BOLETÍN MÉDICO BRITÁNICO

Hemos recibido el número 5-6 de esta publicación, editado con carácter extraordinario. Está dedicado a «Carcinogenesis Química».

Los interesantes problemas de tan importante tema están tratados y comentados por HADDEW, KON, BERENBLUM, HOLIDAY, JOPE, DIKENS, BOGLAND, WEIGERT, HIEGER, etc., etc., y se subdivide en siete apartados: I. Naturaleza de los compuestos carcinogénicos. II. Mecanismo de la carcinogenesis. III.—Metabolismo de los compuestos carcinogénicos. IV. Carcinógenos de origen biológico. V. Acción carcinogénica a distancia. VI. Cáncer profesional. VII. Quimioterapia del cáncer.

Al propio tiempo nos hacen constar que en lo sucesivo esta publicación, que hasta ahora venía dedicando cada uno de sus números a una especialidad, se dividirá en dos partes, la primera para tratar una rama especial y la segunda para comentario de la Medicina en general, con sus habituales secciones de «Biblioteca», «Revista de Libros», «Cinematografía o Películas» y «Guía de la Prensa Médica».

INSTITUTO DE UROLOGIA

Tercer curso monográfico de urología para postgraduados. Ocho lecciones sobre Urografía Clínica por los Miembros Facultativos del Instituto, y la colaboración del Profesor B. Fey, de París, y los doctores L. Carrasco, V. Compañ, A. Moya Prats y A. Rocha.

Día 1 — 1.ª Lección

Dr. L. CARRASCO. — Técnica roentgenográfica en Urología. — Indicaciones generales y especiales. — Preparación del paciente. — Exploración sin contraste. — Interpretación de las sombras urinarias, extraurinarias y óseas.