

SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Libros Nuevos

La físico-química en la medicina y en la biología. — W. Bladergroen. — *Espasa-Calpe, S. A.* 1947.

Bladergoen trata de estudiar los procesos físico-químicos de interés en fisiopatología, comenzando por un estudio teórico del átomo en forma sencilla y moderna, señalando la importancia que las mezclas de isótopos y el efecto tóxico del deuterio, con el retardo que ésta produce de los procesos y acciones fermentativas en el estudio del metabolismo intermediario, señala con particular interés que, gracias al fósforo radioactivo, se han podido estudiar en el músculo los desplazamientos del ácido fosfórico en relación con el metabolismo de los azúcares, así como del nitrógeno isótopo radioactivo en el estudio de la transaminación, no se extiende sobre los recientes avances que sobre el metabolismo intermediario del yodo ni de las proteínas en general se han hecho, demostrándose la mutabilidad constante de la materia proteica.

El estudio de la desintegración de la energía nuclear, al elevar en cinco millones de veces la energía del proceso químico, hacen que el autor crea se puedan hoy día explicar los principios y teorías cinético-termodinámicas, que permanecen todavía obscuras.

Así, por ejemplo, en la termodinámica de la contracción muscular ve el autor que existen muchas más disponibilidades de energía de lo que se había creído hasta ahora, de acuerdo con las mediciones que se habían hecho del calor de reacción.

Siguiendo la teoría cinética desarrollada por Maxwell y Boltzmann, admite el autor que las moléculas se encuentran en estado de agitación por lo que a su energía interna, su suma la energía cinética de su movimiento y admite que la energía de activación es el plus de energía por mol que necesita para reaccionar explicando la acción de los fenómenos catalíticos positivos, disminuyendo el valor de esta energía de activación y justifica el estudio conjunto de los fermentos, hormonas y vitaminas como tales catalizadores.

El autor insiste sobre la significación fisiológica de la elevada constante dieléctrica de la sangre y de la orina y de la importancia catalizadora de los hidrogeniones, que lo asemeja al que ejerce la temperatura.

Desde el punto de vista físico-químico la sangre la representa como un sistema bifásico, bases y proteínas plasmáticas por un lado y bases y proteínas que se encuentran en los glóbulos por otra, insiste en la importancia de los sistemas tampones ácido carbónico-bicarbonato y en el de la hemoglobina, que es diez veces mayor que el de las proteínas plasmáticas.

Distingue el concepto empírico de acidosis, o sea de disminución del Ph y de alcalosis, o sea de aumento de Ph, por las denominaciones acidemia y alcalemia para no confundirla con el actual concepto clínico de Van Slyke de acidosis a la disminución de la reserva alcalina y alcalosis a su elevación. Justifica esta distinción al observar que no en todos los estados acidóticos tiene que haber disminución de la reserva alcalina, y cita los casos de diabetes en los cuales puede observarse una reserva alcalina normal aunque existan muchos ácidos orgánicos en la sangre, como sucede en la hiperventilación. El efecto favorable que la inyección de ácidos produce sobre la tetania por alcalosis interna, lo explica porque estos ácidos al combinarse con los bicarbonatos formando ácido carbónico, disminuyen el cociente ácido carbónico-bicarbonato y el del Ph, y favorecen la eliminación del bicarbonato por el riñón.

El coma lo considera como una claudicación del riñón para eliminar los bicarbonatos, haciéndose imposible el mantenimiento del cociente ácido carbónico-bicarbonato y provocando un descenso del Ph.

La tetania la atribuye primariamente a una variación o déficit de calcio ionizado que produciría un estado de acidosis con alcalemia eventual y se explica el efecto

favorable de la inyección de sales cálcicas o de cloruro amónico porque disminuyen ambas la reserva alcalina y elevan la concentración ionizada del calcio.

Por el contrario, la tetania gástrica (por vómitos) como al formarse clorhídrico a expensas del cloruro sódico y del ácido carbónico libre disminuye éste en la sangre y aumenta la reserva alcalina, desplaza el Ph en sentido de alcalinidad; por esto en este estado existe una alcalosis con alcalemia.

El autor trata el capítulo de los coloides con maestría, principalmente la acción de los coloides protectores en la génesis de los cálculos biliares y urinarios y su importancia en la reacción del benjuí coloidal y reacción de Takata, rechaza de plano la acción terapéutica del oro o plata coloidal por su imposible acción desde un punto de vista físico-químico.

Trata de la estructura celular con amplitud, basado principalmente en las ideas de Frey y Wyssling; cuando estudia la permeabilidad, resalta la importancia de las experiencias de Verzar, demostrando cómo un trastorno metabólico producido, por ejemplo, en la insuficiencia suprarrenal, puede causar modificaciones físico-químicas que se expresan por una variación de la permeabilidad celular.

Los virus los considera como complejos formados por la acción de proteínas con ácidos nucleicos, y cree que la acción, por ejemplo, de la insulina, depende más de la arquitectura química de la molécula en su totalidad que de la existencia de grupos determinados.

La acción de algunos alcaloides y glucósidos empleados en terapéutica de fuerte actividad a dosis mínimas serían grupos prostéticos que unidos a las proteínas formarían simples análogos a los fermentos; éstos los distingue en hemínicos (respiratorios, citóchromos, peroxidases y catalasas); en fermentos flavínicos (fermento amarillo), fermentos piridínicos (codehidrasas) y fermentos tiazólicos (cocarboxilasa, pirofosfato de aneurina).

Coloidofísicamente considera el tejido conjuntivo como órgano elástico transmisor de impulsos arteriovenosos, y le confiere múltiples funciones como órgano coloidal, tales como los de fijación y función depósito para la regulación de las constantes humoro-tisulares.

También se refiere a la coloido química de la digestión, haciendo resaltar el papel de los iones S, C, N en la solubilización de los no electrolitos, la mayor digestibilidad depende de su menor grado de riquezas de sustancias tampón, por ejemplo, en la leche materna comparada con la de vaca, y del grado de dispersión y emulsión de las grasas.

El autor al estudiar la presión osmótica trata de las constantes y señala que a pesar de que la actividad de los organismos tiende a modificar el valor de la presión osmótica de la sangre, ésta se mantiene a un nivel constante, aunque puede variar su composición química, y no admite que el riñón sea el órgano de la osmoregulación; lo que hace es regular el equilibrio acuoso, y vigila su composición química.

El factor principal en el mantenimiento de la presión osmótica lo juega el intercambio entre la sangre y el tejido conjuntivo por mecanismos vegetativos si aumenta la presión osmótica de la sangre; el tejido conjuntivo suelta el agua por desimbibición y absorbe sales, lo contrario ocurre cuando disminuye la presión osmótica en la sangre.

Sin embargo, la osmorregulación fracasa cuando el aumento de la presión osmótica se debe a la disolución de sustancias tales como el anhídrido carbónico, que son permeables las membranas celulares; en este caso cuando se satura la sangre con carbónico se forman bicarbonatos que son capaces de atravesar la membrana de los eritrocitos, estableciéndose un equilibrio osmótico, entre glóbulos y plasma, por cesión de iones y no por cesión de agua.

La presión oncótica de la sangre, o sea aquella con que los coloides plasmáticos atraen y fijan el agua, si que está regulada fundamentalmente por el riñón.

Solamente cuando se modifica artificialmente la presión osmótica o es insuficiente la actividad osmorreguladora del tejido conjuntivo, interviene el riñón sobre la presión osmótica.

En las anurias el período asintomático depende del tiempo que tarda en mantenerse en actividad osmorreguladora el tejido conjuntivo; sólo entonces, cuando fracasa, aumenta la presión osmótica y utiliza los órganos supletorios, piel, saliva,

pulmón, y aparecen las manifestaciones tóxicas del sistema nervioso, caracterizados por la sed, por la anorexia, los vómitos, las diarreas.

El autor trata la inflamación, aceptando la teoría de Schade, de aumento del metabolismo local, de la acidez y de la presión osmótica y al fracasar la capacidad reguladora del tejido conjuntivo aumenta la concentración del potasio y la permeabilidad capilar.

El pus lo considera como el drenaje insuficiente por vía linfática de las detritus celulares y justifica la aplicación del calor por la vasodilatación capilar que produce y del frío por el descenso del metabolismo local que ocasiona en el tejido inflamado.

El capítulo de óxidorreducción lo hace comprensible y claro desde el punto de vista teórico, demostrando cómo la oxidación es toda disminución de carga negativa y reducción todo aumento de carga negativa, y designando por oxidación a los tres procesos químicos siguientes: 1.º, introducción de oxígeno molecular; 3.º, pérdida de hidrógeno, y 3.º, pérdida de electrones.

Al estudiar la potencial de óxidorreducción o Redox, insiste en que la oxidación, tenga lugar o no, depende de la velocidad de reacción, defendiendo esto de la presencia de catalizadores específicos llamados redoxasas y de los que catalizan los procesos de reducción, anhidrasas.

No admite se pueda hablar de potencial redox celular, porque de una zona a otra de una misma célula el potencial puede ser muy variable, dependiendo su mayor o menor intensidad de la riqueza en fermentos respiratorios, citocromos, polifenoloxidasas, o de las zonas que ocupan las dehidrasas en el protoplasma; al nivel del núcleo la capacidad oxidante se encuentra en un punto de neutralidad que hace admitir al autor, con Reiss, que el metabolismo de éste es muy distinto del protoplasma.

Al tratar del metabolismo, el autor designa a éste como el conjunto de reacciones químicas que tienen lugar en el organismo distingue en la desasimilación químicamente por reacciones oxidativas constituidas por la respiración o por la fermentación, y los procesos de síntesis por reacciones de reducción. Distingue el autor por organismo aeróbico al que dispone de un sistema respiratorio mediante el cual utiliza el oxígeno atmosférico para completar la oxidación de los productos formados en los procesos anaeróbicos de los tejidos.

La energía química de los alimentos son tratados superficialmente, así como el metabolismo fundamental al tratar del cociente respiratorio se extiende en algunos ejemplos que ilustran el mismo con claridad.

Cuando trata del metabolismo de los hidratos de carbono al estudiar la oxidación del ácido pirúvico, critica la teoría de Krebs, pues cree que en condiciones fisiológicas los oxalacetatos no se combinan con el ácido pirúvico para dar citratos, pero admite tiene interés en relación con las teorías de Szent Gyorgi sobre el mecanismo de las oxidaciones biológicas, sobre las cuales se extiende ampliamente, pero sin dar preferencia a ninguno de los procesos posibles en la oxidación admite que en el metabolismo de la célula tumoral se halla interrumpido el ciclo principal de la utilización anaeróbica de los hidratos de carbono, precisamente porque no puede formarse el ácido oxalacético a expensas de los ácidos succínico o del málico.

El autor trata muy superficialmente el metabolismo de las grasas y de las proteínas, pero reconoce que existe una estrecha relación entre el metabolismo de estos últimos con el de los hidratos de carbono.

J. MONGUIÓ FONTS

Revistas Nacionales y Extranjeras

CARDIOLOGIA

Anormalidades electrocardiográficas en ausencia de enfermedad Cardíaca. — L. B. Ellis. — *New England Journ. of Med.*, pág. 1302, núm. 28, abril 1947.

Se sabe desde hace mucho que pueden existir graves enfermedades cardíacas

con electrocardiograma normal, y así, en un reciente estudio, entre 722 pacientes con enfermedad cardíaca se encontró en 223 el electro normal. La situación inversa ha sido menos estudiada, pero no cabe duda de su existencia. En 500 adultos jóvenes no seleccionados, de los cuales sólo 14 tenían manifestaciones clínicas evidentes de enfermedad cardíaca, Viseidi y Geiger hallaron 48,8 por 100 con electrocardiograma anormal, si bien la mayoría de las anomalías eran, en verdad, de poca importancia. El mismo asunto ha sido enfocado por varios autores y el problema que se plantea es si las normas convencionales pueden aplicarse a las personas normales. Debe tenerse presente que el electrocardiograma debe ser interpretado con prudencia y que si bien es un útil complemento del diagnóstico, sus hallazgos deben ser siempre relacionados con el cuadro clínico. Tantos errores se cometen concediendo una confianza excesiva y falta de crítica al electrocardiograma como realizándolo y rehusando su aplicación.

CIRUGIA

Pancreatitis aguda. — J. Morley. — *Practitioner*, pág. 1404, enero 1947.

El diagnóstico de esta afección es posible en forma más o menos cierta sólo en casos severos de pancreatitis hemorrágica. El comienzo de la enfermedad es repentino, aunque el dolor no se inicia con la dramaticidad del de la úlcera péptica perforada. El paciente, que por lo general es un individuo obeso, se queja de un severo dolor epigástrico que se irradia hacia el dorso y que resiste muchas veces la acción de la morfina, el dolor se asocia a marcada sensibilidad, pero no gran rigidez en el abdomen superior. Signos característicos de la enfermedad son aquellos que dependen de una profunda y rápida depresión circulatoria. La cianosis es una manifestación bastante típica de la enfermedad y en algunos casos no sólo es facial, sino que se extiende hasta las paredes abdominales, donde la palpación deja la impresión de los dedos.

Dentro de las pruebas de laboratorio, la más útil es la determinación de las amilasas en la orina y sangre, fermento cuya concentración aumenta considerablemente durante el primer día de enfermedad para descender luego de los dos a cuatro días. En los casos más severos la prueba puede ser negativa, ya que la total destrucción del páncreas impide la producción de la enzima.

En lo que respecta al tratamiento, hay cada vez mayores evidencias estadísticas en favor de una conducta conservadora. Walzel (1934) reunió una serie de 30 casos en que la operación fué hecha en forma precoz con una mortalidad de 86 por 100, mientras que en otros 46 enfermos en que la operación se hizo sólo tardíamente, la mortalidad fué de 28 por 100. Lampson (1942) obtuvo una mortalidad de 33 por 100 en un conjunto de 28 casos operados precozmente, mientras que en aquellos enfermos en que la operación fué diferida o bien no se hizo, la mortalidad no subió de 5 por 100.

Dentro del tratamiento médico, la medida más importante es la continua administración de suero clorurado o plasma. Hay algunas razones para suponer que el suero glucosado intravenoso puede ser peligroso.

Cuando los vómitos y la distensión son severos, conviene colocar un tubo de Ryle y recurrir a la succión continuada del contenido gástrico. La morfina debe ser administrada sin limitaciones, pero sólo una vez que el diagnóstico ha sido establecido en forma segura. La administración de penicilina ayuda al control de la invasión bacteriana.

En aquellos pacientes que sobreviven y en los que se produce una considerable necrosis de la glándula, puede esperarse la formación de un absceso. Clínicamente se evidencia por una fiebre en ascenso, leucocitosis y aumento de la masa epigástrica. En este momento la cirugía está del todo indicada.

Andrógenos en enfermedades del sistema óseo. — H. Debruner. — *Revista Med. del Hosp. Gral. México*, pág. 486, marzo 1947.

Comienza describiendo brevemente cuatro casos de pseudocitosis, de los cuales dos fueron tratados con metiltestosterona. En uno de ellos se trataba de una fractura por torsión de tibia en una enferma de 35 años de edad, que a pesar de la

sutura ósea con alambre no presentaba signo alguno de formación de calle tres meses después del accidente. Con un vendaje enyesado cerrado y una lingüeta de metiltosterano tres veces al día, se obtuvo al cabo de medio mes una consolidación clínica con escasa formación de callo y establecimiento funcional con un callo bien marcado, un mes y medio después.

El examen de comprobación hecho tres meses más tarde, mostró un estado excelente. El otro caso se trataba de una fractura del quinto metatarsiano del pie derecho en un soldado de 28 años de edad, en el cual persistían fuertes dolores cuatro meses después del accidente. Con una lingüeta de metiltosterona tres veces al día durante diez días, los dolores desaparecieron y se inició la curación de la pseudoartrosis.

El autor se inclina a creer que la hormona andrógena probablemente actúa como un estimulante biológico general. Poco tiempo después ensayó esta terapéutica en la afección llamada «epifisiolisis» de la cabeza del fémur. El aspecto inusitado de muchos de estos enfermos, la aparición durante la pubertad y otros signos simultáneos de hipofunción de las glándulas sexuales, permitían esperar que influiría sobre esta afección. En total fueron tratados 5 casos, 4 muchachos y una muchacha de edades comprendidas entre 14 y 17 años. Las molestias eran relativamente escasas. La claudicación pasajera desaparecía con el reposo y reaparecía con el cansancio, y habían semanas que aquejaban dolores en la cadera y rodilla. El diagnóstico fué hecho en cada caso por la radioscopia.

El autor describe en especial un caso típico. El examen a los rayos X permitió apreciar un marcado ensanchamiento e irregularidad de forma de la coyuntura epifisaria de la cabeza del fémur y la epífisis parecía empezar a resbalar bajo ella. Dos meses más tarde, después de cura de reposo y de administrar una lingüeta de metiltosterona tres veces al día, se apreció una consolidación que no era explicable solamente por la cura de reposo. El examen de comprobación, hecho después de 20 meses, mostró ausencia de dolor y función normal. El mismo curso presentaron los demás casos. En total se administró a cada paciente 210 m. de metiltosterona, por término medio. No se observaron fenómenos secundarios.

Según el autor, el tratamiento presupone un diagnóstico precoz de la enfermedad y sólo debe ser empleado después de la reposición cuidadosa del despegamiento epifisario.

DERMOSIFLIOGRAFIA

Ganglios epitrocleares y lúes. — J. C. Broom. — *Lancet*, núm. 30, pág. 1405, marzo 1947.

El autor ha estudiado en un conjunto de 300 sujetos, cuyas edades variaron de 16 a 55 años, la presencia de ganglios epitrocleares palpables, hallándolos en el 40 por 100 de los casos. En el 14 por 100 el tamaño superaba el de una aceituna. Como conclusión afirma que no hay pruebas de que los ganglios epitrocleares aumentados son más característicos de la lúes que de cualquier otra enfermedad que produzca agrandamiento linfático.

ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

Ginecomastia y deficiencias nutritivas. — R. E. Hibbs. — *Amer. Jour. of the Med. Sci.*, núm. 38, pág. 1301, febrero 1947.

En soldados prisioneros con grave cuadro de prolongada desnutrición, notó el autor un aumento del tamaño de las glándulas mamarias. Este cuadro apareció con una frecuencia próxima al 10 por 100. Generalmente era bilateral y se desarrollaba hasta alcanzar el volumen corriente en las niñas adolescentes.

No mostraban adherencias a los tejidos profundos y eran indoloras, salvo casos de haber sido traumatizadas. En unos pocos casos, inclusive se constató la fugaz producción de un líquido lechoso. No coincidió con alteraciones en los caracteres sexuales secundarios, distribución pilosa, alteración de la voz, etc. El apetito sexual no sufrió modificación. A veces se constató transitoria hipertensión.

Si bien no se pudo establecer ninguna constatación etiológica, parece existir

una relación entre el equilibrio endocrino y la ingestión vitamínica. Con la mejoría de la situación alimenticia, el cuadro desapareció lentamente. Los casos en que la tendencia al crecimiento subsistió, requirieron intervención quirúrgica.

FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

Factores farmacológicos en los accidentes de la terapéutica endovenosa. — H. Liberralli. — *Revista Médica Brasileira* (Río de Janeiro). Núm. 9, pág. 505, 1946.

El autor encuentra que los nitritos que pueden encontrarse en las soluciones de gluconato de calcio para uso endovenoso no son capaces de provocar reacciones de tipo nitritoide y no se puede responsabilizarlos por las reacciones desfavorables que se observan con las inyecciones de calcio. El ácido bórico, que *in vitro* actúa como hemolítico, tampoco es responsable de las reacciones que se presentan con las inyecciones endovenosas de gluconato de calcio, estabilizadas por medio del ácido bórico.

Las coloides, ya sea que existan como impurezas o se formen por deterioro, envejecimiento u otras causas, son el agente más peligroso en la producción de reacciones por la inyección endovenosa de soluciones de calcio. Estos coloides no se descubren si se siguen únicamente los ensayos indicados en la farmacopea para verificar la pureza de las soluciones de calcio; sin embargo, su presencia es frecuente en muchos productos químicos.

El agente pirogénico, que preexiste en los principios activos de las soluciones o en el agua empleada, o que aparece después de haberse hecho la preparación, es de naturaleza coloidal. Teniendo en cuenta la difusión de los coloides que producen reacciones desagradables, se recomienda su eliminación por técnicas farmacéuticas apropiadas; adoptando los métodos ópticos debe verificarse su eliminación de los productos inyectables.

No considera de mayor importancia la diferencia de tonicidad de las soluciones de calcio al 10 por 100 que habitualmente se emplean. Tampoco cree que el pH de las soluciones usadas desempeña mayor papel en las reacciones endovenosas. La alcalinidad del vidrio empleado para las ampollas no ejerce influencia manifiesta en las reacciones producidas por las inyecciones glucosadas o calcioglucosadas.

¿Es tóxica la orina normal? — B. Zondek y Rivka Black. — *Proc. of the Soc. for Biology and Medicine*, núm. 61, pág. 140, 1946.

Por experimentos anteriores, especialmente llevados a cabo *in vitro*, se expresaba que la orina humana natural o dializada resultaba tóxica, aun en diluciones al 1 por 50. Los experimentos realizados en diversos animales con la inyección de orina humana, o en órganos aislados perfundidos con la orina, demuestran la tolerancia amplia y la falta de toxicidad de la orina humana y de diversas especies animales.

La orina puede resultar tóxica si contiene drogas que previamente ha recibido que las está eliminando. La administración de orina puede resultar mortal cuando contiene gérmenes o bacterias patogénicas para el animal que recibe la inyección. Pero esas orinas se vuelven «tóxicas» con sólo hervirlas. El tratamiento con éter transforma en inocua una orina, no porque la extraiga agentes tóxicos, sino por acción bacteriostática o bacteriolítica. Tan es así, que si a un animal se le administra orina «tóxica» junto con extracto etéreo de otra orina «tóxica» junto con extracto etéreo de otra orina «tóxica» no se le producen molestias de ninguna clase.

Intolerancia a la penicilina. — L. de Gennes, H. Bricaire, Cl. Laroche y J. Nelhil. — *Presse Medicale*, núm. 28, pág. 1301, marzo 1947.

Los autores describen tres tipos de accidentes: 1) febriles, que son los más frecuentes; 2) cutáneos, tipo eczema; 3) tipo enfermedad sérica. En general se trata de accidentes raros (1 sobre cada 2.000 enfermos tratados) y de escasa gravedad, que de ninguna manera modifican el juicio universal sobre el medicamento. ¿Se trata de una sensibilidad especial a la penicilina o depende del tipo y calidad de la misma? Hay que conocerlos y tratarlos, pero de ninguna manera autorizan a suspender la medicación.

MEDICINA INTERNA

Complicaciones neurológicas en la neumonía atípica. — J. Macdonal Holmes. — *British Medical Journal*, núm. 1, pág. 218, 1947.

El autor presenta seis casos que presentaban signos característicos de neumonía atípica en los que simultáneamente se observaron graves lesiones medulares y cerebrales. La gravedad de los distintos casos fué variable, pero en todos existía la sospecha de infección a virus de sistema nervioso central. Todos los casos curaron sin dejar secuelas.

Hiperazoeemia en las hepatitis. — H. J. Dorado. — *La Prensa Médica Argentina*, número 606, pág. 377, 1947.

La influencia del hígado sobre la función excretora renal ha sido objeto de estudios clínicos y experimentales numerosos, especialmente en lo relativo al equilibrio hídrico. Se ha comprobado así la diversidad de los factores capaces de condicionar un síndrome «hepatorrenal», el más típico de los cuales lo constituye la hepatonefritis de Weil, en la que una misma noxa ataca simultáneamente ambos órganos. VARELA FUENTES y KUBINO han tenido el mérito de insistir sobre otra posibilidad de repercusión renal en enfermedades del hígado o de las vías biliares, la hiperazoeemia extrarrenal de las hepatitis. El autor pasa en revista los factores mecánicos capaces de alterar la filtración glomerular en las insuficiencias renales puramente «funcionales» o «reversibles» e insiste en la importancia que en el caso de hepatósicos tendría la pérdida de líquidos clorurados y proteicos condicionada por el «edema seroso» de Rossle. Las características principales de la orina con alta densidad y escaso contenido en cloruros (la presencia de albúmina o de cilindros no es específica). En el caso particular de los deshidratados por enfermedad del hígado, cabría, según la observación clínica del autor, hacer notar la menor tendencia a la hiperproteinemia, tan característica de la hemoconcentración (49 gramos por 1.000 de proteínas totales). Se trató de un icterico con retención total de pigmentos que fué internado en coma, con una uremia de casi 4 gr. por 1.000 y una disminución intensa de cloro plasmático que apenas alcanzaba a 2 gr. por 1.000 (densidad de la orina 1.030); su enfermedad se había iniciado con vómitos y fiebre. Sometido a una recloruración e hidratación conveniente, curó el cuadro renal completamente, curación que coincidió con la desaparición de la hiperbilirrubinemia.

La paludrina en el tratamiento del paludismo. — A. R. D. Adams y colaboradores. — *La Prensa Médica Argentina*, número 606, pág. 377, 1947.

CURD, DAVEY y ROSE sintetizaron en 1945 esta nueva droga, que fué ensayada poco después en la clínica por el autor. Se trata de un derivado de la pirimidina (a la que ya se le conocía cierto valor plasmodicida) cuya toxicidad disminuye a su poder antipalúdico y aumenta por inclusión de dos grupos guanidínicos en su molécula. Administrando paludrina por vía oral en dos dosis diarias variables entre 10 y 750 mg. cada una, se obtuvo la curación clínica de 157 casos de fiebre terciana; la variabilidad de las dosis se debió a los ensayos terapéuticos iniciales y no hubo efectos tóxicos con las dosis mayores. Su acción resultó entonces similar a la de la atebрина: las formas asexuadas desaparecen de la circulación periférica en la mayor parte de los casos ya al cuarto día de tratamiento, y las formas asexuadas al quinto día. Rara vez se observó más de un acceso febril después de iniciado el tratamiento. Los resultados obtenidos hasta el presente con una cura de 14 días (50 a 500 mg. cada 12 horas) parecen indicar que desde el punto de vista de la prevención de las recidivas la paludrina no posee mayor acción curativa que la atebрина, y, por lo tanto, es menos eficaz en este sentido que la administración combinada de quinina y pamaquina. La actividad terapéutica de la paludrina fué también estudiada en casos de paludismo producido por *Pl. falciparum*, obteniéndose una recuperación clínica tan rápida como con *Pl. vivax*; pero los gametocitos, en caso de estar presentes, no desaparecerían de la sangre. Una dosis única de paludrina (50.100 mg., o más) tiene la misma acción, pero no evita las recidivas varias semanas después, en cuyo caso se administra una nueva dosis única. Pero

las recidivas pueden evitarse indefinidamente ingiriendo 100 mg. de paludrina cada 7 días, a partir de la curación del ataque agudo, durante 6 meses. Las observaciones del mismo tipo realizadas con atebрина (derivado éste de la quinolina) dieron idéntico resultado. Los dos medicamentos no presentan diferencias en su actividad antipalúdica, pero la paludrina parece ser mejor tolerada y en los tratamientos prolongados tiene la ventaja de no colorear la piel del enfermo. En el orden experimental debe saberse también que la actividad parasiticida de la paludrina sobre las formas exoglobulares de *Pl. gallinaceum* no es compartido por la mepacrina (atebрина), y lo mismo podría ocurrir en las formas exoglobulares (aun no identificadas) del *Pl. vivax*.

Estudios sobre la hepatitis maligna. — G. Alsted. — *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 213, pág. 257; marzo de 1947.

De las observaciones comunicadas por el autor podría deducirse que desde 1944 ha estado apareciendo en Dinamarca una forma sumamente maligna de hepatitis. Predomina en mujeres de más de 45 años de edad y tiene una mortalidad de 50 por 100. Con la máxima frecuencia, su duración es de 4 a 9 meses, pero puede observarse también un curso mucho más agudo y otro mucho más prolongado. Los rasgos clínicos son ictericia, frecuentes ataques febriles de dolor y el desarrollo de síntomas de estasis portal. En cuanto al pronóstico es importante el resultado de la prueba de Takata, mientras que las restantes pruebas de la función hepática aplicadas son sólo de valor secundario. Las lesiones se caracterizan por destrucción del tejido hepático, y en los casos más crónicos, por el desarrollo de tejido conectivo cicatrizal. La etiología es oscura. Tanto etiológica como clínicamente, la enfermedad difiere en puntos esenciales de la hepatitis infecciosa aguda. El tratamiento ha sido hasta ahora enteramente sintomático.

R. M. B.

Grupos sanguíneos y poliomielitis. — J. Karowe y Braham. — *Ann. of Int. Med.*, enero 1947.

Una revista de la literatura sobre los grupos sanguíneos en la poliomielitis muestra que entre los afectados de esta enfermedad está ligeramente disminuido el grupo B, en tanto que el grupo O se halla algo aumentado con respecto a la población normal. Los datos disponibles sugieren que los individuos de los grupos sanguíneos O, A2 y «no secretor» tienden a ser más a menudo afectados por la poliomielitis paralítica de lo que podía esperarse para una distribución normal de dichos grupos; por el contrario, los sujetos pertenecientes a los grupos sanguíneos B y «secretor» son afectados con menor frecuencia; en comparación con la distribución de tales grupos en la población normal. Para el grupo A no hay modificaciones esenciales.