

---

## UNIVERSIDAD NACIONAL - FACULTAD DE MEDICINA-BIBLIOTECA

### BOLETIN BIBLIOGRAFICO

---

La Biblioteca de la Facultad de Medicina de Bogotá es una institución de carácter científico, destinada al servicio del Profesorado, de los alumnos de la Facultad, de los profesionales en general y del personal docente y alumnos de las escuelas dependientes de la Facultad de Medicina (Odontología y Farmacia).

Estará abierta todos los días no feriados y de vacaciones que establece el Reglamento de la Facultad, de 10 a 12 de la mañana, de 2½ a 6 de la tarde y de 8 a 10 de la noche. Los sábados por la tarde y noche no habrá servicio de Biblioteca.

Cuando se desee llevar un libro a domicilio, aparte de la papeleta de petición, se consignará en la Secretaría de la Facultad un depósito superior al monto del valor que tenga el libro en el mercado.

Los libros llevados a domicilio deben ser devueltos en un término máximo de diez días; pasados éstos se dispondrá del depósito para reponerlo, y el solicitante no tendrá derecho en lo sucesivo a hacer uso de este servicio de la Biblioteca.

Establécese en la Biblioteca el servicio de Canjes de las obras duplicadas. Dichos canjes deben llevar la aprobación del Director de la misma.

(Del Reglamento orgánico de la Biblioteca)

---

#### FOLLETOS

Investigaciones sobre la Enfermedad de "Chagas".

Salvador Mazza etc. Buenos Aires, 1935.

Oppenheimer: "Die Fermente". La Haya. Holanda.

#### TESIS

Contribución al estudio de las miasis experimentales como tratamiento de las oteomielitis y de otras afecciones piogénicas.

Pablo E. Sánchez Sanmiguel. Bogotá, 1935.

### **VARIOS**

- Revue Mensuelle de L'Umfia. Paris.  
Año II. Nº 99. Julio-agosto, 1935.
- Boletín de la Unión Panamericana. Washington.  
Noviembre, 1935.
- Revista de las Españas. Madrid.  
Nros. 95, 96, 97. Julio-agosto-septiembre, 1935.
- La Casa del Médico. Zaragoza.  
Año II. Nº 15. Septiembre, 1935.
- Anales de Ingeniería. Bogotá.  
Vol. XLIII. Nº 449. Julio, 1935.
- Revista Javeriana. Bogotá.  
Tomo IV. Nº 20. Noviembre, 1935.
- Anales de la Universidad Central. Quito.  
Tomo LIV. Nº 292. Abril-junio, 1935.

### **BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO**

- Annales de L'institut Pasteur. Paris.  
T. 55. Nº 4. Octubre, 1935.
- The Journal of Laboratory and Clinical Medicine. San Luis.  
Vol. 21. Nº 1. Octubre, 1935.

### **BIOLOGIA**

- Comptes Rendus des Seances de la Société de Biologie. Paris.  
Tomo CXX. Nº 29. 1935.

- Revista de la Sociedad Argentina de Biología. Buenos Aires.  
Vol. XI. Nº 6. Septiembre, 1935.

### **REVISTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE BIOLOGIA**

Vol. XI. Nº 6. Septiembre 1936.

Constancia del ruido auricular por auscultación o inscripción esofágica. Por Alberto C. Tanquini y Edo. Braun M.

La auscultación cardíaca por vía esofágica se recomienda para aquellos casos en que la auscultación por los medios comunes es difícil (colapso, insuficiencia cardíaca, enfisema) y en casos de muerte aparente. Desde el año de 1892 inició Richardson este procedimiento. Se utiliza una sonda de goma de 1,10 m. de longitud, 5 mm. de diámetro interior y paredes de 2 mm. de espesor. Esta sonda está marcada en centímetros y en uno de sus extremos se adapta una linterna análoga a la usada por Chauveau y Marey para el sondeo del corazón, y recubierto con goma de condón. Al extremo libre de la sonda se une un estetoscopio biauricular y una cápsula de Wiggers y Dean para el registro gráfico.

Para esto último es conveniente tener el paciente en decúbito supino por ser más fácil en esta posición el registro del pulso venoso. Los autores llegaron a las conclusiones que en seguida anoto, en 15 adultos normales:

En los 15 casos, tanto la auscultación como el registro gráfico de los ruidos del corazón revelaron la existencia de un ruido originado por la sístole auricular y que se agregaba a los dos ruidos fundamentales. El ruido auricular esofágico, cuya iniciación coincide con los primeros momentos de la contracción auricular, se debería a las vibraciones engendradas por la tensión de las paredes de la aurícula izquierda, y la compresión de su masa líquida contenida en su interior.

*Emiro Quintero Cañizares.*

#### CIRUGIA

Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.  
Tomo XXVII. Nº 12. Julio, 1935.

The British Journal of Surgery. Londres.  
Vol. XXIII. Nº 90. Octubre, 1935.

The American Journal of Surgery. Nueva York.  
Vol. XXX. Nº 1. Octubre 1935.

The Surgical Clinics of North America. Filadelfia.  
Vol. 15. Nº 5. Octubre, 1935.

Journal de Chirurgie. Paris.  
Tomo 46. Nº 4. Octubre, 1935.

Revue de Chirurgie. Paris.  
Año 54. Nº 8. Octubre, 1935.

Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica. Montevideo.  
Año I. Septiembre. Nº 10. 1935.

Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.  
Tomo XIX. Nros. 23, 24, 25. Octubre, 1935.

Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie.  
Bruselas.  
Año XXXIV. Nº 7. Julio, 1935.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BUENOS AIRES  
Tomo XIX. Nº 23.

“La osteocondritis deformante de la cadera. Etiopatogenia y tratamiento quirúrgico”. Por los doctores Marcelo Gamboa y Agustín A. Salvati.

Enfermedad de etiología y patogenia muy discutidas y de tratamiento efectivo casi imposible, ha sido hasta la fecha la Osteocondritis Deformante de la Cadera. El trabajo que comentamos es una contribución de bastante utilidad que la medicina argentina hace al problema,

pues se basa en investigaciones propias hechas en buen número de casos tratados con éxito halagador.

Después de estudiar las distintas teorías etiopatogénicas de la enfermedad, los autores niegan rotundamente la distrófica congenital y la infecciosa; admiten en algunos casos la traumática y defienden la teoría vascular por creer que es a la que le asiste el mayor grado de razón en el estado actual de nuestros conocimientos y también porque los resultados del tratamiento quirúrgico practicado por ellos parecen estar de acuerdo con las bases en que se apoya.

La teoría vascular, extensamente estudiada por Axhausen, se basa en las necrosis óseas asépticas producidas por isquemias, lo que trae por resultado el aplanamiento del núcleo cefálico del fémur. Y la causa de estas isquemias parecen ser los traumatismos, bruscos o repetidos, que producen desgarraduras o embolías de los vasos. Leriche participa de la teoría vascular, pero la explica de otro modo, basándola en la hiperhemia activa, que trae como consecuencia la rarefacción ósea, e Introzzi lo comprueba en un trabajo experimental realizado sobre conejos.

Hacen luégo los doctores Gamboa y Salvati un análisis detenido de los tratamientos que aconseja la literatura médica mundial, desde la simple osteotomía hasta la técnica del Injerto Oseo, aconsejada por ellos y practicada anteriormente por Dónovan y Del Valle con magníficos resultados.

La acción benéfica del injerto la reducen a los factores siguientes:

- 1º Es elemento de aporte osteogénico.
- 2º Labra una vía de mayor circulación, y,
- 3º Es un elemento mecánico que contribuye a mantener la solidez de un edificio que se derrumba.

El material para el Injerto Oseo aconsejan sea extraído de la tibia, pues siguiendo la teoría de Bond, creen que el hueso aislado debe considerarse como un órgano definido cuyas células se adaptan a circunstancias físicas de presión y tracción bien definidas y por tanto, la tibia y el fémur, los huesos de funciones más similares.

Es de notar la observación recogida por Borghi, quien aconseja la desperiostización del injerto, pues "el periostio constituye un elemento desfavorable en la evolución del injerto en un medio óseo cerrado".

Como comprobación, finalizan el estudio con sendas historias clínicas, acompañadas de radiografías que siguen el curso de la enfermedad y muestran, en los casos operados con la técnica del Injerto Oseo, la detención de la evolución de la enfermedad y la aparición de un proceso regenerativo firme que lleva rápidamente a la curación.

*Emiro Quintero Cañizares.*

#### DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

Archives of Dermatology and Syphilology. Chicago.  
Vol. 32. Nº 4. Octubre, 1935.

**ELECTRORRADIOLOGIA**

- Archives d'Electricité Médicale. Paris.  
 Año 43. Nº 610. Octubre, 1935.
- Journal de Radiología et d'Electrologie. Paris.  
 Tomo 19. Nº 10. Octubre, 1935.
- Revista de Radiología y Fisioterapia. Chicago.  
 Vol. II. Nº 6. Noviembre-diciembre, 1935.

**ESTOMATOLOGIA**

- Oral Hygiene. E. U. A.  
 Octubre, 1935.
- La Revue de Stomatologie. Paris.  
 Año 37. Nº 9. Septiembre, 1935.

**FISIOLOGIA**

- Physiological Reviews. Baltimore.  
 Vol. 15. Nº 4. Octubre, 1935. )

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

- American Journal of Obstetrics and Gynecology. San Luis.  
 Vol. 30. Nº 4. Octubre, 1935.
- Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina. Buenos Aires.  
 Año III. Nº 35. Septiembre, 1935.
- Gynecologie et Obstétrique. Paris.  
 Tomo 32. Nº 3. Setiembre, 1935.
- Japanese Journal of Obstetrics & Gynecology. Kyoto.  
 Vol. XVIII. Nº 4. Agosto, 1935.
- Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires.  
 Tomo XIV. Nº 11. Octubre, 1935.

**HIGIENE**

- Annali d' Igiene. Roma.  
 Año XLV. Nº 5. Mayo, 1935.
- La Prophylaxie antivénérienne. Paris.  
 Año 7. Nº 9. Septiembre, 1935.
- Boletín del Instituto de Higiene. México.  
 Tomo II. Nº 4. Agosto, 1935.
- American Journal of Public Health. Nueva York.  
 Vol. 52. Nº 10. Octubre, 1935.
- Boletín de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. Paris.  
 Vol. XVI. Nº 10. Octubre, 1935.

## HOSPITALES

The Modern Hospital. Chicago.  
Vol. 45. Nº 4. Octubre, 1935.

## MEDICINA GENERAL

Revista Médica. San José, Costa Rica.  
Año II. Nº 17. Setiembre, 1935.

La Clínica. Barcelona.  
Año XII. Nros. 8, 9. Agosto-septiembre, 1935.

La Clínica. Barranquilla.  
Vol. III. Nros. 31, 32. Septiembre, 1935.

Archivos Latino-Americanos de Cardiología y Hematología. México.  
Año 5. Nº 5. Julio-agosto, 1935.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirugia.  
Vol. XXX. Nº 3. Septiembre, 1935.

Consultorio Internacional. San José. Costa Rica.  
Año IX. Nº 113. Septiembre, 1935.

El Siglo Médico. Madrid.  
Tomo 96. Nros. 4269, 4270.

Revista Médica Latino-Americana. Buenos Aires.  
Año XX. Nº 239. Agosto, 1935.

Medicina de los Países Cálidos. Madrid.  
Año VIII. Nros. 8, 9. Agosto-septiembre, 1935.

Revista Médica. San José, Costa Rica.  
Año III. Nº 18. Octubre, 1935.

Revista Médica Hondureña. Tegucigalpa.  
Año V. Nº 59. Septiembre, 1935.

Medicina y Cirugía. Bogotá.  
Vol. II. Nº 1. Octubre, 1935.

Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires.  
Agosto, 1935.

Anales de la Academia de Medicina de Medellín.  
Año II. Nº 28. Agosto, 1935.

Logroño Médico.  
Año IV. Nros. 37, 38. Julio-agosto, 1935.

Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Madrid.  
Tomo XXXVIII. Nros. 18, 19. Septiembre-octubre, 1935.

Boletín de "Medicina". Madrid.  
Año III. Nº 57. Octubre, 1935.

- El Día Médico. Buenos Aires.  
Año VII. Nros. 62, 63, 64. Octubre, 1935.
- Archivos Americanos de Medicina. Buenos Aires.  
Tomo XI. Nº 4. Octubre, 1935.
- Revista de la Asociación Médica Argentina. Buenos Aires.  
Tomo XLIX. Nº 348. Julio, 1935.
- Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Montevideo.  
Tomo VI. Nº 3. Septiembre, 1935.
- Medicina. México.  
Tomo XV. Nº 253. Octubre, 1935.
- Revista Médica Peruana. Lima.  
Año VII. Nros. 80, 81. Agosto, 1935.
- Orvosi Hetilap. Budapest.  
Año 79. Nº 39. Septiembre, 1935.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Basel.  
Año 65. Nº 24. Junio, 1935.
- La Presse Médicale. Paris.  
Nros. 80, 81, 82, 83. Octubre, 1935.
- Paris Médical. Paris.  
Año 25. Nº 41. Octubre, 1935.
- Journal de Médecine de Lyon.  
Nros. 377, 378. Septiembre-octubre, 1935.
- Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.  
Tomo 25. Nº 8. Octubre, 1935. Paris.
- Annales de Médecine. Paris.  
Tomo 38. Nº 3. Octubre, 1935.
- Le Scalpel. Bruselas.  
Año 88. Nros. 39, 40, 41, 42. Septiembre-octubre, 1935.
- Le Monde Médical. Paris.  
Año XLV. Nº 839. Agosto, 1935.
- Revue Belge des Sciences Médicales. Lovaina.  
Tomo VII. Nº 8. Octubre, 1935.
- Revue Française d'Endocrinologie. Paris.  
Año 13. Nº 5. Octubre, 1935.
- The Journal of the American Medical Association. Chicago.  
Vol. 105. Nros. 17, 18, 19. Octubre, 1935.
- Medical Times. Brooklyn.  
Vol. 63. Nº 10. Octubre, 1935.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic. Rochester.  
Vol. 10. Nros. 40, 41, 42. Octubre, 1935.

The British Medical Journal. Londres.  
Nros. 3901, 3902. Octubre.

The Lancet. Londres.  
Vol. CCXXIX. Nros. 5850, 5851. Octubre, 1935.

Archives of Internal Medicine. Chicago.  
Vol. 56. Nº 4. Octubre, 1935.

The South African Journal of Medical Sciences. Johannesburg.  
Vol. I. Nros. 1, 2. Setiembre, 1935.

#### JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

Nº 378. Octubre, 1935.

Le pneumothorax spontané chronique. Por Ch. Roubier.

El neumotórax espontáneo crónico se caracteriza clínicamente: Por su aparición en sujetos aparentemente sanos; por su persistencia muy larga y por su tolerancia, que es notable.

La etiología del neumotórax crónico es muy variada y son múltiples las teorías que tratan de explicarlo: teoría de origen tuberculoso, enfisematoso, oficio de las vesículas apicales de Fischer-Wasels, oficio de las adherencias pleurales, de las malformaciones pulmonares congénitas, oficio del traumatismo, del esfuerzo, etc., etc. A pesar de tan variadas causas el autor pregunta cuál es en realidad la verdadera naturaleza de este proceso inflamatorio. Ha observado que el neumotórax espontáneo es debido esencialmente a la ruptura de una vesícula apical atrofiada y dilatada, que reposa sobre tejido cicatricial, cerca de una adherencia pleural. Estas alteraciones anatómicas resultan evidentemente de un proceso inflamatorio antiguo a la localización apical o córtico pleural. ¿Pero su naturaleza? Algunos, entre ellos Fischer-Wasels, presumen el origen tuberculoso, pero las autopsias practicadas en los casos presentados por el autor no han mostrado casos tuberculosos típicos, antiguos o recientes. Sin embargo varias razones militan en favor de una etiología tuberculosa; porque si clínicamente los enfermos atacados de neumotórax espontáneo crónico parecen la mayoría de los casos indemnes de toda tuberculosis, se encuentra entre algunos de ellos antecedentes tuberculosos: antiguos pleuréticos, o han presentado en su infancia adenopatías cervicales, etc., etc.

La verosimilitud de una etiología tuberculosa resalta en algunos enfermos, después de comprobaciones radiológicas que muestran sobre todo al nivel del pulmón opuesto imágenes de esclerosis peribrínquicas, focos de calcificación diseminados o una obstrucción del seno costodiaphragmático, etc.

Se ha objetado que los enfermos que hayan presentado una localización tuberculosa, deberían ulteriormente hacer su prueba, y es lo

cierto, agrega el autor, que las evoluciones tuberculosas seguidas de neumotórax espontáneo benigno son excepcionales.

Cita el caso de un enfermo atacado de neumotórax crónico en el cual el doctor Ranking practicó la autopsia y la muerte se debió a la ruptura de un aneurisma de la aorta, permitiendo suponer esta comprobación el origen sifilítico de este neumotórax. Concluye que aun se podría pensar en un origen inflamatorio banal, señalando en efecto la aparición de neumotórax en el caso de afecciones pulmonares agudas (gripe, bronconeumonía, etc.), habiéndosele igualmente observado en la silicosis.

*Emiro Quintero Cañizares.*

#### MEDICINA LEGAL

Annales de Médecine Légale. Paris.

Año 15. N° 8. Octubre, 1935.

#### MEDICINA TROPICAL

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Río de Janeiro.

Tomo 30. Fasc. 2. 1935.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Londres.

Vol. 38. N° 19. Octubre, 1935.

Rivista di Malariaologia. Roma.

Vol. XIV. Nros. 1, 2. 1935.

The American Journal of Tropical Medicine. Baltimore.

Vol. 15. N° 5. Septiembre, 1935.

Tropical Diseases Bulletin. Londres.

Vol. 32. N° 10. Octubre, 1935.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Londres.

Vol. 38. N° 20. Octubre, 1935.

#### NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Archives Internationales de Neurologie. Paris.

Año 54. N° 6. Julio-agosto, 1935.

#### ODONTOLOGIA

Boletín de la Escuela de Odontología. Bogotá.

Año I. N° 5. Noviembre, 1935.

Odontología y Estomatología Universitarias. Bogotá.

Año IX. N° 3. Agosto, 1935.

#### OFTALMOLOGIA

Annales d'Oculistique. Paris.

Tomo CLXXII. N° 9. Septiembre, 1935.

Archives of Ophthalmology, Chicago.  
Vol. 14. Nº 4. Octubre, 1935.

## L'ABOLITION ISOLEE DU REFLEXE PUPILAIRE D'ADAPTATION A LA LUMIERE.

(Le Valeur Semiologique du Signe D'Argyll Robertson).

Henri Lagrange et Anne Marie Lagrange.

Annales d'Oculistique. Septiembre de 1935. Tomo CLXXII. Nº 9.

La abolición del reflejo pupilar es un signo patológico. No existe ni en los sujetos normales ni en los viejos sanos atacados de miosis. Puede encontrarse: a), en la sífilis; b), fuera de la sífilis.

En la sífilis: Cualquiera que sea el sitio y la naturaleza de la lesión que en la sífilis determine la alteración del reflejo pupilar de adaptación a la luz, debe darse una importancia particular al síndrome de insuficiencia circulatoria propia de esa enfermedad del sistema vegetativo que es el tabes. Esta interpretación domina el problema de las localizaciones. En esta enfermedad el signo puede tomar tipos clínicos diversos: a) Puede existir con caracteres tan particulares que implique casi con seguridad el diagnóstico de sífilis del neuroeje; b) Menos característico, puede, por razón de frecuencia, en una sífilis del neuroeje que no es un certeza sino una presunción.

Los caracteres que debe tener para que constituya un signo casi patognomónico de sífilis son: su fijeza, su permanencia, la invariabilidad del diámetro pupilar cualquiera que sea la condición del alumbrado, la disociación del movimiento de acomodación-convergencia. También es necesario tener en cuenta que es a menudo bilateral, acompañado de miosis, de desigualdad pupilar, de deformación de la pupila, y por último no habría respuesta pupilar a la excitación dolorosa y vestibular y la dilatación por atropina se haría insuficientemente. La abolición pupilar de adaptación a la luz asociada a estos numerosos caracteres constituiría el signo de Argyll Robertson auténtico y que así comprendido es un signo raro y su porcentaje es débil en los casos de sífilis del neuroeje, por el contrario, la abolición aislada del reflejo pupilar de adaptación a la luz existe en 38,3% de los casos de sífilis del neuroeje y adquiere por consiguiente un valor semiológico considerable. Fuera de la sífilis, la A. A. R. P. A. L. tiene gran valor en los tumores cerebrales de la calota peduncular, siendo en estos casos un signo de localización. En los tumores cerebrales el signo no tiene los caracteres de fijeza, de permanencia y de invariabilidad observados en la sífilis.

La A.A.R.P.A.L. puede hacer parte también de la sintomatología de infecciones del neuroeje, tales como el zona. También ha sido observada en los traumatismos oculo-orbitarios.

Jorge Díaz G.

**ORTOPEDIA**

The Journal of Bone and Joint Surgery. Boston.  
Vol. XVII. N° 4. Octubre, 1935.

**OTOLARINGOLOGIA**

Archives of Otolaringología. Chicago.  
Vol. 22. N° 4. Octubre, 1935.

Revista Oto-Laringológica de S. Paulo.  
Vol. III. N° 4. Julio-agosto, 1935.

**HIP DISEASE AND OTOGENIC SEPSIS**

Leshin. Archives of Otolaryngology. Chicago.  
Vol. 22. N° 4. Octubre de 1935.

En el curso de las infecciones otógenas, las metastasis, especialmente a la cadera, son frecuentes, sobre todo en los niños.

Esta infección puede estar o no con trombosis del seno lateral o del bulbo yugular.

El diagnóstico temprano de metastasis de la cadera, a veces muy difícil, es necesario para evitar serias complicaciones y secuelas.

La incisión quirúrgica precoz y drenaje con tracción, y la inmediata movilización del miembro o por lo menos movimiento tan pronto como los síntomas agudos hayan desaparecido, parece ser el tratamiento de elección en tales caos.

La opinión de un ortopedista debe ser utilizada tan pronto como sea posible. El aurista debe estar alerta para evidenciar la metástasis en presencia de una infección otógena.

*Jorge Díaz G.*

**PARASITOLOGIA Y ENTOMOLOGIA**

The Review of Applied Entomology. Londres.  
Vol. 23. Ser. Part. 9. Septiembre, 1935.

**PATOLOGIA EXPERIMENTAL**

The British Journal of Experimental Pathology. Londres.  
Vol. XVI. N° 5. Octubre, 1935.

**PEDIATRIA**

American Journal of Diseases of Children. Chicago.  
Vol. 50. N° 4. Octubre, 1935.

Revista Chilena de Pediatría. Santiago.  
Año VI. Nros. 8, 9. Agosto-septiembre, 1935.

The British Journal of Children's Diseases. Londres.  
Vol. XXXII. Nros. 379, 381. Julio-septiembre, 1935.

Archivos de Pediatría del Uruguay. Montevideo.  
Tomo VII. Nº 9. Septiembre, 1935.

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo.

Tomo IX. Nº 2. Octubre, 1935.

### REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA

Nº 8. Agosto, 1935.

Difteria Nasal. Por el doctor H. Cooper Alfaro.

Por ser esta una enfermedad relativamente benigna y ambulatoria, ha sido frecuentemente confundida con las rinitis crónicas, error de diagnóstico de gran peligro para el enfermo y sus familiares. El autor se refiere exclusivamente a la difteria nasal primitiva. Generalmente se trata de niños que hacen su vida habitual, llamando sólo la atención de los padres una alteración del estado general que se manifiesta por palidez, pérdida de peso, falta de apetito, decaimiento. Otras veces los síntomas nasales muy evidentes precocian a los padres y nos describen el aspecto externo clásico de esta localización de la difteria. El niño tiene secreción purulenta de una fosa nasal durante muchos días, generalmente purulento hemorrágico, especialmente apreciable en la noche, la cual mancha las ropas de un color chocolate. Para el doctor Cooper en el examen local es condición indispensable la existencia de falsas membranas; la aseveración contraria dice es lo que ha perturbado el diagnóstico de la difteria, a pesar de que grandes pediatras aprecian el problema en forma distinta. Cita como ejemplo la opinión del doctor Bretonneau, de la clínica del doctor Marfan, quien estima que antes de los seis meses la difteria no se manifiesta en forma de falsas membranas, que es su forma característica, sino por catarros mucopurulentos de apariencia común. Las llama *difterias clandestinas* de la nariz y sería al menos el punto de origen de una difteria de la faringe o de la laringe. El autor concluye: La difteria nasal es una localización frecuente de la difteria.

La difteria nasal, por ser ambulatoria, ocupa el primer lugar en la trasmisión de esta enfermedad.

La nariz y el rino-farinx es la guarida donde se mantiene el bacilo de Loeffler y el punto de partida de las otras localizaciones graves de la difteria.

*Emiro Quintero Cañizares.*

### QUIMICA

Bulletin de la Société de Chimie Biologique. Paris.  
Tomo XVII. Nros. 7, 8. Julio-agosto, 1935.

The Journal of Biological Chemistry. Baltimore.  
Vol. III. Nº 2. Octubre, 1935.

THE JOURNAL OF BIOLOGICAL CHEMISTRY  
BALTIMORE

Volumen 111. Octubre, 1935. Nº 2.

"A method for the direct and quantitative study of amyloclastic activity of amylases". By M. L. Caldwell and F. C. Hildebrand.

La actividad amiloclásica de las amilasas es un fenómeno de bastante interés en Química Biológica, especialmente si se trata de determinarla cuantitativamente, puesto que, por decirlo así, se llega a medir la actividad de una función del páncreas, la glándula digestiva más escondida y menos explorable por los métodos clínicos. Así el laboratorio da al médico un dato útil que el examen clínico no puede suministrar.

El método que describen los autores —químicos de la Universidad de Columbia— se basa en la determinación directa del almidón residual en cualquier estado de hidrolisis y depende de la precipitación cuantitativa, libre de dextrinas y maltosa, por el etil alcohol. La diferencia entre el peso del almidón original y del almidón residual da la medida de la actividad amiloclásica de la enzima. Es por tanto, un procedimiento análogo al usado para medir la actividad sacarogénica, determinando la reducción del azúcar formada.

El procedimiento es originl y parece ser seguro, pues está comprobado por experimentos consecutivos hechos no sólo con la amilasa pancreática, sino con la de hongos —como el *Aspergillus Oryzae*— y la de la malta de cebada. Se ha encontrado una fidelidad del 99,31% en los resultados, siempre que se observen factores y condiciones especiales, como son la concentración del alcohol, la temperatura, etc., lo que dice muy bien de la exactitud del método.

Emiro Quintero Cañizares.

TERAPEUTICA

Los Tratamientos Actuales. Madrid.

Año V. Nros. 113, 114. Septiembre, 1935.

Revista del centro Estudiantes de Farmacia y Bioquímica. Buenos Aires.

Año XXV. Nros. 6, 7. Junio-julio, 1935.

Anales E. Merck. Darmstadt.

Segunda Parte. 1935.

Bulletin Général de Therapeutique. Paris.

Tomo 186. Nº 8. 1935.

Informaciones médicas "Knoll". Ludwihafen.

Año VIII. Nº 22. Octubre, 1935.

The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. Baltimore.

Vol. 55. Nº 2. Octubre, 1935.

Japanese Journal of Medical Sciences. IV. Pharmacology. Tokyo. Septiembre, 1935.

### TUBERCULOSIS

Revue de la Tuberculose. Paris.

Tomo I. Nº 8. Octubre, 1935.

The British Journal of Tuberculosis. Londres.

Vol. XXIX. Nº 4. Octubre, 1935.

### REVUE DE LA TUBERCULOSE

Tomo I. Nº 8.

Variación de la presión pleural en función de la presión ambiente. Por el doctor Louis Baillet.

El valor de la presión pleural relativa varía en sentido inverso al de la presión barométrica. Si ésta se eleva, la presión pleural disminuye; si se baja, la presión pleural se aumenta, o por lo menos tiende a ello. Y se podría preguntar, dice el autor, si uno de los factores favorables y quizás el principal, de la cura de alturas en las afecciones pulmonares, no sería la postura del pulmón en reposo relativo por la disminución de su tensión elástica que suprimiría parcialmente el vacío pleural. Porque el autor ha llegado a comprobar que sometiendo a una tensión progresiva la pared elástica del neumotórax, su presión relativa aumenta en las alturas.

Admite que la sobrepresión dilatando los alvéolos, acentúa el vacío pleural y que en efecto es racional pensar que la depresión de las alturas tiene efectos inversos; la disminución comprobada del vacío pleural es el signo de una reducción del volumen de la cavidad torácica que corresponde a un ensanchamiento menos grande del parénquima pulmonar. Queda por averiguar cuál es la altura óptima en donde se pudiera acomodar el pulmón, sin que fuera aniquilado por el aumento de la presión oscilatoria, que occasionaría necesariamente la rarefacción del oxígeno.

Es ésta, pues, una de las cuestiones que quedan por estudiarse en la climatología de las alturas.

*Emiro Quintero Cañizares.*

### UROLOGIA

The Journal of Urology. Baltimore.

Vol. 34. Nº 4. Octubre, 1935.

Journal d'Urologie. Paris.

Tomo 40. Nº 3. Septiembre, 1935.