

Premio Obieta.

Se concederá este premio a un Médico español que se haya distinguido en el presente año 1952 por sus escritos, ciencia, profesorado o en el ejercicio de su profesión, a juicio de esta Academia. Consiste el premio Obieta en la adjudicación de 3.000 pesetas en metálico y certificación.

Las obras y méritos que aspiren a dicho premio se presentarán en la Secretaría de la Academia de Medicina hasta el 31 de octubre de 1952.

El premio se adjudicará en la sesión solemne del curso académico de 1953.

Premio del Dr. Couder y Moratilla.

Fundación de D.^a Fanny Balagué y Tabela.

Esta Fundación concede un premio anual de 4.000 pesetas en metálico, que se adjudicará a la persona a quien la Academia crea merecedora de él por su talento, trabajo y virtudes verdaderamente demostradas dentro del ejercicio de la Medicina.

Premio del Dr. Codina Castellví.

Tema: "Absceso del pulmón".

El premio consistirá en 3.000 pesetas y certificación.

Los autores presentarán instancia relacionando los trabajos que optan al premio, hasta el día 31 de octubre de 1952, y el premio se entregará en la solemne sesión de 1953.

Por disposición fundacional, se preferirán los trabajos sobre temas concretos y documentados por la investigación personal, clínica o anatomopatológica o experimental.

Premio del Dr. Ramón y Cajal.

Se conferirá un premio de 3.000 pesetas, cada tres años, a recompensar la mejor Memoria sobre un tema de Anatomía patológica, Histología, Embriología o Bacteriología publicado por un español.

Las instancias, acompañadas de las obras originales,

se remitirán a esta Secretaría hasta el 31 de octubre de 1952, y la adjudicación del premio se hará en la sesión solemne del año 1953.

Premio Sánchez de Toca.

Tema: "Cirugía de las trombosis arteriales."

Premio bienal, consistente en 3.000 pesetas, para recompensar la mejor Memoria que sobre el mencionado tema se envíe a la Real Academia Nacional de Medicina, debiendo solicitarse por medio de instancia con el trabajo inédito, por duplicado, hasta el día 31 de octubre de 1952.

Premio de Licenciado.

Premio de 1.000 pesetas en memoria de D. Manuel Martín Martínez, para el pago de los derechos del título de Licenciado en Medicina y Cirugía a un estudiante de la Facultad de Medicina de Madrid.

INSTITUTO NEUROLOGICO MUNICIPAL DE BARCELONA

ESCUELA DE NEUROLOGÍA PARA POST-GRADUADOS.

Curso intensivo sobre "Clínica de las otitis".

Por el Dr. Adolfo Azoy, Jefe de la Sección de Audiología y Otoneurología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Otoneurólogo del Instituto Neurológico Municipal.

Del 7 al 14 de junio (ambos inclusive).

El curso se verificará desde las diez de la mañana a las dos y de siete a nueve de la tarde. Todos los días se profesará una lección teórica, siguiendo a continuación prácticas anatómicas, clínicas y quirúrgicas, con comentarios de los casos presentados.

Derechos de inscripción: 300 pesetas.

Para informes, dirigirse a la Secretaría del Instituto Neurológico Municipal, calle Llull, 8, Barcelona. Teléfonos 25 13 06 y 25 51 71.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

PSICOLOGIA GENERAL. UNA INTERPRETACION DE LA CIENCIA DE LA MENTE BASADA EN SANTO TOMAS DE AQUINO. R. E. BRENNAN.—Ed. Morata. Madrid, 1952. Un volumen en cuarto, de 597 páginas, 230 pesetas.

No deja de ser interesante de antemano una obra de psicología general basada en la doctrina tomista, como ésta que el P. Brennan publicó hace unos años, habiendo experimentado numerosas reimpresiones y apareciendo ahora en nueva edición.

Se hace una exposición de la psicología general y la psicología de Santo Tomás, y posteriormente se estudia de modo sucesivo la ciencia de la vida orgánica (noción, filosofía, naturaleza y origen), la vida sensorial (vida mental, base orgánica de la conciencia, actividad refleja, sensación, sentidos, instinto, memoria, vida emocional) y la vida intelectual en sus diferentes aspectos.

En su conjunto, como era de esperar, se trata de una psicología integral del hombre, espíritu y materia, en el sentido aquiniano, sin dejar por eso de prestar atención al aspecto experimental de la psicología.

LES NERFS CRANIENS. R. M. DE RIBET.—Edit. G. Doin & Co. París, 1952.—Un volumen en cuarto mayor, de 568 páginas, 3.500 francos.

El autor declara que no se trata de la anatomía de los nervios craneales, sino que la obra constituye un conjunto de esquemas explicados, pero con los suficientes detalles para servir a su objeto práctico, didáctico, que no solamente es útil para el estudiante, sino para el médico, enfrentado con la necesidad de hacer un diagnóstico topográfico de un síndrome en el que participen los nervios craneales. Tales esquemas son muy completos y creemos que el objeto que se ha propuesto el autor se cumple satisfactoriamente.

LIBROS RECIBIDOS

"Hautplastiken". Indikation und Technik. H. I. Buff. Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 136 páginas, con 173 figuras, 22,50 DM.

"Klinische Physiologie und Pathologie". F. Hoff.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 810 páginas, con 133 figuras, encuadrado en tela, 49,50 DM.

"Klinische Probleme der Vegetativen Regulation und der Neuralpathologie". F. Hoff.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 594 páginas, con 166 figuras, 29,70 DM.

Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 43 páginas, con 9 figuras, 2,70 DM.

"So Lernt das Kind Sich Gut zu Halten". H. Scharll. Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 32 páginas, con 30 figuras, 3,90 DM.

"Über den Wahn". Kurt Schneider.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 48 páginas, 3,90 DM.

"Klinische Chemie und Mikroskopie". L. Hallmann. Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1952.—Un volumen en cuarto, de 594 páginas, con 166 figuras, 29,70 DM.

B) REFERATAS

Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría.

10 - 1 - 1951

- Interpretación especulativa de la psicosis. K. Schneider.
- * Psiquiatría y endocrinología. D. Furtado.
- Encefalomiелitis alérgica experimental. Relaciones con las enfermedades desmielinizantes humanas. C. L. Cazzullo.
- Lo negro (Aproximación a un estudio de lo demoníaco en Psiquiatría). A. Guerra Miralles.
- * Paraparesia espástica y cataratas bilaterales consecutivas a descarga eléctrica. D. Morillas.
- Contribución al estudio de la estructura temporal de la percepción visual de formas. H. J. Hufschmidt y J. del Castillo Nicolau.

Psiquiatría y endocrinología.—Las relaciones entre hechos psíquicos y afecciones endocrinas son múltiples y complejas. Los resultados obtenidos hasta hoy por su estudio son insuficientes y fragmentarios. Estudia el autor el problema enfocado desde los siguientes puntos: Psicogénesis de las endocrinopatías, psicosis en las endocrinopatías, déficits mentales de etiología endocrina, psicosis debidas a la administración exagerada de hormonas, modificaciones del carácter y síntomas neuróticos debidos a las endocrinopatías crónicas e influencias endocrinas en la génesis y estructura de las psicosis endógenas. Entre los trabajos modernos, las nuevas concepciones de Selye parecen abrirnos un nuevo camino. Ciertas psiconeurosis, determinadas enfermedades mentales, quizá la misma esquizofrenia, representarían enfermedades de la adaptación. Los extraordinarios resultados obtenidos con los glucocorticoides suprarrenales y con el ACTH parecen confirmar las concepciones de Selye. Termina el autor el trabajo haciendo notar el signo de esperanza que dichas ideas y hechos encierran.

Paraparesia espástica y cataratas bilaterales consecutivas a descarga eléctrica.—El autor publica un caso de accidente eléctrico seguido de paraparesia espástica y desarrollo de cataratas bilaterales, para contribuir a la casuística, no muy numerosa, y al estudio de las lesiones medulares producidas por accidentes eléctricos. En su caso, cree que las lesiones medulares son producidas por el calor desarrollado por la corriente, y que no son "lesiones eléctricas específicas". Discute la patogenia de la catarata eléctrica.

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

9 - 2 - 1950

- * La acción hepatotóxica de la cistina. M. Díaz Rubio y J. Muñoz.
- * La enfermedad diverticular. Verdaderas y falsas diverticulosis. M. Esteban.
- A propósito de los divertículos del estómago. A. Gallart-Esquerdo.
- Estenosis yeyunal múltiple por peritonitis tuberculosa adhesiva. D. Moxóqueri.
- Colitis ulcerosa y carcinoma del colon. E. Arias Vallejo.
- * Anormalidades diafragmáticas y su diagnóstico radiológico. A. Presmanes Moral.

La acción hepatotóxica de la cistina.—Se trata de una comunicación a la Reunión Nacional de la Sociedad Española de Patología Digestiva, celebrada en Madrid en diciembre de 1949. En ella se comunican los resultados obtenidos al administrar a un lote de 16 ratas blancas la siguiente dieta: caseína, 5 por 100; almidón de arroz, 47,5 por 100; margarina, 30 por 100; glucosa, 12,5 por 100; aceite de hígado de bacalao, 1 por 100; mezcla salina, 4 por 100. A cada 100 g. de dieta añaden: aneurina, 200 microgramos; riboflavina, 250; piridoxina, 200; nicotilamida, 5 mg., y pantotenato cálcico, 1 mg.; más 10 g. de l-cistina Merk. Con esta dieta obtienen una supervivencia del animal superior a treinta y siete días en todos menos en uno. Estudian a continuación las alteraciones circulatorias, las regresivas portales, que en resumen son: necrosis, hemorragias, proliferación de fibroblastos y luces vasculares llenas de hematíes. Su carácter, distribución y cualidad estructural permiten el afirmar su segura evolución cirrótica de tipo portal.

La enfermedad diverticular. Verdaderas y falsas diverticulosis.—Con ocasión de presentar un caso de doble divertículo duodenal de porción horizontal, hace el autor una revisión de la enfermedad diverticular, desde el punto de vista histórico primero y clínico después. Divide los divertículos, según su patogenia, en: 1.º, divertículo congénito genuino; 2.º, el adquirido probablemente a partir de disposiciones de origen congénito, y 3.º, formaciones diverticulares o diverticulizaciones secundarias a procesos de naturaleza enteramente distinta.

Anormalidades diafragmáticas y su diagnóstico radiológico.—Empieza el autor haciendo un detallado estudio anatómico y fisiológico del diafragma, pasando después a interpretar la imagen radiológica normal. Las anomalías de posición las divide en: bajas, que obedecen a disminución de la tracción pulmonar o de la presión abdominal; por pérdida de la elasticidad del tórax; por aumento del tono del diafragma, exponiendo los diversos estados patológicos que conducen a estos efectos. Las situaciones altas pueden ser: por aumento de la fuerza de tracción torácica o presión intra-alveolar disminuida; por la presión intraabdominal elevada; por anomalías torácicas o por disminución del tono muscular. Estudia después detenidamente las anomalías más frecuentes e importantes, como son: la relajación diafragmática; las hernias diafragmáticas y, por último, las ondulaciones y adherencias del diafragma.

Circulation.

3 - 2 - 1951

- * Tromexan. Propiedades experimentales y clínicas. G. F. Burke y I. S. Wright.
- Valoración clínica de los derivados dicumarínicos con un estudio metabólico sobre anticoagulantes marcados radioactivamente, en animales. E. P. Hausner, y otros.
- * Cateterización del ventrículo izquierdo en el hombre. Estudio del bloqueo de rama derecha por electrocardiografía.

- grafía intracardiaca simultánea de ambos ventrículos. M. F. Steimberg, A. Seligman, I. C. Kroop y A. Grishman.
- Situs inversus de las vísceras abdominales con levocardia. Comunicación de ocho casos sometidos a la operación de Blalock-Taussig. M. D. Young y H. B. Griswold.
- * Tratamiento con cortisona de la carditis aguda reumática. Observaciones preliminares. T. N. Harris y otros.
- Efecto de la subida de escalones corrientes sobre el trabajo del corazón. Observaciones en sujetos normales y en pacientes con afección coronaria. J. A. L. Mathers.
- La aparición en la insuficiencia mitral de lesiones vasculares pulmonares oclusivas. D. L. Becker, H. B. Burchell y J. E. Edwards.
- * Lesión miocárdica controlada producida por un método hipotérmico. C. Bruce Taylor, C. B. Davis y G. M. Hass.
- Efectos de la sangría sobre la excreción de electrolitos y sobre la filtración glomerular. T. A. Lombardo y S. Eisenberg.
- Agresividad de las plaquetas en diversas afecciones vasculares. M. E. Eisen.
- Efecto de la sobrecarga de sal y de la depleción de sal sobre la función renal y la excreción de electrolitos en el hombre. W. S. Wiggins y otros.
- * Visualización de las arterias coronarias durante la vida. J. A. Helmsworth.
- Factores renales en la insuficiencia cardíaca congestiva. E. A. Stead.

Tromexán. Propiedades experimentales y clínicas.—El empleo de la heparina y del dicumarol ha suministrado datos suficientes sobre la eficacia e inconvenientes de la terapéutica por anticoagulantes. Ninguno de los dos, la heparina o el dicumarol, es un buen anticoagulante. De aquí la necesidad de buscar productos nuevos que no tuvieran los inconvenientes de los empleados hasta ahora. El tromexán, cuya fórmula es 3,3'-Carboximetilénbis (hidroxycumarina) etil éster, parece tener la ventaja de una más rápida acción después de haber sido administrado por vía oral, así como una más rápida cesación de sus efectos que el dicumarol. Su manera de actuar es también produciendo hipoprotrombinemia, como hace el dicumarol. Para su empleo clínico se requiere la práctica de determinaciones repetidas del tiempo o tasa de protrombina, para evitar la producción de hemorragias por hipoprotrombinemia, que parecen ser menos probables que con el dicumarol.

Cateterización del ventrículo izquierdo en el hombre. Estudio del bloqueo de rama derecha por electrocardiografía intracardiaca simultánea de ambos ventrículos.—El ventrículo izquierdo de un hombre con tabique interventricular intacto fué cateterizado por la vía de arteria carótida primitiva. El paso del catéter a través de la válvula aórtica es difícil y a veces puede resultar imposible. La posible aparición de complicaciones cerebrales hace este procedimiento peligroso. En este caso se tomaron registros electrocardiográficos simultáneos de ambos ventrículos, que coinciden con los hallados experimentalmente en perros a los que se había provocado un bloqueo de rama derecha. También coinciden con los hallazgos en otro caso humano con bloqueo de rama derecha, en el cual el catéter explorador pasó incidentalmente del ventrículo derecho al izquierdo a través de un defecto interauricular.

Tratamiento con cortisona de la carditis aguda reumática. Observaciones preliminares.—Cuatro enfermos con carditis reumática de grado severo fueron tratados con cortisona. Después de tres semanas, cuando la temperatura, la velocidad de sedimentación y la cifra del pulso volvieron a los límites normales o casi normales y los signos cardíacos dejaron de mostrar cambios, se suspendió el tratamiento con cortisona. A los pocos días, todos los enfermos tuvieron una rápida recaída de sus síntomas, con fiebre, aumento de la velocidad de sedimentación, etc. Este nuevo brote pudo ser controlado rápidamente con nuevas dosis de cortisona. Al final del tratamiento se encontró que los signos cardíacos eran peores en dos casos y cuestionables en un tercero, todo ello comparado con el estado del corazón antes de comenzarse el tratamiento con cortisona.

Lesión miocárdica controlada producida por un método hipotérmico.—Después de una revisión histórica

de los métodos experimentales empleados para la producción de lesiones miocárdicas, se describe un nuevo método, que emplea bajas temperaturas. Las lesiones producidas, en las que se llega a la necrosis completa de las células musculares, pueden ser perfectamente controladas en cuanto a su localización y tamaño, de tal manera que pueden colocarse selectivamente en cualquiera de las cuatro cavidades cardíacas o en el tabique interventricular. Esta técnica facilita considerablemente los estudios de la insuficiencia crónica del miocardio en lo que se refiere a extensión y localización de las áreas necrosadas. También ha sido posible producir trastornos en la conducción por la producción de pequeñas lesiones septales interventriculares. No es posible hacer un detenido estudio electrocardiográfico de la magnitud y localización de las lesiones ventriculares.

Visualización de las arterias coronarias durante la vida.—Las arterias coronarias en el hombre y en perros han podido ser hechas visibles radiográficamente mediante la cateterización de la aorta ascendente e inyección de medio radio-opaco. Procediendo de esta forma, se ha podido ver en la placa radiográfica el sitio de producción experimental de oclusión coronaria en perros. Se señalan los peligros del procedimiento y se recomienda que, por lo menos en el momento actual, la arteriografía coronaria debe limitarse exclusivamente a investigaciones experimentales. El método tiene gran valor para el estudio de la enfermedad coronaria experimental de los animales. Más adelante, cuando mejoren los medios de contraste, puede ser también valiosa para el diagnóstico de la arteriopatía coronaria en el hombre.

The Journal of Thoracic Surgery.

19 - 4 - 1950

- * Neumonectomía seguida de toracoplastia. R. K. Iverson y H. L. Skinner.
- * Tórax en embudo y otras deformidades de la caja torácica. Ch. W. Lester.
- Estudio experimental de la irrigación sanguínea del esófago y su relación con la resección y anastomosis esofágica. J. L. Shek, C. A. Prieto, W. M. Tuttle y E. J. O'Rien.
- Tratamiento de las estenosis esofágicas cortas por resección y anastomosis término-terminal. W. M. Tuttle y J. C. Day.
- * Fístula esófago-traqueobronquial benigna adquirida. F. P. Coleman y G. H. Bunch.
- Vía combinada abdominal y torácica derecha de acceso a las lesiones de tercio medio y superior del esófago. E. M. Kent y S. P. Harbison.
- Nuevas observaciones de envoltura del mediastino en las varices esofágicas. J. H. Garlock y M. L. Som.
- Adenomatosis de los alveolos pulmonares. H. B. Stephens y S. J. Shipman.
- Reconstrucción plástica de la broncoestenosis tuberculosa con injertos dérmicos. P. W. Gebauer.
- Valoración de la neumolisis extrapleural y el plombaje con parafina en las enfermedades crónicas del pulmón. H. R. Decker.
- Condrosarcoma del mediastino posterior con complicación en reloj de arena del conducto espinal: Resección y curación. W. Weisel y W. B. Ross.

Neumonectomía seguida de toracoplastia.—Presentan los autores los resultados en 10 casos operados por ellos, a los cuales se les hizo neumonectomía y toracoplastia extensa, así como la técnica empleada y los cuidados pre y postoperatorios. La asociación de las dos operaciones está particularmente indicada en los pacientes con tuberculosis pulmonar, que requieren una neumonectomía para evitar la distensión del lado contrario. También emplean esta asociación en otros pacientes, como los que tienen enfisema contralateral o aquellos otros en los que son de esperar las complicaciones pleurales postoperatorias. La función respiratoria en todos estos casos se alteró menos que si se hubiera hecho solamente neumonectomía. En ninguno de sus 10 pacientes hubo complicaciones operatorias mortales.

Tórax en embudo y otras deformidades de la caja torácica.—En los casos en que el tendón central del diafragma es anormalmente corto, se pueden presentar

deformidades de la caja torácica, la más frecuente es el tórax en embudo. Se presentan síntomas de compresión pulmonar, pero resaltan sobre todo los cardíacos. Preconiza el autor hacer una operación radical, que en esencia consiste en reseca los cartílagos costales y elevar el esternón, con su apéndice xifoides incluido. Con ello mejoran grandemente los síntomas de compresión, a la vez que se corrige la deformidad. Los mejores resultados se obtienen cuando la operación se hace antes de los cinco años.

Fistula esofagotraqueobronquial benigna adquirida. Con ocasión de cuatro casos observados por ellos, hacen los autores una revisión de la literatura en lo concerniente a las fistulas esofagotraqueobronquiales adquiridas de origen no maligno. Encuentran citados 75 casos entre 1916 y 1949. Etiológicamente obedecen a infección, trauma y divertículo esofágico principalmente. La ingestión de líquidos va seguida de ahogo o grandes accesos de tos. El diagnóstico se hará por la historia, exploración física y los estudios radiográficos y endoscópicos. En cuanto al tratamiento, se tendrá presente la etiología infecciosa, sífilis o tuberculosis, contra la que se luchará hasta inactivarla, y después se procederá al cierre directo quirúrgicamente. Con este método han sido tratados sus cuatro casos con éxito.

Gastroenterology.

18 - 1 - 1951

- Biopsia hepática por punción.—VII. Observaciones en la vacuolización grasa del hígado. H. Ulevitch, E. A. Gall, E. L. Abernathy y L. Schiff.
- * Sobre el estado morfológico de la mucosa gástrica en el enfermo de úlcera duodenal. E. D. Palmer.
- Observaciones gastroscópicas sobre el efecto de la bantihine en el estómago humano. L. M. Asher.
- * Empleo de bantihine en el tratamiento de la úlcera duodenal. Referencia preliminar sobre su uso en 137 enfermos. C. H. Brown y E. N. Collins.
- Eliminación de 17-cetoesteroides en las enfermedades del hígado. H. L. Eisenberg, N. M. Kirshen, D. H. Atlas y P. Gaberman.
- Tratamiento de la pancreatitis crónica recidivante por simpatectomía y esplenicectomía. H. L. Hyman y C. C. Burton.
- * Colecistografía oral: Revisión crítica de 200 casos operados. H. P. Smith Jr. y T. M. Runge.
- Reportaje del comité sobre relaciones psicósomáticas en gastroenterología. S. Wolf.
- * Pruebas de función en el diagnóstico de las enfermedades del tracto biliar utilizando dehidrocolato sódico o secretina. H. S. Lans, I. F. Stein Jr. y K. A. Meyer.
- * Efectos de factores lipotrópicos sobre el turnover de los fosfolípidos en enfermos con hepatitis infecciosa. D. Cayer y W. E. Cornatzer.
- * Pronóstico de la cirrosis portal: un análisis de 62 casos. R. H. Moser, B. D. Rosenak, R. D. Pickett y C. R. McIntire.
- * Terapéutica con aureomicina en la insuficiencia hepática. R. S. Goldbloom y F. Steigmann.
- Observaciones sobre el empleo del estilbestrol en el tratamiento de la úlcera péptica. K. N. Ojha y K. Venkatachalam.
- Efecto de los estimulantes pancreáticos sobre la diastasa sanguínea. L. A. Sachar, J. G. Probsteyn y J. M. Whittico.
- Algunas observaciones sobre la falta de efectos mutuos entre el estómago y un injerto yeyunal implantado en él. M. K. Barrett, H. Dyer y T. Lefco.
- Un estudio crítico de la rata de Shay. R. J. Madden, H. H. Ramsburg y J. M. Hundley.
- Adrenalectomía en la rata de Shay. R. J. Madden y H. H. Ramsburg.
- Poliposis gástrica. M. C. Wheelock, A. J. Atkinson y R. Jennings.

Mucosa gástrica en la úlcera duodenal.—El autor ha realizado un estudio de 350 enfermos con úlcera duodenal con el fin de obtener la incidencia y valorar la importancia de la gastritis en esta enfermedad y observar el efecto de la gastritis coexistente sobre la respuesta a la terapéutica antiulcerosa. Se ha basado en los datos conseguidos por la observación hospitalaria, el estudio gastroscópico y el examen de las biopsias de la mucosa gástrica. Entre 150 enfermos con úlceras duodenales activas no obstructivas, la mucosa gástrica era gastroscópicamente normal en el 70 por 100, y los restantes mostraban gastritis crónica, hipertrofica o superficial. Entre 150 enfermos con úlceras duodenales inactivas, el estómago era normal en el

58 por 100, y aquí se encontraron los tres tipos habituales de gastritis crónica. La mayor incidencia de gastritis crónicas en el último grupo puede estar relacionada causalmente con los síntomas que llevan a estos enfermos ulcerosos "curados" a visitar al médico; cuando se comparan con un grupo control de dispépticos no ulcerosos, se encuentra que 300 enfermos sin obstrucción muestran una incidencia significativamente mayor de gastritis superficial y menor de gastritis atrófica. No se vio una relación de importancia entre la duración de la historia ulcerosa y la incidencia de gastritis. El estudio histológico de las biopsias de 34 enfermos demostró una mucosa gástrica normal en 19, y anomalías complejas, pero clasificables, en los restantes; las biopsias seriadas, en dos casos no revelaron alteraciones en el cuadro histológico durante un período de tres y siete meses, respectivamente. Entre otros 50 enfermos ulcerosos con obstrucción y retención gástrica, las tres cuartas partes mostraban una gastritis crónica. Una mala respuesta a la terapéutica antiulcerosa estaba relacionada estrechamente con la presencia de gastritis crónica y con la duración de la historia ulcerosa. Concluye que los enfermos con úlcera duodenal sin obstrucción muestran con mayor frecuencia una gastritis crónica superficial que los dispépticos no ulcerosos, y que esto puede ser el resultado de la hipermotilidad gástrica del estado ulceroso; la presencia de gastritis crónica atrófica con su interferencia con la actividad secretoria es rara en el enfermo con úlcera duodenal, y cuando existe, protege contra la activación de la úlcera. La obstrucción pilórica se acompaña generalmente de gastritis, que en gran parte depende de una base simplemente traumática. Por último, declara que la gastritis crónica es un factor importante que contribuye a la mala respuesta sintomática del enfermo ulceroso tratado.

Banthine en la úlcera duodenal. — Los autores han empleado la bantihine en 137 enfermos durante períodos de dos a doce meses; todos menos 20 de estos enfermos tenían úlcera duodenal, y en la mayor parte de ellos la úlcera no había respondido a ninguna terapéutica; 21 habían tenido hemorragias masivas, siete obstrucción y nueve habían sido operados por perforación. La dosis utilizada fué de 100 mg. cada seis horas, durante los dos primeros meses, y a partir de entonces se disminuyó a una tableta (50 mg.) con cada comida y una o dos al momento de acostarse. De los 117 enfermos, 97 curaron rápidamente y siete tuvieron una mejoría definida o parcial; dos enfermos con estenosis duodenal cicatricial se pusieron peor con la medicación, de lo que deducen que dicha droga no debe emplearse en los enfermos con obstrucción cicatricial, aunque sí puede utilizarse cuando la obstrucción se debe a espasmo, edema o inflamación después de un tratamiento preliminar del tipo Sippy. Dos enfermos mostraron una recidiva de la úlcera duodenal durante la medicación. La bantihine demostró su eficacia en seis de nueve enfermos con síndrome de hiperacidez, en dos con úlceras marginales y en dos con úlceras pépticas en hernias del hiatus, pero no en cuatro enfermos con úlcera gástrica. Concluyen que así como los resultados en los enfermos con úlcera duodenal justifican el ensayo ulterior de la bantihine, la droga no está indicada en la úlcera gástrica.

Colecistografía oral. — Los autores han encontrado una historia típica de cólicos biliares en el 56,5 por 100 de 200 enfermos que fueron operados con un diagnóstico clínico de colecistopatía; otro 37,5 por 100 se quejaban de dolor atípico e indigestión, y sólo el 6 por 100 no tenían dolores; existía un dolorimiento abdominal alto en el 59 por 100 de los enfermos. Las colecistografías no demostraron cálculos en el 34 por 100 de los enfermos que los tenían, según se demostró en la operación, y en cambio, cuando la colecistografía era positiva de cálculos hubo una relación del 99 por 100 con los hallazgos operatorios. En el 90 por 100 de todos los casos de no visualización del contraste se encontraron en la operación cálculos en el tracto biliar y en todos menos en un enfermo se demostraron alteraciones significativas del sistema biliar.

Pruebas de función en el diagnóstico de las enfermedades de las vías biliares.—Señalan los autores que la capacidad de la vesícula biliar para actuar como un reservorio expansible es una prueba de estado funcional del tracto biliar. Presentan un método de prueba funcional utilizando el dehidrocolato sódico por vía intravenosa; el valor de esta prueba se demuestra por los resultados obtenidos en 21 enfermos, y con ella nueve enfermos fueron diagnosticados de enfermedad del tracto biliar y 12 como normales y el diagnóstico fué confirmado quirúrgicamente en todos los casos. La prueba demostró también su valor en hacer el diagnóstico de obstrucción incompleta del colédoco en varios casos de síndrome postcolecistectomía. Según los autores la colecistografía prueba la capacidad de la vesícula para concentrar el colorante, mientras que el dehidrocolato sódico prueba la capacidad de distensión de la vesícula. Los resultados de este estudio indican que este último puede ser una prueba más sensible para el diagnóstico de las enfermedades biliares. Han utilizado la secretina por vía intravenosa para estudiar la función pancreática en 15 enfermos, en los que se encontró un páncreas normal en la operación. El volumen del jugo pancreático consecutivo a la estimulación con secretina y su concentración de bicarbonato se hallaban en los límites señalados por otros autores para los sujetos normales; durante esta prueba se estudiaron en 15 sujetos los cambios en la concentración de pigmentos biliares duodenales y se vió una buena relación entre los resultados de la prueba y el estado funcional del tracto biliar. Los cambios en la concentración de pigmentos biliares duodenales durante la prueba de la secretina dependen en parte de la respuesta secretoria del páncreas; si la enfermedad pancreática ha ocasionado una pérdida funcional de tejido pancreático, la prueba de la secretina puede dar una información errónea respecto a la función biliar. El dedicolato sódico no estimula directamente la secreción pancreática y la prueba, por lo tanto, no se afecta por cambios en la función del páncreas; como a menudo se presentan juntamente la afección biliar y pancreática, la prueba con el dehidrocolato sódico puede ser muy útil para el estudio de la función biliar en circunstancias donde los resultados de la prueba de la secretina no son de confianza. Además, los cambios en el volumen de pigmentos biliares producidos por el dehidrocolato sódico son mucho mayores que los producidos por la secretina, y, por lo tanto, debe esperarse que en los casos límites dé resultados menos equívocos.

Factores lipotrópicos y turnover de los fosfolípidos en la hepatitis infecciosa.—Señalan los autores que se piensa que ciertas formas de hepatitis pueden beneficiarse de la administración de sustancias lipotrópicas, como la colina y metionina. Aunque éstas podrían intervenir de diferentes maneras, se cree que actúan principalmente sobre el metabolismo de la grasa en el hígado. Los autores han demostrado que en algunos casos de hepatitis crónica (cirrosis), el grado de turnover de los fosfolípidos en el enfermo no tratado se aumenta después de la administración de una gran dosis de colina o metionina y han interpretado este hallazgo como una evidencia de una insuficiencia relativa de factores lipotrópicos y como una indicación para el tratamiento con tales sustancias. En cambio, de seis enfermos con hepatitis infecciosa aguda cinco no mostraron aumento significativo en el turnover de los fosfolípidos después de una gran dosis de colina o metionina cuando los resultados se aprecian en términos de actividad específica relativa. Este hallazgo estaba previsto, puesto que el trastorno del metabolismo graso y la infiltración grasa del hígado no son rasgos característicos del período precoz de la enfermedad. Añaden que la frecuente asociación de una dieta inadecuada, ingestión excesiva de alcohol y la hepatitis infecciosa sugiere que pueden presentarse múltiples factores en esta enfermedad, y en tales casos la respuesta de los fosfolípidos a los factores lipotrópicos se asemeja a la que se ve en la cirrosis.

Pronóstico de la cirrosis portal.— Los autores han estudiado el problema de la estimación del pronóstico

de la cirrosis de tipo alcohólico por un análisis de 62 casos típicos observados durante un tiempo medio de veintinueve meses. Han valorado los signos y síntomas individuales sobre la base del cociente mortalidad-supervivencia para determinar su significación pronóstica; algunos de ellos tenían una evidente importancia pronóstica, como, por ejemplo, la atrofia del hígado, que motivó el 100 por 100 de mortalidad, la depresión del sistema nervioso central y los trastornos profundos de tipo hormonal sexual. La combinación de hepatomegalia, ascitis e ictericia se presentó en un alto porcentaje de sus casos y tenían un cociente mortalidad-supervivencia de 1 : 1 o una mortalidad del 50 por 100; cuando se añaden otros factores a esta combinación básica se produce un aumento significativo de la mortalidad, y otros factores adicionales importantes fueron las profundas alteraciones de tipo hormonal sexual, la somnolencia, dianeas, hemorragias y arañas vasculares. También han analizado ciertas pruebas de laboratorio y encuentran que algunas de ellas tenían un definitivo valor pronóstico y añaden que una depresión persistente de las albúminas del suero indica un pronóstico desfavorable, mientras que su aumento como resultado del tratamiento dietético tiene una significación pronóstica favorable.

Aureomicina en la insuficiencia hepática.—Los autores han tratado con aureomicina 14 enfermos con hepatopatía profunda, de los que dos presentaban una hepatitis fulminante aguda y 12 procesos crónicos que estaban en observación durante períodos de tiempo que oscilaban entre una semana y treinta y seis meses. Ocho enfermos (siete crónicos y uno agudo) mostraron una mejoría definida, dos casos crónicos siguieron igual y cuatro casos (uno agudo y tres crónicos) murieron. Dos de los casos inicialmente mejorados reingresaron en el hospital a los diez días y dos meses y medio después, respectivamente, y fallecieron a pesar de la repetición del tratamiento con aureomicina. Deducen que el efecto beneficioso de la aureomicina puede ser debido a su acción detoxicante sobre la flora intestinal cuando se administra por vía oral y a la acción sobre las bacterias en la circulación portal o en el hígado cuando se da por vía intravenosa. Concluyen que los resultados con aureomicina hasta la fecha parecen indicar que debe hacerse un ensayo terapéutico en todos los enfermos con insuficiencia hepática.

American Heart Journal.

41 - 2 - 1951

- Fórmulas hidráulicas para calcular el área de la válvula mitral estenótica, otras válvulas cardíacas y los shunts circulatorios centrales. R. Gorlin y S. G. Gorlin.
- Estudios de la dinámica circulatoria en la estenosis mitral. R. Gorlin, F. W. Haynes, W. T. Goodale, C. G. Sawyer, J. W. Dow y L. Dexter.
- Valores críticos en la conducción ventricular. H. Vesell.
- Depresión de los reguladores del ritmo cardíaco con impulsos prematuros. A. Pick, R. Langendorf y L. N. Katz.
- Factores que influyen la onda T del electrocardiograma. C. V. Dowling y H. K. Hellerstein.
- * El intervalo Q-T del electrocardiograma en la miocarditis aguda en adultos, con relación autopsica. I. W. Gittleman, M. C. Thorner y G. C. Griffith.
- * Electrocardiograma unipolar en niños normales. P. N. G. Yu, H. A. Joos y C. P. Katsampas.
- Un estudio de las derivaciones unipolares de extremidades aumentadas con y sin resistencias de 5.000 Ohm. en 100 enfermos no seleccionados. H. I. Griffieath y M. Sokolov.
- El efecto de la digitoxina sobre las derivaciones V. R. Beers, W. Regan y L. Jensen.
- Informe sobre un nuevo diurético mercurial, Cumertilin. L. H. Sigler y J. Tulgan.
- Atresia tricúspide congénita. S. C. Sommers y J. M. Johnson.
- Enfermedad cardíaca reumática con trombosis masiva de la aurícula izquierda. A. S. Yuskis.
- Aneurisma de un seno de Valsalva con rotura en la aurícula derecha. I. A. Kawasaki y F. B. Schultz.
- * Alteración extraordinaria del intervalo P-R en la astenia neurocirculatoria. J. J. Silverman y R. D. Goodman.

El intervalo Q-T del electrocardiograma en la miocarditis aguda en adultos.—Se estudian los ECG de 51 casos de miocarditis agudas demostrados necropsica-

mente, observándose prolongación del espacio Q-T en el 51 al 89,3 por 100. Se dirige la atención a la consideración de la miocarditis aguda como parte de las manifestaciones patológicas de los procesos infecciosos agudos, apareciendo la prolongación del intervalo Q-T como ayuda diagnóstica. El reposo absoluto es una medida terapéutica importante cuando la miocarditis aguda es diagnosticada o sospechada, sugiriéndose la vuelta del espacio Q-T a lo normal como un índice del momento en que el enfermo puede levantarse. El espacio Q-T estaba más prolongado en las miocarditis agudas no reumáticas que en las reumáticas.

Electrocardiograma unipolar en niños normales.—En 100 niños sin datos de enfermedad cardiovascular resaltan como hallazgos de mayor interés en su ECG las ondas Q vistas frecuentemente en las derivaciones aV_R , aV_B , V_4 , V_5 y V_6 , que las ondas T estaban usualmente invertidas en V_1 , V_2 , a menudo en V_3 y a veces en V_4 , especialmente en los niños más pequeños, aumentando la incidencia de la positividad de las ondas T en las derivaciones precordiales con el aumento de la edad, viéndose, asimismo, que no varían con la edad o el sexo los valores máximo, mínimo y medio del intervalo Q-T.

Alteración extraordinaria del intervalo P-R en la as-tenia neurocirculatoria.—Los autores observan en un enfermo con as-tenia neurocirculatoria una extraordinaria alteración en el intervalo P-R que media 0,72 segundos, hallando que el tiempo de conducción entre la aurícula y el ventrículo es sensible a influencias vagas y puede ser modificada en ocasiones por las emociones, por lo cual debe ser considerado el estado emocional del paciente al interpretar cambios en ECG.

The Lancet.

6666 - 2 de junio de 1951

- Ejercicio físico. A. Abrahams.
Cura radical de la hernia inguinal en los ancianos. H. Dodd.
* Albuminuria ortostática. A. Watson.
* Colectomía total en un tiempo para la colitis ulcerosa. B. N. Brooke.
* Tratamiento de las adenopatías cervicales tuberculosas con ácido para-amino-salicílico. G. J. Morris y R. G. Prosser-Evans.
Toxoplasmosis en liebres en Dinamarca. M. Christiansen y J. C. Siim.
Ritmo intestinal en el infante sano. I. Gordon.
Descubrimiento oftalmoscópico de microfilarias de *Onchocerca volvulus*. J. W. R. Sarkies.
* Neumonía lipoidea en el carcinoma del pulmón tratado por radioterapia. S. J. de Navasquez, J. R. Trounce y A. B. Wayte.
Incoordinación neuromuscular de la deglución en un recién nacido. J. C. Macaulay.
* Cambios en el líquido cerebro-espinal después de la neumoencefalografía. E. R. Bickerstaff.
Hepatitis supurada y parálisis diafragmática. J. W. Todd.

Albuminuria ortostática.—Señala el autor que la albuminuria ortostática puede ser diagnosticada en el plazo de una hora, a partir del descubrimiento de la albuminuria. Para ello se basa en que ningún enfermo de nefritis puede eliminar orinas sin albúmina después de períodos de reposo, y la albuminuria es siempre constante. Ha ideado un procedimiento que consiste en hacer vaciar completamente la vejiga y después de una sobrecarga de agua recoger la orina al cabo de los quince, treinta, cuarenta y cinco y sesenta minutos estando el enfermo en reposo. En estas condiciones se encontró que ningún sujeto con albuminuria ortostática eliminaba albúmina en el período de quince minutos, apareciendo en diferentes proporciones en los siguientes períodos. De un total de 62 enfermos así estudiados sólo en cuatro falló la prueba; uno de ellos tenía albuminuria después de sesenta minutos de reposo y no, en cambio, después de una noche en cama, y en los otros tres porque no se logró el reposo en el período de observación.

Colectomía total en un tiempo para la colitis ulcerosa.—Después de revisar brevemente las indicaciones de la colectomía total en la colitis ulcerosa, junto con los

diferentes métodos hasta ahora preconizados, el autor describe una técnica de colectomía total en un tiempo en presencia de una ileostomía preexistente; la operación se facilita comenzando en la unión rectosigmoidea y movilizándolo el intestino de modo retrógrado, no siendo precisa la peritoneización posterior de los canales paravertebrales. De los 12 enfermos así operados sólo uno murió a los cuatro días de la operación con oliguria y colapso por gran degeneración hepatorenal, y los 11 restantes están completamente bien.

Tratamiento de las adenopatías cervicales tuberculosas con ácido paraaminosalicílico.—Los autores han tratado 51 enfermos con adenopatías cervicales tuberculosas por aspiración del pus e instilación de paraaminosalicilato sódico en los últimos dos años y comparan sus resultados con los obtenidos por otros métodos en los diez años anteriores. Aspiran el absceso directamente con una aguja gruesa, y después de vaciar completamente inyectan 1 c. c. de una solución al 20 por 100 a través de la misma aguja y repiten las aspiraciones e inyecciones a intervalos semanales hasta que el contenido del absceso se hace seroso y no vuelve a formarse pus. Si quedan fistulas inyectan pomadas en su trayecto y si se forman úlceras la aplican diariamente hasta que el tejido de granulación se limpia. Encuentran que se reduce significativamente el área y profundidad de las cicatrices residuales y que más de la mitad de los enfermos tratados quedaron curados con poca o ninguna evidencia en la piel de la lesión original. Se redujo marcadamente el tiempo de curación y los resultados, en general, son más favorables que con otras medidas más activas.

Neumonía lipoidea en el carcinoma del pulmón tratado por radioterapia.—Los autores describen un caso de carcinoma primario del pulmón tratado con éxito por radioterapia y que mostró una consolidación neumónica debida al depósito de grasa (neumonía lipoidea) en las áreas irradiadas. A continuación refieren que otros cuatro casos consecutivos de carcinoma de pulmón que no habían sido irradiados mostraron todas alteraciones similares. Piensan que el depósito de grasa se debe a la degeneración del carcinoma y del parénquima pulmonar adyacente, que se acelera por la radioterapia profunda.

Alteraciones del líquido cefalorraquídeo después de la neumoencefalografía.—El autor ha estudiado la citología y bioquímica del líquido cefalorraquídeo en 62 casos a intervalos desde una hora a diez días después de haber realizado una neumoencefalografía. A las dos y media a tres horas se inició rápidamente una pleocitosis polimorfa que alcanzó su máximo a las ocho-catorce horas y que tardó en normalizarse por lo menos cinco días. El contenido en proteínas del líquido aumentó invariablemente y alcanzó un nivel de 100 mg. por 100 centímetros cúbicos a las tres horas y permaneció con cifras similares durante veintidós-veinticuatro horas. La conclusión práctica de estos hallazgos es que el análisis de un líquido extraído después de la inyección de aire no debe considerarse como el resultado real del enfermo hasta que no hayan pasado por lo menos diez días.

6667 - 9 de junio de 1951

- * Insuficiencia renal. R. Platt.
Enseñanza de los ayudantes en cirugía estética. P. Clarkson.
* Significación de las convulsiones en niños con meningitis purulenta. C. Ounsted.
Observaciones clínicas y de laboratorio en una epidemia de varicela. T. Anderson, M. A. Foulis, N. R. Grist y J. B. Landsman.
Hialuronidasa. G. G. Evans, F. T. Perkins y W. Gaisford.
* Concentración de penicilina en los pulmones. A. G. S. Heathcote y E. Nassau.
Bromuro de tetracetilamonio en la toxemia del embarazo. J. G. Dumoulin.
Torulosis del sistema nervioso central. W. S. Mosberg y J. A. Alvarez-De Choudens.
* ACTH en infusión intravenosa. A. M. Jelliffe, P. B. Stewart y G. E. Beaumont.

Insuficiencia renal.—El autor define como insuficiencia renal un proceso en que la composición bioquímica

del plasma sanguíneo se mantiene todavía, aunque el riñón, según se demuestra por las pruebas de función renal, ha perdido mucho de su fuerza de reserva; la filtración glomerular está disminuida significativamente y no puede producirse ya una orina concentrada. Y como fracaso renal considera un estadio más avanzado, en el que existen ya alteraciones en la composición química del plasma, lo que se aprecia por las determinaciones de urea en sangre, y en este sentido es sinónimo del término antiguo y menos satisfactorio de uremia. Piensa que el fracaso renal no debe señalarse como un proceso en el que está desorganizada y distorsionada la función, sino más bien como un estado en el que un pequeño remanente de tejido renal está trabajando esforzadamente frente a una situación a la que el riñón normal nunca está sometido. El alto contenido del plasma en sustancias como la urea, creatinina y fosfatos asegura su eliminación en cantidades adecuadas. La excreción de sodio y potasio se mantiene por la reabsorción de una proporción pequeña del filtrado y que en el caso del potasio colabora cuando es necesario la secreción tubular. La carga de solutos que exigen su eliminación es tan grande en proporción a la sustancia renal restante, que tal riñón está obligado a trabajar constantemente en una condición de diuresis osmótica; por los estudios fisiológicos se sabe que tal estado es incompatible con la elaboración de una orina de concentración alta. No hay, por lo tanto, necesidad de invocar un hipotético fracaso tubular con el fin de explicar la poliuria de baja densidad que es tan característica de las nefropatías crónicas.

Significación de las convulsiones en niños con meningitis purulenta.—El autor refiere 90 enfermos consecutivos con meningitis purulenta que fueron tratados con la quimioterapia apropiada al germen infectante y que fué el meningococo en 56 casos, el *H. influenzae* en 17, el neumococo en 11, el estreptococo beta hemolítico en dos y en uno el estafilococo dorado, el blanco, la *E. coli* y el *Bact. paracoli*. Encuentra que la meningitis purulenta en los niños pequeños tuvo consigo una mortalidad del 20 por 100 a pesar de la quimioterapia adecuada. Existe una estrecha asociación entre el fracaso del tratamiento y la presentación e intensidad de ataques convulsivos. Los ataques múltiples llevan consigo un pronóstico grave y posiblemente tanto el fracaso del tratamiento como los ataques parten del origen común en una lesión cerebral irreversible. Hay evidencia, sin embargo, de que las convulsiones son por sí mismas perjudiciales; en los enfermos tratados profilácticamente con fenobarbital la reducción en los fracasos terapéuticos fué paralelo al de las convulsiones, lo que sugiere que el anticonvulsivante disminuye los fracasos aumentando la resistencia de estos niños a las convulsiones. Además éstos pueden abocar a un status epilepticus, y este síndrome si no se domina es fatal. Concluye que debe hacerse siempre la profilaxis con fenobarbital, que es seguro y puede conducir a una reducción de la mortalidad; está indicado en el tratamiento rápido e intensivo de las convulsiones ya establecidas. No se ha llegado todavía a la droga de elección, pero son prometedores los resultados con el amobarbital sódico por vía intramuscular. Finalmente declara que cuando no existen convulsiones o se evita su presentación la curación tiene lugar en el 96 por 100 de los casos.

Concentraciones de penicilina en los pulmones.—La penicilina administrada corrientemente no alcanza en el esputo concentraciones eficaces y por esta razón es poco eficaz en la terapéutica de las infecciones pulmonares crónicas. Los autores han ensayado dos derivados de la penicilina, el cloruro y el yoduro de benzilpenicilina dietilaminoéster, que se eliminan por el pulmón en concentraciones muy superiores a la de la penicilina corriente en igualdad de dosis. Con estos dos productos han tratado siete casos de procesos pulmonares supurados, crónicos no tuberculosos, y confirman, en primer lugar, que se eliminan cantidades significativas de penicilina con los esputos; además observan la reducción en el volumen de los esputos y al mismo tiempo una gran mejoría de los enfermos.

ATCH en infusión intravenosa.—Con el fin de reforzar la eficacia de la terapéutica con ACTH, los autores han hecho un ensayo con infusión intravenosa de la hormona durante períodos que oscilaron entre seis horas y varios días. Realizan infusiones de 25 ó 50 mg. de ACTH en 250 ó 500 c. c. de una solución de cloruro sódico al 0,18 por 100, administrados en el plazo de seis a doce horas (generalmente ocho horas) en días alternos. Han visto que se produce un efecto más pronunciado que con una dosis similar por vía intramuscular, y como por vía intravenosa se dan 50 mg. en días alternos y por vía intramuscular 25 mg. cada seis horas, el anterior procedimiento supone una reducción del coste a la cuarta parte. Todos los enfermos demostraron los efectos habituales de la ACTH, incluyendo un descenso de los eosinófilos y aumento inmediato del apetito, peso y sensación de bienestar. Aparte de la presentación de trombosis venosa local, no se vieron efectos desagradables, aunque admiten como posible que si se continúa el tratamiento durante largo tiempo presumiblemente aparecerán las complicaciones de dicha terapéutica.

6668 - 16 de junio de 1951

- El contenido en ácido nucleico de la célula. J. M. Davidson, I. Leslie y J. C. White.
- Hernia de Spiegelio, C. Wakeley y P. Childs.
- * Elección del tratamiento conservador o quirúrgico en la úlcera péptica sangrante. J. Pedersen.
- * Trastornos metabólicos en los traumatismos del cráneo. G. Higgins, W. Lewin, J. R. P. O'Brien y W. H. Taylor.
- Clamps especiales para simplificar la técnica de la gastrectomía. D. L. Stevenson.
- Un síncope emocional. A. D. M. Greenfield.
- Inversión completa del apéndice. T. H. Boon y J. C. Sibley.
- * Etiología de la contractura de Dupuytren, E. G. Herzog.
- Intoxicación fatal por inhalación de tetracloruro de carbono. E. B. Love y A. A. Miller.

Elección de tratamiento conservador o quirúrgico en la úlcera péptica sangrante.—En un trabajo anterior el autor analizaba la mortalidad en los enfermos con úlcera péptica sangrante tratados con medidas conservadoras (régimen de Meulengracht) y, en consecuencia, proponía un criterio quirúrgico en la fase aguda con hematemesis ya en el hospital. Ahora extiende el análisis con el fin de incluir otros factores, además de la hemorragia recidivante, la edad avanzada y la úlcera crónica, que aumentan la mortalidad. En el total de enfermos la mortalidad es mayor en presencia de los siguientes síntomas: perforación, hemorragia que comienza en el hospital, dolor intenso en el hospital, estenosis pilórica y caquexia. La mortalidad no se aumenta simplemente a causa de que el enfermo haya sufrido la operación o que hubiera tenido en el pasado hemorragias manifiestas. La combinación de hematemesis y dolor intenso en el hospital alcanzó una mortalidad del 60 por 100. Propone una modificación de los criterios para la operación, que presupone una buena probabilidad clínica de la úlcera péptica crónica: transfusiones amplias inmediatamente después del ingreso y que no haya contraindicaciones serias para la cirugía. El criterio que él sigue es éste: en el grupo de edad entre cincuenta y setenta años debe hacerse la operación inmediatamente después de la primera hematemesis en el hospital; esto se aplica incondicionalmente en todos los casos en que la hematemesis se acompaña de shock o si el enfermo tiene fuerte dolor en el hospital o estenosis pilórica. La recomendación además en otros casos de hematemesis en el hospital, cuando el diagnóstico de úlcera péptica crónica se señala como seguro o altamente probable. En el grupo de edad entre cuarenta y cincuenta años debe hacerse la operación inmediatamente después de la primera hematemesis sólo si el enfermo tiene varios de los criterios absolutos. En los enfermos menores de cuarenta años debe plantearse la operación sólo en casos excepcionales o después de un tratamiento conservador duradero. Para los enfermos de setenta o más años no debe recomendarse la operación, puesto que los casos estudiados son tan pocos que se saca sólo la conclusión de que la mortalidad es muy alta, tanto en el tratamiento conservador de enfermos operables con hematemesis en el hospital y en las operaciones en

la úlcera péptica en general; si ha de ensayarse la cirugía en este grupo de edad, la operación debe hacerse inmediatamente después de la primera hematemesis en el hospital, como en el grupo de edad de cincuenta a setenta años.

Trastornos metabólicos en los traumatismos del cráneo.—Los autores describen seis casos de traumatismos graves del cráneo en los que se presentó un cuadro de hipercloremia sin eliminación de cloruros por la orina. Los autores sugieren que el mecanismo esencial es la incapacidad del riñón para eliminar los cloruros, y en relación con ello discuten las diferentes posibilidades etiológicas y admiten que la lesión cerebral puede conducir específicamente a dichos trastornos, de igual manera que se ha visto en la experimentación animal y en enfermos después de operaciones sobre el lóbulo frontal, como la leucotomía.

Etiología de la contractura de Dupuytren.—El autor ha tenido ocasión de ver 20 casos de contractura de Dupuytren en un hospital de 150 camas en el plazo de dos años. Como algunos enfermos piden compensaciones, suponiendo que dicho trastorno era consecuencia del trabajo, el autor decidió investigar este problema y encuentra que la mayor parte de los casos se presentan en hombres de más de cuarenta años y que no se ve una diferencia ostensible entre los diferentes grupos de trabajadores y los de profesiones sedentarias. Por esto y por existir datos en la literatura sobre la predisposición hereditaria a dicho trastorno, el autor llegó a la conclusión de que no puede considerarse como un trastorno de origen profesional y no da lugar a la compensación.

6669 - 23 de junio de 1951

- Tratamiento de los psiconeuróticos. W. L. Neustatter.
- * Estreptoquinasa como coadyuvante en el tratamiento de la meningitis tuberculosa. J. Lorber.
- * Asma provocada en el hombre. H. Herxheimer. Hidrocele primario y su tratamiento. D. P. Burkitt. Hepatitis tóxica causada por la diaminodifenilsulfona. D. B. Jelliffe.
- * Erisipeloide de Rosenbach. J. A. MacDougall. Cor pulmonale por embolia pulmonar recidivante. C. P. Petch.
- * Efectos tardíos de las quemaduras por ultravioletas en el hombre. M. L. Thomson. Fístula gastro-yeyuno-cólica. C. C. Holman. Herida por arma de fuego a través de ambos lóbulos frontales con recuperación. J. Slorach. Supervivencia "in vivo" de hematies de conejo después de la congelación. H. A. Sloviter.

Estreptoquinasa como coadyuvante al tratamiento de la meningitis tuberculosa.—El autor ha realizado una investigación detallada con el fin de determinar el valor de la estreptoquinasa intratecal como coadyuvante del tratamiento estrepptomícínico de la meningitis tuberculosa. Para ello toma dos grupos comparables de 12 enfermos cada uno, que trata con o sin estreptoquinasa. Encuentra que la estreptoquinasa no tiene efecto en la reducción del número de bloques producidos durante el tratamiento; en cinco niños del grupo tratado con estreptoquinasa se produjo un bloqueo parcial o completo y nada más que en dos del grupo tratado sólo con estrepptomicina; en tres enfermos del primer grupo se desarrolló un bloqueo en el agujero tentorial o en la cisterna basal, y sólo en uno del segundo grupo. Tampoco se vieron diferencias en la necropsia de los niños fallecidos de ambos grupos. Finalmente, añade que la estreptoquinasa puede producir cefaleas, torpor, somnolencia, vómitos, fiebre y un gran aumento de células en el líquido cefalorraquídeo.

Asma provocada en el hombre.—El autor describe un método de provocar ataques asmáticos por medio de la inhalación de aerosoles de extractos alérgicos y otras sustancias. Añade que el estrechamiento de la luz bronquial y sus efectos sobre la mecánica de la respiración en estos ataques puede demostrarse gráficamente. Puede hacerse desaparecer el ataque en cualquier estadio por la inhalación de isoprenalina. Declara que con este método puede demostrarse la sensibilidad del tracto bronquial a las sustancias asmógenas con mayor certeza

que con las pruebas cutáneas; la sensibilidad puede aumentarse dando grandes dosis y disminuirse con dosis pequeñas. Las reacciones de los diferentes enfermos en el período latente al mismo alérgeno varían con la intensidad y posiblemente en el grado con que el espasmo muscular y el edema y la secreción de las mucosas juegan en su producción. Pueden utilizarse las inhalaciones de aerosoles para disminuir la sensibilidad, y su ventaja principal sobre el método de inyección es que permite observar objetivamente el curso; en algunos casos es imposible la hiposensibilización por no poder eliminarse la influencia de alérgenos exógenos. Por último, cita que el método de inhalación puede utilizarse también para comparar la actividad antiasmática de ciertas drogas.

Erisipeloide de Rosenbach.—De un total de 30 enfermos con dicho proceso el autor ha tratado a 28 con penicilina intramuscular, a la dosis de 200.000-500.000 unidades, una o dos veces al día; los dos enfermos restantes, que se negaron al tratamiento, sirvieron como controles, viéndose que las lesiones se resolvieron espontáneamente en diez y catorce días, respectivamente. De los 28 tratados con penicilina, 20 curaron con un total de 800.000-2.200.000 unidades, administradas en dos-cinco días y medio; recidivaron las lesiones en seis enfermos después de un curso de penicilina que duró dos o tres días, con una dosificación de 200.000 unidades dos veces al día. Deduce que debe continuarse con la penicilina hasta que se produzca la descamación de las lesiones.

Efectos tardíos de las quemaduras por ultravioletas. Se ha demostrado que después de la exposición a la radiación ultravioleta se produce una disminución de la sudoración, que en parte se debe a la oclusión de los conductos sudoríparos en la superficie necrosada de la epidermis y en parte a la reducción de la presión secretora del sudor. El autor refiere un cuadro de colapso en dos hombres, atribuible aparentemente a una radiación ultravioleta previa, y el desarrollo de quemaduras solares en otro. Los dos hombres habían estado aclimatados por catorce días de exposición al calor, trabajando y descansando intermitentemente durante cuatros horas en una cámara climática; entraron en colapso en una cámara caliente al provocarse quemaduras solares en uno y por ultravioletas en otro, a pesar de que habían resistido perfectamente en los días previos el efecto de la temperatura. Dice el autor que pueden provocarse dos tipos de vesículas por la acción de los ultravioletas; el tipo más importante aparece entre dermis y epidermis a las cuarenta y ocho horas, contiene un exudado similar al plasma y debe ser tratado con quemaduras térmicas de segundo grado, y el segundo tipo (sudamina) es superficial, en la córnea, aparece el segundo día, contiene sudor y no requiere tratamiento.

6670 - 30 de junio de 1951

- * Hemofilia en la mujer. M. C. G. Israëls, H. Lempert y E. Gilbertson. Urgencias abdominales por ruptura espontánea de quistes endometriales. T. Dean. Inmunización con vacunas contra el virus A de la influenza. J. C. Appleby, F. Himmelweit y C. H. Stuart-Harris. Miocarditis e hipoplasia aórtica en la aracnodactilia. A. G. W. Whitfield, W. M. Arnott y J. L. Stafford.
- * Preparación de extractos fecales hemopoyéticamente activos. S. T. E. Callender y G. H. Spray.
- * Influencia de la tiroxina sobre la acción desensibilizante de la ACTH y de la cortisona en cobayas infectados con BCG. D. A. Long, A. A. Miles y W. L. M. Perry. Inversión puerperal aguda del útero. C. J. Dewhurst y D. C. A. Bevis. Reducción de la hernia inguinal estrangulada. C. Boesman.

Hemofilia en la mujer.—Señalan los autores que se considera a la hemofilia como limitada exclusivamente a los varones, pero que hay una combinación hereditaria posible que puede dar origen a su presentación en la mujer y que es la de un varón hemofílico y una hembra portadora de hemofilia. Dos investigaciones anteriores sobre 600 y 75 familias, respectivamente, no pudie-

ron descubrir mujeres hemofílicas. La opinión general es de que la mujer hemofílica, si llega a concebirse, muere en el útero. Hay, sin embargo, algunas referencias publicadas de mujeres con diátesis hemorrágica cuyo tiempo de coagulación está prolongado; otros procesos, además de la hemofilia, pueden prolongar el tiempo de coagulación, pero no se han realizado los pasos necesarios para excluir estos procesos en los casos recientemente referidos de enfermedades hemofíloides en mujeres. En la enferma cuyo caso refieren los autores ambos padres procedían de familias hemofílicas, pero no relacionadas entre sí. Las diferentes pruebas realizadas en la sangre dieron los resultados correspondientes a la hemofilia y pudieron excluirse las otras causas posibles de un tiempo prolongado de coagulación, como por ejemplo la fibrinogenopenia, parahemofilia y la presencia de anticoagulantes circulantes. La enferma dió a luz a una niña sana, sin hemorragia excesiva al principio, pero durante el puerperio tuvieron lugar hemorragias importantes que obligaron a una histerectomía, que se realizó con éxito. Los autores creen que estaba justificada la operación, puesto que la velocidad de pérdida de la sangre era tan grande que no podía haberse compensado con transfusiones sanguíneas. Han observado que el resultado favorable de la operación se vió influido por el empleo de suturas no absorbibles, interrumpidas para la vaina del recto, sin las cuales no hubiera curado probablemente la herida, y la evitación de suturas perforantes de la piel, a través de cuyas aperturas podía haber tenido lugar la hemorragia.

Extractos fecales hemopoyéticamente activos.— Los autores hicieron un extracto de las heces de un enfermo con anemia perniciosa no tratada y demostraron que, al inyectarla por vía intramuscular a otro enfermo no tratado del mismo proceso, el extracto provocaba una respuesta hemopoyética. Han repetido el experimento con extractos preparados a partir de heces de una persona normal y de otros dos enfermos con anemia perniciosa no tratados. Los autores llegan a la conclusión, basándose en los efectos de estos extractos y de su acción estimulante del crecimiento de las bacterias, de que tal principio activo es la vitamina B₁₂. Además encuentran que no hay diferencias significativas entre las cantidades eliminadas por ambos tipos de sujetos.

Tiroxina y acción desensibilizante de la ACTH y cortisona en cobayas infectados con BCG.—Refieren los autores que se ha empleado la respuesta a la tu-

berculina intradérmica como una medida de la hipersensibilidad alérgica en los cobayas inyectados con BCG. Han visto que el propiltiouracilo, que por sí sólo no tiene efecto sobre la hipersensibilidad, abole la acción desensibilizante de la ACTH y cortisona. Además observan que la administración de tiroxina durante veintiocho días, en una dosis suficiente para producir una tirototoxicosis leve, provoca un aumento significativo en la hipersensibilidad. Tanto los animales tirotóxicos como los no tirotóxicos se desensibilizan en el mismo grado por la ACTH y cortisona, y como los animales tirotóxicos tienen inicialmente mayor sensibilidad, también es mayor el grado de desensibilización, que puede calcularse en unas nueve veces. En cambio, un tratamiento de veintiocho días con tiroxina a una dosis que no produce signos de tirototoxicosis, no tiene efecto sobre la hipersensibilidad, pero restaura la acción desensibilizante de la ACTH o cortisona en cobayas tratados con propiltiouracilo. Concluyen que la tiroxina es necesaria para que la ACTH y cortisona puedan ejercer su acción desensibilizante.

Cardiología (Basilea).

16 - 4 - 1950

Anomalia congénita unipolar electrocardiográfica del corazón. W. Weissel.
* Mecanismo de la fibrilación ventricular. D. Scherf., L. J. Morgenbesser, E. J. Nightingale y K. T. Schaeffeler. Ulteriores investigaciones con el método separador. Circulación coronaria separato- y electrocardiográfica. P. Wolfer.

Mecanismo de la fibrilación ventricular.—En experimentos en perros, la aplicación típica de cristales de aconitina en la superficie del ventrículo produce la aparición de taquicardia ventricular y flutter ventricular a los pocos minutos. Estas manifestaciones son siempre abolidas por el enfriamiento del área en la que la aconitina ha sido aplicada. En cambio, el enfriamiento no interrumpe ni modifica la fibrilación ventricular que sigue al flutter ventricular. La rápida estimulación de uno de los ventrículos del perro produce descargas repetidas que pueden originarse en el otro ventrículo. Se sugiere que con la rápida formación de estímulos en el centro, desencadenados por la aplicación de aconitina, la actividad de uno o varios centros remotos es debilitada tan pronto como una cierta cifra crítica es alcanzada. La fibrilación ventricular sería la consecuencia directa de esta rápida formación de estímulos.