

# BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

**DIE PSYCHIATRIE DES MORBUS ADDISON.** Insbesondere seiner chronischen Formen. Dr. W. A. STOLL. Editorial G. Thieme Verlag. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 144 páginas con 4 figuras, 18 DM.

El aspecto psíquico de la insuficiencia suprarrenal no ha sido en general muy estudiado y desde luego no en una amplia sistematización como en este tratado. Se ha prestado atención principalmente a la astenia y su repercusión psíquica, la depresión, disminución de vivacidad reactiva y los estados delirantes. Se contienen muchos datos y observaciones interesantes en este estudio monográfico que suscita vivo interés.

## LIBROS RECIBIDOS

"Tabak". K. Pohlisch. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen con 224 páginas, 12 DM.

"Lehrbuch der Inneren Medizin" (tomo I). M. Blogie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 1.048 páginas con 309 figuras, 49,80 DM.

"Lehrbuch der Inneren Medizin" (tomo II). M. Blogie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 1.042 páginas con 290 figuras, 49,80 DM.

## B) REFERATAS

### The American Journal of the Medical Sciences.

225 - 5 - 1953

- \* Significación clínica de los soplos sistólicos apical y aórtico (sin soplos diastólicos) apreciados con el estetoscopio. F. D. White, R. S. Schaaf, T. B. Counihan y B. Hall.
- Naturaleza de la insuficiencia circulatoria en la muerte accidental. H. G. Swann, R. Anigstein y C. C. Clark.
- Salicilato sódico en la fiebre reumática; efecto de la medicación coadyuvante. L. L. Henderson.
- Asociación de riñones poliquísticos con aneurismas intracraneales y otros trastornos relacionados. N. H. Bigelow.
- Efecto anticoagulante de la fenilindandionina en las enfermedades tromboembólicas. K. W. G. Brown y R. L. Mac Millan.
- Gastritis atrófica crónica: Sintomatología predominante. E. D. Palmer.
- Hipertensión arterial en indios de Estados Unidos del Sudoeste. B. M. Cohen.
- Variantes de la "hemoglobinuria de las marchas". B. H. Chaiken, E. J. Whalen, N. Learner y N. J. Silverman.
- Antagonismo y adición de combinaciones de aureomicina y penicilina en el tratamiento de infecciones neumocócicas en el ratón. G. G. Jackson, M. H. Lepper, J. Seto y H. F. Dowling.
- Valor de la dihidroestreptomicina en la preparación preoperatoria del intestino. M. I. Riddell, H. S. Morton y E. G. D. Murray.
- Empleo de cloromicetina en el tratamiento de portadores de salmonellas en una institución estatal. I. A. LaCore y J. H. Conlin.
- Efectos metabólicos, toxicidad y excreción del calcio N-ciclohexilsulfamato (sucaryl) en el hombre. J. A. Schenberger, D. M. Pax, A. Sakamoto, J. D. Taylor y R. M. Mark.
- \* Empleo intravenoso de una combinación de paraaminosalicilato sódico y polivinil pirrolidina en la quimioterapia de la tuberculosis. W. Weiss, M. Seven y G. M. Eisenberg.

**Soplos cardíacos sistólicos apicales y aórticos.**—Los autores han realizado el estudio a la larga de 1.212 enfermos cardiovasculares con soplos sistólicos ligeros o moderados y los comparan con otros 187 en los que los soplos eran rudos o muy rudos y con 200 enfermos sin soplo; ninguno de los enfermos tenía soplos diastólicos y los sistólicos tenían su máxima auscultación en el apex o en foco aórtico. Había un número ligeramente mayor de enfermos con soplos ligeros o moderados que de enfermos sin soplo; la proporción de aquéllos a los que exhibían soplos muy marcados era de 6,5 : 1; la proporción de hombres a mujeres (3 : 2) y la incidencia

de edad (la mayor parte con más de cincuenta años) era la misma para los tres grupos. Los enfermos con cardiopatía coronaria, o hipertensiva o ambas, superaban a los de otros tipos de cardiopatía en los tres grupos; sin embargo, había un gran predominio de la cardiopatía reumática, que se observó en el 27 por 100 de los enfermos con soplos fuertes, y en sólo el 3 por 100 con soplos leves y en ninguno de los que no tenían soplo. El soplo sistólico tenía su auscultación máxima en el foco aórtico en la quinta parte de los enfermos con soplo, pero en el 26 por 100 de los que eran leves había poca diferencia entre las intensidades aórtica y apical. La supervivencia es más breve en los sujetos con soplo rudo, pero un 8 por 100 de éstos viven todavía al cabo de quince años de haberse percibido los soplos. La relación de la intensidad de los soplos con la mortalidad se caracterizaba por otros tres hallazgos importantes: la mortalidad en los hombres fué mayor que en las mujeres en los tres grupos. La cardiopatía coronaria o hipertensiva preexistente era mucho más grave que la reumática; la edad juvenil era probablemente un factor en algunos de los casos reumáticos. No se vió evidencia de que los soplos sistólicos aórticos sin diastólicos tengan un pronóstico más desfavorable "per se" que los soplos sistólicos apicales. Uno de los hallazgos más impresionante fué que el aumento de tamaño del corazón, moderado o grande, predisponía a la muerte precoz en todos los enfermos; éste era el factor más importante de todos en los tres grupos, incluso que la rudeza del propio soplo. Algunos soplos revelan la presencia de defectos valvulares de sobrecarga, pero tales defectos varían grandemente en importancia así como también la capacidad de los enfermos para resistir tal sobrecarga.

**Salicilato sódico en la fiebre reumática.**—Señala el autor que el salicilato sódico en dosis masivas disminuye la reserva alcalina del plasma. El bicarbonato sódico reduce la salicilemia y normaliza la reserva alcalina. El trisilicato magnésico y el gel de hidróxido aluminico son tan eficaces como el bicarbonato sódico para mejorar las molestias gástricas producidas por el salicilato, pero no descinden la salicilemia ni aumentan la reserva alcalina. Añade que las dosis masivas de salicilato rara vez ocasionan efectos perjudiciales, aunque causan un desconfort considerable. Termina diciendo que contán-

dose actualmente con ACTH y cortisona no está justificado dar mayor cantidad de salicilato que la necesaria para mejorar las molestias reumáticas, mientras no haya pruebas de que los salicilatos actúan directamente sobre procesos reumáticos.

**Asociación de riñones poliquísticos con aneurismas intracraneales.**—El autor ha podido recoger de la literatura 32 casos de asociación de estas dos anomalías congénitas; su incidencia sugiere que no se trata simplemente de una coincidencia. Aporta tres casos personales: en el primero, la muerte se debió a una hemorragia a partir de un aneurisma intracraneal, encontrándose en la autopsia la alteración renal; en el segundo, la muerte fué la consecuencia de la uremia, descubriéndose un aneurisma intracraneal en la sección que había permanecido asintomático; el tercero, que falleció como consecuencia de un carcinoma broncogénico, mostró en la autopsia dos pequeños aneurismas intracraneales y riñones poliquísticos. Sugiere el autor que la enfermedad poliquística de los riñones representa una fase de un trastorno congénito diseminado quizás análogo a la esclerosis tuberosa, o neurofibromatosis, de Von Recklinghausen.

**Efecto anticoagulante de la fenilindanediona en las enfermedades tromboembólicas.**—Refieren los autores la experiencia sobre el empleo de la fenilindanediona en 143 enfermos con procesos tromboembólicos. Se alcanzó en la mayor parte de los casos una depresión satisfactoria de la protrombina en el plazo de cuarenta y ocho horas y al suspender la droga dicha modificación desaparecía en dos días. En sus casos el mantenimiento del tiempo de protrombina a niveles terapéuticos no fué tan satisfactorio como con ciclocumarol o dicumarol, lo que quizás se debiera a dosificación inadecuada. En dichos enfermos no apreciaron hemorragias, pero en dos casos privados se produjo la hemorragia en incisiones operatorias. La vitamina K, y el óxido de K, son antídotos eficaces, restaurando los niveles de protrombina en el plazo de cuatro a cinco horas.

**Variantes de la hemoglobinuria de las marchas.**—Los autores describen dos casos que presentaban variaciones respecto al cuadro clínico habitual de dicho síndrome. El primer enfermo desarrollaba el síndrome sólo después de ejercicios en posición horizontal, indicando así que el ejercicio en posición erecta con lordosis lumbar no es un rasgo esencial del síndrome. El segundo enfermo tenía una hematuria significativa, así como también hemoglobinuria después de las marchas; pudo calcularse que la cantidad total de sangre hemolizada era de 65 c. c., empleando un método de hierro radioactivo. Se produjo la remisión completa en un caso, a los siete meses de observación, inmediatamente después de la administración de ACTH. No se atreven a sacar conclusiones sobre la eficacia de esta hormona por tratarse de un caso aislado de una enfermedad en la que puede ocurrir una recuperación espontánea después de períodos de tiempo similares.

**Empleo intravenoso de para-aminosalicilato sódico con polivinil pirrolidina en tuberculosis.**—Los autores han comparado el empleo intravenoso de un preparado de PAS sódico al 25 por 100 en polivinil pirrolidina al 25 por 100 con el de PAS sódico solo al 25 por 100. La PVP no interfiere con la eficacia tuberculostática del PAS "in vitro". Actúa manteniendo concentraciones sanguíneas de PAS más altas y prolongadas y no impide que esta droga pase en cantidades adecuadas al líquido cefalorraquídeo. Han utilizado terapéuticamente la asociación PAS-PVP durante períodos hasta de una semana sin apreciar toxicidad significativa; esta preparación tiene la ventaja de que puede inyectarse y de que se necesitan cantidades menores de PAS para conseguir concentraciones altas de la droga en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo.

## Annals of Internal Medicine.

38 - 5 - 1953

- \* Empleo de ACTH y cortisona en el tratamiento y diagnóstico diferencial del exoftalmos maligno: Comunicación previa. L. W. Kinsell, J. W. Partridge y N. F. Reman.
- El síndrome de hiperventilación. B. I. Lewis.
- Remisión de síntomas alérgicos intratables por infecciones agudas intercurrentes. J. H. Fries y S. Borne.
- Potasio del suero en la anuria y oliguria. J. Hopper, Jr., B. P. O'Connell y H. L. R. Fluss.
- Valoración a largo plazo de la aureomicina en el tratamiento de la actinomicosis. L. V. McVay, Jr. y D. H. Sprunt.
- Quistes bronquiales del desarrollo. S. G. Baxter y J. F. Meakins.
- Insuficiencia mitral pura de origen reumático en adultos. E. R. Movitt y B. Gerstl.
- Experiencias en el diagnóstico y terapéutica antibiótica de la amebiasis: Un análisis de 50 casos. N. J. Weiser, E. Spiotta y P. Ekman.
- Determinación de la sensibilidad a los antibióticos en un hospital general. A. J. Weil y L. Harris.
- Mieloma de células plasmáticas. G. C. Meacham.
- Gran aneurisma en la fosa craneal anterior: Extirpación con éxito y curación. L. Odessky y D. E. Fader.
- Presentación de mononucleosis infecciosa y sífilis en el mismo individuo. C. J. D. Zarafonetis.
- \* Empleo de ACTH en la mononucleosis infecciosa. J. K. Doran y A. S. Weisberger.
- Tiroditis aguda tratada con cortisona. S. Lloyd Teitelman y E. S. Rosenblum.
- Tratamiento de la hemocromatosis idiopática por flebotomías repetidas. T. A. Warthin, E. W. Peterson y J. H. Barr, Jr.
- Feocromocitomas extraadrenales con prueba del F 933 negativa falsa. D. F. Gibbs y N. MacLean.
- Editorial. Reportaje del Comité sobre cateterización cardíaca y angiografía.

**ACTH y cortisona en el tratamiento y diagnóstico diferencial del exoftalmos maligno.**—Sobre la base de la observación durante unos dos años de un pequeño grupo de enfermos, los autores deducen que la administración general de ACTH y de cortisona e hidrocortisona general y local se modifica favorablemente el exoftalmos tirotrópico. Este efecto se produciría por un doble modo de acción: por un lado, a base de la lisis del tejido anormal depositado en el interior de los músculos extraoculares y por detrás del ojo, y por otro, sobre la base de la inhibición de la producción de tirotropina. Añaden que la experiencia realizada en un enfermo les permite afirmar que esta terapéutica tiene también valor para el diagnóstico diferencial entre el exoftalmos tirotrópico y el consecutivo a un tumor retrobulbar.

**Potasio del suero en la anuria y oliguria.**—El material de este estudio comprende 15 enfermos con oliguria, debida en la mayoría a una necrosis tubular aguda y a causa de que las concentraciones de potasio en el suero fueron seguidas durante el curso clínico de la oliguria. Se produjo la muerte en nueve enfermos; las concentraciones de potasio no estaban elevadas en cuatro de ellos, por lo que no podía implicárselas en su producción; sólo ligeramente elevadas en dos y moderadamente altas en los tres restantes. Las concentraciones de otros electrolitos y catabolitos y los volúmenes de líquidos fueron a menudo anormales, alteraciones que causaron o contribuyeron a la muerte de los nueve enfermos; no fué posible relacionar el efecto del potasio con la concentración alterada de sodio en sus casos. En uno de los seis supervivientes, la cifra del potasio del suero (9,1 mEq. por litro) era la segunda concentración más alta encontrada en los 15 enfermos; los signos electrocardiográficos de toxicidad por el potasio desaparecieron durante la administración de digital, aunque la concentración de potasio en el suero estaba en 8,8 mEq. por litro; esta experiencia apoya las observaciones de que la digital y el potasio tienen efectos opuestos sobre el corazón y sugiere que en algunos casos los efectos tóxicos de la hiperkalemia sobre el corazón pueden hacerse desaparecer con la digital. El hecho de que los enfermos oligúricos o anúricos requieren una digitalización completa y fuertes dosis de mantenimiento y que los signos de toxicidad digitalica son raros en los enfermos así tratados, sugieren que la tolerancia a la digital

en tales casos está influenciada por el efecto opuesto del potasio. Así como algunos enfermos con necrosis tubular aguda pueden tratarse por procedimientos médicos conservadores, la presentación de una hipercalemia excesiva requiere el empleo de medidas más drásticas, tales como la vividiálisis o las resinas de recambio. Concluyen diciendo que como el electrocardiograma no refleja siempre exactamente las concentraciones del potasio en el suero, el tratamiento de los enfermos oligúricos debe realizarse solamente en hospitales donde haya facilidades para la determinación seriada del potasio.

**Aureomicina en la actinomicosis.**—Los autores refieren el tratamiento con aureomicina de siete enfermos con actinomicosis, seis con localización cérvico-facial y uno con actinomicosis hepática y absceso hepático por *A. bovis* y *B. funduliformis*. Se administró la aureomicina en dosis de 750 mg. por vía oral, cada seis horas, durante diez días, y después 500 mg., cada seis horas, durante dieciocho horas, demostrando su eficacia en la actinomicosis cérvico-facial. No se vieron recidivas, en cuatro enfermos, con periodos de observación de 36, 33, 32 y 25 meses, respectivamente. El enfermo con actinomicosis hepática está totalmente asintomático a los treinta meses del tratamiento con aureomicina. No sacan conclusiones todavía, pues para establecer definitivamente la curación de la actinomicosis se precisa la observación durante cinco años; pero consideran que la aureomicina, además de su efecto inhibitorio sobre el *A. bovis* "in vitro", ha demostrado ser un agente eficaz en la actinomicosis clínica.

**Insuficiencia mitral pura de origen reumático.**—Los autores han encontrado en la autopsia de 44 enfermos fallecidos por cardiopatía cinco casos de insuficiencia pura y aislada de la válvula mitral sin deformidad de ninguna otra válvula, pericarditis, hipertensión, cardiopatía coronaria, sífilis y sólo en un enfermo una endocarditis bacteriana. En cuatro de los cinco enfermos la muerte se produjo porque la insuficiencia mitral originó una insuficiencia cardíaca congestiva irreversible; en ninguno de ellos había evidencia clínica o anatomo-patológica de un proceso reumático activo. Subrayan que en la literatura actual se considera como muy rara la muerte en insuficiencia cardíaca por insuficiencia mitral pura. Los cuatro enfermos mostraban un soplo sistólico fuerte y áspero en región precordial con máxima intensidad en la punta e irradiándose a la axila, base del pulmón y a lo largo de la columna hasta el sacro. Creen los autores que, incluso en ausencia de una historia de fiebre reumática, un soplo de este tipo, con o sin thrill, en combinación con dilatación de aurícula y ventrículo izquierdos, constituyen en los adultos un signo patognomónico de insuficiencia mitral orgánica. En sus cuatro casos no observaron esclerosis del sistema vascular pulmonar.

**Diagnóstico y terapéutica antibiótica de la amebiasis.**—Los autores han hecho el diagnóstico de amebiasis del colon o del hígado en 50 casos por sigmoidoscopia, por examen del moco obtenido directamente de la mucosa o por examen de las heces; a su juicio, la sigmoidoscopia con estudio inmediato del moco es el método diagnóstico más práctico y más fácil y productivo que los exámenes de las heces tras purgante. Los resultados negativos de la sigmoidoscopia y del examen del aspirado de la mucosa son los criterios esenciales de curación, ya que criterios menos rigidos han ocasionado comunicaciones entusiastas y contradictorias en cuanto a la eficacia de los antibióticos. De 40 enfermos con amebiasis intestinal, trataron 27 con terramicina y 13 con aureomicina; se encontraron todavía amebas en 17 casos después de un curso de terramicina y 13 después del segundo; las muestras de cuatro de estos últimos se hicieron negativas después de siete días de tratamiento con terramicina y emetina. Fracasó la terapéutica en cinco de 13 enfermos tratados con aureomicina. Señalan que el empleo de antibióticos en la amebiasis intestinal fué no sólo desfavorable en cuanto a la curación, sino

también por el desarrollo de efectos desfavorables graves con el tratamiento prolongado. Los resultados con los antibióticos no fueron mejores que los previamente referidos con drogas potencialmente menos tóxicas. Fueron variables los resultados con cloroquina y emetina en la forma hepática de la enfermedad. La reinfección por amebiasis intestinal no controlada puede dar un falso cuadro sobre la eficacia de estas drogas.

**ACTH en la mononucleosis infecciosa.**—Los autores pudieron observar una rápida mejoría que coincidió con el empleo de ACTH en un enfermo con mononucleosis infecciosa grave. No se atrevan a sacar conclusiones, pero creen que debe ampliarse la experiencia en estos casos graves, ya que en los leves o no complicados no hay indicación para su empleo.

**Flebotomias repetidas en la hemocromatosis.**—Presentan los autores un caso de hemocromatosis idiopática tratado con sangrias repetidas durante un periodo de tres años. Como consecuencia de esta terapéutica se apreció una mejoría notable en el curso de la enfermedad. Subrayan que el diagnóstico precoz y la terapéutica con sangrias consigue alterar el pronóstico, hasta ahora grave, de la enfermedad.

### The Journal of the American Medical Association.

152 - 1 - 2 de mayo de 1953

- \* Tratamiento de la pancreatitis aguda. J. E. Berk.
- \* Efectos del alcohol etílico sobre el flujo sanguíneo y metabolismo del cerebro. L. L. Battey, A. Heyman y J. L. Patterson, Jr.
- Tratamiento domiciliario de las infecciones por estreptococo betahemolítico. B. B. Breese.
- \* Puebas hepáticas y hallazgos clínicos en el cáncer primario del hígado. N. J. Galuzzi, W. Weingarten, F. D. Regan y A. A. Doerner.
- Uso y abuso de la laringoscopia directa. M. C. Myerson.
- Afecciones del nervio facial. F. D. Lathrop.
- Dolor local por la inyección intramuscular del complejo estreptomicina cloruro cálcico. W. Long, W. Weiss y S. C. Stein.
- Fracturas de esfuerzo de las costillas en embarazos sucesivos. K. Marsh.
- Agranulocitosis y hepatitis tóxica por metimazol. H. Rosenbaum y W. S. Reveno.
- Reacción cutánea alérgica al clorhidrato de procainamida. A. Koffler.
- Perforación de una úlcera péptica consecutiva a la administración de fenilbutazona. W. E. Shields, N. E. Adamson, Jr. y J. B. MacGregor.
- \* Ulceras gástricas múltiples presentadas durante la terapéutica con fenilbutazona. E. C. Raffensperger.
- \* Ulcera gástrica con hemorragia masiva consecutiva al empleo de fenilbutazona. P. Krainin.
- Agranulocitosis consecutiva a la terapéutica con fenilbutazona (butazolidina). C. L. Steinberg, M. G. Bohrod y A. I. Brodenburg.
- Paraplejia como complicación de la gota. Y. D. Koskoff, L. E. Morris y L. G. Lubin.
- Hepatitis tóxica presentada en un enfermo tratado con isoniazida. H. Randolph y S. Joseph.
- \* Hemoptisis fatal por fistula arteriovenosa pulmonar en un enfermo con telangiectasia hemorrágica hereditaria. H. L. Israel y E. Gosfield, Jr.
- Nódulos de los ordeñadores.

**Efectos del alcohol etílico sobre el flujo sanguíneo y metabolismo del cerebro.**—Los autores han medido el flujo sanguíneo, metabolismo y resistencia vascular del cerebro en 15 sujetos antes y durante la administración intravenosa de alcohol etílico y en 12 enfermos durante y después de una intoxicación alcohólica intensa auto-provocada. La administración de alcohol etílico en dosis suficientes para producir vasodilatación facial y alteraciones mentales de la embriaguez ligera no produjo cambios en el flujo sanguíneo, metabolismo o resistencia vascular del cerebro. Durante la intoxicación alcohólica aguda se vió un pronunciado aumento del flujo sanguíneo cerebral medio, una reducción igualmente significativa en el consumo de oxígeno y una reducción de la resistencia vascular cerebral en comparación con los valores obtenidos después de la recuperación. Concentraciones bajas de alcohol en sangre (68 mg. por

100 c. c.) tienen poco o ningún efecto sobre la circulación cerebral, mientras que las altas (320 mg. por 100 c. c.) producen una depresión pronunciada del consumo de oxígeno a pesar del aumento en el flujo sanguíneo. Concluyen que no hay base racional para el empleo del alcohol etílico como vasodilatador en enfermos cerebro-vasculares.

**Cáncer primario del hígado.**—Los autores han analizado, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio, 19 casos de cáncer primario del hígado. Los síntomas fundamentales fueron dolor en el cuadrante superior derecho, anorexia y pérdida de peso. Los hallazgos físicos más significativos fueron ascitis, ictericia y hepatomegalia. Las pruebas hepáticas eran indicativas de una lesión hepatocelular crónica y activa, pero no aclaraban nada sobre la causa de la lesión. En conjunto el diagnóstico debe hacerse clínicamente, valorando cuidadosamente los síntomas, signos, resultados de las rutas de laboratorio y el curso del proceso.

**Ulceras gástricas múltiples presentadas durante la terapéutica con fenilbutazona.**—Subraya el autor que en este caso había varios aspectos que sugerían la intervención de la fenilbutazona en la formación de las úlceras: 1) La presentación de los síntomas durante e inmediatamente después de administrar la droga. 2) La localización de las úlceras en el tercio superior del estómago. 3) Multiplicidad de las úlceras. 4) Intenso edema de los pliegues; y 5) Rápida curación de las úlceras y la desaparición del edema con la terapéutica antiulcerosa, aunque este último factor no sea tan demostrativo como los anteriores.

**Úlcera gástrica con hemorragia masiva consecutiva al empleo de fenilbutazona.**—El autor refiere un caso de úlcera gástrica con hemorragia masiva consecutiva a la terapéutica con butazolidina, en el que no había historia previa de úlcera péptica. Se demostró radiológicamente la úlcera gástrica y su curación ulterior. Considera contraindicado el empleo de fenilbutazona en casos conocidos de úlcera péptica por la posibilidad de reactivación y hemorragia masiva y además subraya que es real la posibilidad de que provoque la formación de úlceras.

**Paraplejia como complicación de la gota.**—Se trataba de un enfermo típico de gota, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio, que había desarrollado un cuadro de paraplejia. Después de realizarle un mielograma que revelaba un bloqueo completo a nivel de la 11.<sup>a</sup> vértebra dorsal, el enfermo fué intervenido encontrándose una masa de material blanco friable, que ocupaba el canal y desplazaba la médula dorsolateralmente, extendiéndose desde el borde superior de la 9.<sup>a</sup> vértebra dorsal a la mitad del cuerpo de la 11.<sup>a</sup>. El examen microscópico y químico del material demostró que se trataba de cristales de urato sódico. La función de los miembros afectos se normalizó lentamente.

**Hemoptisis fatal por fistula arteriovenosa.**—Describen los autores un caso de telangiectasia hemorrágica hereditaria en una enferma que llevaba veintitrés años en tratamiento por epistaxis. A los cuarenta y un años de edad se presentaron hemoptisis y el examen radiológico del tórax reveló una masa nodular indicativa de una fistula arteriovenosa. La enferma rechazó la operación por la parquedad de los síntomas atribuibles a la lesión pulmonar; pero un año después, de repente, se produjo una hemoptisis fatal. Este es el segundo caso referido de hemoptisis fatal en un enfermo con fistula arteriovenosa pulmonar, y demuestra: 1) La necesidad del examen radiológico del tórax de todos los enfermos de telangiectasia hemorrágica hereditaria. 2) El valor de las pruebas de función cardiopulmonar para confirmar el diagnóstico de fistula arteriovenosa pulmonar. 3) El peligro de hemoptisis fatal por esta malformación; y 4) La necesidad de su tratamiento quirúrgico.

151 - 2 - 9 de mayo de 1953

- Algunos efectos de la hospitalización sobre el estado clínico de los enfermos. J. W. Higgins y S. M. Kaplan.
- Anafilaxis por penicilina, reacciones no fatales y fatales. S. M. Feinberg, A. R. Feinberg y C. F. Moran.
- Cortisona en el tratamiento de la artritis reumatoide. L. E. Kard, H. F. Polley, C. H. Slocumb y P. S. Hench.
- Fractura-dislocación obstétrica de la pelvis. M. R. Urist.
- Tratamiento de la blastomicosis con estilbamidina. H. P. riser, E. D. Levy y A. J. Rawson.
- Subluxación no traumática de la articulación atlanto-axoidea. F. Setein, H. Bloch y A. Kenin.
- Apoplejía suprarrenal bilateral idiopática espontánea asociada con hipertensión. R. C. Greene.
- Estrechez yeyunal por ingestión de amoniaco. J. L. Chasin y L. R. Slattery.
- Tratamiento simplificado de las laceraciones del recto. R. Turell.
- Terapéutica con ACTH en el síndrome de Guillain-Barré. J. A. Newey y R. I. Lubin.
- Síndrome de Guillain-Barré tratado con ACTH. A. Blood, W. Locke y R. Carabasi.
- Ictericia obstructiva causada por úlcera duodenal. J. H. Heiman.

**Cortisona en la artritis reumatoide.**—Señalan los autores que corrientemente se utilizan tres tipos distintos de tratamiento en los enfermos de artritis reumatoide: 1) Conservador, con medidas generales como terapéuticas físicas, salicilatos, reposo y otras medidas de sosténimiento. 2) Cortisona, además de las medidas conservadoras; y 3) Estas mismas medidas con crisoterapia. La cortisona está indicada y es útil para algunos enfermos, pero no para todos. Algunos enfermos responden adecuadamente al tratamiento conservador y no requieren cortisona; otros tienen contraindicaciones definidas para el empleo de cortisona; aún hay otros que exigen para un efecto antirreumático satisfactorio, dosis mayores de las que pueden tolerar con seguridad, bien por la intensidad de la enfermedad o bien por poca tolerancia a la cortisona. En general, debe ensayarse primero el tratamiento conservador, pero si su aplicación cuidadosa durante un período razonable no controla suficientemente las manifestaciones activas, entonces está justificado el empleo de cortisona, siempre que los beneficios que se esperen superen a los riesgos y gastos de su administración; corrientemente, reservan la crisoterapia para los enfermos que necesitan más que el tratamiento conservador y no son adecuados para el tratamiento con cortisona. La cortisona puede darse oral o intramuscular, en forma prolongada o interrumpida. Para la mayor parte de los enfermos, la administración oral es más práctica que la intramuscular y la prolongada da una respuesta antirreumática más eficaz y mantenida que la interrumpida. Debe dividirse en tres o cuatro partes la dosis diaria de cortisona y darla cada seis a ocho horas; hay que individualizar las dosis y regularlas constantemente de acuerdo con las necesidades y tolerancia del enfermo. Hay que evitar el hipercortisonismo, incluso aunque la mejoría subsiguiente sea algo inferior; si aparece el hipercortisonismo con estas dosis relativamente pequeñas, lo hace gradualmente, por lo que puede reconocerse precozmente; rara vez presenta un carácter urgente y es reversible al reducir la dosis. También son esenciales otras medidas como la supervisión clínica del enfermo, continuación de las medidas suplementarias y, en especiales circunstancias, la continuación o aumento de la dosis de cortisona durante los períodos de stress. Han observado durante períodos prolongados a 65 enfermos tratados con cortisona, continuadamente durante 8 a 24 meses a 46 de ellos; en 44 de estos 46 se mantuvo una mejoría moderada o grande de manifestaciones reumáticas activas con una pequeña incidencia de hipercortisonismo; en los otros dos enfermos, la mejoría sólo fué ligera. En los 19 enfermos restantes se suspendió o administró intermitentemente la cortisona.

**Estilbamidina en la blastomicosis.**—Los autores han tratado a un enfermo con lesiones generales y cutáneas de blastomicosis mediante la administración intravenosa diaria de estilbamidina durante veintinueve días, con lo que se consiguió la desaparición de las lesiones. Este tratamiento se realizó después de un período de obser-

vación de cuatro años, en el que se ensayaron todas las terapéuticas habituales, no viéndose efecto beneficioso alguno, sino que, por el contrario, aumentó la tos y la afectación pulmonar y recidivaron periódicamente las lesiones cutáneas. No se vieron reacciones tóxicas a la estilbamidina y el enfermo realizó sus ocupaciones normales sin presentarse recidiva durante un periodo de observación de trece meses después del tratamiento.

**ACTH en el síndrome de Guillain-Barré.** — Refieren los autores un caso de síndrome de Guillain-Barré tratado con ACTH intravenosa. Se vió una mejoría dramática en la sintomatología y rápida normalización de los hallazgos neurológicos; las anomalías del líquido cefalorraquídeo mejoraron también, pero más lentamente. Después de un periodo de diez semanas en el que el enfermo estaba completamente asintomático, se presentó una recidiva que respondió de igual modo a la ACTH.

**Síndrome de Guillain-Barré tratado con ACTH.** — Los autores describen un caso de síndrome de Guillain-Barré que respondió brillantemente a la administración intravenosa de ACTH. Se presentó la recidiva al suspender la medicación y nuevamente se produjo la mejoría con un segundo curso de la hormona.

152 - 3 - 16 de mayo de 1953

- \* Pronóstico del hipertiroidismo tratado con antitiroideos. D. H. Solomon, J. C. Beck, W. P. Vanderlaan y E. B. Astwood.
- \* Infección fatal por hongos complicando la terapéutica con antibióticos. C. Brown, Jr.; S. Propp, C. M. Guest, R. T. Beebe y L. Early.
- \* Infusión de sangre intraarterial e intravenosa en el shock hemorrágico. R. B. Case, S. J. Sarnoff, P. E. Waithe y L. C. Sarnoff.
- Importancia de la fase de presión negativa en los respiradores mecánicos. J. V. Maloney, Jr.; J. O. Elam, S. W. Handford, G. A. Balla, D. W. Eastwood, E. S. Brown y R. H. Ten Pas.
- Resucitación del recién nacido asfixiado. J. L. Beattie y M. H. Zwerling.
- \* Triquinosis con disfunción hepática, hipoalbuminuria y aglutininas tíficas. S. D. Kushlan.
- Ileo por meconio. W. F. Montgomery.
- \* Presunta infusión de líquido amniótico con hemorragia postpartum resultante debida a afibrinogenemia. D. E. Reid, A. E. Weiner y C. C. Roby.
- Apoplejía suprarrenal presentada durante la terapéutica con ACTH de una colitis ulcerosa. D. A. W. Wilson y D. Roth.
- Descompresión postoperatoria del estómago y yeyuno por gastrostomía. R. K. Gilchrist.
- ACTH en el tratamiento de la agranulocitosis consecutiva a la terapéutica con sulfisoxasol. H. B. McCluskey.
- Decorticación del corazón. H. L. Skinner y K. F. Farr.
- Tratamiento de la intoxicación por veneno de serpiente con cortisona y ACTH. W. W. Hoback y T. W. Green.
- Hemangiosarcoma primario del bazo diagnosticado por biopsia por punción. M. Wachstein.
- Psiquiatría en la industria.
- Triquinosis.

**Pronóstico del hipertiroidismo tratado con antitiroideos.** — Refieren los autores que de 101 enfermos hipertiroides observados cuatro años después de la conclusión de un curso de terapéutica con antitiroideos, el 23,7 por 100 había recidivado a los tres meses, el 20,8 por 100 entre 24 y 48 meses y el 55,5 por 100 continuaba eutiroideo. El segundo y tercer cursos de tratamiento proporcionó un menor número de remisiones que el primero, pero en conjunto el número total de personas con remisión prolongada ascendió al 70,3 por 100. La frecuencia de las recidivas disminuía gradualmente conforme aumentaba la duración de la remisión. De las diferentes características clínicas analizadas en este estudio, en cuanto a su efecto sobre la probabilidad de una remisión prolongada, se encontró sólo que la disminución en el tamaño del bocio durante el tratamiento mejoraba significativamente el resultado final; el análisis de los datos procedentes de otras clínicas lleva a la conclusión de que el hipertiroidismo primario y un pequeño bocio difuso favorecen también la producción de una remisión prolongada. El tiroides era de tamaño normal a los cuatro años de la conclusión de tratamiento en el 75,5 por

100 de los enfermos en remisión en dicho momento. Señalan también que la hiperplasia del tiroides desaparece cuando se ha provocado una remisión prolongada del hipertiroidismo mediante el tratamiento con una droga antitiroidea.

**Infecciones fatales por hongos complicando la terapéutica con antibióticos.** — Describen los autores cinco casos que después de haber sido tratados con varios antibióticos de amplio aspecto bacteriano presentaron una infección fatal por monilias, que pudieron ser aisladas en vida de la sangre y esputos y en la autopsia de los abscesos en el cerebro, miocardio, riñones y pulmones. Subrayan la importancia de no administrar tales antibióticos más que cuando están perfectamente indicados y de tener presente dicha complicación en los tratamientos prolongados.

**Infusión de sangre intraarterial e intravenosa en el shock hemorrágico.** — Declaran los autores haber realizado experiencias en perros con hipotensión hemorrágica controlada, administrando infusions rápidas intraarteriales e intravenosas de sangre y dextran, alternativamente en iguales cantidades y a ritmos similares. Encuentran que la vía intraarterial no eleva el flujo coronario o la presión arterial más rápida o eficazmente que la vía venosa; igualmente, la vía de la infusión no cambió el efecto sobre la presión auricular derecha o izquierda o de la arteria pulmonar. Estos hallazgos se observaron en el perro con hipotensión hemorrágica aguda, en el perro con hipotensión hemorrágica prolongada, en el perro no responsable a la sustitución de sangre y en el perro a punto de morir. Uno de estos últimos recibió una infusión intraarterial rápida de toda su sangre perdida, lo que no consiguió mejorar su estado; pero cinco minutos y cuarenta y cinco segundos después se le inyectaron 455 c. c. de sangre a través de su coronaria izquierda, lo que se siguió rápidamente de una respuesta terapéutica mantenida. Sugieren que, aunque el flujo coronario insuficiente puede ser un importante factor complicativo del shock oligoémico intenso, la infusión intraarterial no es más eficaz que la intravenosa en la corrección de dicha insuficiencia.

**Triquinosis con disfunción hepática, hipoalbuminemia y aglutininas tíficas.** — El autor presenta un caso cuidadosamente estudiado de triquinosis, demostrada por biopsia muscular. Había evidencia de una amplia diseminación de la enfermedad con afectación de los pulmones, corazón e hígado, además de los músculos esqueléticos, ojos y tracto gastrointestinal. Desde el punto de vista de datos de laboratorio, al lado de los rasgos típicos de la enfermedad, en este caso se dieron unas aglutinaciones a la fiebre tifoidea fuertemente positivas y unas pruebas de función hepática profundamente anormales. Subraya que la triquinosis es una enfermedad muy corriente y grave, que debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de algunas enfermedades, y que a su juicio debe sustituir a la sifilis en su capacidad de producir todos los cuadros. Debe pensarse particularmente en los trastornos gastrointestinales con náuseas, vómitos, diarreas y dolor abdominal, con o sin dolores musculares, pudiendo producir disfunción hepática. Termina diciendo que la hipoalbuminemia de la triquinosis puede deberse a una combinación de disfunción hepática y déficit proteico, que debe ser tratada vigorosamente.

**Presunta infusión de líquido amniótico con hemorragia postpartum por afibrinogenemia.** — Declara el autor que existe un síndrome que puede denominarse como infusión de líquido amniótico y que puede ocasionar una desfibrinación de la sangre. La hipótesis de un escape de sustancia tromboplástica desde el útero apoya la creencia de que un mecanismo similar explicaría las hemorragias que se ven en otras condiciones obstétricas. El diagnóstico clínico de la desfibrinación puede confirmarse por la demostración de una formación defectuosa del coágulo en la prueba de coagulación de Lee-White:

el diagnóstico ginal dependerá de la demostración de una depleción del fibrinógeno circulante de la sangre. La institución oportuna de la sustitución del fibrinógeno, no pasando por alto la disminución en el volumen de sangre circulante, puede conseguir librarse al enfermo de una muerte considerada previamente como inevitable. Añade que aunque en la infusión de líquido amniótico se efectúan indudablemente alteraciones en algunos de los componentes de la coagulación de sangre, la alteración crítica se produce sobre la concentración del fibrinógeno circulante. El mejor método de evitar la muerte es la administración de esta fracción sanguínea para combatir la hemorragia postpartum y un número suficiente de transfusiones de sangre para mantener un volumen sanguíneo normal. En este sentido comunica el autor el éxito conseguido en una enferma con presunta infusión de líquido amniótico y afibrinogenemia, que fué tratada del modo antes indicado.

152 - 4 - 23 de mayo de 1953

- \* Consideraciones prácticas en el tratamiento de los tumores óseos malignos. H. R. McCarroll.
- Problemas de Sanidad Pública en el control de la sífilis. T. J. Bauer.
- Cambios en el predominio relativo de diversos tipos de cardiopatías en New England. P. D. White.
- O. A. Blomquist y R. Schindler.
- \* Ulcera de la curvadura mayor del estómago. A. D. Silk.
- \* Inyección local de hidrocortisona y cortisona en las lesiones cutáneas de la sarcoidosis. R. D. Sullivan, R. L. Mayock, R. Jones, Jr. y H. Beerman.
- Enfermedad de Whipple (lipodistrofia intestinal) y glicoproteínas del suero. R. D. Story y U. Sagid.
- Intoxicación aguda por el empleo de alcohol isopropílico en uso externo. R. F. Garrison.
- Obstrucción esofágica por serutan. A. Melamed y A. Marck.
- Insuficiencia renal aguda consecutiva a trauma de la pared abdominal. M. L. Gelfand y S. J. Shapiro.
- \* Diagnóstico de la oclusión de la carótida interna por palpación faríngea. H. S. Dunning.
- Pérdida del gusto como efecto tóxico de la terapéutica con tapazol. B. L. Hallman y J. W. Hurst.
- Catarata por rayos X.
- Efecto de la carencia de vitamina C sobre la curación de las heridas.
- Acidosis hiperclorémica consecutiva a la ureterosigmoidostomía.

**Tratamiento de los tumores malignos de los huesos.**—El autor ha intentado valorar el problema de los tumores óseos malignos desde el punto de vista de cirujano, quien debe, en general, adoptar la decisión final en relación con su tratamiento. La historia, exploración física y radiológica y los estudios de laboratorio juegan un papel esencial, pero limitado, en el diagnóstico de estas lesiones de los huesos. En la mayor parte de los casos el diagnóstico exacto tiene que aguardar a la biopsia quirúrgica y al estudio del tejido extirpado por un anatómopatólogo competente; esto último tiene la máxima importancia, puesto que el tratamiento a realizar depende de la naturaleza exacta del tumor. Después de discutir los tipos más corrientes de tumores óseos malignos desde un punto de vista clínico, el autor señala, en relación con el tratamiento, que es imposible generalizar en este problema, pero que puede decirse con seguridad que la amputación representa la terapéutica de elección en el osteosarcoma, condrosarcoma, fibrosarcoma y tumores malignos de células gigantes y, por otro lado, la radioterapia es acorcesable en el mieloma múltiple y ofrece una gran esperanza de curación en el sarcoma de Ewing y en el sarcoma de células reticulares.

**Ulcera de la curvadura mayor del estómago.**—Señalan los autores que la úlcera de la curvadura mayor del estómago es rara; de 18 úlceras de este tipo observadas por ellos, 10 eran malignas (7 carcinomas y un linfoblastoma) y 8 benignas, relación de 5 : 4; en una reciente referencia de autopsia se encontró una proporción incluso más alta de úlceras benignas, que se aproximaba a la relación 1 : 1. Por lo tanto, la localización

de una úlcera en la curvadura mayor no debe tomarse como evidencia definitiva de malignidad. La úlcera benigna de la curvadura mayor se asocia a menudo con úlcera del duodeno o con úlcera benigna de la curvadura menor del estómago; tales lesiones encontradas conjuntamente con una úlcera de la curvadura mayor, hablan en favor de la naturaleza benigna de esta última. Es un hecho curioso, y no explicado, el que 3 de las 8 úlceras benignas de la curvadura mayor vistas por los autores se asociaran con carcinoma primitivo del pulmón y que, en cada uno de estos casos, la muerte del enfermo se produjo a consecuencia de una gran hemorragia a partir de la úlcera. Finalmente, subrayan que además de los otros métodos clínicos, tiene gran valor la gastroscopia para el diagnóstico diferencial entre úlceras benignas y malignas de la curvadura mayor, puesto que ésta es accesible a la observación gastroscópica.

**Inyección local de hidrocortisona y cortisona en la sarcoidosis.**—Los autores han estudiado en cinco enfermos los efectos macroscópicos e histológicos de la infiltración local de hidrocortisona y cortisona en las lesiones cutáneas de la sarcoidosis. Se produjo una regresión completa o casi completa de todas las lesiones inyectadas con hidrocortisona, pero se presentó una recaída parcial al cabo de cuatro a siete semanas después de la respuesta máxima; la cortisona produjo una regresión menos completa y la recaída se presentó algo antes. Estos agentes producen sus efectos por una acción directa sobre el proceso anatómopatológico de la sarcoidosis; no se observaron alteraciones histológicas cualitativas atribuibles a los esteroides en la reacción granulomatosa de la sarcoidosis en las lesiones cutáneas; las observaciones macro y microscópicas sugieren que los esteroides persisten localmente después de la inyección intradérmica, lo que se confirmó por análisis químico y cromatográfico. Después de valorar la inyección local, administraron cortisona oral a cuatro enfermos durante seis semanas, consiguiéndose una regresión de las lesiones cutáneas comparable a la producida por la inyección local de hidrocortisona; sin embargo, el comienzo de la mejoría fué más gradual y la recaída más rápida que con ésta. En tres enfermos de los cuatro tratados con cortisona oral se produjo una difusión del proceso al suspender la administración. Los resultados de este estudio sugieren que, en casos seleccionados, la administración local de hidrocortisona puede ser útil para controlar las lesiones cutáneas de la sarcoidosis.

**Enfermedad de Whipple y glicoproteínas del suero.**—Describen los autores un caso de enfermedad de Whipple diagnosticada antemortem. De los numerosos estudios realizados destaca un dato hasta ahora no descrito y que consistía en el aumento de los polisacáridos ligados a proteínas (5,25 mg. por 100 mg. de proteínas frente a 2,50 valor normal) y de las glicoproteínas del suero (260 mg. por 100 c. c. de suero frente a 92,2 valor normal). Los autores piensan que esto puede tener alguna relación patogénica con los macrófagos con depósito de glicoproteínas, que caracterizan histológicamente a la enfermedad de Whipple; en este sentido, el enfermo tenía una curva diabética de tolerancia a la glucosa, lo que no es corriente en dicha enfermedad. Añaden que aunque la cortisona no tuvo un efecto beneficioso aparente en este enfermo, quizás debería ensayarse un tratamiento prolongado con ACTH o compuesto A (11-dehidrocorticoesteroide).

**Diagnóstico de la oclusión de la carótida interna por palpación faríngea.**—Describe el autor tres casos de oclusión de la carótida interna por medio de la palpación de la pared lateral de la faringe, a nivel del músculo faringopalatino. Subraya que el método es mucho menos complicado que la arteriografía, que requiere complicaciones técnicas y que en ocasiones es peligrosa para los enfermos ancianos con arterioesclerosis, en los cuales es donde con mayor frecuencia se presenta la oclusión de la carótida interna.

152 - 5 - 30 de mayo de 1953

- Tratamiento de las varices esofágicas sangrantes. G. F. Miller y A. P. Owen.
- Toracotomía exploradora en el diagnóstico y tratamiento de ciertas lesiones pulmonares. P. E. Bernatz y O. T. Clagett.
  - Tratamiento de la enuresis nocturna por respuesta condicionada. T. V. Geppert.
  - Métodos de tratamiento del delirium tremens. J. A. Smith.
  - Derrame subdural complicando a la meningitis bacteriana. R. J. McKay, Jr.; F. D. Ingraham y D. D. Matson.
  - Transvestismo. C. Hamburger, G. K. Stürup y E. Dahl-Iversen.
  - Ordenes de rutina innecesarias. S. P. Harbison.
  - Peligro de los bloqueos simpáticos lumbares durante la terapéutica anticoagulante. R. P. Hofst, W. S. Dye y O. C. Julian.
  - Empleo de la mostaza nitrogenada durante la hepatitis aguda. M. W. Harris.
  - Mostaza nitrogenada en el tratamiento de la artritis reumatoide. A. Cohen, I. Rose y E. Cooper.
  - Quelitis causada por aceite de canela (casia) en pasta de dientes. J. L. Laubach, F. D. Malkinson y E. J. Ringrose.
  - Cardiopatía iatrogénica.

**Toracotomía exploradora en el diagnóstico y tratamiento de ciertas lesiones pulmonares.** — Señalan los autores que, a pesar de haber empleado todas las medidas diagnósticas no quirúrgicas, fué preciso recurrir a la toracotomía exploradora para establecer un diagnóstico definitivo en aproximadamente el 50 por 100 de 356 casos de lesiones pulmonares localizadas. Se demostró en la exploración quirúrgica que alrededor del 30 por 100 de 180 lesiones de naturaleza no determinada previamente eran carcinomas broncogénos. En conjunto, se vieron 203 casos de carcinoma broncogénico y en el 25 por 100 de ellos no pudo hacerse el diagnóstico sin la toracotomía exploradora. Se demostró que puede diagnosticarse precozmente el carcinoma de pulmón por el hecho de que el 18 por 100 de los 203 enfermos fué operado antes de que tuvieran síntomas; hubo sólo un carcinoma inoperable entre los 37 enfermos sin síntomas, al lado de 59 entre 16 con sintomatología. El diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz del carcinoma de pulmón requieren que se acepte la toracotomía exploradora como un medio de establecer el diagnóstico de ciertas lesiones pulmonares de naturaleza no determinada previamente; el valor de este procedimiento se reafuerza considerablemente por la cooperación estrecha entre cirujano, anatómopatólogo y bacteriólogo. El riesgo de la toracotomía exploradora es pequeño, y asegurando un diagnóstico anatómopatológico exacto no precisa sacrificar tejido pulmonar normal.

**Tratamiento de la enuresis nocturna por respuesta condicionada.** — El autor describe el tratamiento de 42 enfermos con enuresis crónica nocturna mediante el desarrollo de una respuesta condicionada. Después de eliminar las causas orgánicas del proceso, trata a los enfermos despertándolos inmediatamente después del comienzo de la micción nocturna por medio de una alarma eléctrica automática; el propósito de este procedimiento es condicionarlos a despertarse, en lugar de orinar en respuesta a la tensión de la vejiga. Todos los enfermos habían resistido a una gran variedad de tratamientos previos. Se logró hacer desaparecer la enuresis en 38 (90,5 por 100) de 42 enfermos y la mayoría de ellos consiguieron dormir durante toda la noche; en cinco de ellos se requirió un segundo tratamiento y en los cuatro restantes no se consiguió ningún efecto. La cooperación de los padres es de importancia primaria para el éxito en los niños pequeños y su falta es la causa más corriente de fracaso. Mejoraron considerablemente los trastornos de la personalidad en la mayoría de los enfermos, indicando que son el efecto más bien que la causa de la enuresis.

**Derrame subdural en la meningitis bacteriana.** — Refieren los autores 50 niños con acúmulo de líquido subdural, rico en proteínas, complicando a la meningitis bacteriana; la incidencia de edad y las características del proceso son idénticas a las del hematoma subdural crónico de los infantes. Este estudio sugiere que más de

la mitad de los enfermos menores de un año de edad, tratados ahora por meningitis bacteriana aguda, tienen un curso clínico complicado por colecciones de líquido subdural, la mayoría de las cuales están encapsuladas. La extracción del líquido por drenajes subdurales repetidos consigue la remisión de los síntomas. El tratamiento de elección es, a su juicio, el drenaje repetido seguido de trépanos exploradores y por craniotomía con extirpación amplia de las membranas subdurales cuando existan. Hay una probable relación causal de tales colecciones de líquido con la incidencia de lesión neurológica permanente después de la meningitis; la remisión posterior psíquica y física sugiere que el diagnóstico y tratamiento precoz de los enfermos con este proceso reduce la incidencia de la lesión neurológica consecutiva, aunque no es posible probar esto por el momento por la falta de tratamiento estandarizado de la meningitis o la revisión psicológica a largo plazo en enfermos recientes.

**Peligro del bloqueo simpático lumbar durante la terapéutica anticoagulante.** — Revisan los autores dos casos publicados en la literatura de hemorragia retroperitoneal causada por el bloqueo simpático lumbar utilizado en conjunción con la terapéutica anticoagulante controlada; se demostró la causa en uno en la autopsia y en el otro en la intervención. Por su parte, describen otros tres casos similares con dos muertes, que atribuyen a haber realizado el bloqueo simpático lumbar mientras se estaba realizando en el enfermo una terapéutica con anticoagulantes. Concluyen diciendo que hay un riesgo indudable al utilizar simultáneamente bloqueos lumbar y anticoagulantes.

**Empleo de mostaza nitrogenada durante la hepatitis aguda.** — Presenta el autor un caso de enfermedad de Hodgkin y hepatitis aguda concomitantes. A pesar de la hepatitis, fué necesario controlar la enfermedad de Hodgkin mediante la administración de mostaza nitrogenada. Esta última enfermedad respondió satisfactoriamente a la droga y no se alteró por ella el curso de la hepatitis. Demuestra este caso que la mostaza nitrogenada no fué hepatotóxica a la dosis habitual, no obstante la presencia de una lesión hepática aguda y el aumento en la proporción de mitosis de las células en regeneración.

#### A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry.

71 - 1 - 1954

- \* Conducción del dolor en el hombre. J. C. White. La entrevista inicial. W. J. Hendrickson, R. H. Coffey y T. N. Cross.
- \* Oftalmoplejia externa progresiva crónica. G. A. Schwarz y C. N. Liu.
- \* Isoniazida en el tratamiento del esquizofrénico crónico. I. F. Bennett, D. Coher y E. Starer.
- \* Alteraciones producidas por la irradiación X de la cabeza del mono en las neuronas, neuroglia y barrera hematoencefálica. C. D. Clemente y E. Holst.
- Efecto de la atropina sobre la presión arterial de enfermos con afecciones mentales y emocionales. A. Hoffer.
- Papel de los detergentes intratecales en la patogenia de la aracnoiditis adhesiva. R. M. Paddison y B. J. Alpers.
- \* Valoración de las convulsiones en el adulto. H. L. Martin y F. McDowell.
- Complicaciones de la angiografía cerebral. D. M. Perese, W. C. Kite, A. J. Bedell y E. Campbell.
- \* Metabolismo de la creatina en parálisis diversas, especialmente por lesiones medulares. L. J. Pollock, J. Bernsohn, S. W. Pyzik, J. R. Finkle y H. Blustein.
- Cloruro de succinilcolina en el electrochoque. W. P. Wilson y W. K. Nowill.

**Conducción del dolor en el hombre.** — La gran experiencia de las cordotomías antero-laterales para la supresión del dolor ha conducido a un mejor conocimiento de las vías que sigue la conducción dolorosa. Existen a este respecto grandes discrepancias en los resultados y no es posible establecer reglas fijas sobre la supresión irreversible de la sensación de dolor en cada caso. La norma del autor es seccionar hasta la inserción de los ligamentos dentados o un poco más dorsalmente y lle-

gar por delante hasta el cordón anterior; si se respetan las ramas de la arteria espinal, no es de temer que aparezcan manifestaciones motoras. Aun así, algunos casos van seguidos de fracaso en la obtención de analgesia. La interrupción de las vías simpáticas es un proceder muy utilizado en tales casos y especialmente se ha propuesto para suprimir un miembro fantasma doloroso, pero nunca se consigue analgesia por tal interrupción de vías simpáticas.

**Oftalmoplejia externa progresiva crónica.**—La afección comienza antes de los treinta años y tiene un curso lentamente progresivo, produciéndose una torpeza para los movimientos de los párpados y del globo ocular. Ha sido considerada como una enfermedad de los núcleos del tronco cerebral y por otros como una forma especial de la distrofia muscular progresiva. Los autores han revisado la literatura anterior y describen el caso de un hombre que padeció la enfermedad durante más de treinta y cinco años y murió a los sesenta y tres. En la autopsia se encontraron lesiones neurológicas casi insignificantes, en tanto que en los músculos oculares aparecieron alteraciones profundas de necrosis e hiperplasia del conectivo y de la grasa intersticial, lo cual sugiere que se trata de un trastorno primario del músculo más bien que neurológico.

**Isoniazida en el tratamiento del esquizofrénico crónico.**—La observación de síntomas mentales en algunos tuberculosos sometidos a tratamiento con isoniazida, así como el hecho de mejorar algunos tuberculosos con psicosis diversas con dicho tratamiento, ha inducido al empleo de la isoniazida en la esquizofrenia. Los autores han tratado 30 casos y comparan los efectos conseguidos con otro grupo de 30 enfermos similares tratados con un placebo. En ninguno de los casos se observó mejoría de la enfermedad, tanto desde el punto de vista clínico y de laboratorio como del resultado de diversas pruebas psiquiátricas.

**Alteraciones producidas por la irradiación X de la cabeza del mono en las neuronas, neuroglia y barrera hemato-encefálica.**—En comparación con los efectos de la irradiación roentgen sobre otros tejidos, se ha hablado de una radiorresistencia del tejido nervioso. Sin embargo, son ya varias las comunicaciones sobre graves lesiones ocasionadas por la radioterapia dirigida sobre la cabeza. Los autores han atacado el problema experimentalmente, estudiando en monos los efectos de la aplicación de 7.500 a 6.000 r. sobre la cabeza, estando protegido el resto del organismo. Se observaron alteraciones de la neuroglia y de las neuronas, y muy especialmente de los astrocitos, en los animales que recibieron dosis más elevadas, pero en todos ellos se apreció una alteración de la barrera hemato-encefálica, demostrada por la tinción con azul tripan, que había sido inyectado intraperitonealmente; el color azul se localizó especialmente en el hipotálamo y en el bulbo, que es también donde las lesiones astrocíticas son más intensas.

**Valoración de las convulsiones en el adulto.**—La norma general es realizar una encefalografía con aire en los adultos que comienzan a presentar accidentes convulsivos, ya que el 20 al 35 por 100 de los enfermos de tumor cerebral tienen convulsiones como síntoma inicial. Los autores han revisado los datos de 245 enfermos cuyas convulsiones comenzaron después de los doce años. Los resultados indican que las exploraciones en busca de neoformación intracraneal fracasan en muchos casos. El electroencefalograma raramente indica en tales pacientes la presencia de una masa, a menos que también clínicamente sea demostrable. Tampoco la encefalografía con aire es capaz habitualmente de descubrir una masa, excepto en casos en que clínicamente son también demostrables claros síntomas focales; sin embargo, la atrofia cortical es descubierta fácilmente por tal proceder. La repetición de encefalogrías, cuando los accesos son de tipo focal, tiene sumo valor para descubrir finalmente un proceso expansivo.

**Metabolismo de la creatina en parálisis diversas, especialmente por lesiones medulares.**—En diversas afecciones caracterizadas por la existencia de parálisis musculares existen alteraciones en el metabolismo de la creatina. Los autores le exploran por la administración de 1 gr. de creatina y dosificación ulterior en la orina. Demuestran así que existe intolerancia para la creatina solamente en aquellas lesiones medulares en que existe alteración de la neurona motora periférica, como en la rizotomía anterior o en la poliomielitis. Por el contrario, no se encuentran alteraciones del metabolismo de la creatina en las hemiplejías o en las paraplejias de origen cerebral. La cantidad de creatinina eliminada depende de la masa muscular y de la cantidad de músculo inmovilizado por la parálisis.

### The Journal of Pediatrics.

43 - 6 - 1953

- \* Intoxicación por ácido bórico, R. B. Goldbloom y A. Goldbloom.
- \* Absorción transcutánea de ácido bórico, J. Ducey y D. B. Williams.
- Inmunización a la tos ferina en niños con trastornos convulsivos, K. A. Melin.
- \* Crisis en la anemia de células falciformes, E. Smith, P. Rosenblatt y A. Bedo.
- \* Algunos problemas en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el niño, H. K. Hsu y J. T. Szypulski.
- Taquicardia paroxística congénita, R. C. Anderson y F. H. Adams.
- \* El uso de hibicón en el tratamiento de la epilepsia, S. Livingston.
- Gastroenteritis aguda, M. GG. Wolfish.
- Ventrículo único con cámara de salida decreciente, R. P. Megevand, R. N. Paul y J. Parker.
- Dosis terapéuticas de globulina gamma en el tratamiento de la encefalitis y encefalomielitis sarampionosas, L. Odessky, A. V. Bedo, P. Rosenblatt, J. K. Jennings, I. J. Sands, H. Weisler y B. Newman.
- Enfermedad de inclusión citomegálica generalizada, J. C. Bacala y R. J. Burke.
- \* Tratamiento de la pericarditis estafilocócica con bacitracina, M. E. Freeman y G. F. Parker.
- Tumores cardíacos primitivos en los niños, L. A. Longino e I. A. Meerker.
- El estrabismo en los niños, E. Regnier.

**Intoxicación por ácido bórico.**—Son numerosos los casos descritos de intoxicación por ácido bórico, especialmente en los niños. En el trabajo se refieren cinco de ellos, ocasionados por la aplicación local de polvos, que contienen ácido bórico, en las nalgas. Los autores revisan los datos de 109 casos publicados con una mortalidad del 55 por 100. Aunque la absorción a través de la piel intacta del adulto no ha sido nunca demostrada, la absorción a través de la piel denudada es perfectamente posible, especialmente en los niños. La sintomatología en éstos consiste especialmente en exantemas con descamación, diarrea, vómitos y signos de irritación meníngea. Es fácil demostrar en tales casos la presencia de ácido bórico en la orina o en el líquido cefalorraquídeo.

**Absorción transcutánea de ácido bórico.**—Describen los autores tres casos de absorción transcutánea de ácido bórico, uno de ellos fatal. Los polvos de talco boratados son capaces de producir soluciones muy concentradas de ácido bórico, aunque la concentración de éste en el polvo sea escasa (suele estar en una concentración del 5 al 10 por 100 en el polvo de talco). La cantidad letal circulante puede ser sólo de 17,5 mg., la cual se puede absorber con suma facilidad por la piel alterada. El gran número de casos de intoxicación por ácido bórico que continuamente se están publicando hace aconsejable desterrar tal sustancia de la terapéutica.

**Crisis en la anemia de células falciformes.**—El curso crónico de la anemia de células falciformes es interrumpido por las fases de agudización que constituyen las crisis y que aún no se han aclarado; muchas de ellas cursan sin disminución de los hematies ni aumento de la eliminación de pigmento biliar. Los síntomas de las

crisis son muy variados y en algunas dominan los dolores óseos o viscerales, en otras hay diarreas y en algunas se produce un cuadro que simula una poliomielitis. Los autores comunican varios ejemplos de estas diferentes formas y sugieren que el espasmo vascular interviene muy dominante en su génesis, por lo que han propuesto su tratamiento con priscolina, medicación con la que se consigue una rápida mejoría y que puede ser utilizada en el diagnóstico diferencial de las crisis.

**Algunos problemas en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el niño.**—La participación de los bronquios en la tuberculosis infantil es una adquisición de la época de la broncoscopia. Tal participación es la causa de atelectasias y ulteriores bronquiectasias. El reconocimiento de su existencia obliga a la eliminación endoscópica de los granulomas estenosantes y al empleo de antibióticos. En los niños es muy frecuente, por otra parte, que existan procesos crónicos infiltrativos no tuberculosos, que simulan clínica y radiológicamente la tuberculosis, y para conocer los cuales es de suma importancia una buena historia clínica. La demostración de los bacilos tuberculosos en el contenido gástrico no es decisivo en los niños, en los que pueden llegar al estómago bacilos ácido resistentes con la comida o la bebida. Por el contrario, una reacción tuberculínica es de la mayor importancia en el diagnóstico diferencial de la tuberculosis pulmonar infantil.

**El uso de hibicón en el tratamiento de la epilepsia.**—El hibicón es el N-bencil-beta-cloropropionamida, con el que se han comunicado buenos resultados en epilépticos con accesos convulsivos o con accidentes psicomotores. El autor ha tratado a 49 enfermos de distintas formas de epilepsia con hibicón, en dosis de 250 a 500 mg., tres a cuatro veces al día en niños, y 1 a 2 gr. tres o cuatro veces al día, en adultos. El tratamiento se mantuvo durante un tiempo mínimo de tres meses y en ningún caso se logró evitar la presentación de los accesos epilépticos, por lo que hubo que suspender el medicamento o asociarle a barbitúricos. Es dudoso que el hibicón sea útil en la terapéutica de la epilepsia.

**Tratamiento de la pericarditis estafilocócica con bacitracina.**—Cada día se ven más infecciones estafilococicas resistentes a la penicilina y en las que es preciso recurrir a otros antibióticos. En el trabajo se refiere un caso de pericarditis aguda purulenta, causada por un estafilococo blanco hemolítico, coagulasa negativo, y que no respondió a tratamientos con penicilina y con terramicina. Primeramente se trató con 400 mg./kg. de bacitracina cada seis horas, dosis que se elevó en un 40 por 100 posteriormente. No se presentó ninguna reacción desagradable y el enfermo curó.

### A. M. A. Archives of Pathology.

56 - 1 - 1953

- Investigación de la deposición de rádium en el esqueleto humano mediante autorradiografías groseras y detalladas. W. B. Looney y L. A. Woodruff.
- Efecto de la toxina hemolítica del estreptococo piógeno sobre miocarditis víricas en el conejo. J. M. Pearce.
- Enfermedad vascular difusa aguda desarrollada por la renina en ratas tratadas previamente con cortisona. G. M. C. Masson, F. del Greco, A. C. Corcoran e I. H. Page.
- Retraso de ateromatosis y aumento suprarrenal por la heparina en el conejo. P. Constantinides, G. Szasz y F. Harder.
- Estroma de la mama. M. Ihnen y R. Pérez-Tamayo.
- Relación de los cuerpos asteroídes con los lípidos. W. E. Jaques.
- Cambios hidrópicos en la célula beta de los islotes de Langerhans. S. T. Nerenberg.
- Carcinoma mucoepidermoide de la glándula salivar. H. W. Macintyre.
- Histiocitosis X. L. Lichtenstein.

**Enfermedad vascular difusa aguda.**—La administración de un extracto renal que contiene renina a ratas uninefrectomizadas a las que se da a beber suero salino

y están tratadas previamente con cortisona da lugar al desarrollo de un síndrome consistente en retención acuosa aguda, oliguria relativa, hipertensión y, finalmente, muerte, que se acompaña de lesiones renales y vasculares. Este síndrome se asemeja al producido en condiciones similares cuando el tratamiento previo se hace con desoxicorticosterona en lugar de cortisona, pero difiere, no obstante, en la casi completa ausencia de hemorragias y en la mayor incidencia de lesiones vasculares. La lesión básica es una degeneración de las membranas que da lugar a aumento de la permeabilidad y a formación de depósitos hialinos. En las arteriolas, la degeneración hialina se limita a la pared del vaso, mientras en los capilares el material hialino invade los tejidos circundantes, que se hacen necróticos. Las lesiones glomerulares son similares a las observadas en la hipertensión renal experimental y en algunas formas de glomerulonefritis membranosa clínica y experimental.

**Histiocitosis X.**—Este artículo representa en esencia una revisión crítica intentando una comprensiva reorientación de este problema sobre la base de observaciones recientes. Estas observaciones apoyan el concepto de que los procesos previamente designados como granuloma eosinófilo de los huesos, enfermedad de Letterer-Siwe y enfermedad de Hans-Schüller-Christian son manifestaciones de una sola enfermedad, sugiriéndose el nombre de Histiocitosis X como nombre provisional, pero general, de esta entidad nosológica.

### Diseases of the Chest.

23 - 3 - 1953

- \* Tratamiento intermitente con viomicina en tuberculosis pulmonar. F. K. Pitts, E. T. O'Dell, M. J. Fitzpatrick, W. E. Dye, F. J. Hughes y C. W. Tempel.
- \* Resección segmentaria en tuberculosis. R. H. Overholt, F. M. Woods y N. J. Wilson.
- Critica de la nomenclatura internacional de los segmentos pulmonares. E. A. Boydén.
- Algunos efectos biológicos básicos de la cortisona en relación con enfermedades pulmonares. D. M. Spain.
- La etiología de la pericarditis. G. C. Griffith.
- \* Quiste celómico pericárdico. G. Yelin y A. Abraham.
- Carcinoma primario del pulmón en el viejo. A. H. Aufses.
- Hemangio-endoteloma de comienzo en un teratoma mediastínico. T. Ehrenreich, A. J. Freund y H. N. Shapiro.
- \* Carcinoma esofágico con tumor de células alveolares del pulmón. A. J. Finestone.
- Una aportación sobre el uso de carbarsona en tuberculosis pulmonar. M. B. Kress.
- Kimografía del diafragma. M. Espinoza Galarza.
- \* Diagnóstico y tratamiento de la hernia del hiato esofágico. J. Shalken.
- La vía cricotiroidea para anestesia en broncoscopia. B. Schaff y M. H. Todd.
- \* Plombaje temporal con bolas de lucita en la toracoplastia. H. Joly.
- Efecto de la supuración pulmonar crónica sobre la mucosa gástrica. M. E. Dailey y H. C. Barton.
- Parálisis del frénico siguiendo a la resección de una costilla cervical. E. Rothstein.

**Tratamiento intermitente con viomicina.**—El estudio de 80 enfermos, afectos de tuberculosis pulmonar por viomicina de modo intermitente, da la impresión de que este producto es susceptible de ejercer una acción favorable sobre la evolución de la enfermedad. El tratamiento ha consistido en 2 gr. de la droga, cada tres días, durante 120 días, bien sola o en combinación con estreptomicina intermitente o PAS diario. La eficacia de la viomicina parece infinitamente menor que la de la estreptomicina y poco diferente de la del PAS. La combinación de viomicina con una de las otras drogas se ha mostrado superior a cada una de estas drogas utilizadas aisladamente. Frente a la gran toxicidad de la viomicina diaria, el tratamiento intermitente no muestra más que complicaciones generalmente discretas, efímeras, y que desaparecen al terminar el tratamiento. Parece, por tanto, una droga útil si se aplica intermitentemente siempre y cuando se tenga en cuenta su toxicidad potencial y se mantenga una vigilancia adecuada, clínica y de laboratorio.

**Resección segmentaria en tuberculosis.**—La resección segmentaria se está usando cada vez más frecuentemente y representa ahora uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se consiguen resultados excelentes cuando la resección segmentaria se usa como procedimiento primario en casos con lesiones bien delimitadas al segmento o segmentos que se resecan. Se obtienen resultados pobres cuando se practica en casos con la enfermedad muy avanzada o se usa como procedimiento secundario.

**Quiste celómico pericárdico.**—Se presenta el caso de un hombre de cincuenta y dos años en el que, en la autopsia, se encontró un quiste pericárdico que media  $6 \times 3 \times 2,5$  cm. En este caso el quiste no fué sospechado clínicamente por la ausencia completa de síntomas. La revisión postmortem de las radiografías efectuadas no demostró datos que evidenciaran el quiste. Creen que la característica más inusitada en este caso es la presencia de un quiste tan grande como éste sin la producción de signos suficientes en rayos X para permitir el diagnóstico, lo que, sin duda, puede ser atribuido a las densidades similares del pulmón y del quiste y a la presencia de tejido pulmonar suprayacente que produjo trazos aparentes de pulmón normal en el área ocupada por el quiste.

**Carcinoma esofágico con tumor de células alveolares del pulmón.**—Se presenta un caso, que se cree único, de un tumor pulmonar de células alveolares acompañado de un carcinoma del esófago de células pavimentosas. Se opina que la ausencia de un cáncer primario en otra región no debe ser requisito para hacer el diagnóstico de tumor pulmonar de células alveolares.

**Hernias del hiato esofágico.**—La hernia del hiato esofágico es el tipo más frecuente de las hernias diafragmáticas. Los estudios radioscópicos y radiográficos son esenciales para hacer el diagnóstico. La hernia puede ser asintomática, pero en la experiencia del autor los síntomas aparecen con gran frecuencia y pueden estar relacionados con disfunción gastrointestinal, pérdida aguda de sangre, pérdida crónica de sangre o dolor del tipo del angor pectoris que sugiere la existencia de una cardiopatía. Por lo general el tratamiento es médico y consiste en dieta, medicación apropiada y medidas generales.

**Plombaje temporal con bolas de lucita.**—En 52 enfermos en quienes se practicó toracoplastia se aplicó plombaje con bolas de lucita entre los tiempos operatorios. Esta técnica hace aumentar la extensión del colapso y facilita las operaciones subsecuentes. En ciertos pacientes con lesiones ulceradas y no retráctiles de la parte superior del pulmón, se introdujo el plombaje nuevamente después del segundo tiempo y el colapso así realizado es mucho más eficaz y permite conseguir el cierre de las cavidades no retráctiles. Esta experiencia demuestra que el plombaje mejora los resultados de la toracoplastia y restringe el número de costillas resecadas. De este modo se reduce la mutilación funcional y anatómica causada por la operación. Como, por otra parte, el plombaje no se halla en contacto directo con el pulmón y el mediastino, no hace aumentar apreciablemente los riesgos de la toracoplastia.

### American Review of Tuberculosis.

67 - 6 - 1953

- La tuberculosis hoy y mañana. D. T. Smith.
- Un método para valorar las aptitudes de los enfermos tuberculosos. G. Calden.
- \* Observaciones sobre el efecto de la hiperglucemia inducida sobre el contenido de glucosa del líquido cefalorraquídeo en enfermos con meningitis tuberculosa. J. E. Sifontes, R. D. Williams, E. M. Lincoln y H. Clemons.
- Función pulmonar en el embarazo en mujeres normales con neumoperitoneo. W. E. Patton, W. H. Abelmann, N. R. Frank, T. Badger y E. A. Gansler.
- Función pulmonar en el embarazo en enfermas con insuficiencia pulmonar. E. A. Gaensler, W. E. Patton, J. M. Verstraeten y T. L. Badger.

- Toxicidad de la isoniazida para el macaco Rhesus. L. H. Schmidt, R. Hoffmann y H. B. Hughes.
- \* Actividad "in vivo" e "in vitro" de la estreptomicina e isoniazida solas y en combinación. G. L. Hobby, T. F. Lenert, Z. C. Rivoire, M. Donikian y D. Pikula.
- Un componente lipoideo tóxico del bacilo tuberculoso. II. H. Noll y H. Bloch.
- Un componente lipoideo tóxico del bacilo tuberculoso. III. J. Asselineau, H. Bloch y E. Lederer.
- Necrosis caseosa en brucellosis humana. J. B. Crow, D. M. Tormey, W. J. Redner y B. H. Sullivan.
- Aspectos psicológicos de la tuberculosis. E. D. Wittkower.
- Viabilidad del bacilo tuberculoso "in vivo" con y sin quimioterapia. R. J. Dubos.
- Aislamiento del bacilo tuberculoso existente en el aire en un hospital antituberculoso. H. M. Candiviere, C. E. Smith y E. J. Sunkes.

**Hiperglucemia inducida.**—Se presentan los resultados de curvas de dos horas que muestran el paso de la glucosa desde la sangre al líquido cefalorraquídeo tras la inyección intravenosa de la misma. Cinco niños sin meningitis seis con meningitis tuberculosa curada revelaron curvas semejantes, caracterizadas por aumento de la concentración de glucosa de 30 a 60 mg. por 100 c. c. por encima de los valores iniciales: el aumento máximo tuvo lugar entre 45 y 120 minutos. Las cifras cisternalas fueron siempre algo más altas que las lumbares. Se obtienen curvas anormales en los niños con meningitis tuberculosa activa y en los que tenían hidrocefalia debida a meningitis tuberculosa. Las anomalías de las curvas consistieron en: hipermeabilidad, durante la fase aguda en varios niños; hiperpermeabilidad en la región lumbar, de modo que la curva lumbar se elevó sobre la cisternal en los enfermos bajo tratamiento intratecal con estreptomicina o que tenían bloqueo raquídeo, y curvas ventriculares planas en los hidrocefálicos. En esos enfermos, las curvas lumbares y cistenciales estaban regidas por la presencia de bloqueo o por la administración de estreptomicina a través del espacio subaracnideo lumbar. Al mejorar la meningitis tuberculosa, desaparecieron las anomalías de las curvas de la glucosa. Es decir, durante la evolución de la meningitis tuberculosa tienen lugar notables alteraciones en la permeabilidad de las meninges para la glucosa, que pueden explicar las bajas cifras de glucosa obtenidas en el líquido cefalorraquídeo en este proceso.

**estreptomicina e isoniazida solas y en combinación.**—Se presentan las observaciones realizadas "in vivo" e "in vitro" que reflejan la elevada actividad antituberculosa desplegada por la isoniazida contra los microbios, tanto susceptibles como resistentes a la estreptomicina. Se observó que la presencia de resistencia a las combinaciones de estreptomicina e isoniazida aparece más lentamente que a uno u otro compuesto por si solo; ni uno ni otro cuerpo son capaces de impedir la formación a la larga de resistencia al otro; puede aparecer en ciertas circunstancias resistencia cruzada entre la estreptomicina y la isoniazida, a pesar de ser la isoniazida eficaz contra gérmenes estreptomicin-resistentes que no han estado en contacto con la isoniazida y de ser eficaz la estreptomicina contra gérmenes isoniazidorrésistentes que no han estado en contacto antes con la estreptomicina. Se deduce, pues que usadas en condiciones apropiadas y a dosis adecuadas, la estreptomicina y la isoniazida pueden obrar sinérgicamente tanto "in vitro" como "in vivo".

### The Practitioner.

170 - 3 - 1953

- El concepto moderno de nefritis. Ch. Don.
- "Tests" de función renal. N. F. MacLagan.
- Necrosis tubular aguda. J. S. Robson.
- \* Tratamiento de las infecciones renales no tuberculosas. J. N. Cruickshank.
- Formación de cálculos en los riñones. H. P. Winsbury-White.
- Pielonefritis (nefritis) en la infancia y niñez. B. Mac Keith.
- Estreñimiento crónico. A. Abrahams.
- \* El estado presente de la penicilina oral. T. B. Binns.
- Cloroformo y éter. W. B. Primrose.
- \* Ulceras varicosas. M. Lee.

**Tratamiento de las infecciones renales no tuberculosas.**—Los autores hacen un cuidadoso estudio del tratamiento de las infecciones de las vías urinarias altas, concluyendo que la conducta a seguir por lo general en uno de estos casos debe ser, primero, como medidas generales, cuidado del enfermo, dieta, regulación de la ingestión de líquidos, sedantes, etc.

Pero para ellos lo más importante es el tratamiento específico de la infección. Consideran las sulfamidas como las más indicadas, si bien en algunos casos la infección es resistente a esta droga; otras veces no puede ser administrada por no tolerarla el paciente. En estos casos se recurrirá a los antibióticos, como, por ejemplo, la penicilina. Pero siempre hemos de tender a hacer aún más específico el tratamiento, observando la sensibilidad del germe a los distintos antibióticos.

Debe asimismo hacerse una cuidadosa investigación de la extensión de la lesión y sus efectos sobre la función renal, recordando siempre la frecuencia de pielonefritis crónicas, que pasan inadvertidas.

**El estado presente de la penicilina oral.**—El autor hace una revisión del estado actual de la penicilinterapia oral, concluyendo que es éste un satisfactorio procedimiento de tratar muchas infecciones que son sensibles a este antibiótico. Es útil desde el punto de vista del enfermo y del médico y está libre de efectos tóxicos.

No es tan útil como la inyectada, principalmente porque sólo una tercera parte se absorbe. La destrucción en estómago e intestino son factores mucho menos importantes y cree que la administración de alcalinos no está justificada como norma general.

Cree el autor que lo más acertado es dar grandes dosis y a grandes intervalos: 400.000 unidades, cada cuatro horas, para el adulto, preferiblemente media hora o más antes de las comidas. Puede omitirse una dosis durante la noche. En los enfermos de cierta gravedad, debe iniciarse el tratamiento con una o más inyecciones de penicilina cristalizada.

Los niños mayores deben recibir la misma dosis que el adulto y los más pequeños (de 1 a 5 años) la mitad. En lactantes, un cuarto de la dosis del adulto.

**Ulceras varicosas.**—No todas las úlceras de las piernas son varicosas. La gran mayoría proceden de una trombosis profunda que se ha desarrollado mucho tiempo antes y otras de alguna enfermedad general, como diabetes, enfermedades de la sangre o arteriales, etcétera. Nunca omiteremos, pues, un examen general del paciente.

El medio básico de tratamiento en todos los casos es el vendaje compresor con el paciente ambulatorio, ya que los movimientos musculares de la pierna desde luego ayudan a un buen retorno de la sangre al corazón. Han sido descritos varios tipos de vendajes, pero el médico debe averiguar por si mismo cuál es el más apropiado para cada caso. Algunos casos de ulceración por trombosis profunda se benefician de la administración de α-tocoferol. El vendaje compresor debe ser bien aplicado y por una persona adiestrada en ello.

Cuando la úlcera está completamente curada, no obstante, alguna forma de compresión debe ser llevada por el enfermo constantemente, observándose periódicamente para ver si aparecieran signos de recurrencia de la ulceración tratarlos precozmente, con lo que la mejoría es mucho más rápida.

En algunos casos, la mejoría es lenta o incompleta; entonces recurriremos a los injertos de piel tomados del muslo, operación que debe hacerse bajo anestesia local y que no exige la hospitalización del enfermo.

### British Medical Journal.

4.817 - 2 de mayo de 1953

Quimioterapia combinada en las infecciones bacterianas.

L. P. Garrod.

\* Nuevo diurético oral. A. G. Spencer y H. G. Lloyd-Thomas.

Hipotensión controlada en neurocirugía con hexametonio y procainamida. D. Aserman.

Una epidemia de difteria: Influencia de la inmunización. C. D. L. Lilett y J. T. A. George.

Cicatrices pigmentadas. B. S. Crawford.

\* Análisis de 50 casos de persistencia del conducto arterioso. F. Starer.

\* Reducción del dolor postoperatorio. D. L. Lewis y W. A. L. Thompson.

Un nuevo anticuerpo Rh, anti-f. R. E. Rosenfield, P. Vogel, N. Gibbel, R. Sanger y R. R. Race.

Tres casos de supuración debida a infección por fusiformis. W. M. R. Henderson.

Respuesta de una raza proguanil-resistente de P. Falciparum a la pirimetamina. S. Averny Jones.

Persistencia del conducto arterioso y embarazo. R. J. Kehnahan.

Rama aberrante de la arteria esplénica. V. Sitarama Rao.

**Ensayo clínico de un nuevo diurético oral.**—Los autores han ensayado un nuevo diurético oral, el S. C. 2.614 o 1-propil-3-etil-6-aminouracilo, utilizándolo cincuenta y siete veces en 36 sujetos a la dosis de 1,25 gr. En los sujetos normales se vió una diuresis satisfactoria en nueve de las diez pruebas; expresándolo en relación con la eliminación media en los días controles, la diuresis media fué: De agua, 161 por 100; de sodio, 222 por 100; de cloruros, 227 por 100, y de potasio, 136 por 100. En veintidós pruebas sobre 10 enfermos edematosos por cardiopatía se vió en 19 una buena respuesta diurética, con un volumen urinario medio de 2.530 c. c. conteniendo 121 mEq. de sodio, con procentaje de eliminación de agua y de sodio con relación a los días controles de 236 y 520 por 100, respectivamente; esto supone un 80 por 100 del efecto diurético de una inyección intramuscular de 2 c. c. de mersalyl en el mismo grupo de enfermos. El compuesto no produjo diuresis satisfactoria en otros grupos de enfermos, con 19 fracasos en 25 pruebas sobre 17 enfermos. La alta incidencia (23 por 100) de trastornos gastrointestinales es una fuerte desventaja, aunque los síntomas fueron leves.

**Análisis de 50 casos de persistencia del conducto arterioso.**—El autor ha realizado la ligadura del conducto arterioso con sólo una muerte. La curación fué completa en 10 enfermos que estaban incapacitados físicamente y otros seis que mantenían reposo absoluto por su cardiopatía, que les permitió reintegrarse a una vida normal. Subraya que no se sabe a ciencia cierta cuántos casos asintomáticos han evolucionado espontáneamente a la obliteración del ductus, pues es bien conocido que la persistencia es muy rara en los ancianos, lo que a veces se toma como prueba de su mal pronóstico; por otro lado, puede ocurrir que la obliteración se realice más a menudo a una edad más avanzada de lo que actualmente se cree. No obstante, la operación está justificada en vista de su baja mortalidad en comparación con los peligros de un ductus persistente (endarteritis bacteriana subaguda e insuficiencia cardíaca). En algunos casos se aprecian una notable aceleración del crecimiento y desarrollo. Por estas razones cree que no debe demorarse demasiado la operación y que la edad más apropiada es la de siete años.

**Reducción del dolor postoperatorio.**—Señalan los autores que el dolor es el principal factor que impide las excursiones aspiratorias amplias y la tos después de las operaciones abdominales. En 30 enfermos en los que se hicieron operaciones abdominales con incisiones paramedianas altas, se inyectaron 4 c. c. de una solución al 2 por 100 de procaina después del cierre del peritoneo, y antes de que el paciente abandonara el quirófano, en la vaina del recto, a través de tubos de polietileno, y 3-5 c. c. por la misma vía cada tres horas durante los tres días siguientes. En todos los enfermos desapareció el dolor pocos minutos después de la inyección, siendo capaces de realizar perfectamente los ejercicios de respiración, se facilitó el movimiento en la cama y se hizo más confortable la deambulación. No se vió retraso en la curación ni evidencia de infección de la herida. Se facilitó también la eliminación de orina y la expulsión de gases. Disminuyó la necesidad postoperatoria de narcóticos y se redujo la incidencia de alteraciones pulmonares postoperatorias.