

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

CANCER, HERENCIA, HORMONAS, ANESTESIAS CANCEROGENAS, RADIACIONES, VIRUS Y AMBIENTE. Dr. J. H. MAISIN.—Edit. Espasa-Calpe. Buenos Aires, 1950.—Un volumen con 413 páginas, 13 dólares.

Se recogen en este libro sobre cáncer muchos aspectos dispersos en la literatura en relación con los diferentes factores etiológicos e influencias, constituyendo en total un buen conjunto para información sobre la cuestión.

BIOLOGIE, PATHOLOGIE UND THERAPIE DER GELENKE DARGESTELLT AM KNEGELENK. Dr. ARNOLD SONNENSCHEIN.—Edit. Benno Schwabe & Co. Basel, 1952.—Un volumen de 496 páginas con 219 figuras.

Basándose sobre la rodilla principalmente, se contienen en este libro datos y hechos importantísimos sobre la biología y patología general de la articulación, que le hacen pleno de interés para todo médico cirujano interesado en las enfermedades articulares. Aparte de esto, específicamente en lo que se refiere a la patología de la rodilla, constituye un tratado perfecto. La edición es muy buena y contiene dibujos, fotografías y microfotografías muy útiles y explicativas.

DER KAFFEE UND DAS COFFEIN. Dr. R. ULRICH.—Editorial G. Thieme Verlag. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 64 páginas, 2,70 DM.

Uno de los placeres que con frecuencia el médico se cree en la obligación de prohibir al enfermo es el uso del café, sin tener muchas veces una idea clara de los efectos de esta bebida. En esta monografía, el autor analiza los efectos del café sobre los diferentes órganos y aparatos, como base para unas conclusiones finales, en las que enumera las enfermedades en las que el café puede ser nocivo.

No se refiere solamente al café, sino a otras bebidas, como el chocolate, etc., que contienen cafeína.

Atribuye al mayor uso la disminución del rendimiento de las clases trabajadoras en los últimos años.

Nos parece un poco artificioso confundir los efectos del café y de la cafeína; en los de aquél intervienen otras cosas que no son la cafeína, y las acciones fisiológicas de la cafeína no pueden, sino sólo parcialmente, servir de base para la regulación de su uso en los enfermos. No obstante lo anterior, puede ser útil la lectura de este libro.

LA PERSONALIDAD Y EL CARÁCTER (3.ª edición). Dr. H. DELGADO.—Edit. Científico Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 183 páginas, 66 pesetas.

Por el ilustre profesor peruano se exponen conceptos llenos de interés sobre la personalidad y los rasgos propios de sus reacciones. La mayor parte del libro está dedicada al estudio de la personalidad normal, en la que después de unas consideraciones fenomenológicas se estudia estructuralmente la personalidad en el sentido de las propiedades y los planos de integración del carácter. Después se estudia la evolución y la dinámica, para abocar a la aceptación de diferentes tipos esquemáticos, según los diferentes sistemas psicológicos antiguos y modernos, como los de KRESTCHMER, HANSCH, YOUNG y SPRANGER, y por fin de los factores genéticos y de integración (influencias físicas o espirituales del ambiente), concluyéndose con el análisis de los modos de manifestarse. Brevemente se tratan después algunos aspectos de la personalidad anormal.

El libro, sumamente ponderado y escrito con claridad, y la personalidad del autor hacen su lectura a la par interesante y grata.

PROBLEME DER MORPHOLOGIE CYTOCHEMIE UND WUCHSFORM DES TUBERKULOSEERREGERS. Dr. F. J. BASSERMANN.—Edit. G. Thieme Verlag. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 98 páginas con 40 figuras, 7,80 DM.

De la serie de monografías de la biblioteca de Tubercolosis, ésta está dedicada a los problemas de la morfología, citoquímica y formas de crecimiento del bacilo de Koch, cuya morfología y estructura, así como su organización, de la que derivan sus cualidades tinteras, las formas hifales y micelares, reproducción y el problema de las formas filtrables y ultravírus, son estudiadas. Esta cuestión del pleomorfismo y las formas cíclicas evolutivas, fundamentalmente inaugurada por los trabajos de FERRÁN, así como la de las formas degenerativas, alcanza actualmente un interés, que había parcialmente perdido, en relación con el empleo moderno de los antibióticos. La edición es buena y el texto se auxilia de algunas buenas fotografías.

LIBROS RECIBIDOS

"Anales del Hospital Militar "Gómez-Ulla".—Madrid, 1953.—Un volumen de 335 páginas.

B) REFERATAS

Surgery Gynecology and Obstetrics.

97-1-1953

Deformidades del tracto urinario con ausencia congénita de la vagina. J. T. Phelan, V. S. Counselle y L. P. Greene.

* Las radiografías como ayuda en el diagnóstico de trastornos abdominales agudos. W. W. Sands.

Autoinjertos de la arteria subclavia para cerrar defectos pequeños de la aorta torácica. E. J. Schmitz, K. A. Merendino, L. B. Kiriluk, E. A. Kanar y H. N. Harkins.

Temperatura intragástrica: Sus variaciones en las úlceras gástricas. H. B. Benjamin, M. Wagner y W. Zeit.

Estudios de volumen sanguíneo en personas normales. L. W. Brady, D. Y. Cooper, M. Colodzin, J. E. McClellan, E. R. King y R. Williams.

Una prueba manometrífica para localizar la pelota de un tubo Miller-Abbott en la obstrucción intestinal. L. C. Bartlett.

* Poliinyinpirrolidina en el shock de los quemados graves. J. W. V. Cordice, J. E. Suess y J. Scudder. La histogénesis de la metaplasia de células escamosas del cervix y endometrio. C. F. Fluhmann.

- Posteriores investigaciones sobre el uso de heparina en el tratamiento de congelaciones experimentales. R. B. Lewis y P. W. Moen.
- Una valoración clínica y experimental de los materiales quirúrgicos de sutura. E. T. Madsen.
- Injertos vasculares experimentales. L. M. Nyhus, E. A. Kanar, H. G. Moore, E. J. Schmitz, L. R. Sauvage y H. N. Harkins.
- Bases anatómicas para la isquemia localizada en ciertos músculos del miembro inferior. E. A. Edwards.
- * Lesiones nodulares del pulmón. C. F. Storey, R. A. Grant y B. F. Rothmann.
- Cáncer del recto: Resultados del tratamiento. E. M. Daland y L. G. Michell.

Las radiografías en trastornos abdominales agudos.—Este procedimiento radiográfico es de gran ayuda en el diagnóstico de litiasis renal y biliar, obstrucción intestinal, ileo, peritonitis, abscesos y ruptura visceral. Muchos procesos, tales como trombosis mesentérica, ruptura del bazo, vólvulos, obstrucción litiásica, intususcepción y obstrucciones intestinales congénitas, aparecen con poca frecuencia, pero el diagnóstico precozmente realizado, hecho a través de la exploración abdominal, da al paciente unas mayores probabilidades de curación. Para un examen completo del abdomen se precisan cuatro radiografías: una radiografía alta y otra baja en posición decúbito supino, una radiografía en ortoposición y otra posteroanterior de tórax.

Polivinilpirrolidina en quemados graves.—La polivinilpirrolidina ha sido usada como tratamiento inicial por vía intravenosa en ocho casos de quemados graves. Las respuestas clínicas obtenidas han sido buenas, con mejoría de la presión sanguínea, pulso, estado toxémico y signos vitales, disminución de los valores hematocíticos y de hematies y aumento del volumen urinario con desaparición de hemoglobinuria en tres casos. No parecen haber hecho su aparición síntomas de toxicidad por la droga, ya que una aparente reacción a la infusión de la misma parece debida más bien al aumento de volumen sanguíneo con toxinas absorbidas a partir de las áreas quemadas hacia la corriente sanguínea. No obstante, debe ser tratada la disminución de la albúmina sérica con dieta adecuada, plasma intravenoso, albúmina y transfusiones de sangre, aparte de realizar injertos precoces de piel. Parece, pues, que la polivinilpirrolidina es coadyuvante valioso para el tratamiento precoz de las quemaduras.

Lesiones nodulares del pulmón.—Se discute el problema presentado por los nódulos pulmonares pequeños, solitarios, circunscritos, periféricos y asintomáticos, aportándose un total de 40 de estos casos. El nódulo se descubrió en todos los casos por el examen rutinario a rayos X. En todos los casos, menos en dos, se curó la lesión mediante su excisión. El diagnóstico usual, preoperatorio, fué tuberculoma. En siete casos (17,5 por 100) se encontró un tumor maligno. No hubo tampoco diseminaciones en ninguno de los individuos cuya lesión era tuberculosa y la terapéutica de elección es la resección de la lesión.

The Journal of the American Medical Association.

152 - 6 - 6 de junio de 1953.

- Reportaje de la medicina americana a la nación. E. J. McCormick.
- * Peligros de la lobotomía. W. Freeman.
- * Reacciones tuberculinicas atípicas. L. S. Arany.
- * Mejoría de la cefalea hipertensiva por la inyección intravenosa de tiocianato. H. Saint-Pierre, A. C. Corcoran, R. D. Taylor y H. P. Dunstan.
- * Revisión y evaluación de la terapéutica con quinidina para la fibrilación auricular. S. A. Weisman.
- * Empleo de las transfusiones intraaórticas e intracardiacas en la parada del corazón. H. E. Stephenson Jr. y J. W. Hinton.
- * Síndrome de Tietze. A. G. Motulsky y R. J. Rohn. Valores de fenol en sangre después de la aplicación tópica de preparados que lo contienen. R. Ruedemann y W. B. Deichmann.
- * Acrodermitis enteropática tratada con éxito con diodoquinina. C. J. Dillaha, A. L. Lorinez y O. R. Aavik.

- Quemaduras por radiación desde aparatos de difracción simulando infecciones. R. M. Watrous, H. W. Hodges y M. J. McAndrew.
- Cáncer renal gigante. R. R. Landes.
- Neocistostomia ureteroilear. F. J. Rack.
- Un nuevo tipo de sillón de ruedas. B. V. Klain.
- Gran supervivencia en el melanoma maligno. A. R. Galgano.
- Gran herida perforante de la cabeza y cuello por objeto romo. F. R. Black y J. K. McClintock Jr.
- Torsión del cordón espermático. C. L. Deming y B. G. Clarke.
- Neoplasias en gemelos idénticos.
- Administración parenteral por pulverizaciones a presión.
- Abuso de las pastillas de antibióticos.
- Síndrome de Kartagener.

Peligros de la lobotomía.—Discute el autor los peligros durante la operación y las secuelas indeseables de la lobotomía prefrontal (702 operaciones) y de la lobotomía transorbitaria (1.303 operaciones). Así como hay un riesgo ligeramente mayor de hemorragia fatal en la lobotomía transorbitaria, la incidencia de otras causas de mortalidad operatoria es tan baja que supone solo la mitad que en la lobotomía prefrontal. La revisión a largo plazo de los enfermos tratados con lobotomía prefrontal muestran una amplia distribución de causas de muerte no ligadas con la operación y preponderantemente de muertes por cardiopatías; por otro lado, en los casos de lobotomía transorbitaria, un gran número de muertes tardías se debe a enfermedades malignas; la explicación está en el hecho de que la lobotomía transorbitaria es una medida paliativa eficaz del dolor y sufrimientos del enfermo con cáncer terminal, mientras que la lobotomía prefrontal es una medida demasiado drástica para este propósito. Las complicaciones físicas, como hemiparesia, convulsiones e incontinencia, son diez veces mayores después de la prefrontal que tras la transorbitaria; igual proporción existe para los trastornos ulteriores de la conducta social. A causa de la alta incidencia de mortalidad y complicaciones después de la lobotomía prefrontal, se ha abandonado casi por completo el empleo de este procedimiento en los últimos tres años, llegando a ser la lobotomía transorbitaria el método de elección.

Reacciones atípicas a la tuberculina.—El autor ha observado reacciones tuberculinicas atípicas en seis casos de tuberculosis activa, que consistieron en la aparición de un área grande de eritema marcado y un área pequeña de infiltración a las veinticuatro horas y desaparición completa a las cuarenta y ocho. Estas reacciones, en general, son positivas falsas, pero, aunque raramente pueden ocurrir durante ciertas fases de la tuberculosis activa, por lo que si se encuentra este tipo de reacción en un caso de lesión pulmonar de naturaleza indeterminada, no debe interpretarse como evidencia definitiva contra el diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa.

Tiocianato intravenoso en la cefalea hipertensiva.—Los autores han realizado diecisiete inyecciones intravenosas de una solución con un gramo de tiocianato a 15 hipertensos con cefaleas refractarias a otros métodos de tratamiento. En las tres cuartas partes de ellos se apreció una notable y rápida mejoría; la incidencia y grado de la mejoría era aproximado al que se observa durante el tratamiento oral con tiocianato, pero el comienzo de la mejoría se presenta en horas en lugar de días. La dosis usada consigue concentraciones en el suero casi fijas (6-7 mg. por 100 c. c. en un adulto de 60 kilos), de forma que no son necesarias las determinaciones químicas después de inyecciones simples o espaciadas ampliamente. Como estas concentraciones son mucho menores de las que se consideran como tóxicas, no se vieron en efecto reacciones de este tipo. El mecanismo de la mejoría es oscuro, pues no depende de la disminución de la presión arterial y probablemente está relacionado con la acción semejante del ion.

Quinidina en la fibrilación auricular.—Señala el autor, en primer lugar, que debe subrayarse que la quinidina es una droga muy potente y que su empleo no

está exento de riesgo. Los estudios experimentales de la sangre y otros órganos han proporcionado una información útil sobre la acción farmacológica y duración de la absorción y eliminación para su aplicación clínica. Como una dosis cualquiera puede ser eficaz en un enfermo e inactiva o incluso tóxica en otro y como no hay un método de predecir la reacción, la seguridad del enfermo exige que la respuesta clínica individual constituya la guía de dosificación. El método más seguro lo constituye el empleo inicial de dosis pequeñas a intervalos frecuentes, con aumento gradual del volumen y número de las dosis; no es aconsejable dar más de 30 gramos (1,94 gramos) de quinidina al día. Cuando se precisan dosis altas para la restauración del ritmo sinusal normal, es extremadamente difícil o imposible mantener una regularidad durante cierto tiempo. Es esencial la digitalización previa al tratamiento con quinidina y la terapéutica digitalica ulterior de mantenimiento. El método de elección es la administración oral de quinidina; es ventajosa la vía intramuscular cuando la administración oral está contraindicada; la vía intravenosa debe reservarse a los casos de muerte inminente. Es peligroso utilizar los niveles de quinidina en sangre como un índice de la dosificación requerida, puesto que la intensidad del efecto cardíaco no puede relacionarse exactamente con la concentración de la droga en sangre.

Transfusiones intraaórticas e intracardiacas en la parada del corazón.—Comunican los autores que su experiencia con la vía intraarterial para la transfusión rápida es tan alentadora como la de otros autores. La transfusión intraarterial está indicada en ciertos casos seleccionados de parada del corazón, en los que el asistole se produce después de la exanguinación o en los que hay una repleción inadecuada del corazón. Subrayan la eficacia de la vía intraaórtica en aquellos casos en los que el cirujano ha abierto ya el abdomen o el tórax y en los que se necesita una transfusión sanguínea rápida. Discuten a continuación la transfusión intracardíaca y señalan que hasta la fecha los resultados de este procedimiento no son especialmente alentadores.

Síndrome de Tietze.—Los autores presentan dos casos de síndrome de Tietze en enfermos con Hodgkin pulmonar, asociación hasta ahora no referida. El síndrome de Tietze consiste en un proceso benigno y limitado que se caracteriza por la inflamación dolorosa y no supurada de los cartílagos costales altos, generalmente del segundo. El dolor persiste durante unos días o semanas, mientras que la hinchazón puede continuar durante meses o incluso años. Preceden o acompañan al síndrome con frecuencia, enfermedades respiratorias no tuberculosas o procesos reumáticos. Aunque su causa no es conocida, los autores sugieren que pequeños desgarros o la afectación reumatoide del inconstante ligamento externo costal interarticular pueden ser un factor importante en la etiología. El gran número de casos referidos últimamente sugiere que el síndrome no es raro y que debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de los dolores torácicos y de los tumores de la pared del tórax.

Acrodermatitis enteropática.—Los autores han observado un caso de acrodermatitis enteropática y revisan otros 20 recogidos en la literatura. La enfermedad se presenta precozmente en la vida entre tres semanas y dieciocho meses; generalmente el comienzo es insidioso, con una pequeña erupción cutánea localizada junto a uno de los orificios del cuerpo o a una extremidad; esta erupción se acompaña, o aparece poco después, de caída del pelo y trastornos gastrointestinales, que se manifiestan principalmente por diarrea. El síndrome completo lleva un curso intermitente, pero progresivo, en el que remisiones parciales aparentemente espontáneas se siguen de exacerbaciones muy graves, algunas de las cuales pueden terminar con la muerte. La terapéutica de este proceso hasta la actualidad no ha conseguido ningún éxito, y de los 20 enfermos revisados

cinco habían muerto. En el caso por ellos estudiado obtuvieron una respuesta completa y dramática a la terapéutica con diodoquina, para cuyo efecto no encuentran ninguna explicación.

152 - 7 - 13 de junio de 1953

- Rasgos clínicos y tratamiento de la hernia diafragmática. F. B. McGlone y K. C. Sawyer.
- Fibrosarcoma primario de la piel. C. Mopper.
- Alopecia leprótica: Su relación con la transmisión de la lepra. E. A. Cleve y F. W. Fruitt.
- Tratamiento de la hiperpigmentación por melanina. A. B. Lerner y T. B. Fitzpatrick.
- Peritonitis por meconio. H. M. Olinick y M. B. Hatcher.
- Problemas clínicos relacionados con el tratamiento de las infecciones con antibióticos. W. W. Spink.
- Lesiones cráneocerebrales. W. R. Lipscomb.
- Cambios en los electrolitos en un caso de intoxicación por parathion. J. W. Annis y J. W. Williams.
- Administración parenteral de tripsina. I. Innerfield, A. Angrist y A. Schwarz.
- Empleo de tripsina intravenosa en una herida por arma de fuego. G. I. Cetrulo.
- Hipersensibilidad intensa al ácido para-aminosalicílico simulando mononucleosis o hepatitis. M. R. Lichtenstein y W. Cannemeyer.
- Ulceración de la piel consecutiva al empleo intravenoso de arterenol. J. F. Uricchio, D. G. Calenda y F. B. Cutts.
- Complicaciones neurológicas consecutivas al empleo de efocaine. S. K. Shapiro y D. D. Norma.
- Arañadismo tratado con cortisona. Z. Maretic.
- Instrumento para el registro continuo de la temperatura del cuerpo. R. M. Weiss y C. B. Ripstein.
- Hepatitis viral.

Tratamiento de la hiperpigmentación melánica.—De 84 enfermos con pigmentación melánica aumentada tratados con el éter monobenzoilo de la hidroquinona al 20 por 100 (benoquin), 64 mostraron una buena respuesta clínica después de un tratamiento de dos a seis meses; 11 enfermos (13 por 100) se hicieron sensibles y desarrollaron una dermatitis local, pero, sin embargo, siete de ellos habían tenido un efecto terapéutico excelente antes de adquirir la sensibilidad. Los resultados obtenidos en los enfermos tratados directamente por los autores, demuestran que el benoquin es muy eficaz en el lentigo generalizado, nefelides, hiperpigmentación por fotosensibilización consecutiva al uso de ciertos perfumes y en el melasma (Addison); el tratamiento tuvo un éxito moderado en el melasma del embarazo y tuvo poco o ningún valor en las manchas de café con leche y en los nevi pigmentados. Otros autores han comunicado buenos resultados en el melasma del embarazo y en la hiperpigmentación postinflamatoria, y solo una discreta mejoría en las manchas de café con leche. Terminan diciendo que las pecas de intensidad leve o moderada no deben tratarse con benoquin, puesto que estas lesiones desaparecen en general espontáneamente durante el invierno y la incidencia de sensibilización a la droga es relativamente alta.

Administración parenteral de tripsina.—El propósito de este trabajo es presentar las observaciones clínicas basadas en 6.456 infusiones de tripsina realizadas en 538 enfermos. Se produjo una rápida desaparición de todos los signos y síntomas de inflamación aguda en el 94,3 por 100 de los enfermos. Consideran los autores, como verosímil, que la tripsina activa un sistema de enzimas naturales, que participan en la determinación del grado al cual ha de desaparecer el proceso inflamatorio, permitiendo que se proceda a la curación; la tripsina, pues, altera la reacción del huésped a la injuria. El aumento de la reacción del huésped, iniciada por la tripsina, comprendería diversos factores: Aumento de la fagocitosis de superficie e intravascular, aumento de lisis de bacterias liquificadas, disminución de la viscosidad de todos los líquidos tisulares, lisis de los trombos intralinfáticos, disolución de las barreras de fibrina en las áreas de inflamación aguda, liquefacción de los trombos capilares constituidos por masas de leucocitos y plaquetas y mejoría de los efectos metabólicos en las áreas de inflamación aguda, esto es, aumento de la concentración de hidrogeniones e inhibición de la glicolisis anaerobia. La lisis de los trombos capilares supone la restauración de la continuidad me-

tabólica con el resto del organismo y el resultado final es la supresión de los signos y síntomas de la inflamación aguda; el ritmo al que se producen las reacciones bioquímicas activadas proteolíticamente, determina en gran medida la velocidad de desaparición de la reacción inflamatoria aguda. Concluyen los autores que desde un punto de vista terapéutico, la tripsina juega un papel significativo en la catálisis de las secuencias enzimáticas que aumentan la reacción del huésped a la injuria.

Tripsina intravenosa en una herida por arma de fuego.—Refiere el autor un caso de herida por arma de fuego del brazo, con fractura del húmero y gran supuración. Instituyó, además del tratamiento adecuado de la lesión, una terapéutica con tripsina intravenosa (50.000 unidades en 200 c. c. de suero fisiológico, en inyección lenta diaria), que consiguió una rápida desaparición del edema y curación de la herida, que puede atribuirse a la acción digestiva de la tripsina, por un lado, con proteolisis del tejido necrótico y supresión de un medio de cultivo para las bacterias, por otro a la acción anticoagulante y, por otro, a la apertura de vías de aporte y excreción en el área desvitalizada.

152 - 8 - 20 de junio de 1953

- Medicina actual. Fines y responsabilidades. E. V. Allen-Gulás para la terapéutica óptima en la meningitis bacteriana. H. E. Alexander.
 Tatuaje del nervus flammeus para le camuflaje permanente. H. Conway.
 * Miliaria. W. B. Shelley.
 Exito en la resección de un aneurisma de la aorta torácica y sustitución por un injerto. M. E. DeBakey y D. A. Cooley.
 Diagnóstico radiográfico de la calcificación en el carcinoma de mama. J. Gershon-Cohen, H. Ingleby y M. B. Hermel.
 * Cardiopericardiopexia en el tratamiento de la enfermedad coronaria. S. A. Thompson y A. Plachta.
 * Hipercolesterinemia. D. A. Sherber y M. M. Levites.
 Ligadura de las arterias hepática y esplénica en la cirrosis con ascitis. W. F. Rienhoff y A. C. Woods Jr.
 Fracaso de la gammaglobulina de convalecientes para proteger contra la hepatitis por suero homólogo. M. E. Drake, J. A. Barondess, W. J. Bashe Jr. y R. B. Fennell.
 Peligro de la inyección de proteínas de cristalino de pescados como tratamiento de la catarata. G. M. Breinin.
 * Trombosis de la vena renal en infantes. H. Warren, M. Birdsong y R. A. Kelley.
 * Endocarditis estafilocócica tratada con neomicina. C. E. Reed y E. A. Wellman.
 * Neuralgia del glosofaríngeo con síntope y convulsiones. P. L. Richburg y C. E. Kern.
 * Crisis tabáticas tratadas con corticotropina. A. L. Werner y H. R. Mendelsohn.
 Metahemoglobinemia consecutiva a la absorción de nitrato sódico. I. H. Rozenfeld.
 Tratamiento no quirúrgico de la catarata según Shropshire. Comité oftalmológico de la sección de ciencias médicas del National Research Council.
 Una historia médica de pescados.
 Nutrición y apoenzimas.
 El virus de la verruga vulgar.

Miliaria.—Declara el autor que como resultado de la investigación clínica y de laboratorio reciente, es posible integrar nuestro conocimiento sobre los trastornos obstrutivos de las glándulas sudoríparas. La miliaria es el término genérico para las alteraciones cutáneas que se producen cuando queda detenido el sudor en el conducto de la glándula por obstrucción de su porción terminal. Los cuatro tipos de miliaria, estas, cristalina, rubra, pustulosa y profunda, dependen de la profundidad a la cual queda detenido el sudor. El diagnóstico se basa en el conocimiento correcto de vesículas, pústulas o pápulas, con o sin eritema, que aparecen dramáticamente cuando se provoca sudoración. La miliaria secundaria de todos los tipos se presenta corrientemente en las áreas de dermatitis en enfermos con medio ambiente cálido y, como tal, es el factor primordial en el brote y naturaleza crónica de la enfermedad cutánea durante el verano. El tratamiento es específico y eficaz y consiste en utilizar todas las medidas que reduzcan la sudoración; la terapéutica tópica y sistemática no tiene valor específico.

Cardiopericardiopexia en la enfermedad coronaria.—Decidieron los autores realizar dicha operación en 57 enfermos, la mayor parte de los cuales se encontraban en estado terminal, eran fracasos médicos y estaban completamente incapacitados; nada tenían que perder con la operación y muy pocos de ellos eran riesgos quirúrgicos satisfactorios. A pesar de estos handicaps, solo tuvieron una mortalidad del 12 por 100. De los 50 supervivientes, salvo cinco (10 por 100), los restantes mejoraron más de un 50 por 100 y de ellos 20 más de un 75 por 100. Creen haber conseguido con esta operación, además de la mejoría del enfermo, una prolongación del tiempo de vida; en primer lugar, porque la supervivencia media desde la aparición de los síntomas en los enfermos no operados viene a ser de cuatro a cinco años y en su grupo fué de nueve y medio, y en segundo lugar, por tratarse de enfermos en estado terminal, de los que no podía esperarse que vivieran mucho.

Hipercolesterinemia.—En una revisión de la colesterina del suero en 960 enfermos consecutivos, el 13,7 por 100 tenía cifras superiores a 300 mg. por 100 c. c. El 69,5 por 100 de ellos tenían enfermedades cardiovasculares y diabetes el 20,7 por 100. El análisis de los datos revela que el valor medio de colesterina aumenta con cada decenio y de igual manera la hipercolesterinemia; entre el quinto y sexto decenio la incidencia de hipercolesterinemia es mayor en las mujeres (posible papel del ovario). Refieren el efecto de un complejo polisorbato 80-colina-inositol (monichol) sobre la colesterina del suero y yodo ligado a proteínas y la eliminación urinaria de colesterina, 17-cetoesteroídes y esteroides formaldehidogénicos en 16 enfermas con hipercolesterinemia. En todos menos en una se vió un descenso significativo de la colesterina del suero asociado con aumento de la eliminación total por la orina de colesterina y esteroides formaldehidogénicos, sin modificación en los 17-cetoesteroídes. Tales cambios no se apreciaron en un enfermo con Addison e hipercolesterinemia o en los sujetos normocolesterinémicos.

Ligadura de las arterias hepática y esplénica en el tratamiento de la cirrosis con ascitis.—Los autores han operado 23 enfermos, en los que hicieron la ligadura de las arterias hepática común y esplénica. La mortalidad total fué del 30,4 por 100, ninguno de ellos por necrosis hepática. Sus resultados indican que se produce el mayor beneficio por dicha operación solo en los enfermos con ascitis intratable; cuando se ligan las arterias hepática común, esplénica y gástrica izquierda para evitar hemorragias ulteriores por varices esofágicas, los resultados fueron equivocados y no tan favorables como los obtenidos en los enfermos sólo con ascitis.

Trombosis de la vena renal en infantes.—Los autores describen dos casos de trombosis renal en infantes y con este motivo subrayan la frecuencia con que dicho proceso se desarrolla en los dos primeros meses de la vida. En los dos niños no se encontraron los factores predisponentes clásicos y piensan en la posibilidad de una anomalía vascular congénita de la vena renal que condujera a la oclusión. Aconsejan la intervención por vía lumbar, extirpándose el riñón enfermo en los dos niños con curación.

Endocarditis estafilocócica tratada con neomicina.—Refieren los autores el caso de una enferma embarazada de veinticuatro años, complicando a una carditis reumática activa y neumonía reumática. No se modificó el curso, a pesar de tratamientos sucesivos con diversos antibióticos; tres hemocultivos y un médulocultivo permitieron aislar un germen identificado como *micrococcus epidermidis* (*staphylococcus epidermidis*), que demostró ser resistente a todos los antibióticos, excepto a la neomicina. La enferma curó después de la administración prolongada de este antibiótico.

Neuralgia glosofaringea con síncope y convulsiones. Presentan los autores un caso de dolores típicos de neuralgia glosofaringea, acompañada de bradicardia y períodos de inconsciencia, frecuentemente con convulsiones. Señalan que los centros autonómicos cerebrales que regulan los sistemas cardiovascular y respiratorio reciben impulsos aferentes desde diversos puntos del organismo, aunque los estímulos procedentes del seno carotídeo son especialmente importantes en la regulación de la presión arterial y del ritmo cardiaco. En la inervación del seno carotídeo intervienen el glosofaringeo, junto quizás con el vago, hipogloso y simpático cervical, habiéndose recomendado la sección intracraneal del glosofaringeo para la curación del síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo. Presumen que durante los ataques de neuralgia, el glosofaringeo y sus vías centrales están bombardeados con una intensa sobrecarga de impulsos aferentes, pasando a través de los centros autonómicos del cerebro a alcanzar la vía del vago, que provoca la bradicardia y el descenso de la presión arterial, llegando a producir la isquemia del cerebro, ocasionándose síncope y convulsiones, de igual forma que en el síndrome del seno carotídeo. Han demostrado que la atropina suprime la respuesta vagal, aunque no afecta a la neuralgia; esta droga y sus derivados pueden utilizarse, al menos temporalmente, para evitar el síncope y las convulsiones, al igual que la anestesia tópica, con el fin de que el enfermo pueda alimentarse e impedir la deshidratación y pérdida de peso; puede también controlarse el síndrome durante intervalos breves por el bloqueo procáfmico del glosofaringeo y vago del lado afecto. La curación permanente se realiza con facilidad por la sección intracraneal del glosofaringeo y de los dos filamentos superiores del vago. La operación es tan sencilla y segura que creen no debe demorarse en ningún caso.

Crisis tabéticas tratadas con ACTH.—Haciendo la salvedad de que no puede excluirse la posibilidad de la cesación espontánea de las crisis tabéticas, los autores recalcan que el enfermo objeto de esta comunicación tuvo una crisis previa que duró trece días, resistiendo a todos los tratamientos y que en la actual se decidió el tratamiento con ACTH cuando ya llevaba ocho días. El tratamiento con ACTH intravenosa consiguió la supresión total de la crisis. Consideran que debe ensayarse este tratamiento en más enfermos con crisis tabéticas e incluso en otras manifestaciones agudas de la tabes dorsal.

152 - 9 - 27 de junio de 1953

- * Hematies como fuente de proteínas para uso parenteral. N. O. Calloway y F. H. Mowrey.
- Retraso mental en niños. A. Levinson y C. Goldenberg.
- Plan de servicio médico directo en la industria hotelera. F. P. Guidotti.
- Efecto de la estreptomicina en la tuberculosis sinovial de la rodilla. W. S. Smith y R. W. Bailey.
- Significación de los ataques de gran mal desarrollados en enfermos de más de treinta y cinco años. L. Berlin.
- Selección de un procedimiento para descubrir las hemorragias ocultas en las heces. A. I. Mendeloff.
- Empleo de hipnóticos en ancianos y seniles. P. R. A. May y F. G. Ebaugh.
- Anestesiología como ayuda a otros campos de la práctica médica. J. S. Lundy.
- Corticotropina y cortisona en el prurito anogenital intractable. R. Turell.
- Hemiplejia por feocromocitoma. W. R. ReMine, J. E. Estes Jr., M. B. Dockerty y J. T. Priestley.
- Síndrome del lóbulo medio producido por cuerpo extraño en el tercio inferior del esófago. A. R. Valle y W. A. Cloutier.
- Quistes sebáceos. S. Gross.
- Receptáculo sencillo para el drenaje con tubo en T. J. R. Watson.
- Aislamiento de virus Coxsackie de enfermos con pleuroditia epidémica. O. T. Thordarson, B. Sigurdsson y H. Grimsson.
- Anemias hipoplásicas y síndromes relacionados causados por idiosincrasia a drogas. E. E. Osgood.
- Hemodialisis en el tratamiento de la intoxicación barbitúrica.
- Reacciones a drogas.

Hematies como fuente de proteínas.—Los autores han realizado transfusiones de hematies en ocho enfermos

de cirrosis hepática, cirrosis cardíaca y síndrome nefrótico, con el fin de averiguar si tenían valor para utilizarlos como fuente de proteínas. Sus estudios demuestran que tras las transfusiones aumenta la proteinemia y se hace positivo el balance de nitrógeno. Llegan a la conclusión de que la hemoglobina puede transformarse en proteínas del suero. No se observaron efectos colaterales en ninguno de dichos enfermos.

estreptomicina en la tuberculosis sinovial de la rodilla.—Los autores presentan cinco casos de tuberculosis sinovial de la rodilla, confirmada por la demostración de bacilos tuberculosos en el líquido sinovial. Han tratado todos los enfermos con estreptomicina intramuscular durante noventa a ciento veinte días. Encuentran que ejerce un efecto beneficioso sobre dicho proceso y el hecho de que no se aprecie tiempo después lesiones osteocartilaginosas por radiografía o biopsia, indicaría que la droga suprime la infección en el interior de la sinovial. Se requieren estudios ulteriores a largo plazo para saber si la curación es completa y en el caso de ser incompleta, si traumas mínimos consecutivos al continuo movimiento podrían provocar una exacerbación.

Significación de los ataques de gran mal presentados en enfermos de más de treinta y cinco años.—Revisa el autor 125 enfermos cuyos ataques de gran mal comenzaron a partir de los treinta y cinco años; estos enfermos no tenían anormalidades significativas en su estado neurológico, líquido cefalorraquídeo o radiografías del cráneo al comienzo de los ataques. La observación durante cuatro o cinco años no mostró, en el 53 por 100, evidencia de degeneración progresiva o lesión destructiva del cerebro; solo cinco de 58 enfermos tenían pruebas psicológicas que sugerían una enfermedad estructural del cerebro y otros cuatro demostraron trastornos similares durante el examen clínico mental. La hipertensión, los traumatismos cerrados del cráneo y el alcoholismo contribuyeron al desarrollo de los ataques en el 32,5 por 100 de estos enfermos. En este grupo no se descubrieron tumores cerebrales, aunque fueron realizados 53 neumocefalogramas y tres ventriculogramas, que solamente revelaron cuatro lesiones atróficas consecutivas a traumatismos, ataques intratables y una trombosis cerebral que se produjo a los catorce años del comienzo de los ataques. Aproximadamente, el 85 por 100 de los enfermos con ataques por tumores cerebrales, presentaban ataques jacksonianos u otros signos de lesión focal en el espacio de un año desde el comienzo de los ataques; menos de 10 por 100 de tumores cerebrales producen ataques de gran mal durante más de un año sin anormalidades en el examen clínico, en el líquido cefalorraquídeo o en la radiografía. En este estadio del desarrollo de un tumor cerebral, cuando los ataques de gran mal son la única indicación de un tumor, parece inverosímil que puedan revelar el tumor los procedimientos diagnósticos actuales de neumocefalografía, ventriculografía y arteriografía; deben seguirse cuidadosamente estos enfermos para descubrir cualquier cambio antes de que se aprecie una lesión ocupante de espacio. De todas formas, hay que reconocer que por lo menos en el 50 por 100 de los enfermos con ataques de gran mal sin otros hallazgos anormales, no presentarán lesiones destructivas del cerebro y podrán seguir un largo curso sin deterioro cerebral.

ACTH y cortisona en el prurito anogenital intractable.—Señala el autor que la ACTH, cortisona e hidrocortisona como tratamiento exclusivo del prurito anogenital intenso, es útil en los enfermos con prurito agudo; en estos enfermos suspende o revierte el proceso, proporcionando al enfermo una rápida mejoría y permitiendo al proctólogo el empleo de medidas eficaces y racionales para controlar las causas fundamentales o precipitantes del prurito. Este método de tratamiento es también útil en los casos de prurito anal crónico intractable; ha observado que los enfermos que responden a la ACTH o corticoides suprarrenales, lo

hacen también al tatuaje de la piel afecta con sulfuro de mercurio, por lo que emplea dichas hormonas para saber si la respuesta al tatuaje será o no permanente. Los enfermos con prurito, pero sin lesiones cutáneas asociadas, no responden a la terapéutica hormonal y solo erráticamente aquellos con piel "seca" liquenificada.

Aislamiento de virus coxsackie de enfermos con pleurodinia epidémica.—Señalan los autores que desde abri- a agosto de 1951 hubo una amplia epidemia de pleurodinia en Reykjavik, con un total de 252 casos en esta población. Se estudió en 15 enfermos la presencia en las heces de virus Coxsackie y pudo aislárse en nueve de ellos; las pruebas de neutralización con sueros pareados de siete enfermos indicaron que por lo menos seis de ellos habían sido infectados con un virus idéntico o similar. Concluyen que sus observaciones apoyan el punto de vista de que la pleurodinia epidémica está causada por virus del grupo Coxsackie.

A. M. A. Archives of Pathology.

56 - 2 - 1953

- Estudio comparativo de la reacción a la injuria. H. G. Schlumberger y D. H. Burk.
- Efecto de la inyección a ratas de tejido renal homólogo mezclado con coadyuvantes o estreptococos. E. Middleton, E. B. Middleton y B. C. Seegal.
- Envenenamiento con dicromato potásico y envenenamiento repetido con nitrato de uranilo. F. C. Bauer, E. F. Hirsch, L. Carbonaro y G. C. Johnson.
- Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar (síndrome de Bland-White-Garland). J. V. Denko y C. S. Hagerty.
- Cultivo de virus. M. Sanders, I. Kiem y D. Lagunoff.

Efecto de la inyección de tejido renal homólogo.—No se desarrolla glomerulonefritis en ratas inyectadas intramuscular o subcutáneamente con tejido renal homólogo y coadyuvantes de Freund. Los animales controles, que reciben inyecciones de coadyuvantes de corazón y placenta homólogos, tampoco padecieron lesiones cardíacas o renales. Tampoco aparecieron lesiones de glomerulonefritis en ratas que reciben inyecciones intraperitoneales con mezclas de tejido renal homólogo y estreptococos hemolíticos del grupo A. La simultánea administración de acetato de desoxicorticosterona y ClNa a los animales que reciben coadyuvante renal o mezclas de riñón y estreptococos no modifica los resultados. Del mismo modo, el uso de diferentes tipos serológicos de estreptococos del grupo A en inyecciones sucesivas con tejido renal homólogo no evoca las lesiones de glomerulonefritis. Con la técnica empleada fué imposible demostrar precipitinas para los tejidos renal, cardíaco y placentario homólogos. Las lesiones histopatológicas aparecidas en estas condiciones no parecían en relación discernible con el procedimiento experimental usado.

Diseases of the Chest.

23 - 4 - 1953

- * Técnicas biopsicas en el diagnóstico de lesiones intratorácicas. C. F. Storey y B. M. Reynolds.
- Detección de anomalías cardíacas por la práctica del examen en masa del tórax por rayos X. G. H. Fowen.
- Variaciones en la actividad de la beta-glucuronidasa de los derrames pleurales tuberculosos. S. H. Yawrense.
- Enfisema mediastínico después de la tonsilectomía. J. J. Silverman, T. J. Talbot y R. W. McClean.
- Relación del carcinoma y del enfisema quístico congénito pulmonar. E. Korol.
- Enfisema pulmonar y fibrosis. S. S. Altshuler, F. S. Preuss, F. G. Drischel y J. E. O'Hare.
- Drenaje postural segmentario en la enfermedad pulmonar. I. J. Kane.
- Toracoplastia en un tiempo usando un molde adhesivo. W. G. Trapp.
- El mecanismo de la curación de las enfermedades pulmonares. H. A. Zaki y A. Rida.
- Sarcoidosis: Tratamiento con cortisona, ACTH y uretano. M. F. Koszalka y A. C. Fortney.
- Neumonia de células lipoides: Aportación de un caso. J. M. Miller y M. Ginsberg.

Técnicas biopsicas en lesiones intratorácicas.—No se puede emprender el tratamiento ideal de las lesiones intratorácicas sin un diagnóstico histológico exacto. El papel de la biopsia broncoscópica y esofagoscópica de las lesiones torácicas ha sido firmemente establecido hace tiempo y la necesidad de la exploración por toracotomía temprana en el diagnóstico y tratamiento de los infiltrados unilaterales sólidos sospechosos de carcinoma broncogénico ha sido ampliamente aceptado en los pasados años. Pero existen otras técnicas para el estudio de las enfermedades intratorácicas cuyo uso no parece haberse generalizado, incluyendo: a) Resección de la grasa profunda cervical y de los ganglios en ella incluidos. b) Biopsia mediastínica durante la toracotomía; y c) Biopsia del pulmón por la toracotomía a cielo abierto. Los autores han usado estas técnicas en una serie apreciable de casos y prácticamente en cada caso ha sido posible establecer un diagnóstico histológico definido. Los procedimientos tienen una morbilidad ocasional mínima y ninguna mortalidad. Presentan casos que ilustran cada uno de los tres métodos.

Cáncer y enfisema quístico congénito.—Se refieren 10 casos de carcinoma del pulmón en la edad media de la vida coexistente con enfisema quístico congénito, seguidos durante un período superior a trece años. En el mismo período de tiempo se estudiaron 60 casos de enfisema pulmonar difuso complicando el asma bronquial e infecciones del pulmón. Una revisión bibliográfica descubrió 45 casos (por 100) de cáncer pulmonar entre 500 personas de todas edades con enfisema quístico congénito, siendo la frecuencia del 1,5 por 100 en autopsias de adultos de la población general. En el enfisema quístico, el carcinoma aparece a una edad más temprana y con una frecuencia significativamente mayor que en la población general.

Enfisema pulmonar y fibrosis.—En 37 enfermos con enfisema pulmonar y fibrosis, o ésta sola, los síntomas destacados son disnea, cianosis y tos. El hallazgo principal al examen es el tórax en forma de barril con excepción respiratoria limitada, hipersonoridad a la percusión, hipertrofia de los músculos auxiliares de la respiración y disminución de la función pulmonar. Las radiografías son típicas y muestran aumento de la aireación y fibrosis o sólo ésta. La revisión de los hallazgos de autopsia revelan la presencia simultánea de enfisema y fibrosis en casi todos los casos. El enfisema compromete ambos pulmones difusamente en la forma vesicular, o en la forma irregular, o se hallan grandes quistes aéreos en la forma bulbosa. Las complicaciones frecuentes son las neumopatías recidivantes, la hipertensión del círculo menor con aterosclerosis pulmonar y cor pulmonale, neumotórax espontáneo y trastornos cerebrales. No se conoce causa específica de estos trastornos. El tratamiento es poco satisfactorio y se limita a aliviar los síntomas, siendo el oxígeno el recurso más efectivo. Para mejorar la disnea pueden usarse el neumoperitoneo artificial y las fajas abdominales, siendo reservada la intervención quirúrgica para los casos con una o más bullas gigantes, consistiendo la operación en resección o drenaje de la bulla.

Toracoplastia en un tiempo con molde adhesivo.—El autor ha luchado contra la respiración paradójica postoperatoria mediante la utilización de un molde, practicando toracoplastias en un sólo tiempo. La técnica ha sido utilizada con éxito en diferentes circunstancias, habiéndose conseguido la curación de numerosas lesiones situadas debajo del molde, con negativización de los esputos. El colapso obtenido parece más completo que cuando se resecan un número equivalente de costillas en varios tiempos. Los enfermos se entusiasman con la perspectiva de la intervención en un solo tiempo y se ahorrarán dos operaciones y dos meses y medio de hospitalización.

Sarcoidosis.—Se presenta un caso de sarcoidosis complicado con cor pulmonale y trombosis de la arteria pul-

monar. El tratamiento empírico con ACTH, cortisona y uretano fracasó clínicamente para evitar la evolución fatal, pero la autopsia no reveló ninguna lesión activa de sarcoidosis. La presencia de gran cantidad de tejido cicatricial y colágeno se considera como proceso en curación o curado que aconteció espontáneamente sin ser afectado por el tratamiento o inducido por la terapéutica hormonal o por el uretano. No obstante, se necesitan estudios para el conocimiento de la acción de estos productos en la fase precoz de la enfermedad.

The Quarterly Journal of Medicine.

21 - 84 - 1953

- * La base hemodinámica de los síntomas y signos en la valvulopatía mitral. G. Wade, L. Werkö, H. Eliasch, A. Gidlund y H. Lagerlöf.
- * Factores en la etiología de la glomerulosclerosis diabética. G. F. M. Hall.
- * Las alteraciones articulares y de otras partes de los miembros en la acromegalía. J. H. Kellgren, J. Ball y G. K. Tutton.
- * Las alteraciones metabólicas en la degeneración hepato-lenticular. W. B. Matthews, M. D. Milne y M. Bell.
- * El mantenimiento del neumotórax artificial. W. C. Harris, F. C. Poole y A. W. Anderson.

La base hemodinámica de los síntomas y signos en la valvulopatía mitral.—Los autores realizan estudios hemodinámicos con determinación de las presiones intracavitarias en 49 enfermos mitrales. Encuentran una relación inversa entre la tolerancia al ejercicio y las presiones arterial y capilar. La elevación alta y precoz de la presión capilar pulmonar en la sistole es indicio de insuficiencia valvular; se encontró en los que tenían soplo sistólico rudo, pero también en algunos sin soplo sistólico ni dilatación ventricular. El refuerzo del segundo tono pulmonar no es paralelo al grado de hipertensión pulmonar. Tampoco existe paralelismo entre ésta y la dilatación de la aurícula izquierda. La onda P ancha y bifida se debe probablemente a hipertrofia de la aurícula izquierda.

Factores en la etiología de la glomerulosclerosis diabética.—El trabajo está fundado en el estudio anatómico de 120 diabéticos. De ellos, 45 presentaban glomerulosclerosis. De 100 testigos no diabéticos, solamente en uno se halló una lesión similar. La lesión es 1,5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y aparece muy raramente en personas de menos de cuarenta años. La hipertensión y la arteriolosclerosis renal no pueden considerarse como factores etiológicos, aunque muchas veces coexisten. La glomerulosclerosis se presenta tanto más frecuentemente cuanto mayor es la duración de la diabetes, lo mismo en las diabetes graves que en las de menor cuantía. No se ha observado ninguna relación con la amiloide ni con la cirrosis hepática. El trastorno no se encuentra limitado a los glomerulos, sino que debe considerarse como una manifestación de una degeneración vascular generalizada de los diabéticos.

Las alteraciones articulares y de otras partes de los miembros en la acromegalía.—Ya en la descripción de MARIE figuraban las molestias reumáticas de los enfermos de acromegalía. Los autores han estudiado 25 enfermos y sostienen que las alteraciones articulares constituyen una entidad definida. Sin embargo, las manifestaciones son variables: unas veces, se trata de proliferaciones de los rebordes óseos, que dificultan la mecánica articular; más frecuente, es el crecimiento del cartílago articular y de las partes blandas, con remodelamiento del hueso, que a veces incluso presenta atrofia, asociada con ulceraciones del cartílago e incluso con reblandecimiento de los ligamentos articulares. Todo ello origina un cuadro de inestabilidad articular, dolores y derrames recidivantes. Lesiones del nervio mediano se hallaron en tres casos y en uno existía una compresión de los nervios en el canal del carpo. Es muy frecuente el engrosamiento de las arterias y la mayoría de los en-

fermos de más de cuarenta años son hipertensos. Probablemente existe en la acromegalía una alteración cualitativa de los tejidos conectivos que favorecen el crecimiento óseo y que explica que la hialuronidasa no facilite la difusión en la piel acromegálica.

Las alteraciones metabólicas en la degeneración hepato-lenticular.—En la degeneración hepato-lenticular existe un trastorno del metabolismo del cobre y otro de los aminoácidos. Los autores han tratado de profundizar en ambos trastornos, estudiando dos casos de la enfermedad. La eliminación excesiva de aminoácidos en la orina se demuestra que se debe a un defecto de los tubos renales, comparando las concentraciones de aminoácidos en la sangre y orina y el aclaramiento de nitrógeno aminoácido después de la ingestión de glicina y alanina. La eliminación urinaria de cobre es excesiva y aumenta por la inyección de BAL y por la de un complejo orgánico de cobre, llamado cuprelona, o por la ingestión de gran cantidad de glicina o alanina. Existe un aumento de la reserva tisular de cobre y una alteración en la función renal relativa al cobre. El trastorno metabólico de la degeneración hepato-lenticular es resultado de un factor hereditario recesivo.

El mantenimiento del neumotórax artificial.—No existe acuerdo sobre el tiempo óptimo de mantenimiento del neumotórax artificial en la colapsoterapia de las lesiones pulmonares tuberculosas. Los autores creen que muchas veces son excesivos los tiempos de mantenimiento del neumotórax y comunican los datos de 279 enfermos, a los que practicaron 315 neumotórax durante un tiempo medio de tres años y once meses, siendo en 75 el tiempo superior a cinco años. Se deduce de los datos que en las lesiones cavitarias el tiempo óptimo de mantenimiento es de tres años, siendo suficiente un tiempo menor para las lesiones no cavitadas. Los neumotórax defectuosos, aun mantenidos poco tiempo, tienen un efecto desfavorable sobre el resultado final.

The Practitioner.

170 - 4 - 1953

- Móderno concepto de alergia. F. M. Rackemann.
- * Estado actual del tratamiento de desensibilización en las enfermedades alérgicas. D. Harley.
- * Cortisona, ACTH y reacción alérgica. W. B. Sherman.
- * Drogas antihistamínicas en el tratamiento de las enfermedades alérgicas. A. W. Fankland.
- * Valor clínico de las pruebas cutáneas en las enfermedades alérgicas. S. B. Pearson.
- * Infecciones respiratorias altas y sus relaciones con la alergia. C. Hamblen-Thomas.
- * Sensibilidad natural y adquirida a las drogas. G. Discombe.
- * Algunos aspectos psiquiátricos del asma. D. Leigh.
- * Tratamiento del climaterio. W. Hunter.

Estado actual del tratamiento de desensibilización en las enfermedades alérgicas.—La desensibilización progresiva es el mejor tratamiento de los estados alérgicos que hoy en día tenemos, a no ser en los pocos casos en que se pueda evitar que el sujeto siga en contacto con el alergeno.

Define el autor la desensibilización como un método terapéutico inmunológico que permite que los tejidos del paciente sean cada vez menos sensibles al alergeno hasta que se puedan poner en contacto con él sin que esto provoque los síntomas de una reacción alérgica.

Hablan de la desensibilización específica e inespecífica, ocupándose principalmente de la primera. Llaman la atención sobre la importancia que en ese tipo de tratamiento tiene la especial pericia del médico, ya que las causas de fracaso suelen ser errores de éste, un diagnóstico específico mal hecho o la utilización de extractos del alergeno ineficaces.

Si el diagnóstico está bien hecho, el tratamiento bien llevado y con unos extractos eficaces, se obtienen un 75 por 100 de mejorías en asmas no complicados, rinitis alérgicas, urticaria y edema angioneurótico. Es muy

importante reconocer otros factores asociados al alérgico como los infecciosos, endocrinos, psíquicos, etc., y hacerlos también intervenir en el tratamiento.

ACTH y cortisona en la reacción alérgica.—De todos los elementos a nuestro alcance para inhibir la acción alérgica, sin duda alguna los más eficaces son el ACTH y la cortisona. La actuación de éstos no se hace corrigiendo una deficiencia humoral, primero, porque ésta no existe, y segundo, porque las dosis necesarias para inhibir el paroxismo alérgico son mayores que las que se utilizan cuando hay una deficiencia humoral. La actuación de estos elementos se hace por medio de la creación de una situación de hiperadrenalismo, que no se suele llegar a manifestar clínicamente.

Las dosis a emplear de cortisona varían entre 100 y 200 mg. diarios, por vía oral o intramuscular, y de ACTH de 40 a 100 si se emplea la vía intramuscular y de 10 a 20 por vía intravenosa.

Naturalmente estas drogas, al inhibir el paroxismo alérgico, sólo hacen un tratamiento sintomático y, por tanto, fugaz. Por tanto, hay que continuar con otro tratamiento de fondo.

Los posibles efectos que estas drogas pudieran tener a largo plazo sobre el sistema hormonal, aún no han sido bien estudiados; pero, no obstante, se considera que no se debe tratar a un enfermo más de dos o tres semanas, a no ser que se trate de un caso de verdadera necesidad, como un asma intratable por otro procedimiento o una periarteritis nodosa.

Valor clínico de las pruebas cutáneas en las enfermedades alérgicas.—Las pruebas cutáneas demuestran la existencia de un mecanismo antígeno-anticuerpo que, según el autor, no ha de estar vinculado forzosamente a la existencia de sintomatología alérgica. Pensa que no se debe poner gran ilusión en estas pruebas, ya que en muchos casos pueden ser insatisfactorias. La historia clínica del enfermo es el dato de más valor que tenemos en el diagnóstico específico de la alergia.

Los tests con alergenos de inhalación (asma, fiebre del heno, rinitis) pueden ser muy útiles. En las sensibilizaciones alimenticias o medicamentosas suelen ser de muy poco valor. Tests a las bacterias son raramente usados, excepto las reacciones de V. Pirquet, Cassoni y Frei. Pensa el autor que una de las causas del poco valor de estas pruebas es la poca pureza con que se obtienen los principios activos de los supuestos alergenos.

No hay que olvidar que frecuentemente hay otros factores además del alérgico, como son infecciones secundarias, desórdenes emocionales y otros no bien conocidos.

Concluye el autor afirmando que, como tantos otros datos de laboratorio, los tests cutáneos sólo pueden ser valorados en relación a otros hallazgos clínicos.

British Medical Journal.

4.822 - 6 de junio de 1954

- Hechos y fantasías sobre el cáncer de pulmón. D. W. Smithers.
- Factores en la mortalidad de los traumatismos cerrados del cráneo. W. Lewin.
- * Resistencia a la estreptomicina después del tratamiento con PAS. F. W. A. Turnbull, A. T. Wallace, S. Stewart y J. W. Crofton.
- * Tratamiento con PAS de la tuberculosis pulmonar primaria. R. McL. Todd.
- * Incidencia de lengua negra en el tratamiento antibiótico. W. Tomaszewski.
- Tumores renales. R. Shackman y O. Daniel.
- * Ulcera péptica en mujeres. D. H. Clark.
- Granuloma inguinal en Escocia. A. G. Fergusson y G. B. S. Roberts.
- Pirimetamina en la malaria vivax. J. Singh, A. P. Ray, P. C. Basu y B. G. Misra.
- * Bocio e hipotiroidismo desarrollados durante el tratamiento con PAS. H. T. Davies y H.-J. B. Galbraith.
- Poliarteritis nodosa presentada como diabetes mellitus aguda. G. F. French.

Estreptomicin-resistencia en enfermos con tuberculosis pulmonar tratada previamente sólo con PAS.—Los

autores han observado que los bacilos tuberculosos en ocho de nueve enfermos que habían sido tratados previamente con PAS por tuberculosis pulmonar eran resistentes a la droga; el curso terapéutico original duró de seis semanas a 16 meses en los diferentes casos y el intervalo entre el fin del tratamiento y las pruebas de resistencia varió de unos pocos días a 39 meses. Cuando se trataron con estreptomicina diaria y PAS, aparecieron bacilos tuberculosos estreptomicin-resistentes en los ocho enfermos cuyos bacilos eran PAS-resistentes antes de comenzar el tratamiento combinado; esta estreptomicin resistencia se observó en seis de ellos a los tres meses, en el séptimo a los cuatro meses y el restante a los cinco. En contraste, se aisló un germe ligeramente estreptomicin resistente, a los cinco meses de tratamiento, en sólo uno de seis casos similares cuyos gérmenes eran PAS-sensibles al iniciar el curso combinado. En cinco de ellos no se había hecho tratamiento previo sólo con PAS. Concluyen que es fácil que aparezcan bacilos PAS-resistentes cuando se tratan sólo con PAS; que los gérmenes resistentes pueden persistir durante largos períodos, y que si los enfermos son tratados ulteriormente con PAS y estreptomicina, el PAS no impide o disminuye la aparición de bacilos estreptomicin resistentes.

PAS en la tuberculosis pulmonar primaria.—El autor ha observado 69 niños con tuberculosis primaria; a 35 se les dió PAS durante tres meses y en los 34 restantes se hizo el mismo tratamiento general, pero sin PAS. Juzgando por el curso clínico, recuento leucocitario, velocidad de sedimentación, aumento de peso y radiografías seriadas, no se apreció beneficio de la terapéutica con PAS, aunque las complicaciones graves se presentaron en niños menores de cuatro años que no recibieron el PAS. Señala que el PAS es más útil en la tuberculosis exudativa aguda y su valor se limita a las formas fibrosa y caseosa. En la tuberculosis primaria el rasgo anatomapatológico predominante es la caseificación en los ganglios linfáticos regionales, siendo pequeño frecuentemente el foco primario pulmonar y, por lo tanto, no es sorprendente que el PAS no causara una mejoría dramática en los enfermos con tuberculosis primaria.

Incidencia de lengua negra en el tratamiento con antibióticos.—El autor ha realizado observaciones clínicas y examen microscópico de frotis lingualis en 57 casos de lengua negra: 23 tratados con antibióticos por vía parenteral, 18 utilizaban antibióticos localmente en la boca y 16 casos idiopáticos. La discoloración de la lengua se produjo en aproximadamente el 10 por 100 de los casos tratados con cloranfenicol y aureomicina, apareciendo generalmente al cabo de una semana de tratamiento. En el 40 por 100 de los casos la aplicación local de antibióticos produjo dicho fenómeno, que apareció generalmente en los primeros tres a cinco días del tratamiento y en raros casos incluso en veinticuatro horas. No ha encontrado evidencia de algún tipo especial de bacterias u hongos con significación en la etiología de la lengua negra, bien presentada espontáneamente o en respuesta al tratamiento con antibióticos. Por otro lado, ha obtenido buenos resultados en el tratamiento de seis casos de lengua negra pilosa idiopática con antibióticos aplicados localmente.

Ulcera péptica en mujeres.—El autor ha hecho una encuesta en 400 mujeres con úlcera péptica (330 en el duodeno y 70 en el estómago) con sintomatología en la mayoría de los casos de más de cinco años de duración. De ellas, 291 habían tenido síntomas ulcerosos antes de la menopausia. En este grupo, 81 apreciaron cierta relación entre la menstruación y los síntomas, que empeoraban pocos días o una semana antes del período, en ocho persistían durante el mismo, pero en ninguna aumentaron durante la fase postmenstrual. En aproximadamente el 90 por 100 de embarazos se produjo una mejoría de los síntomas; en la mayoría se presentó la remisión precozmente y persistió hasta el final; aquellas

enfermas que no mejoraron mostraron una mayor proporción de anomalías como albuminuria e hipermesia. Fue frecuente la reaparición de los síntomas después del parto, especialmente durante los seis primeros meses. Una gran proporción de úlceras iniciaron o activaron su sintomatología o experimentaron complicaciones al llegar el momento de la menopausia.

Bocio e hipotiroidismo durante el tratamiento con PAS.—Describen los autores un caso de aparición de bocio e hipotiroidismo leve durante el tratamiento con PAS y estreptomicina; el proceso tiroideo se normalizó a las cuatro semanas de suspender el tratamiento. Revisan la literatura sobre casos similares y señalan que el PAS tiene una acción antitiroidea definitiva, aunque débil, similar a las drogas tiouracílicas y en una pequeña proporción de enfermos puede producir bocio y posiblemente hipotiroidismo, sin que la dosis sea excesiva o muy prolongada la duración del tratamiento. Afortunadamente el proceso es reversible, siempre que se suspenda el PAS antes de que el mixedema sea intenso.

4.823 - 13 de junio de 1953

- Hexametonio parenteral en la hipertensión. B. Morrison.
- Efectos del hexametonio sobre individuos normales en relación a su concentración en el plasma. B. Morrison y W. D. M. Paton.
- Pulmón de los agricultores. T. C. Studdert.
- Crisis gástricas intratables curadas con cordotomía. G. O. Mayne.
- Efectos tóxicos de la fenilbutazona. J. R. Nassim y T. Pilkington.
- Efectos tóxicos de la fenilbutazona. J. C. Leonard.
- Clorhidrato de etopropazina en el tratamiento de la parálisis cerebral. R. G. Mitchell.
- Necrosis por adrenalina. G. Leslie y D. HcPhee.
- Torsión de un quiste linfático del mesenterio. N. V. Addison.

Hexametonio parenteral en la hipertensión.—Presenta la autora un estudio sobre el tratamiento de 39 hipertensos con bromuro de hexametonio por vía subcutánea; no se incluyeron casos no complicados, sino aquellos con hipertensión esencial complicada, maligna o nefrógica. Durante el tratamiento murieron cinco enfermos y hubo de suspenderse en otros seis por diversas razones; en 28 se hizo una terapéutica regular durante períodos que oscilaron entre 3 y 15 meses. Después del desarrollo de una tolerancia muy variable a la droga durante las cuatro a ocho primeras semanas, pudo estabilizarse a todos los enfermos con una dosis que conseguía una presión mucho más baja que la del período control; la reducción en la presión sistólica media varió de 20 a 90 mm. Hg. y en la presión diastólica media de 8 a 40 mm. Hg.; las reducciones máximas, por ejemplo, una o dos horas después de la inyección, fueron frecuentemente el doble. En 15 de 19 casos desaparecieron casi por completo las cefaleas hipertensivas y en los otros cuatro disminuyeron en frecuencia e intensidad; desaparecieron los vértigos y no recurrieron los ataques encefalopáticos, excepto en un caso; mejoró generalmente la disnea de origen cardíaco y en varios casos hubo una notable desaparición de la disnea cardíaca aguda; en cinco de siete casos se apreció una disminución del volumen cardíaco al cabo de tres a seis meses de tratamiento y en siete de 16 casos se normalizaron los signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda; mejoró notablemente la retinopatía en todos los casos graves, desapareciendo el papiloedema, reabsorbiéndose las hemorragias y exudados y restauración de la visión normal a los seis meses de tratamiento. Se observaron un caso de trombosis coronaria y cuatro accidentes vasculares cerebrales durante el tratamiento, pero en dos de éstos la presión era alta entonces. No se ha visto evidencia de aumento lesional en los enfermos con insuficiencia renal. En tres enfermos, a los 15, 9 y 7 meses de llevar un tratamiento con éxito, se apreció un cuadro caracterizado por disnea y opacidades simétricas en ambos campos pulmonares; su patogenia es oscura. Los efectos colaterales fueron pro-

porcionales al volumen de la dosis y así los más intensos aparecieron en casos con grado más alto de tolerancia.

Efecto del hexametonio sobre individuos normales en relación con su concentración en el plasma.—Refieren los autores un estudio detallado de los efectos clínicos de una dosis de prueba por vía subcutánea en 16 individuos normales y en ocho las curvas de concentración en el plasma. Sólo se observaron aquellos efectos que pueden atribuirse al bloqueo ganglionico, con la posible excepción de la somnolencia. Los cálculos de las curvas de concentración-tiempo del hexametonio en el plasma indican que la droga se distribuye uniformemente a través del líquido extracelular y que son compatibles con su eliminación por filtración glomerular. Se ha visto una considerable variación en la respuesta al hexametonio de los diferentes individuos, en relación con la dosis dada por kilo de peso y con los niveles en el plasma. Los umbrales para la reducción de la presión, para la elevación de la frecuencia del pulso y para la interferencia con tres funciones pupilares preparadas, variaron de sujeto a sujeto e independientemente unas de las otras. Para un individuo dado se vió una estrecha relación lineal entre la concentración en el plasma y el grado de reducción de la tensión.

El pulmón de los agricultores.—El proceso designado como pulmón de los agricultores es más frecuente en las regiones con mayor porcentaje de lluvias en la época de recogida del heno y métodos primitivos de recolección y almacenajes en graneros cerrados. El autor revisa seis casos confirmados y otros seis probables que no eran concluyentes radiológicamente. El cuadro clínico se caracteriza por una irritación pulmonar inespecífica, que sigue a la exposición a polvos vegetales enmohecidos de cualquier tipo, pero principalmente al contacto con heno de baja calidad. Aunque antes de la reacción intensa puede haber pequeños episodios bronquíticos, consecutivos a un contacto breve, debe hacerse la distinción entre el pulmón de los agricultores y un ataque asmático consecutivo a la exposición a un polvo mohoso. El principal rasgo de la enfermedad es la aparición de disnea y cianosis a las doce horas de la exposición; el comienzo es súbito, y puede asociarse con escalofrios, vómitos, tos seca y sensación de sofocación; es muy semejante al edema pulmonar agudo. Se auscultaron crepitaciones finas difusas, pero no se descubren áreas localizadas de consolidación. La desaparición de los signos físicos y radiológicos requiere de seis a ocho semanas; pasadas las dos o tres primeras, se hace menos intensa la disnea, pero se presenta pérdida de peso y sudores nocturnos. A los tres meses el enfermo está ya bien, pero muestra tendencia a la recidiva por nueva exposición. El tratamiento tiene poco efecto y el proceso desaparece espontáneamente en los casos no tratados. El cuadro es similar a la coniosporiosis, bissinosis y neumonitis granulomatosa difusa. El autor opina que el proceso es una reacción pulmonar intersticial inespecífica a algún material en el polvo cargado de hongos más bien que a una verdadera infección por ellos.

Desaparición de las crisis gástricas por la cordotomía.—El autor describe un caso de crisis gástrica tabética que exhibía ciertos rasgos especiales. Las pupilas de Argyll Robertson eran el único signo clínico de neurosifilis en un enfermo con intensas crisis gástricas; éstas se hicieron más frecuentes e incapacitantes, aunque la sangre y el líquido cefalorraquídeo se hicieron normales por un tratamiento antisifilítico adecuado. La sospecha de una enfermedad intraabdominal orgánica condujo a la laparotomía en tres ocasiones, descubriéndose en la segunda un carcinoma gástrico en estadio muy precoz. Después de la cordotomía unilateral cesaron por completo las crisis.

Necrosis por adrenalina.—Los autores describen un caso de necrosis de la piel después de la autoadministración.

tracción prolongada de adrenalina por inyección en un enfermo asmático. En este caso no jugaba ningún papel el trauma, que era un posible factor causal en algunos casos referidos en la literatura. Piensan que se desarrolló una alergia a la adrenalina después de inyecciones repetidas durante un largo período, lo que va de acuerdo con los hallazgos experimentales de DELAUNAY y colaboradores.

4.824 - 20 de junio de 1953

- * Epidemia de enfermedad de Bornholm en Oxford en 1951. J. F. Warin, J. B. M. Davies, F. K. Sanders y A. D. Vizoso.
- Enfermedad de Bornholm en niños. M. E. Disney, E. M. Howard, B. S. B. Wood y G. M. Findlay.
- * Virus coxsackie en la enfermedad de Bornholm. R. H. A. Swain y R. G. Mitchell.
- * Contenido bacteriano del intestino delgado sano. J. Creagan y N. J. Hayward.
- * Profilaxis de la gastroenteritis infantil. R. McLaren Todd y E. G. Hall.
- Pruebas para la glicosuria. C. H. Gray y H. R. Millar.
- Hipotensión intracranal asociada a hematoma subdural. J. MacDonald Holmes.
- Pronóstico a largo plazo en el eczema infantil. M. J. Purdy.
- Seudohermafroditismo masculino. D. C. Beatty, C. J. Champ y G. I. M. Swyer.
- Trombina oral en el tratamiento de la hematemesis. V. Edmunds.
- Pronóstico de la porfiria aguda. C. Hirson.
- Infección neonatal en obstetricia. V. M. Crosse y J. M. Mackintosh.
- Un insuflador sencillo. R. Atwood Beaver.
- Narcosis repetida en un niño pequeño. R. C. Brown y J. Brian Lister.

Epidemia de enfermedad de Bornholm.—Este trabajo se basa en la experiencia obtenida durante una epidemia de pleurodinia en Oxford desde septiembre a noviembre de 1951. Se observó un total de 277 casos. Su incidencia aumentó súbitamente, desapareciendo de igual modo, siendo atacados preferentemente los niños pequeños. Se apreció la difusión dentro de la familia, pero la tercera parte de los casos eran infecciones aisladas. El período de incubación osciló en la mayoría entre dos y cinco días. Los síntomas fueron diversos; el dato más útil en el diagnóstico fué la característica naturaleza espasmódica del dolor; generalmente había fiebre y eran frecuentes las cefaleas; otros síntomas menos frecuentes fueron los vómitos, fotofobia, escalofrios, dolor de garganta, dolor en las extremidades o cuello, vértigo, delirio, hiperestesia y parestesia. En siete casos se produjo como complicación una meningitis benigna y orquitis en el 10 por 100 de los adultos; también fué característico de la epidemia la presentación de recidivas, tanto precoces como tardías. En seis de 17 enfermos examinados, se encontraron en las heces virus patógenos para el ratón joven; fracasaron los intentos de aislamiento de virus del líquido cefalorraquídeo, sangre y lavados faringeos. La raza de virus coxsackie aislada se identificó como perteneciente al grupo B de Dalldorf; sueros pareados de los períodos agudo y de convalecencia en 13 enfermos se probaron en cuanto a la presencia de anticuerpos neutralizantes contra el virus Oxford y se demostró en ocho enfermos un marcado aumento en el poder neutralizante del suero de convalecientes y otros cinco casos tenían un alto título de anticuerpos en ambos sueros. Las pruebas de neutralización cruzada utilizando el virus Oxford indican que puede tratarse de un tipo antigenico previamente no reconocido.

Aislamiento de virus coxsackie en dos casos de enfermedad de Bornholm.—En el verano de 1951 se apreció una epidemia de enfermedad de Bornholm en Escocia. De ella los autores describen dos casos no especialmente seleccionados más que porque eran los más típicos del grupo. La enfermedad se caracterizó por el comienzo brusco de un intenso dolor intermitente en la parte superior del abdomen que tras una corta recrudescencia terminó por curación completa y sin evidencia de lesión pulmonar. En ninguno de los 18 niños se vieron manifestaciones meníngeas. En los dos niños citados se

aisló un virus coxsackie del grupo B de Dalldorf en las heces; un aumento y descenso en el título de anticuerpos en el suero indicaba una infección reciente por dicho virus. Es posible que las diferentes razas de virus se asocien con rasgos clínicos diferentes y así es bien conocido que el mismo virus puede causar tanto el síndrome miálgico como el meningítico. Termina diciendo que la comprensión de la epidemiología de la pleurodinia, meningitis aséptica y poliomielitis no paralítica es de esperar que avance rápidamente cuando se aíslen más razas de virus coxsackie y se identifiquen sus caracteres inmunológicos.

Contenido bacteriano en el intestino delgado sano.—Los autores han investigado la flora bacteriana de intestino delgado sano, utilizando muestras extraídas de la luz del intestino con una jeringa durante operaciones ginecológicas. Los resultados demuestran que la longitud total del intestino delgado contiene sólo una flora de tránsito, principalmente gérmenes gram-positivos, más en relación con la flora bucal que con la del intestino grueso. Por la aparente incapacidad de estos gérmenes para implantarse en el intestino delgado, deducen que en este segmento actúa un mecanismo antibacteriano distinto del que existe en el estómago.

Cloranfenicol en la profilaxis de la gastroenteritis infantil.—Los autores han administrado cloranfenicol a 30 niños menores de un año de edad y que habían mostrado una infección cruzada con el *Bact. coli* 0 111 después de su ingreso en el hospital, con el fin de investigar el efecto profiláctico de dicha droga, con valor confirmado en la gastroenteritis ya establecida. Los resultados de dichos casos sugieren que, efectivamente, tal antibiótico posee un evidente valor profiláctico de la gastroenteritis.

4.825 - 27 de junio de 1953

- * Mielopatía diabética. H. Garland y D. Taverner.
- * Neuropatía diabética. C. Hirson, E. L. Feinmann y H. J. Wade.
- Pronóstico en el embarazo diabético. W. Oakley.
- * Hipoglicemia fatal en un enfermo diabético con necrosis hipofisaria. R. I. Alexander.
- Ataxia de Friedreich combinada con diabetes mellitus en hermanas. D. W. Ashby y P. S. Tweedy.
- Momento de la erupción de los dientes permanentes en niños ingleses en 1947-48. E. M. B. Clements, E. Davies-Thomas y K. G. Pickett.
- Orden de la erupción de la dentición humana permanente. E. M. B. Clements, E. Davies-Thomas y K. G. Pickett.
- Abcesos mamarios. C. P. Mills.
- Hipertrofia mucosa por prótesis en la boca simulando malignidad. J. Walter.
- Fractura simple deprimida del cráneo. L. Rogers.
- Teepol en la preparación del esputo para el cultivo de bacilos tuberculosos. P. Browning, K. M. Calver y E. E. Paterson.
- Fistula traqueoesofágica congénita sin atresia esofágica. Muerte consecutiva por asfixia. B. Krausey.

Mielopatía diabética.—Los autores llaman la atención sobre una forma de neuropatía diabética que, aunque descrita ya hace sesenta años, había sido olvidada. El síndrome consiste en la presentación asimétrica de dolor, debilidad, atrofia muscular y arreflexia en las extremidades inferiores, pero sin alteraciones sensitivas objetivas, en enfermos de edad media con diabetes mellitus de duración relativamente corta; el contenido en proteínas del líquido cefalorraquídeo está generalmente aumentado. El reflejo plantar es muy a menudo en extensión y las alteraciones electromiográficas de los músculos afectos son compatibles con una lesión mielopática. Revisan la literatura sobre el problema y describen cinco casos personales de dicho síndrome.

Neuropatía diabética.—Subrayan los autores que aproximadamente la mitad de los casos de diabetes mellitus muestran signos de enfermedad neurológica. La neuropatía diabética puede dividirse en tres grupos: a) Hiperglicémico, en relación con un control inadecuado y que rápidamente desaparece por el tratamiento

oportuno. b) Activo, la forma más grave, presente en aproximadamente el 3 por 100 de los casos, no relacionado con el estado diabético y con tendencia a la remisión y recidiva; y c) Asintomático, crónico permanentemente y no incapacitante. No hay seguridad alguna de que el proceso neuropático tiene en algunos casos de diabetes un carácter hereditario. Por último, señalan que la curva de tolerancia a la glucosa tiene valor en la investigación de una enfermedad neurológica de etiología oscura y que la producción de gangrena, vejiga neurológica y artropatía por la neuropatía diabética supone una serie de hechos de importancia práctica.

Hipoglucemia fatal en un diabético con necrosis hipofisaria.—Se trataba de un enfermo diabético que llevaba diecinueve años con un control satisfactorio. Tuvo de pronto una serie de episodios de intensa hipoglucemia; el último de ellos, que terminó en coma y muerte, comenzó dos horas después de haber sido tratado por una reacción insulínica y a pesar de que se le dieron grandes dosis de glucosa. El hallazgo en la sección de una necrosis en el lóbulo anterior de la hipófisis sugiere al autor que en este caso se confirmaba clínicamente el fenómeno de Houssay.

The Lancet.

6.771 - 6 de junio de 1953

- Tratamiento de la tos ferina con antibióticos.
- Cretinismo familiar. D. Hubble.
- Estudios con yodo radioactivo en el cretinismo bocoso no endémico. E. M. McGirr y J. H. Hutchison.
- Cuadro sanguíneo periférico después de operaciones para la hipertensión portal. A. I. S. Macpherson y J. Innes. Electrocardiografía experimental del feto. C. N. Smyth.
- Eritema exudativo multiforme mayor. D. M. Davies.
- Síndrome de Stevens-Johnson tratado con ACTH. W. G. D. Calwell.
- Síndrome de Stevens-Johnson. P. W. Grant.

Tratamiento de la tos ferina con antibióticos.—Describe el Subcomité del Medical Research Council una investigación estrictamente controlada de 98 niños con tos ferina de 0,5 años de edad tratados con cloranfenicol, 96 con aureomicina y 100 con un polvo inerte. Se administraron las drogas dos veces diarias durante siete días, anotándose durante un total de veinte días el número e intensidad de los paroxismos y la presentación de efectos tóxicos y complicaciones; además se hicieron frotis para el aislamiento del *H. pertussis* al ingreso y posteriormente a intervalos. Considerando en conjunto los casos que tenían síntomas de 1-21 días antes de iniciar el tratamiento, el beneficio de los casos tratados fué pequeño, aunque uniforme, durante el período de observación. Si la atención se dirige exclusivamente a la comparación recta del total de los grupos tratados y controles, se podría concluir que los resultados fueron favorables y que la quimioterapia no produjo una curación clínica franca. En los casos tratados en los ocho días desde el comienzo de los primeros síntomas, las diferencias entre los grupos fueron mayores y algunas de ellas eran estadísticamente significativas; incluso con los casos precoces, sin embargo, el efecto de las drogas no fué dramático y no se vieron diferencias en el efecto de la aureomicina y cloranfenicol. En el tercero y octavo días de observación, pero no en el primero, segundo y undécimo días, la proporción de enfermos en los que se aisló el *H. pertussis* fué mayor en el grupo control que en el tratado. Piensan que el no haberse observado una mejoría inmediata por las drogas apoyaría el punto de vista de que una vez la infección en marcha se produce una secuencia de hechos que ya no se afecta por la supresión del agente patógeno. En conjunto, el estudio sugiere que el diagnóstico y terapéutica antibiótica precoces puede disminuir la gravedad de la infección, pero que los antibióticos consiguen poco en los casos en los que los síntomas, aunque leves, están presentes durante más de una semana.

Cretinismo familiar.—Describe el autor una familia con cuatro hermanos hipotiroideos. En el niño mayor,

en el que se había suspendido hacia seis meses la terapéutica tiroidea, se desarrolló un bocio de tamaño moderado. En el niño más joven, en el que no había sido adecuada la terapéutica tiroidea, se produjo un pequeño aumento, blando, del tiroídes, que desapareció al mejorar la terapéutica. En el niño mayor existía tiroxina, tanto en el plasma como en el tiroídes extirpado; en el segundo niño se demostró una actividad tiroidea considerable por los estudios con yodo radioactivo; esta dissociación entre el diagnóstico clínico (hipotiroidismo) y el diagnóstico isotópico (hipertiroidismo) ya ha sido señalado por otros autores. Se presume que en estos niños la tiroxina formada es inadecuada para sus necesidades y sugiere que los datos clínicos del cretinismo bocoso, tanto endémico como esporádico, denotan a menudo una insuficiencia de tiroxina relativa y progresiva más bien que absoluta y el aumento del tamaño de la glándula sería un índice del grado de inadecuación tiroxínica. El estadio en que se producen estos defectos químicos en la formación de tiroxina varía francamente en los casos publicados, y en algunos, como en los descritos aquí, el déficit puede ser cuantitativo y no cualitativo.

Estudios con yodo radioactivo en el cretinismo bocoso no endémico.—Describen los autores los resultados obtenidos con yodo radioactivo en 12 casos de cretinismo bocoso no endémico. La mayor parte de las cantidades de I^{131} acaparadas por el tiroídes y algo del yodo proteico del plasma sugerían la existencia de un hipertiroidismo y podían interpretarse como indicadores de tirotoxicosis si no se tuviera en cuenta el cuadro clínico, mientras que las cantidades de yodo urinario eran más consistentes con el hipotiroidismo. Los tiroídes de los enfermos acaparan el yodo inorgánico de la sangre y lo incorporan bajo forma orgánica; por otro lado, se libera a la circulación un compuesto orgánico de yodo que no es la tiroxina y cuya naturaleza química se desconoce, pero que está presente en la fracción plasmática extraíble por el alcohol butílico, pero no reextraíble por el tratamiento con $CO_2 Na$, al 5 por 100 en $NaOH$ 4N. Se ha demostrado que el cretinismo no endémico puede ocurrir en presencia de un tiroídes que es capaz de acaparar con avidez y convertir el yodo inorgánico en una forma orgánica y postulan que en tales casos puede haber un defecto intrínseco, probablemente familiar, en la síntesis final de la hormona tiroidea.

Cuadro hepático periférico después de operaciones para la hipertensión portal.—Señalan los autores que las observaciones en 46 casos de hipertensión portal tratados por esplenectomía sola o combinada a anastomosis esplenorenal indican que la leucopenia y trombopenia que persistentemente se encuentran en este síndrome desaparecen rápidamente después de la esplenectomía; estos hallazgos sugieren una relación entre las cifras de leucocitos y plaquetas en la sangre periférica y el aumento de tamaño o hiperactividad funcional del bazo, lo que está de acuerdo con el concepto hematológico de la hiperesplenía. Después de la anastomosis porto-cava, el bazo se hizo más pequeño en tres casos por disminución de la congestión venosa, pero persistió la hiperplasia de la pulpa y en ninguno de ellos mejoró el cuadro hemático. En cinco casos observan los efectos de la ligadura del aporte arterial esplénico por medio de diversas operaciones, no viéndose en ninguno disminuir el tamaño del bazo; el examen histológico de los bazos de tres enfermos en los que se había ligado y seccionado la arteria esplénica 15, 18 y 28 meses previamente, demostró bien las alteraciones típicas de la hipertensión portal o un infarto localizado completo, no observándose la atrofia generalizada del tejido esplénico descrita por otros autores; después de la ligadura arterial esplénica no se apreció mejoría en el cuadro hemático, excepto en un caso en el que había un infarto extenso del bazo. Añaden que ni la mejoría de la congestión venosa portal por anastomosis porto-cava ni la reducción en el aporte sanguíneo al bazo por ligadura

arterial mejora la leucopenia o trombopenia características de la hipertensión portal, mientras que, en contraste, desaparecen constantemente por la esplenectomía; de aquí que puede deducirse que la disminución en los leucocitos y plaquetas está directamente relacionada con alguna influencia derivada de los componentes celulares del bazo aumentado de tamaño. En ningún caso se obtuvo evidencia de que las operaciones mejoraran las cifras de hematíes y hemoglobina, salvo en lo que respecta a la prevención de las hemorragias esofágicas.

Eritema exudativo multiforme mayor.—El autor describe un caso correspondiente a un niño de diez años, que exhibía con claridad todos los rasgos correspondientes al síndrome de Stevens-Johnson. Fue tratado sucesivamente con sulfonamidas, penicilina, cloranfenicol y sulfadiazina y aureomicina; se administró también un cloririo de cortisona. El enfermo curó por completo.

Síndrome de Stevens-Johnson tratado con ACTH.—El autor describe un caso de síndrome de Stevens-Johnson en una mujer de cincuenta y cuatro años. La enferma respondió dramáticamente al tratamiento con ACTH. Recomienda su empleo en mayor escala para poder objetivar exactamente su valor terapéutico. Juzga que la brillante respuesta obtenida apoya la sugerencia de que el síndrome de Stevens-Johnson es un proceso de naturaleza alérgica.

6.772 - 13 de junio de 1954

- * Acetilcolina y contracciones cardíacas. J. H. Burn.
- * Cirugía en la hipertensión grave. F. D'Abreu.
- Detección de anticuerpos Rh débiles en el suero materno antenatal. F. Stratton.
- * Transplantación ureteral a un asa aislada del ileón. D. Annis, W. R. Hunter y C. Wells.
- Una vejiga artificial. T. Moore.
- * Acidosis hiperclorémica consecutiva a la implantación de los uréteres en un asa aislada del ileón. A. O. Wilson.
- Sustitución de ambos uréteres por un injerto ileal. J. Forret y C. Heusghem.
- Hepatitis y encefalitis por herpes simple en gemelos recién nacidos. N. E. France y M. J. Wilmers.

Acetilcolina y contracciones cardíacas.—Afirma el autor que las contracciones ritmicas del corazón se deben a la producción local de acetilcolina. Esta es sintetizada por la colinacilasa y cuando la concentración llega al valor umbral se inicia la onda de contracción y a partir de este momento la acetilcolina se destruye por la colinesterasa. Parece que hay una concentración óptima de acetilcolina para el mantenimiento de la contracción, y así, cantidades por encima de este óptimo deprimen el ritmo y fuerza de la contracción. Este es el efecto que se ve al estimular el vago.

Cirugía en la hipertensión grave.—El objeto de este artículo es revisar aquellos casos con evidencia de lesión indicativa de un mal pronóstico y que han sido sometidos a la intervención quirúrgica. Su análisis apoya los hallazgos de SMITHWICK y le animan a decir que, en el estado actual de nuestros conocimientos, que está tan justificado el aconsejar la simpatectomía lumbar en un caso de hipertensión grave que no ha progresado hasta un estado desesperado y no está por encima de la edad límite, como se está para hacer una mastectomía radical en un caso de estadio I o II de cáncer de mama.

Trasplantación ureteral a un asa aislada del ileón.—Los autores han realizado en nueve enfermos una implantación de los uréteres en un asa aislada del ileón, saliendo la orina al exterior a través de una ileostomía. En dos enfermos la operación se hizo asociada a cistectomía total por carcinoma de la vejiga; en otro, después de una nefroureterocistectomía por papilomatosis difusa, y en otro, por fistulas urinarias múltiples consecutivas a una nefrectomía por tuberculosis. Todos los enfermos se encuentran completamente bien, y excepto

en el primer caso, en el que la técnica fué defectuosa, no hubo dificultades en mantener seco y recoger la orina en la bolsa de ileostomía. En ningún enfermo se vieron las complicaciones conocidas que siguen a la anastomosis ureterocólica. Concluyen que este método proporciona la confianza necesaria para realizar la cistectomía total u otros procedimientos en los que se precisa la desviación urinaria.

Acidosis hiperclorémica consecutiva a la implantación de los uréteres en un asa aislada del ileón.—Describe el autor el caso de un hombre de setenta y cuatro años con carcinoma del colon pélvico en el que se desarrolló un cuadro de acidosis hiperclorémica después de la evisceración pélvica y transplantación de ambos uréteres a un asa aislada del ileón terminal. Señala que la función de la mucosa ileal en el periodo postoperatorio precoz pudo haber contribuido al déficit de sodio que se desarrolló ulteriormente y actuado en contra a las respuestas normales del riñón a dicho déficit. Más tarde cambió la actividad de la mucosa, con reducción primero y cesación finalmente de la modificación "postrenal" de la orina por el intestino.

6.773 - 20 de junio de 1954

- Productos químicos y alimentos. E. C. Dodds.
- Conducción de la anestesia en enfermos con quemaduras graves. J. R. Rook.
- Tratamiento de la poliomielitis bulbar en niños. N. N. Brooke.
- * ¿Qué es la colitis ulcerosa? B. N. Brooke.
- Prevención de las complicaciones torácicas postoperatorias. J. Davidson.
- Aire líquido para las catástrofes en minas. A. J. G. Coulshed y J. T. Watkins.
- * Tratamiento de la artritis reumatoide con fenilbutazona. D. Freeland, G. Storey y M. Thompson.
- * Agranulocitosis fatal y ulceración gástrica por fenilbutazona. N. V. Dilling.

¿Qué es la colitis ulcerosa?—El autor discute las razones por las cuales no se ha explicado aún por completo la causa de la colitis ulcerosa. El colon puede afectarse por tres procesos distintos: Colitis ulcerosa, ileocolitis y proctosigmoiditis, todos ellos diagnosticados habitualmente como colitis ulcerosa. Sugiere que la colitis ulcerosa no es una enfermedad específica, sino un estado patológico. Las causas hay que buscarlas en numerosos procesos que inician en el colon el proceso degenerativo que es la colitis ulcerosa. Si el trauma original es intenso, el caso pasará directamente a uno de colitis ulcerosa sin remisiones; pero si tiene lugar la curación con epitelio degenerado, se producirá un intervalo latente o remisión entre la lesión inicial al colon y el comienzo de la colitis ulcerosa, llevando un curso al principio con remisiones para posteriormente hacerse crónica con diarrea persistente. En algunos casos el colon cura perfectamente después de la primera lesión. El ileón se afecta en la colitis ulcerosa como fenómeno secundario, bien por insuficiencia de la válvula ileocecal o bien después de determinadas operaciones con ileostomía, por defectos técnicos en el estoma ileal. Comentando las relaciones entre la ileitis regional y la colitis ulcerosa, declara el autor que aunque puede haber en la primera úlceras difusas por el colon, no se parecen nada a la de la colitis ulcerosa; además, la ileitis regional ataca con mayor frecuencia al ileón y, en cambio, la asociación de lesiones ileales con colitis ulcerosa es poco frecuente; por lo tanto, parece inverosímil que los dos procesos sean del mismo origen y su única semejanza es que en la ileitis regional puede ulcerarse el colon, haciéndose la diarrea tan intensa que simule una colitis ulcerosa.

Tratamiento de la artritis reumatoide con fenilbutazona.—Declaran los autores que la fenilbutazona es una droga eficaz en el tratamiento de algunos casos de artritis reumatoide. En un ensayo controlado, no han apreciado modificaciones en la velocidad de sedimentación, hemoglobina y recuento de leucocitos. Señalan que

si ha de obtenerse un efecto beneficioso, éste tiene lugar en el plazo de dos semanas. Los efectos tóxicos son muy corrientes (40 por 100), generalmente aparecen pronto y pueden obligar a la suspensión del tratamiento (20 por 100 de sus casos); en ocasiones son graves y a su juicio la úlcera péptica y las enfermedades cardíacas o renales son contraindicaciones para su empleo. Terminan diciendo que a causa de sus peligros potenciales la fenilbutazona debe administrarse sólo bajo una estrecha supervisión médica y que es de esperar que llegue a prepararse un producto menos tóxico.

Agranulocitosis fatal y ulceración gástrica por fenilbutazona.—El autor ha tenido ocasión de observar dos casos de agranulocitosis atribuibles a la fenilbutazona. Describe uno de ellos con agranulocitosis completa en una mujer de cincuenta y tres años, que falleció, y en cuya autopsia se encontraron en el estómago erosiones superficiales.

6.774 - 27 de junio de 1953

- * Cefaleas e hipertensión. I. McD. G. Stewart.
- Transfusión intraarterial. D. G. Melrose y A. O. Wilson.
- * Poliomielitis consecutiva a la inyección. D. Geffen, J. Hamilton Paterson y S. M. Tracy.
- Un método de tratamiento para las venas varicosas. M. G. Wilson.
- * Valoración de la actividad adrenocortical por determinación de los esteroides 17-cetogénicos en la orina. J. K. Norymberski, R. D. Stubbs y H. F. West.
- Tiouracilo en el embarazo. N. Elphinstone.
- Hipotiroidismo transitorio en un recién nacido. D. Morris.
- El radioelectrofisiolograma. C. S. Parker, C. C. Breckell y F. Christopherson.

Cefaleas e hipertensión.—El autor ha hecho una revisión de 200 enfermos con hipertensión grave; la presión diastólica media tomada en reposo fué de 133 mm. Hg. Evalúa el síntoma cefalea, bien obtenido espontáneamente o por un interrogatorio que evite la sugestión. Compara los enfermos que sabe que son hipertensos con los que lo ignoran; la intensidad de la enfermedad era aproximadamente la misma en los dos grupos, a juzgar por la cifra diastólica, electrocardiograma y radiología del ventrículo izquierdo; el cuadro retiniano era algo mayor en los que tenían cefaleas. De 104 enfermos ignorantes de su hipertensión, 87 no tenían cefaleas; esta tendencia a la falta de cefaleas persistía simétricamente en todos los grados de presión diastólica; el síntoma se obtuvo espontáneamente en sólo tres enfermos y se descubrió en los 14 restantes. De los 96 enfermos conocedores de su hipertensión, 71 se quejaban de cefaleas, la mayor parte de ellos en la forma característica de ansiedad; al analizar los 25 restantes, se encontró que 18 tenían suficiente causa orgánica para quejarse y seis ofrecían los síntomas característicos de ansiedad. De estos y otros hallazgos, junto con la evidencia proporcionada por el examen de los controles, llega a la conclusión de que la cefalea que tan a menudo acompaña a la hipertensión es generalmente un producto de la ansiedad; además, parece casi imposible para un enfermo conocedor de su hipertensión el permanecer libre de síntomas. Además, la hipertensión puede ocasionalmente producir cefaleas como un síntoma orgánico; esto es más verosímil en las mujeres menopáusicas, durante los estadios precoces de la hipertensión benigna, o como rasgos relativamente insignificantes en el síndrome de hipertensión maligna. Termina llamando la atención sobre la falsedad de hipervalorar cualquier tratamiento de la hipertensión por haber hecho desaparecer la cefalea.

Poliomielitis consecutiva a la vacunación.—Se refieren 37 niños, de los que 30 presentaron la poliomielitis dentro del mes de la inmunización y localizándose la parálisis en el lado de la inyección. Ninguno de estos niños murió y 27 de los 30 los examinan dos años después, junto con otros dos más. Comparan el grado de recuperación en estos 39 niños con el de otros 23 a quienes no se había hecho inyección y con caracteres similares de enfermedad. El intervalo entre la inyección y el comienzo de la poliomielitis fué de 13 a 14

días y es probable que tres semanas después de la inyección haya pasado el período de riesgo. Los síntomas preparalíticos en los 29 niños inyectados fueron semejantes a los de los controles. La parálisis de la poliomielitis postinoculación está relativamente limitada en extensión, pero casi siempre es muy intensa. La recuperación de la extremidad depende de la intensidad inicial de la parálisis sin relación con que se haya hecho o no la inyección. El grado de recuperación fué paralelo a la intensidad a la parálisis original. Consideran dudoso que la inmunización en edad más precoz pudiera evitar la poliomielitis postinoculación.

Valoración de la actividad adrenocortical por determinación de los esteroides 17-cetogénicos en la orina.—Los autores describen un método para la determinación de un grupo bien definido estructuralmente de cárbo-esteroides urinarios: los esteroides 17-cetogénicos. La eliminación diaria es de 9,6-19,2 mg. para los hombres normales, 4,6-13,4 para las mujeres normales y 2,3-3,8 para niños normales entre 6 y 11 años de ambos sexos. En la artritis reumatoide la eliminación diaria está un 40 por 100 por debajo de las cifras normales; en los tratados con acetato de cortisona oral hay una relación entre las cifras con la dosis y eliminación; en los tratados con ACTH aumenta la eliminación, pero irregular en relación con la dosis y sujeto. En los enfermos que han sufrido recientemente operaciones quirúrgicas, la eliminación está muy aumentada. En las mujeres embarazadas las cifras son normales. Despues de la administración de acetato de cortisona oral, aproximadamente el 50 por 100 del aumento de los esteroides se eliminan las cuatro primeras horas. El volumen suprarrenal diario de esteroides en 17-cetogénicos, expresando probable y principalmente la secreción de 17-alfa-hidrocorticoesterona, es aproximadamente 30 mg. para los hombres normales y 20 para las mujeres.

Schweizerische medizinische Wochenschrift.

83 - 18 - 2 de mayo de 1953

- Diseminación microbiana y micróbidas, con referencia especial a la tuberculosis. J. Miescher.
- * Las condiciones hemodinámicas de la hemorragia cerebral. R. Friede.
- La determinación colorimétrica de la aminoaciduria. I. Antener.
- La prueba de Quick con ácido hipúrico y las pruebas pruebas séricas inespecíficas en algunas psicosis. G. Voigt, G. Garrone y P. Schifferli.
- Modificaciones favorables de los trastornos circulatorios arteriales mediante la hidrazinofthalazina (apresolina). A. Schmid.
- Tratamiento del síndrome general de irradiación con dihidroergotamina. K. Werner.
- * Resultados del tratamiento con hidrazida del ácido isonicótico de cobayas inyectados con bacilos de Koch (H 37 Rv) resistentes a ella. G. A. Nigogossian.

La hemodinámica de la hemorragia cerebral.—La presión hidrodinámica en un punto de un vaso viene dada por la fórmula

$$1/2 d \cdot v^2 + p = \text{constante.}$$

siendo d = densidad, v = velocidad y p = presión. De esta fórmula se deduce que la presión será tanto menor cuanto mayor sea la velocidad. Como por otra parte el flujo a través de una sección del vaso es proporcional a la velocidad (v) y a la superficie de sección (s), tendremos que

$$s \cdot v = \text{constante.}$$

es decir, que la velocidad será mayor y por tanto la presión menor en los puntos más estrechos y viceversa. Esto es aplicable a los aneurismas fusiformes (no a los saculares, en los cuales la formación de remolinos invalida el cálculo matemático), en los cuales, por ser mayor su diámetro, será menor la velocidad y mayor la presión. Si en una porción de un vaso hay una alteración local, circunscrita de su pared, esa porción no po-

drá tomar parte en una contracción que se efectúe en el resto del vaso y quedará así relativamente dilatada, se formará un aneurisma relativo o más bien un "efecto de aneurisma", ya que no puede ser comprobado anatopatológicamente. La consecuencia del efecto de aneurisma es que en este punto aumentará la presión que actúa sobre la pared como en un aneurisma verdadero, pero hay que distinguir entre un aumento difuso y generalizado del tono de la pared vascular y un vasoespasio local agudo. En el primer caso, sobre la porción lesionada de la pared actúa, además del aumento de presión debido al aumento general del tono vascular, el producido por la falta de contracción en ese punto con formación de un efecto de aneurisma. En el vasoespasio agudo localizado se produce un efecto de aneurisma, pero falta el aumento de presión por la contracción generalizada, más bien el estrechamiento de la luz determinaría por si un alivio de la pared vascular, pero en el momento de la contracción espástica se produce una expresión de la sangre contenida en el vaso, que es lanzada hacia el lugar con efecto de aneurisma, por ser el locus minoris resistentiae, en el que se produce así un nuevo aumento de presión.

Resistencia a la isoniazida.—El autor ha estudiado la influencia de la isoniazida (HIN) sobre la tuberculosis producida en cobayas por inoculación de cepa H 37 Rv., sensible y resistente a la hidrazida. En los inoculados con la cepa resistente no se apreció ninguna resistencia significativa entre los tratados y no tratados con HIN, existiendo en todos a los diez días de la inoculación un foco inflamatorio del tamaño de una avellana en el sitio de la inyección. En la autopsia, al mes de la misma, se apreció en todos una tuberculosis generalizada, afectando pulmones, hígado, bazo y ganglios, en los que se encontraron tubérculos grandes con necrosis. En los cultivos en medio de Loewenstein de material tomado del punto de inoculación se apreció un número de colonias mucho menor en los tubos con 100 y 200 gammas de HIN que en los testigos; esto ocurrió lo mismo en los tratados que en los no tratados. Esto parece indicar que la interrupción del contacto con la HIN o la disminución de su concentración permite la reaparición de la sensibilidad a la hidrazida. En los cobayas inoculados con H 37 Rv. sensible a la HIN y tratados con ella, no se apreciaba nada en el punto de inoculación a los diez días, y en la autopsia al cabo de un mes había algunos ganglios del tamaño escasamente de una lenteja, sin ninguna alteración microscópica en las vísceras, en las que histológicamente sólo se veía algún tubérculo bien encapsulado y casi sin necrosis. Estos hechos muestran la inutilidad del tratamiento con HIN cuando los bacilos son resistentes a ella y al mismo tiempo la posibilidad de recuperar la sensibilidad a la hidrazida.

83 - 19 - 9 de mayo de 1953

- La significación de la hepatitis hematógena o de inoculación en la práctica médica. E. A. Vischer.
 * El cateterismo cardíaco en la pericarditis crónica constrictiva. J. L. Rivier, B. Baudraz y P. Desbraillets.
 * Ciclo menstrual, embarazo y flujo sanguíneo en las extremidades. H. zur Horst Meyer y G. Heidelmann.
 La microdeterminación cuantitativa fotométrica del calcio en 0,1 c. c. de sangre completa desproteinizada. G. O. Schlueter.
 * Profilaxis iódica y teoría de la carencia de iodo. H. J. Wespi.

Sondaje cardíaco en la pericarditis constrictiva crónica.—El cateterismo cardíaco puede ayudarnos a resolver las tres cuestiones siguientes: 1) Mecanismo de disminución del volumen de expulsión en la PCC. 2) Importancia respectiva de la constrictión sobre las cavidades derechas e izquierdas; y 3) Existencia de un obstáculo en la desembocadura de las cavas en la aurícula derecha o de las pulmonares en la izquierda. La disminución del volumen/minuto se debe a la disminución del volumen/contracción, puesto que la frecuencia no disminuye. Luego en su producción intervendrá por lo menos uno de estos tres factores: contractilidad del mio-

cardio, carga ventricular y repleción diastólica. Los dos primeros son difíciles de apreciar, pero parecen no afectarse en la PCC. En cuanto a la repleción diastólica, depende de cuatro elementos: presión de repleción, retorno venoso suficiente, duración del diástole y capacidad del ventrículo para dilatarse. Los tres primeros son normales en la PCC, por lo que la disminución en la repleción diastólica del ventrículo no puede ser debida más que a la incapacidad para dilatarse, lo que se comprueba por las presiones registradas de su interior y el aspecto de las curvas, revelando que la pared del ventrículo se ve limitada en su expansión por el caparazón pericárdico. El cateterismo revela asimismo un aumento de presiones sistólica y diastólica en la arteria y capilares pulmonares que, excluidas por la exploración clínica, radiológica y ECG la estenosis mitral o cualquier causa de insuficiencia izquierda, sólo se explica por una afección del ventrículo izquierdo similar a la del derecho: también su capacidad de dilatación estaría limitada por el pericardio calloso. El sondaje cardíaco no revela diferencias de presión entre la vena cava, aurícula izquierda y ventrículo del mismo lado, indicando la ausencia de obstáculos en la desembocadura de las cavas. En la aurícula izquierda, la anatomía de las venas pulmonares y quizás también el hecho de que sean cuatro parecen oponerse a un obstáculo cicatrizal pericárdico a su nivel que nunca ha sido comprobado.

Ciclo menstrual, embarazo y flujo sanguíneo cutáneo.—Los autores han empleado la determinación del tiempo medio de recuperación del calor en las extremidades (MWZ) según la técnica anteriormente descrita por HEIDELMANN, que normalmente arroja unas cifras de diez a veinte minutos, indicando su prolongación un aumento del flujo sanguíneo en las partes distales (tipo de arteriolodilatación) y su acortamiento una disminución del mismo (tipo de arterioconstricción). En 108 mujeres el MWZ fué siempre significativamente más corto cinco días antes de la menstruación que cinco días después, lo que habla en favor de un mejor flujo por los vasos cutáneos de las extremidades en el premestrus. En 10 mujeres determinaron el MWZ y la temperatura rectal durante el ciclo, y vieron que con el aumento de temperatura central, coincidente con la rotura del folículo, se produce también un acortamiento del MWZ que puede considerarse como una medida indirecta de la pérdida de calor por el organismo. Parece, pues, verosímil que el aumento de temperatura corporal tenga su causa no en un almacenamiento de calor consecutivo a un descenso de su eliminación, sino en un aumento de producción térmica. Como responsables del control de estas oscilaciones cíclicas de la producción de calor podemos poner en primera línea los centros diencefálicos-hipofisarios. También controlaron el MWZ en nueve mujeres a lo largo del embarazo. Se observó con mayor regularidad en los tres primeros meses una tendencia aumentada a la constrictión arteriolar de la piel en las extremidades; en los meses cuarto al sexto siguió una inversión, y en los tres últimos meses de la gestación se apreció una marcada tendencia a la arteriolodilatación acral, que podía ser también expresión de una mayor producción de calor.

Profilaxis iódica y teoría de la carencia de iodo.—El autor ha realizado recientemente un estudio del bocio en niños de edad escolar en algunos municipios de los cantones suizos de Zuerich y Aargau, que habían sido minuciosamente estudiados en el mismo sentido por DETERLE, ENGSTER y otros hace cuarenta y veinte años. En el cantón de Zuerich halla una desaparición casi completa del bocio, exactamente una disminución de su frecuencia del 47 por 100 en el año 1912 al 1 por 100 en 1952. En contraste con esto, el descenso en el cantón de Aargau es francamente menor: solamente del 55 por 100 al 17 por 100. El descenso significativamente más intenso del bocio infantil en el cantón de Zuerich se considera como una demostración del efecto anabociogénico de la sal iodada, que desde hace veinte años

se consumen en el cantón de Zuerich en cantidades esencialmente mayores que en el de Aargau. El tratamiento de la carencia de iodo con sal de cocina iodada se mantiene en los límites fisiológicamente necesarios. La acción de esta iodoprofilaxis es por consiguiente una demostración de que se trata de la supresión de una situación carencial y no de una acción farmacológica.

83 - 20 - 16 de mayo de 1953

Sobre la enteritis necrótica (gangrena intestinal). H. von Meyenburg.

- El metabolismo de la testosterona en las cirrosis. J. Warner, J. Schwarz y J. P. Weill.
- Estudios experimentales sobre el anticoagulante Marcumar [3-(1'-fenil-propil)-4-oxi-cumarinal] y su antagonista konakton (vitamina K₁ sintética). R. Jürgens.
- Sobre un nuevo anticoagulante de gran actividad con efectos prolongados (Marcumar). F. Koller y H. Jakob.
- Determinación de la hormona antidiurética en el suero de enfermos de diabetes insípida. J. Hankiss.

El metabolismo de la testosterona en las cirrosis.—Las relaciones entre el hígado y las glándulas endocrinas, entre ellas las gonadas, son conocidas, pero distan aún de estar totalmente aclaradas. Los autores, además de revisar el estado actual de esta cuestión, estudiaron estadísticamente las relaciones entre la tasa de 17-cetoesteroídes urinarios y algunas pruebas de función hepática, la respuesta de un grupo de cirróticos a una sobrecarga de testosterona. Con esto se comprueba el catabolismo hepático de la testosterona. En las cirrosis hay una disminución de los 17-cetoesteroídes urinarios en relación con la intensidad de las pruebas de la función hepática. En los sujetos con carencia experimental y en los gastrectomizados falta esta relación entre pruebas funcionales y 17-cetoesteroídes. El descenso de los 17-cetoesteroídes en los cirróticos no puede considerarse de origen suprarrenal, ya que hay un claro aumento después de la inyección de ACTH, los 11-oxicortiroides son por lo menos normales y la prueba de Thorn no revela ninguna alteración. Las pruebas de sobrecarga de testosterona ponen de manifiesto un catabolismo disminuido de la misma, pues el aumento de la eliminación de 17-cetoesteroídes que produce es mucho menor en los cirróticos que en los enfermos de insuficiencia suprarrenal, los gastrectomizados y los individuos sanos.

Hormona antidiurética en el suero de enfermos de diabetes insípida.—Los autores se plantean dos cuestiones: la primera, es la existencia de un descenso del nivel de hormona antidiurética (ADH) en el suero de estos enfermos, y la segunda, si el suero de los mismos tiene propiedades destructoras de tal hormona. Para aclararlo han realizado determinaciones de ADH en suero en dos enfermos y en otros dos sujetos sanos, empleando la modificación de BIRNIE, JENKINS y cols. al método de Heller-Urban. En los dos sujetos con diabetes insípida encontraron ADH en el suero, pero en una cantidad mucho menor que en los normales. En cuanto a la segunda pregunta de si hay casos de diabetes insípida en los que se encuentre propiedades inactivadoras de la ADH, queda por el momento sin respuesta. De sus investigaciones sólo pueden concluir que los sueros estudiados no contienen sustancias con tal actividad, pero sin excluir la posibilidad de que existan vinculadas a los tejidos, por ejemplo, el hígado.

83 - 21 - 23 de mayo de 1953

Sobre farmacopsiquiatría. H. Kalther-Büel.

- Acerca de la cuestión de la transmisión de la hepatitis por transfusiones de sangre y plasma.
- Establecimiento de un nuevo índice y del pedímetro en el diagnóstico periártico. S. Simkó.
- Butazolidina en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. K. Huber y D. Binswanger.
- El tratamiento de las distonías vegetativas con Convenal (HH 118), un sedante de acción periférica del sistema nervioso autónomo. H. Wirth.
- Veinte años de experiencia con la vacunación preventiva intracutánea. H. Rosenbusch.

Butazolidina en las enfermedades reumáticas.—Se creyó que el principio activo de la irgapirina sería la aminopirina, actuando la butazolidina casi exclusivamente como disolvente, permitiendo su aplicación parenteral; posteriormente se ha ido viendo que la butazolidina tiene mayores efectos antiflogísticos, más lenta eliminación y menores efectos colaterales que la aminopirina. Los autores la han empleado en un grupo de 68 enfermos, obteniendo buenos resultados en las artrosis y espondilosis, reumatismos musculares y lumbagos, poliartritis agudas y subagudas, artritis y neuritis infecciosas, calambres musculares en la esclerosis múltiple y poliomielitis y en la osteoporosis. Los resultados son mediocres o nulos en las poliartritis crónicas, hernias discales, neuralgias y dolores producidos por tumores. En los procesos inflamatorios, en los que la mejoría puede ser comprobada más objetivamente, se asiste a una rápida y en la mayoría de los casos completa normalización, con regresión de las alteraciones inflamatorias tisulares, tumefacción, enrojecimiento y aumento de temperatura local y vuelta a la normalidad de la temperatura corporal, velocidad de sedimentación y cuadro hemático. Prefieren el empleo de inyecciones (ampollas de 5 c. c. al 20 por 100), dando media ampolla dos veces al día por vía intramuscular o intravenosa, o bien media ampolla intramuscular y otra media ampolla intravenosa. Para la inyección intravenosa es conveniente diluir en 10 c. c. de solución salina fisiológica. La duración del tratamiento es por término medio de 12-16 días, iniciándose una esencial mejoría del dolor a las cuatro o cinco horas de la primera inyección. El efecto colateral más frecuente es la retención de agua, que determina un aumento de peso de 2,1 kg. en doce días por término medio. A los dos o tres días de suspender la medicación se establecer una diuresis copiosa que destituye a la normalidad el peso. Está contraindicada en cardíacos, renales y en general en todos los enfermos con diuresis pequeña. Observaron algunas leucopenias, nunca tan intensas como para obligar a interrumpir el tratamiento. No disminuyen los hematies ni las plaquetas. Por vía intravenosa a veces se producen ligeros mareos transitorios; en tres casos, trombosis. Las reacciones tóxicas y colaterales son mayores y más frecuentes en los tratamientos orales, preconizados por los americanos, que exigen una duración del tratamiento de ochenta y cinco días por término medio. En comparación con la irgapirina resulta tener la butazolidina ciertas ventajas, por ser mejor su acción analgésico-antiflogística y menores los accidentes tóxicos y alérgicos cuando se emplea en inyección.

Convenal en las distonías vegetativas.—El convenal (HH 118) es un nuevo sedante, libre de ácido barbitúrico y sus derivados, de acción periférica, que ha mostrado ser perfectamente tolerable. La dosis adecuada o la combinación con otros fármacos de acción depresora central posibilitan su aplicación a cada caso. Aumenta el efecto de los narcóticos, por lo que puede ser considerado como ahorrador de luminal. Las indicaciones del Convenal son, en primer lugar, las alteraciones funcionales del trato gastrointestinal, en especial las de naturaleza espástica. Suele bastar una dosis de 3 a 4 grageas para dominar las distonías vegetativas de la convalecencia, del puerperio y las que surgen en el curso de la tuberculosis; en los enfermos psiconeuróticos suelen necesitar dosis mayores. Los trastornos cardiocirculatorios y las molestias climatéricas reaccionan mejor a la combinación del Convenal con pequeñas dosis de bromuros.

Vacunación antivariólica intracutánea.—Comunica le autor su experiencia de veinte años, durante los cuales ha vacunado preventivamente por vía intracutánea a 1.632 niños y revacunado a otros 96. Las ventajas de este método residen en la evitación completa de superinfecciones exógenas, en la constancia de dosificación de la linfa y, por tanto, de la reacción vacunal, en la seguridad de la eficacia de la inoculación y en la evi-

tación de cicatrices. La inmunidad conseguida puede considerarse igual a la que corresponde a la inoculación cutánea. En consideración a las epidemias de viruela que reiteradamente van apareciendo en los diferentes estados del mundo, así como a la totalmente insuficiente inmunidad de la población suiza, estima el autor que la inofensiva inoculación intracutánea es el método de elección para la primovacunación y muy útil para popularizar la vacunación.

83 - 22 - 30 de mayo de 1953

- Sobre las cardiopatías. R. Siebeck.
- La caída del cabello después de la terapéutica anticoagulante. R. Fischer, J. Bircher y Th. Reich.
- El punto de acción periférico de la coramina, del cardiazol, de la picrotoxina y del escilarósido y sus relaciones con la colinergia. C. Radouco-Thomas, Ed. Frommel, G. Burgermeister-Guex y M. Ducommun.
- Estudios sobre el problema del bocio. F. Blum.
- El tratamiento de la cefalea vasomotora con hydergina y DHE 45. P. Niesel, E. Weigelin e I. Ossendorf.
- La reabsorción de la penicilina en la elocilina. A. Thurnherr y E. Hasler.

La caída del cabello después de la terapéutica anticoagulante.—La caída del cabello pasado un tiempo de latencia después de un tratamiento con anticoagulantes ha sido señalada por MERZ, SCHRECK y WEIGHT, independientemente, siendo heparina o sustancias heparinoides las empleadas por estos autores. No encontrando ninguna referencia en la literatura de un efecto similar producido por los cuerpos del grupo de la cumarina, los autores han observado desde este punto de vista enfermos tratados con diversos anticoagulantes, encontrando que todos producen caída del pelo: liquefina (heparina) y trombocid (heparinóide), en la mitad aproximada-

mente de los casos; tromexano y dicumarol (cumarinicos), en el 42 por 100, y también las combinaciones de anticoagulantes de acción breve (liquefina o trombocid) con cumarinicos (dicumarol o tromexano) en el 78 por 100 de los casos. No influye en forma esencial la duración del tratamiento ni hay un aumento de tal fenómeno en relación con la edad: únicamente hay una preferencia por el sexo femenino. La caída del pelo en estos casos semeja a la que se produce en la alopecia sintomática difusa. El pronóstico es bueno, excepto en un pequeño porcentaje de los casos. Cuando ya se ha producido la caída del cabello, sólo cabe instituir un tratamiento que tenga efectos psicológicos, no conociéndose al presente ningún medicamento que pueda evitar esta alopecia posterapéutica.

Tratamiento de la cefalea vasomotora con hydergina y DHE 45.—Mediante la determinación de la presión en la arteria central de la retina cabe distinguir tres formas de alteraciones circulatorias en la cefalea vasomotora: una forma vasoconstrictora, una forma vasodilatadora y una tercera con tendencia al espasmo vascular. En 28 enfermos pertenecientes al primero de estos grupos, apreciaron los autores una mejoría tanto de los trastornos circulatorios como del dolor de cabeza mediante el tratamiento con hydergina. Otros 28 enfermos, incluidos dentro del segundo grupo de alteraciones circulatorias, se beneficiaron del empleo de la DHE 45. Estos resultados confirman el efecto vasodilatador de la hydergina sobre la circulación intracraneal y la acción vasoconstrictora de la DHE 45 sobre la misma. Conviene, pues, antes del empleo de una de estas dos sustancias en el tratamiento de la cefalea vasomotora, realizar una prueba terapéutica con el fin de darse cuenta de la utilidad de la misma.