

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

LA TYPOLOGIE ET SES APLICATIONS THE-
RAPEUTIQUES. Dr. LEON VANNIER.—Edit. G. Doin
& Cie. París, 1952.—Un volumen de 176 páginas con
46 figuras, 950 francos.

En tercera edición se publica este tratado de tipolo-
gía, constituyendo esta monografía la primera parte,
en la que se estudian las generalidades y la constitu-
ción. Muchos de estos libros, en un intento de genera-
lización, contienen afirmaciones pintorescas con una
mezcla de pequeña filosofía y naturalismo, que les resta
objetividad y sabor auténticamente científico. Tam-
bién es pintoresca su clasificación de las constitucio-
nes en constitución carbónica, fosfórica y fluórica.

El libro es sorprendente desde el principio al fin, aun-
que en ocasiones distraído. El fosfórico, dice el autor,
es siempre un heredituberculoso. De afirmaciones simi-
lares, que sirven de medida a su utilidad, está lleno el
libro.

PRECIS DE GENETIQUE MEDICALE. Dr. MAURICE
LAMY.—Edit. G. Doin & Cie. París, 1952.—Un volu-
men de 256 páginas con 108 figuras, 1.400 francos.

La aplicación de la moderna genética a la medicina
clínica constituye un sector muy interesante que ha
motivado en los últimos años numerosas monografías
valiosas. En este libro son explicados, de manera sen-
cilla y con el auxilio de esquemas, los conceptos fun-
damentales y sirve muy bien para primera información
del médico. Se hacen primeramente definiciones y se
estudia después la herencia dominante, recesiva, ligada
al sexo, las interacciones de los genes, la polialelia, la
herencia plurifactorial, las mutaciones, influencia del
medio y se dan al final unas nociones elementales de
estadística.

LES SYNDROMES VISCERO-DIGESTIFS (Interac-
tions viscérales) ET LEURS TRAITEMENTS. Doc-
tor ADOLPHE BERNARD.—Edit. G. Doin & Cie. París,
1952.—Un volumen de 518 páginas, 3.400 francos.

Todos los médicos saben que una parte importante
de los cuadros digestivos que la clínica nos brinda es-
tán constituidos en realidad por procesos reflejos de
punto de partida visceral, los llamados por MATHIEU
reflejos de corto y largo circuito. El doctor BERNARD
ha querido hacer de esta cuestión un estudio sistemá-

tico en ambas direcciones: influencia de la digestión
sobre la respiración y manifestaciones abdominales en
las enfermedades pulmonares, por ejemplo. Un criterio
similar se sigue en los siguientes capítulos, dedicados
a los síndromes cardio-digestivos, espleno-digestivos, di-
gestivo-urinarios, endocrino-digestivos, neuro-digestivos
y artro-digestivos.

En este libro se contienen muchos datos interesantes
y siempre puede ser útil revisar un texto en el que se
ha tratado de ordenar sistemáticamente tanto conoci-
miento disperso. No obstante, este intento de sistema-
tización supone, a su vez, un esquematismo excesivo y
obliga al autor a delimitaciones poco claras y descrip-
ciones que no escapan al espíritu crítico. No obstante,
insistimos en el interés de su lectura.

MANUEL D'ANALGESIE OBSTETRICALE. Accou-
chement dirigé et Anelgesie. Dr. JACQUES GAILLARD.—
Edit. G. Doin & Cie. París, 1952.—Un volumen de
64 páginas, 290 francos.

La analgesia obstétrica y los métodos aplicables al
parto dirigido son enumerados en forma muy esquemá-
tica y elemental en ese librito, cuyo conocimiento pue-
de ser interesante para el obstétrico.

GESUNDHEITSPOLITIK. Dr. BUURMAN.—Edit. Georg
Thieme Verlag. Stuttgart, 1952.—Un volumen con 58
páginas y 24 figuras, 5.85 DM.

Se trata de un estudio breve en el que se apoya la
tesis de que la política profiláctica sanitaria debe cons-
tituir uno de los objetivos fundamentales de la organi-
zación del Estado, siendo necesario que no solamente
los gobernantes, sino todos los médicos, apoyen par-
cialmente su labor en el convencimiento de la gran im-
portancia que este aspecto de la medicina tiene en la
salud de los países. El libro es elemental, pero lógica-
mente construido.

LIBROS RECIBIDOS

"Medizinal-Kalender 1955". Dres. Borner y Braun.—
Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un
volumen de 840 páginas, 7.50 DM.

B) REFERATAS

Deutsche medienische Wochenschrift.

78 - 6 - 6 de febrero de 1953

- * El problema de las medidas quirúrgicas en la hipogluce-
mia por tumor e hiperplasia de los islotes. K. Vosschul-
te y W. H. Becker.
- * Enfermedad grave cutáneo-muscular con el cuadro clínico
de una dermatomiositis con hallazgo del virus de Cox-
sackie. E. Zweymueller.
- * Microtraumas de la columna vertebral. A. Sollmann.
- * Las enfermedades de las partes blandas y de la piel en
la tuberculosis de los ganglios del cuello. G. Hasche-
Kluender.

El tratamiento quirúrgico de la hipoglucemia por hi-
perinsulinismo.—Puede ser producida por un adenoma
insular (el carcinoma es muy raro) o por la llamada
hiperplasia o hipertrofia difusa del aparato insular, que
a veces puede ser la consecuencia de una pancreatitis.
El diagnóstico diferencial con la hipoglucemia por alte-
raciones funcionales de la regulación puede ser muy di-
fícil, no hay ningún criterio seguro y sólo la observa-
ción clínica atenta y prolongada puede resolver la cues-
tión. La mayor parte de los adenomas asientan en la
cola, menos en el cuerpo y son rarísimos en la cabeza.

En los casos en que asienta profundamente no se le encuentra porque es pequeño e indistinguible a la palpación. Debe tenerse presente la posibilidad de un adenoma ectópico, que sin embargo debe ser muy raro si se explorará en el acto quirúrgico el ligamento gastrocólico, la pared del estómago, del duodeno y entre páncreas e hígado. De 315 casos operados, en el 38 por 100 no se encontraba el tumor en la glándula puesta al descubierto, y en el 18 por 100 de éstos se pudo extirpar el adenoma (comprobado en las preparaciones) por resección a ciegas o por repetidas intervenciones. Como el tratamiento de este proceso es sólo quirúrgico, siempre que el diagnóstico de hiperinsulinismo orgánico sea seguro y no se encuentre el tumor en la intervención, se hará una aresección lo más extensa posible del páncreas, quitando la cola y todo el cuerpo, con lo que verosimilmente se suprimen los adenomas, únicos o múltiples. Este proceder es también el más eficaz en la llamada hiperplasia (20 por 100).

Dermatomiositis por virus Cocksackie.—El autor comunica el caso de una muchacha de catorce años que comenzó con el cuadro de una poliartritis reumática que posteriormente fué evolucionando hacia la panarteritis nodosa. Histológicamente se encontró lesiones de arteritis en el sentido de este último proceso en el tejido subcutáneo y el músculo estriado. En éste se encontraba además degeneración. Por la participación muscular en el proceso, que hizo pensar en la enfermedad de Bornholm, se emprendió una investigación virológica logrando aislar una variedad del virus de Cocksackie, del tipo A₂, en las heces de la enferma. Asimismo encontraron en su suero un título significativo de anticuerpos neutralizantes para el mismo virus. Inyectando filtrado estéril de las heces a un cobaya se pudo obtener de la musculatura de éste una papilla que, inyectada a otro cobaya, le produjo la muerte espontánea después de dos días con parálisis del tren posterior. Terapéuticamente observaron un efecto rápidamente favorable de la ACTH, con desaparición o disminución aguda de la sintomatología, mientras que la cortisona producía, por el contrario, un agravamiento del cuadro.

Participación de las partes blandas en las adenopatías tuberculosas del cuello.—Comunican los autores su experiencia en más de 200 extirpaciones de adenopatías bacilares cervicales. Los órganos más próximos, las glándulas submaxilares, rara vez son invadidos, y cuando lo son cursan clínicamente en forma banal. En los músculos del cuello generalmente la tuberculosis se limita a las fascias y al conjunto, siendo escasa la participación de la sustancia contráctil; solamente éste cobra mayor importancia en los sujetos de edad. La afectación más importante es la de la piel, generalmente en forma de una tuberculosis colicuvativa cutánea. Puede desarrollarse un lupus cutáneo sobre la base de una escrofulodermia linfonodular, jugando un papel secundario un proceso inflamatorio debido a una infección mixta, que prepara el terreno para su desarrollo y las calcificaciones cutáneas de las que pueden originarse nuevas exacerbaciones. La mejor profilaxis del lupus en estos casos es la excisión de la escrofulodermia y la extirpación amplia de todas las adenopatías. El tratamiento ulterior con estreptomycin, PAS e hidrazida puede evitar las recidivas, pero no basta por sí sólo para curar el proceso.

78 - 7 - 13 de febrero de 1953

- * Herpangina y estomatitis herpética. H. Schlack. Incompatibilidad de grupos sanguíneos como causa de la ictericia del recién nacido? H. Hoffbauer y H. J. Pettenkofer.
- * Neumonía y circulación. G. Buhr. Diferencias de presión arterial en las extremidades superiores. H. Beckmann.
- * Experiencia clínica con antihistamínicos en aplicación local. J. Meyer-Rohn.
- * Experiencia clínica con un nuevo antitrombótico del grupo de las tierras raras. H.-A. Thies y D. Boecker.

Padutina-depósito e Impletol-depósito en las enfermedades quirúrgicas. T. Burckhardt y A. Fasel. Nuevos puntos de vista en la cuestión del hipertonismo muscular y de las mialgias. K. Voit y A. Gamp.

Herpangina y estomatitis herpética.—En 1950 se produjo en Stuttgart una epidemia de poliomielitis de gravedad media. Un año más tarde, en los mismos lugares, se observó una enfermedad de Bornholm o mialgia epidémica. Al mismo tiempo se presentaron casos, no muy numerosos, de herpangina que en algunas ocasiones se convirtieron en gingivitis y estomatitis generalizadas siguiendo una curva febril difásica. En el invierno siguiente (1952), y hasta el mes de julio, la enfermedad de Bornholm ya solamente se observó en casos aislados, mientras que por el contrario la herpangina se hizo más frecuente que el año anterior y en más de la mitad de los casos se acompañó de síntomas irritativos cerebrales. En este año 1952 se observó con más frecuencia que en el anterior la transformación de una herpangina en una estomatitis y gingivitis generalizada, que por su curso se diferenciaba claramente de la estomatitis aftosa habitual, por lo que puede ser designada como estomatitis y gingivitis herpética. Estas observaciones prestan un nuevo apoyo a la opinión de los autores americanos de que la enfermedad de Bornholm y la herpangina tienen como agente casual distintas variedades de un mismo virus: el virus de Cocksackie. Es muy verosímil que los casos que cursan como gingivitis o estomatitis correspondan a una variante del mismo virus de Cocksackie.

Neumonía y circulación.—Se ha discutido si el fracaso circulatorio en el curso de la neumonía sería primariamente un colapso vascular periférico o una afectación cardíaca quizá por las toxinas bacterianas. En seis casos el autor ha realizado, al menos una vez cada día, determinación del volumen/contracción y del volumen/minuto, resistencia vascular elástica y periférica, del trabajo y rendimiento cardíacos y medida de la presión venosa en la cubital y sus modificaciones por el esfuerzo. Encuentra fundamentalmente un aumento de la presión venosa y una disminución del volumen de expulsión, por lo que estima que lo primario en la neumonía es el desfallecimiento cardíaco, que posteriormente puede originar el cuadro de colapso por una disminución del flujo sanguíneo por el cerebro y la médula y por hipoxemia de causa circulatoria en los centros nerviosos. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca en la neumonía se refuerza por la eficacia de las inyecciones de estrofantina K y cree el autor que éste debe ser el tratamiento del cuadro circulatorio de la neumonía, actuando directamente sobre el corazón, puesto que en el corazón está el origen del trastorno circulatorio.

Antihistamínicos en aplicación local.—El autor comunica buenos resultados obtenidos con sustancias antihistamínicas aplicadas localmente en forma de pomada en dermatitis de diferentes tipos, pero en su mayor parte alérgicas, en eczemas bacterianos, neurodermitis, urticarias y picaduras de insectos, así como en pruritos de ano y escroto, craurosis vulvar y prurito senil genuino. En el líquen ruber obtuvo resultados escasos o nulos. Cuando estas sustancias se aplican localmente sobre las lesiones no actúan por sus propiedades antihistamínicas, sino como anestésicos y antipruriginosos locales; solamente cuando se aplican grandes cantidades de pomada podría pensarse en una reabsorción de la sustancia activa, que entonces desarrollaría su acción general antihistamínica. Están dotadas también de una ligera acción fungicida que no es suficiente para incluirlas entre los antimicóticos. La tolerancia es muy buena, lo que es de gran importancia en dermatología.

Un nuevo antitrombótico.—Las propiedades anticoagulantes de las tierras raras, es decir, de los metales que ocupan los lugares 55 al 71 de la tabla periódica eran ya conocidas, pero sus sales inorgánicas no podían ser empleadas en medicina humana a causa de

sus efectos tóxicos sobre la circulación. VINCKE sintetizó la sal de neodimio del ácido 3-sulfo-isonicotínico, que conserva la acción sobre la coagulación habiendo perdido el poder tóxico. La eficacia del neodimio administrado en esta combinación es real y su tolerancia buena, sin excepción. Se dará en inyección intravenosa, evitando la menor salida de líquido, que produciría intenso dolor y enrojecimiento, aunque sin mayores consecuencias. Aproximadamente la mitad de los enfermos aquejados durante o poco después de la inyección una sensación de calor en el brazo, en la nuca o sin localización precisa, que se puede considerar como una acción específica del ácido isonicotínico. Por oposición a la dicumarina su acción es rápida, alcanzando su máximo a las 1-2 horas y es además duradera de 24 a 48 horas, según la cantidad inyectada, a diferencia de la heparina, cuyos efectos pasan en 3-4 horas. Como antagonista se puede dar los preparados de vitamina K. Una de las mayores ventajas del trombotin (nombre de la nueva sustancia) es el hecho de no requerir la determinación del tiempo de protrombina para el control del tratamiento.

78 - 8 - 20 de febrero de 1953

- * Clínica y tratamiento del feocromocitoma. H. Peiper, H.-J. Peiper y H. Spitzbarth.
- El origen de la enfermedad de Basedow. H. W. Bansl, J. Kracht, U. Kracht y J. Meissner.
- * Diagnóstico diferencial de los ataques jacksonianos. O. Hallen.
- El tratamiento del hígado graso con lecitina. G. Schettler.
- Plasma de animales para el aporte parenteral de proteínas en el hombre. G. Weitz.
- * Resultados terapéuticos de las grandes transfusiones esteroesternales en síndromes trombopénicos de diferentes etiologías. E. Danopoulos y G. Katsas.

Clínica del feocromocitoma.—El feocromocitoma puede cursar en forma asintomática, siendo un hallazgo casual en una operación de abdomen, en un examen radiológico o en una autopsia por otros motivos y en algunos casos puede ser la causa de la muerte después de ligeros traumas u operaciones sin historia ni hallazgos previos. Otras veces da el llamado síndrome adrenal-simpático, o síndrome de la médula suprarrenal, en tres diferentes aspectos: crisis hipertensivas en sujetos por lo demás normotensos (forma clásica del feocromocitoma), crisis hipertensivas en un sujeto con tensión variable (forma de tránsito a la hipertensión crónica) y crisis hipertensivas en un hipertenso. Finalmente puede dar simplemente una hipertensión sin crisis hipertensivas, difícil de diferenciar de otras formas de hipertensión. En los casos accesorios, las crisis se pueden presentar con intervalos que varían de unas horas a años. Se ha señalado por SACK la "triada vegetativa de la crisis hipertensiva", formada por hipertensión, hiperglucemia y leucocitosis. Durante el acceso la presión sistólica puede sobrepasar los 30 cm. de Hg. y la diastólica llegar a los 20. El pulso es muy variable: una crisis puede empezar con taquicardia y terminar con una pronunciada bradicardia. El tumor generalmente no es palpable, hay que demostrarlo en la mayoría de los casos por investigaciones radiológicas, siendo de gran ayuda las pielografías intravenosas y retrógradas. Si no se encuentra el tumor con ayuda de estos métodos, queda como única posibilidad la laparotomía exploradora, aunque también en el abdomen abierto pueden dos feocromocitomas escapar a la palpación. En los últimos años han cobrado auge extraordinario las pruebas funcionales específicas, de las que hay dos clases: unas, que consisten en desencadenar un acceso hipertensivo, y otras, que buscan un descenso específico de la presión por los adrenolíticos. Entre las primeras están el masaje de la región renal, la prueba de la histamina, la prueba del mecolil (acetil-beta-metilcolina), la prueba del tetraetilamonio, la prueba del enfriamiento y otras como la de la efetonina y de la sobrecarga de insulina, que no se deben usar por ser peligrosas. La crisis provocada por estas exploraciones podrá ser yugulada con un adrenolítico, de elección la regitina (C 7.337), 10 mg. intravenosa. En el segundo grupo de

pruebas están la prueba de la benzodioxana, la de la regitina y la de la dibenamina. Se ha señalado en los enfermos de feocromocitoma un aumento de la eliminación urinaria de adrenalina y arterenol.

Diagnóstico diferencial de los accesos jacksonianos.

Insiste el autor en que no se debe considerar sinónimos los términos de epilepsia jacksoniana y epilepsia traumática o sintomática. La crisis jacksoniana se caracteriza por: 1) No hay alteración notable del conocimiento, el enfermo lo siente hasta el final, por lo que de ninguna otra forma de epilepsia se puede esperar una descripción tan completa como del paroxismo cortical. 2))) El cuadro del ataque está determinado por fenómenos motores y parestesias. Estas pueden preceder, acompañar o (en casos raros) seguir a las convulsiones. Es muy rara la aparición aislada de crisis puramente sensitivas; por el contrario, se observan con mayor frecuencia accesos con descarga motora solamente. 3) Es característico el comienzo en una parte estrechamente limitada al cuerpo, generalmente la mandíbula, la mano o el pie. Esta progresión de las manifestaciones depende de que la excitabilidad de las regiones centrales del cerebro aumenta cuando una parte de este territorio es estimulada. 4) El acceso puede afectar no sólo todo un miembro, sino una mitad del cuerpo y aun en ocasiones generalizarse. 5) En relación con los paroxismos corticales hay que señalar frecuentemente una parálisis transitoria o paresia de las partes del cuerpo primeramente atacadas por la crisis a consecuencia de un agotamiento de la sustancia nerviosa. En cuatro casos observados por el autor, pudo excluir la crisis cortical por un atento análisis de la sintomatología: en dos, por la atipicidad de los síntomas del acceso; en uno, por la forma extraordinaria de extensión de las sensaciones, y en otro, por esto mismo y por los síntomas acompañantes no característicos.

Grandes transfusiones esteroesternales en síndromes trombóticos.—Las "grandes transfusiones esteroesternales" fueron preconizadas en 1946 por DANOPOULOS para el tratamiento de las aplasias medulares agudas y de las leucemias agudas. Consisten en una serie de 15 a 20 inyecciones en el esternón del enfermo de la médula obtenida por punción esternal de un sano. Los autores han empleado este mismo método en seis casos de púrpura trombopénica de diversas etiologías: fiebre tifoidea, sensibilidad a la quinina, eritema nodoso, cirrosis hepática, enfermedad de Werlhof y enfermedad de Gaucher. En los cuatro primeros casos se consiguió una rápida desaparición de las hemorragias y vuelta a la normalidad del tiempo de hemorragia. Por el contrario, el aumento de las plaquetas fué más lento y alcanzó un nivel muy alto, que en los tres primeros casos alcanzó o sobrepasó el doble del valor normal. En el paciente de enfermedad de Werlhof los resultados no fueron tan demostrativos y en el de enfermedad de Gaucher no tuvo este tratamiento ninguna utilidad terapéutica.

78 - 9 - 27 de febrero de 1953

- La ambigüedad de la amenorrea. E. Philipp.
- La importancia de la cantidad de gérmenes en la epidemiología y en la clínica. F. v. Bormann.
- Endocarditis lenta en participantes en la guerra y en prisioneros. P. Keller.
- * Clínica y tratamiento del feocromocitoma. H. Peiper, H.-J. Peiper y H. Spitzbarth.
- * Tratamiento con digitoxina en la práctica. F. W. Schembra.
- La determinación del tiempo de protrombina y el tratamiento con anticoagulantes en los pequeños hospitales. F. Bidermann.
- Medicamentos nuevos útiles. G. Kuschinsky.

Tratamiento del feocromocitoma.—Después del fracaso de los tratamientos conservadores, únicos posibles hasta hace poco, con adrenolíticos e irradiación del tumor, parece hoy que el tratamiento de elección es la extirpación del tumor. Puesto que el feocromocitoma tiende a llevar un curso desfavorable y conduce por fin

a la muerte después de un tiempo mayor o menor, siendo por el contrario posible la curación completa por medio de la ablación del tumor, se debe plantear la intervención en todos los casos. Hay que tener en cuenta que cuanto más avanzado esté el proceso tanto mayores son los riesgos de la intervención que amenazan por parte de órganos ya alterados. La mortalidad del 50 por 100 que obtenían MAYO y SHIPLEY en sus primeras intervenciones pudo ser disminuida en cantidad apreciable por medio de un diagnóstico más precoz del feocromocitoma con ayuda de las pruebas funcionales específicas y por medio de una más exacta vigilancia y control del estado circulatorio mediante los nuevos adrenolíticos (regitina) y simpaticomiméticos (adrenalina y arterenol). En la actualidad ya sólo es de un 18 por 100 y cabe la esperanza de que todavía disminuya más.

La digitoxina en la práctica.—En la práctica general la digitoxina es siempre administrable, bajo cuidadoso control médico, y en muchos cardiopatas el medio de elección. En la mayor parte de los casos es suficiente la administración oral: no hace falta la administración intravenosa para disminuir el tiempo de latencia. La dosificación ha de ser siempre individual, sin ajustarse a ningún esquema. Toda la acción de la digital puede conseguirse con la digitoxina con toda seguridad y en corto tiempo, debido a su posibilidad de dosificación exacta, a su completa absorción en el intestino y a su buena tolerancia por el estómago. Es conveniente dar en la práctica privada dosis más pequeñas que en la práctica hospitalaria. Puede llevarse a cabo con el cuidado necesario la digitalización rápida con dosis relativamente altas, pero en general se han abandonado ya las dosis iniciales elevadas. Sin embargo, según el curso de la enfermedad, puede realizarse el tratamiento ambulatorio con digitoxina lo mismo con grandes que con pequeñas dosis. Después de que se haya conseguido la compensación, es no sólo recomendable, sino absolutamente necesario seguir en los cardiopatas crónicos un tratamiento prolongado con las dosis de mantenimiento necesarias. La digitoxina puede combinarse con los coronariodilatadores, consiguiendo así una acción más favorable sobre el músculo cardíaco.

Gastroenterology.

24 - 3 - 1953

- Observaciones fisiológicas en un segmento del yeyuno humano normal. M. Ginsberg y J. M. Miller.
- Úlcera del canal pilórico. E. Clinton Texter Jr., G. J. Baylin, J. M. Ruffin y C. W. Legerton Jr.
- Diagnóstico gastroscópico en 273 úlceras gástricas. R. Schindler y J. J. Desneux.
- Úlceras gástricas gigantes benignas. R. H. Marshak, H. Yarnis y A. I. Friedman.
- Úlcera duodenal activa en el embarazo. J. A. Rider, J. P. Kirsner y W. L. Palmer.
- Depresión inicial de la secreción gástrica humana por la insulina. W. H. Olson y H. Necheles.
- Esofagitis por reflujo: Su diagnóstico y tratamiento. F. Beaconsfield.
- Vólvulo del colon sigmoide. L. T. Gabriel, D. A. Campbell y M. M. Musselman.
- Tratamiento del estreñimiento con un nuevo material hidrabsorbente derivado de las algas. M. G. Mulinos y G. B. Jerzy Glass.
- Biopsia por punción del hígado: Evaluación clínica de 323 biopsias. Referencia de dos casos con biopsia accidental de la vesícula biliar. R. D. Gamble y B. H. Sullivan Jr.
- Obstrucción crónica de la vena porta en perros por cirrosis silícea. W. Volwiler, J. H. Grindlay y J. L. Bollman.
- Una sencilla prueba para bilirrubina en la orina. A. H. Free y H. M. Free.
- Lípidos fecales y plasmáticos: Un estudio de los adultos normales tomando una dieta libre de lípidos y otra conteniendo únicamente trioleína. E. E. Wollaege, W. O. Lundberg, J. R. Chipault y H. L. Mason.
- Alteraciones en el contenido de potasio en el organismo en la cirrosis hepática del hígado. J. K. Aikawa, J. H. Felts Jr. y G. T. Harrell.

Úlcera del canal pilórico.—Los autores han estudiado 55 enfermos con úlcera péptica localizada en el canal pilórico. Los rasgos clínicos sugestivos de la úlcera

del canal pilórico son: náuseas y vómitos, dolor abdominal atípico no relacionado con las comidas, que es constante o bien de carácter cólico, y marcada pérdida de peso. Para hacer el diagnóstico es esencial el estudio radiológico. Terminan diciendo que una vez diagnosticada esta clase de úlcera el enfermo debe recibir un intenso tratamiento en el hospital, recurriéndose a la cirugía si no se aprecia pronto la recuperación.

Diagnóstico gastroscópico de la úlcera gástrica.—Los autores han podido hacer el estudio ulterior de 273 casos de úlcera gástrica observada gastroscópicamente. En 20 casos (7,3 por 100) se hizo un diagnóstico incorrecto. En 18 se diagnosticó un carcinoma en lugar de úlcera benigna, pero en sólo dos casos ocurrió lo contrario. En 14 casos el gastroscopista no fué capaz de hacer una afirmación, principalmente por no poderse visualizar toda la úlcera. Ninguno de los signos gastroscópicos habituales para el diagnóstico diferencial de las úlceras benignas y malignas está libre de error; ocasionalmente puede haber un reborde suave en una úlcera benigna o abrupto en una maligna. Por lo tanto, el clínico puede aceptar las impresiones gastroscópicas únicamente como sugerencias que ha de relacionar con los otros datos clínicos; hay casos en los que el diagnóstico radiológico y el gastroscópico está equivocado y en los que, sin embargo, el clínico puede llegar al diagnóstico correcto considerando todos los datos. El porcentaje de diagnósticos gastroscópicos correctos es tan alto y el diagnóstico es posible con tal certeza, que la gastroscopia debe considerarse como un método extremadamente útil para el diagnóstico diferencial correcto de la úlcera gástrica y quizá el procedimiento más válido.

Úlceras gástricas benignas.—Los autores presentan siete casos de úlceras gástricas benignas que medían 3,5 y 7 cm. Estas úlceras penetraban en el páncreas, hígado o mesenterio, produciendo una masa indurada que simulaba un carcinoma en la operación. Clínicamente el síntoma más prominente era el dolor abdominal intratable. La acidez gástrica era normal o estaba elevada; existía melena en un caso, las hemorragias ocultas en las heces eran positivas en otro y negativas en los restantes. Se hizo el diagnóstico gastroscópico de una lesión benigna en dos de los cuatro casos; radiológicamente se sugirió lesión benigna en cuatro casos, carcinoma en uno y dudoso en dos. Consideran difícil saber si estas úlceras gástricas gigantes, esto es, mayor de 3,5 cm., benignas, perforadas y tabicadas pueden curar por completo bajo tratamiento médico.

Insulina y secreción gástrica.—Los autores han estudiado 15 sujetos adultos con úlcera duodenal o sintomatología ulcerosa y han determinado la secreción gástrica basal y después de la inyección intravenosa de insulina. El efecto de la insulina es difásico; la primera fase, en la mayoría a los treinta minutos, muestra una depresión significativa del ácido segregado y esta fase coincide con los valores más bajos de glucemia; la segunda fase, a los sesenta minutos, se aprecia la bien conocida excitación de la secreción gástrica, que coincide con el aumento de la glucemia. Estos resultados confirman sus observaciones sobre la bolsa gástrica en el perro y suplementan los resultados previos sobre la motilidad gástrica en el perro, donde la glucemia más baja después de la insulina intravenosa coincidía con una depresión de la motilidad gástrica, mientras que la glucemia alta coincidía con la estimulación de la misma.

Vólvulo del sigma.—Señalan los autores que el vólvulo del sigma es la segunda causa en cuanto a frecuencia de la obstrucción del intestino grueso y debe tenerse siempre presente en todo caso de obstrucción del colon. Los hallazgos radiológicos de un gran segmento de intestino partiendo de la pelvis con sólo distensión moderada del resto del colon son patognomónicos.

cos de la enfermedad; el diagnóstico exacto es necesario para evitar el error fatal de tratamiento por descompresión proximal. Debe recomendarse el tratamiento quirúrgico para todos los enfermos, menos aquellos que por su situación crítica no podrían tolerar la celiotomía. A causa de la gran incidencia de recidivas, se hace necesaria finalmente la resección del sigma. Terminan diciendo que puede reducirse la mortalidad si se diagnostica la enfermedad y se instituye el tratamiento adecuado sin demora.

Biopsia por punción del hígado.—Declaran los autores que más del 80 por 100 de 323 biopsias hepáticas realizadas en 231 enfermos fueron de valor diagnóstico. El 48 por 100 influenció significativamente el tratamiento del enfermo. No hubo muertes en este grupo, pero la experiencia total en su hospital incluye sólo un caso ya publicado de muerte por hemorragia en 509 biopsias. En un grupo de 50 biopsias se produjeron dolor u otros síntomas en 37 como resultado de la operación. Como contraindicaciones señalan la tendencia hemorrágica, enfermedad pleuropulmonar derecha, congestión pasiva del hígado y hígado pulsátil, enfisema pulmonar marcado, interposición del colon entre el hígado y la pared torácica y la presión intrabiliar fuertemente aumentada. Refieren también dos casos de biopsia accidental de la vesícula biliar con la aguja de Vim-Silverman; los pacientes sólo tuvieron un dolor pequeño y transitorio y no se requirió la intervención quirúrgica.

Obstrucción portal crónica en perros por cirrosis silícea.—Declaran los autores que puede producirse en los perros una extensa fibrosis silícea del hígado en un período de dos años por la inyección intravenosa seriada de polvo de cuarzo, cuyas partículas son menores de 3 micrones de diámetro. Con frecuencia se produce una hipertensión portal leve o moderada e irregularmente una esplenomegalia congestiva. Se desarrolla una marcada circulación colateral, que es más prominente en las conexiones retroperitoneales con los sistemas de la aorta y de la vena cava inferior. Corrientemente no se producen por estas lesiones hepáticas verdaderas varices esofágicas. La lesión hepática progresa hasta producir perturbaciones graves en la función hepatocelular. Finalmente, como complicación tardía de la fibrosis silícea del hígado en los perros, puede aparecer una ascitis moderada.

Prueba sencilla para la bilirrubina en la orina.—Los autores describen una prueba específica, rápida, sensible, exacta y sencilla para la bilirrubina en la orina. La prueba, a la que llaman Ictotest, se basa en la adsorción de la bilirrubina de la orina sobre una esterilla de asbesto-celulosa cuando se depositan gotas de orina; se coloca entonces sobre la esterilla una pastilla reactiva que contiene una sal diazoica estable, que se une con la bilirrubina, dando un color azul o púrpura característico.

Lípidos fecales y del plasma.—Los autores han medido los lípidos fecales y plasmáticos de dos adultos normales, durante cuatro períodos sucesivos, en los que respectivamente se dieron las siguientes dietas: 1) Dieta mixta general. 2) Dieta libre de lípidos. 3) Igual que la 2), excepto que sustituyen isocalóricamente 100 gramos de trioleína por carbohidratos de la dieta libre de lípidos; y 4) Dieta mixta general. Durante el período libre de lípidos hubo una reducción abrupta y persistente en la cantidad de lípidos totales de las heces, desde un promedio de 7,7 a 1,5 gr. diarios y de ácidos grasos de 4,3 a 0,43 gr. diarios; no se vió un descenso paralelo en los ácidos grasos del plasma. Se apreció una diferencia en la composición de los ácidos grasos fecales durante el período libre de lípidos y los controles; estos hallazgos indican que una gran parte de los ácidos grasos fecales de estos dos sujetos cuando tomaban una dieta mixta general procedían de la grasa alimen-

ticia no absorbida. Al iniciar el período de trioleína, aparecieron inmediatamente cantidades excesivas de ácidos grasos en las heces, permaneciendo así hasta que se volvió a dar la dieta control, en que los ácidos grasos volvieron al nivel inicial; durante el período de trioleína, la concentración de ácidos grasos totales del plasma alcanzaron niveles anormalmente bajos. Deducen que la trioleína no se digiere y absorbe con el mismo grado de eficacia que una cantidad igual o mayor de grasa en la dieta mixta general.

Potasio del organismo en la cirrosis hepática.—Los autores han realizado determinaciones del contenido de potasio recambiable (Ke) por el método radioisotópico en 13 sujetos con cirrosis hepática, cuatro de los cuales tenían ascitis. Doce de los 13 valores iniciales estaban por debajo de los sujetos normales y el restante estaba en los límites inferiores de la normalidad. Se hicieron determinaciones repetidas en el Ke después de una semana más de tratamiento con una dieta rica en proteínas e hidrocarbonados y pobre en grasa y suplementos vitamínicos. En los tres sujetos con ascitis no se apreciaron cambios significativos en el Ke incluso después de la administración de un suplemento oral de potasio. Los resultados sugieren que existe corrientemente un déficit intracelular de potasio en la cirrosis hepática y que este déficit no es susceptible de corrección una vez que se ha producido la descompensación hepática.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

92 - 1 - 1953

Tratamiento del cardíaco en un ambiente caliente y húmedo.

- * El tiroides en relación con la enfermedad neuromuscular. C. H. Millikan y S. F. Haines.
- * Epidemiología de los estafilococos penicilín y aureomicina-resistentes. M. H. Lepper, H. F. Dowling, G. G. Jackson y M. M. Hirsch.
- * Características descriptivas de un grupo de enfermos con acidosis diabética moderada o intensa. L. Zieve y E. Hill.
- * Pronóstico en la acidosis diabética moderada o intensa. L. Zieve y E. Hill.
- * Estado colapsiforme debido a la transfusión de sangre contaminada con bacilos gram-negativos. A. I. Braude, D. Williams, J. Siemienski y R. Murphy.
- * Manifestaciones pulmonares de la esclerodermia. W. H. Shuford, W. B. Seaman y A. Goldman.
- * Estilbamidina en el tratamiento de la blastomicosis diseminada. C. R. Cummins, B. Bairstow y D. A. Baker.
- * Progresos en medicina interna: Los tres subtipos de adrenocorticotropina hipofisaria. W. Quitman Wolfson.
- * Drenaje de las venas pulmonares en el ductus venosus con otras anomalías. H. D. Specht y A. F. Brown.

El tiroides en relación con la enfermedad neuromuscular.—Los autores discuten los procesos en los que se asocian la disfunción del tiroides y la de los músculos sobre la base de la siguiente clasificación: 1) Tirotoxicosis y a) Miastenia gravis. b) Miopatía tirotóxica crónica. c) Parálisis periódica; y d) Oftalmoplejía exoftálmica. 2) Hipotiroidismo y función muscular alterada. La experiencia clínica y farmacológica indica que la miastenia gravis y el hipertiroidismo son enfermedades separadas; la administración de neostigmina no modifica la astenia del hipertiroidismo y sí en cambio la de la miastenia; los enfermos de hipertiroidismo muestran una respuesta normal a la d-tubocurarina, mientras que los de miastenia son muy sensibles a esta droga. No hay relación constante entre ambas enfermedades, y cuando se presentan conjuntamente el tratamiento es un problema serio; el empleo de I^{131} puede ser de gran ayuda en el hipertiroidismo, puesto que a menudo no puede realizarse la tiroidectomía con seguridad. La miopatía tirotóxica crónica es más corriente; la debilidad en este trastorno es con mayor frecuencia en la cintura pélvica, aunque pueden afectarse la escápula y los músculos periféricos; los reflejos son normales y la potencia muscular no mejora por la administración de neostigmina ni es sensible al curare de modo anormal. La coincidencia de parálisis periódica e hipertiroidismo es

más frecuente de lo que podría esperarse de una casualidad; se ve mejoría o desaparición completa de la parálisis periódica después del tratamiento del hipertiroidismo, aunque la evidencia clínica y de laboratorio indica que son dos enfermedades diferentes: la periódica puede existir, en algunos casos, como una anomalía latente que se manifiesta al desarrollarse el hipertiroidismo. Todavía no se conoce la patogenia de la oftalmoplejía exoftálmica; la oftalmoplejía no se debe a un mecanismo similar al de la miastenia y el exoftalmos es la consecuencia del aumento del contenido de la órbita, en el que intervienen el edema, la infiltración por linfocitos y marcado aumento de la grasa en los músculos extraoculares y otros tejidos orbitarios; la oftalmoplejía es aparentemente el resultado de las alteraciones intrínsecas en los músculos extraoculares. El hipotiroidismo produce una anomalía en el mecanismo contráctil del músculo; esto no se observa en otras enfermedades que descienden el metabolismo basal y no es lo mismo que la miotonía. Se ha demostrado que la disfunción tiroidea se asocia íntimamente con la función muscular; en los casos estudiados este efecto se realiza primariamente sobre el metabolismo intrínseco del músculo y no sobre el sistema nervioso con efectos secundarios sobre la acción muscular.

Características descriptivas de un grupo de enfermos con acidosis diabética moderada o intensa.—Presentan los autores las características descriptivas de un grupo representativo de enfermos con acidosis diabética moderada o intensa, que agrupa en cinco tablas con los siguientes encabezamientos: 1) Características generales de los enfermos. 2) Características clínicas de la acidosis. 3) Características de laboratorio. 4) Tratamiento; y 5) Respuesta al mismo. De los 124 enfermos, el 71 por 100 curó y el 29 por 100 murió en acidosis; los que murieron, dieron un promedio de edad superior en veinte años; también eran más obesos y tenían mayor presión; la mayor parte de ellos no sabía que eran diabéticos y pocos de ellos habían tenido accidentes previos similares; llevaban largo tiempo en acidosis antes de la hospitalización y aproximadamente un número igual estaban inconscientes a su ingreso; sólo las dos terceras partes de cada grupo había tenido vómitos y muy pocos de carácter sanguíneo o de café. La temperatura corporal era muy baja y el ritmo respiratorio más alto en los que tuvieron un resultado final fatal; la tercera parte estaba en shock a su ingreso y las tres quintas en las seis primeras horas. La mitad de los que murieron y la décima parte de los otros tenían un proceso complicativo moderado o grave. Había oliguria o anuria al ingreso en la mitad de los enfermos que murieron y en la vigésima parte de los que sobrevivieron. El grado de hiperglicemia fué ligeramente mayor en los que murieron, no había diferencia en cuanto a la reserva alcalina y la azotemia fué mucho más frecuente en aquéllos; dos quintas partes de éstos no tenían ácido diacético en la orina, pero casi todos de ambos grupos mostraban acetonuria. Todos los enfermos recibieron esencialmente el mismo tratamiento durante las tres primeras horas críticas después del ingreso; a partir de entonces la tendencia fué a aumentar ligeramente la intensidad con que fueron tratados los enfermos más afectados. Los enfermos que curaron recibieron parenteralmente un promedio de 216 unidades de insulina, 4,2 litros de líquidos, 27 gr. de cloruro sódico, 15 gramos de sodio, 90 gr. de dextrosa y 16 gr. de álcali en veinticuatro horas; para los que murieron estas cifras fueron, respectivamente, 252 unidades, 6,5 litros, 39 gr., 19 gr., 108 gr. y 16 gr. en las veinticuatro horas. La rapidez de recuperación de la acidosis fué muy variable, pero en general pasaron veintiuna horas para la recuperación completa y el mismo plazo para los que murieron. En el grupo de enfermos que recuperaron la glicemia se hizo normal en diecisiete horas, la reserva alcalina en veinticuatro y la urea en sangre en treinta y ocho, desapareciendo la acetona de la orina en treinta y seis horas; las dos primeras determinacio-

nes eran normales antes de la muerte en el 29 por 100 de los enfermos y la tercera en el 11 por 100.

Pronóstico de la acidosis diabética moderada o intensa.—Los autores analizan los factores de edad, procesos asociados, grado de inconsciencia, duración del coma, presión media, urea, glucosa y reserva alcalina en sangre. El orden de importancia en cuanto a la significación pronóstica fueron la edad, presión, proceso asociado, urea en sangre, grado de inconsciencia y duración del coma; la glucemia y la reserva alcalina no diferían significativamente entre los que murieron o sobrevivieron. Considerados simultáneamente los factores pueden reagruparse en tres niveles de significación: Máxima, procesos asociados, glucemia y uremia; intermedia, presión y duración del coma, y mínima, grado de inconsciencia. Para un grado determinado de intensidad, una glucemia alta es un signo pronóstico favorable.

Estado colapsiforme por transfusión de sangre contaminada con bacilos gram-negativos.—Los autores describen el caso de un enfermo que recibió una transfusión con sangre contaminada por bacilos gram-negativos. Fué tratado con antibióticos, arterrenol y cortisona, curando de este episodio agudo, pero muriendo ulteriormente por una enfermedad de Hodgkin. Las tres características clínicas principales de la reacción transfusional fueron fiebre, hipotensión y dolores; la complicación más importante fué la uremia secundaria a la anuria.

Manifestaciones pulmonares de la esclerodermia.—Los autores presentan cinco casos de esclerodermia pulmonar con datos radiográficos similares. La imagen radiológica se caracteriza por una infiltración lineal difusa, más marcada en la mitad inferior de los campos pulmonares. Señalan que la esclerodermia de los pulmones puede preceder clínicamente al desarrollo de la afectación cutánea y debe, por lo tanto, tenerse presente en el diagnóstico diferencial de las causas oscuras de fibrosis pulmonar. Terminan discutiendo las manifestaciones pulmonares de otras enfermedades del colágeno y subrayan que cuando el aspecto radiográfico esté relacionado con los hallazgos clínicos puede hacerse un diagnóstico clínico más preciso.

The American Journal of the Medical Sciences.

226 - 1 - 1953

- * Efectos agudos del hexametonio sobre la hemodinámica renal en sujetos normales e hipertensos. L. C. Mills y J. H. Moyer.
- * Moniliasis pulmonar. A. C. Cohen.
- * Las reacciones vasculares e intravasculares microscópicas "in vivo" en la poliomielitis aguda. E. H. Bloch.
- * Incidencia de la edad y sexo sobre la retención vesical asociada con la poliomielitis aguda. C. H. Weatherly y A. J. Steigman.
- * Contenido en catalasa y esterasa del hígado humano obtenido por biopsia por punción. B. G. Dale.
- * Influencia de la temperatura sobre los tiempos de coagulación de heparina y citrato. S. Losner y B. W. Volk.
- * Fracaso de los antibióticos en la mononucleosis infecciosa. S. H. Walker.
- * Adenosina-5-monofosfato en el tratamiento de la esclerodermia múltiple. M. Lester Lowry, R. W. Moore y R. Calhoun.
- * Significación de la eliminación de uorrenina en la anemia perniciosa. E. G. Olmstead y J. S. Hirschboeck.

Efectos del hexametonio sobre la hemodinámica renal.—Lo estudian en 12 sujetos normales y 19 hipertensos. Después de la inyección de 5 a 75 mg. de cloruro o bromuro de hexametonio por vía intravenosa, se vió un promedio de reducción de la presión al 80-85 por 100 de los valores controles. En la mitad de los sujetos de ambos grupos no se vió modificación o hubo un aumento en la resistencia vascular renal, de forma que la filtración glomerular y el flujo sanguíneo renal se redujeron paralelamente a la reducción máxima en la presión; sin embargo, al cabo de una hora dicha de-

presión era menos marcada aunque la presión continuaba reducida. En el otro grupo se vió un descenso significativo en la resistencia vascular renal al tiempo de la máxima depresión de la tensión, de modo que la filtración glomerular se mantenía en los niveles controles a pesar del descenso de la presión; al cabo de una hora, las alteraciones en ambos grupos eran similares a la que se observa después de la simpatectomía. Se realizó la cateterización de la vena renal en dos enfermos; en ambos el consumo de oxígeno estaba descendido inicialmente, normalizándose al llegar el flujo sanguíneo renal a los niveles originales, a pesar de seguir descendida la presión; no se encontró cambio en la extracción del ácido p-aminohipúrico. Desde un punto de vista terapéutico, los mejores resultados se obtuvieron en los hipertensos sin trastorno renal, ya que descendieron la presión y la resistencia vascular renal, con lo que se mantenía la filtración glomerular y el flujo sanguíneo renal; parece significativo que estos enfermos eran mucho más sensibles al hexametonio que cualquier otro grupo. Se vió una respuesta exagerada del mismo tipo en un enfermo con hipertensión neurógena lábil, ya que la filtración glomerular y el flujo sanguíneo renal aumentaron marcadamente después de una pequeña cantidad de hexametonio. Los datos obtenidos indican que los efectos agudos del hexametonio sobre el riñón dependen del grado de vasoconstricción simpática renal inicial, el grado de enfermedad vascular orgánica del riñón, el grado del bloqueo gangliónico y la reducción de la presión. La posibilidad de un empeoramiento ulterior de la función renal en enfermos que tienen ya una nefropatía orgánica exige que se hagan determinaciones frecuentes de la función renal durante la terapéutica con hexametonio. No es aconsejable reducir la presión a niveles normales en estos enfermos.

Moniliasis pulmonar.—Señala el autor que los neumopatías crónicas pueden estar producidas en ocasiones por la *Candida albicans*. El diagnóstico de moniliasis pulmonar puede hacerse si: 1) Se aísla el hongo uniformemente en grandes cantidades del esputo fresco o de las muestras obtenidas por el broncoscopio. 2) El esputo es constantemente negativo de bacilos tuberculosos; y 3) No se encuentra ningún otro agente etiológico. No produce un síndrome característico ni hay nada diagnóstico en la radiografía del tórax. Como el tratamiento de la tuberculosis pulmonar es diferente del de la moniliasis, los enfermos con un proceso pulmonar progresivo no deben ser tratados como tuberculosos simplemente por el hallazgo rediológico; si el esputo es negativo de bacilos ácido resistentes, debe hacerse el cultivo en medio de hongos del esputo o de los productos de la broncoscopia. Si se hace el diagnóstico de moniliasis, debe hacerse la reacción cutánea para determinar si es hipersensible a la *C. albicans* y en caso posible se hará la desensibilización. Si no lo es o se ha desensibilizado, debe tratarse con yoduros en grandes dosis. En ocasiones es útil el violeta de genciana intravenoso. En la mayoría de los casos se consigue el éxito.

Contenido en catalasa y esterasa del hígado humano. La autora ha determinado el contenido en catalasa y esterasa en 47 muestras de hígado humano obtenido por punción; el límite inferior normal se determinó por el estudio de cuatro controles. En la hepatitis infecciosa las cifras de ambas enzimas descienden en proporción a la intensidad de la enfermedad. En la hepatitis nutritiva (hígado graso) asociada con el alcoholismo, se vió en ocasiones cierto descenso de la actividad enzimática, pero en grado menor que en la hepatitis infecciosa. En los enfermos con tratamiento de antabuse, la actividad esterásica del hígado desciende a nivel muy bajo, mientras que la catalasa no se modifica o desciende poco. Termina diciendo que las determinaciones de catalasa y esterasa utilizando el material obtenido por biopsia por punción son perfectamente practicables y sugieren que el estudio ulterior, ampliándolo quizá a otros enzimas, pueda ayudar a revelar alteraciones de

la función hepática hasta el presente no demostrables por las técnicas histológicas o bioquímicas actualmente en uso.

Fracaso de los antibióticos en la mononucleosis infecciosa.—Subraya el autor que el curso extremadamente variado de la mononucleosis infecciosa ha conducido a los autores a atribuir efectos beneficiosos a diversos agentes terapéuticos, que en otras manos habían sido ineficaces. Recientemente otros autores han hablado favorablemente de la aureomicina y cloranfenicol. El autor describe los estudios en 78 enfermos, que divide en varios grupos según el tratamiento realizado. Cree que el curso totalmente comparable de la enfermedad en los grupos tratados y no tratados habla claramente del fracaso de la aureomicina y cloranfenicol para modificar el curso de la enfermedad.

Adenosina-5-monofosfato en la esclerosis múltiple.—Los autores han tratado 16 casos con enfermedad de varios años de duración con inyecciones de adenosina-5-monofosfato en diversas dosis durante seis a diez meses; en un periodo breve han ensayado la adenosina-3-monofosfato hierro, cloruro potásico oral y ACTH. En los enfermos de esclerosis múltiple el ácido pirúvico está desproporcionalmente aumentado sobre el cociente sanguíneo normal pirúvico/láctico y las inyecciones de adenosina-5-monofosfato llevan dicho cociente casi a la normalidad. Dicha droga produjo un 86 por 100 de mejorías en la resistencia y un 72 por 100 de mejorías de las alteraciones vesicales. Con ninguna de dichas cuatro drogas mejoraron la incoordinación, los trastornos visuales, la astenia sexual y las parestesias. Los mejores resultados se obtuvieron con la adenosina-5-monofosfato, 100 mg. en solución acuosa tres veces por semana, e inferiores, con 20 mg. en gelatina; no se apreció toxicidad local o general. De acuerdo con las investigaciones de JONES, JONES y BUNCH y AIRD, hacen la sugerencia de que la esclerosis múltiple sea una enfermedad del metabolismo de los carbohidratos con bloqueo a nivel del pirúvico-láctico.

Annals of Internal Medicine.

29 - 1 - 1953

- Responsabilidades de los miembros del Colegio de Médicos americano, T. Grier Miller.
Exámenes periódicos de salud, F. H. Shillito.
Carcinoma del cuerpo y tallo del páncreas, C. Strang y J. N. Walton.
Alteraciones electrocardiográficas durante la hemodiálisis con observaciones sobre la contribución de los trastornos electrolíticos a la toxicidad de la digital, R. M. Kohn y J. E. Kiley.
Nefrosis tubular aguda: Una complicación del shock, V. H. Moon.
Terapéutica antimicrobiana de la tuberculosis pulmonar: Revisión de la experiencia de seis años en el Fitzsimons Army Hospital, C. W. Temple, F. W. Pitts y W. E. Dye.
Significación de la arteria innominada en tirabuzón, E. I. Honig, W. Dubilier Jr. e I. Steinberg.
Principios de la psicoterapia en la práctica general, J. Bauer.
Relación de los hábitos del ratón doméstico y del ácaro del ratón (*Allodermomyssus Sanguineus*) con la difusión de la Rickettsialpox, E. Nichols, M. E. Rindge y G. Gardiner Russell.
Significación médica de enfermedad y ausencia en una población industrial, N. Plummer y L. E. Hinkle Jr.
Insuficiencia corticosuprarrenal fatal precipitada por la cirugía durante el tratamiento prolongado continuo con cortisona, L. Lewis, R. F. Robinson, J. Yee, L. A. Hacker y G. Elsen.
Alteraciones electrocardiográficas transitorias simulando una miocarditis aguda en la enfermedad del suero, D. H. Heustadt.
Hipervitaminosis A: Referencia de un caso en un adulto, E. W. Shaw y J. Z. Niccoli.
Artritis y miocarditis agudas por leptospirosis pomona, W. D. Sulfliff, R. Shepard y W. B. Dunham.
Neumonitis por aspiración complicando a la poliomiелitis: Un caso tratado con éxito por exuflación, H. E. Seaton, G. J. Beck y A. Ainley.
Encefalitis por arañazo de gato, T. Ewing Thompson Jr. y K. F. Miller.
Depleción de sal iatrogénica.

Carcinoma del cuerpo y tallo del páncreas.—Los autores refieren 58 casos de carcinoma del páncreas; en 37 se hizo el diagnóstico por laparotomía y en 21 en la autopsia. El proceso se presentó aproximadamente en uno de cada 6.000 ingresos en la Royal Victoria Infirmary durante un período de veinte años y en el 2,3 por 1.000 de las autopsias; 40 correspondían a hombres (69 por 100) y 18 a mujeres (31 por 100). La neoformación primaria estaba situada en el cuerpo del órgano en 34 casos, en el cuerpo infiltrando la cabeza en cinco, en el cuerpo y tallo en 14 y en el tallo en cinco. Existían síntomas durante cuatro meses y medio como promedio antes del ingreso y en 30 casos la duración total de la enfermedad fué de siete a ocho meses. Los síntomas prominentes fueron: dolor (71 por 100), anorexia (64 por 100), pérdida de peso (88 por 100), y sensación subjetiva de debilidad o agotamiento (22 por 100); en tres casos se presentó el cuadro clínico de la tromboflebitis migrans. El dolor era característicamente intermitente y de localización epigástrica; fué corriente un intenso dolor en la espalda; no fué característico el dolor en el lado izquierdo, ni se alteraba el dolor por los cambios de postura, aunque en varios casos era más intenso por la noche. En 10 enfermos (17 por 100) se produjeron hemorragias gastrointestinales, como manifestación tardía por infiltración del tracto gastrointestinal; también fué tardía la ictericia, con siete casos (12 por 100). Varios enfermos estuvieron asintomáticos hasta que aparecieron las metástasis. En 16 casos había fiebre (28 por 100), aunque no muy alta. Se palpaba una masa abdominal en 26 casos (45 por 100), por metástasis hepática, por la propia masa tumoral o por metástasis en el omento o adenopatías; en siete casos (12 por 100) ascitis. El diagnóstico clínico fué correcto sólo en tres casos, y aunque se sospechó la neoplasia abdominal en algunos, se sugirieron otros diagnósticos. Los hallazgos anatomopatológicos indican que el cuadro clínico no varía significativamente con la situación de la neoplasia; las metástasis se produjeron más frecuentemente en los ganglios regionales, hígado, omento, tracto gastrointestinal, suprarrenales y huesos; se apreciaron trombos vasculares múltiples en cinco de los casos autopsiados (24 por 100). Concluyen que en presencia de los rasgos clínicos descritos, incluso aunque múltiples investigaciones sean negativas, está indicada la laparotomía, ya que si bien hay casos en que la neoformación es inoperable antes de dar síntomas, en otros la operación puede acompañarse de éxito.

Alteraciones electrocardiográficas durante la hemodialisis.—Refieren los autores que las alteraciones electrocardiográficas observadas en 11 de 13 diálisis consecutivas con un riñón artificial del tipo Kolff, eran consistentes con las modificaciones en el sodio, potasio y calcio producidas por la diálisis. En dos de las tres diálisis que no mostraban alteraciones electrocardiográficas, tampoco hubo cambios en las cifras de cationes, mientras que en el otro caso las modificaciones transitorias del ECG parecían asociarse con pérdida de sangre. Las alteraciones electrocardiográficas pueden ser favorables, como en los casos en que se normalizan las cifras de cationes; pero, por otro lado, pueden ser un indicio de peligro cuando se produce una intoxicación digitalica grave por el aumento del calcio y la pérdida simultánea de potasio, que a menudo condiciona la hemodialisis. Las modificaciones del calcio parecen tener tanta importancia como la alteración del potasio en la producción de la toxicidad digitalica.

Nefrosis tubular en el shock.—Puede producirse la nefrosis tubular por cualquier proceso que provoque un déficit circulatorio agudo; no es una enfermedad primaria de los riñones, sino siempre secundario a procesos graves extrarrenales, por lo que se habló de uremia extrarrenal. Se caracteriza por oliguria, albuminuria y cilindros, células y detritus en el sedimento urinario; hay retención nitrogenada y uremia. Los datos anatomopatológicos más importantes consisten en la degeneración y necrosis del epitelio tubular. En su pato-

genia intervienen el factor tóxico y la anoxia; las toxinas pueden ser exógenas o endógenas y la anoxia resulta en parte de la vasoconstricción renal y en parte de la anoxia general dependiente del shock. Las medidas terapéuticas deben combatir la causa primaria; por ejemplo, en el shock de la obstrucción intestinal habrá que resolver ésta primero; simultáneamente hay que restaurar el volumen sanguíneo y corregir la hemoconcentración con transfusiones, pero realizándolo con cuidado para evitar el edema y la sobrecarga cardíaca por volumen sanguíneo excesivo; los riñones no responden a los diuréticos ni al aumento del ingreso de líquidos. La retención nitrogenada puede combatirse parcialmente por el lavado gastrointestinal o peritoneal o por el empleo del riñón artificial.

Terapéutica antimicrobiana de la tuberculosis pulmonar.—Desde 1946 los autores han ensayado clínicamente seis agentes antimicrobianos en unos 1.300 enfermos con tuberculosis pulmonar. Han utilizado las siguientes drogas, solas o en combinación: Estreptomina, PAS, viomicina, terramicina e isoniazida. Resumiendo sus observaciones en 875 enfermos con tuberculosis moderada o muy avanzada, declaran que la terapéutica intermitente con estreptomina fué tan eficaz como la administración diaria, pero con menos efectos tóxicos e incidencia menor de gérmenes estreptomina-resistentes. La combinación de estreptomina intermitente y PAS diario es el régimen más útil. Las combinaciones de drogas demostraron mayor eficacia que cualquier agente utilizado aisladamente y con la excepción de la amitozona y estreptomina produjeron menos quimiorresistencia que cualquier agente. La amitozona demostró tener poco valor por su alto grado de toxicidad y baja eficacia terapéutica. Las limitadas observaciones sobre la viomicina y terramicina evidencian su eficacia terapéutica y la combinación de cualquiera de ellas con estreptomina iguala a la de estreptomina y PAS, pero la alta incidencia de toxicidad limita su empleo clínico. Los estudios preliminares con isoniazida fueron alentadores, pero esta droga no debe emplearse sola por la alta incidencia de resistencia; esta desventaja se obvia casi por completo al combinarla con estreptomina. La terapéutica con drogas es más eficaz en la tuberculosis reciente, esto es, cuando lleva menos de seis o doce meses. No se ha establecido definitivamente la duración necesaria del tratamiento, pero se cree que debe continuarse durante tres o seis meses después que el estudio radiológico indique la curación y los cultivos sean constantemente negativos; la mayoría de los enfermos con formas extensas de neumonía caseosa requiere de ocho a doce meses de terapéutica continua. Terminan diciendo que aunque los resultados de la quimioterapia son a menudo dramáticos, no son siempre curativos y, por lo tanto, debe combinarse con el reposo en cama, colapsoterapia y medidas quirúrgicas.

Insuficiencia córticosuprarrenal fatal precipitada por la cirugía durante el tratamiento prolongado continuo con cortisona.—Los autores refieren la terminación fatal de un caso de artritis reumatoide que venía siendo tratado continuamente con cortisona y al que se hizo un alargamiento quirúrgico de los tendones de la rodilla para corregir la contractura en flexión. La muerte se produjo por la congestión aguda e infiltración hemorrágica del tejido suprarrenal atrofiado por la cortisona exógena; en ello intervinieron el stress de la anestesia y cirugía, la insuficiencia suprarrenal provocada por la cortisona y el no haber dado postoperatoriamente grandes dosis de esta hormona. Llamen la atención sobre los peligros de la cirugía en los enfermos sometidos previamente a un tratamiento con cortisona y proponen unos regímenes pre y postoperatorios para los enfermos tratados con cortisona o ACTH.

Hipervitaminosis A en un adulto.—Los autores describen un caso de hipervitaminosis A en un hombre. El enfermo presentó anorexia, poliuria, escozor y grietas

en los labios, dolores óseos y articulares, hepatomegalia y taquicardia. Curó rápidamente al suspender la ingestión de vitamina A.

The Journal of the American Medical Association

152 - 10 - 4 de julio de 1953

- Diagnóstico precoz de los tumores óseos malignos primarios. G. E. Haggart y J. W. Copel.
- * Estreptomina e isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. F. W. Pitts, C. W. Tempel, F. L. Miller, J. H. Sands, M. J. Fitzpatrick y O. Weiser.
 - Impacto de la terapéutica moderna sobre la tuberculosis pulmonar en un gran hospital municipal. W. Weiss.
 - * Efecto de fumar cigarrillos sobre el sistema vascular periférico. M. T. Friedell.
 - El oscilómetro gráfico en la práctica ortopédica. F. Chandler y P. H. Dickinson.
 - * Anticoagulantes y bloqueos nerviosos simpáticos en el tratamiento de las lesiones vasculares. G. H. Partt.
 - * Carcinoma del colon complicando a la colitis ulcerosa crónica. E. C. Weckesser y A. B. Chinn.
 - Lipoma mediastínico simulando dilatación cardíaca. A. M. Gottlieb, L. J. Baer y P. Jordan.
 - Úlcera benigna del esófago asociada con intoxicación crónica por acetanilida. W. L. Wolfson y M. W. Greenberg.
 - * Endocarditis bacteriana subaguda tratada con cloranfenicol y oxitetraciclina. G. C. Lecca y A. Tola.
 - Dermatitis debida a la terapéutica con trietilen melamina. A. M. Frumin y A. I. Rubenstone.

Isoniazida y estreptomina en la tuberculosis pulmonar.—Los autores presentan los datos de 99 enfermos con tuberculosis pulmonar moderada o avanzada, tratados durante cuatro meses con 150 ó 300 mg. de isoniazida diarios combinados con 2 gr. de estreptomina cada tercer día. El 97 por 100 de los enfermos fué observado durante seis meses y 77 durante ocho meses. Han hecho una comparación con 98 enfermos cuya enfermedad era similar en extensión y naturaleza, tratados durante ocho meses con 2 gr. de estreptomina cada tercer día y 12 gr. diarios de P. S. La dosis de estreptomina se redujo a 1 gr. cada tercer día a los seis meses en todos los enfermos. La toxicidad de la isoniazida y estreptomina fué mínima. Aunque la dosis óptima de isoniazida no se ha determinado aún, no vieron diferencias en la respuesta terapéutica de los grupos tratados con 150 ó 300 mg. En ambos grupos de enfermos la respuesta terapéutica fué favorable y de primera intención parece que es más útil la combinación de estreptomina e isoniazida, en cuanto a la respuesta sintomática, aumento de peso, mejoría radiológica y cierre de las cavidades.

Efecto de fumar cigarrillos sobre el sistema vascular periférico.—Señala el autor que los hombres y las mujeres no son igualmente sensibles al tabaco; aproximadamente una de cada cinco personas no recibe suficiente nicotina como para afectar a la circulación periférica; como algunas de estas personas no inhalan, es posible que es el método de fumar más bien que el efecto del tabaco lo que no causa alteración en el volumen sanguíneo periférico. Los efectos vasoalteradores pueden reducirse por la adición de un filtro eficiente; parece ser que esto está más indicado en las mujeres que en los hombres y que en ellas puede reducirse el efecto utilizando ciertas clases de cigarrillos; la labilidad y sensibilidad del sistema vascular periférico se evidencia por el hecho de que hay un 33 por 100 de alteración de la radioactividad (volumen sanguíneo) en las mujeres cuando fuman un cigarrillo standard, mientras que para los hombres es de un 19 por 100. Algunas personas mayores, en el grupo de más de treinta y cinco años, no muestran alteraciones; de 21 personas que no respondieron a la prueba, 18 estaban más allá de la edad media, lo que indica que estas personas no inhalan o tienen sistemas vasculares periféricos menos sensibles; probablemente las personas de más de cuarenta años pueden fumar sin efectos evidentes inmediatos de alteración sobre la circulación periférica. Considera bueno el principio de filtración del tabaco, que

debe emplearse tanto para los hombres como para las mujeres, pero más aún en éstas.

Anticoagulantes y bloqueos simpáticos en el tratamiento de lesiones vasculares.—Declara el autor que es posible que las hemorragias graves y fatales achacadas a los anticoagulantes se deban únicamente a falta de pericia por parte de quien los administra; ha visto casos de anestesia fatal administrada por internos o enfermeras no entrenadas; el pentotal puede matar en segundos si no se administra correctamente y los enfermos pueden morir por neumotórax a tensión sino se aspira adecuadamente el aire de la pleura, y sin embargo no hay duda de que no debe dudarse en emplear dichos anestésicos o en abrir el tórax. Como con otras modalidades terapéuticas la seguridad de los anticoagulantes, así como la de los bloqueos simpáticos, bien aislada o combinadamente, depende por completo de la capacidad y conocimientos de las personas que lo administran. Si se mantienen las debidas precauciones, estas dos formas complementarias de tratamiento pueden utilizarse conjuntamente con beneficio para el enfermo.

Carcinoma del colon en la colitis ulcerosa.—Los autores revisan la literatura y encuentran que la incidencia de desarrollo de carcinoma de colon en la colitis ulcerosa es del 1,9 por 100. Entre 118 enfermos con colitis ulcerosa ingresados en los University Hospitals, de Cleveland, cuatro (3,4 por 100) tenían un carcinoma de colon; todos los enfermos eran de treinta y cinco o menos años de edad y la supervivencia máxima después de la cirugía fué de diecisiete meses. La incidencia de carcinoma de colon en enfermos de hospital durante un período de cinco años (1946-1950) fué del 0,6 por 100 y en un grupo de edad similar de la población general del 0,06 por 100; la duración media de los síntomas de colitis ulcerosa antes del desarrollo de la enfermedad maligna fué de 10,2 años y entre los enfermos que tenían colitis ulcerosa diez o más años la incidencia de enfermedad maligna fué del 9,0 por 100. Discute las indicaciones de la ileostomía y colectomía y la conveniencia de una colectomía profiláctica en las personas que exigen una ileostomía por colitis ulcerosa grave de larga duración y en las que tienen pseudopoliposis. Concluyen, pues, que en vista de la incidencia significativa del carcinoma de colon en enfermos con colitis ulcerosa, del aumento de la incidencia con la duración de la colitis ulcerosa y del mal pronóstico del carcinoma que complica a esta enfermedad, está indicada la colectomía profiláctica en los casos graves que requieren una ileostomía permanente y en los de pseudopoliposis.

Endocarditis bacteriana subaguda tratada con cloranfenicol y terramicina.—Refieren los autores un caso de endocarditis bacteriana subaguda producida por el estreptococo viridans. No tuvo resultado el tratamiento con penicilina y aureomicina. En las pruebas de sensibilidad el germen aislado era resistente a la penicilina, aureomicina y estreptomina, pero sensible al cloranfenicol y terramicina. En vista de ello le trataron con estas dos drogas, consiguiendo la curación. Llamen la atención sobre el hecho de que, aunque existe cierta evidencia del antagonismo entre ciertos antibióticos, debe hacerse siempre una prueba "in vitro" en las infecciones, hasta que se tenga un conocimiento más completo del mecanismo de acción de los antibióticos.

152 - 11 - 11 de julio de 1953

- Tratamiento a domicilio de los enfermos de fiebre reumática. D. Young y M. Rodstein.
- Plan de Filadelfia para el tratamiento a domicilio de los enfermos crónicos. L. Udell.
- Reducción de la mortalidad operatoria en los ancianos. S. E. Ziffren.
- * Broncoestenosis complicando el asma. L. E. Prickman, T. W. Mears y H. J. Moersch.
 - Grado de eliminación pulmonar y tisular de nitrógeno gaseoso como medida de la eficiencia pulmonar. W. M. Boothby, C. S. White, L. Levin, H. L. January y R. E. MacQuigg.

- Problemas de anestesia para los procedimientos quirúrgicos en el tórax. M. L. Phelys y J. C. McAfee.
- Pruebas de grupos sanguíneos para la exclusión de la paternidad. L. J. Unger.
- * Calcificación de los tejidos blandos en las lesiones de la médula. M. Liberson.
- * Tratamiento de la artritis reumatoide con aurotioglicanida (Lauron). R. C. Batterman.
- * Leucemia aguda preleucémica humana. M. Block, L. O. Jacobson y W. F. Bethard.
- Leucemia aguda en gemelos. J. V. Cooke.
- Infarto miocárdico en el embarazo, con parto normal espontáneo siete meses después. H. J. Brock, N. G. Russell y C. L. Randall.
- Pruebas habituales de glucemia en el diagnóstico de la diabetes mellitus.
- * Supervivencia de veintinueve años en la leucemia linfóide crónica. A. A. Marlow y G. R. Bartlett.

Broncoestenosis complicando al asma.—Los autores han revisado los protocolos de 1.034 enfermos asmáticos en los que se hizo el estudio broncoscópico y de ellos 327 tenían estenosis de uno o más bronquios. El mayor número de casos correspondía al grupo de edad entre cuarenta y cincuenta años; 182 eran mujeres y 145 hombres. El tratamiento de la broncoestenosis consistió en la dilatación de la estenosis y la aspiración de las secreciones retenidas. El 60,5 por 100 de los enfermos mejoraron inmediatamente después de la dilatación y el 63,6 por 100 experimentaron cierta mejoría en los siguientes meses después de la broncoscopia, pero el estado asmático no mejoró en el 60,5 por 100 de dichos enfermos.

Calcificación de los tejidos blandos en las lesiones de la médula.—El autor ha estudiado 30 casos de paraplejía completa y encuentra en el 53,3 por 100 calcificaciones de los tejidos blandos; existían cálculos urinarios en el 63,3 por 100 de los casos. Las lesiones de la médula cervical fueron las que se acompañaron más constantemente de calcificaciones de los tejidos blandos, en la proporción de seis de cada siete casos; en los de la médula dorsal baja en dos de cada cuatro y en tres de lesión lumbar no existían calcificaciones.

Aurotioglicanida en la artritis reumatoide.—El autor ha estudiado la eficacia y toxicidad de la aurotioglicanida en un grupo seleccionado de 69 enfermos con artritis reumatoide. En 26 enfermos (37,7 por 100), independientemente del estadio de la enfermedad, se vió una mejoría significativa con la fase inicial de la terapéutica; esto, sin embargo, sirve de confusión, puesto que los enfermos con proceso avanzado son menos capaces de respuesta. El 56 por 100 de los enfermos con artritis precoz (estadios 1 y 2) mostraron una remisión completa o gran mejoría a la terminación de la terapéutica inicial y la respuesta inicial se reforzó ulteriormente por la terapéutica de mantenimiento, puesto que 15 de 17 enfermos (88 por 100) así tratados tuvieron un resultado final satisfactorio. La incidencia, tipo, intensidad y duración de las manifestaciones tóxicas son indicativas de que la aurotioglicanida es menos tóxica que los otros preparados de oro.

Leucemia aguda preleucémica.—Describen los autores la existencia de una fase preleucémica en 10 y posiblemente 11 casos de leucemia aguda y uno de leucemia subaguda; 10 de los 12 enfermos eran mujeres y seis tenían una diátesis alérgica. El examen físico en el estado preleucémico, excepto en los dos hombres, no revelaba nada anormal salvo fiebre, hemorragias y ocasionalmente úlceras de las mucosas. El aumento de tamaño palpable de los órganos hepatopoyéticos se apreció generalmente después de haber comenzado la fase leucémica. El periodo preleucémico, que fué mucho más largo que el leucémico en todos menos uno de los enfermos, se marcó por un déficit de por lo menos un tipo de función medular; la expresión más corriente de ello fué la tendencia hemorrágica, generalmente acompañada de trombopenia; apareció precozmente la neutropenia, precediendo a la desaparición de los linfocitos pequeños; fué muy corriente la monocitosis. También fueron corrientes la eritroblastosis y reticulosis. Las células

inmaduras aparecieron en la sangre periférica hacia el final de la fase preleucémica; las determinaciones bioquímicas no dieron resultados específicos, salvo el hallazgo corriente de hiperbilirrubinemia y aumento del urobilinógeno fecal, indicativos de hiperhemolisis. En la fase preleucémica, la modificación precoz más característica en la médula fué la detención de la maduración y aplasia de los granulocitos, que se acompañó de un tejido eritroblástico que varió desde una extrema aplasia a una hiperplasia extremada; después se vió el paso hacia las células primitivas y promielocitos, marcándose así el comienzo de la fase leucémica. En las pocas biopsias de hígado y bazo realizadas en la fase preleucémica no se vieron anormalidades. El problema máximo en el diagnóstico diferencial fué la semejanza del estado preleucémico con diversas discrasias sanguíneas, especialmente la neutropenia tóxica, anemia aplásica o hipersplenía, problema que no se aclaró hasta el desarrollo del estado leucémico, que casi invariablemente adopta una forma aguda y en algunos casos explosiva.

Supervivencia de veintinueve años en una leucemia linfóide crónica.—Los autores describen un caso de leucemia linfóide crónica diagnosticada correctamente veintinueve años antes. Creen que se debe tener un punto de vista optimista en este tipo de leucemias, ya que las posibilidades de vida de determinados enfermos supera ampliamente a la cifra media correspondiente a un gran número de enfermos.

152 - 12 - 18 de julio de 1953

- * Valoración clínica de la lobotomía prefrontal. L. C. Kolb.
- Enfermedad coronaria entre los soldados norteamericanos muertos en acción en Corea. W. F. Enos, R. H. Holmes y P. Beyer.
- Resección primaria del colon en la colitis ulcerosa aguda. C. B. Ripstein.
- * Neumotórax extrapleurales en el tratamiento de la tuberculosis. J. W. Cutler.
- * Tratamiento de la obliteración cicatricial impenetrable del esfago torácico por toracotomía y endoscopia combinadas. J. de Castro Barbosa, R. Martinho da Rocha y F. Carneiro da Cunha.
- * Terapéutica actual de la gota. C. J. Smyth.
- * Inhalaciones de tripsina en los procesos respiratorios con esputo espeso. L. Unger y A. H. Unger.
- * Hiperventilación y reacciones pseudohipoglucémicas en la diabetes mellitus. M. J. Musser, T. H. Lorenz y G. J. Derus.
- Estado actual de los sustitutos del plasma. F. W. Hartman y V. G. Behrmann.
- * Cloruros de hexametonio oral en la hipertensión. J. H. Moyer, S. I. Miller y R. V. Ford.
- Método para la valoración terapéutica de los diuréticos administrados oralmente. T. Freiner y H. Gold.
- * Tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular con metoxamina. A. J. Berger y R. L. Rackliffe.
- * Tiroiditis subaguda tratada con cortisona. R. P. Lasser.
- Intoxicación en un niño simulando un coma diabético. H. Rascoff y S. Wasser.
- Efectos de la terapéutica intensiva con hormonas esteroideas sexuales en el cáncer avanzado de la mama. B. J. Kennedy y I. T. Nathanson.

Valoración clínica de la lobotomía prefrontal.—Declara el autor que la lobotomía prefrontal, con una experiencia de quince años, ha demostrado ser un procedimiento útil en el tratamiento de ciertos trastornos emocionales y de casos de dolor intratable. Es una terapéutica sintomática cuya mayor eficacia se muestra en las conductas destructivas, depresiones y obsesiones crónicas, hipocondriasis, apatía e hiperactividad. Promete el retorno a la comunidad de un mayor número de enfermos hospitalizados durante más de dos años que cualquier otro procedimiento terapéutico, aunque no impide la recidiva. Hay evidencia de que los enfermos así tratados son más sensibles después a los stress ambientales. Aunque la mayoría de los enfermos muestran un déficit por la lesión del lóbulo frontal, el trastorno no perturba tanto como la enfermedad que tenía. Otras complicaciones halladas frecuentemente son convulsiones e incontinencia y urgencia urinarias. El médico general debe aconsejar a la familia en cuanto a las indicaciones de la operación y sus limitaciones y complicaciones; debe también asumir una responsabilidad

dad activa en cuanto al tratamiento de tales complicaciones y ayudar a la familia en la rehabilitación del enfermo en su casa y en la comunidad.

Resección primaria del colon en la colitis ulcerosa aguda.—Señala el autor que la resección primaria del colon con ileostomía es el procedimiento quirúrgico de elección en casos de colitis ulcerosa aguda que no han respondido a la terapéutica médica. La operación puede parecer demasiado radical, pero al suprimir la fuente de sangre y de pérdida de proteínas, eliminando el foco de infección y de absorción tóxica, y evitando el peligro de la perforación, ofrece al enfermo mejores posibilidades de supervivencia que la ileostomía sola; cuando ésta se realiza sin colectomía, a las molestias del enfermo se añaden las pérdidas de agua y electrolitos. Se ha indicado un intervalo arbitrario de tres semanas como el período de ensayo para el tratamiento conservador en estos casos; si el enfermo no mejora, debe realizarse la operación; frente a complicaciones como hemorragia o perforación, está indicada la cirugía de urgencia. Ha realizado la colectomía primaria en 43 enfermos con exacerbaciones agudas de colitis ulcerosa; hubo dos muertes en este grupo, o sea una mortalidad del 4,6 por 100.

Neumotórax extrapleurar en el tratamiento de la tuberculosis.—El autor indica que ha habido cambios rápidos y radicales en los últimos años respecto al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Hoy día se da la mayor importancia a la cirugía y a las drogas, a pesar de la gran utilidad de la colapsoterapia. Un estudio cuidadoso indica claramente que se necesitan ambas, resección y colapso, en los diferentes tipos de enfermos, y que la colapsoterapia sigue siendo una parte importante e indispensable de un buen tratamiento. La colapsoterapia es muy recomendable y su efecto depresivo profundo sobre el bacilo tuberculoso es un factor muy importante que no es apreciado en su justa medida; a través del cierre de los bronquiolos terminales, el colapso priva al bacilo (un aerobio estricto) del oxígeno que necesita y lo mata o atenúa, dando al organismo la posibilidad de construir su inmunidad; en este respecto, el colapso tiene una evidente ventaja sobre todas las drogas antituberculosas, puesto que actúa contra los bacilos tanto sensibles como resistentes a las drogas y sus efectos duran después de que las drogas han perdido su valor. El neumotórax extrapleurar, realizado expertamente, constituye una forma reversible de colapso, similar al intrapleurar, pero sin sus limitaciones o complicaciones potenciales. Desde 1946 se han conseguido importantes avances en la técnica del colapso extrapleurar y ofrece hoy día ciertas ventajas: 1) Es eficaz y bien tolerado en una variedad de condiciones clínicas desfavorables, cuando otras formas quirúrgicas no pueden realizarse o no son aconsejables. 2) Como actúa rápidamente, ofrece una solución práctica a problemas sociales, económicos y sanitarios. 3) Perturba menos la función pulmonar, y como el colapso es reversible, salva el tejido pulmonar lesionado. Refiere siete casos de una serie consecutiva de 186 para demostrar la utilidad del colapso extrapleurar en la tuberculosis progresiva aguda, hemoptisis no controladas, tuberculosis fibroúlceroa bilateral avanzada y en los enfermos ancianos y jóvenes. A pesar de sus muchas ventajas, el colapso extrapleurar no debe realizarse a la ligera o si no hay indicaciones; el tratamiento postoperatorio es difícil, exigente y consume mucho tiempo y, además, el procedimiento se sigue de un período prolongado de insuflación, pero cuando las indicaciones son claras los excelentes resultados tardíos justifican plenamente todos los esfuerzos.

Obliteración cicatricial impenetrable del esófago torácico.—Los autores comunican el éxito de la aplicación de la técnica de Barreto, toracotomía y endoscopia, en dos casos de estrechez esofágica causada por la ingestión de sosa. Se introdujeron los esofagoscopios

casi simultáneamente, uno por la boca y otro por el estoma gástrico. Se realiza la toracotomía, exponiéndose el esófago; en un caso el arco de la ázigos hubo de ser seccionado entre ligaduras. El exterior del esófago se hacía visible por medio de un espejo al endoscopista que manejaba el instrumento retrógrado. Las porciones superior e inferior del esófago se colocaron en el mismo eje, aproximándose lo más posible, los extremos distales de los dos esofagoscopios. Se introdujo una larga cánula por el esofagoscopio retrógrado, avanzándola en la porción estrechada del esófago por debajo de la estenosis. El cirujano impulsa el esófago sobre la cánula lo más posible. Se introduce una larga aguja con varios hilos y se hacen pasar a través del esófago atréptico al esofagoscopio superior; los hilos, que se hacen salir por la nariz y por el estoma gástrico, sirven como fiadores de los dilatadores. Los enfermos pueden abandonar pronto la cama y los resultados finales son excelentes.

Tratamiento actual de la gota.—El autor manifiesta que en los últimos años se ha conseguido un evidente progreso en el tratamiento de la gota. El conocimiento de la gota como una enfermedad endocrina en sujetos con susceptibilidad hereditaria, permite al médico diagnosticar y tratar rápidamente los estadios precoces de la gota. En los últimos años se han introducido nuevas drogas que producen alteraciones bioquímicas profundas e influyen definitivamente el curso clínico de la enfermedad. La ACTH, cortisona e hidrocortisona tienen un efecto dramático sobre los episodios agudos de gota y proporcionan nuevos medios para la investigación ulterior de la patogenia de esta enfermedad. El empleo concomitante de ACTH y colchicina resulta también muy eficaz. La administración prolongada de un diurético de uratos, como el provenecil, moviliza eficazmente los uratos depositados en las articulaciones y bolsas sinoviales, y estudios recientes en un número limitado de casos han demostrado que su empleo a largo plazo reduce el tamaño de los tofos establecidos. En las formas agudas y crónicas se han obtenido resultados espectaculares con butazolidina.

Inhalaciones de tripsina en procesos respiratorios con esputo espeso.—Los autores han tratado a 73 enfermos con procesos respiratorios con o sin esputos espesos o viscosos con tripsina en aerol; éter enzima, que no es tóxico y no afecta al tejido vivo, disminuye la viscosidad del esputo. Por los datos obtenidos, creen que pueden sacarse las siguientes conclusiones: 1) Las inhalaciones de tripsina en aerosol son extremadamente eficaces para desembarazar la parte superior del tracto respiratorio de esputos que el enfermo es incapaz de expectorar. 2) Se obtuvieron excelentes resultados en la mayoría de los enfermos con bronquiectasias, atelectasia aguda y asma bronquial paroxístico; la mayoría de los enfermos con asma bronquial y enfisema crónico se benefició poco. 3) El aerosol de tripsina es fácil de administrar y no se acompaña de efectos desagradables.

Hiperventilación y reacciones pseudohipoglucémicas en la diabetes mellitus.—El estudio detallado de 14 diabéticos que tenían frecuentes "reacciones insulínicas" demostró los siguientes hechos: Se produjeron corrientemente reacciones que no se acompañaban de hipoglucemia. Todos los enfermos mostraban una ansiedad excesiva y eran también hiperreactivos a los dos minutos de la hiperventilación. Los síntomas provocados por ésta reproducían en dichos enfermos los síntomas típicos de sus "reacciones insulínicas". Ninguno de los enfermos tenía evidencia electrocardiográfica de disritmia cerebral (incluso con hiperventilación). Concluyen los autores que cuando se produce el síndrome de hiperventilación en diabéticos con ansiedad puede desencadenar síntomas que simulan verdaderas reacciones insulínicas. Reconociendo el papel de la hiperventilación y con la institución de la psicoterapia apropiada para su

corrección, el médico puede asegurar un tratamiento de más éxitos en algunos de estos diabéticos inestables.

Hexametonio oral en la hipertensión.—Comunican los autores los resultados obtenidos con hexametonio oral en 120 hipertensos. Los enfermos fueron tratados ambulatoriamente y seguidos durante tres a dieciocho meses. La dosis debe adecuarse a cada enfermo en particular, pues si no se hace así puede ocasionarse hipotensión excesiva y complicaciones graves. De los 120 enfermos tratados, todos menos 17 respondieron con una reducción significativa de la presión; la cantidad de droga precisada fué ligeramente mayor en los enfermos con presiones diastólicas por encima de 140 miligramos Hg. que en los casos con menos de 120, pero más de 100. No se apreciaron diferencias entre los que respondieron, y en los que no hubo respuesta, excepto que los enfermos con hipertensión grave complicada por insuficiencia cardíaca y nefropatía moderada o intensa, fueron especialmente resistentes a la terapéutica. Una vez establecidos los esquemas de dosificación los problemas fundamentales en la terapéutica fueron los relacionados con la disminución de la peristalsis intestinal y la variabilidad periódica en la respuesta hipotensora. De los enfermos tratados durante un año o más, aproximadamente el 64 por 100 está bien controlado con el hexametonio como único agente terapéutico.

Metoxamina en el tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular.—Señalan los autores haber conseguido suprimir los ataques de taquicardia paroxística supraventricular complicada por colapso vascular en dos enfermos, mediante la administración de una droga presora potente, la metoximina (clorhidrato de beta-2,5-dimetoxifenil-beta-hidroxiisopropilamina). Esta droga se caracteriza por una gran rapidez de acción y difiere de otras aminas presoras en que no produce irritabilidad cardíaca. Si la experiencia ulterior confirma su seguridad, demostrará ser la droga de elección en el tratamiento de la taquicardia supraventricular.

Cortisona en la tiroiditis subaguda.—El autor refiere un enfermo con una intensa tiroiditis subaguda, no supurada y dolorosa, que mostró una rápida remisión de los síntomas y signos de la enfermedad al ser tratado con cortisona. No se produjo la recidiva por continuarse la terapéutica hasta que la velocidad de sedimentación se hubo normalizado. Otras medidas terapéuticas como la administración de lugol, penicilina y aureomicina no parecen afectar al curso de la enfermedad.

The Practitioner.

170 - 5 - 1953

Tratamiento específico de las infecciones oculares. A. Sorsby.

- * Cortisona y ACTH en oftalmología. W. J. B. Riddell.
- Fibroplasia retrolental. J. H. Doggart.
- Tratamiento de la catarata. A. J. B. Goldsmith.
- Injerto corneal. A. McKie Reid.
- * Ambliopía tóxica. G. I. Scott.

Cortisona y ACTH en oftalmología.—Empieza el autor por hacer notar el hecho de que la dificultad de obtener estos elementos, así como el poco tiempo que llevan de uso en la clínica, no permite aún el establecer unas bases firmes en cuanto a su utilidad, si bien parece ser que las lesiones de la conjuntiva, córnea, esclera y parte anterior del ojo, ceden muy bien al tratamiento local, mientras que en las lesiones del segmento posterior es más efectivo el tratamiento general. El tratamiento local tiene la ventaja de requerir menores dosis, lo cual supone un gran ahorro, además de la seguridad de que no aparecerán reacciones tóxicas.

Trabajos experimentales en animales han demostrado que el tratamiento local con cortisona o el general con ACTH o cortisona suprime las reacciones oculares a las toxinas, elementos irritantes o infecciones; se reduce la formación de nuevos vasos y, dentro de ciertos límites, se modifica la actividad fibroplástica.

El modo de acción de estos elementos no está totalmente aclarado, si bien parece ser que actúan no sobre el germen, con una acción quiomiotéropica o antibiótica, sino sobre el tejido, modificando su reacción.

Es considerada como una contraindicación para el uso de estos elementos la tuberculosis ocular.

Ambliopía tóxica.—El autor hace una revisión y clasificación de los diversos tipos de elementos que pueden dar origen a una ambliopía tóxica. Como el más típico tóxico que actúa exclusivamente por su acción de veneno exógeno, cita la quinina.

A continuación viene la ambliopía causada por el tabaco, por el alcohol o por ambos, en la cual no hay duda de que los elementos visuales están afectados por algún tóxico de procedencia exógena, pero también por el estado general del enfermo y, en particular, por una inadecuada ingestión de vitamina B.

Finalmente tenemos las más diversas neuropatías de los desnutridos, en las cuales se ha discutido ampliamente qué factores han podido intervenir, no habiéndose llegado hasta ahora a ninguna conclusión definitiva, no sabiéndose hasta qué punto puede intervenir en ellas algún factor tóxico, endógenamente originado, y que aún no se conoce. Es interesante el hecho de que este síndrome no se ve casi nunca en casos de desnutrición aguda.

En general concluyen que si bien algunos elementos, como la quinina, actúan exclusivamente por su toxicidad, la mayoría lo hacen sólo cuando se sitúa sobre una base de deficiente salud del sujeto.