

ideas con los dirigentes de la Asociación Internacional de Alergia (IAA), los miembros del Comité organizador del II Congreso Internacional de Alergia, redactaron en noviembre de 1953 una larga carta dirigida a los Doctores Fred W. Wittich y Bernard N. Halpern, respectivamente Presidente y Secretario general de la IAA, en la cual esos dignatarios eran consultados cuanto a varios detalles importantes para el inicio de la preparación del Certamen, como son: constitución del Comité organizador del Congreso, determinación definitiva de la data de realización del conclave, designación oficial del Congreso, contribuciones financieras, importancia de los impuestos de inscripción, invitaciones especiales, facilidades de transporte internacional, exposición comercial y técnico-científica.

Los asuntos que fueron objeto de la consulta han sido discutidos por los dirigentes de la IAA, siendo también consultados los alergistas Doctores Ethan Allan Brown, Sam Feinberg, Frank Rackmann y Howard Osgood, durante la realización de la Reunión Anual de la Academia Americana de Alergia, que se realizó en febrero de 1954 en Houston, Texas, U. S. A. Los resultados de esas consultas preparatorias han sido

remitidos al Comité organizador en Río de Janeiro por los dirigentes de la IAA en marzo de 1954, quedando, entre otros puntos, decidida definitivamente la data de noviembre de 1955 para la realización del II Congreso Internacional de Alergia.

En tales circunstancias, el Comité organizador del Congreso ha decidido continuar activamente los trabajos preparatorios del Certamen. Actualmente está siendo elaborada una Declaración de Organización del Congreso, la Adenda, en la cual constará el temario, reglamento interno y otros elementos referentes al conclave, así como también los necesarios formularios de inscripción, reservaciones de habitación, presentación de tesis y trabajos, etc. El Comité organizador se reúne semanalmente y su dirección es la siguiente: Avenida Río Branco, 277, 9.º andar, Grupo 904, Río de Janeiro, Brasil.

La importancia de la materia de que tratarán los trabajos del Congreso y el interés demostrado en su realización por los Médicos alergistas de todo el mundo, asegurará el éxito que cierto tendrá el II Congreso Internacional de Alergia que se realizará en Río de Janeiro, Brasil, en noviembre de 1955.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TRATADO ELEMENTAL DE HISTOLOGIA Y ANATOMIA MICROSCOPICA (tomo II). Doctores A. CELESTINO DA COSTA y P. R. CHAVES.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 549 páginas con 452 figuras, 230 pesetas.

El ilustre Profesor Celestino da Costa y el Doctor Chaves han escrito este tratado de histología que, a pesar de su carácter elemental, está lleno de interés y es uno de los más completos entre los numerosos tratados similares que existen. La gran autoridad de los autores, su intensa y perseverante experiencia, explican el carácter original, conciso, objetivo y seguro de esta magnífica obra que se ofrece actualmente al público español en nuestro idioma.

KINDERÄRZLICHE NOTFALLFIBEL. Dr. B. RUDDER. Ed. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 164 páginas, 13,50 DM.

Se recogen en este breve compendio, en forma muy adecuada para el práctico y en forma esquemática, pero útil, los síndromes que pueden motivar urgencias en la práctica pediátrica. Los síndromes de asfixia, toxemia o colapsos, las crisis convulsivas, vómitos incoercibles, hemorragias, dolores abdominales agudos, etcétera, son sucesivamente estudiados. Siempre precede el párrafo sobre la causa, a continuación se describe el cuadro clínico y luego se tratan los medios terapéuticos. Creemos que es sin duda un libro muy auxiliar para la práctica.

MANUAL DE OFTALMOLOGIA. Doctor LUIS MAGGIORE.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 797 páginas con 455 figuras, 370 pesetas.

Este tratado de Oftalmología recoge en síntesis los conocimientos más importantes de la especialidad para

el médico general, aparte de la utilidad que pueda prestar al especialista por la conocida experiencia del autor. Es indudable que en el primer sentido, el de información al médico general, constituye un tratado muy completo y útil. Se inicia con el estudio anatomofisiológico, semiológico y farmacológico y se estudian a continuación las enfermedades de párpados, conjuntiva, aparato lagrimal, córnea, esclerótica, úvea, cristalino, retina, nervios, músculos y órbita, dedicándose los últimos capítulos al aspecto óptico. Contiene numerosas figuras y fotografías y algunas láminas en color, sin duda muy útiles.

LIBROS RECIBIDOS

"Herzkrankheiten im Säuglingsalter". Dr. S. Rossi.—Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 373 páginas con 198 figuras, 65 DM.

"Röntgendiagnostik des Schädels". Dr. W. Loepp.—Editorial Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1954.—Un volumen de 579 páginas con 613 figuras, 97 DM.

"XIIe Conference L'Union Internationale contre la tuberculose". 24-27 août. Río de Janeiro, 1952.—Un volumen de 721 páginas con 13 figuras.

Los hidrometabolitos y las enfermedades de la civilización". Dr. P. Puig.—Editorial Argos. Barcelona, 1954. Un volumen de 325 páginas, 100 pesetas.

"Graphologie et Physiologie de L'Ecriture". Dr. Calléwaert.—Editorial E. Nauwelaerts. Louvain, 1954.—Un volumen de 180 páginas con 53 figuras.

"Any Questions?"—B. Medical Association. Londres, 1954.—Un volumen de 227 páginas.

B) REFERATAS

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

12 - 2 - 1953

- Estudio de la influencia sobre la evacuación gástrica, así como sobre la capacidad de secreción del estómago, de las vitaminas B₁ y A administradas en sobrecarga. A. Fernández Cruz.
- * Regulación hormonal de las proteínas plasmáticas. Influencia de la corteza suprarrenal. J. Villar Caso y A. Zoffmann.
- * Tratamiento quirúrgico de las colecistitis agudas. J. Pablos Abril.
- Leiomioma del esófago. J. Badosa Gaspar y Oscar López F. Boado.
- * Procedimiento de obtención de muestras para citología endogástrica. V. Cabré Fiol.

Regulación hormonal de las proteínas plasmáticas. Influencia de la corteza suprarrenal.—Estudian los autores el efecto de la hormona cortical suprarrenal sobre las proteínas plasmáticas del perro. Emplean dosis diarias de 5 a 10 mg. por periodos variables de tiempo y utilizan la vía intramuscular. Hallan generalmente una elevación de estas proteínas de presentación tardía.

Simultáneamente estudian el comportamiento de la médula ósea en estos animales así tratados, observando un incremento de los normoblastos, con descenso de las formas neutrófilas y de las células plasmáticas.

Tratamiento quirúrgico de las colecistitis agudas.—El autor hace un estudio del tratamiento quirúrgico de las colecistitis agudas y defiende el criterio de la operación precoz antes de las cuarenta y ocho horas, con buen estado general y hepático y en edad no avanzada. Este proceder es la mejor profilaxis de las graves complicaciones que puede ocasionar esta enfermedad. Pasadas las cuarenta y ocho horas primeras, la cirugía debe restringirse a los cuadros persistentes y complicados.

Revisa 42 casos de su casuística, operados en los últimos seis años, en los que fué hecha de forma sistemática intervención quirúrgica. Únicamente no fueron operados los casos leves o los que presentaban contraindicación operatoria. La mortalidad inmediata fué del 7 por 100. Se practicó la colecistectomía en el 80 por 100 de los casos y operaciones paliativas en el 20 por 100 restante.

Se hace un breve resumen de la casuística y se transcribe el material radiográfico y fotográfico de algunos casos.

Procedimiento de obtención de muestras para citología endogástrica.—Para la obtención de muestras para el estudio de la citología gástrica, el autor utiliza un mandril de los usados en el sondeo duodenal, con botón en su extremidad, recubierto además de un capuchón de goma para evitar un trauma; a un centímetro de su extremo tiene unas asas de hilo de nylon dispuestas en un plano vertical a su eje; este mandril se introduce en una sonda de material plástico de consistencia suficiente para permitir el deslizamiento de aquél; una vez dentro del estómago, basta con introducir el mandril dos centímetros, manteniendo quieta la sonda para que las asas en aquél salgan de la cavidad protectora; entonces, y previa la extracción del contenido gástrico en ayunas, se practica el frote de la región sospechosa, mediante movimientos de vaivén del mandril, instilando luego suero fisiológico templado y extrayéndolo a continuación; una vez fuera, se lavan las asas con este suero, tiñéndose el material obtenido con la técnica de Papanicolaou.

Gastroenterology.

24 - 4 - 1953

- * Gastroenteritis fulminante causada por estafilococos. K. Terplan, J. R. Paine, J. Sheffer, R. Egan y H. Lanck. Efecto del tween-65 y tween-80 sobre la motilidad gastrointestinal en el hombre. H. D. Janowitz, F. Hollander y R. H. Marshak.
- Efecto de la irradiación intragástrica sobre la acidez gástrica en el perro. B. W. Fox, A. Littman, M. I. Grossman y A. C. Ivy.
- * Evaluación del kutrol en el tratamiento de la úlcera duodenal no complicada. M. E. Dailey y W. W. Benefiel.
- * Estudios sobre la función pancreática. Parte V. D. A. Dreiling Sr.
- Estudios sobre varias drogas colinérgicas como posibles agentes etiológicos en la colitis ulcerosa. W. F. Nickel Jr., G. M. Gordon y W. De W. Andrus.
- * Leiomas masivos del estómago. G. Crile Jr. y L. Groves.
- Páncreas aberrante en el estómago. I. Leodolter.
- Estenosis del estómago causada por gastritis corrosiva. A. L. C. Maggi y M. Meeroff.
- Carcinoma del estómago y gastritis hipertrófica coexistentes. E. C. Texter Jr., C. W. Legerton Jr., R. J. Reeves, A. G. Smith y J. M. Ruffin.

Gastroenterocolitis estafilocócica fulminante.—Los autores presentan detalladamente los hallazgos anatómicos de ocho casos en los que se habían realizado diversas operaciones quirúrgicas y habían sido tratados con diferentes antibióticos de espectro amplio (terramicina, synchrobin y aureomicina) en dosis comparativamente pequeñas. El cuadro clínico se caracterizó por náuseas, vómitos y escasa deposición blanda, iniciándose del primero al cuarto día postoperatorio, y cambiando rápidamente a diarrea masiva que provocó un grave cuadro de shock; la muerte tuvo lugar entre el tercero y el undécimo día postoperatorio. El agente causal responsable de la inflamación aguda del tracto gastrointestinal se presentó como grandes masas de estafilococos entre la mucosa descamada o el exudado pseudomembranoso, poco adherente a ella, particularmente en el intestino delgado. La reacción inflamatoria se limitaba, en general, a la mucosa y submucosa. En cinco casos pudieron aislarse colonias de estafilococo hemolítico coagulasa-positivo en el tracto gastrointestinal y/o en el pulmón. El curso clínico y los hallazgos anatomopatológicos, basados en particular sobre las tinciones de bacterias en los cortes de tejidos del tracto gastrointestinal, e incluyendo las alteraciones degenerativas recientes en las suprarrenales y riñones, apuntan a un estado profundamente séptico por infección estafilocócica del tracto gastrointestinal, pero no a un proceso séptico. Los estafilococos, cultivados en agar-sangre, eran resistentes a los antibióticos usados en estos casos. En tres observaciones recientes existía el mismo síndrome clínico-patológico con el mismo resultado rápidamente fatal e iguales hallazgos patológicos, histológicos y bacteriológicos; los estafilococos cultivados del tracto gastrointestinal y de los pulmones en estos casos sólo fueron sensibles a la eritromicina, pero no a los antibióticos administrados.

Kutrol en la úlcera duodenal.—Los autores han ensayado el kutrol, un extracto de orina de yegua preñada, administrado por vía oral en 10 enfermos con úlcera duodenal activa no complicada. No se vieron efectos beneficiosos en esos enfermos achacables al extracto.

Prueba de la secretina en el estudio de la función pancreática.—El autor presenta los datos de la prueba de la secretina en 119 enfermos con pancreatitis. Los resultados de estos estudios sugieren que tienen un evidente valor diagnóstico en enfermos con pancreatitis crónica. A juzgar por los hallazgos uniformemente

anormales en enfermos con historias breves y sin diabetes, calcinosis o esteatorrea, parece verosímil que haya precozmente una secreción anormal en la patogenia de la pancreatitis crónica. La significación de las respuestas a la secretina en enfermos con ataques únicos de pancreatitis aguda está limitada por la rapidez con que se normaliza la secreción pancreática. El único valor práctico de la prueba de la secretina en los enfermos con pancreatitis aguda reside en el pronóstico, esto es, los enfermos en los que persiste la secreción pancreática anormal después de la recuperación clínica, es más verosímil que desarrollen una pancreatitis crónica. El presente estudio subraya e ilustra el empleo de la secretina para el descubrimiento de déficit en la secreción pancreática en enfermos con procesos gastrointestinales específicos; tiene un valor definido en la investigación de posibles relaciones etiológicas entre esas enfermedades y la disfunción pancreática. Por último, refiere y comenta los hallazgos en enfermos con diarreas, esteatorreas, esprue, ileitis, colitis ulcerosa y úlcera péptica.

Leiomiomas masivos del estómago.—Los autores refieren cinco casos, en cuatro de los cuales no se hizo preoperatoriamente el diagnóstico de tumor gástrico; por lo tanto, debe tenerse presente el leiomioma en el diagnóstico diferencial de cualquier gran masa abdominal alta. Un enfermo en el que se demostró histológicamente el tumor antes de la cirugía definitiva, manifiesta que el leiomioma puede ser un proceso relativamente benigno; sin embargo, los tres casos en los que el tumor recidivó en el plazo aproximado de un año, afirma la potencialidad altamente maligna del leiomioma del estómago. Todos los tumores fueron técnicamente resecables, a pesar de su gran tamaño. El tamaño masivo que con frecuencia alcanzan estos tumores, sugiere un largo periodo asintomático o un crecimiento muy rápido. La metastatización es diferente a la del carcinoma, ya que es rara la afectación de los ganglios linfáticos; este factor hace que el leiomioma del estómago sea más susceptible de tratamiento quirúrgico que el carcinoma si se hace el diagnóstico antes de que el tumor metastatice en el hígado.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

92 - 2 - 1953

- Caritas medici, W. B. Bennett Bean.
- * Efecto de la mostaza nitrogenada sobre el curso clínico de la glomerulonefritis. D. S. Baldwin, P. G. McLean, H. Chasis y W. Goldring.
 - * Método simplificado para la prueba de células L. E. E. L. Dubois.
 - * Reacción de difenilamina en el suero en la fiebre reumática. A. F. Coburn, L. V. Moore y J. Haninger.
 - * Tratamiento de la hiperkalemia en la insuficiencia renal aguda utilizando resinas de intercambio. H. C. Knowles Jr. y S. A. Kaplan.
 - * Efecto de la terapéutica de irradiación del carcinoma del cervix sobre la función hepática. J. R. Snavey, R. H. Bullington y J. V. Schloser.
 - * Tratamiento de la artritis reumatoide con p-aminobenzoato y ácido acetoacético. C. J. D. Zarafonitis, W. A. Steiger, I. W. Ginsburg y A. J. Heather.
 - * Infección por *Streptococcus moniliformis* complicada con endocarditis bacteriana aguda. M. Hamburger y H. C. Knowles.
 - * Secuelas de la vacuna contra la fiebre amarilla al cabo de diez años. I. B. Brick.
 - * Efecto del hexametonio (Ca) sobre la hemodinámica renal en el hombre. T. D. Ullmann y D. Diengott.
 - * Toxicidad de la polimixina B. I. Estudios en animales con referencia particular a la evaluación de la función renal. J. H. Moyer, L. C. Mills y E. M. Yow.
 - * II. Estudios humanos con referencia particular a la evaluación de la función renal. E. M. Yow, J. H. Moyer y C. Polk Smith.
 - * Afectación cardíaca en el linfoma maligno. J. D. N. Nabarro.
 - * Estudios de sobrecarga de grasa en relación con la edad. J. Herzstein, C.-I. Wang y D. Adlersberg.
 - * Progresos en medicina interna: Revisión de neuropsiquiatría. S. Cobb.
 - * Transfusión sustitutiva en la anemia hemolítica que complica al lupus eritematoso diseminado. W. J. Kuhns y T. C. Bauerlein.

Mostaza nitrogenada en la glomerulonefritis.—Los autores han administrado mostaza nitrogenada (clorhidrato de metil-bis-beta-cloroetil-amina) a 10 enfermos con glomerulonefritis difusa crónica y a cinco en el estadio agudo de la enfermedad. Se produjo una remisión temporal de tres a doce días de duración en 22 de los 41 cursos terapéuticos en los enfermos crónicos; la inducción de remisiones repetidas en un enfermo después de trece meses en la fase nefrótica, se siguió de curación durante los treinta y seis meses subsiguientes de observación continuada. De los cinco enfermos en el estadio agudo, en uno se consiguió una rápida remisión seguida progresivamente de una aparente curación. Añaden que la variabilidad del curso natural de la glomerulonefritis y la baja incidencia de curación aparentemente inducida hacen difícil atribuir un papel causal a la mostaza en la curación de esos dos enfermos. No han visto efectos perjudiciales sobre el riñón. Su experiencia no les permite recomendar el empleo rutinario de mostaza nitrogenada en el tratamiento de la glomerulonefritis humana.

Método simplificado para la determinación de células L. E.—Describe el autor un método simplificado utilizando heparina para la determinación de células L. E. El empleo de esta técnica durante los últimos tres años, junto con su interés en la enfermedad, le ha permitido aumentar al cuádruple el diagnóstico de lupus eritematoso diseminado; es la mitad de frecuente que la fiebre reumática aguda en su hospital y más corriente que la clásica anemia perniciosa y que todas las leucemias agudas combinadas. La prueba debe realizarse en todos los enfermos que tienen fiebre asociada con cualquiera de los siguientes trastornos: Poliartralgia o poliartritis, con o sin deformidad reumatoidea; pericarditis, pleuresía y derrame pleural de origen no bacteriano; ascitis sin causa aparente; lesiones lúpicas discoides y agudas; lesiones cutáneas bizarras; convulsiones con fiebre prolongada; exudados y hemorragias oculares inexplicados; nefrosis y nefritis; náuseas persistentes; vómitos, diarreas y dolores abdominales de origen oscuro; hepatoesplenomegalia; fenómeno de Raynaud; depresión de alguno de los elementos sanguíneos periféricos; hiperglobulinemia y reacciones positivas falsas de sífilis. Es raro obtener una prueba positiva en un enfermo afebril no tratado. La técnica descrita es tan exacta como los métodos más complejos utilizando médula animal, vesículas de cantárida o sangre coagulada. Se investigan cuatro anomalías para la interpretación: la formación de rouleaux, "cuerpos hematoxilínicos", rosetas y células L. E.; sólo esto último es patognomónico y la aparición de rosetas y "cuerpos hematoxilínicos" es únicamente sugestivo, debiéndose realizar otras pruebas. Para filiar los enfermos en los que se sospecha el lupus, debe hacerse la investigación L. E. en médula ósea y en sangre periférica, pues una puede ser positiva y la otra negativa; puede ser necesario realizar pruebas repetidas durante semanas o años con el fin de confirmar el diagnóstico. En su experiencia no ha habido pruebas positivas falsas; sin embargo, ha encontrado negatividad en el 30 por 100 de casos típicos de lupus eritematoso diseminado. Por la terapéutica enérgica con ACTH y cortisona, desaparecen invariablemente las células L. E. durante cuatro a seis semanas, mientras la dosis de mantenimiento se ajusta a un nivel sub-cushingoide o en casos difíciles o recidivantes, la prueba puede hacerse positiva temporalmente. Termina diciendo que con el empleo más frecuente de esta prueba se ampliará el espectro de la enfermedad y, lo más importante de todo, se diagnosticarán y tratarán más precozmente los casos de lupus eritematoso diseminado antes de que se produzcan alteraciones irreversibles en el riñón, cerebro y corazón.

Reacción de difenilamina del suero en la fiebre reumática.—Hay en el suero una sustancia aún no identificada que reacciona con la difenilamina dando un color púrpura, cuya intensidad aumenta en determinados procesos, y está condicionada por la intensidad del pro-

ceso inflamatorio. Han estudiado los autores esta reacción en un grupo de niños reumáticos y han observado que cursa paralelamente a la velocidad de sedimentación. Concluyen que realizada seriadamente proporciona información, tanto para determinar el grado de actividad reumática como para evaluar la eficacia de los agentes terapéuticos.

Resinas de recambio para la hiperkalemia de la insuficiencia renal aguda.—De diez enfermos con insuficiencia renal aguda y oliguria que fueron tratados con métodos conservadores, los autores administran a cuatro una resina carboxilica amónica sin potasio por vía oral; la dosis de adultos fué de aproximadamente 50 gr. diarios y para los niños 20. La resina mezclada con glucosa y agua forma una pasta no desagradable, que se da cada hora o cada dos horas para evitar las náuseas y producir una dispersión mayor en el intestino. La concentración de potasio en el suero aumentó uniformemente en los enfermos a quienes no se daba la resina, descendiendo en los que se administró; la eliminación de potasio por las heces en un enfermo al que se daba resina, fué de 215 mEq. en cuatro días. Aunque todos los enfermos que tomaban la resina se encontraban nauseosos, en conjunto la toleraron bien. Los autores concluyen que las resinas de recambio de cationes constituyen un medio eficaz de reducir o prevenir la hiperkalemia.

Acido acetilsalicílico y p-aminobenzoato en la artritis reumatoide.—Los autores han tratado a 44 enfermos de artritis reumatoide activa con una combinación de p-aminobenzoato y ácido acetilsalicílico. El 77 por 100 (34) de los enfermos mostró mejoría funcional, evidenciada por aumento de los movimientos, notable aumento de peso y disminución del calor, hinchazón, dolor y sensibilidad de las articulaciones; esta mejoría se mantuvo durante seis a dieciocho meses. La dosis de p-aminobenzoato potásico o sódico fué de 12 gr. diarios, dividida en seis dosis, y el ácido acetilsalicílico se administró en dosis de 0,6 g. cuatro veces al día. Las reacciones desfavorables fueron mínimas y totalmente reversibles al suspender las drogas. Concluyen diciendo que aunque no es curativa, dicha combinación terapéutica consigue frecuentemente una mejoría funcional significativa.

Infección por Streptobacillus moniliformis complicada con endocarditis bacteriana aguda.—Describen los autores el caso de un médico de cincuenta y cuatro años, del que se sabía que tenía un corazón previamente normal, y que después de haber sido mordido por una rata de laboratorio presentó un cuadro infeccioso febril, en cuyo curso se apreció la aparición de un soplo sistólico rudo en el foco mitral. En el hemocultivo se aisló un estreptobacillus moniliformis. Se consiguió la curación mediante el tratamiento con altas dosis de penicilina.

Efecto del hexametonio sobre la hemodinámica renal. Los autores han estudiado en dos sujetos normotensos y 10 hipertensos el efecto del hexametonio por vía intravenosa sobre el flujo urinario, ritmo de la filtración glomerular, flujo plasmático renal y flujo sanguíneo renal efectivo, fracción filtración y resistencias renales calculadas. El hexametonio causó una marcada reducción en el flujo urinario y disminución moderada o marcada en la filtración glomerular; el flujo plasmático renal y el flujo sanguíneo renal efectivo estaban elevados en más de la mitad de las observaciones y disminuídos en las restantes; la fracción filtración estaba notablemente descendida en todas las observaciones; las resistencias vasculares renales estaban en general notablemente disminuídas, pero en algunas observaciones estaban aumentadas y las alteraciones afectaban por igual a todas las partes del tracto vascular renal. La disminución en el flujo plasmático renal y el aumento en la resistencia vascular cuando se observan en períodos inmediatamente consecutivos a la administración

de la droga, pueden ser el resultado de una activación transtoria de un mecanismo simpaticomimético por el bloqueante ganglionar. Estos resultados y otros datos referidos en la literatura indican que la droga no tiene una influencia perjudicial sobre el riñón, aunque debe evitarse una sobredosificación que conduzca a una reducción en el flujo urinario demasiado brusca y prolongada.

Afectación cardíaca en el linfoma maligno.—Señala el autor que no es rara la evidencia anatomopatológica de afectación cardíaca en casos de linfoma maligno, aunque se han hecho pocas comunicaciones clínicas sobre ello. Cuando las anomalías cardíacas son el rasgo fundamental de un linfoma, el diagnóstico es difícil, pero cuando se producen en sujetos en los que se sabe que padecen la enfermedad, debe tenerse presente la posibilidad de su origen neoplásico. Los dos cuadros clínicos más corrientes son la insuficiencia cardíaca congestiva irreversible y el derrame pericárdico; la radioterapia no consigue resultados favorables. Describen tres casos: en uno, con insuficiencia congestiva intratable por reticulosarcoma, el diagnóstico se hizo por biopsia de un nódulo cutáneo, siendo el tumor muy radiosensible, pero fracasó el tratamiento; en el segundo, se desarrolló una pericarditis con derrame en el curso de una enfermedad de Hodgkin, y en el tercero, existía un cuadro complejo de hipertensión y fibrosis pericárdica que dió origen a una insuficiencia congestiva en los estadios terminales de la enfermedad.

Transfusión sustitutiva en la anemia hemolítica complicando al lupus eritematoso disseminado.—Refieren los autores el caso de un enfermo con anemia hemolítica adquirida y lupus eritematoso agudo disseminado. Durante el curso de transfusiones múltiples de sangre total el enfermo presentó tres anticuerpos atípicos en el suero: anti-C, anti-A, y otra hemaglutinina incompletamente identificada, que aparentemente eran los responsables de la enfermedad hemolítica. A causa de la hemólisis intravascular, de la anemia y de la insuficiencia renal progresiva, se le hizo al enfermo una transfusión sustitutiva con resultados beneficiosos inmediatos. El cuadro final se complicó por la persistencia de la enfermedad fundamental y el patrón serológico atípico, que impidió la compatibilidad de grupo en el curso de transfusiones ulteriores.

The American Journal of the Medical Sciences.

226 - 2 - 1953

- * Limitaciones en el empleo de gamma globulina en poliomiéltis. W. McD. Hammon.
- * Sarcoidosis en las fuerzas armadas. R. S. Nelson.
- * Hialuronidasa y la administración subcutánea de soluciones de glucosa sin electrolitos. F. M. Mateer, K. L. Garver, M. J. Sakol y T. S. Danowski.
- * Aspectos médicos de la electroshockterapia (incluyendo un estudio de 192 enfermos). E. H. Niesen Jr.
- * Psitacosis. W. W. MacLachlan, G. E. Crum, R. F. Kleinschmidt y P. F. Wehrle.
- * Un estudio comparativo de los efectos de tres vasodilatadores: bromuro de pentametonio (C-5), dilato (SKF-1.700-A) y pendiomide (BA-9.295) sobre el flujo sanguíneo cutáneo de los dedos. H. L. Needleman y O. Horwitz.
- * Terapéutica oral con mercumtilin (cumertilin), un nuevo diurético mercurial. B. E. Pollock y F. W. Pruitt.
- * Ocupación como un factor en los peligros sanitarios de la comunidad por viciamiento del aire. C. A. Mills.
- * Algunos efectos de la mostaza nitrogenada y de la trietileno melamina en el lupus eritematoso disseminado agudo. R. J. Rohn y W. H. Bond.
- * Conservación de las plaquetas. J. L. Tullis.
- * Empleo de ACTH en la preparación de enfermos con púrpura trombocitopénica para la esplenectomía. R. W. Greene, W. W. Faloon y E. L. Lozner.

Limitaciones en el empleo de gamma globulina en poliomiéltis.—Declara el autor que hay serias limitaciones al empleo de gamma globulina en la profilaxis de la poliomiéltis. Estas se deben en parte al hecho de que la gamma globulina es un agente inmunizante que da sólo una protección pasiva temporal. Más importan-

tes son las dificultades que presenta la propia enfermedad; aproximadamente el 1 por 100 de las infecciones por el virus de la poliomielitis se reconoce clínicamente; no diagnosticada, la infección primaria conduce a múltiples infecciones secundarias, entre las que puede haber una con manifestaciones clínicas que permita el diagnóstico. Este concepto epidemiológico conduce a lo que puede actualmente ser el empleo más eficaz de la gamma globulina: debe utilizarse en la familia en el momento de la exposición. Cuando esto ocurre a través de una infección inaparente, no puede ser reconocida, pero la infección primaria en la familia debe manifestarse con frecuencia como un caso no diagnosticado. Cuanto más intensa sea una epidemia de poliomielitis, mayor será la proporción de enfermedades febriles no diagnosticadas que son realmente poliomielitis. La inyección de los miembros de la familia en este momento se hará antes del comienzo de aproximadamente el 75 por 100 de los casos secundarios, como en el sarampión. En espera de la modificación de la afectación de los casos precoces y la prevención de la mayoría de los tardíos, el empleo de gamma globulina en tales familias debe dar excelentes resultados. La evidencia epidemiológica e inmunológica apoya fuertemente la hipótesis de que éste es un método más selectivo de administración que la inmunización en masa, indiscriminada y esencialmente simultánea, de todos los niños en las comunidades epidémicas.

Sarcoidosis.—Refiere el autor la observación de 17 casos de sarcoidosis en las fuerzas armadas norteamericanas en Europa; superaron los enfermos blancos a los negros en la proporción de 9 a 8. Los síntomas fundamentales fueron dolor torácico en cuatro enfermos y adenopatías hiliares, con o sin infiltración pulmonar en cinco; ocasionalmente se observaron escalofríos, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, faringitis y edema de las piernas. Fuera de la linfadenopatía habitual, hubo un pequeño número de hallazgos físicos, tales como inflamación articular dolorosa, edema de las piernas y aumento de tamaño del hígado y del bazo. Ningún enfermo mostró afectación uveoparotídea, cutánea ni ósea. La sarcoidosis está reconocida como una reacción generalizada a estímulos desconocidos; el factor complicante de algunos estímulos conocidos que muestran la misma respuesta patológica hace complejo su diagnóstico. La afectación no puede determinarse clínicamente por la historia y examen físico, puesto que no hay síntomas referibles al órgano y tampoco aumento de tamaño o tensión dolorosa, aunque la biopsia puede demostrar una pronunciada afectación. Ha realizado la biopsia hepática por punción en 15 enfermos y en 11 dió resultados positivos, lo que subraya nuevamente la frecuente afectación precoz de este órgano; las pruebas de función hepática fueron poco de acuerdo con la biopsia; los datos de laboratorio persistentemente anormales deben acompañarse de biopsias repetidas, especialmente si hay una retención de bromosulfaleína constantemente positiva y creciente. Termina diciendo que la variabilidad del curso de la sarcoidosis y la mala respuesta a la mayoría de los agentes terapéuticos oscurece su pronóstico y tratamiento.

Psitacosis.—Los autores han tenido la oportunidad de estudiar en el último año 10 enfermos con evidencia clínica o serológica de haber tenido psitacosis; en siete de los casos se descubrió el contacto con un periquito; uno de ellos murió de neumonía al sexto-séptimo día de enfermedad. Subrayan que se trata de una enfermedad evitable y que en los sujetos de edad puede constituir una infección neumónica grave. No se atreven a sacar conclusiones sobre el efecto de los antibióticos, aunque recomiendan su empleo, especialmente la penicilina. Declaran que la enfermedad cursa con esplenomegalia; esto se aprecia experimentalmente en animales y pájaros, anatomopatológicamente en la autopsia de seres humanos y clínicamente en las neumonías atípicas en la última parte de la enfermedad y durante pocos días. Este último hallazgo puede ser de considerable valor,

ya que conduce a las pruebas de fijación del complemento del virus y confirmar el diagnóstico de psitacosis.

Terapéutica oral con mercumatilín (cumertilín), un nuevo diurético mercurial.—Señalan los autores que el mercumatilín (cumertilín) es un nuevo diurético mercurial clínicamente eficaz. Han utilizado tabletas con un contenido equivalente de miligramos de mercurio para estudiar su seguridad y valor en el tratamiento prolongado de enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva. La droga se dió a un total de 20 enfermos, durante periodos que oscilaron entre 30 y 504 días, en conjunto 3.743 días/enfermos y 7.726 tabletas sin evidencia de toxicidad y con reacciones gastrointestinales no significativas. La dosis utilizada varió entre menos de una y cinco tabletas diarias. La adición de mercumatilín al régimen terapéutico mantuvo la compensación cardíaca en 15 casos en los que la digitalización y la dieta pobre en sal llegaron a ser inadecuadas; se requirieron en los cinco restantes suplementos de mercuriales por vía parenteral. Concluyen que el mercumatilín es una droga segura y clínicamente eficaz para su empleo oral en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Mostaza nitrogenada y trietileno melamina en el lupus eritematoso agudo disseminado.—Los autores han empleado mostaza nitrogenada y TEM en cinco enfermos a los que pudieron seguir ulteriormente. De estos cinco enfermos, tres mostraron remisiones que variaron en duración de 6 a 217 días. Contrastan los resultados con los obtenidos en cuatro de estos cinco enfermos a los que se habían administrado corticoesteroides. Su impresión es que los efectos de la N_2H y el TEM no se realizan exclusivamente a través de la estimulación corticosuprarrenal, aunque no han podido determinar cómo realizan su acción. En conjunto, se muestran satisfechos por los resultados obtenidos con dichas drogas, aunque no dejan de reconocer los peligros de dichos agentes citolíticos.

ACTH en la preparación para la esplenectomía de enfermos con púrpura trombocitopénica idiopática.—Los autores han estudiado siete enfermos con púrpura trombocitopénica idiopática en cuanto a su respuesta vascular y plaquetular a la ACTH o cortisona antes de la operación y seguidos después de la esplenectomía. La administración preoperatoria de cortisona o ACTH mejoró constantemente la fragilidad vascular, pero sólo irregularmente produjo un aumento en el recuento de plaquetas. La respuesta de las plaquetas a la ACTH antes de la operación no tuvo valor sobre si la esplenectomía produciría una remisión permanente. Ninguno de los enfermos presentó dificultades operatorias ni retraso en la curación de las heridas. Concluyen que la administración preoperatoria de dichas hormonas está justificada con el fin de reducir las complicaciones quirúrgicas.

Annals of Internal Medicine.

39 - 2 - 1953

Influenza: Nuevos conocimientos, T. Francis Jr.

Observaciones clínicas y de laboratorio sobre la *Brucella melitensis* en Egipto: Estudio de 100 casos, J. H. Kilhough, G. B. Magill y S. I. Said.

* Derrame pericárdico asociado con mixedema, P. A. Marks y B. S. Roof.

* Tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta, T. A. Warthin, F. P. Ross, D. V. Baker Jr. y E. Wissing.

* Curso clínico después de la resección suprarrenal y simpatectomía de 82 enfermos con hipertensión grave, W. A. Jeffers, H. A. Zintel, J. H. Hafkenschiel, A. Gorman Hills, A. M. Sellers y C. C. Wolferth.

* Relaciones de colitis ulcerosa crónica y cirrosis, F. W. Hoffbauer, J. S. McCartney, C. Dennis y K. Karlson.

* Enfermedad del hígado asociada con colitis ulcerosa, J. A. Bagen.

Algunas observaciones sobre la relación entre los cambios de peso después de la restricción de sodio y los asociados con el ciclo menstrual en mujeres jóvenes normales, C. Bedell Thomas.

- Avances en terapéutica antibiótica, J. W. Haviland.
 * Endocarditis bacteriana subaguda oculta manifestada por anomalías hematológicas, incluyendo la pancitopenia, W. R. Parsons Jr., T. Cooper y C. H. Scheifley.
 * Yodo ligado a proteínas en las enfermedades cardiovasculares, H. W. Allison y T. L. Bliss.
 * Hipertensión experimental, D. M. Green.
 Divertículo por tracción del esófago con exanguiación, A. Schick y R. Yesner.
 Crioglobulinemia: Referencia de un caso asociado con gangrena de los dedos de las manos, J. H. Hutchinson y R. A. Howell.
 Un caso de hiperparatiroidismo con deformidad rara de la caja torácica, H. O. Schneider.
 Ictericidad debida a lesiones obstructivas metastásicas, W. F. Cernock.
 Púrpura trombocitopénica trombótica, W. S. Green Jr. y T. W. Green.
 Editorial: Mecanismos patogénicos en la púrpura trombocitopénica idiopática.

Derrame pericárdico en el mixedema.—Presentan los autores dos casos de mixedema asociado con anomalías cardíacas, en los que los síntomas y signos cardíacos eran atribuibles a la presencia de un derrame pericárdico masivo de larga duración, que fué comprobado por punción pericárdica. Revisan los casos citados en la literatura de corazón mixedematoso con derrame pericárdico comprobado y concluyen que este fenómeno es de presentación frecuente y un factor importante en el desencadenamiento de la disfunción cardíaca en el corazón mixedematoso.

Tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta.—Relatan los autores su experiencia con 246 enfermos ingresados por hemorragia gastrointestinal alta masiva y tratados por un team compuesto por un internista, un cirujano y un radiólogo. La mortalidad por úlcera péptica sangrante fué del 3,2 por 100. En el tratamiento fué esencial la rápida restauración del volumen de sangre circulante por transfusión sanguínea. Es necesario el diagnóstico precoz del origen de la hemorragia por un examen radiológico de urgencia si ha de realizarse el tratamiento agresivo de la misma; es un procedimiento seguro y una ayuda extremadamente útil para el diagnóstico en manos interesadas y competentes. Las úlceras gástricas y duodenales postbulbares tienen tendencia a sangrar incontrolablemente y son candidatos a la cirugía precoz; otras complicaciones generales aumentan el peligro de la úlcera sangrante e indican la intervención quirúrgica precoz. El tratamiento de la hemorragia por varices esofágicas ha llegado a ser un problema quirúrgico potencial y añade nuevas razones para el abordaje de conjunto en la hemorragia gastrointestinal alta.

Adrenalectomía y simpatectomía en la hipertensión grave.—Comunican los autores el curso seguido por 82 enfermos con hipertensión grave después de haberles realizado diversos grados de resección suprarrenal, con o sin diversos tipos de simpatectomía. Entre las indicaciones para la operación estaban: a) Presión diastólica de 120 ó más mm. Hg. b) Falta de respuesta a la terapéutica médica intensa; y c) Datos de enfermedad vascular progresiva. Como contraindicaciones, refieren: a) Mala función renal, con eliminación inferior al 20 por 100 de fenolsulfotaleína a los quince minutos de la inyección intravenosa y/o urea en sangre superior a 20 mg. por 100. b) Convalecencia de algún ataque u oclusión coronaria de menos de seis meses. c) Edad de cincuenta y cinco o más años; y d) Incapacidad, por cualquier razón, de realizar la terapéutica córticosuprarrenal sustitutiva. La mayoría (54) de los enfermos fué sometida a una simpatectomía tipo Adson más adrenalectomía subtotal o total; en el caso de la adrenalectomía subtotal se deja un resto de unos 6 mm. de diámetro, adyacente a la vena suprarrenal izquierda. Estas operaciones se realizaron, a través de una vía retroperitoneal subdiafragmática, en dos tiempos separados diez días. Se hicieron observaciones posteriores para determinar si dicho tipo de operación combinada es más o menos eficaz que la simpatectomía toracolumbar o la adrenalectomía total sin simpatectomía. El 23 por 100 mostró una respuesta excelente, el 14 por 100 mo-

derada, el 32 por 100 nula y el 21 por 100 no sobrevivió; sólo un caso murió por insuficiencia suprarrenal no complicada. La causa habitual de la muerte fué un choque u oclusión coronaria. Los que tenían disnea paroxística o insuficiencia cardíaca congestiva mostraron la mejoría más notable después de la operación; ésta parece ser principalmente el resultado de la resección extensa de la corteza suprarrenal. La mayoría de los sometidos a una adrenalectomía subtotal necesitaron postoperatoriamente una terapéutica córticosuprarrenal sustitutiva. Se apreciaron en los 82 enfermos las siguientes modificaciones objetivas: reducción del tamaño del corazón en el 41 por 100, mejoría del fondo ocular en el 48 por 100 y electrocardiogramas menos anormales en el 27 por 100. Durante el primer mes después de la operación se hizo una terapéutica liberal de sustitución, incluyendo cortisona, sal y DOCA. Los enfermos eran advertidos de referir rápidamente sus síntomas desfavorables, especialmente en el caso de infecciones respiratorias u otros episodios febriles, con el fin de reforzar temporalmente la terapéutica sustitutiva. Con estas precauciones, ningún enfermo precisó el reingreso en el hospital para el tratamiento de insuficiencia suprarrenal aguda en los últimos veinticuatro meses.

Colitis ulcerosa crónica y cirrosis hepática.—Revisan los autores el curso clínico de 12 enfermos que presentaban la asociación de colitis ulcerosa crónica y cirrosis. En cinco enfermos el diagnóstico de cirrosis se estableció sobre la base de los hallazgos físicos, de laboratorio y de biopsia; tres de ellos, varones, están vivos y la colitis en estado inactivo, pero el cuadro clínico muestra manifestaciones de cirrosis, ictericia o accidentes hemorrágicos por varices; en las dos mujeres, el diagnóstico de cirrosis se hizo al realizar la colectomía e ileostomía y ambas tenían carcinoma del colon, muriendo dos años después por metástasis. En siete enfermos se hizo la autopsia; las manifestaciones clínicas terminales fueron las de una cirrosis avanzada, esto es, hemorragia por varices y coma hepático; una enferma de diecinueve años presentó un carcinoma del sigma a los tres años de haberse hecho una ileostomía, viéndose en la sección metástasis diseminadas y una cirrosis de forma postnecrótica. Los diagnósticos anatomopatológicos en los seis restantes fueron: colitis ulcerosa y cirrosis grasa, un caso; colitis poliposa y cirrosis postnecrótica, un caso; colitis ulcerosa curada y cirrosis postnecrótica, dos casos; colitis ulcerosa curada y cirrosis de Laennec, dos casos. Añaden que la relación de la colitis ulcerosa con el desarrollo de cirrosis es oscura. Las observaciones clínicas sugieren que la frecuencia de presentación sea mayor de lo que habitualmente se acepta. Las cifras basadas en los hallazgos de autopsia en enfermos muertos de colitis ulcerosa "per se", especialmente si la enfermedad fué de corta duración, no pueden indicar la verdadera incidencia en la presentación de cirrosis.

Colitis ulcerosa y enfermedades del hígado.—De 32 enfermos a los que se hizo la biopsia hepática, el autor selecciona 26 por presentar evidencia clínica o de laboratorio de enfermedad hepática, sirviendo como controles los seis restantes. Dos de los seis enfermos tenían un cuadro microscópico normal, dos infiltración grasa y dos pericolangitis. Cinco enfermos tenían hígados normales. Los hígados de nueve enfermos estaban infiltrados con grasa, pero en ninguno de éstos se había sospechado esta lesión en la revisión clínica o de laboratorio; en siete de ellos había una retención anormal de la bromosulfaleína: más del 5 por 100; la prueba de turbidez del timol fué negativa en los nueve casos; es de interés que en ocho se asociaron sólo alteraciones microscópicas mínimas con la infiltración grasa y en ninguna había cirrosis. Parece que en los enfermos con colitis ulcerosa crónica existen ciertas condiciones o factores, como malnutrición, falta de factores lipotrópicos, anemia y efectos tóxicos de productos bacterianos o químicos indeterminados, que contribuirían a

la producción de hígado graso. En cinco enfermos los hallazgos microscópicos eran de pericolangitis, con estasis de bilis en tres; en tres, existía también una hepatitis difusa, y en otros tres, una cirrosis postnecrótica. La mayoría de los enfermos con pericolangitis y estasis biliar, hepatitis difusa y cirrosis habían tenido una inversión del cociente albúminoglobulínico y pruebas positivas de turbidez del timol, turbidez del sulfato de zinc y floculación de la cefalina-colesterina. Termina diciendo que no puede llegarse a la conclusión sobre la posibilidad de que el proceso en estos enfermos pudo haber sido una hepatitis viral.

Endocarditis bacteriana subaguda oculta.—Los autores presentan los datos de tres casos que ilustran la dificultad diagnóstica que se presenta cuando las anomalías hematológicas enmascaran las manifestaciones "clásicas" de la endocarditis bacteriana subaguda. Los tres casos mostraban anemia, anomalía que existe en el 75 por 100 de los enfermos; uno de ellos tenía una pancitopenia, trastorno no referido hasta ahora en la literatura. Subrayan que la asociación de un soplo cardíaco y una anemia no explicada o de fiebre y anemia no explicadas sugieren la posibilidad de una endocarditis bacteriana.

Yodo ligado a proteínas en las enfermedades cardiovasculares.—Declaran los autores que puede ser difícil el diagnóstico diferencial de ciertos casos de enfermedad cardiovascular y enfermedad tiroidea. Refieren los resultados de la determinación del yodo ligado a proteínas en 160 sujetos con enfermedades cardiovasculares. Las cifras obtenidas son superponibles a las de un gran número de enfermos internados o ambulatorios de un hospital general. Concluyen que como las cifras están elevadas en el hipertiroidismo y son normales en los estados hipermetabólicos de otro origen, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, la determinación del yodo ligado a proteínas constituye una ayuda útil para el diagnóstico diferencial.

Hipertensión experimental.—Compara el autor la hipertensión esencial en el hombre con la hipertensión experimental neurogénica, renal y por la DOCA, en cuanto a la influencia del sistema nervioso, glándulas endocrinas y riñón y los efectos de las drogas e ingestión de electrolitos. El tiroides, paratiroides y gonadas parece que no tienen nada que ver con estas formas de hipertensión; en contraste, el riñón y la hipófisis están siempre afectados en algún grado. La hipertensión esencial se imita más exactamente, tanto en sus características fisiológicas como anatómicas, por el síndrome post-DOCA; particularmente notable es la independencia de estas dos variedades de hipertensión de la presencia de glándula suprarrenal. Los resultados en animales subrayan y corroboran el fracaso relativo de todos los métodos conocidos de terapéutica clínica y la evidencia experimental apunta hacia la hipófisis y el hipotálamo como, quizá, las áreas más prometedoras para investigaciones futuras sobre la hipertensión esencial.

The Journal of the American Medical Association.

152-14-1 de agosto de 1953

Ruidos precordiales auscultados a distancia del tórax. W. B. Bean.

* Terapéutica antibiótica combinada en las infecciones refractarias del tracto urinario. J. D. Alexander Jr., G. M. Elstnberg y H. F. Flippin.

Perturbaciones hidroelectrolíticas en el prostatismo. J. Lapides.

* Balance de líquidos y electrolitos en las quemaduras. E. Reiss, J. A. Stirman, C. P. Artz, J. H. Davis y W. H. Ampacher.

Precauciones en los procedimientos de inmunización en pediatría. L. W. Sauer.

* Efectos convulsivos de la isoniazida. R. H. Reilly, K. F. Killam, E. H. Jenney, W. H. Marshall, T. Tausig, N. S. Apter y C. C. Pfeiffer.

Diabetes en una ciudad de Nueva Inglaterra. H. L. C. Wilkerson y L. P. Krall.

* Psicosis aguda como complicación de la terapéutica con hydralazine en la hipertensión esencial. M. Moser, J. Syner, S. Malitz y T. W. Mattingly.

* Telepaque y pseudoalbuminuria. E. E. Seedorf, W. N. Powell, R. G. Greenlee y D. N. Dysart.

Metódica y aparatos para la resucitación del recién nacido. J. Mann.

Enseñanza de la auscultación por un método especial de registro. G. D. Geckeler, W. Likoff y D. Mason.

Causas de incapacidad en sujetos con enfermedades crónicas. J. I. Goodman.

Terapéutica antibiótica combinada en las infecciones refractarias del tracto urinario.—Comunican los autores su experiencia en las infecciones refractarias del tracto urinario sobre el tratamiento combinado con tres antibióticos, aureomicina, terramicina y cloranfenicol, en proporciones iguales y a una dosis total diaria de 2-3 gr. durante cinco días. Declaran que aunque el número de casos tratados, bajo condiciones controladas que permitan una evaluación inequívoca de la terapéutica, fué pequeño y el período de observación ulterior de breve duración, los resultados sugieren la utilidad de dicha combinación terapéutica y que merece un estudio clínico adicional. Al tiempo demuestran la necesidad de hacer múltiples cultivos preterapéuticos con el fin de permitir una valoración objetiva de la terapéutica antimicrobiana.

Balance hidroelectrolítico en las quemaduras.—Declaran los autores que no se conoce bien la naturaleza compleja de las perturbaciones hidroelectrolíticas tras las quemaduras. Aunque puede calibrarse con exactitud razonable el volumen y ritmo de la pérdida de líquidos, se desconoce su composición exacta, lo que impone serios inconvenientes al tratamiento. La redistribución de líquidos y electrolitos es un proceso gradual que se caracteriza clínicamente por fiebre y taquicardia y se presenta aproximadamente cuando desciende el sodio del suero. Las quemaduras que afectan al 20 por 100 ó menos de la superficie corporal pueden tratarse satisfactoriamente con la administración oral de soluciones de electrolitos, suplementadas con pequeñas cantidades intravenosas. En las quemaduras graves aconsejan una fórmula aproximada de 0,5 c. c. de coloide y 1,5 c. c. de electrolitos por 1/100 de superficie quemada por kilo de peso y 1.000-2.000 c. c. de solución electrolítica o de agua; en las segundas veinticuatro horas se precisan la mitad o las tres cuartas partes para satisfacer las necesidades de líquidos, y a partir de las cuarenta y ocho horas son los signos y los síntomas clínicos los que rigen la terapéutica; a causa de las fuertes pérdidas de potasio por la orina, que comienzan el tercer día, aconsejan la administración oral de soluciones de dicho ión.

Convulsiones por isoniazida.—Señalan los autores que las hidrazidas descienden el umbral para la estimulación fótica, tanto en los animales como en el hombre, y que la isoniazida sola o combinada con la estimulación fótica puede ocasionar un ataque de gran mal cuando se administran grandes dosis únicas intramusculares. La dosificación convulsivante eficaz de isoniazida varía de unas a otras personas; los extremos en este estudio fueron de 22 a 35 mg. por kilo de peso; la isoniazida causó ataques espontáneos en un enfermo con dosis intramusculares de 35 y 45 mg. por kilo. Ninguna dosificación por encima de los 45 mg. produjo uniformemente convulsiones; con las dosis altas se vieron en gran número de enfermos taquicardias de 130 ó aún mayores. Estos hechos contraindican el empleo de la isoniazida como convulsivante en la terapéutica por shock. La iproniazida, a la dosis de 15 mg. por kilo tres veces por semana, produjo una intensa hipotensión postural a las tres semanas en todos los enfermos, pero se toleraron bien grandes dosis únicas. La iproniazida no desciende el umbral para la estimulación fótica y, por lo tanto, no es directamente convulsivante en el hombre. Por último, manifiestan que no fué notable el ligero cambio en el estado mental de algunos de los enfermos esquizofrénicos durante la terapéutica con hidrazida.

Psicosis aguda por apresolina.—Describen los autores un caso de psicosis aguda como resultado de una sobredosificación de apresolina en un enfermo con hipertensión esencial; este episodio no se relacionó aparentemente con modificaciones en la presión o en la función renal y curó clínicamente a las 12-24 horas de la suspensión de la droga. Lo atribuyen a una liberación de conflictos de la personalidad básica tras la alteración por la droga de la enfermedad, lo que se apoyaría en la intensa y prolongada depresión ulterior, no relacionada con la terapéutica. Añaden que aunque la apresolina es un agente útil para el tratamiento de la hipertensión esencial, debe controlarse cuidadosamente su administración, especialmente en enfermos ambulatorios y personas inestables, y sugieren que debe suspenderse o reducirse la dosis de esta droga y de otros preparados utilizados en el tratamiento de la hipertensión si se producen cambios de la personalidad.

Telepaque y pseudoalbuminuria.—Manifiestan los autores que como la incidencia de pseudoalbuminuria es lo suficientemente alta para causar impresiones erróneas, deben interpretarse con cautela los análisis de orina realizados al día siguiente, y ocasionalmente dos o tres días después de una colecistografía utilizando priodax, monophen o telepaque. Las reacciones colaterales y su frecuencia fueron aproximadamente las mismas después del empleo de los tres medios y no lo suficientemente intensas como para contraindicar su empleo. Con los tres se obtuvieron buenas colecistografías, aunque fué ventajosa una dosificación menor del telepaque. Entre los inconvenientes del telepaque figura el depósito residual en el intestino y la interferencia ocasional con la interpretación de cálculos renales.

152 - 15 - 8 de agosto de 1953

- * Tratamiento actual de la endocarditis bacteriana subaguda. C. S. Keefer.
- * Resultados del tratamiento médico intenso (narcosis) y standard de la epilepsia. T. J. Putnam y S. F. Rothenberg.
- Responsabilidad del anestesiólogo para el enfermo. R. J. Whitacre.
- Resucitación cardíaca. S. E. Leeds.
- * Evaluación de la función tiroidea. T. F. Barrett, H. Peck, F. K. Bauer, R. L. Libby y S. R. Jarrett.
- Papel de las emociones en las dermatosis. G. M. Frumess.
- * Hepatitis sérica adquirida aparentemente por plasma irradiado. R. M. Albrecht, R. F. Korn, W. G. Beadenkopf, M. B. Goodman, F. B. Locke y V. Marks.
- Perforación espontánea del colon en presencia de diverticulosis. W. T. Fitts Jr. y L. D. Anderson.
- * Difosfato de cloroquina en el tratamiento del lupus eritematoso discoide. L. Doldman, D. P. Cole y R. H. Preston.
- Reacción alérgica a una solución de estreptokinasa-estreptodornasa administrada intrapleuramente. W. O. Goehring y J. J. Grant.
- Grave reacción constitucional inmediata a la penicilina. A. R. Sohval.
- Una jeringa protegida para la inyección de oro radioactivo. P. Getzoff, J. Hidalgo y J. Meyer.
- Infección por *Salmonella* Montevideo consecutiva al empleo de yema de huevo en polvo. S. C. Southard, W. B. Watson y A. J. Capute.
- Transfusión de plaquetas.
- Biosíntesis de la colesteroína.
- Patogenia de la hipertensión esencial.

Tratamiento actual de la endocarditis bacteriana subaguda.—Declara el autor que los resultados de conjunto del tratamiento actual de la endocarditis bacteriana subaguda pueden sumarse de la manera siguiente: 1) Ciertos enfermos curan de la infección y continúan bien y asintomáticos durante un periodo de años; este grupo alcanza el 60-70 por 100 de los casos. 2) Otras curan de los signos de infección, pero mueren ulteriormente de insuficiencia cardíaca, uremia o embolia cerebral; este grupo explica una mortalidad constante, después de los seis primeros meses, posiblemente igual a la mortalidad normal de los enfermos con una valvulopatía. 3) Hay enfermos que mueren durante el tratamiento, generalmente en los dos primeros meses, con signos de infección activa, insuficiencia cardíaca y embolia o hemorragia cerebral; este grupo comprende

aproximadamente el 10-30 por 100 de todos los casos. 4) Algunos enfermos curan de la infección inicial, pero tienen reinfecciones ulteriores; este grupo es muy pequeño, aproximadamente el 2 por 100.

Tratamiento de la epilepsia.—Después de referir las reglas del tratamiento ambulatorio standard de la epilepsia, los autores afirman que en los casos en que se ha seguido estrictamente el tratamiento, hasta el 56 por 100 de los enfermos han sido mantenidos libres de ataques durante periodos significativos; incluso entre los enfermos en los que el tratamiento se ha llevado sólo parcialmente, pero de un modo continuado durante más de un año, el 68 por 100 está libre de grandes ataques y son también capaces de trabajar o ir a la escuela. En 25 enfermos que no mejoraron con el tratamiento completo, han realizado una nueva forma de tratamiento intensivo con narcosis. Consiste en la administración de dosis masivas (hasta más de 4 gr. diarios) de difenilhidantoína, algunas veces combinada con paraldehído u otro somnífero; se deja que se desarrolle una cetosis por ayuno y se dan al enfermo inhalaciones cada hora de una mezcla de carbónico y oxígeno. El periodo de sueño dura generalmente unos cuatro días y el tratamiento completo unas dos semanas. Después de este tratamiento, se mantiene libre de ataques el 64 por 100 de los enfermos no mejorados; previamente por el tratamiento standard. En el total de 75 enfermos, se controlaron finalmente los ataques en 58 (77 por 100).

Valoración de la función tiroidea.—Los autores comunican los resultados del estudio de cuatro pruebas de función tiroidea (metabolismo basal, yodo ligado a proteínas, colesteroína y prueba trazadora radioactiva). Se realizó la prueba trazadora con yodo radioactivo con dosis de 2 mC. de I^{131} , administrado en forma de cápsulas a sujetos controles y enfermos sospechosos de trastorno tiroideo; se utilizó un contador de centelleo para medir el acaparamiento por el tiroides. Añaden que la prueba trazadora con yodo radioactivo, utilizando dosis pequeñas y el contador centelleo, tiene gran valor práctico y se compara favorablemente con la determinación del metabolismo basal, yodo ligado a proteínas y colesteroína. La combinación del yodo ligado a proteínas y la prueba trazadora con yodo radioactivo es un buen procedimiento de laboratorio para la confirmación de la impresión clínica de enfermedad tiroidea.

Hepatitis sérica por plasma desecado irradiado.—Los autores han investigado los protocolos de 464 enfermos a los que se había administrado plasma humano mezclado, desecado e irradiado 150 ó más días previamente. Se encontraron adecuados los protocolos de 180 enfermos para plantear un estudio de la presentación de hepatitis sérica como consecuencia de la transfusión de plasma. El 12,8 por 100 (23) de los 180 enfermos tuvo signos y síntomas de hepatitis sérica; siete de ellos (30,5 por 100) murieron como resultado directo de la enfermedad. Tuvieron hepatitis sólo seis (9,3 por 100) de los 64 enfermos a los que se transfundió plasma, pero no sangre total. Consideran significativamente mayor la presentación de un 12,8 por 100 de incidencia de hepatitis que la de hepatitis por transfusión sanguínea sola (0,5 por 100) o que la de hepatitis infecciosa (0,02 por 100). Estos hallazgos indican que los métodos utilizados actualmente para la irradiación de las mezclas de plasma en la producción a gran escala no son totalmente eficaces en la destrucción completa del agente de la hepatitis por suero homólogo.

Hepatitis sérica por plasma irradiado.—Los autores han estudiado 131 receptores de plasma irradiado, e igual número de controles, con el fin de determinar la incidencia de hepatitis durante un periodo de uno a seis meses después de la administración del plasma. Se observaron 10 casos (7,6 por 100) de hepatitis aguda en el grupo al que se administró el plasma y sólo uno (0,8 por 100) entre los controles. Atribuyen la enfer-

medad de los primeros a la administración del plasma y afirman que la irradiación del mismo no consigue reducir o impedir la transmisión de la hepatitis por suero.

Cloroquina en el lupus eritematoso discoide.—Los buenos resultados conseguidos con la atebina en esta enfermedad ha movido a los autores al empleo del difosfato de cloroquina. La observación de 21 enfermos así tratados indica que la cloroquina es tan eficaz como la atebina, con la ventaja de que es menos tóxica, aunque pueden presentarse síntomas tóxicos después de la administración prolongada.

152 - 16 - 15 de agosto de 1953

- * Esplancnectomía para la hipertensión esencial. R. H. Smithwick y J. E. Thompson.
Estudio ulterior de 75 casos de poliomiélitis no paralítica. E. Moskowitz y L. I. Kaplan.
Plan de la ciudad de Nueva York para el tratamiento de los poliomiélicos en respirators. H. M. Wallace y L. Baumgartner.
- * Insuficiencia córticosuprarrenal postoperatoria consecutiva al tratamiento con cortisona. R. M. Salassa, W. A. Bennett, F. R. Keating Jr. y R. G. Sprague.
Complicaciones genitourinarias de las fracturas pélvicas. D. E. Newland.
Trastornos respiratorios en soldados. R. Charr.
Interdependencia de la profesión médica y la industria farmacéutica. E. L. Sevringhaus.
Ruptura de la pared abdominal a través de estrías distensas durante la terapéutica con cortisona. S. H. Lawrence, D. Salkin, J. A. Schwartz y H. C. Fortner.
Prueba cutánea de parotiditis durante una epidemia de parotiditis. V. J. Catasso y R. J. Hoagland.
- * Mononucleosis infecciosa asociada con síntomas de pericarditis aguda. L. A. Soloff y J. Zatulni.
- * Hiperglicemia extremada y cetosis intensa con remisión espontánea de diabetes mellitus. T. O. Cheng, R. C. Jahraus y E. F. Traut.
Tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias.
Alimentación y medicina preventiva.

Esplancnectomía para la hipertensión esencial.—Establecen los autores una clasificación de los hipertensos en cuatro grupos, en los que al lado del grado de hipertensión diastólica tienen en cuenta los trastornos del fondo de ojo, las alteraciones cerebrales, cardíacas y renales y la respuesta a la sedación. Comparan la mortalidad y supervivencia de 1.266 hipertensos tratados por esplancnectomía toracolumbar con las de 437 enfermos tratados médicamente. Los resultados después de la cirugía son superiores en los cuatro grupos, pero los mejores se obtuvieron en los enfermos incluidos en los grupos 2 y 3, por lo que recomiendan la esplancnectomía como el tratamiento de elección en tales casos. Los enfermos deben operarse antes de que pertenezcan al grupo 4, puesto que la mortalidad es muy alta en este grupo, independientemente de la terapéutica empleada.

Insuficiencia córticosuprarrenal postoperatoria después de tratamiento con cortisona.—Comienzan diciendo los autores que la cortisona puede provocar una atrofia de la corteza suprarrenal y, por lo tanto, afectar su función; estos efectos tienen una duración considerable y se interpretan como el resultado de un defecto en la producción endógena hipofisaria de ACTH; parece razonable presumir que la administración exógena de ACTH e hidrocortisona produzca también dicho efecto y es de esperar que el tratamiento con esta última se siga de déficit suprarrenal.

Presentan dos casos de muerte por insuficiencia córticosuprarrenal postoperatoria aguda; en ambos casos se encontraron alteraciones anatómicas en las suprarrenales, consideradas como resultado del tratamiento previo con cortisona; los estudios anatomopatológicos en 46 casos en los que se había hecho un tratamiento con esta droga, indican también la capacidad de la misma para provocar atrofia suprarrenal. Terminan advirtiendo sobre el peligro quirúrgico de los enfermos tratados previamente con dichas hormonas y aconsejan el tratamiento pre y postoperatorio con las mismas.

Mononucleosis infecciosa con síntomas de pericarditis aguda.—Los autores refieren un caso de mononucleosis infecciosa, cuyas primeras manifestaciones correspondieron a las de una pericarditis aguda. En vista de ello declaran que el diagnóstico de pericarditis aguda, benigna, inespecífica o idiopática se hará sólo cuando se hayan podido excluir todas las causas conocidas por una historia clínica cuidadosa, por el examen físico y las pruebas de laboratorio pertinentes.

Hiperglicemia extremada y cetosis intensa con remisión espontánea de la diabetes mellitus.—Describen los autores el caso de una enferma de sesenta y ocho años que ingresó en coma profundo y en la que se apreció una intensa cetosis y una hiperglicemia extremada (1.170 mg. por 100 c. c.). El tratamiento adecuado logró hacerla salir del coma y a partir de entonces curó aparentemente de su diabetes, tanto desde el punto de vista sintomático como metabólico.

152 - 17 - 22 de agosto de 1953

- * Diagnóstico diferencial de la poliomiélitis. C. G. Grule Jr. La Junta americana de Medicina interna. T. G. Schnabel.
- * Recidiva de la úlcera después de la vagotomía. S. J. Stempien y J. A. Weiberg.
Cardiopatías descubiertas en los microfilms de tórax. R. V. Slattery.
Manifestaciones tóxicas en la reacción antabuse-alcohol. J. D. Markham y E. C. Hoff.
- * Eritromicina para las infecciones por micrococcus pyogenes. W. E. Herrell, D. R. Nichols y W. J. Martin.
Granuloma consecutivo a lesiones en la piscina. R. B. Rees y J. H. Bennett.
La articulación lumbosacra en enfermos con y sin lumbalgia. C. A. Splithoff.
Atresia esofágica y fistula traqueoesofágica. J. B. Grow y A. J. Neerken.
- * Peritoneoscopia en las lesiones malignas del abdomen. S. J. Zeceller, P. G. Keil y G. J. Hegstrom.
- * Metaplasia mieloide con leucemia terminal. R. S. Long, E. F. Simmons y J. R. Schenken.
Reacción casi fatal a la prueba de función hepática de la bromosulfaleína. L. V. McVay Jr.
- * Inhalación de carbónico al 20 por 100 en la rigidez muscular. T. Fay.

Diagnóstico diferencial de la poliomiélitis.—Declara el autor que el problema más corriente con el que se enfrenta el médico en relación con el diagnóstico de la poliomiélitis es la diferenciación de las formas no paralíticas o atípicas de otras infecciones oscuras del sistema nervioso central. De aquí que sea crucial el estudio de sueros pareados, uno obtenido durante el curso agudo y otro durante la convalecencia. La punción lumbar puede ser de gran utilidad cuando existen dudas diagnósticas reales, pero es superflua cuando el diagnóstico se apoya en rasgos clínicos típicos. En el diagnóstico diferencial no sólo hay que tener presente las enfermedades que se asocian con parálisis y las que afectan al sistema nervioso central, sino también aquellas enfermedades borrosas e incluso la "poliofobia".

Recidiva de la úlcera después de la vagotomía.—Señalan los autores que la úlcera permanece curada casi sin excepción después de la vagotomía completa. Sólo han encontrado un caso entre 700 enfermos a los que se había hecho la vagotomía; en él, la úlcera era grande y había penetrado en el páncreas. Añaden que la recidiva de hemorragias después de la vagotomía puede no ser causada por la úlcera, sino hemorragias mucosas asociadas con gastritis hipertrófica. Utilizando la prueba de la insulina, el examen radiológico y la exploración quirúrgica como criterios de la presencia de la úlcera y de fibras vagales intactas, creen que la recidiva de la úlcera es una evidencia de vagotomía incompleta, pero, sin embargo, si es negativa, no siempre indica una vagotomía completa; en algunos casos se encontraron pruebas negativas falsas en presencia de vagotomía incompleta. Terminan diciendo que la demostración inequívoca de la recidiva de una úlcera duodenal o de una úlcera anastomótica es la mejor indicación de vagotomía incompleta.

Eritromicina en las infecciones estafilocócicas.—Hay algunas razas de *Micrococcus pyogenes* (estafilococo dorado) que son originalmente o se han hecho resistentes a la penicilina, estreptomina, aureomicina y terramicina. En infecciones por estas razas resistentes, los autores han empleado eritromicina con el fin de evaluar la eficacia de este antibiótico, aplicándolo en 54 enfermos con diversos tipos de infecciones resistentes a los otros antibióticos. Fué muy eficaz, y en algunos casos salvó la vida en el tratamiento de seis de ocho casos con septicemia estafilocócica; en los dos casos de fracaso, el germen se hizo rápidamente resistente al antibiótico "in vivo" y los enfermos murieron por endocarditis bacteriana. Se vió una respuesta clínica satisfactoria en aproximadamente la mitad de 17 casos con infecciones del esqueleto y de los tejidos blandos; el fracaso fué atribuible en algunos al desarrollo de resistencia. Tuvo gran éxito en 14 casos de ileocolitis estafilocócica y fué eficaz al eliminar los estafilococos de las heces de cinco sujetos portadores asintomáticos. Asimismo se vieron buenos resultados en otras infecciones como meningitis, faringitis e infecciones urinarias. Hasta la fecha no han visto reacciones tóxicas serias. Consideran que la eritromicina es un antibiótico eficaz en las infecciones estafilocócicas, aunque admiten que su empleo más amplio o indiscriminado puede conducir a la aparición de razas más resistentes.

Peritoneoscopia en las enfermedades malignas.—Han demostrado los autores por medio de la peritoneoscopia la existencia de lesiones metastásicas en el 51,3 por 100 de enfermos en los que se había llegado a la conclusión diagnóstica, por los métodos radiológicos de laboratorio convencionales, de que tenían un carcinoma localizado. También se demostró la recidiva o metástasis de un carcinoma en el 50 por 100 de enfermos a los que se había hecho una resección previa por un carcinoma operable. Y en el 93 por 100 de enfermos con un diagnóstico de lesiones malignas, que no podía refutarse por los estudios radiológicos y de laboratorio apropiados, se demostró peritoneoscópicamente que no tenían un carcinoma. Terminan diciendo que la peritoneoscopia es un procedimiento útil en el diagnóstico y pronós-

tico del carcinoma que afecta a las estructuras peritoneales.

Metaplasia mieloide con leucemia terminal.—Los autores describen el caso de una enferma de sesenta años que mostró los hallazgos característicos de una metaplasia mieloide agnógena, durante un período de aproximadamente veinte meses de observación, para dejar paso ulteriormente a una leucemia que se manifestó poco antes de la muerte y pudo evidenciarse en la sección. Sugieren que procesos aparentemente diferentes son en realidad observaciones en diferentes estadios de una misma enfermedad.

Inhalación de carbónico al 20 por 100 en la rigidez muscular.—Se ha observado, y está ya bien establecido, que la inhalación breve de una mezcla de carbónico 20 por 100 y 80 por 100 de oxígeno en ciertos enfermos con rigidez verdadera produce una rápida relajación muscular y mayor facilidad de movimientos. Se cree que este efecto, visto a menudo en dichos enfermos durante el sueño, se debe a un mejor ajuste metabólico al carbónico. En el estado de vigilia, la hiperventilación crónica y la pérdida de carbónico resultan en la superposición de los fenómenos de hiperventilación a los efectos de la lesión original, que se hace aparente como movimientos groseramente incoordinados, temblor neurointrínseco (partiendo de niveles o unidades neurales, a diferencia de los tipos muscular, metabólico o emocional) y estados de rigidez muscular hipertónica (tetania). Admite la posibilidad de que en los sujetos en que la prueba de la inhalación ha demostrado que puede obtenerse la relajación, la corrección del trastorno se consiga permanentemente al tratar directa o indirectamente el déficit en carbónico. Hay contraindicaciones importantes al empleo habitual de este procedimiento, por ejemplo, cuando no hay relajación durante el sueño o no se ve una respuesta definida a la inhalación. Cuando los hechos son favorables, hay que apoyar la terapéutica con medidas fisioterápicas activas y reforzar la elaboración y retención del carbónico por parte del organismo; asimismo hay que corregir los trastornos torácicos, cardíacos o cerebrales coincidentes.