

## BIBLIOGRAFÍA

## A) CRITICA DE LIBROS

**TUMORES DEL MESENTERIO.** Dr. GOMAR GUARNER. Editorial Facta. Valencia, 1953.—Un volumen de 81 páginas con 28 figuras.

Sobre la base de algunos interesantes casos personales, bien estudiados, el autor hace una revisión de este problema, infrecuentemente tratado, que reviste por eso mismo un evidente interés, pues es indudable que con frecuencia se olvida esta posibilidad en los diagnósticos diferenciales.

**LA EDUCACION DE LA MASCULINIDAD EN EL NIÑO.** Dr. J. NOGUER MORE. —Editorial Ciencias Médicas. Barcelona, 1953.—Un volumen de 166 páginas, 35 pesetas.

Un problema de tan difícil enjuiciamiento como el que ocupa al autor es tratado con originalidad y profundo criterio en este pequeño libro, cuya utilidad se amplia a los pedagogos, educadores e incluso a los padres.

**TRATAMIENTOS POR CHOQUE, PSICOCIRUGIA Y OTROS TRATAMIENTOS SOMATICOS EN PSIQUIATRIA.** Dr. LOTHAR B. KALINOWKY. —Editorial Científico Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 428 páginas.

El tratamiento más activo de las enfermedades psiquiátricas, que se originó en la piretoterapia hasta alcanzar el moderno desarrollo de la psicocirugía, es tratado muy completamente, con auténtica experiencia y amplio conocimiento de la bibliografía (un abundante índice bibliográfico va al final de la obra), en este li-

bro, que aparece ahora traducido a nuestro idioma. Sucesivamente se estudian: el choque insulínico, las terapéuticas convulsivantes, la combinación de ambos y el tratamiento somático con diversas drogas, sueño prolongado, etc. Indicaciones o resultados son prudentemente analizados en cada capítulo.

**LA HIBERNACION ARTIFICIAL EN CIRUGIA (Profilaxis de la enfermedad postoperatoria).** Dr. GASCO PASCUAL. —Editorial Facta. Valencia, 1954.—Un volumen de 83 páginas con 29 figuras.

La cirugía moderna se ha enriquecido con el método de la hibernación, con el que se atenua la violencia de las respuestas y, por consiguiente, se evitan las consecuencias de las mismas. El profesor GASCO, con sus colaboradores, hace una exposición sucinta de los métodos e indicaciones de la hibernación, que puede servir de ilustración a los no versados en el método.

## LIBROS RECIBIDOS

"Operative Cholangiographie". Dr. W. Hess.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 201 páginas con 150 figuras, 42 DM.

"Síndrome general infeccioso". Dr. E. Romero.—Editorial Científico Médica. Barcelona, 1955.—Un volumen de 293 páginas con 43 figuras.

"Primera Reunión Nacional de la Sociedad Española de Ciencias Psicológicas".—Un volumen de 171 páginas.

## B) REFERATAS

**British Heart Journal.**

15 - 4 - 1953

El mecanismo de la muerte súbita en el aneurisma disacente de la aorta con rotura intracardíaca. A. Pick y G. Minini.

Observaciones sobre la etiología del ductus arteriosus persistente. R. G. Record y T. MacKeown.

Los lípidos plasmáticos en la enfermedad coronaria. M. F. Oliver y G. S. Boyd.

Determinación clínica y radiológica de la presión arterial pulmonar en la estenosis mitral. L. G. Davis, J. F. Goodwin, R. E. Steiner y V. D. Van Leuven.

Levocardias con transposición de las visceras abdominales. M. Compell y P. Forgaes.

Ductus arteriosus persistente con hipertensión pulmonar. J. A. Cosh.

El electrocardiograma del primer día de vida. I. Kessel.

La orejuela izquierda en la estenosis mitral. F. Mac Keown.

Empleo de alcaloides puros de Veratrum (Neotralgermitrina y Protoberveratrina) en la hipertensión. A. E. Doyle y F. S. Smirk.

Un caso de fibrosis endocárdica con resistencia a la heparina. A. Hughes y G. S. Smith.

Miocarditis difusa aislada. T. P. Blanshard.

Rotura de una aneurisma aórtico en la arteria pulmonar. G. H. Jennings.

Un caso de taquicardia paroxística supraventricular en la infancia tratada con amida procainica. N. Sher.

**Los lípidos plasmáticos en la enfermedad coronaria.**

Se determinó la colesterina libre y total del plasma, así como los fosfolípidos, en 200 sujetos con pruebas electrocardiográficas de enfermedad coronaria así como en 200 sujetos controles, que fueron comparados al grupo de enfermos en relación con su edad y sexo. Se apreció una elevación significativa de la colesterina total del plasma y de la relación colesterina total: fosfolípidos en el grupo de enfermos con afección coronaria de todas las edades, y en ambos sexos, con excepción de la sexta década en las mujeres. No se observó aumento progresivo de la colesterina total del plasma ni de la relación colesterina total: fosfolípidos con el aumento de la edad en el grupo de sujetos control de ambos sexos.

**Determinación clínica y radiológica de la presión arterial pulmonar en la estenosis mitral.**—Cincuenta y un pacientes con estenosis mitral y diversos grados de hipertensión pulmonar han sido estudiados. En 31 de éstos, el estado vascular pulmonar fué investigado mediante angiografía venosa o arteriografía pulmonar.

En los enfermos con hipertensión pulmonar, las arterias principales se encontraron aumentadas y las ramas distales estrechadas, irregulares y tortuosas, espe-

cialmente en los lóbulos inferiores. La gravedad y extensión de estas alteraciones estaban estrechamente ligadas a la intensidad de la hipertensión pulmonar. Las alteraciones demostradas mediante la angiografía pudieron también encontrarse en las placas radiográficas y fueron mejor índice de la existencia de hipertensión arterial pulmonar que los signos clínicos. Los signos cardiográficos de hipertrofia ventricular de recha suministraron muy escasa información sobre el grado de la hipertensión pulmonar existente.

**Ductus arteriosus persistente con hipertensión pulmonar.**—Se estudian tres enfermos en los que la persistencia del ductus arteriosus se acompañaba de una hipertensión pulmonar grave. En dos, el shunt a través del ductus estaba invertido, y en el tercero, había también coartación de la aorta. El diagnóstico se hizo en los tres casos mediante el paso de un catéter a través del ductus al interior de la aorta y en uno de ellos fué confirmado por toracotomía. En ninguno se ligó el ductus. Las indicaciones para la operación y la relación entre la persistencia del ductus arteriosus y la hipertensión pulmonar se discuten con amplitud.

**El electrocardiograma del primer día de la vida.**—En 15 niños recién nacidos se registró el electrocardiograma a las veinticuatro horas del nacimiento. Nueve eran niños y seis niñas. El corazón siempre estaba en posición vertical. La frecuencia varió entre 150 y 100 contracciones al minuto. El ritmo sinusal normal estaba presente en todos los trazados. Los intervalos P-R variaron entre 0,12 y 0,08 segundos, no guardando relación con la frecuencia de los latidos. Ciertos aspectos especiales del electrocardiograma de los recién nacidos se describen. En dos casos, una onda T positiva se hizo negativa al pasar del lado derecho del tórax al izquierdo. Igualmente, una onda T negativa en el lado derecho se hizo positiva al pasar al izquierdo. Los complejos QRS en las derivaciones torácicas variaron y la transición se hizo entre V3 y V4. Una onda R grande se encontró siempre en las derivaciones torácicas localizadas en el lado derecho.

**La orejuela izquierda en la estenosis mitral.**—Se estudian los hallazgos histológicos de 53 piezas de biopsia de la orejuela izquierda. En 24 casos se observaron lesiones que tenían la misma distribución, estructura y evolución que los nódulos de Aschoff específicos. Se hace también el estudio histológico de las orejuelas de 92 casos de estenosis mitral fallecidos, 17 de los cuales mostraban los nódulos de Aschoff en la orejuela y en otras partes del corazón. Se concluye que la presencia de nódulos reumáticos en la orejuela indica la existencia de una carditis reumática generalizada. Por otra parte, la extensión de las lesiones en la orejuela refleja fielmente la intensidad de la afectación reumática del ventrículo izquierdo. Se discuten finalmente la significación de tales observaciones biopsicas.

**Empleo de los alcaloides puros de Veratrum (Neogermitrina y Protoveratrina) en la hipertensión.**—La administración intravenosa de dosis tan pequeñas como 0,1 mg. de Neogermitrina o 0,15 mg. de Protoveratrina produce descensos de la presión arterial a cifras normales o inferiores a las normales. Dosis un poco mayores (4,4 mg.) administradas por vía subcutánea o por vía oral producen los mismos resultados. El margen terapéutico entre las dosis tóxicas y las hipotensivas no es claramente mayor con los alcaloides puros que con las preparaciones que llevan los alcaloides mezclados. Los alcaloides que disminuyen la tensión arterial conducen también a manifestaciones tóxicas características. La presión arterial puede ser reducida más eficazmente sin síntomas tóxicos secundarios en la hipertensión lábil que en la fijada. Los efectos tóxicos secundarios han sido menos frecuentes cuando se administraron en pequeñas dosis parciales por vía intravenosa que no cuando se administraron por vía subcutánea o digestiva. De los 65 enfermos hipertensos en los que

se hicieron estos estudios con alcaloides puros de Veratrum, fueron eficazmente controlados en su enfermedad alrededor de 15. Como conclusión, terminan los autores diciendo que se puede tener un buen control de la presión arterial durante tiempo en un gran número de enfermos.

### The Lancet.

6.793 - 7 de noviembre de 1953

Examen objetivo de los protocolos en el currículum médico. D. C. Sinclair.

Resuscitación del recién nacido con oxígeno intragástrico. H. K. Waller y D. Morris.

Tratamiento de la postinadurez. D. Racker, G. H. Burgess y G. Manly.

"Flecciones" al dextran. A. W. Wilkinson e I. D. E. Storey.

Riesgos de la tonsilectomía. W. McKenzie.

Citas de la colesterina del suero en las personas ancianas que viven en su casa. W. Hosson, A. Jordan y C. Roseman.

El mito de la insulina. H. Bourne.

Persistencia del conducto vitelo-intestinal asociada con fistula y prolaps. S. Howard, P. D. Moss y S. O'Donnell.

Ruptura traumática de los conductos biliares. J. M. Walker.

El respirador de presión positiva de Clevedon. J. Macrae, G. D. W. McKendrick, J. M. Claremont, E. M. Sefton y R. V. Walley.

6.794 - 14 de noviembre de 1953

Tratamiento de la asfixia neonatorum. J. Lord, B. W. Powell y H. Roberts.

\* El análogo sintético de la heparina: sulfato de dextran. C. R. Rickett, K. W. Walton, B. D. Van Leuven, A. Birbeck, A. Brown, A. C. Kennedy y C. C. Burt.

\* Hipotermia. H. C. Churchill-Davidson, I. K. R. McMillan, D. G. Melrose y R. E. Lynn.

\* Enteritis necrotizante consecutiva a la cirugía gástrica. M. R. Williams y J. M. Pullan.

\* Crecimiento de Clostridium welchii en el estómago después de gastrectomía parcial. J. W. Howie, I. B. R. Duncan y L. M. Mackie.

Necrosis isquémica del estómago. A. G. Rutter.

Humidificación en la respiración con presión positiva para la parálisis bulbo-espinal. J. Marshall y J. M. K. Spalding.

Efecto de un compuesto antitiroxina sobre el metabolismo de la tiroxina y triyodotiroamina radioactivos en ratas. J. H. Wilkins y N. F. MacLagan.

### Análogo sintético de la heparina: Sulfato de dextran.

Comunican los autores su experiencia clínica con 20 casos en los que se administró sulfato de dextran en diferentes dosis y diversos períodos, desde una inyección única a terapéutica continua durante diecisiete días. Los resultados indican que el sulfato de dextran es un anticoagulante eficaz que produce una respuesta cualitativamente similar a la de la heparina, pero de una duración quizás algo mayor. No han observado efectos colaterales serios.

**Hipotermia experimental.**—Los autores utilizan un procedimiento de provocar hipotermia, introduciendo los perros, una vez anestesiados, en un baño de agua a 18-20° C, que se enfria rápidamente a 2-6° C mediante la adición de hielo, con lo que se consigue reducir la temperatura corporal a límites bajos, haciéndolo en un grupo entre 22 y 24 y en otro entre 23 y 28° C. Como resumen de sus investigaciones, los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1. El enfriamiento de superficie es el método más sencillo de provocar hipotermia. 2. Hasta que se encuentre algún método que evite la fibrilación ventricular, la temperatura corporal no debe reducirse por debajo de los 26° C, y en todos los casos en que se utilice la hipotermia deben realizarse electrocardiogramas continuamente. 3. La hipotermia puede ofrecer un avance para aquellas operaciones que exigen la oclusión temporal de los grandes vasos, pero el aumento de la "irritabilidad" del músculo cardíaco a temperaturas de 25° C e inferiores es el riesgo principal de las operaciones sobre el corazón en dichas condiciones. También tiene importancia la edad del animal, puesto que cuanto más joven sea mayor es el margen de seguridad.

**Enteritis necrotizante consecutiva a la cirugía gástrica.**—Los autores han podido observar en los últimos cinco años 10 casos de diarrea grave asociada con colapso circulatorio, que se presentó dos o tres días después de operaciones sobre el estómago. De dichos 10 enfermos, cinco murieron y en ellos la necropsia demostró la necrosis de la mucosa del intestino delgado; el curso clínico de los cinco supervivientes fué tan similar que parece razonable considerarlos como un grupo homogéneo y presumir que la patología era la misma. Aunque se desconoce la etiología, el cuadro clínico es lo suficientemente característico para llegar al diagnóstico e indicar el tratamiento, principalmente dirigido a la rehidratación, que si se hace adecuada y rápidamente puede conseguir la salvación del enfermo.

**Crecimiento de Clostridium welchii en el estómago después de la gastrectomía parcial.**—En 12 de 15 enfermos examinados durante la primera semana después de la gastrectomía parcial, los autores han encontrado numerosas clostridias por examen directo y cultivo del contenido gástrico; en ocho de los 15 enfermos se demostraron en las mismas muestras pequeñas cantidades de alfa-toxina. Consideran importante investigar qué influencias favorecen el desarrollo del Cl. welchii después de gastrectomía y si tiene alguna significación clínica en el crecimiento y producción de toxinas por el organismo en las circunstancias descritas. Añaden que el empleo de los métodos hemolítico y lecito-vitelina de titular la alfa-toxina y antitoxina podría eliminar algunas dificultades técnicas y dudas sobre la interpretación asociada a los trabajos previos que pensaban establecer el papel del Cl. welchii como un patógeno intestinal humano.

6.795 - 21 de noviembre de 1953

- Cardiopatía coronaria y actividad física de trabajo. J. M. Morris, J. A. Mtady, P. A. B. Raffle, C. G. Roberts y J. W. Parks.
- Diagnóstico de la tos ferina. D. Court, H. Jackson y G. Knox.
- Contra-irritantes. J. G. Macarthur y S. Alstead.
- Control de los vómitos en el cólera. H. N. Chatterjee.
- Contractura de Dupuytren. R. Finney.
- Apnea prolongada consecutiva a la inyección de succinil-coina. A. Forbat, H. Lehmann y E. Silk.
- Torulosis. W. St. C. Symmers.
- Cama basculante para la poliomielitis. E. Schuster y M. Fischer-Williams.

**Control del cólera.**—Señala el autor que los vómitos en el cólera conducen a la deshidratación y al shock. Para combatirlos ha tratado con avomine 59 casos de la epidemia de 1952 y 127 de la 1953; de estos 186 casos, 33 eran leves y 153 moderadamente graves; todos los enfermos curaron. Ahora bien, la avomine no detiene la diarrea y en este sentido ha utilizado el jugo de las hojas de una planta india: Coleus aromaticus. La combinación de esos dos remedios permitió a los enfermos con cólera leve o moderadamente intenso (densidad de la sangre hasta 1.064) llegar a la convalecencia sin necesidad de recurrir a las transfusiones intravenosas o parenterales.

**Contractura de Dupuytren.**—Revisa el autor los resultados del tratamiento con radium de 25 casos de contractura de Dupuytren. Subraya que este tratamiento con irradiación consigue tantos éxitos como la cirugía radical, especialmente en los estadios precoces de la enfermedad; en los estadios tardíos la mejoría es menos evidente, pero en los 25 casos tratados se detuvo el progreso de la enfermedad. Es muy rara o nula la recidiva después de la irradiación adecuada de la palma de la mano. La mejoría en la contractura es máxima en los doce meses consecutivos al tratamiento inicial. Parece, por lo tanto, tener lugar una combinación en estos casos de irradiación preoperatoria seguida de cirugía radical, del mismo modo que el utilizado en el tratamiento de las cicatrices queloides. En dichos casos puede realizarse la excisión completa de la aponeurosis sin peligro de recidiva.

**Torulosis.**—Describe el autor dos casos de infección micótica diseminada. Un caso simulaba una enfermedad de Hodgkin, y tuberculosis pulmonar, hasta que se encontraron los Criptococcus neoformans en lesiones interpretadas como ulcus rodent; también se encontraron los parásitos al volver a examinar los ganglios linfáticos que se extirparon tres años antes; la muerte se debió a una hemorragia en un granuloma criptocócico atípico del cerebro. El segundo caso se presentó con lesiones pulmonares que simulaban abscesos, pero se demostró que eran grandes granulomas caseosos en los que existían criptococos morfológicamente típicos; se encontraron lesiones supuradas verdaderas, como resultado de la diseminación terminal aguda de la infección, que contenían gran número de gérmenes en el bazo, ganglios linfáticos e hígado; estas lesiones no han sido descritas previamente en la torulosis.

6.796 - 28 de noviembre de 1953

- Futuro de la neurología clínica. R. Brain.
- \* Cardiopatía coronaria y actividad física de trabajo. J. N. Morris, J. A. Heady, P. A. B. Faffle, C. G. Roberts y J. W. Parks.
- Infección de gangrena gaseosa en una sala de operaciones. S. Sevitt.
- \* Cortisona y enfermedad reumatoide. H. F. West y G. R. Newns.
- \* Una prueba cutánea para la parotiditis. C. Choremis, C. Daniellou, C. Dentaki y D. Gouttas.
- \* Murmillo venoso hepático en la cirrosis del hígado. A. J. S. McFadzean y J. Gray.
- Lobectomía y valvulotomía mitral combinadas. K. M. Shaw.

**Cardiopatía coronaria y actividad física de trabajo.**—Señalan los autores que el estudio de las relaciones de la actividad e inactividad físicas en el trabajo con la cardiopatía coronaria en hombres de edad media, sugiere las hipótesis siguientes: Los hombres con tareas físicamente activas tienen una incidencia menor de cardiopatía coronaria en la edad media que los hombres con tareas físicamente inactivas; más importante es que la enfermedad no es tan grave en los trabajadores físicamente activos, en los que tiende a aparecer primero en forma relativamente benigna, especialmente de angina pectoris, y que muestra una gravedad precoz menor y una mortalidad precoz más baja. Esta hipótesis fué probada en tres formas con los resultados siguientes: 1. La mortalidad precoz de los trabajadores más activos físicamente (conductores y carteros) fué menor que la de los trabajadores menos activos (operadores maquinistas y de cuadros de distribución). 2. El análisis de las estadísticas disponibles para ocupaciones diversas demuestra que la mortalidad por cardiopatía coronaria en los grupos de trabajo pesado era menor de la mitad que la de los grupos con trabajo ligero. 3. La clasificación de los oficios de los hombres que mueren por cardiopatía coronaria demuestra que muy pocos trabajadores pesados mueren en el primer episodio clínico de la enfermedad. Esto apoya la creencia de que la actividad física en el trabajo se asocia con formas menos graves de enfermedad coronaria. También intervienen en el problema otros factores (físicos y psicológicos, así como también profesionales y sociales) y es muy posible que coincidan factores desfavorables en ciertas ocupaciones. También pueden tener importancia las diferencias nutritivas entre los diversos grupos y clases, especialmente en su relación con el ateroma, que es la base de la enfermedad.

**Cortisona en la artritis reumatoide.**—Comunican los autores haber administrado acetato de cortisona en dosis de 50-75 mg. diarios a 27 enfermos durante un promedio de diecinueve meses; otros tres enfermos tratados de esta manera murieron al cabo de nueve a trece meses. Hacen una comparación con un grupo similar de 27 enfermos a los que no administraron cortisona. Llegan a la conclusión de que la terapéutica prolongada con cortisona no debe recomendarse para la enfermedad reumatoide. Sus observaciones no excluyen a los corticoesteroideos de un papel en la patogenia de dicha enfermedad.

**Una prueba cutánea para la parotiditis.**—Señalan los autores que en la meningitis parotidítica el líquido cefalorraquídeo tiene fuertes propiedades antigenicas que alcanza su máximo hacia el tercer día de la enfermedad y disminuye gradualmente para desaparecer hacia el décimo día. Las muestras de líquor colocadas a baja temperatura mantienen su poder antigenico durante bastante tiempo. Utilizando el líquido cefalorraquídeo obtenido de enfermos con meningitis parotidítica en el quinto día de su enfermedad y en una dilución de 1/10, se vió una reacción cutánea positiva en todas las personas probadas que padecían parotiditis o tenían una historia reciente; la reacción era positiva hasta dos años después de la infección. Las reacciones fueron también positivas en aproximadamente el 10 por 100 de niños sin historia de parotiditis y fué negativa en casos de poliomielitis, mononucleosis infecciosa, coriomeningitis linfocitica o varicela.

**Murmullo hepático venoso en la cirrosis del hígado.**—Presentan los autores un caso de fibrosis hepática difusa en la que se auscultaba un murmullo venoso sobre un área muy amplia; un ruido similar, pero más alto, se apreció en la auscultación directa del hígado en la operación, que desapareció con la oclusión de la arteria hepática. La arteriografía del hígado en la necropsia demostró numerosos shunts arteriovenosos entre las ramas de la arteria hepática y de la vena porta, concluyéndose que eran estos shunts los responsables del murmullo. Declaran además que este mismo fenómeno pudo apreciarse en cinco de nueve casos de fibrosis hepática difusa, pero sólo por la auscultación directa del hígado en la operación, y añaden que su apreciación, cuando no se cuenta con facilidades para la arteriografía hepática, puede ayudar a la selección de los casos para el tratamiento por ligadura de la arteria hepática. Se observó en dicho caso un lecho vascular arterial fuertemente aumentado en el arteriograma, aumento que se ha encontrado no sólo en otros casos de fibrosis hepática difusa, sino también en la cirrosis biliar y en el carcinoma del hígado.

### British Medical Journal.

4.844 - 7 de noviembre de 1953

- \* Isoniazida en combinación con estreptomicina o con PAS en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar: Una investiación del Medical Research Council. Desenfribilación a la estreptomicina y PAS. J. C. O'Gorman.
- \* Efecto del bromuro de hexametonio sobre la circulación cerebral en la hipertensión. H. A. Dewar, S. G. Owen y A. R. Jenkins.
- \* Demostración de la aclorhidria sin intubación. H. Conway y R. W. Meikle.
- \* Insulina "lenta" (suspensión de insulina zinc): Estudios ulteriores. W. Oakley.
- \* Las nuevas insulinas lenta, ultralenta y semilenta. I. Murray y R. B. Wilson.
- \* Las suspensiones de insulina zinc. J. D. N. Nabarro y J. M. Stowers.
- Clasificación de las diversas insulinas. F. Gerritzen.
- Una reacción fatal precoz a la transfusión sanguínea. A. A. Miller.
- Cefaleas causadas por obstrucción nasal. R. C. B. Macrae.

**Isoniazida con estreptomicina o PAS en tuberculosis pulmonar.**—Como parte de un ensayo clínico de la isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar se han estudiado 391 enfermos en 50 hospitales. Se trataron 119 con estreptomicina (1 gr. diario) más isoniazida (100 mg. dos veces al día), 100 con estreptomicina (1 gr. dos veces a la semana) más isoniazida (100 miligramos dos veces al día), 101 con PAS (5 gr. cuatro veces al día) más isoniazida (100 mg. dos veces al día) y 71 con PAS (5 gr. dos veces al día) más isoniazida (100 mg. dos veces al día). El presente trabajo analiza los resultados al final de tres meses de tratamiento. Se observaron tres grupos principales: Grupo 1, enfermedad aguda rápidamente progresiva de origen reciente; grupo 2, otras formas consideradas adecuadas para la quimioterapia; grupo 3, enfermedad cró-

nica en la que se suponía inverosímil la respuesta a la quimioterapia. Comparan preferentemente los enfermos de los grupos 1 y 2 con estreptomicina 1 gr. diario más isoniazida 200 mg. diarios (SH) y con PAS 20 gr. diarios más isoniazida 200 mg. diarios (20 PH). Al ingreso, estos grupos de tratamiento mostraban una distribución similar de los enfermos en cuanto a la intensidad del proceso. Al final de los tres meses, el estado general había mejorado en el 89 por 100 de los enfermos del grupo SH y en el 88 por 100 del 20 PH. El aumento de peso fué de 5,8 kilos para el primero y 4,9 para el segundo. La temperatura se normalizó en el 79 y 85 por 100, respectivamente. En los enfermos con velocidad de 21 o más alta antes del tratamiento, descendió a 10 ó menos en el 37 por 100 del grupo SH y 46 por 100 del 20 PH. Radiológicamente se apreció una mejoría de dos o tres cruces en el 54 y 42 por 100, respectivamente; se vió empeoramiento radiológico en dos casos y una muerte en cada tratamiento. La proporción de enfermos bacteriológicamente negativos (por examen directo y cultivo) era a los tres meses del 65 y 66 por 100, respectivamente. Se encontró resistencia a la isoniazida en dos de los 39 cultivos positivos de los enfermos SH a los tres meses y 0 de los 29 enfermos 20 PH similares; se apreció resistencia a la estreptomicina en uno de 38 cultivos positivos de enfermos SH y al PAS en uno de 28 enfermos 20 PH. Concluyen, juzgando exclusivamente por los resultados a los tres meses, que el PAS (20 gr. diarios) más isoniazida (200 mg. diarios) es una combinación medicamentosa muy eficaz, tanto clínica como bacteriológicamente; supera a los tratamientos más eficaces hasta ahora estudiados. Una comparación clínica suplementaria de los 219 enfermos tratados con estreptomicina más isoniazida con los 172 tratados con PAS más isoniazida, confirma la eficacia de esta última asociación; sin embargo, los enfermos con estreptomicina más isoniazida aumentan más de peso y una proporción mayor muestra mejoría radiográfica sustancial. Un análisis preliminar de los resultados de las pruebas de sensibilidad en cada uno de los cuatro tratamientos, demuestra que el PAS (10 gr. diarios) más isoniazida (200 mg. diarios) es una combinación bacteriológicamente eficaz durante tres meses por lo menos; por otro lado, el tratamiento con estreptomicina (1 gr. dos veces por semana) más isoniazida (200 miligramos diarios) es aparentemente menos eficaz que con 1 gr. diario de estreptomicina y la misma dosis de isoniazida en la prevención de desarrollo de resistencia bacteriana a la isoniazida durante un período de tres meses.

**Efecto del bromuro de hexametonio sobre la circulación cerebral en la hipertensión.**—Los autores han determinado el flujo sanguíneo cerebral en seis enfermos con hipertensión arterial por medio de una modificación del método del óxido nítrico, antes y después de la administración de bromuro de hexametonio. La presión arterial media descendió un 30 por 100, pero no se vieron modificaciones significativas en el flujo sanguíneo cerebral. Se midió el ritmo de la utilización de oxígeno para el cerebro en cuatro de los seis enfermos y no se vieron alteraciones esenciales. Estos hallazgos indican que la nutrición y el metabolismo cerebrales no empeoran por el tratamiento de los hipertensos con bromuro de hexametonio, puesto que la relajación vascular cerebral a un grado suficiente para mantener un flujo sanguíneo cerebral y consumo de oxígeno adecuados se acompaña de la reducción de la presión del orden obtenido. Por los presentes hallazgos no puede eliminarse la posibilidad de un aumento de trombosis cerebrales en los enfermos en los que la enfermedad arterial favorece la presentación de dicha complicación.

**Diagnóstico de la aclorhidria sin intubación.**—Los autores han utilizado una resina de recambio con catión quinina (d'aenex) para la demostración de la aclorhidria sin intubación. Describen su experiencia en 22 enfermos, encontrando que la aclorhidria se asociaba con una eliminación inferior a 20 gammas de quinina en la

orina eliminada durante las dos primeras horas después de la administración oral de diagnex. En general, los resultados fueron de acuerdo con los obtenidos por la técnica de aspiración, aunque apreciaron una discrepancia en un enfermo a quien se había hecho una gastrectomía parcial.

**Insulina "lenta".**—El autor realiza nueva experiencia con esta forma de insulina. Declara que se ha concentrado sobre la insulina lenta porque piensa que es la más útil de los tres preparados y la que debe ocupar el mercado en el futuro. Señala que se precisa determinar, desde el punto de vista práctico, si la ultralenta tiene o no la misma acción que la P. Z. I. y la semilenta como la globina insulina; si se demuestra que esto es así, sería razonable sugerir que si estas dos insulinas de la serie lenta llegan al mercado, se retiren simultáneamente la P. Z. I. y la globina insulina para aminorar la confusión que resultaría inevitablemente de disponerse al tiempo de siete preparados de insulina.

**Las nuevas insulinas lenta, ultralenta y semilenta.**—De su experiencia con estas tres formas de insulina Novo, consideran los autores que el control obtenido fué mejor en 14 e igualmente bueno en siete de los 28 diabéticos en los que se hicieron los ensayos; en dos casos los resultados fueron evidentemente peores y en cuatro de los cinco casos restantes no han llegado a conclusiones definitivas sobre los méritos relativos de los tipos viejos y nuevos de insulina porque no se ha investigado la posibilidad de un control con mezcla de lenta y ultralenta. La insulina lenta parece tener una acción similar a la de la mezcla de insulinas soluble y protamina zinc, y así tiene la ventaja de evitar el tener que hacer la mezcla; en algunos casos ejerce una acción más prolongada que la protamina zinc insulina, pero cuando se emplea sola raramente efectúa el control en la primera parte del día; tiene la ventaja de que puede añadirse una pequeña dosis de semilenta sin perder el efecto de la última y evita la necesidad de inyecciones separadas. La insulina semilenta tiene una acción similar a la de la insulina soluble. Las insulinas Novo que han utilizado iban a una concentración de 40 unidades por c. c., lo que en algunos casos exigía una inyección voluminosa, pero comprenden que puede doblarse su concentración. Fué notable la ausencia completa de reacciones alérgicas locales con las nuevas insulinas. Subrayan que considerando la necesidad de una reflexión seria antes de recomendar la introducción de una nueva insulina, y admitiendo que se requiere una investigación ulterior, especialmente dirigida al empleo de la mezcla de lenta y ultralenta, no obstante aconsejan estas dos formas para su empleo general y les parece probable que estas insulinas controlen la gran mayoría de los diabéticos y hagan innecesario el empleo de las insulinas protamina zinc y globina.

**Las suspensiones de insulina zinc.**—Los autores han estudiado la acción de las suspensiones de insulina zinc en 22 diabéticos hospitalizados: se hicieron determinaciones repetidas de la glucemia durante un período de veinticuatro horas. La suspensión de insulina zinc (lenta) demostró no ser satisfactoria en 10 de 19 enfermos que precisaban más de 48 unidades diarias; en la mayoría de estos enfermos fué demasiado corta la duración de acción y se consiguió un control mejor con una mezcla de suspensión de insulina zinc y suspensión de insulina zinc (cristalizada); para este propósito se recomienda la suspensión de insulina zinc (cristalina) a la concentración de 80 unidades por c. c. Se han realizado estudios para averiguar si la acción de la suspensión de insulina zinc puede acortarse por mezcla con insulina soluble, eximiendo la necesidad de suspensión de insulina zinc (amorfa); sugieren que esto sería posible si se alteraran las propiedades del buffer acetato en la suspensión de insulina zinc, pero se requieren estudios ulteriores.

4.845 - 14 de noviembre de 1953

- \* Valvulotomía en el tratamiento de la estenosis mitral. T. Holmes Sellors, D. Evan Bedford y W. Somerville.
- \* Tratamiento de las bronquectasias en niños con clorfenicol. A. White Franklin y L. P. Garrod.
- \* Sensibilidad "in vitro" del H. Influenzae a los antibióticos. K. Zinnemann.
- \* Pronóstico y raneal de la cirugía en la hemorragia intracraneal espontánea. J. M. Small, J. Mac D. Holmes y R. Campbell Connolly.
- Revisión de enfermedades mentales en el grupo de edad avanzada. E. E. Robertson y N. L. Mason Browne.
- Efectos de los implantes de testosterona en hombres con espermatogénesis defectuosa. G. I. M. Swyer.
- \* Topografía abdominal en la osteoporosis de la columna. R. V. Dent, M. D. Milne, N. J. Roussak y G. Steiner.
- Actinomicosis en Escocia. I. A. Porter.
- \* Bacteriolisis específica en endocarditis bacteriana causada por un estafilococo blanco hemolítico. M. M. O'Hare y J. S. Stevenson.
- Ameboma del ciego. E. N. Callum.

**Valvulotomía para la estenosis mitral.**—Los autores han realizado la valvulotomía mitral en 31 hombres y 119 mujeres con estenosis mitral y edad comprendida entre los 19 y 57 años. Murieron cuatro de los 150 enfermos operados, en los cuatro primeros días como resultado directo de la intervención, mortalidad operatoria inmediata del 2,7 por 100; otros cuatro murieron por diversas causas un mes o más después de la operación. Han seguido la evolución de 111 de los 150 enfermos durante un período que osciló entre cinco meses y dos años y medio. Se obtuvieron buenos resultados en 81 (74 por 100) con desaparición de los síntomas (disnea paroxística, ortopnea y hemoptisis) y moderados o escasos en 22 (20 por 100); los 39 enfermos restantes fueron operados en los últimos tres meses, y aunque llevan un curso satisfactorio, es demasiado pronto para evaluar los resultados. Tenían fibrilación auricular 62 enfermos (41 por 100) y los resultados funcionales en ellos fueron tan buenos como en los de ritmo sinusal, aunque tres de las cuatro muertes operatorias ocurrieron en enfermos con fibrilación. La indicación básica para la valvulotomía mitral es la incapacidad por estenosis mitral de una forma anatómica susceptible de corrección quirúrgica; este tipo se caracteriza porque los dos segmentos de la válvula mitral están unidos y tirantes como un diafragma sobre la aertura auriculoventricular, pero este diafragma mitral es relativamente blando; clínicamente da signos característicos: latido apical breve, primer tono chasqueante (chasquido de cierre) y fuerte chasquido de apertura de carácter seco inmediatamente consecutivo al segundo tono; además se obtiene evidencia adicional de estenosis mitral intensa por soplos d'astólicos y presistólicos, pulso prolongado y aorta hipoplásica pequeña en la radiografía. La consecuencia más importante de la hipertensión pulmonar es el aumento de tamaño del ventrículo derecho, determinado por los hallazgos clínicos, radiológicos y electrocardiográficos, que proporcionan un índice más válido del grado de alteración patológica resultante de la estenosis mitral que el nivel de la presión arterial pulmonar en un momento dado. No es precisa la cateterización cardiaca como medida de rutina en la selección de los enfermos adecuados para la valvulotomía mitral; la selección puede hacerse ahora sobre la base de los síntomas y de los datos proporcionados por el examen cardiológico rutinario. Los enfermos de los autores seleccionados para la operación se clasificaron de acuerdo con el tamaño del ventrículo derecho y la presencia de insuficiencia congestiva; los que tenían corazón grande e insuficiencia congestiva que no respondió al tratamiento, se beneficiaron menos de la valvulotomía. Cuando se consiguió la excisión de las comisuras, el 84 por 100 de los enfermos obtuvo una buena mejoría sintomática y sólo el 46 por 100 cuando se juzgó que la valvulotomía en la operación fué menos satisfactoria; no obstante, la excisión parcial de la válvula no excluye una buena mejoría clínica. Se obtuvieron buenos resultados tanto en los enfermos con presión arterial pulmonar muy alta como en aquellos con elevación moderada o ligera.

**Cloranfenicol en las bronquiectasias de los niños.**—Señalan los autores que en 35 de 36 niños con bronquiectasias existía una infección pura o casi pura por el *H. influenzae*. El cloranfenicol, al que dicho germe es fuertemente sensible, produjo invariablemente la remisión al administrarlo en dosis adecuadas; después de suspender el tratamiento, los casos intensos revertieron a su situación original, pero en casos más leves se consiguieron efectos más duraderos. Un enfermo murió de anemia aplástica.

**Sensibilidad del *H. influenzae* a los antibióticos.**—El autor ha probado la acción antibiótica "in vitro" de la penicilina, estreptomicina, aureomicina, cloranfenicol y terramicina sobre 34 razas capsuladas y 50 no capsuladas de *H. influenzae*. El cloranfenicol fué el único antibiótico capaz de inhibir el 100 por 100 de las razas investigadas a las concentraciones comparativamente bajas que se obtienen con las dosis terapéuticas recomendadas habitualmente; la terramicina le sigue en orden de eficacia y después la estreptomicina y aureomicina; la penicilina "in vitro" es tan eficaz como el cloranfenicol y la terramicina, o incluso más, sobre una base de peso, pero son difíciles de obtener y mantener concentraciones sanguíneas eficaces. El deterioro de la aureomicina a 37° C puede ser responsable de la eficacia comparativamente baja de la droga, pero las impresiones clínicas en las infecciones crónicas por el *H. influenzae* sugieren también la superioridad del cloranfenicol.

**Pronóstico y papel de la cirugía en la hemorragia intracranal espontánea.**—Los autores analizan 100 casos de hemorragia intracranal espontánea tratados conservadoramente y los comparan con 50 investigados con angiografía y tratados quirúrgicamente. Encuentran que debe hacerse la angiografía en la primera semana después de la hemorragia, de forma que puede realizarse la extracción de los coágulos intracraneales y el tratamiento de las anomalías vasculares por ligadura proximal o ataque directo, con el fin de evitar la repetición de la hemorragia. Subrayan que aunque hay que ser cauto, no sólo en el tratamiento, sino también en la evaluación de su valor curativo, no hay duda de que puede beneficiarse grandemente a los enfermos y disminuir considerablemente la mortalidad.

**Topografía abdominal y osteoporosis senil de la columna.**—Declaran los autores que hay una tendencia a la aproximación de la caja torácica y la pelvis conforme aumenta la edad. Como factor más importante interviene el aumento en la oblicuidad de las costillas, que es, en parte por lo menos, secundaria al desarrollo de la cifosis senil; es más verosímil encontrar evidencia radiológica de osteoporosis senil en los individuos con dicha alteración superior al promedio. La explicación puede estar en el acortamiento osteoporótico de la columna, pero es posible que el tipo asténico de individuo anciano, en los que es mayor la oblicuidad de las costillas, esté constitucionalmente más predispuesto a desarrollar la osteoporosis senil. Este proceso es muy corriente en los ancianos inválidos crónicos y, en suma, cierto grado de osteoporosis es casi universal; sin embargo, como en otros procesos médicos, es imposible definir un límite marcado entre el proceso de envejecimiento normal de la columna y la alteración patológica osteoporótica; hay una variación gradual y continua entre las columnas que, en un extremo, pueden señalarse como normales para el grupo de edad y las que, en el otro extremo, muestran una intensa osteoporosis patológica inequívoca. Desde un punto de vista práctico puede establecerse que hay una gran verosimilitud de encontrar osteoporosis vertebral de grado significativo en los ancianos, en los que la distancia entre las líneas subcostal y suprailíaca es inferior al 1 por 100 de la altura del enfermo, correspondiente en la mayoría de los casos a una distancia de 1,3 cm. o menor.

**Bacteriolisis específica en la endocarditis bacteriana subaguda.**—Describen los autores un caso de endocarditis bacteriana subaguda en una mujer de treinta y tres años con anemia persistente (7 gr. de hemoglobina por 100 c. c.), en la que había evidencia serológica que el germe causal era una raza hemolítica coagulasa-negativa de un estafilococo blanco. Las pruebas "in vitro" demostraron que el germe era sensible a la penicilina y se administró un millón de unidades diario durante cinco semanas, mejorando dramáticamente la situación de la enferma. Continuó bien durante algunos meses, ingresando ulteriormente en el hospital por intensa descompensación que le condujo a la muerte. El rasgo predominante de las razas aisladas del hemocultivo fué el grado de hemólisis producida en agar-sangre. Se estudió el suero de la enferma en cuanto a su contenido en anticuerpos y los resultados demostraron que no contenía aglutininas, pero sí una bacteriolisis, evidentemente específica de los estafilococos aislados en el hemocultivo. La anemia de la enferma se debía indudablemente a la actividad hemolítica del estafilococo. No se ha señalado en casos similares el desarrollo de una bacteriolisis específica y puede ser un hallazgo aislado. Como no pudo realizarse autopsia, es difícil valorar el efecto de la septicemia sobre el curso de la enfermedad, pero el grado de lesión cardiaca era tan grande que hace fácil presumir que la muerte precoz era inevitable, independientemente de la infección sanguínea.

4.846 - 21 de noviembre de 1953

Empleos clínicos de los antibióticos actualmente disponibles. M. Finland.

Mortalidad por tuberculosis infantil en Sheffield. J. Lorber.

\* Meningitis tuberculosa tratada con ACTH e isoniazida. W. C. M. Bulkeley.

Tratamiento de la meningitis tuberculosa. J. G. Kerr.

\* Porfiria cutánea tarda en reidiva: Referencia de un caso. R. J. Calvert y C. Rimington.

Mani'estaciones cutáneas de la porfiria. G. Discombe y C. S. Trein.

Hemietomía parcial. H. Ogilvie.

Concentración de proteínas del plasma en sujetos normales que viven en Singapur. G. R. Wadsworth y C. J. Oliveira.

Fracaso de los antibióticos en un caso de bacteriemia estafilocócica. W. H. Jolling y F. D. Schofield.

Malaria en los alrededores de Londres. G. S. Crockett y K. Simpson.

Granulocitopenia presentada durante la terapéutica con gentisato sódico. R. G. Benians.

**ACTH e isoniazida en la meningitis tuberculosa.**—Con el fin de evitar la formación de exudados basales densos, siempre presentes en los casos fatales de meningitis tuberculosa, y controlar el desarrollo de endarteritis tuberculosa, el autor decidió administrar ACTH intramuscular o subcutánea e isoniazida oral, en lugar de estreptomicina intratecal; al mismo tiempo se administró estreptomicina intramuscular y PAS oral para demorar el desarrollo de razas resistentes de bacilos tuberculosos. El nuevo procedimiento ha resultado tan útil, que se ha abandonado el empleo de estreptomicina intratecal. Presenta en detalle los resultados comparativos de los dos métodos en dos grupos de 31 enfermos, viéndose que la mortalidad disminuyó significativamente. La administración de la combinación de ACTH e isoniazida es simple y considera como gran avance la suspensión de la punción lumbar diaria. El líquido cefalorraquídeo se normaliza más rápidamente en los niños con el nuevo procedimiento. Entre las complicaciones del tratamiento observaron cara de luna, edema, un caso fatal de meningitis piógena y un caso de otitis media aguda en niños y trastornos mentales por la isoniazida en un adulto. No se apreciaron casos de sordera ni evidencia clínica o radiológica de diseminación de la tuberculosis pulmonar mientras se administró la ACTH.

**Porfiria cutánea tarda.**—Los autores refiere la investigación de un caso de porfiria cutánea tarda en reidiva, en el que además de las manifestaciones cutáneas existían trastornos cólicos y neurológicos intensos.

En una sola ocasión pudo apreciarse en la orina la existencia de porfobilinógeno y uroorfirina; ulteriormente, sólo existían coproporfirina y protoporfirina, cuyo nivel declinaba conforme aumentaba la porfirina fecal. La electromiografía indicó una gran denervación, del tipo que se observa en la polineuritis, y el enfermo tiene aún una astenia muscular residual al cabo de un año del ataque.

4.847 - 28 de noviembre 1953

- \* Ensayos clínicos con la vacuna de la influenza: Comunicación al Medical Research Council.
- Evidencia de laboratorio de influenza en Inglaterra y Gales durante el invierno de 1952-53: Reportaje del Public Health Laboratory Service.
- Centenario de la inyección hipodérmica. G. A. Mogey.
- Intento de suicidio en la ancianidad. I. R. C. Batchelor y M. B. Napier.
- Trabajo y edad: Consideraciones estadísticas. W. P. D. Logan.
- Ampliación del empleo de la población de edad. A. T. Welford.
- \* Compresión costoclavicular de la vena subclavia. R. Wyburn-Mason.
- Estenosis pilírica y estrechez fibrosa del estómago por intoxificación con sulfato ferroso. F. G. M. Ross.
- \* Método de evitar la atrofia insulínica. J. G. Fox, R. B. McConnell, H. S. Pemberton y D. C. Watson.
- Un caso de neumonía de Friedlaender tratado con aureomicina. M. I. Drury.

**Vacuna contra la influenza.**—Los ensayos en pequeña escala durante el invierno de 1951-52 permitieron la valoración por métodos serológicos de la eficacia comparativa como antigenos de ciertas vacunas contra la influenza A. En el invierno de 1952-53 se han hecho ensayos controlados a gran escala de una vacuna contra la influenza A en 128 centros; esta vacuna contenía proporciones iguales de una concentración triple de las razas F. M. 1 (razas U. S. A., 1947) y de Liverpool (1951). En el principal ensayo hubo una proporción de ataques de influenza clínica en el 3 por 100 de 6.340 voluntarios vacunados y de 4,9 por 100 en el grupo control de 6.370 voluntarios, lo que es equivalente a una reducción del 40 por 100 en el primer grupo comparado con el control; se presentaron otros procesos respiratorios agudos con igual frecuencia en los dos grupos.

**Compresión costoclavicular de la vena subclavia.**—El autor describe dos casos de obstrucción de la vena subclavia por la primera costilla como resultado de la suspensión de las estructuras que separan la clavícula. El trastorno ocasiona un gran edema del brazo, que desaparece por la extirpación de una porción de la primera costilla. Discute finalmente la significación de estas observaciones en relación con ciertos casos de edema postoperatorio del brazo después de la mastectomía radical.

**Método de evitar la atrofia por la insulina.**—Los autores describen tres casos que habían mostrado previamente atrofias locales en las zonas donde se inyectaba insulina. Han ideado un método que consiste en la adición de 3 mg. de hialuronidasa a 400 unidades de insulina soluble, que impediría la acción local de la insulina a alta concentración; el agente difusor no modifica la acción de la insulina, no se altera el control diabético ni produce hipoglicemia. La aplicación del método en dichos tres enfermos logró impedir la aparición de nuevas zonas de atrofia por la insulina.

#### Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.

46 - 7 - 1953

- \* La comisurotomía mitral. J. Lenègre y B. Coblenz.
- Los trastornos funcionales y la estetoscopia en las indicaciones de la comisurotomía mitral según 80 observaciones personales. R. Roment, L. Gallavardin y J. Gravier.
- Comisurotomías eficaces y comisurotomías perjudiciales. P. Soulié y cols.
- \* La eficacia variable de la comisurotomía en función del estado anatómico del aparato mitral. E. Donzelot y cols.

Algunos obstáculos encontrados en el curso de la comisurotomía en la enfermedad mitral. A. Van Bogaert, E. Fannes y L. Buytaert.

**La comisurotomía mitral.**—Del estudio de 80 casos de enfermos en los que se efectuó una comisurotomía, los autores sacan las conclusiones siguientes: Para fijar las indicaciones y contraindicaciones de la comisurotomía mitral es precisa una observación clínica muy completa, que debe apoyarse sobre datos radiológicos, sobre el electrocardiograma y sobre la hemodinámica. Parece lógico evitar la intervención quirúrgica en los casos de estenosis mitral bien tolerada y por el contrario someter a la comisurotomía todos los casos de estenosis mitral edematosas de Gallavardin. Los autores han revisado numerosos casos dudosos; el cuadro que presenta más dificultades y, por otra parte, el más corriente, es el de la estenosis mitral asociado a una insuficiencia mitral. La comisurotomía debe hacerse en todos los casos de estenosis mitral complicada (por ejemplo, con otro trastorno valvular, con una hipertensión arterial o una bronconeumopatía crónica) siempre que el proceso asociado a la estenosis no tenga una importancia mayor, es decir, que la estenosis mitral sea la alteración predominante en el cuadro clínico.

Los resultados de la comisurotomía mitral son muy alentadores: excelentes o buenos en 53 casos sobre 72 (74 por 100), con una mortalidad global del 8,3 por 100. Los cursos postoperatorios son relativamente fáciles. Es necesario que pase más tiempo para juzgar sobre la persistencia de los resultados obtenidos.

**La eficacia variable de la comisurotomía en función del estado anatómico del aparato mitral.**—De una manera general, las estenosis mitrales puras con ritmo regular de sujetos jóvenes y las formas que se aproximan a este tipo corresponden a la soldadura valvular simple, mientras que las cardiopatías mitrales antiguas que han evolucionado en el tiempo, presenta habitualmente grandes deformaciones. Pero esto no ocurre siempre así. En las estenosis mitrales de la primera clase, los autores han encontrado alteraciones valvulares importantes y en algunos casos un cono mitral no solamente flexible, sino también elástico, que se distendía sin dividirse al paso del dedo y se cerraba en seguida. Buenos casos en apariencia pueden reservar sorpresas operatorias que se oponen a toda corrección satisfactoria. Por el contrario, en enfermedades mitrales muy evolucionadas, han encontrado, al lado de lesiones importantes, zonas comisurales aún elásticas, en las que la tentativa quirúrgica ha sido posible y eficaz. Concluyen que el problema de la comisurotomía está dominado por el estado anatómico del aparato mitral.

#### Folia Cardiologica.

12 - 4 - 1953

Propiedades farmacológicas y aplicaciones terapéuticas de la teofillina-etilendiamina. G. Francheschini y R. Maffei. Aspectos destacados de la patogenia de los trastornos transitorios de la excitocorripción cardíaca en el curso del reumatismo agudo focal. M. Francescon y G. Bovo. Modificaciones electrocardiográficas producidas en la tortuga con la intoxicación por el ácido monobromoacético, ácido malónico y bromuro de cianógeno. F. Lenzi y A. Caniggia.

- \* Influencia de la cortisona sobre la hipotensión de hexametonio. P. Pariscenti y G. Sala.
- \* Influencia de la aminofilina sobre los procesos de hemocoagulación. P. Pariscenti y G. Vergani.

**Influencia de la cortisona sobre la hipotensión del hexametonio.**—Han estudiado los autores la acción del bromuro de hexametonio intravenoso sobre el pulso, la tensión arterial y el oscilograma en enfermos reumáticos antes y después del tratamiento con cortisona, observando modificaciones significativas de la reactividad al ganglioplejico. Después del tratamiento con cortisona, la administración de dosis de hexametonio fuertemente superiores a las empleadas en el ensayo preliminar, producen efectos mucho menores y con frecuen-

cia insignificantes. Los autores interpretan los resultados como una resistencia adquirida a la acción ganglionopática, o mejor dicho, a la hipotensión ganglionopática, todo ello provocado por la cortisona. Discuten el significado del hecho observado y se inclinan por un probable efecto de la cortisona sobre el tono arterial. Esto lleva también a la hipótesis de que la cortisona desarrolla habitualmente su acción hipertensora sensibilizando el lecho arterial a las sustancias presoras que normalmente circulan en el organismo.

**Influencia de la aminofilina sobre los procesos de hemocoagulación.**—Estudian los autores en 14 individuos normales el efecto de una administración de 1,5 gr. de aminofilina al día, durante cinco a ocho días, sobre la actividad protrombínica, actividad tromboplastinica y sobre el tiempo de coagulación espontáneo. Controlan también la concentración hemática de aminofilina con objeto de que las determinaciones y los resultados sean homogéneos y comparables. Aunque han encontrado concentraciones sanguíneas de aminofilina elevadas, no han descubierto variaciones significativas de la actividad protrombínica y tromboplastinica, mientras que el tiempo de coagulación espontáneo presenta un acortamiento moderado, aunque significativo estadísticamente. Discuten el significado de este hallazgo y concluyen que no es probable que los productos tóxicos sean capaces de accidentes tromboticos en el sujeto normal.

### Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

83 - 38 - 19 de septiembre de 1953

- \* Sobre los nuevos métodos de tratamiento de la colitis ulcerosa. A. Staehelin.
- \* El curso de una cura medicamentosa de supresión de alcohol en un servicio médico. R. Rueegg y Wuiver. Tolerancia del suero de caballo caenaco y formulado en la investigación animal. R. Broennimann y R. Koost.
- \* Contribución al estudio de la reabsorción de los aminoácidos. Cl. Wild, Cl. Reymond y A. Vannotti. Función respiratoria y equilibrio ácido-base en el embarazo. P. H. Rosier y M. Hotz.

**Tratamiento de la colitis ulcerosa.**—En el decenio 1942-52 el autor ha estudiado 23 casos de colitis ulcerosa, de los que siete murieron: uno de ellos, de embolia pulmonar; otro, a consecuencia de perforaciones múltiples ocurridas antes de su ingreso en el hospital, y otros cinco, por perforación durante su estancia en el mismo, perforación que en tres de los casos sobrevino poco después de la colostomía. De los curados, dos sufrieron una recidiva, pero nuevamente están libres de síntomas. Otro, todavía está hospitalizado, y los 13 restantes llevan una vida normal y tienen una completa capacidad de trabajo. Los tratamientos médicos útiles disponibles actualmente con la sobrealimentación, garantizando un aporte cuantioso de calorías y siendo de especial importancia un suministro intenso de proteínas (con este fin se puede recurrir incluso a su administración parenteral), las sulfamidas y antibióticos, principalmente el tratamiento prolongado con dosis pequeñas de aureomicina, la cortisona y la psicoterapia. Debe preferirse el tratamiento quirúrgico, especialmente una ileostomía con colectomía en los casos en que sería necesario un tratamiento médico largo y penoso. Sus indicaciones son las perforaciones, hemorragias graves, estenosis, degeneración maligna, abscesos pararectales y curso crónico ininterrumpido durante años.

**Tratamiento del alcoholismo en la clínica médica.**—En toda clínica médica se ve siempre un alto porcentaje de enfermos que sufren en su cuerpo o en su estado mental las consecuencias de abuso del alcohol. ROCH encuentra en estas condiciones un 48 por 100 de los enfermos, cifra que se eleva a 60 por 100 si se considera exclusivamente a los enfermos de más de cuarenta y cinco años. Análogos datos proporciona GSELL. Muchos de estos enfermos vienen al hospital por gastritis, polineuritis, afecciones hepáticas o cardíacas, et-

céteras; con un tratamiento sintomático mejoran, pero nuevamente vuelven a ser víctimas del mismo padecimiento o de otro de los que sobrevienen por el abuso del alcohol, en el que siguen incurriendo. De aquí se infiere la importancia que el tratamiento del alcoholismo tiene en la práctica. Tres medios principales existen para llevarlo a cabo: el curetil, el antabuse y la apomorfina. Emplean esta última, en tratamiento que dura por término medio una semana, durante la cual el enfermo no recibe nada de comer ni de beber, salvo bebidas alcohólicas. Desde las seis de la mañana hasta las seis de la tarde se le pone una inyección de apomorfina cada dos horas y se les invita a beber. En esta forma se les produce vómitos durante todo el día (deben estar en cama), dejándolos reponerse durante la noche. Los resultados, en un periodo de observación máximo de 27 meses y mínimo de 12, son: curados, 38,2 por 100; socialmente muy mejorados, 15,8 por 100; socialmente algo mejorados, 14,4 por 100; sin modificación, 31,6 por 100. Hacen las curas en grupos de dos a cuatro enfermos para reforzar el efecto psíquico de las mismas.

**Reabsorción intestinal de los aminoácidos.**—Los aminoácidos no se reabsorben en el intestino por simple difusión; la mucosa intestinal parece participar activamente en este proceso, como se deduce de los experimentos de WALLER y cols., que aprecian velocidades de absorción diferentes para los distintos aminoácidos. Los autores hacen sobrecargas por vía intestinal con 1,5 gramos de una mezcla equilibrada de aminoácidos (resina), comprobando que la concentración elevada de la aminoacideina es menor en los viejos que en los de media edad. La comparación con curvas de sobrecarga intravenosa, la eliminación por orina de amoníaco, de la aminoacideina y en total, los estudios de las variaciones de la glicemía, pruvemina, lactacidemia y metacetonuria basan la posibilidad de un aumento de consumo de aminoácidos en el viejo. Las sobrecargas con 15 gr. de resina producen en el viejo aumentos rápidos de la aminoacideina y lo mismo ocurre cuando a la sobrecarga de 7,5 gr. se añaden fermentos digestivos (pepsina y pancreatina). En resumen, la velocidad de absorción intestinal de los aminoácidos, disminuida en el anciano, se normaliza al aumentar la concentración de los mismos. Por otra parte, se comprueba que los fermentos digestivos favorecen la absorción de los péptidos no sólo por hidrolizarios hasta el grado de aminoácidos, sino también por aumentar la reabsorción de éstos.

83 - 39 - 26 de septiembre de 1953

- Nosotros, médicos de ayer y de hoy. A. Schuepbach. La influencia del ejercicio sistemáticamente realizado sobre el perímetro torácico de la mujer. G. Wolff-Heldeger.
- \* Silicosis, estenosis bronquial y enfisema. J.-L. Nicold. Hipotensión como síntoma aislado. Nana Svartz. El tratamiento del linogranoquiomma (enfermedad de Hodgkin). A. Aider y F. Zbinden.
  - Estudios sobre las relaciones fisiológicas entre un Triatomina infestans transmisor de la enfermedad de Chagas y sus simbiontes intestinales. R. Geigy, L. A. Halif y V. Kocher.
  - Atención sobre diversos problemas de la toxicomía. P. O. Wolff.

**Silicosis, estenosis bronquial y enfisema.**—El autor comunica el caso de un hombre afecto de silicosis y de un gran enfisema, en cuya autopsia se comprobó que el enfisema se debía a una silicosis ganglionar que determinaba una estenosis de los bronquios más bien que a la localización de la coniosis en el tejido pulmonar, ya que su silicosis era del tipo "simple" de los autores sudafricanos. Hay que pensar en que una silicosis sea esencialmente ganglionar cuando produce grandes alteraciones respiratorias sin lesiones cardíacas ni del parénquima pulmonar que las expliquen. Este caso tiene especial interés porque el mismo autor había publicado anteriormente otro similar en un hermano del presente. Podría pensarse entonces que en estos enfermos el enfisema no sería por su lesión ganglionar, sino por su

constitución: sería un caso más de enfisema familiar; el autor rechaza esta posibilidad basándose en observaciones que ponen de manifiesto que un enfisema preexistente no predispone a la silicosis, mientras que, por el contrario, la estenosis bronquial por silicosis ganglionar puede producir el enfisema. En estos dos enfermos lo constitucional es su tendencia a localizar en los ganglios hilares más bien que en los campos pulmonares las lesiones coniáticas.

**Hipotensión como síntoma aislado.**—La autora refiere la observación de varios enfermos afectos de una forma de hipotonía en la que faltaron otros signos objetivos de enfermedad, incluso la existencia de una clara anemia ortostática. Los síntomas principales son: astenia y capacidad de trabajo, disminuida en las horas de la mañana, junto con estado de ánimo frecuentemente deprimido. Hay gran tendencia a los mareos por la mañana. Están en mejores condiciones de trabajar por la tarde, debido al aumento de presión sanguínea a lo largo del día. Los enfermos se quejan a menudo de hiperdiaforesis accesional y de espasmos intestinales. La base de este complejo sintomático es probablemente una alteración, constitucional o adquirida, del equilibrio hormonal. Se suele lograr mejoría con todos los medios que aumentan la presión arterial. Generalmente es muy eficaz la DOCA.

83 - 40 - 3 de octubre de 1953

Nuevos caminos de la cirugía urológica. G. Mayor.

- \* Comunicación previa sobre la acción tóxica de la neomicina sobre el oído del cobaya. L. Ruedi, K. Graf y B. Tschirren.
- \* Insuficiencias enzimáticas y atrofias de las mucosas. Cl. Reymond y Cl. Wild.
- \* Tratamiento de la leucemia infantil con cortisona y aminopterina. C. Gasser.
- Profilaxis activa de los trastornos estáticos de los pies. H. Feriz.

**Acción tóxica de la neomicina sobre el oído.**—La neomicina, obtenida por WAKSMAN y LECHÉVALIER del *Streptomyces fradiae*, se ha mostrado activa "in vitro" contra una amplia gama de gram-positivos y gram-negativos, así como contra el bacilo tuberculoso.

Los descubridores la consideraron al principio muy poco tóxica, pero más tarde se observó efectos nefrotóxicos en el cobaya. WAISDREN y SPINK, en una experiencia de 63 casos tratados con neomicina, hallaron con frecuencia albuminuria y oliguria, con elevación en algunos de urea en sangre. En cinco casos (cuatro de ellos con retención ureica) se produjo una hipoacusia que llegó en algunos casos a sordera completa. Este efecto ototóxico comenzó de una a dos semanas después de la suspensión del tratamiento. En dos de estos cinco casos hubo también alteraciones en el aparato del equilibrio. A la vista de estos resultados, los autores han investigado en dos cobayas el efecto clínico y anatomo-patológico de la neomicina sobre el órgano de la audición. Por medio del reflejo otomuscular de Preyer y la medida de los potenciales microfónicos, pudieron comprobar en ambos animales el desarrollo de una sordera que llegó a ser total. El control del aparato del equilibrio mediante el nistagmus giratorio no puso de manifiesto modificaciones seguras. Anatomopatológicamente hubo claras alteraciones bilateralemente en los dos cobayas.

**Insuficiencias enzimáticas y atrofias de las mucosas.** Los autores han comprobado en un grupo de sujetos con atrofias de las mucosas un nivel de cocarboxilasa en sangre más bajo que en otro grupo de sujetos normales. Los enfermos reaccionan a una sobrecarga de fructosa con una elevación de la piruvicemia y de la lactacidemia mayor que en los testigos. Sin embargo, la degradación de la fructosa y la utilización del fosfato inorgánico se llevan a cabo como en los normales, por lo que no cabe atribuir el aumento de piruvicemia y lactacidemia a un trastorno en la primera fase de la degradación de los hidratos de carbono, sino a una más lenta degradación del pirúvico en el ciclo del ácido ci-

trico, que puede explicarse por una alteración del proceso de fosforilización de los cofermentos de origen vitamínico o por trastornos de la elaboración o de la copulación de los apofermentos proteicos.

**Acción de la cortisona y aminopterina en la leucemia.** La acción depresora general de la aminopterina sobre la médula ósea se opone al efecto antianabólico de la cortisona electivamente dirigido contra las células leucémicas. El autor ha encontrado una interrupción de las mitosis en leucemias de paraleucoblastos y de promielocitos. La completa normalización de todos los elementos en la médula puede considerarse como consecuencia de una modificación del equilibrio metabólico a favor de una hematopoyesis normal, o como una acción estimulante específica de la médula ósea. El hecho de que se logre no solamente anular las células leucémicas, sino también influir esencialmente sobre su conformación y verosimilmente también sobre su metabolismo, permite esperar un amplio desarrollo de posibilidades de este tratamiento. Los hallazgos de autopsia confirman los datos obtenidos en la experimentación animal de que las suprarrenales son requeridas distintamente por la cortisona y la aminopterina, mientras que sólo se observa atrofia suprarrenal en niños tratados exclusivamente con cortisona. Estos hallazgos son un nuevo apoyo para la necesidad de un tratamiento alternante con cortisona y aminopterina.

83 - 41 - 10 de octubre de 1953

- \* Las insuficiencias suprarrenales crónicas. J. Warter y J. Schwartz.
- Observaciones sobre la fonocardiografía y sobre el ritmo íntimo del corazón. H. Scholer y M. Soringenschmid.
- \* La importancia clínica del tórax en embudo. T. Wegmann y F. Schaub.
- \* Un nuevo alcaloide derivado del cólchico (*Demecolcina Ciba*) como cistostático en las leucemias mieloides. S. Moeschlin, H. Meyer y A. Lichtman.
- \* Sobre la cuestión de la acción cafeínica del café con leche. H. R. Lüegger.

**Las insuficiencias suprarrenales crónicas.**—El diagnóstico de enfermedad de Addison cuenta con una prueba biológica satisfactoria, que es el balance esteroide. Tal balance no es, sin embargo, decisivo si no se repite después de estimulación de las suprarrenales con ACTH, pero sólo las perfusiones intravenosas dan resultados suficientemente regulares para realizar una prueba diagnóstica biológica. El empleo de esta prueba revela la existencia de una insuficiencia suprarrenal secundaria a la afectación de la hipófisis. Son las formas frustadas y parciales de la enfermedad de Simmonds, que pueden revestir una forma suprarrenal lo mismo que una forma tiroidea. La insuficiencia suprarrenal secundaria se caracteriza esencialmente por la astenia y el adelgazamiento y responde bien al tratamiento con ACTH y pequeñas dosis de cortisona. El balance esteroide aparece en casos excepcionales en contradicción con el cuadro clínico; se trata de afecciones suprarrenales discordantes en que se mezclan signos de hiper- y de hipofunción.

**Tórax en embudo.**—Los autores resumen los hallazgos clínicos, radiológicos y electrocardiográficos en 108 casos de tórax en embudo con corazón sano en edades desde los diecisésis hasta los cincuenta años. El tórax en embudo produce, especialmente en su asociación con la constitución asténico-leptosomática y la distonía vegetativa, coexistentes en la mayoría de los casos, síntomas, signos y alteraciones ECG relativamente constantes, aunque totalmente inespecíficas, que dan ocasión a errores diagnósticos (cardiopatía, tuberculosisiliar, etc.) cuando no son valoradas en comparación con la deformidad del tórax (depresión más o menos profunda, hasta llegar al aspecto de una fosa infundibular convexa hacia delante de las costillas próximas en la unión del cartílago con el hueso), teniendo en cuenta las diversas semejanzas nosológicas posibles en

ella. En sus 108 casos sólo encuentran cuatro en que el raquitismo pudiera tener un papel causal y sólo dos en zapateros. Creen que esta deformidad comienza durante la infancia (de los tres a los diecisésis años) y que consiste en un crecimiento defectuosamente coordinado de las estructuras que van a formar la parte anterior de la apertura inferior del tórax. Los factores generalmente inculpados, como presiones externas, raquitismo, lúes, atrofias y parálisis musculares, enfermedades infecciosas de los órganos torácicos, traumas, factores profesionales, etc., son de importancia secundaria.

**Demecolein en la leucemia mieloide.**—El Demecolcín (Ciba Pp 12.669 A) es un alcaloide aislado por SANTAVY y REICHTIN del Colchicum autumnale. Posee una toxicidad treinta veces menor que la colchicina y un efecto depresor intensamente electivo sobre los granulocitos, por lo cual es muy útil en las leucemias mieloides. Por el contrario, está absolutamente contraindicado en las leucemias linfáticas y es inútil en otros procesos (mieloma, linfosarcoma, Hodgkin, carcinoma y sarcoma). En las leucemias mieloides crónicas se debe empezar por una dosis de 3 mg. diarios repartidos en tres tomas (vía oral) para ir aumentando hasta siete u ocho y eventualmente hasta un máximo de 10 mg. Esta dosis se mantendrá hasta que los leucocitos bajen a 30.000, en cuyo momento se suspende la administración durante seis días, durante los cuales aún sigue descendiendo el recuento. Se establece entonces una dosis de mantenimiento de 3 ó 4 mg. diarios, con control de los leucocitos al principio cada tres días y después cada semana o hasta dos veces al mes. Si se interrumpe la medicación aumentan de nuevo los leucocitos, más rápidamente que con el arsénico o el uretano, y una nueva administración no comienza a actuar hasta pasados unos catorce días. Por eso es mejor un tratamiento prolongado que uno intermitente. En los casos agudos se empieza por 3 mg. y se aumenta hasta 5 mg. diarios, combinado con transfusiones y antibióticos.

**Efecto cafeínico del café con leche.**—STARKENSTEIN demostró que el efecto cafeínico del café se retardaba al mezclarlo con leche, pero en modo alguno se anulaba. El lo explicó porque el complejo cafeína-tanino contenido en el café se uniría a las proteínas de la leche en un compuesto insoluble y difícilmente reabsorbible. El autor del presente trabajo niega esta hipótesis y manifiesta que el café con leche conserva toda la acción cafeínica del café y que la reabsorción un poco más lenta de la cafeína después de la ingestión de café con leche se explica pensando que se forma en el estómago un coágulo contenido mucho líquido que por esta razón llega a ser reabsorbido en forma algo más retardada.

83 - 42 - 17 de octubre de 1953

- \* Diagnóstico y significación de las metástasis ganglionares en el sistema bronquial. E. J. Fischer.
- \* El bacteriólogo no puede determinar el papel del bacilo bovino en la tuberculosis humana. E. Urech y J. Hofstetter.
- \* Las bases fisiológicas del tratamiento polivalente de las anemias. H. Dubois-Ferrière.
- Estudios experimentales sobre el Serpasil (Reserpina), un nuevo y muy activo alcaloide de la Rauwolfia con acción central. H. J. Bein, F. Gross, J. Tripod y R. Meier. Tratamiento de la hipertensión con un nuevo alcaloide de la Rauwolfia (Serpasil). W. Löffler, A. F. Essellier. F. Proett y A. Wegemann.

**Adenopatías tuberculosas en el sistema bronquial.**—Los estudios sistemáticos del sistema bronquial realizados por el autor han demostrado que la perforación de un ganglio tuberculoso es no pocas veces demostrable en la clínica. De un grupo de 28 tuberculosis pulmonares (en parte primo-infecciones tardías) pudieron poner de manifiesto en 12 casos saculaciones parabronquiales con existencia simultánea de una infiltración en forma de sector del mismo segmento, que son interpretadas como cavernas linfáticas. En un enfermo de veintiún años se comprobó la existencia de una caverna linfática en ausencia de infiltrado. Las radiografías con contraste son especialmente adecuadas para aclarar la relación entre un defecto de la mucosa bronquial y un ganglio linfático. El conocimiento precoz de una alteración linfadenobroncogénica es necesario para instituir un tratamiento racional.

**El papel del bacilo bovino en la tuberculosis humana.**—El bacteriólogo por sí sólo no puede determinar la frecuencia con que un tipo bovino de bacilo es el responsable de la enfermedad, pues sólo puede estudiar los gérmenes de las lesiones que estén o fácilmente puedan ser puestas en relación con el exterior. Por esto los porcentajes de bacilos bovinos varían de unos autores a otros, según la localización de las lesiones que cada uno haya estudiado. Los autores recurren a la clínica para determinar la frecuencia de la infección bovina en el hombre. En 145 enfermos de menos de diecisésis años en que pudo establecerse con seguridad el asiento de las lesiones iniciales, encuentra que éstas eran del tórax en el 46 por 100, de cuello en el 10 por 100, del abdomen en el 43 por 100 y en la piel en el 1 por 100. Como, según los especialistas que mejor han estudiado esta cuestión, las lesiones torácicas son bovinas en el 5 por 100, las cervicales en el 50 por 100, las abdominales en el 90 por 100 y las cutáneas en el 50 por 100, resulta en conclusión que un 47 por 100 del total de lesiones iniciales son debidas al bacilo tuberculoso bovino.

**Tratamiento polivalente de las anemias.**—Si bien la anemia de Biermer se debe a la carencia de principio antianémico y se cura con hígado,  $B_{12}$  y ácido fólico y la anemia hipocrómica ferropénica es tributaria de un tratamiento marcial, hay anemias cuya etiología no es unívoca y en cuya patogenia entran varios factores. Sólo esto justificaria los tratamientos polivalentes de las anemias; pero es que además incluso la anemia de Biermer puede al curarse revelar un déficit de hierro y la ferropriva beneficiarse también del empleo del cobalto. Por esto, el autor defiende los preparados para administración oral contenido, además de  $B_{12}$ , ácido fólico, hígado y hierro, extracto de mucosa gastroduodenal, proteínas, vitamina  $B_2$ , cobre, cobalto, molibdeno y magnesio. Tales preparados son útiles para complementar el tratamiento con hígado y/o  $B_{12}$  de una anemia perniciosa; la presencia simultánea de cobalto y cobre refuerza el efecto del hierro en las anemias hipocrómicas ferropénicas; también estos oligometales tienen un efecto claro en las anemias por hipoplásia medular, en las infecciones y en las tóxicas. Especial indicación para un tratamiento polivalente son las anemias debidas a carencias múltiples, a menudo difíciles de precisar: anemias nutritivas, anemias del crecimiento y de la senectud y anemias de la convalecencia.