

UNIVERSIDAD DE PARIS. FACULTAD DE MEDICINA

Jornadas Médicas Anuales
de la
Clínica Médica Propedéutica del Hospital Broussais.

Profesor: Pasteur Vallery-Radot.

96, rue Didot, París-XIVe.

Del 12 a 14 de mayo de 1955.

Se recomienda la inscripción con la debida antelación, ya que el número de los participantes está limitado a 150 asistentes.

Se ruega envíen los derechos de inscripción a la Clí-

nica Médica Propedéutica del Hospital Broussais, 96, rue Didot, París-XIVe (cheque bancario o C. C. P. París, 11.331-68).

Estos derechos están fijados en 3.000 francos. Este precio comprende el volumen de las adquisiciones médicas recientes.

SYMPOSIUM SOBRE ESQUIZOFRENIA

En la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial, del Doctor López Ibor, tendrá lugar entre el 20 de marzo y el 20 de mayo un Symposium sobre esquizofrenia en el que tomarán parte los Profesores Wyrsch (Berna), Barahona Fernández (Lisboa), Vallejo Nájera (Madrid), Sarró (Barcelona), Rojas (Granada), Alberca (Valencia), Kurt Schneider (Heidelberg) y Ely (París).

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

PROGRESOS DE LA GINECOLOGIA. Doctor JOE V. MEIGS y otros.—Editorial Científico Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 971 páginas.

Aparece traducida al español esta obra, en la que bajo la dirección de los Doctores MEIGS y STURGIS, y con amplia colaboración, se reseñan los principales progresos en el territorio de la ginecología. Aspectos fisiológicos y diagnósticos, así como los síndromes funcionales y de interrelación endocrina, la patología de la esterilidad y reproducción, y luego ya los procesos de infección, neoplasias y técnica quirúrgica, son sucesivamente revisados. Los especialistas que no hayan podido consultar en la edición inglesa este libro encontrarán muy ventajosa su traducción.

DIVERTICULOSIS Y DIVERTICULITIS DEL COLO. Doctor ABEL H. CANÓNICO.—Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, 1953.—Un volumen de 216 páginas con 120 figuras.

No hay que dudar que los procesos de diverticulosis y la sintomatología que se deriva de su ulterior inflamación son bien conocidos y, sin embargo, muchas veces deja de hacerse el diagnóstico en la práctica, teniéndose por muchos clínicos como enfermedades poco frecuentes. Por eso es interesante esta monografía, en la cual el autor hace una revisión con motivo de 130 casos personales. En ella se comprende lo más interesante de los aspectos genético, clínico y terapéutico de estos procesos y su lectura será sin duda de interés principalmente para el médico general. Buenos ejemplos radiográficos apoyan las descripciones de los casos.

VORBEUGENDE GESUNDHEITSFURSORGE. Doctor W. HAGEN.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953. Un volumen de 131 páginas, 7,20 DM.

Esta monografía del Profesor HAGEN sobre la profilaxis y cuidados sanitarios del niño y del adolescente ofrece interés para el especialista sanitario. Se revisan las legislaciones de diferentes países, respectivamente, sobre protección de los padres y de los hijos, de la madre, del niño pequeño, del niño escolar y del niño en la madurez.

LIBROS RECIBIDOS

"Radio-diagnostic des occlusions intestinales aigües". Doctor C. Oliver.—Editorial Masson y Cie. París, 1955. Un volumen de 258 páginas con 318 figuras.

"Die Cytologie des Bronchialsekretes". Dr. P. Hartmann.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 112 páginas con 68 figuras, 24 DM.

"Rauher-Kopsch". Dr. Fr. Kopsch.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 736 páginas con 731 figuras, 64,50 DM.

"Atemubungen mit Kindern". Dr. I. Müller.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 32 páginas con 25 figuras, 3,90 DM.

B) REFERATAS

Medicina Clínica.

20 - 1 - 1953

- Un avance importante en la serología de la sífilis: La prueba de inmovilización treponémica de Nelson. T. P. I., X. Vilanova, F. de Dulanto y J. M. Catasús.
- * La dialisis peritoneal en el tratamiento de las insuficiencias renales descompensadas. J. Gibert Queraltó, I. Baguer-Vintró y J. Coll Sampoll.
 - Estudio anatomo-clínico de una paciente encefalomieláctica. V. Rodríguez-Arias y J. Camps-Pierra.
 - Resultados de la meniscectomía en los 800 primeros casos. J. R. Cabot.
 - * La caracterización hematológica de la "linfocitosis infecciosa aguda". A. Tello Ortiz.
 - Algunos proteinogramas obtenidos con la técnica de Gras. A. Lecroix, J. Bonnet, P. Pasquet y G. Legaais.
 - Sobre la regulación hormonal de los ácidos grasos. J. Monguió, A. Font y J. Ranz.
 - Linfogranulomatosis maligna! Forma monoganglionar y nefrótica. J. Solsona Conillera.
 - Primeros resultados obtenidos en el tratamiento de los enfermos hipertensos con alcaloides ésteres del Veratrum Album. L.-F. Tarrida Santolaya.
 - El Veratrum Album en el tratamiento de la hipertensión arterial. V. Botas García-Barón.
 - Los modernos métodos de exploración radiológica intestinal con tránsito acelerado. A. Burgos.
 - Un caso de tuberculosis lingual curado con el FSR3. F. G. de Ubieto.
 - Estudio sobre nuevas posibilidades de predicción y terapéutica de los accidentes vasculares del cerebro. R. del Valle y Adaro.

La dialisis peritoneal en el tratamiento de las insuficiencias renales descompensadas.—Presenta un caso, primero de la bibliografía española, por considerarlo demostrativo de las siguientes conclusiones: Que cabe un trastorno funcional en las nefropatías, el cual puede agravar a la enfermedad orgánica fundamental hasta tal punto que se haga de ella un diagnóstico funcional y de él un pronóstico peor que el que corresponde a la realidad.

Que con la dialisis peritoneal disponemos de un método paliativo capaz hasta de mejorar funcionalmente una nefropatía crónica con insuficiencia renal total progresiva, de fácil aplicación y completamente inocuo.

Que es un proceder terapéutico digno de tenerse en cuenta para el tratamiento paliativo de las insuficiencias renales totales agudas y en las parciales mientras intentamos resolver etiopatológicamente la enfermedad causal.

Resultados de la meniscectomía en los 800 primeros casos.—Se examinan los resultados obtenidos en los 800 primeros casos de meniscectomía. Se exponen brevemente las características del material recogido en lo que se refiere a sexo, edad y localización, destacando a grandes rasgos los principios de diagnóstico y de técnica operatoria seguidos, a los que el autor concede gran importancia. Igualmente se valora la necesidad de una reeducación funcional eficiente después de la operación. En conjunto, la duración media total del tratamiento en estas series ha sido 46 días, con 8 días de hospitalización, 8 días de reposo relativo y 30 días de tratamiento ambulatorio. Los resultados obtenidos se examinan inmediatamente después de finalizar el período clínico, por una parte; después, al finalizar el período ambulatorio y dar de alta al enfermo y, finalmente, se recogen los resultados alejados o definitivos. El conjunto de las series arroja un total de un 93,8 por 100 de buenos resultados, casos en los cuales el enfermo sacó un beneficio definido de la operación, y se hallan gravadas por un 6,2 por 100 de resultados deficientes, aunque si siempre una capacidad suficiente para sus quehaceres profesionales. Como explicación de este porcentaje de enfermos que no alcanzan la recuperación funcional completa, se encuentra la existencia de lesiones asociadas principalmente las de ligamentos laterales y

cruzados, que determinan una inestabilidad articular, y la presencia de lesiones avanzadas de artropatía deformante. Igualmente en ciertos casos la falta de cooperación del enfermo en el proceso de reeducación funcional puede conducir a un resultado deficiente.

La meniscectomía carece de mortalidad y su pronóstico funcional es excelente cuando el menisco es la única formación lesionada y la operación no sufre excesiva demora.

La caracterización hematológica de la linfocitosis infecciosa aguda.—Se describen tres casos de linfocitosis infecciosa aguda. Su individualización tiene una razón hematológica cierta, pues hay una intensísima linfocitosis; la comprobación de la especie celular se ha hecho con los métodos de peroxidasa originales del autor, que ofrecen seguridad de la especie leucocitaria.

Hematológicamente hay una separación manifiesta con la mononucleosis infecciosa (linfomonocitosis infecciosa del autor), ya que en esta última enfermedad hay una intensa monocitosis que acompaña a la linfocitosis.

El diagnóstico diferencial hematológico con la leucemia linfoides es muy difícil, debiendo valorarse los datos clínicos sobre todo.

Sobre la regulación hormonal de los ácidos grasos.—Han podido demostrar en sus experiencias que tanto el catabolismo graso como la síntesis lipogénica están reguladas por unas constantes humorales que están supeditadas a una acción hormonal; que una acción importante de la insulina estriba en estimular la biosíntesis de los ácidos grasos a expensas del acetato.

La insulina cambia el destino metabólico de los intermediarios C2, procedentes del piruvato, de un camino oxidativo o de síntesis retrógrada adiacético hacia otro de síntesis lipogénica útil para el organismo.

El ACTH y la cortisona actúan de inhibidores de este proceso biosintético.

20 - 2 - 1953

- Valor de la colesterinemia en clínica. J. Escribano. Brote epidémico de Leptospirosis anictérica originado por "L. Icterohemorrhagiae" en los trabajadores de arrozales de la región de Camarles (Tortosa). J. Covaleda, I. Cantarell y A. Pumarola.
- Papel del ión potasio en la patología quirúrgica digestiva. J. García-Llaudaró.
- * Estudio clínico y anatomo-patológico de un caso de anemia aplásica producida por tuberculosis miliar generalizada. A. Fernández Cruz, C. Masa Domingo y M. Lorenzo Abella.
 - * Giardiasis pulmonar. A. Amell-Sans.
 - La lucha contra el glaucoma. J. Casanovas.
 - Apendicitis tumoral en la vejez. A. Núñez.
 - * Tratamiento de la retención postoperatoria de orina por el priscol. J. Ojeda Gil.
 - * El banthine en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. J. Sala Roig.
 - Diagnóstico precoz de la cirrosis hepática de Laennec. J. Surós.

Estudio clínico y anatomo-patológico de un caso de anemia aplásica producida por tuberculosis miliar generalizada.—Los autores presentan un caso de anemia aplásica o "anemia rebelde primitiva" tratado con penicilina, terramicina y terapéutica de transfusiones y estimuladora de la médula polidimensionalmente, y que en el estudio de la necropsia se descubrió la existencia de una tuberculosis miliar generalizada, apreciando en el estudio "post-mortem" de la médula la presencia de tubérculos.

Exponen en el texto la historia clínica, el protocolo anatomo-patológico y microfotografías de la médula, bazo y pulmón, y acaban haciendo consideraciones sobre la relación entre la tuberculosis y la anemia grave.

Giardiasis pulmonar.—Presenta el autor un caso de infestación pulmonar por los quites de giardia lamblia.

conocida también con los nombres de cercomonas intestinalis, megastoma entérica y lamblia intestinalis.

Expone la historia del caso acompañada de radiografías de tórax y unos esquemas de los quistes de giardia lamblia obtenidos del centrifugado del líquido de aspiración broncoscópica.

Hace una clasificación de los parásitos que dan lugar a localizaciones pulmonares, entre los que incluye la algiardia lamblia, protozoario de la clase de los mastigóforos, subclase enflagelados, orden polimastiginos, familia oftomítidae.

Dicha infestación da lugar a un cuadro inicialmente aparatoso, pero benigno, de proceso broncopulmonar, que cursa con los caracteres clínicos de una neumopatía lábil, fugaz, sin eosinofilia. Según se desprende de la revisión de la literatura sobre parasitaciones pulmonares, se trata del primer caso publicado de dicha infestación.

Tratamiento de la retención postoperatoria de orina por el priscol.—Se comunican los resultados favorables obtenidos con el priscol en el tratamiento de la retención postoperatoria de orina en seis casos.

Administrándolo desde el punto de vista profiláctico en 51 casos, se observan también resultados favorables.

Los casos tratados son de retención urinaria postoperatoria. La pauta seguida ha sido de un inyectable de priscol de 0,01 g. cada seis horas. Al apreciar los resultados favorables en los casos anteriores, efectúan el tratamiento profiláctico de la retención postoperatoria de orina bajo la pauta siguiente: Dos días antes de la operación, un inyectable diario de 0,01 g. de priscol, y durante los nueve primeros días después de la operación, dos inyectables diarios.

El banthine en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal.—Habiendo ensayado en más de 50 casos esta terapéutica, las observaciones del autor concuerdan con los hallazgos de GRIMSON y colaboradores.

De una manera global clasifica los resultados obtenidos como favorables en 21 casos; indiferentes (escasa mejoría en relación con el tratamiento anterior), en seis casos; en 12 enfermos los resultados fueron desfavorables, siendo necesario interrumpir el tratamiento.

La regresión de las imágenes lesionales (nichos y deformaciones) parece hacerse de manera algo más rápida y más perfecta que con el tratamiento clásico.

Medicina.

22 - 1 - 1954

Errores por parte de los cirujanos (no de técnica quirúrgica precisamente) y también de los médicos. L. Cardenal.

Los mecanismos periféricos de la insuficiencia circulatoria congestiva de la insuficiencia cardiaca crónica bilateral. F. Civeira.

Experiencia personal en el tratamiento con vitamina B₁₂ masiva. V. Pozuelo Escudero.

Contribución al estudio de la histaminasa en el papel patogénico de la hipotensión en el enfermo infeccioso. Acción de los antihistamínicos. E. Romero, E. Romo, J. Ortega y F. Cirbián.

Experiencia personal en el tratamiento con vitamina B₁₂ masiva.—Utiliza el autor dosis masivas de vitamina B₁₂ en distintos proceso neurológicos (neuralgias, neuritis, herpes zóster, mielitis, hemiplejia postembólica) con buen resultado en todos los casos menos en una neuralgia del trigémino típica que no se modificó. La ha utilizado también en un lupus eritematoso, en un infantilismo hipofisario, en una glomerulonefritis subaguda difusa, en endocarditis evolutivas reumáticas en mala situación y en osteoporosis graves con una respuesta terapéutica buena.

No se han hecho dosificaciones en plasma y orina.

Contribución al estudio de la histaminasa en el papel patogénico de la hipotensión en el enfermo infeccioso. Acción de los antihistamínicos.—Estudian el contenido

de histaminasa en las enfermedades infecciosas en un grupo de tipo agudo y en otro de índole crónica como es la tuberculosis pulmonar. También estudian la acción de los antihistamínicos sobre estos enfermos en relación con la hipotensión arterial habitual en ellos.

Estudian 18 enfermos de diversas infecciones agudas y 23 de tuberculosis pulmonar.

En los casos graves de tuberculosis pulmonar no encuentran histaminasa y en los casos de mayor benignidad sí; sólo algún caso excepcional no se guía de esta norma. La histaminasa sérica está disminuida en la infección crónica como la tuberculosis, astenia, hipotensión y síndrome infeccioso general.

En las infecciones agudas hay también una disminución de la histaminasa sérica que se aprecia por la falta de inhibición de la histaminasa añadida al suero de estos pacientes.

Los antihistamínicos son capaces de elevar la tensión mientras se están administrando.

Revista de Sanidad e Higiene Pública.

27 - 1 - 1953

* Ensayo de lucha contra el tracoma en el litoral de Granada con aureomicina. Gimeno de Sande y López Oliveros.

Historia de la fiebre amarilla en España. Rico Avello. Triquinosis en Cáceres. Juárez.

Ensayo de lucha contra el tracoma en el litoral de Granada con aureomicina.—Se hace un estudio de la endemia del tracoma en los pueblos del litoral de Granada (Almuñécar, Salobreña, Motril, Castell de Ferro, La Mamola y La Rábida), reconociéndose 8.965 personas, 4.211 con tracoma (46 por 100), siendo de los pueblos más castigados La Mamola (87 por 100) entre los reconocidos, siguiéndole La Rábida con el 71 por 100. La incidencia en escolares es bastante elevada en La Mamola. En Motril se aprecia bien la diferencia entre las escuelas públicas y privadas: en las primeras, 32,3 por 100; en las segundas, 6 por 100. No hay diferencias apreciables en relación a edad y sexo.

Tratan los autores 394 enfermos con aureomicina, pomada al 1 por 100, curándose 180 (45,6 por 100) en Salobreña y La Rábida, donde no se ha llevado bien el tratamiento. En los demás pueblos se tratan 310 y curan 173 (55,8 por 100).

El tanto por ciento de las curaciones se incrementa cuando se tratan todos los miembros de una familia.

Con aureomicina y sulfamidas se eleva el número de curaciones.

Con aureomicina, pomada, y cromosulfol se han tratado en Motril 31 enfermos curando 26 (83 por 100).

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

12 - 4 - 1953

* La gastrografía clínica y el estudio combinado de la secreción gástrica y yeyunoduodenal y de la motilidad gástrica. G. Bassi.

Los megaesófagos funcionales de origen tóxico. M. Ruiz y Ruiz.

Histoterapia en el úlcus gastroduodenal. T. A. Pinós Marcell y J. García Galera.

Prolapso de la mucosa gástrica en el duodeno. S. Carro.

Divertículo faringoesofágico de Zenkeff. A. Muñoz Calero.

La obstrucción intestinal como complicación de la apendicitis. J. García Morán.

La gastrografía clínica y el estudio combinado de la secreción gástrica y yeyunoduodenal y de la motilidad gástrica (G. Bassi).—El autor resume sus investigaciones clínicas de los últimos veinte años acerca de la gastrografía y su aplicación al estudio de las enfermedades gástricas humanas. Mediante esta técnica estudia también la actividad motora del estómago bajo la acción de diversas sustancias farmacodinámicas. En ocasiones asocia en sus trabajos la neumogastrografía con

la electrogastrografía con ayuda de dos electrodos impolarizables colocados en el interior del estómago y un oscilógrafo de espejo. Con diversas técnicas estudia el paralelismo de la secreción gástrica y duodenal y de la motilidad del estómago.

Cirugía, Ginecología y Urología.

5 - 6 - 1953

- Los antibióticos en neurocirugía. L. Tolosa.
- Problemas quirúrgicos de las neoplasias del glomus caroticus. J. M. de Rementeria.
- La luxación inveterada radiocúbito-humeral: Una técnica para el tratamiento quirúrgico. J. Sanz Ramos.
- Los tumores retroperitoneales. Fibromixoma parrarenal. Presentación de un caso. J. L. de la Mano Marcos.
- Sobre los trastornos urinarios que acompañan a las cervicitis crónicas. V. Salvatierra y R. Picallo.

Problemas quirúrgicos en las neoplasias del glomus caroticus.—Los autores empiezan considerando la extrema rareza de estas neoplasias, hasta tal punto que son muy pocos los autores que pueden presentar más de un caso de éstos, llegando a tres todo lo más. Aparte de su extremada rareza, la mayoría de los casos son inesperados hallazgos operatorios, pues su diagnóstico ofrece grandes dificultades. Ante uno de estos casos, caben tres conductas: abstención, intervención radical y radioterapia; los autores presentan un caso de su experiencia y demuestran en él que la mejor conducta es la intervención.

Da el autor normas diagnósticas: tumor localizado a nivel de la bifurcación carotídea, que apenas puede ser movilizado en sentido vertical, pero que lo puede ser ampliamente en sentido transversal. No expansión pulsátil.

Sobre los trastornos urinarios que acompañan a las cervicitis crónicas.—Los autores estudian la existencia de síntomas uretrovesicales (poliquiria, disuria, escorzor, etc.) que frecuentemente acompañan a las cervicitis crónicas y que, antes que a ellos, ya ha llamado la atención a muchos autores.

Estudian si tales síntomas dependen o no de la propia cervicitis, si, por el contrario, hay una verdadera cistitis sobreañadida, por qué aparecen en algunos casos y no en otros y por qué unas veces ceden y otras no al tratamiento de la cervicitis, todo ello sobre un material de 381 casos de cervicitis crónica.

Concluyen de su estudio que en un 27,8 por 100 de los casos de cervicitis crónica aparecen dichos síntomas urinarios, de los cuales sólo en un 6 por 100 se trata de una verdadera cistitis. Los restantes casos, que son la mayoría, los engloban en dos grupos: uno, en que la causa probable es una tricomoniasis concomitante a la cervicitis; otro, en que los síntomas dependen directamente de la lesión cervical por un probable mecanismo congestivo-irritativo.

Destacan la importancia de la infección, singularmente tricomonásica, del tracto genital bajo y zonas vecinas, en la génesis acompañante de las cervicitis crónicas.

Circulation.

7 - 2 - 1953

- Estudios sobre la excreción renal de digitoxina radioactiva en sujetos humanos con insuficiencia cardiaca. G. Okita y cols.
- Efectos del hexametonio sobre ciertas manifestaciones de la insuficiencia cardiaca congestiva. R. Keller, E. Freis y T. Higgins.
- Estudios electrocardiográficos durante la cirugía cardíaca. E. Jaruszewski, H. Hellerstein y H. Feil.
- Taquicardia supraventricular complicando las intervenciones quirúrgicas. W. Rogers, F. Wroblewski y J. La Due.
- Hallazgos electrocardiográficos en la amiloidosis cardíaca. A. Josselson y R. Pruitt.
- Negatividad aislada de la onda U. J. Palmer.
- Pericarditis coccídoidal. R. Larson y R. Schorb.
- Cambios en las lesiones de miocarditis reumática aguda durante el tratamiento con cortisona. A. Golden y J. Hurst.

- Efecto de la cortisona sobre la forma de los infartos miocárdicos experimentales. A. Johnson y cols.
- Balistocardiografía. I. Consideraciones fisiológicas. M. Rappaport, H. Sprague y W. Thompson.
- Compuestos fenólicos en el tratamiento de la fiebre reumática. N. Clarke, C. Clarke y R. Mosher.
- Excreción renal de agua, sodio y cloruros: Comparación entre hipertensos y normales, enfermos con alteraciones específicas pituitarias o suprarrenales y normales. R. Birchall y cols.
- Balistocardiografía. Técnica, principios fisiológicos y valor clínico. R. S. Gubner y cols.

Efectos del hexametonio sobre ciertas manifestaciones de la insuficiencia cardiaca congestiva.—Se administran dosis hipotensivas de hexametonio intravenoso (unos 30 mg.) a 19 enfermos comprendidos entre los 37 y 79 años que padecen distintos tipos de enfermedades cardíacas y que se hayan en distintos grados de descompensación. Entre los efectos inmediatos figura una caída de la presión venosa de todos los enfermos, que mostraban elevaciones iniciales y disminución del tiempo circulatorio en la mayoría de los casos; frecuentemente se presentó una mejoría sintomática en el grado de disnea y ortopnea. La presión en aurícula derecha, ventrículo derecho y arteria pulmonar también disminuyó. Los estudios de cateterización, demostraron una disminución en la presión intracardíaca paralela a la arterial; aumento del gasto cardíaco y disminución de la resistencia periférica, fueron observadas en un enfermo al que se hicieron las consiguientes determinaciones. Sugieren la posibilidad de que el hexametonio, al disminuir las resistencias periféricas y desviar hacia la periferia la masa de sangre, pueda actuar beneficiosamente en la insuficiencia cardiaca congestiva.

Cambios de las lesiones de miocarditis reumática aguda durante el tratamiento con cortisona.—Tratan a una niña de diez años que padece fiebre reumática aguda con ACTH y cortisona, a pesar de lo cual la enfermedad sigue evolucionando. Se administró una dosis total de 3.200 mg. de cortisona. No hubo respuesta a la terapéutica y la enferma murió de insuficiencia cardíaca congestiva. La necropsia mostró numerosas lesiones intersticiales en el miocardio, muchas de las cuales eran muy atípicas. Las lesiones observadas por los autores en este caso pueden ser interpretadas como una supresión de la reacción celular del colágeno alterado. Los hallazgos no demostraron que se hubiera prevenido el daño del tejido conectivo.

Los autores consideran que es aún muy pronto para evaluar todos sus hallazgos, debiendo esperar a una mayor cantidad de observaciones.

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

13 - 1 - 1953

- Ciertas respuestas fisiológicas a la inyección intravenosa de sales de calcio en personas normales, hiperparatiroides e hipoparatiroides. J. E. Howard, T. R. Hopkins y T. B. Connor.
- Adenomas endocrinos múltiples. Ocho casos afectando las paratiroides, la hipófisis y los islotes pancreáticos. L. O. Underdahl, L. B. Woolner y B. M. Black.
- Conversión del acetato de cortisona a otros esteroides α -ketólicos. R. B. Burton, E. H. Keutmann y C. Wetherhouse.
- Actividad antidiurética del suero de sujetos normales y enfermos. W. F. Ferry y T. W. Fyles.
- Efectos del ACTH intravenoso con y sin adrenalina. J. R. Martin y C. J. Patte.
- Síndrome caracterizado por insuficiencia estrogénica, galactorrea y disminución de la gonadotropina urinaria. J. Argonz y E. B. del Castillo.
- Factores que gobiernan el desarrollo del tiroides del embrión de pollo. J. B. Trunnell y F. T. Brayer.
- Mixedema post-tiroidectomía tras el uso preoperatorio de drogas antitiroideas. E. C. Bartles.
- Tratamiento del bocio tóxico con yodo radioactivo. L. Seed y B. Jaffé.

Actividad antidiurética del suero.—Se ha demostrado que el suero humano contiene una sustancia labil que

inyectada a ratas hidratadas ejerce un efecto antidiurético que puede variar con la intensidad de la hidratación. Se comparó la actividad antidiurética del suero de un grupo de 100 enfermos con asistolia congestiva con la de un grupo de normales, sin que se pudiera demostrar una diferencia significativa en la actividad antidiurética. Nueve sujetos con enfermedad hepática mostraron asimismo valores dentro de lo normal. Concluyen que las alteraciones en el nivel sérico de la actividad antidiurética no fueron las responsables de la retención acuosa que se asocia al fracaso cardíaco y la enfermedad hepática. El suero de todos los casos estudiados se mostró como no clorurético, difiriendo así del principio antidiurético presente en los extractos de la hipofisis posterior.

ACTH intravenoso y adrenalina.—El ACTH en dosis de 200 mg. por vía intravenosa durante un período de veinticuatro horas originó la caída del recuento de eosinófilos en la novena hora, pero este tiempo fué probablemente mucho más tarde que el momento de comienzo de la eosinopenia. El ACTH originó un aumento de la excreción de 17-cetosteroídes, con su valor máximo en el día de la inyección intravenosa. La mejoría de los síntomas apareció alrededor de las cuatro horas y media después de la primera inyección intravenosa y al cabo de dos horas y cuarto después de la segunda. La adrenalina inyectada intramuscularmente mantiene un bajo nivel de eosinófilos, pero no tiene efecto para prolongar la mejoría sintomática producida por el ACTH, así como tampoco para aumentar la excreción de 17-cetosteroídes.

Hipoestrogenismo, galactorrea y disminución de la gonadotropina urinaria.—Se presentan cuatro pacientes que padecían un síndrome caracterizado por galactorrea, amenorrea y valores bajos de gonadotropina urinaria, sin que esta sintomatología tuviera relación ninguna con un embarazo. En todos los casos se encontraron datos de insuficiencia estrogénica, pero la terapéutica sustitutiva modificó sólo temporalmente el cuadro clínico. El síndrome parece ser de origen hipofisario, quizás producido por la rotura del balance hormonal entre la gonadotropina urinaria y la prolactina. La posible intervención del hipotálamo sigue siendo un factor desconocido.

Mixedema post-tiroidectomía.—El problema del mixedema postoperatorio fué estudiado en 942 enfermos hipertiroides que recibieron drogas antitiroideas antes de la tiroidectomía; el tratamiento antitiroideo fué llevado a cabo hasta obtener un estado eutiroideo antes de la operación. En 699 casos apareció mixedema, lo que supone un 7,3 por 100, y en 49, o sea el 5,2 por 100, fué permanente. El mixedema postoperatorio fué dos veces más frecuente tras una segunda operación. El mixedema después de la tiroidectomía subtotal no se encontró más frecuentemente tras la preparación con drogas antitiroideas que si la preparación se hacia con yodo. La mayoría de los casos en los que se desarrolló mixedema tenían hipertiroidismo primario, mientras esta complicación apareció muy raramente en enfermos con bocio adenomatoso. El estudio anatopatológico del tejido extirpado reveló la existencia de una estrumitis en un número considerable de pacientes. El diagnóstico de mixedema en estos enfermos se estableció mediante el examen subjetivo y objetivo o por métodos de laboratorio, considerándose más valiosa la determinación del nivel plasmático de colesterol que el metabolismo basal. Una curva de crecimiento retardada en el niño es significativo para determinar la presencia de mixedema en los niños. El mixedema postoperatorio apareció con mayor frecuencia al final del tercer mes, aunque en algunos casos no lo hizo hasta pasados cinco años de la tiroidectomía, lo que indica la necesidad de practicar estudios metabólicos periódicos durante todo este tiempo. La dosis diaria de tiroides desecado necesaria para controlar el mixedema postoperatorio varió entre 8 mg. y 130 mg.

Tratamiento del bocio tóxico con yodo radioactivo.—En una serie de 257 hipertiroides seguidos de seis meses a dos años después del tratamiento con I¹³¹ se obtuvo una remisión satisfactoria en el 63 por 100, apreció hipotiroidismo en el 11 por 100 y no se consiguió resultado satisfactorio en el 25 por 100. Hubo pocas complicaciones y ninguna de ellas grave. La administración de I¹³¹ es el tratamiento de elección en el bocio difuso tóxico recurrente y en la mayoría de estos bocios aparecidos en pacientes mayores de cuarenta y cinco años. Los enfermos con grandes bocios son más difíciles de curar y probablemente se curan mejor operándolos, pero con esta excepción puede decirse que todos los bocios exoftálmicos se tratan mejor con el radioyodo. Por el contrario, en el bocio nodular tóxico el tratamiento de elección es el quirúrgico, excepto en circunstancias excepcionales, pues la operación es un procedimiento muy satisfactorio, asegura la curación, extirpa el bocio y las complicaciones y recurrencias son raras, mientras la curación mediante el I¹³¹ es más difícil y menos segura, aparte de que el propio bocio muy rara vez desaparece por completo. No existe un criterio inequívoco de asegurar la dosificación de radioyodo, siendo precisa una dosis indicadora para determinar la presencia y grado de la toma de radioyodo por el tiroides. En el bocio difuso tóxico el tiroides suele tomar aproximadamente el 70 por 100 y en estas circunstancias la dosis inicial en un sujeto con un bocio pequeño debe ser de 6 a 8 milicuries, debiendo disminuir esta dosis a 4 milicuries si los síntomas son ligeros y si el bocio es muy pequeño o aumentarla hasta 115-200 milicuries si el bocio es muy grande y los síntomas graves. Con este régimen, el control de los síntomas se obtiene en alrededor de la mitad de los casos después de la dosis inicial, apareciendo hipotiroidismo en otro 100 a 15 por 100. En el bocio nodular tóxico es baja la toma por el tiroides, alrededor del 20 por 100, por lo cual el tratamiento con I¹³¹ no se debe realizar más que en ciertas circunstancias. La dosis inicial en estos casos, con bocios de tamaño moderado, es de 20 milicuries; si el bocio es grande o los síntomas son graves, puede ser aumentada hasta 35 milicuries, siendo generalmente necesario el repetir las dosis a intervalos de dos meses. El bocio suele disminuir de tamaño, pero no desaparece enteramente, aun cuando se consiga eliminar el hipertiroidismo.

Gastroenterology.

25 - 4 - 1953

Rasgos clínicos y bioquímicos de la insuficiencia hepática: Discusión de conjunto. Moderador: H. F. Butt. Miembro de la reunión: D. S. Amatuzio, J. L. Bollman, G. J. Gabuzda, B. Giges, V. M. Sborov y D. Seligson. Biopsia por punción del hígado. VIII. Experiencias con granulomas hepáticos. G. P. Wagoner, A. T. Anton, E. A. Gall y L. Schiff.

- * Incidencia de residuos de la hepatitis viral. L. Zieve, E. Hill, S. Nesbitt y B. Zieve.
- * Función hepática modificada por alteración del flujo sanguíneo hepático. J. L. Bollman y J. H. Grindlay.
- * Alteraciones en la vascularización del hígado enfermo. J. D. Mann, K. G. Wakim y A. H. Baggenstoss. Tolerancia a la glucosa oral como prueba de función hepática. T. J. Rankin, R. L. Jenson y M. Delp. Bilis "leche de calcio". L. Pelner y W. Puderbach.
- * Colecistografía en la cirrosis portal sin ictericia. C. L. Cunniff, M. A. Dolan y C. M. Leevy.
- * Varices esofágicas: Incidencia comparativa de ulceración y ruptura espontánea como una causa de hemorragia fatal. N. H. Chiles, A. H. Baggenstoss, H. R. Butt y A. M. Olsen.
- * Un caso raro de ictericia en un enfermo con sarcoidosis. G. Wagoner, D. G. Freiman y L. Schiff.
- * Histoplasmosis humana: Una enfermedad con manifestaciones variables y a menudo con afectación del sistema digestivo. H. J. Shull. Aspectos clínicos y diagnósticos de la esquistosomiasis. H. A. Horstman.
- * Exactitud diagnóstica en la úlcera gástrica. F. B. Mc Glone y D. W. Robertson.

Residuos de la hepatitis viral.—Los autores han estudiado 367 hombres que habían tenido una hepatitis viral aguda, de cuatro a seis años antes, por medio de

un examen clínico completo, una batería de once pruebas de función hepática y biopsia hepática en casos seleccionados. Fue posible separar los casos en subgrupos relativamente puros de hepatitis infecciosa y sérica. Se obtuvieron también datos de 69 individuos que habían tenido ataques agudos múltiples o prolongados; estos hombres formaban un grupo que tenían la lesión aguda más intensa. También estudiaron 137 hombres que habían estado expuestos al virus, pero que no habían tenido hepatitis. Todos estos grupos los comparan con un grupo control. No se vieron esencialmente diferencias entre los diversos grupos en cuanto a las pruebas que miden primariamente la función hepatocelular; las únicas pruebas que mostraron diferencias significativas no explicables por factores extraños fueron las que dependen de alteraciones en las proteínas o lipoproteínas del suero. El promedio de turbidez del sulfato de zinc fue mayor en los casos de hepatitis infecciosa que en los de hepatitis sérica o los controles; lo mismo ocurrió en cuanto a la turbidez del timol; la concentración media de colesterina del suero fue más alta en las hepatitis que en los controles y aproximadamente la misma en los dos tipos de hepatitis; el oro coloidal dio lecturas menos normales entre las hepatitis que en los controles. Fueron normales 58 de 60 biopsias hepáticas por punción realizadas en casos post-hepatitis; fueron normales 12 de 16 biopsias hechas en casos controles; los pocos casos de anomalía en cada grupo podían relacionarse con un consumo de alcohol excesivo, salvo dos individuos con granuloma inespecífica. En conclusión, la incidencia de anomalías hepáticas funcionales o estructurales no es mayor en los enfermos que tuvieron hepatitis viral que en los que no la padecieron; parece haber residuos inmunológicos de la hepatitis viral, que se manifiestan por anomalías en las pruebas relacionadas con las proteínas o lipoproteínas, y en este respecto la respuesta al virus de la hepatitis infecciosa es más intensa y prolongada que la del virus de la hepatitis sérica.

Modificación de la función hepática por alteración del flujo sanguíneo del hígado.—Declaran los autores que la cantidad de sangre que pasa a través del hígado del perro en reposo y en ayunas no se altera apreciablemente por la ligadura de la arteria hepática; se reduce definitivamente después de la oclusión de la porta y después de la hepatectomía parcial. La capacidad del hígado para eliminar la sulfobromoftaleína depende del flujo sanguíneo total por el hígado; esta capacidad no se modifica por la ligadura de la arteria hepática, pero se reduce algo después de la hepatectomía parcial y considerablemente después de la oclusión de la porta o en presencia de cirrosis. El aclaramiento de sulfobromoftaleína por unidad de sangre que pasa a través del hígado es similar en los animales normales y en los animales después de la ligadura de la arteria hepática, de la oclusión portal o de la hepatectomía parcial, pero está reducida en presencia de cirrosis experimental; este cambio indica un cortocircuito a través del hígado más bien que una alteración de las células hepáticas. La cantidad de glucosa añadida a la sangre por el hígado es similar en condiciones de ayuno para cada una de las condiciones experimentales estudiadas, pero la cantidad que aporta el hígado a la sangre aumenta tras la administración de insulina; esta adición es menor después de la hepatectomía parcial o en presencia de cirrosis; en ninguno de los animales estudiados se apreció lesión celular hepática aguda y los hígados de todos los animales fueron capaces de acaparar el azúcar añadido a la sangre.

Alteraciones en la vascularización en el hígado enfermo.—Los autores han estudiado la circulación en el hígado humano por medio de una técnica especial de inyecciones. Describen los patrones habituales que se encuentran en el hígado normal y en la cirrosis avanzada, tanto postnecrótica como alcohólica, y presentan los patrones vasculares en casos de cirrosis grasa, hemocromatosis con hepatoma y cirrosis tratada por li-

gadura de la arteria hepática. Los resultados tienden a confirmar los estudios previos que indicaban que la alteración pronunciada en la vascularización del hígado cirrótico asociada con intensa distorsión del lecho vascular se deben al desarrollo de los nódulos de regeneración.

Colecistografía en la cirrosis portal.—Los autores han realizado la colecistografía en 50 enfermos con cirrosis portal sin ictericia con el fin de relacionar la visualización de la vesícula biliar con los hallazgos clínicos, bioquímicos e histológicos. La visualización fue buena en 14 enfermos (28 por 100), mala en 20 (40 por 100) y ausente en 16 (32 por 100); se demostraron cálculos no sospechados en 9 enfermos (18 por 100). La capacidad para visualizar la vesícula biliar en la cirrosis portal sin ictericia está relacionada con la intensidad de la enfermedad del hígado; la ascitis, cifras altas de retención de bromosulfaleína, floculación de la cefalina fuertemente positiva y marcada fibrosis en la biopsia, se asocian frecuentemente con la no visualización de la vesícula, la cual mejora con la terapéutica. A su juicio, la colecistografía representa otra prueba de función hepática; no se asocian habitualmente con efectos desfavorables; su empleo en los trastornos crónicos del hígado es deseable en vista de la alta incidencia de cálculos y sus complicaciones potenciales; con una visualización pobre o nula de la vesícula, debe emplearse una dosis doble del medio de contraste si los síntomas sugieren la litiasis. La no visualización de la vesícula en los enfermos con hepatopatía intensa debe atribuirse a la disminución de la reserva hepática, pero la colecistitis, colelitiasis u otros factores extrahepáticos son responsables de la no visualización en enfermos con alteraciones hepáticas leves.

Varices esofágicas sangrantes.—Los autores han estudiado en la autopsia el esófago de 91 casos de varices esofágicas sangrantes. Se eliminaron 11 casos porque no pudo encontrarse el origen de la hemorragia. En 31 (39 por 100) de los 80 casos restantes no se vió evidencia de ulceración, por lo que se dedujo que las varices se habían roto espontáneamente por aumento de la presión hidrostática; en 45 casos (56 por 100) existía una ulceración de grado suficiente para haber sido de importancia primaria en la perforación de la variz; en cuatro casos (5 por 100) no pudo determinarse si la ruptura se produjo espontáneamente o fue precipitada por la ulceración. Concluyen que, en ocasiones, el aumento de la presión hidrostática da origen a las varices esofágicas y ocasionalmente la ruptura espontánea y la hemorragia, pero, sin embargo, en la mayoría de los casos la ulceración es el factor complicante que acelera la perforación inminente de la vena. Terminan diciendo que cualquier procedimiento quirúrgico o médico que sea eficaz en el tratamiento de las varices esofágicas deberá tener presente siempre ambos factores.

Ictericia en la sarcoidosis.—Los autores presentan un caso raro de ictericia en un enfermo de veinticinco años con sarcoidosis. Existía ictericia desde hacía treinta meses y se asocia con aumento persistente de la turbidez del timol y del sulfato de zinc y elevación de las cifras de fosfatasa alcalina y lípidos totales del suero. En tres biopsias hepáticas se vieron signos de una hepatitis no-viral añadida a los típicos granulomas y la biopsia de un ganglio linfático abdominal mostró también las características lesiones de la sarcoidosis.

Histoplasmosis humana: Afectación del sistema digestivo.—La mayor parte de los trabajos publicados sobre histoplasmosis tratan de la forma diseminada de la enfermedad, con resultado uniformemente fatal. Pero más recientemente se ha demostrado que existe una forma benigna, caracterizada por evidencia radiológica de calcificaciones pulmonares y reacciones cutáneas positivas a la histoplasmina. Entre estos dos extremos puede haber otras lesiones localizadas que tienden a la curación, permanecen estacionarias o son sólo lenta-

mente progresivas y raramente fatales. El diagnóstico de la histoplasmosis depende de la demostración del germen por el examen microscópico de los tejidos y también por los frotis o cultivos de la sangre, médula ósea, esputos, heces y exudado de las úlceras, debiéndose tener presente que los cultivos pueden tardar en crecer de cuatro a seis semanas; la inoculación a cobayas, conejos o ratones puede también ser útil; ayuda al diagnóstico el resultado de la prueba intracutánea y la determinación de los anticuerpos específicos en el suero por medio de la reacción de fijación del complemento. La afectación digestiva en la histoplasmosis se ha visto a menudo que en el examen postmortem, cuando los síntomas digestivos no eran importantes; sin embargo, en ocasiones, la intensidad de los síntomas digestivos enmascara el cuadro de la histoplasmosis diseminada y no se reconoce la verdadera naturaleza del trastorno gastrointestinal. El autor lo demuestra sobre la base de las historias de dos casos: en uno de ellos, se obtuvo el germen por el frotis directo de las úlceras típicas en el recto inferior y por la biopsia de las lesiones vistas en la sigmoidoscopia. Sugiere este método para su empleo rutinario en los enfermos sospechosos de tener una histoplasmosis del tracto intestinal. También ha observado el autor varios casos de lesión activa localizada; uno de los sitios más frecuentes es la orofaringe y presenta un caso muy ilustrativo.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

92 - 6 - 1953

- * Hipertensión frénica o postenfisematoso. C. F. Geochickter y A. Popobici.
- * Estudios sobre la angitis necrotizante. H. C. Wknowles Jr., P. M. Zeek y M. A. Blankenhorn.
- * Síndrome de Hamman-Rich. J. W. Peabody Jr., H. A. Buechner y A. E. Anderson.
- Mioglobulinuria. R. Hed.
- Profilaxis con antibióticos en las enfermedades respiratorias crónicas. L. V. McVay Jr. y D. H. Sprunt.
- Eliminación de electrolitos, agua y mercurio después de la administración oral de neohydrión. J. H. Moyer, C. A. Handley, R. A. Seibert y H. B. Snyder.
- Curso difuso y en ocasiones recurrente de la arteritis difusa. R. H. Kampmeier y J. L. Shapiro.
- Teoría sobre la acción de la hormona tiroidea. P. Starr y R. Liebhold-Schueck.
- Progresos en Medicina interna: Patogenia de la hipertensión esencial. G. E. Wakerlin.
- Ruptura de un aneurisma aórtico en la vena cava superior. D. L. England.
- Feocromocitoma antes y después de la cirugía. E. B. Levin.
- Observaciones de la motilidad gástrica durante las crisis gástricas. S. I. Patrick y R. J. Reeves.

Hipertensión frénica o postenfisematoso.—Los autores llaman la atención sobre el probable papel del enfisema o la rigidez pulmonar como un factor en la hipertensión esencial; para subrayar que no se refieren a la hipertensión de la circulación pulmonar, denominan a dicha forma hipertensión postenfisematoso o frénica. Tenían enfisema 60 de 75 enfermos de más de cuarenta años con historia de ataques asmáticos de dos o más años de duración, y 28 de ellos, o sea el 46 por 100, presentaban hipertensión arterial; utilizando estandares similares para los límites superiores de la presión normal (160/90 mm. Hg.), el porcentaje correspondiente de personas con hipertensión en la población general está entre el 20 y 25 por 100. En 15 enfermos con enfisema extríseco no complicado de asma, pero resultante de factores que fijan la pared torácica, como espondilitis, senilidad y osteoartritis, también se presentó hipertensión, particularmente en los casos complicados por fibrosis pulmonar o lordosis asociada a obesidad abdominal. Concluyen que el enfisema de larga duración con pérdida de la presión intratorácica negativa en enfermos de más de cuarenta años puede conducir a la hipertensión, especialmente cuando el enfisema se complica por asma bronquial o fibrosis pulmonar o cuando concurre con lordosis postural y obesidad. La hipertensión frénica parece ser el resultado de la pérdida de la presión negativa intrapleural con aumento de la pre-

sión venosa asociado a congestión renal y espasmo arteriolar compensador. El papel de la congestión venosa en la hipertensión puede demostrarse colocando al enfermo con enfisema en lordosis en posición tumbada, que comprime la vena cava inferior; en las personas normales la presión desciende o sigue igual, mientras que en los hipertensos la presión sistólica aumenta ligeramente y la diastólica se eleva 15,20 ó más mm. Hg.; en los enfermos con hipertensión frénica la presión se eleva aún más si pasan de la posición erecta a la de lordosis lumbar. La postura anormal con obesidad abdominal añadida al enfisema parece ser uno de los factores que conducen a la hipertensión en las personas con sobrepeso; cuando aumenta la presión en la vena cava inferior al inclinar hacia atrás al enfermo o cuando se le coloca en posición lordótica, se reduce el flujo plasmático renal y se eleva la presión diastólica. En dos perros hechos hipertensos por el método de Page, mejoró la hipertensión por un shunt portocava que reduce la presión venosa. Entre las personas con enfisema y asma bronquial había algunos con infarto miocárdico; los autores creen que esto puede explicarse por un retorno venoso coronario a la aurícula izquierda empeorado por la presencia del aumento de la presión intrapleural; la existencia de cor pulmonale es otro impedimento más al flujo coronario. Es significativo que tanto la hipertensión como el asma, y particularmente los ataques asmáticos, mejoran cuando se digitaliza a estos enfermos o se les da dilatadores coronarios como la aminofilina. Finalmente, la lesión miocárdica, con o sin hipertensión, así como la leve anoxemia crónica en enfermos con enfisema intenso de larga duración, explican adecuadamente la hipertrofia del titular derecho que se encuentra en la autopsia de tales enfermos.

Estudios sobre las angitis necrotizantes.—Los autores han revisado 35 casos de periarteritis nodosa y 10 de angitis por hipersensibilidad, apreciando notables diferencias en cuanto a su curso y sintomatología; además, han encontrado que los casos de periarteritis nodosa son divisibles clínicamente en dos grupos, a los que designan como primarios y secundarios. En los 14 casos de periarteritis nodosa primaria había lesiones diseminadas en diversos estadios en la necropsia después de un largo curso clínico caracterizado por síntomas gastrointestinales, neuropatía periférica, corrientemente hipertensión y ocasionalmente eosinofilia. Los 21 casos de periarteritis nodosa secundaria eran esencialmente casos de enfermedad renal con hipertensión, en los que se iniciaron unas pocas lesiones de periarteritis nodosa poco tiempo antes de la muerte; en ellos, los hallazgos clínicos de la periarteritis nodosa estaban encubiertos por los de la grave enfermedad renal e hipertensión. En marcado contraste, las manifestaciones clínicas de los 10 casos de angitis por hipersensibilidad fueron las de una enfermedad fulminante, caracterizada por fiebre, rash cutáneo, nefritis, miocarditis y frecuentemente una historia de ingestión reciente de sulfonamidas. Concluyen que la periarteritis nodosa y la angitis de hipersensibilidad pueden diferenciarse clínicamente y representan dos enfermedades completamente distintas.

El síndrome de Hamman-Rich.—Señalan los autores que como ha aumentado la experiencia sobre el síndrome de Hamman-Rich se ha visto que el término de fibrosis intersticial difusa aguda de los pulmones es inexacto y confuso. Varios trabajos confirmaron la existencia de formas crónicas de la enfermedad y, además, como el término de fibrosis se refiere al resultado final, sería mejor hablar de neumonitis intersticial fibrosamente difusa; tampoco este término es correcto, pero apelaciones más concisas, como fibrosis del pulmón o fibrosis pulmonar idiopática, carecen de especificidad. Por ello, los autores incluyen dichos casos dentro del síndrome de Hamman-Rich, que definen como una enfermedad pulmonar aguda o crónica de etiología desconocida y caracterizada clínicamente por tos, disnea y cianosis en asociación con mínimos hallazgos físicos y un

curso progresivo y esencialmente afebril. Los hallazgos radiológicos no siguen ningún patrón y el rasgo más distintivo es el aspecto microscópico; el tejido intersticial pulmonar muestra una profusa reacción fibrosa que varía desde una proliferación de fibroblastos jóvenes al depósito de grandes cantidades de tejido conectivo hialinizado; entremezcladas con los elementos fibrosos hay numerosas células inflamatorias, predominantemente linfocitos y células plasmáticas, con pocos macrófagos y ocasionalmente eosinófilos. Excepto la administración de oxígeno y el tratamiento sintomático, poco puede hacerse por estos enfermos. Aunque los autores han podido obtener una dramática demostración del valor potencial de la cortisona y ACTH en este síndrome, siguen impresionados con las limitaciones y peligros de la terapéutica hormonal; en tres enfermos se produjo una violenta exacerbación de la enfermedad pulmonar, en dos de ellos al suprimir la cortisona y en el otro al disminuir la dosis de ACTH; los tres murieron. Subrayan que los enfermos con una enfermedad pulmonar difusa indeterminada, asintomática o con síntomas leves, no deben someterse al tratamiento endocrino, puesto que el curso es relativamente benigno; en los enfermos con proceso de larga duración no se debe dar cortisona o ACTH, ya que la fibrosis impide cualquier mejoría significativa. Si se decide la terapéutica hormonal, preferiblemente en los casos intensos precoces, debe administrarse estreptomicina concomitantemente. Como no puede anticiparse lo que va a ocurrir al suprimir las hormonas, es aconsejable que una vez instituida la terapéutica endocrina debe continuarse indefinidamente y si se ensaya la suspensión deben administrarse de forma que la suprarrenal resuma gradualmente su función y al primer signo de curso desfavorable dar ambas hormonas a grandes dosis y con terapéutica del antibiótico de espectro amplio.

Administración oral de neohydrin.—Los autores han estudiado la eliminación de electrolitos, agua y mercurio después de la administración oral de dos tiomercuriales y un cloromercurial (neohydrin). El neohydrin es el diurético más eficaz, a juzgar por el aumento en la eliminación de sodio y agua; esta mayor eficacia se debe probablemente a una mejor absorción en el tracto gastrointestinal y consiguientemente mayor eliminación en la orina. Además, el neohydrin tiene propiedades diuréticas más potentes; esta última observación se hizo después de la administración parenteral de las tres drogas a grupos similares de enfermos con insuficiencia cardiaca. Aproximadamente el 5-10 por 100 de la cantidad ingerida del diurético se absorbe y es eliminada por la orina, según determinaciones de la excreción de mercurio. El umbral renal para la producción de diuresis está entre 5 y 8 mg. Hg.; por lo tanto, debe ingerirse el diurético en cantidades que contengan de 60 a 80 mg. Hg. si se absorben cantidades adecuadas y se liberan uniformemente en los tubos renales. Se ha observado aumento en la eliminación de sodio con pequeñas cantidades (40 mm. Hg., cuatro tabletas), que no se asociaba con aumento en la eliminación de agua. Este fenómeno puede permitir la deplección del sodio almacenado si se da la droga diariamente, evitándose así la insuficiencia cardiaca durante períodos de tiempo prolongado, a pesar del hecho de que después de dicha dosis de neohydrin no se aprecia una diuresis aguda.

Acción de la hormona tiroidea.—Los autores han estudiado los efectos de la sodio-l-tiroxina, triyodotironina, sodio-d-tiroxina, yoduro potásico y un placebo, sobre el acaparamiento de yodo radioactivo en 144 sujetos normales. No se observó efecto del placebo. Se necesita por lo menos cinco veces más de yodo en forma inorgánica que en combinación hormonal para deprimir el acaparamiento; cuando se da dicha cantidad, se produce la depresión sin aumento en el yodo proteico del suero. La sodio-l-tiroxina reduce el acaparamiento del yodo radioactivo con aumento en el yodo proteico del

sueco; también lo deprime la sodio-d-tiroxina, aunque cabe la posibilidad de contaminación con el levoisómero. Este efecto, si es real, ocurre sin aumento en el yodo proteico del suero. La triyodotironina tiene el efecto máximo en la reducción del acaparamiento a una dosis de sólo 8 gammas diarias por vía oral; una dosis de 4 gammas es ineficaz y dosis mayores que aquéllas no son las efectivas. En este estudio la triyodotironina demostró ser cinco veces más potente que la tiroxina; hay un descenso del yodo proteico del suero cuando la triyodotironina produce una reducción del acaparamiento de yodo radioactivo. Los autores llegan a la conclusión de que parece imposible que la tiroxina proporcione la catalisis calorígena para las necesidades habituales del organismo en un medio ambiente benigno; cuando se acumula en la circulación, a juzgar por el aumento en el yodo proteico, se reduce proporcionalmente la actividad de la hormona tirotrópica; el fracaso en la inhibición de este mecanismo conduce al hipertiroidismo. En una situación de demanda abrupta, en la que se produce un aumento de diez veces en la actividad catalítica calorígena, un enzima deshalogenante "in situ" transforma la tiroxina en triyodotironina, que es la que proporciona dicho aumento de la actividad calorígena durante un corto periodo de tiempo; el fracaso en la inhibición de este mecanismo origina la enfermedad de Graves.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

98 - 1 - 1954

- Divertículos del esófago. F. H. Lahey y K. W. Warren.
- Análisis de 49 casos de carcinoma de células escamosas del ano. R. S. Grinnell.
- Tratamiento con aureomicina de la prostatitis crónica. W. E. Schatten y L. Presky.
- Cáncer de la porción torácica superior del esófago. W. L. Watson, R. Luomanen y J. T. Goodner.
- Efecto en perros de la cirugía después de la irradiación. G. E. Gustafson y F. A. Cebul.
- Uso de eritromicina en ciertas infecciones quirúrgicas. E. J. Pulaski y S. A. Wesolowski.
- Carcinoma del intestino grueso. P. L. Parringer, M. B. Dockerty, J. M. Waugh y J. Arnold Bargen.
- Tratamiento de la ostomielitis crónica. T. E. Wilson.
- El acceso quirúrgico anterior combinado para el carcinoma del esófago torácico superior. D. B. Conerly, R. I. Carlson y H. W. Scott.
- Cambios electropotenciales en la vejiga urinaria aislada de mamífero. E. L. Corey y S. A. Vest.
- Factores precipitantes de la trombosis venosa. J. C. Patterson y J. McLachlin.
- Variaciones anatómicas y cambios anatomopatológicos en la coartación de la aorta. O. T. Clagget, J. W. Kirklin y J. E. Edwards.

Carcinoma de células escamosas del ano.—Se estudia una serie de 49 enfermos con este proceso vistos desde 1916 a 1952, conociéndose los resultados conseguidos a los cinco años en 38 casos. Se debe hacer biopsia de todas las lesiones anales para asegurar la existencia del carcinoma. Es muy rara la incidencia de metástasis por vía sanguínea, pues sólo se encontraron en dos enfermos, pareciendo menos frecuente que en el carcinoma rectal. En siete casos de 25 se demostraron metástasis en los ganglios perirectales y mesocólicos. Muy poco frecuente es la metastatización en los ganglios inguinales y sólo muy tarde. El tratamiento por irradiación se acompañó de dolor intenso y prolongado y dio lugar a estenosis parcial del ano con incontinencia en la mayoría de los pacientes en que se usó. Como es cuestionable que la irradiación pueda destruir la invasión cancerosa de los ganglios perirectales y mesocólicos, parece que la cirugía radical mediante la resección abdominoperineal ofrece las mejores garantías de curación, pues como la excisión local no extirpa los ganglios regionales no es operación recomendada ni en pequeños tumores que, a pesar de su pequeño tamaño, pueden tener metástasis.

Tratamiento con aureomicina en la prostatitis crónica.—Se tratan 20 enfermos con prostatitis crónica no asociada con ninguna otra enfermedad genitourinaria

con aureomicina. La esterilización permanente de la orina se obtuvo en solamente un enfermo. Las diferentes dosis de la droga no cambiaron los resultados. Muchos gérmenes nuevos, distintos de los obtenidos antes del tratamiento, aparecieron durante o después del mismo sin que los hallazgos bacteriológicos se influyeran por el masaje prostático. Se obtuvo mejoría sintomática en todos los casos a los 4-5 días de instituido el tratamiento, pero los signos y síntomas reaparecieron después en todos aquellos con infección persistente. En la orina se obtuvieron concentraciones adecuadas de aureomicina, pero en la secreción prostática solamente se encontraron pequeñas cantidades del antibiótico.

Eritromicina en ciertas infecciones quirúrgicas.—Confirman las observaciones de que la eritromicina es excretada por el sistema biliar no obstruido en mayores concentraciones que las del suero sanguíneo. Los únicos efectos nocivos de esta droga son los trastornos gastrointestinales, consistentes en dolor epigástrico, náuseas o diarrea ligera, que aparecieron en el 21 por 100 de los casos, aunque ninguno fué lo bastante intenso para obligar a interrumpir la administración. Estas reacciones parecen menos intensas si se administra la eritromicina en grageas entéricas. Muchos de los enfermos tratados no mostraron respuesta clínica a la penicilina o a los antibióticos de amplio espectro. De las infecciones estafilococicas se beneficiaron el 79 por 100, consiguiéndose buenos resultados en infecciones agudas de los huesos, septicemia, pericolangitis con drenaje adecuado del árbol biliar, prostatitis aguda, epididimitis aguda y enteritis estafilococica. Fué de poco o ningún valor en las infecciones por gérmenes resistentes a la eritromicina, con tejidos necróticos no secuestrados, endocarditis bacteriana subaguda, prostatitis crónica y empiema. La respuesta favorable aparece hacia las setenta y dos horas, pero si no se observan beneficios a los cinco días no hay que persistir en el tratamiento.

Cáncer del intestino grueso.—Se describe el lecho venoso del intestino grueso y recto desde el punto de vista de las distintas posibilidades de la metástatización por vía sanguínea hacia diversas estructuras del organismo. El sistema portal sirve normalmente para el drenaje del colon y los dos tercios superiores del recto, y de esta manera es el hígado el órgano que aparece más vulnerable a las metástasis. Los exámenes microscópicos han revelado células malignas en las venas en un 20 por 100 de casos. Se hace una descripción detallada de un nuevo método de examen, consistente en la visualización radiográfica del lecho venoso del intestino carcinomatoso resecado mediante la inyección de brominol. El 51 por 100 de los casos examinados por este método tenían uno o más vasos ocluidos en algún punto cercano o lejano a la neoplasia resecada. Usan métodos de tinción especiales para el examen microscópico del tipo de vaso invadido, siendo la tinción de Van Gieson la de elección. Queda como problema a resolver si todos los enfermos con bloqueo venoso demostrable radiológicamente son candidatos potenciales a las metástasis sanguíneas.

Factores precipitantes de la trombosis venosa.—Las teorías actuales hacen jugar papeles importantes en la aparición de la trombosis venosa al traumatismo local, a la anormal coagulabilidad sanguínea y al estancamiento venoso. La sección seriada completa de 21 casos de trombosis venosa incipiente ha mostrado concluyentemente que la enfermedad o el traumatismo de la pared no es un factor en la precipitación del trombo venoso en las extremidades inferiores. La comparación de los niveles antemortem de fibrinógeno, fibrinógeno B, antitrombina, alfa-tocoferol, fibrinolisis y del recuento de plaquetas, con la presencia o ausencia de trombosis en enfermos que murieron subsecuentemente, fracasó para demostrar ninguna relación en los casos de los autores, concluyendo que las anomalías de la coagulación sanguínea de los tipos estudiados no son factores

res importantes en la etiología de la enfermedad. La gran tendencia de los trombos a iniciarse en los ápices de la base de las válvulas sugiere que el estancamiento venoso es el principal factor en la etiología de la flebotrombosis. De ahí que las medidas dirigidas a mejorar el retorno venoso después de las operaciones son las más recomendables como preventivas del proceso flebotrombótico.

The New England Journal of Medicine.

248 - 19 - 7 de mayo de 1953

- * Transfusión de plaquetas: Su conservación. M. Stefanini y W. Dameshek.
- Empleo del tartrato de levo-dromoran para el dolor post-operatorio. R. D. Hunt y F. F. Foldes.
- * Empleo del ACTH en el síndrome de Stevens-Johnson. R. Vander Meer y cols.
- Función adrenocortical en la anorexia nerviosa antes y después de la lobotomía. M. D. Alschule.
- Vectocardiografía espacial. L. Wolff y cols.
- Perforación de la aorta por úlcera esofágica benigna. G. L. Nardi.

Transfusión de plaquetas: Su conservación.—En los últimos años se ha descrito una serie de métodos para conservar y separar las plaquetas al objeto de ser transfundidas. Estos métodos no tienen todos la misma eficacia cuando se transfunden a sujetos con púrpura trombopenica. La forma mejor de transfundir plaquetas parece que es la transfusión de sangre fresca de sujetos con policitemia, empleando jeringuillas de silicona. Las plaquetas separadas y resuspendidas en su propio plasma, o en solución salina, reducen grandemente su tiempo de supervivencia, aunque tienen utilidad para vencer la hemorragia de los enfermos con trombopenia. El empleo de superficies que no se molan previene la aglutinación de las plaquetas y constituye un avance en la toma de sangres para que las plaquetas no se aglutinen. Las plaquetas sobreviven en los sujetos con trombopenia unos cuatro o cinco días y este tiempo de supervivencia se reduce considerablemente si se presenta una reacción a la transfusión, si hay una intensa esplenomegalia y en los que han recibido múltiples transfusiones, ya que en ellos se desarrollan anticuerpos frente a las plaquetas extrañas.

Empleo del ACTH en el síndrome de Steven-Jhonson.—El síndrome es muy semejante al descrito por REITER, RENDU y BEHÇET, de tal forma que no existe una neta separación entre los mismos. La mayoría de las veces el síndrome es benigno, pero en ocasiones puede ser mortal por la presentación de complicaciones tales como afectación pulmonar, intensa toxemia, náuseas y vómitos, e incluso hematemesis. La mayoría de los autores comprenden a la enfermedad como una virosis. Tiene interés que el caso que los autores presentan regresó rápidamente con el empleo del ACTH, terapéutica que debe usarse en todos los casos por benignos que parezcan, ya que hacen regresar rápidamente todas las manifestaciones.

248 - 21 - 21 de mayo de 1953

- * Empleo del Diamox, un inhibidor de la carbonicoanhidrasa, como diurético por vía oral en los enfermos con asistolia congestiva. Ch. K. Friedberg y cols.
- Infarto mesentérico masivo después de ligar la mesentérica inferior para resear el colon por un carcinoma. R. S. Shaw y Th. H. Green.
- Embarazo ectópico en el canal inguinal derecho. A. A. Levi.
- Tratamiento médico de la hipertensión arterial. E. Meilman.
- Influenza A en el embarazo.

Empleo del diamox, un inhibidor de la carbonicoanhidrasa como diurético por vía oral, en los enfermos con asistolia congestiva.—Este diurético tiene su fundamento en el hecho de que la inhibición de la acción de la carbonicoanhidrasa en el tubo renal no sólo afecta a la eliminación de hidrogeniones, sino que disminuye la

retención del sodio. Las sulfamidas se han mostrado como inhibidores de este fermento, pero su efecto es muy ligero, en tanto que el compuesto denominado diamox tiene una acción sobre la carbonicoanhidrasa mucho más intenso y no da lugar a manifestaciones tóxicas. De 26 enfermos con asistolia congestiva en que fué empleado, en 18 se pudo demostrar una intensa diuresis con pérdida de peso y mejoría de los síntomas, que hacen que sus resultados puedan ser comparados a los de los diuréticos mercuriales.

248 - 22 - 28 de mayo de 1953

Algunos problemas de la práctica médica soviética. M. G. Field.

- * Cáncer pancreático duodenal. W. V. McDermott y M. K. Bartlett.
- Tratamiento de la acidosis respiratoria con Nalline. M. J. Dulfano y cols.
- * Hipercalcemia del sarcoido tratada con cortisona. R. W. Phillips.
- Tratamiento médico de la hipertensión arterial. E. Meilman.
- Análisis sobre una serie de exámenes médicos periódicos. N. Lenson.

Cáncer pancreático duodenal.—Se comparan los resultados conseguidos en una serie de cánceres de la cabeza del páncreas, ampolla de Vater, conducto biliar y duodeno, que fueron sometidos a la resección con otros similares en los que únicamente se llevó a cabo una cirugía paliativa. De esta estadística se deduce que en general los resultados de la duodenostomía no son satisfactorios, aunque individualmente algunos casos aislados han encontrado mayor beneficio con la resección, particularmente aquellos afectos de cáncer del duodeno. Los métodos recientes de resección de la vena porta y los linfáticos de esta región pueden mejorar el pronóstico quirúrgico de estos enfermos.

Hipercalcemia del sarcoido tratada con cortisona.—La sarcoidosis puede acompañarse de algunas complicaciones entre las cuales se cuenta la aparición de hipercalcemia. El mecanismo del aumento del calcio no está bien aclarado, pero ofrece el peligro de su precipitación en los tejidos, fundamentalmente en el riñón, en forma de cálculos renales o bien de calcinosis. La hipercalcemia parece estar en relación con el grado de actividad de la afección. Por este motivo el autor trata a estos enfermos con cortisona, con lo cual obtienen una disminución del calcio en sangre.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

92 - 4 - 1953

- * Estructura microscópica de la membrana corioalantoidea del embrión normal de pollo. E. Borysko y F. B. Bang.
- Desarrollo del virus de la enfermedad de Newcastle en las células epiteliales y fibroblastos de los cultivos tisulares. F. B. Bang.
- * Desarrollo del virus de la enfermedad de Newcastle en las células de la membrana corioalantoidea estudiado en finas secciones. F. B. Bang.
- * Venografía esplenoportal. H. T. Benson, R. D. Slone y A. Blalock.

Estructura microscópica de la membrana corioalantoidea del embrión normal de pollo.—Los autores consideran de gran interés este estudio, debido a la gran importancia que esta membrana ha adquirido en la actualidad, como medio de cultivo de virus y estudio en él de los aspectos submicroscópicos de esta enfermedad. Asimismo les sirve de punto de partida para posteriores estudios sobre enfermedades víricas. Emplean el microscopio electrónico.

Consideran que la mejor tinción es la de ácido ósmico y que ésta debe hacerse antes de aislar la membrana. Encuentran las siguientes estructuras: a) Pequeñas prolongaciones, como dedos, en la cara libre de las células epiteliales que están junto a la cavidad alantoidea; cada célula llega a tener hasta 3.600 de estos elementos. b) Densos gránulos, que consideran como condensaciones del plasma. c) Mitocondrias de variable estructura; y d) Elementos colágenos que pueden ser observados igual directamente que en los residuos de la digestión triptica.

Desarrollo del virus de la enfermedad de Newcastle en las células de la membrana corioalantoidea estudiado en finas secciones.—El autor estudia tres especies distintas del virus productor de la enfermedad de Newcastle, las cuales presentan amplia variación en cuanto a su virulencia. Observa que la especie más virulenta rápidamente destruye el citoplasma del huésped, tanto en la superficie como en la profundidad de la célula. También parecen encontrarse partículas del virus.

Las especies menos virulentas destruyen pocas células, causan hiperplasia y están casi siempre presentes en la membrana superficial. La forma avirulenta no causa en absoluto ninguna desestructuración celular. Aspectos semejantes se han podido recoger en los cultivos tisulares de estos tipos de virus.

Venografía esplenoportal.—Los autores describen una nueva técnica de esplenoportografía, utilizando para ello la inyección a través de la piel del material radiopaco en el bazo.

Consideran la importancia que la esplenoportografía tiene, ya que si bien el diagnóstico del síndrome de hipertensión portal por obstrucción intrahepática es fácil por lo general, no suele suceder lo mismo en la obstrucción extrahepática; esto adquiere gran importancia en los momentos actuales en los que se practican distintos tipos de intervenciones que estarían indicados según el lugar y extensión de la obstrucción esplénica o portal.

Los autores aportan una amplia iconografía de su método.

92 - 5 - 1953

- * Inhibición de la reacción local de Schwartzman por la heparina. L. Cluff y M. Berthrong.
- Metabolismo de los tejidos animales anafilácticamente hipersensibles cuando se añade el antígeno "in vitro". R. H. Follins.
- Modificación de la actividad fermentativa del neumococo a través de reacciones de transformación. R. Austrian y M. Colowick.
- Destrucción de una clase de fibrosarcoma humano en cultivos tisulares tras la siembra del virus de la poliomielitis: Información previa. M. Stoler y M. K. Gey.

Inhibición de la reacción local de Schwartzman por la heparina.—Observan los autores que la heparina administrada a grandes y frecuentes dosis al conejo inhibe las manifestaciones del fenómeno local de Schwartzmann, mientras que ante la inyección de toxinas bacterianas la heparina, a las mismas dosis, no es capaz de impedir la reacción pirógena y sistemática.

En el estudio histológico observan los autores que las trombosis y hemorragias que forman importante parte en la reacción local precoz de Schwartzman, cuando ésta se manifiesta normalmente, no existen en absoluto, ya que la acción de la heparina, a las dosis que se ha dado a estos animales, es anticoagulante, consideran los autores que la formación de trombos es lo esencial en este fenómeno y que, por tanto, al no poderse éstos formar, desaparece todo síntoma de reacción local.