

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

ESTUDIOS SOBRE GENETICA.—Doctor Darlington. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1954.—Un volumen de 192 páginas con 8 figuras, 86 pesetas.

Este libro, que se publica traducido por la Editorial Científico Médica, aunque no pretende ser un tratado completo, sin embargo expone en forma sencilla muchos de los progresos modernos en la ciencia genética con una inteligente selección de problemas palpitantes de este sector de la biología. Así, por ejemplo, el problema de los plasmogones y la controversia sobre el lisenkoismo, la química de los cromosomas, el aspecto genérico del mejoramiento, etc. Su lectura ofrece un interés general.

CANCER GASTRICO EXPERIMENTAL.—Doctor A. Lipschutz.—Editorial C. Publicaciones. Santiago de Chile, 1954.—Un volumen de 91 páginas con una figura.

Este pequeño librito se basa en una ponencia del autor sobre el cáncer gástrico y en él se contienen interesantes referencias a trabajos de diferentes escuelas y algunos personales relacionados con el cáncer.

DEUTSCH-ENGLISCHES, ENGLISCH-DEUTSCHES, WORTERBUCH FÜR ARZTE.—Doctores F. Lejeune y W. E. Bunjes.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 1.737 páginas, 58,50 DM.

El segundo tomo de este diccionario, inverso al primero, es inglés-alemán, y lo mismo que el anterior, constituye un vocabulario muy completo, donde los términos médicos y palabras no-médicas, pero empleadas frecuentemente en los escritos médicos, son analizados de modo muy completo, explicándose siempre numerosas acepciones y ocasiones de empleo. Sin duda, el diccionario es muy útil para eventuales traducciones, pero sobre todo para la selección de vocablos al redactar escritos médicos.

PROCTOLOGIA. "OPERA MEDICA".—Doctor René Henry y S. B. Ettore.—Ediciones Toray. Barcelona, 1954.—Un volumen de 293 páginas con figuras.

El avance de la técnica hace necesaria la especialización, y la Proctología constituye hoy una especialidad que ha rendido ya muchos beneficios en la operabilidad y en los resultados en varias enfermedades del recto, principalmente en el cáncer, pero asimismo también en la mejor atención de procesos que constituyen un sufrimiento para el enfermo y que, sin embargo, no son con frecuencia lo bastante atendidos por el médico o cirujano especialista del aparato digestivo. La escuela de Bensaude ha sido una de las que contribuyó más a este avance. Por eso, este libro, que traduce la prosecución de aquella experiencia, es de interés práctico. Tratamientos sencillos y técnicas experimentales son tratados dentro del objetivo práctico que, sin duda, se han trazado los autores.

LIBROS RECIBIDOS

"Taschenbuch der praktischen Medizin". Dr. J. Kottmaier.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 1.058 páginas, 36 DM.

"Ramón y Cajal, Maestro de Generaciones".—Doctor Juan Nasio.—Unión de Editores Latinos. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 144 páginas.

"Fisiopatología clínica".—Dr. Ferdinand Hoff.—Editorial Labor. Barcelona, 1955.—Un volumen de 778 páginas con 133 figuras, 340 pesetas.

"Análisis clínicos por fotocolorimetría".—Dr. R. J. Mora Lara.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 247 páginas con 34 figuras, 65 pesetas.

"Tratado de las Enfermedades Infecciosas en la infancia. Tomos I y II.—Dr. José María Sala.—Editorial Científico Médica. Barcelona, 1955.—Un volumen de 1373 páginas con 441 figuras, 785 pesetas.

B) REFERATAS

Medicina Clínica.

21 - 3 - 1953

- Una nueva protozoosis pulmonar. La neumonía pneumocystica de los prematuros. F. Prandi Farrás.
- Sobre el papel de las venas comunicantes insuficientes en las varices esenciales. V. Salleras y F. Ruz.
- El N-Butil bromuro de hioscina (buscapina) en el tratamiento de las enfermedades de aparato digestivo. F. Broggi y Luch Trull.
- Contribución morfológica al estudio de la patogenia de la siringomielia. M. Mari Martínez y J. M. Genis Gálvez.
- Aportación de un nuevo caso de sarcoma del yeyuno. L. G. Reitz Puig y F. Bosch Figuerola.
- Patogenia de las alteraciones vasculares en la diabetes. P. Camps Juncosa.
- Resultados de 50 plomajes extrapleurales con Alkathene después de tres años de observación. G. Xalabarder.
- Tratamiento de la esterilidad funcional mediante la asociación estrógenos-progesterona. J. María Urgel Roca.

Tratamiento de la fractura de la diáfisis femoral en el niño. F. Domenech-Alsina.

Aportación de dos casos interesantes en traumatología: Luxación antero-interna de codo y luxación genuina anterior de rodilla. J. Mora López.

Segundo caso de dirofilariosis conjuntivae humana en España. G. Rodríguez López-Neyra y R. Arandes Adán.

Esplenomegalia de la hepatitis aguda viral. J. Solsona Collera.

Cuadros leucémicos periféricos aparecidos después del tratamiento con derivados de la iperita (mostazas nitrogenadas y la bis-2-cloro-etil-beta naitilamina). F. Ciscar Rius, J. Pedro Botet y J. Serradell Capdevilla.

Nuevos avances en la terapéutica ginecológica. M. Soliva Corominas.

El N-Butil bromuro de hioscina (buscapina) en el en el tratamiento de las enfermedades de aparato digestivo.—Exponen los autores los resultados obtenidos en el tratamiento de 64 enfermos de aparato digestivo

con buscapina. Hacen notar que varios casos que respondieron poco a las dosis habitualmente recomendadas presentaron una franca mejoría al administrarles dosis mucho mayores.

Los mejores resultados se han obtenido en los trastornos intestinales. Los dolores de las enterocolitis y el estreñimiento espástico han respondido siempre a la medicación, a veces muy brillantemente.

En las gastropatías la buscapina ha manifestado una acción francamente favorable, en la mayoría de los casos, como coadyuvante al tratamiento del úlcus gastroduodenal y en algunos de dispepsia hiperesténica.

En el tratamiento del cólico hepático la buscapina sola suele ser ineficaz. En las colecistopatías litiasicas es de acción inconstante.

En dos casos de achalasia de cardias, y en uno de discinesia hipertónica, los resultados obtenidos con buscapina han sido poco manifiestos.

Contribución morfológica al estudio de la patogenia de la siringomielia.—Se hace un estudio histológico de cuatro ganglios simpáticos de la cadena lumbar de un siringomiélico.

Los cuatro ganglios extirpados fueron inmediatamente fijados en formol neutro al 20 por 100, formol-bromo de Cajal y en los líquidos fijadores de De Castro.

Las impregnaciones han sido efectuadas por el método de Bielschowsky-Gros con variantes de tinción nuclear de Del Río Hortega.

De dicho estudio se desprende, como hecho característico, un aumento numérico global de los elementos neuróglícos.

La gliomatosis observada es considerada como probablemente primitiva en íntima relación con la gliosis medular típica de la siringomielia, y asimismo producida por gérmenes espongiblasticos anormalmente desplazados de la cresta neural durante el desarrollo embrionario.

Resultados de cincuenta plombajes extrapleurales con Alkathene después de tres años de observación.—Del análisis detallado de 50 casos de plombaje extrapleural con Alkathene después de tres años de observación, llega el autor a las siguientes conclusiones:

Que el plombaje extrapleural con paquetes de Alkathene es un buen método de colapsoterapia que proporciona un 80 por 100 de curaciones durables cuando puede ser practicado correctamente.

La única complicación observada fué la supuración tardía de la bolsa extrapleural, que no se ha presentado hasta después de cinco a seis meses de la intervención. Su causa inmediata ha sido siempre la evolución de las lesiones por colapso insuficiente sin que pueda ser atribuida directamente a intolerancia del material de plombaje. Esta complicación se ha presentado en nueve casos de los 50, pero fué solamente del 2,8 por 100 entre los plombajes bien conseguidos.

Los paquetes de Alkathene son mejor tolerados por los tejidos que la esponja de Polystán y no provocan la formación de adherencias con los tejidos circundantes.

Por su transparencia radiológica no dificultan tampoco el control postoperatorio del colapso conseguido.

No es aconsejable que este método suplante a la toracoplastia cuando esta última esté plenamente indicada.

Medicina.

22 - 1 (2) - 1954

El empleo terapéutico de la hidrazida del ácido isonicotínico en la enfermedad de Addison. E. Romero.

* Terapéutica del hipertiroidismo con la dimetil-dithio-pidantoina. V. Pozuelo.
Psicopatología del cautiverio. R. González Mas.
Método de activación y artefactos más frecuentes en electroencefalografía. J. C. Oliveros Pérez y D. Mármol Plaza.

Terapéutica del hipertiroidismo con la dimetil-dithio-pidantoina.—Presenta una casuística de 27 casos de hipertiroidismo tratados con dimetil-dithio-pidantoina.

El resultado clínico fué excelente en los 25 casos en que se toleró el medicamento. Dos casos tuvieron vómitos de intolerancia gástrica que no permitieron continuar. Siete casos presentaron manifestaciones cutáneas exantemáticas, papulosas y hasta pustulosas, bien resueltas con antihistamínicos. Cuatro manifestaron hiperpirexia. Cuatro fueron intervenidos quirúrgicamente, sin complicaciones, de tiroidectomía subtotal.

La dosis empleada ha sido de dos comprimidos de 100 miligramos, tres veces al día, antes de las comidas, sin ninguna otra terapéutica coadyuvante hasta lograr un metabolismo normal.

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

13 - 2 - 1954

Anomalias congénitas del ciego. M. Ruiz.
* Dermatitis carenciales en cirróticos. R. Joao Marques.
Mesenterio común. V. García Vivila.
Apendicitis en un mesenterio ileo-cólico común. R. Canals Mayner.
Angioma cavernoso del hígado. A. Gálcart Esquerdo y J. Maroto.
Úlcera péptica y butazolidina. J. Calvo Melendro.

Dermatitis carenciales en cirróticos.—El autor se refiere a la elevada frecuencia de lesiones cutáneas de origen carencial entre 60 cirróticos por él observados y compara la incidencia de tales lesiones con las encontradas en igual número de pacientes no cirróticos (con idéntico nivel de vida internados en las mismas enfermedades). En estos últimos las dermatosis carenciales fueron no sólo mucho más raras, sino también bastantes menos intensas. Las lesiones más frecuentes fueron las serosis y la hiperqueratosis con hiperpigmentación, habiendo sido aún encontrados diferentes grados de glósis. El autor se inclina a pensar que ellas radican principalmente en la dependencia de carencia del factor PP y de la avitaminosis A, pero contando con datos histopatológicos dice no ser posible, a la altura que se encuentran sus estudios, hacer afirmaciones definitivas.

Circulation.

8 - 1 - 1953

* Estudio de la utilidad y limitaciones del contrachoc eléctrico, masaje cardíaco, epinefrina y procaina en la reanimación cardíaca tras fibrilación ventricular. R. Wégria y otros.
* Síndrome del ductus arterioso persistente e hipertensión pulmonar. H. Hultgreen y otros.
Procesos de envejecimiento en los sistemas arterial y venoso de las extremidades inferiores. M. D. Pareira, F. Handler y H. T. Blumenthal.
Estudio hecho por sístole simulada en la necropsia. I. Starr, T. Schnabel y R. L. Mayok.
Estudio sobre las propiedades hemodinámicas de los derivados tiofánicos Ro 2-222 (Arfonad). N. S. Assali, R. A. Douglas y R. Suyemoto.
Curvas de dilución de colorantes en la enfermedad claustrógena congénita del corazón. H. J. C. Schwan, J. Zapata Díaz y E. H. Wood.
Medida del tono vasoconstrictor en las extremidades de los hipertensos. H. J. Kowalski y otros.
Efecto de la prisolina en la eliminación del sodio radioactivo de los músculos y piel de las extremidades del hombre normal y enfermo. J. Freund, L. H. Wisham y R. S. Yallow.

Reanimación cardíaca tras fibrilación.—Las eventualidades que pueden causar una fibrilación ventricular son el infarto de miocardio, la electrocución, digital y drogas de acción digital, cloroformo, epinefrina, traumas mecánicos químicos y térmicos e intervenciones quirúrgicas, especialmente en tórax. En el gato, la fibrilación ventricular puede ceder espontáneamente; pero no en el hombre y perro, animal éste que utilizan los autores en sus experiencias. Comprueban la eficacia del contrachoc eléctrico, el masaje cardíaco, la epinefri-

na y la procaina en parar la fibrilación experimental producida eléctricamente. El más útil de estos procedimientos es el primero, el que, sin embargo, si no se aplica inmediatamente de la iniciación, debe ser precedido de masaje. La epinefrina puede ser útil para mejorar el trabajo cardíaco tras el paro de la fibrilación, pero aumenta la frecuencia de recurrencia. Tampoco consideran útil la procaina.

Ductus arterioso persistente con hipertensión pulmonar.—Estudian los autores ocho casos en los que hallaron asociada hipertensión pulmonar a la persistencia del ductus arterioso. En cuatro, se comprobó un paso inverso (derecha-izquierda de la corriente) y de éstos en tres había cianosis. En los otros cuatro no se pudo demostrar, pero era de sospechar por el cuadro clínico. En dos de éstos la ligadura del conducto dió buen resultado.

Todo parece indicar que la base del síndrome es la elevación de resistencia en el lecho capilar pulmonar; la causa de esta elevación no está clara, aunque en un caso se comprobó una arteritis difusa y en otro trombosis con recanalización. En algún caso se ha podido demostrar la existencia de la enfermedad desde el nacimiento. La cirugía está indicada en aquellos casos en los que no hay paso de sangre derecha-izquierda. El signo diagnóstico más importante es la exigometría y la cateterización cardíaca.

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

13-6-1953

- Efectos de la adrenalina sobre el metabolismo de los 17-hidrocorticosteroides en el hombre. A. A. Sandberg, D. H. Nelson, J. G. Palmer, L. T. Samuels y F. H. Tyler.
- * Efecto del ACTH y la cortisona sobre la concentración de anticuerpos circulantes en la hepatitis aguda. P. L. Eichman y W. P. Havens.
- Observaciones comparativas observando la utilización y excreción de glucosa, fructosa y azúcar invertido. J. Bertino, N. Dawson, R. French, S. Margen y L. W. Kinsell.
- Efecto del ACTH intravenoso sobre el nivel sanguíneo de ácido ascórbico y de sulfidrilos determinado por una técnica amperométrica modificada. J. W. Goldzieher, P. R. Epstein, W. B. Rawls y M. A. Goldzieher.
- Fraccionamiento por distribución contra corriente de los estrógenos urinarios en normales y en el hipercortisolismo. C. J. Migeon.
- * Valoración clínica comparativa de los preparados estrogénicos mediante los índices menopáusico y amenorréico. H. S. Kupperman, M. H. G. Blatt, H. Wiesbader y W. Filler.
- * Algunos efectos metabólicos y bioquímicos del metilandrosteron. F. Homburger, R. M. Dart, C. D. Bonner, G. Branche, S. C. Kasdon y W. H. Fishman.
- Influencia de los esteroides suprarrenales y gonadales sobre la toma de yodo por el tiroides. W. Zingg y W. F. Perry.
- * Uso de la cortisona en la hiperplasia suprarrenal congénita en el varón. C. F. Gastineau, G. B. Logan, A. Albert y H. L. Mason.
- Actividad estrogénica del éster monobenílico de estilbestrol en el humano. E. C. Jungck y W. E. Brown.
- Dosificación de la metiltestosterona. H. Lissner, R. F. Escamilla y G. S. Gordan.
- Hiperparatiroidismo. H. E. Balch, E. H. Spiegel, A. L. Upton y L. W. Kinsell.
- La necesidad de un inhibidor de la gonadotropina. L. Wilkins.

ACTH y cortisona y concentración de anticuerpos circulantes.—Se administró ACTH o cortisona a 10 enfermos Schick-negativos con hepatitis aguda a diferentes intervalos después de la inyección de toxoide diftérico purificado, midiendo las cantidades de antitoxina circulante mediante titulación en la piel de conejos. No se observó alteración significativa cualitativa de producción de anticuerpos o de la intensidad de la respuesta inmunológica comparada con la de pacientes con hepatitis viral inmunizados de modo similar, pero que no recibieron ACTH ni cortisona.

Valoración de los preparados estrogénicos mediante los índices menopáusico y amenorréico.—Mediante es-

tos índices se ha comparado la eficacia de diversos estrógenos esteroidales y no esteroidales en la mujer. Se usaron 18 preparados diferentes, observándose el siguiente orden de efectividad: Los más efectivos son el etinil-estradiol, estrógenos equinos conjugados y etinil-estradiol más estradiol libre. La vitamina E no se mostró más activa que un placebo, mientras el fenobarbital consiguió mejores resultados. Otros diversos compuestos cristalinos de sulfato de estrona, incluyendo un derivado piperazínico, no fueron tan efectivos a dosis equivalentes como los estrógenos equinos conjugados. El estilbestrol, dinestrol, hexestrol y TACE (considerado como pro-estrógeno), mostraron una actividad intermedia entre los tres primeros grupos de drogas y el fenobarbital.

Efectos metabólicos y bioquímicos del metilandrosteron.—Los estudios practicados en sujetos con artritis reumatoide, cáncer de mama y otras enfermedades, muestran que el metilandrosteron origina: 1) Retención de nitrógeno en los enfermos con balance nitrogenado negativo. 2) Contrarresta el efecto catabólico proteico del ACTH y reduce la excreción urinaria de esteroides que ha sido aumentada por el ACTH. 3) En jóvenes con enfermedad neurológica, la toma de 300 miligramos diarios de metilandrosteron por boca no aumenta la excreción de 17-cetoesteroides. 4) En sujetos con datos radiológicos de osteogénesis en el curso del tratamiento con androsteron para las metástasis óseas del cáncer de mama, no hubo elevación del nivel sérico de fosfatasa alcalina. 5) Se observaron aumentos persistentes y significativos del nivel de proteínas plasmáticas en dos enfermos que habían conseguido una satisfactoria mejoría del cáncer de mama metastásico. 6) La impresión que se tiene de los efectos beneficiosos del metilandrosteron en el cáncer de mama parecen más estrechamente relacionados con sus efectos anabólicos de las proteínas que con su androgenicidad.

Cortisona en la hiperplasia suprarrenal congénita.—Un niño de nueve años que mostraba las características de la hiperplasia suprarrenal congénita fué tratado por espacio de un año con cortisona, mostrando un moderado aumento de la fuerza y resistencia. Como resultado de este tratamiento se observaron disminución de la excreción urinaria de 17-cetoesteroides, aumento en la excreción de corticosteroides y prácticamente completa supresión de actividad estrogénica de la orina.

Gastroenterology.

26-3-1954

- Enteritis regional. W. N. Van Patter y otros.
- * Estudio roentgenológico del tracto gastrointestinal en casos probados de sarcoidosis, con una revisión de la literatura. S. H. Lorber, H. Shay y H. Woloshin.
- * Tratamiento de la colitis ulcerosa. W. J. Grace, R. H. Pinski y H. G. Wolf.
- * Duración de la sangre químicamente demostrable en las heces a continuación de la ingestión de sangre total. W. C. Breidenbach y G. R. Priddy.
- Efectos de los nuevos compuestos antisecretorios sobre la motilidad y secreción gástrica en el hombre y en el perro. R. D. McKenna, S. A. Smith y D. M. Wyse.
- * Valoración "in vitro" de los antiácidos más frecuentemente empleados con especial referencia a las tabletas. N. E. Rosset y M. L. Rice.
- * Gastritis crónica hipertrófica. E. D. Palmer.
- Efectos de la urea oralmente administrada a sujetos sanos y su respuesta gástrica secretoria a la histamina. J. O. Burke y S. G. Page.

Sarcoidosis gastrointestinal.—Los autores estudian 21 casos de sarcoidosis por medio de papilla de bario y enema opaco, no encontrando en ninguno datos sugeridores de sarcoidosis digestiva. En la literatura hallan que entre 100 autopsias, en ocho casos hay afectación digestiva; de estos ocho casos, cuatro tenían tuberculosis y dos sífilis. Otros autores han encontrado lesiones localizadas de sarcoidosis en nueve enfermos a los que se había hecho resección gástrica subtotal. Sólo en dos casos se encontró sarcoidosis diseminada. Los autores concluyen que la sarcoidosis raramente interesa al tracto gastrointestinal y que las lesiones localizadas

asociadas a enfermedad inflamatoria crónica gastro-intestinal o de las vías linfáticas digestivas pueden desarrollar las características de la sarcoidosis.

Tratamiento de la colitis ulcerosa.—Los autores estudian y tratan a un grupo de 34 pacientes con colitis ulcerosa por un método en el que lo más importante es el alivio del stress psíquico, comparándolo con otro grupo de 34 enfermos también en el cual el tratamiento está basado en las drogas y dieta. Ambos grupos eran lo más parecidos posible en edad, duración de la enfermedad y cuadro radiológico. Los resultados de la terapéutica en cuanto a cifras de mortalidad, cantidad de operaciones y complicaciones graves, fué considerablemente mejor en el grupo tratado por el alivio del stress que en el otro.

Sangre demostrable en heces.—Los autores estudian en 34 sujetos normales cuánto tiempo les dura la sangre en heces tras la hemorragia alta simulada. Los sujetos ingirieron su propia sangre en una sola vez (120, 330 ó 600 c. c.) o en cantidades de 50 c. c. por períodos de diez días. Tras la ingestión de 120 c. c., la negatividad se observó generalmente antes del quinto día; el tiempo medio fué de tres días y siete horas. Tras la ingestión de 330 ó 600 c. c., la duración media fué de cinco días y diez horas, con un máximo de siete días. Entre los que tomaron 50 c. c. durante diez días, todos ellos se negativizaron a los ocho días de la última toma; la duración media fué de cinco días y siete horas.

Valoración de antiácidos.—Los autores comparan la eficacia antiácida del hidróxido de aluminio, en forma líquida y de tabletas, por medio de una técnica de valoración "in vitro". Sus estudios demuestran que la forma líquida es superior a la de las tabletas. El aluminio en forma de aminoacetato de dihidroxialuminio es tan eficaz tanto en forma de líquido como en tabletas como el anterior compuesto. Las mezclas de glicina y carbonato cálcico se han encontrado eficaces con tal de que se usen en grandes cantidades. El gel de hidróxido de aluminio combinado con leche de magnesio se ha encontrado más eficaz que el hidróxido de aluminio solo. Variando la proporción de leche de magnesio, nos es permitido también controlar el peristaltismo intestinal.

Gastritis hipertrófica.—Los autores estudian, por medio de la biopsia, las características histopatológicas de zonas de gastritis crónica diagnosticada por gastroscopia. Examinan muestras de 43 estómagos. En sólo 11 de estas muestras se puede encontrar anormalidad histopatológica y ésta era siempre ligera y poco característica; nunca se pudo observar hiperplasia glandular o un intenso proceso infiltrativo. Concluyen los autores del presente trabajo que, si bien la característica gastros-cópica de la gastritis crónica hipertrófica es personal, no sucede lo mismo en cuanto a sus caracteres histopatológicos.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

93 - 2 - 1954

Contenido en porfirina de la médula ósea del hígado en varias formas de porfiria. R. Schmid, S. Schwartz y C. J. Watson.

- * Presente concepto y tratamiento de la malaria por "Plasmodium vivax". A. V. Myatt y G. R. Coatney.
- * Asociación de poliuria y albuminuria con hipertensión de origen renal unilateral. Q. B. Deming.
- * Neoplasias secundarias del corazón. R. C. Burnett y M. B. Shimkin.
- * Instilación nasal e inhalación de vitamina B₁₂ en anemia perniciosa. R. W. Monto y J. W. Rebuck.
- Concentración de fibrinógeno en el infarto agudo de miocardio. S. Losner, B. W. Volk y N. D. Wilensky.
- Mononucleosis infecciosa y síndrome de Guillain-Barré. M. Raftery, E. E. Echumacher, G. O. Grain y E. L. Quinn.
- Enfermedades cardiovasculares. R. S. Schaaf.
- * Uso de la cortisona para la prevención y tratamiento del iodismo grave. W. H. Waugh.
- Hemoglobinuria paroxística "a frigore" en una sífilis congénita tratada. R. Roseblum y E. J. Cetnar.

Malaria por "Plasmodium vivax".—El principal objeto del presente artículo es presentar la forma más racional de tratamiento actual de la malaria por "P. vivax" sin hacer mención de la epidemiología, parasitología y aspectos clínicos del proceso. Tampoco hacen mención de la infección por "P. malariae" y "P. ovale", que son raramente vistos en Estados Unidos. A veces se ve el "P. falciparum". Estos tipos de malaria varían en sus formas de recaídas según su origen geográfico: las especies adquiridas en zonas templadas, muestran largos períodos de latencia, correspondientes a los meses de invierno; las especies tropicales, no muestran estas latencias. Las situaciones intratisulares del "P. vivax", que son las responsables de las recaídas, actualmente pueden ser tratadas mediante primaquina, 15 miligramos, dados en una sola dosis diaria durante catorce días, y los parásitos en la sangre con cloroquina. 2,5 gr.

Poliuria y albuminuria en la hipertensión.—El autor describe el caso de una mujer joven en la que se desarrolló una hipertensión que fué aparentemente curada con la extirpación de un riñón atrófico, distal a una arteria renal lesionada. Entre los síntomas iniciales del proceso no figuró la hipertensión, sino poliuria y pon-dipsia, albuminuria, edemas y pérdida de peso. En vista de ello, los autores revisan la literatura sobre la hipertensión renal experimental. También recuerdan algunos otros casos tratados por nefrectomía, mostrando que estos efectos no son infrecuentes en los casos humanos.

Neoplasias secundarias del corazón.—Los autores encuentran 53 casos de neoplasias metastáticas del corazón entre 288 necropsias de enfermos con procesos neoplásicos. Se encontraron metástasis o afectación cardíaca en un 14 por 100 de los enfermos con carcinoma o sarcoma y en un 25 por 100 de las leucemias. El diagnóstico en vida sólo fué hecho en dos enfermos, a pesar de lo cual, revisando retrospectivamente el proceso, se encontraron señales de la afectación cardíaca en el 50 por 100 de los casos. Electrocardiogramas variables, pero anormales, se encontraron en 23 de 32 enfermos.

Instilación nasal e inhalación de vitamina B₁₂ en la anemia perniciosa.—Los autores ensayan la administración por inhalación e instilación nasal de la vitamina B₁₂ en solución isotónica de cloruro sódico y lactosa. Resultó de su administración a 12 enfermos con anemia perniciosa en recaídas una respuesta clínica y hematológica adecuada. La situación de 20 enfermos con anemia perniciosa en remisión ha sido correctamente mantenida durante períodos hasta de dieciocho meses. Terminan los autores asegurando que esta forma de tratamiento no sólo es eficaz, sino también segura y económica.

Prevención y tratamiento del yodismo por la cortisona oral.—El autor describe un caso en el cual la administración oral de cortisona pareció mejorar un caso de grave sensibilidad al yodo. Entonces, demuestra también que la administración de esta hormona puede prevenir estas reacciones, lo cual es de gran interés, dada la extensión que hoy en día tienen los derivados del yodo en el terreno diagnóstico y terapéutico. Aunque aún es desconocida la patogenia de estas reacciones, el hecho de su respuesta a la cortisona parece inclinar nuestro ánimo a las teorías de base alérgica.

The American Journal of the Medical Sciences.

227 - 1 - 1954

- * Transmisión placental del factor del lupus eritematoso. R. G. Bridge y F. E. Foley.
- Recaída de la malaria "vivax" tratada con primaquina y descripción de un caso de cianosis (metahemoglobinemia) debido a la primaquina. J. E. Hansen, E. A. Cleve y F. W. Pruitt.

- * Neumotórax espontáneo. M. R. Jones y H. A. Lyons. Nuevas consideraciones sobre la etiología de la ictericia tras administración de arsénamina. D. G. Pocock.
- * Hemoglobinuria paroxística nocturna: Descripción de un caso tratado con corticotropina. H. Fundenberg, W. L. Palmer y J. E. Kirsner.
- Problemas fundamentales de la inyección por chorro. W. W. Coon, P. E. Hodgson y D. L. Hinerman.
- * Síndrome de la vena cava superior. M. Murray Schechter.
- * Uso de la apresolina en el síndrome arterioesclerótico hipertensivo. J. Kleh y J. P. Fazekas.
- Efecto de la depleción de potasio inducida por el acetato de desoxicorticoesterona sobre la dosis letal de lanató-sido C en perros. S. Zeeman, S. Hirsch y S. Bellet.
- * Tratamiento prolongado de la artritis reumatoide con ácido para-aminobenzoico y acetato de cortisona. L. L. Wiesel y A. S. Barritt.
- Efecto del ácido para-aminobenzoico sobre el metabolismo de la cortisona en el tejido hepático. L. L. Wiesel.
- Observaciones sobre la respuesta diurética al Paraphyllin (R-3.588), Neohydrin y Mercurhydrin administrados solos o combinados. M. C. Silverthorne y J. H. Moyer.

Transmisión placentaria del factor del lupus eritematoso.—Los autores empiezan describiendo la serie de elementos que comprenden con el nombre de fenómeno del lupus eritematoso, que consideran como pasos previos a la formación de las células del lupus eritematoso.

Demuestran este fenómeno del lupus eritematoso en un recién nacido cuya madre padecía lupus eritematoso diseminado. Es la primera observación que se recoge de este tipo. Esto se considera como la consecuencia del paso a través de la placenta del factor del lupus eritematoso. Cuatro meses después del nacimiento ya no se puede demostrar la presencia del fenómeno del lupus eritematoso. No se han podido poner de manifiesto anticuerpos contra el factor del L. E.

Neumotórax espontáneo.—Los autores consideran que aproximadamente uno de cada mil enfermos que ingresan en el Hospital Naval de Filadelfia padecen neumotórax espontáneo. Estudian 60 casos estudiados por ellos. De estos 60 casos, solamente uno padecía tuberculosis pulmonar. La causa más frecuente es la rotura de ampollas o vesículas subpleurales. La actividad física no parece tener relación ninguna con la iniciación del proceso. Tampoco la intensidad del colapso pulmonar con la de la sintomatología. En más de la mitad de los casos no se presentó ninguna complicación. La más frecuente fué el hidrotórax y la recurrencia del neumotórax. En la mayoría de los casos se siguió un tratamiento conservador. A veces se hizo aspiración intrapleural.

Hemoglobinuria paroxística nocturna.—Los autores describen un caso tratado con cortisona. Consideran que el síntoma más importante de este proceso es el dolor abdominal y suponen que la enfermedad es mucho más frecuente de lo que habitualmente se supone. Deben concederse especial importancia a los casos diagnosticados como abdomen agudo quirúrgico y anemias atípicas, refractarias al tratamiento. En el caso reportado, la ACTH ha sido útil, pero se debe poner en duda la prudencia de efectuar este tratamiento de forma continuada. Crean los autores que es éste un tema muy importante a investigar.

Síndrome de la vena cava superior.—El autor revisa 22 casos por él observados de obstrucción de la vena cava superior. Las más importantes manifestaciones de este síndrome son: cianosis, edema de la cara, cuello y extremidades superiores y aumento de la presión venosa en las extremidades superiores con ingurgitación de las venas superficiales, mientras permanecen normales las inferiores. La causa más importante fueron los tumores malignos intratorácicos por invasión de la pared venosa. Después, con mucha diferencia y frecuencia, que se hace cada vez más rara, viene los aneurismas. Debido a la distensibilidad de la pared venosa, las hemorragias intracraneales apenas se pudieron observar.

Uso de la apresolina.—Los autores someten a tratamiento con apresolina a un grupo de enfermos viejos, con hipertensión y arterioesclerosis, durante 5-7 meses

y a dosis suficientes para disminuir considerablemente las presiones sistólica y diastólica (400 a 1.300 mg.). En sólo un enfermo (de 17) fué necesario interrumpir el tratamiento. La circulación cerebral aumentó, disminuyendo la resistencia de los vasos cerebrales, lo que parece indicar una acción directa de la apresolina sobre éstos. Mientras estuvieron sometidos a tratamiento, toda su sintomatología mejoró; cuando eran sometidos a la administración de placebos, nuevamente recaían.

Tratamiento prolongado de la artritis reumatoide.—Los autores dan cuenta de los resultados obtenidos en el tratamiento de la artritis reumatoide en 31 enfermos, durante períodos de uno o más años, por medio de una combinación del ácido paraaminobenzoico y la cortisona. Treinta de estos enfermos mostraron una mejoría comparable a la obtenida con dosis mucho mayores de cortisona administrada sola. Fué insignificante la presencia de hipercorticalismo. Tampoco pudo observarse ninguna otra de las complicaciones que suelen aparecer durante la terapéutica con cortisona.

Annals of Internal Medicine.

40 - 1 - 1954

- Problemas de la cirugía cardiovascular. J. V. Maloney y A. Blalock.
- * Obstrucción pilórica en la úlcera péptica. H. P. Roth y D. Liebowitz.
- Efecto de la polimixina B oral sobre la "Pseudomonas aeruginosa" en el tracto gastrointestinal. G. Y. Mills y B. M. Kagan.
- * Conceptos fundamentales en el diagnóstico del sprue. R. Rodríguez Molina.
- * Trabajo cardíaco en el "tratamiento en la silla" de la trombosis coronaria aguda. W. S. Coe.
- Stress emocional antes de la apoplejía: Nota previa sobre 20 casos. A. Ecker.
- * Sobre el diagnóstico del linfoma maligno del tracto gastrointestinal. E. L. Lame, C. A. Velat y R. P. Custer.
- Dilatación masiva de la aurícula izquierda. S. Sloan, R. C. Ploek, J. Kirshbaum y T. Freedman.
- * Esclerodermia: Relación entre las alteraciones pulmonares y la enfermedad esofágica. P. R. Mahrer, J. A. Evans e I. Steiberg.
- * Sarcoidosis: Afectación hepática. J. H. Branson y J. H. Park.
- * Ictericidad debida a la terapéutica por metil-testosterona. P. J. Almaden y S. W. Ross.
- Neumotórax espontáneo complicando una neumonía. L. Love y J. C. King.
- Hiperesplenía congénita con pancitopenia. E. Shandbrown y R. L. Westerman.
- * Intoxicación por potasio, presumiblemente debida a insuficiencia adrenocortical aguda. J. H. Felts.
- Fiebre intermitente de Charcot de dos años de duración debida a carcinoma de la ampolla de Vater. P. R. von Eigen.
- Simulación de un tumor mediastínico por una fiebre tísica de la aigües. W. J. Sayer, L. F. Parmley y J. de L. S. Morris.

Obstrucción pilórica por úlcera péptica.—Los autores examinan los datos suministrados por 83 enfermos con úlcera péptica y retención gástrica. Todos ellos fueron sometidos en primer lugar a un tratamiento médico. Cuarenta y cuatro respondieron bien inicialmente, pero en 16 de ellos se presentó recurrencia del proceso. Se puede sospechar la recurrencia o no curación por procedimientos médicos cuando los síntomas no han cedido durante la primera semana de tratamiento. Los enfermos en los que hubo que recurrir a la cirugía generalmente eran de más edad y presentaban una historia antigua de úlcera en la que habían abundado las complicaciones con frecuentes vómitos y crisis anteriores de obstrucción. La obstrucción a menudo estaba ocasionada por una úlcera activa en piloro o duodeno que asentaba sobre una cicatriz que ya estenosaba.

Diagnóstico del esprúe.—Hace el autor una revisión de 100 casos de esprúe vistos por él y que no presentaron complicaciones. Eran 57 hombres y 43 mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y los 78 años, con un promedio de 40,14 años. Hace un análisis de la frecuencia de los distintos síntomas que nos pueden orientar el

diagnóstico. Son éstos: la cronicidad del proceso de comienzo insidioso, estomatoglositis, disturbios gastro-intestinales (dispepsia, diarrea y esteatorrea), debilidad y pérdida de peso, presencia de alta proporción de clorhídrico libre en el estómago (90 por 100), anemia macrocitaria, hiperpigmentación de la piel y presencia de atrofia en la mucosa gástrica y rectosigmoidea.

Trabajo cardíaco en el sujeto sentado.—El autor determina el trabajo cardíaco en seis enfermos que reposan en posición recostada y de nuevo con estos mismos pacientes sentados en un sillón. En todos los enfermos, el trabajo cardíaco era menor cuando estaban sentados. En el que más, la reducción del trabajo cardíaco llegó a un 23 por 100. Esto viene a dar la razón a la observación de LEVINE, según la cual los enfermos con trombosis coronaria aguda se benefician frecuentemente por el reposo sentados.

Linfoma maligno digestivo.—Los autores, durante un período de observación de cinco años, encuentran un gran número de linfomas malignos entre los tumores del aparato digestivo: el 20 por 100 de los tumores gástricos, casi la mitad de los del intestino delgado y muy raros en el grueso. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil; dolor epigástrico, anorexia, náuseas y vómitos, sin signos de obstrucción, ligera pérdida de peso, no anemia, tumor palpable y una gran masa tumoral en el estómago, son datos que nos pueden inclinar hacia el diagnóstico de linfoma. La diferenciación radiológica suele ser imposible.

Esclerodermia.—Son estudiadas las alteraciones pulmonares de la esclerodermia en 57 casos. La disnea era el síntoma más frecuente. Radiológicamente se puede observar fibrosis y ocasionalmente formación de quistes, lo más frecuentemente en las bases. La fibrosis progresiva termina en el cor pulmonale. En sólo un 56 por 100 ó un 69 por 100 de éstos se encuentran alteraciones esofágicas, lo cual elimina la neumonía por aspiración como causa única de los síntomas pulmonares de la esclerodermia. La afectación pulmonar en este proceso es mayor probablemente de lo que se cree. Los autores la encuentran en 16 de los 79 enfermos por ellos observados, es decir, en un 20 por 100.

Sarcoidosis: Presentación de un caso con afectación hepática.—Los autores presentan un caso de sarcoidosis en el cual los síntomas de afección hepática figuraban en el primer plano: ictericia, ascitis, alteración del espectro proteico del plasma e inanición que condujo a la muerte. El diagnóstico fué hecho tres años antes del fallecimiento por el estudio histológico de lesiones cutáneas. La autopsia confirmó el diagnóstico y permitió estudiar las lesiones hepáticas, que consistían en cambios cirróticos: destrucción de la arquitectura hepática, cambios fibróticos, etc.

A continuación hacen una revisión de la literatura sobre la afectación hepática en casos de sarcoidosis; en autopsias, encuentran que en un 66,5 por 100 de los casos existía esta afectación.

Ictericia por metiltestosterona.—Los autores describen un caso de ictericia debida al uso terapéutico de la metiltestosterona; es este caso el número 19 descrito en la literatura. La ictericia es progresiva, pero las pruebas de laboratorio no muestran afectación de la célula hepática y una recuperación total sigue a la suspensión del tratamiento. Hacen biopsia y laparatomía con biopsia directa; en ambas encuentran estasis biliar en la porción central de los lobulillos hepáticos sin obstrucción de los grandes conductos biliares ni afectación hepatocelular. Aunque el mecanismo de esta alteración no está claro, piensan los autores que puede deberse a un exceso de viscosidad de la bilis.

Intoxicación por potasio por insuficiencia adrenocortical.—El autor presenta un caso típico de intoxicación por potasio debida a una insuficiencia adrenocortical de

origen funcional. Este síndrome se ha estudiado en la insuficiencia renal y en perros adrenalectomizados, pero raramente ha sido clínicamente reconocible en la insuficiencia adrenal, aunque se ha sugerido que la muerte en la enfermedad de Addison se deba a esto. El autor piensa que esto es más frecuente de lo que hasta ahora se ha creído.

Clinical Science.

13 - 1 - 1954

- * Glicina marcada en el síndrome nefrótico. W. G. Spector.
- * La etiología de la hipertensión esencial. I. La presión arterial en la población general. G. W. Pickering y cols. La etiología de la hipertensión esencial. II. Tablas de presión arterial ajustadas a las diferencias de edad y sexo. G. W. Pickering y cols.
- * Observaciones sobre la distribución de plasma y hematies durante la enfermedad. D. Verel.
- * Determinación del estroncio radioactivo en los excreta. G. E. Harrison, W. H. A. Raymond y A. Sutton.
- * Algunos aspectos del metabolismo corticosuprarrenal. C. L. Cope y B. Hurlock.
- * Efectos de las infusiones continuas en la arteria braquial de adenosintrifosfato, histamina y acetilcolina sobre la recuperación del débito sanguíneo después de ejercicio rítmico de los músculos del antebrazo. G. C. Patterson y J. T. Sepherd.
- * Depleción de potasio producida en el hombre con una resina de recambio. P. Fourman.
- * Observaciones sobre la fibrinolisis en la sangre del cordón umbilical. H. Chaplin.
- * Pepsina gástrica y excreción de uropepsinógeno en la anemia. M. A. Aitken, G. H. Spray y G. Walters.
- * El trabajo respiratorio en los individuos normales. M. B. McIlroy, R. Marshall y R. V. Christie.
- * El trabajo respiratorio en la estenosis mitral. R. Marshall, M. B. McIlroy y R. V. Christie.
- * El trabajo respiratorio en el enfisema. M. B. McIlroy y R. V. Christie.
- * Metabolismo de la atrofia de un miembro en la rata. H. G. B. Slack.
- * Medida del potasio recambiable total en el hombre, con particular referencia a los enfermos con esteatorrea. J. D. Blainey, W. T. Cooke, A. Quinton y K. W. Scott.
- * Relación recíproca entre la excreción de K y de H en el ritmo excretor diurno en el hombre. J. N. Mills y S. W. Stanbury.

Experimentos con glucocola marcada en el síndrome nefrótico.—La vieja teoría según la cual lo fundamental en el síndrome nefrótico sería la pérdida continua de proteínas a través del riñón, que determinaría la hipoproteinemia con hipoalbuminemia, tiende cada vez más a ser sustituida por las nuevas concepciones de que el disturbio primario es un trastorno del metabolismo de las proteínas. Estas, de forma y tamaño anormales, serían eliminadas a través de un riñón esencialmente normal. No hay demostraciones convincentes de esta teoría, pero, dice el autor, es difícil refutarla. Ha realizado experimentos alimentando a niños afectados de síndrome nefrótico y a otros sanos con glucocola marcada con N^{15} , determinando luego la actividad específica en la sangre y en la orina y construyendo de esta manera gráficas de dicha actividad en función del tiempo. Estas curvas son iguales en la sangre y en la orina, lo que sugiere la identidad de las proteínas contenidas en una y otra. Cuando se compara la curva sanguínea de un nefrótico con la de un normal, se ve que en el primero alcanza mayor altura siendo sus ramas ascendentes y descendentes más escarpadas. Posiblemente el principal factor que determina estas diferencias de forma sea una disminución de la cantidad de albúmina contenida en el cuerpo. La cuantía de la síntesis proteica en la nefrosis parece no estar modificada, lo que contribuiría a la estabilización de la proteinemia a un nivel bajo. Un aumento de tal síntesis sólo conduciría a una mayor pérdida por albuminuria. En el síndrome nefrótico no es necesario que aumente la síntesis de las proteínas porque, aunque se pierden por el riñón, esta pérdida está compensada por una menor destrucción de las mismas a consecuencia de su menor cantidad en el organismo.

La presión arterial en la población general.—Como introducción a una serie de trabajos acerca de la etiología de la hipertensión esencial, los autores han hecho un estudio de las cifras de tensión en condiciones ca-

suales (no basales) en la población general. La muestra estudiada se compone de 2.031 sujetos (1.204 mujeres y 827 varones) que habían acudido a las consultas ambulatorias por venas varicosas, afecciones cutáneas, fracturas o por razones ortopédicas o dentales. De esta manera excluyen toda selección. Prefirieron hacer las determinaciones en condiciones casuales que en condiciones basales, porque esto último hubiera supuesto una selección similar a la que ocurre cuando se efectúa la prueba entre voluntarios, ya que habría requerido una pérdida de tiempo que no todos los sujetos estaban en condiciones de hacer. Por otra parte, las cifras obtenidas así tienen más utilidad para la práctica clínica, en la cual las tensiones se suelen medir en las condiciones dadas por el azar. Las cifras de tensión en la población general aumentan con la edad: presentan una serie de gráficos que relacionan estos dos factores y que demuestran que no hay un límite natural entre las cifras tensionales fisiológicas y las anormales. El aumento con la edad se efectúa en ambas cifras, sistólica y diastólica, aunque no en forma paralela. El aumento de la presión sistólica se hace en forma de curva de concavidad superior, de manera que el aumento es tanto más rápido cuanto mayor es la edad; por el contrario, el aumento de la presión diastólica tiene forma rectilínea aproximadamente.

Hay también diferencias entre los dos sexos para cada edad: en general son mayores las cifras medias en el sexo femenino que en el masculino. Concluyen que el término hipertensión esencial no representa una entidad morbosa, sino sólo aquella porción de la población en la que la presión arterial excede de un valor arbitrario y en la que no se encuentra otra enfermedad que responda de las presiones arteriales observadas.

Distribución del plasma y de los hematíes.—El valor hematocrito de la sangre venosa es mayor que el de la sangre considerada en su conjunto, sin duda porque en los pequeños vasos hay un exceso de plasma debido al flujo sólo periférico de los elementos formés. Dan el nombre de hematocrito corporal a la relación entre el volumen de hematíes y el plasma cuando se determinan simultáneamente en todo el organismo. La relación hematocrito corporal/hematocrito venoso se mantiene constante en todo momento en los sujetos normales, indicando que no hay ningún órgano que sirva de reservorio sanguíneo en el cual los hematíes estén en mayor cantidad con relación al plasma que en los restantes territorios vasculares, pues en los animales en que esto ocurre (el perro, por ejemplo) la citada relación es variable y sólo se hace constante cuando se extirpa el bazo, en el que tiene lugar el almacenamiento de los hematíes en mayor proporción. En el hombre sólo se observa un aumento de dicha relación en sujetos que presentan esplenomegalia por procesos que determinan eritropoyesis esplénica o en aquellos casos de anemia de larga duración en que la médula roja está muy extendida en los huesos largos.

Determinación de estroncio radioactivo en los excreta. El aumento de los usos científicos e industriales de las sustancias radioactivas fuerza a extremar las precauciones con el fin de evitar daños a las personas que han de manejarlas. Esto ocurre, por ejemplo, con el estroncio, que tiene la facultad de depositarse rápidamente en el hueso y ser eliminado lentamente de él. Este depósito óseo de estroncio radioactivo expone a las células del hueso y de la médula ósea a los efectos de una radiación ionizante, con riesgo de producir destrucción medular, necrosis ósea o cáncer. Por esto se impone la necesidad de un control en tales individuos. Los autores describen un método exacto y sencillo, que puede ser realizado en cualquier laboratorio, para determinar el estroncio radioactivo en las heces y en la orina. Mediante él han estudiado ocho individuos que estaban en contacto con el estroncio radioactivo, tres de los cuales estaban expuestos a la inhalación del isótopo. Encuentran que incluso en éstos la eliminación se hace principalmente por

vía intestinal. El estroncio absorbido por vía respiratoria no parece llegar a los alvéolos, sino que sería retenido por las vías respiratorias, de las que lentamente iría siendo eliminado a la faringe y aquí deglutido. Como todavía no se conoce bien el metabolismo del estroncio en el organismo humano, es difícil sacar conclusiones de la eliminación fecal para llegar a conocer la cantidad del isótopo retenido en el esqueleto.

El metabolismo de la corteza suprarrenal.—Fueron COPE y sus colaboradores los que por primera vez en 1951 demostraron, mediante su acción depresora de los eosinófilos circulantes en la sangre del ratón adrenalectomizado, que el hombre elimina por orina esteroides suprarrenales. Incluso pudieron hacer determinaciones cuantitativas y señalar que esta actividad se debía a la presencia de cortisona y de compuesto F. Un año más tarde pudieron los autores determinar estas mismas sustancias en la orina por métodos químicos. En el presente trabajo comunican los resultados de cromatografías en papel realizados con el fin de determinar los esteroides reductores de origen suprarrenal presentes en la orina humana. Además de la cortisona y del compuesto F han hallado los derivados tetrahidro de ambos. Todos estos esteroides, excepto la cortisona, aumenta después del "stress" o de una intervención quirúrgica y del tratamiento con cortisona o ACTH. Por el contrario, su eliminación urinaria está muy disminuida en el hipopituitarismo. La cortisona administrada por vía oral se convierte en gran parte en compuesto F, aun en ausencia de función suprarrenal. La tetrahidrocortisona y el tetrahidro-compuesto F son considerados como los dos principales productos de degradación de las correspondientes hormonas.

La hiperemia consecutiva al ejercicio.—Para GRANT, sería la consecuencia de metabolitos acumulados en el músculo durante el ejercicio. En este momento se produce una deuda de sangre que habría de ser reparada durante el período de hiperemia consecutiva al ejercicio. Según esto, parece que la duración de esta hiperemia ha de ser proporcional a la concentración de tales metabolitos al final del ejercicio y por tanto podría ser modificada variando la cantidad de sangre que pasa a través de los músculos durante y después de su actividad. Sin embargo, la supresión del tono vasoconstrictor simpático no influye en absoluto sobre la reparación de esa supuesta deuda de sangre ni sobre la forma en que la misma se realiza. Habría que suponer que esta supresión del tono simpático no modifica la cantidad de sangre metabólicamente disponible en el músculo. En el presente trabajo los autores han visto que la infusión continua antes, durante y después de un ejercicio rítmico de adenosintrifosfato, histamina y acetilcolina en cantidad que aumenta a más del doble el flujo de reposo del antebrazo, no modifican la reparación de la deuda de sangre, y no cabe suponer que ninguna de estas sustancias de mecanismos de acción tan diferentes aumente la cantidad de sangre metabólicamente disponible que atraviesa el músculo. Estos hechos, aunque no la demuestran, son compatibles con la teoría de DORNHORST y WHELAN de un metabolito que difunde fuera de los tejidos según un gradiente de concentración. Esta teoría ha sido objeto de una referata en un número anterior de esta misma Revista.

Depleción de potasio en el hombre.—Hasta ahora, los estudios sobre esta cuestión se habían hecho solamente en enfermos diversos, en los que las investigaciones fueron iniciadas cuando la carencia del ión estaba ya bien establecida, o mediante una dieta pobre en potasio, pero con libertad en cuanto al sodio, que podía así ser retenido en lugar del potasio, modificando el cuadro propio de la privación de este último. El autor ha producido en el hombre una carencia de potasio, dando, además de una dieta que lo contenga en cantidad limitada, una resina de intercambio saturada de hidrógeno o de amonio en el momento de la administración; al mis-

mo tiempo evitó la retención de sodio, que sólo fué disponible al organismo al interrumpir la administración de la resina. Tampoco hubo retención de magnesio o de calcio. La cantidad de potasio eliminada de esta forma llega a ser del 28 por 100 del total contenido en el organismo. Se produce simultáneamente una acidosis y un aumento del sodio en el suero. Clínicamente se produjo confusión mental, astenia, anorexia y apatía, más intensos cuando había mayor acidosis, y desaparecieron al administrar sodio. Al interrumpir la ingestión de la resina la depleción de potasio se corrigió lentamente porque, aunque la retención del mismo en el organismo era máxima, la cantidad disponible era pequeña. En este momento hay una retención de sodio, que en un caso llegó a producir edemas. En la fase de recuperación hay una ligera alcalosis y coincidiendo con ella vuelven a entrar en las células el agua y el fosfato que las habían abandonado, aunque en proporción mucho menor que el potasio, durante la fase de acidosis.

Fibrinólisis en la sangre del cordón umbilical.—Ha observado el autor que la sangre obtenida por corte del cordón umbilical y depositada en un recipiente seco frecuentemente sufre la lisis del coágulo en veinticuatro horas. Como ha sido comunicado por algunos autores que la administración de drogas y la anestesia, la ansiedad y el esfuerzo físico agotador aumentan la actividad fibrinolítica del plasma humano, cabría pensar que el trabajo del parto lo hubiera originado en la sangre materna y que la fibrinolisis hubiera atravesado el filtro placentario llegando a la circulación fetal. En 22 casos no pudieron observar en ninguna de las madres tal aumento de actividad fibrinolítica, mientras que se encontró en la sangre del cordón umbilical, aunque con grandes diferencias según que se considere la venosa o la arterial: en la sangre arterial umbilical se presenta la fibrinólisis en el 90 por 100 de los casos, mientras que en la sangre venosa umbilical sólo en el 24 por 100 de los mismos. Puede tratarse, según la tesis de MACFARLANE y BIGGS, de un aumento de plasmina o de una disminución de antiplasmina. O bien podría pensarse que en presencia de trastornos de coagulación de la sangre del recién nacido pueda producirse la fibrinólisis a pesar de ser normales las tasas de fibrinolisis y de su inhibidor. Pero aunque en la mayoría de los niños había ligera hipoprotrombinemia, no se observó relación entre ésta y el grado de actividad fibrinolítica. Ninguno de los niños tenía manifestaciones hemorrágicas. Cuando se añade sangre arterial umbilical a sangre venosa de la madre se produce fibrinólisis, indicando así que la causa debe residir en un auténtico aumento de fibrinolisis. Lo que resulta de muy dudosa explicación es la diferencia de comportamiento entre las dos sangres umbilicales, la arterial y la venosa.

Uropepsinógeno y pepsina gástrica.—Se conoce desde hace algún tiempo la existencia en la orina humana de un fermento capaz de hidrolizar las proteínas en medio ácido. Primeramente se le dió el nombre de uropepsina, pero posteriormente, cuando se conoció mejor su naturaleza y sus relaciones con los fermentos gástricos, se prefirió emplear para él la denominación de uropepsinógeno. Se supone que tiene su origen en el estómago: una parte del pepsinógeno formado en las células de la mucosa gástrica pasaría a la sangre en lugar de ser segregado a la luz del estómago siendo después eliminado por la orina. Los autores presentan los resultados de sus determinaciones de uropepsinógeno en sujetos afectados de diferentes procesos, principalmente de anemias. El grupo estudiado se compone de 19 individuos normales, 38 anémicos perniciosos, 41 ferropénicos, 11 esteatorreicos y cuatro que habían sufrido gastrectomía total. En estos últimos hay un poco de uropepsinógeno en la orina, lo mismo que en los de anemia perniciosa, tanto si están tratados como si no lo están. Respecto a los sujetos con esteatorrea o con anemia ferropénica, no se observa paralelismo entre la eliminación urinaria de uropepsinógeno y su enfermedad fundamental, sino

entre dicha eliminación y la existencia o no en ellos de aquilia: los aquílicos tienen siempre una eliminación disminuida. Hay una relación lineal entre la secreción péptica en el estómago y la eliminación de uropepsinógeno por la orina y entre la secreción péptica del estómago y la de ácido clorhídrico en el mismo, de tal manera que la determinación de uropepsinógeno en la orina puede ser una prueba útil en el estudio de la actividad secretora del estómago en la aclorhidria y en la anemia.

El trabajo de la respiración en sujetos normales.—Hay tres clases de métodos para medir el trabajo respiratorio: a) Determinación del consumo de oxígeno aumentado durante la hiperventilación. Método inseguro y lleno de errores. b) Determinación de la presión intrapleurál o intraesofágica y del flujo aéreo, relacionando los cambios de volumen con los cambios de presión. De esta manera se mide el trabajo dependiente de la función de los pulmones, pero no se estima el trabajo empleado en mover la pared del tórax y las vísceras adyacentes. c) Mediante la respiración pasiva producida en un respirador de tipo Drinker, midiendo las presiones en el respirador y los cambios de volumen en los pulmones. Este método mide el trabajo total de la respiración, pero sólo lo hace en condiciones de respiración pasiva, que no pueden ser homologadas a las de la función normal del aparato respiratorio. Por estas razones el método seguido por los autores en estos trabajos es del segundo tipo, aun sabiendo que se desprecia la resistencia elástica y la pequeña resistencia viscosa que se ha demostrado existir en la pared torácica. En condiciones de reposo, un sujeto normal realiza un trabajo respiratorio de 0,3 kg. m./minuto. Durante el ejercicio este trabajo aumenta según una ecuación lineal en relación con el aumento del volumen minuto. Los sujetos normales, tanto en condiciones de reposo como de esfuerzo, respiran con una frecuencia y profundidad tales que resulta un trabajo respiratorio lo más económico posible para la ventilación obtenida. No se conoce el mecanismo que tan finamente controla el trabajo respiratorio.

El trabajo respiratorio en la estenosis mitral.—Por el mismo método empleado en los sujetos sanos, los autores han determinado el trabajo de la respiración en enfermos de estenosis mitral, confirmando los resultados obtenidos ya por CHRISTIE y MEAKINS en 1934: los pulmones en la insuficiencia cardíaca congestiva están más rígidos que los normales, por lo que el trabajo respiratorio está aumentado, incluso en reposo. La gravedad de la disnea y de la ortopnea en los enfermos estudiados es proporcional al grado de rigidez pulmonar y por tanto al trabajo necesario para ventilar los pulmones. Aunque el aumento de trabajo pulmonar necesario para producir la sensación subjetiva de disnea varía de unos enfermos a otros, se puede considerar que el límite medio está en los tres kilográmetros por minuto, es decir, diez veces lo normal en reposo. La frecuencia y profundidad de los movimientos respiratorios están también en los enfermos con estasis en el círculo menor adaptados al fin de obtener la ventilación con el mínimo de trabajo necesario en las condiciones de rigidez en que se encuentra el pulmón, y esto lo mismo en reposo que en decúbito que durante el ejercicio. La frecuencia respiratoria para la cual el trabajo de la respiración es mínimo depende principalmente del equilibrio entre las resistencias elásticas e inelásticas a la ventilación pulmonar, de tal manera que cualquier aumento de la resistencia elástica tenderá a hacer mayor la frecuencia respiratoria para la cual el trabajo es mínimo.

El trabajo respiratorio en el enfisema.—Por el mismo procedimiento han estudiado los autores el trabajo de la respiración en el enfisema pulmonar. Durante el reposo el trabajo respiratorio está poco o nada aumentado, pero durante el ejercicio aumenta mucho más que en los sujetos normales. Esto se debe a un aumento de

la resistencia no elástica y viscoso-elástica del pulmón. Los músculos respiratorios de estos sujetos están trabajando en condiciones mecánicas desfavorables y se invierte más trabajo en mover las paredes del tórax que en los sujetos normales. El aumento durante el ejercicio del trabajo respiratorio más allá de lo normal debe ser al menos en parte responsable de la disnea de estos sujetos y de la limitación a la capacidad respiratoria máxima. No han podido determinar si el tipo de respiración de estos sujetos está también acomodado a una máxima economía de trabajo.

Edinburgh Medical Journal.

60 - 5 - 1953

- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. G. Cruickshank.
- * Mortalidad infantil en Edimburgo de 1901 a 1951. J. M. Mair y H. P. Tait.
- * Hematoma del músculo recto del abdomen asociado con embarazo. J. A. Chalmers.
- * Porfiria aguda intermitente. J. G. Macleod e I. W. B. Grant.
- Hemorragia uterina disfuncional. T. N. MacGregor y M. J. D. Noble.

Mortalidad infantil.—Los autores han estudiado estadísticamente la mortalidad infantil y sus causas en Edimburgo desde 1901 hasta 1951. La cifra absoluta de mortalidad disminuyó pese al aumento de la población. Este descenso de la mortalidad responde a varias causas, entre ellas la mejoría en la situación nutritiva y en las condiciones de vida. Pero sobre todo fué decisiva la reducción de las muertes por enfermedades de la infancia, especialmente sarampión, tos ferina e infecciones respiratorias. La mortalidad por escarlatina y difteria cayó a cero, probablemente por un cambio en las formas actualmente observadas de la primera y por la eficacia de la inmunización contra la segunda. La tuberculosis generalmente causa la muerte en la infancia por meningitis; en la mayoría de los casos el agente era del tipo humano; la infección por el bovino está ahora bien controlada gracias a la higiene de la leche. La muerte por accidente constituye ahora el grupo principal de la mortalidad infantil: dentro de él se ve un aumento de los muertos ahogados y por accidente en la calle a expensas de una disminución en los accidentes en el domicilio.

Hematoma del recto del abdomen en el embarazo.—Hay en la literatura descritos 45 casos a los que el autor añade otros cuatro. La etiología del hematoma de los rectos es variable: a) Traumática como en los atletas o en otros esfuerzos bruscos (partos, tos). b) Tendencia especial a las roturas musculares (gripe, tifoides); y c) Últimas fases del embarazo cuando hay sobredistensión. El autor cree que el proceso es más frecuente de lo que se suele pensar y que posiblemente es la causa de muchos dolores en la época final del embarazo. Generalmente se trata de multiparas, en las que casi siempre ha habido una rápida sucesión de embarazos. El embarazo por sí solo parece insuficiente para determinar el hematoma; hace falta que se asocie otro factor: hidramnios o alguna otra causa de hiperdistensión del abdomen, obesidad, hipotonía muscular, bronquitis crónica o asma (por la tos), caída, etc. Clínicamente hay dolor generalmente intenso y de comienzo brusco en uno u otro lado del abdomen; en la región de la vaina de los rectos se palpa una tumoración blanda de tamaño variable. Puede haber shock de mayor o menor intensidad según la intensidad de la hemorragia. La mortalidad tanto materna como fetal es diferentemente evaluada por los autores: en la serie del autor no la hubo materna y en el caso más grave el feto murió intra uterino por anoxia durante el colapso materno. El tratamiento depende de la intensidad del cuadro. En los más severos es necesaria la evacuación quirúrgica de la vaina de los rectos; los casos ligeros curan favorablemente con el reposo en cama y medidas tendientes a suprimir la tos, los esfuerzos y a evitar la dis-

tensión de la pared abdominal. El pronóstico es mejor en los hematomas de la porción superior del abdomen, en que la vaina es completa. El embarazo se tratará conservadoramente, a menos que por provocar gran distensión del abdomen impida el tratamiento del hematoma, en cuyo caso se provocará el parto o se hará cesárea. En todo caso debe evitarse un excesivo esfuerzo en el parto: es conveniente la extracción mediante fórceps.

Porfiria aguda intermitente.—Los tres tipos de porfiria conocidos (porfiria congénita o fotosensible, porfiria aguda y porfiria o mejor porfirinuria sintomática) sólo tienen de común la eliminación urinaria de cantidades anormales de porfirina. Los autores adoptan la designación de porfiria aguda intermitente, propuesta por WATSON para designar a la generalmente conocida por porfiria aguda, pues es inadecuado llamar agudo a un proceso hereditario que puede permanecer latente a lo largo de la vida. El interés de esta enfermedad no es el de una mera curiosidad clínica, sino que es mayor por poder simular otras enfermedades. Los ocho casos que comunican habían sido diagnosticados antes de accidentes abdominales y ginecológicos, nefritis, hematuria, uremia, psiconeurosis y procesos urológicos. Los síntomas predominantes en estos ocho casos fueron dolor abdominal, constipación, cuadro psíquico pseudohistérico, polineuropatía periférica y eliminación de orinas rojas. Cuando se piensa en la porfiria el diagnóstico es sencillísimo mediante una simple prueba química. El pronóstico inmediato es malo en los casos con polineuropatía periférica. No hay un tratamiento específico, pero tiene interés citar el uso de sustancias como los barbitúricos y las sulfonamidas, que pueden ser perjudiciales. En los exámenes rutinarios de autopsia no se encuentra nada: es necesario buscar intencionadamente una discoloración azulada de los riñones o la fluorescencia rosa o roja que ofrecen los órganos a la luz ultravioleta.

British Medical Journal.

4.857 - 6 de febrero de 1954

- Las bases de la sensación. E. D. Adrian.
- Protección debida al "Sickle-cell" contra la infección malarial. A. C. Allison.
- Cifras de "Sickle-cell" en Kenya y en el Sudán del sur. H. Foy y otros.
- * Infecciones respiratorias agudas en el enfisema. T. Simpson.
- * Aumento de la presión intracraneal en el enfisema. E. K. Westlake y M. Kaye.
- * Tratamiento precoz del labio leporino y del paladar hendido. W. G. Holdsworth.
- Persistente enuresis del adulto tratada por neurectomía sacra. C. J. Marshall.
- Venografía portal. H. Fuld y D. T. Irwin.
- * Neomicina en las enfermedades dérmicas plégenas. R. Church.
- Almacenamiento de tejido testicular a muy bajas temperaturas. A. S. Parkes y A. U. Smith.

Infecciones respiratorias agudas y enfisema.—En los últimos cinco años, el autor ha visto 118 enfisematosos con infecciones respiratorias agudas, de los cuales 45 murieron. Aunque la insuficiencia cardíaca congestiva puede complicar el cuadro, en la mayor parte se presentaron tres cuadros clínicos: bronquiolitis aguda con anoxia, neumonía y, raramente, un estado psicótico; también los dos primeros grupos se pudieron complicar con síntomas psíquicos, especialmente tras oxigenoterapia. El estudio de la historia de varios enfisematosos muestra que ésta no es muy buena: la mayoría mueren entre los sesenta y setenta años o antes y la incapacidad es muy precoz.

Aumento de la presión intracraneal en el enfisema.—La presión intracraneal suele ser normal en los enfisematosos, pero no es raro que cuando en éstos se desarrolla alguna infección respiratoria aguda aparezcan signos de hipertensión intracraneal (dolor de cabeza, visión borrosa, papila de estasis). Los autores creen que

este aumento de presión se debe a la acción vasodilatadora de la anoxia y de la hipercapnia, actuando sobre los vasos cerebrales. Durante el tratamiento con oxígeno, la presión permanece elevada, a pesar de la mejoría de la anoxia. Los disturbios psíquicos que acompañan a la oxigenoterapia no parecen estar en relación al grado de presión intracraneal.

Labio leporino y paladar hendido.—Entre 100 casos, estaban afectados el labio y el paladar en 51, el paladar sólo en 36 y el labio únicamente en 13. Todas las lesiones eran más comunes en mujeres. En un 18,8 por 100 de los casos se pudieron ver antecedentes familiares de este tipo. En seis niños, se observaron otras anomalías congénitas asociadas, pero ninguna de ellas impidió la intervención. Se realizaron 61 operaciones sobre el labio y 85 sobre el paladar. No hubo mortalidad. De los niños con paladar hendido, 47 por 100 hablan sin dificultad y el 38 por 100 sólo con pequeños defectos. De los enfermos operados con menos de nueve meses, el 77 por 100 hablan sin ningún defecto.

Neomicina en dermatología.—Noventa y tres casos de enfermedades piógenas de la piel son investigados bacteriológicamente; "Staphylococcus pyogenes" fué aislado y se vió que era resistente a la penicilina en 46 casos, al cloranfenicol en 18 casos y a la aureomicina en dos casos. En ningún caso fué resistente a la neomicina. Fueron tratados con neomicina. Los casos de impétigo cedieron en forma comparable a la aureomicina, cloranfenicol y bacitracina. En sicosis de la barba los resultados fueron superiores a los de los demás antibióticos, excepto la aureomicina. En las restantes dermatopatías infecciosas, excepto en las infecciones profundas por estreptococo hemolítico, fueron controladas las infecciones.

4.558 - 13 de febrero de 1954

- El hígado como lugar y causa de cáncer. G. R. Cameron.
- * Reacciones tóxicas tras la inyección intravenosa de óxido de hierro con sacarosa en el hombre. J. A. Nissim.
- Atelectasia como complicación del neumotórax artificial. R. I. Sadler.
- Un caso de aplasia medular fatal tras tratamiento con "Carbimazole". J. S. Richardson, I. Sarkany y C. D. Campbell.
- Prurito y su tratamiento. L. Forman.
- Estudio de 2.500 niños vacunados con B.C.G. H. M. Purser.
- * Cambios en la reacción cutánea en el asma. A. G. Ogilvie.
- Investigaciones sobre un brote de tuberculosis bovina en un área rural de Leicestershire. R. W. Kind y M. C. Brough.
- Dificultades diagnósticas en el tratamiento conservador de las úlceras pépticas perforadas. T. G. Crombie.

Oxido de hierro con sacarosa intravenoso.—Es discutida la frecuencia y tipo de reacciones tóxicas que siguen a la inyección intravenosa de óxido de hierro con sacarosa. Se compara con la experiencia de otros autores. Las reacciones son de dos tipos: precoces y tardías. Las precoces, se piensa que sean debidas a la hipersensibilidad individual y a las impurezas que puedan acompañar a la sacarosa comercial, es decir, reacciones de tipo alérgico. Especial cuidado hay que tener en los enfermos con arterioesclerosis, pues la frecuencia de un dolor de tipo anginoso y otro en la región lumbar sugieren isquemia del miocardio y riñones. La mayoría de las reacciones tardías se piensa sean debidas a precipitación parcial del compuesto.

Cambios en las reacciones cutáneas en el asma.—Durante periodos de unos siete años son estudiadas las reacciones cutáneas a los más comunes alérgenos por inhalación de 209 asmáticos y tratando de ver la relación entre éstas y el cuadro clínico. De ellos, 133 mejoraron (desaparecieron o casi desaparecieron sus ataques); 55 no mejoraron y 16 empeoraron. En cambio, las respuestas cutáneas sólo se alteraron de forma significativa en 90 enfermos y sin la menor relación con el progreso clínico de éstos. En general, cree el autor

que la reactividad cutánea no nos da una indicación valiosa, pero sí lo puede ser en algunos casos particulares.

4.859 - 20 de febrero de 1954

- Diagnóstico de la tirototoxicosis. E. J. Wayne.
- * Yodotiuracilo en el tratamiento del bocio tóxico. H. J. B. Galbraith, D. F. Ellison Nash y A. W. Spence.
- * Tratamiento prolongado de la tirototoxicosis con compuestos de tiouracilo. J. F. Goodwin, H. Steinberg y A. Wilson.
- Leche, p-aminobenzoato y malaria en ratas y monos. F. Hawking.
- Cáncer de la lengua, boca y faringe. M. H. Russel.
- Cáncer de útero: Frecuencia de los distintos tipos. J. W. Magner y W. Kearney.
- Diabetes insípida asociada a enfermedad pulmonar. R. B. Raffle.
- Acarosis pulmonar en España. M. de Figueroa y Taboada.
- * Envenenamiento con tricloroetileno con psicosis paranoide y alucinación iliputiense. J. Todd.

Yodotiuracilo en el bocio tóxico.—Es revisada por los autores la literatura referente al yodotiuracilo, una combinación orgánica de yodo y tiouracilo, así como estudios clínicos sobre esta droga. Son tratados 23 enfermos con dosis de 200 a 300 mg. y por periodos entre doce días y siete meses. La reducción del hipertiroidismo y la involución de la glándula fueron muy satisfactorias para la cirugía; los resultados del tratamiento médico prolongado fueron muy variables. Sin embargo, es dudoso que las propiedades del yodotiuracilo difieran de las de sus dos fracciones constitutivas, yodo y tiouracilo, cuando éstas se dan al mismo tiempo.

Tratamiento prolongado de la tirototoxicosis.—De 113 enfermos que fueron sometidos a tratamiento con compuestos de tiouracilo de 3 a 62 meses, 105 permanecieron en remisión durante el tratamiento. En 94 enfermos se suspendió el tratamiento por periodos de 2 a 55 meses; de ellos, 55 recaeron. Se comprobó que las mayores posibilidades de recaída estaban alrededor de los 15 meses tras la suspensión del tratamiento. No se encontró ninguna relación entre la frecuencia de recaídas y la edad del enfermo, la duración de su enfermedad y la duración del tratamiento. Se piensa que son otros factores los que condicionan la respuesta del enfermo a la suspensión de la terapéutica.

Envenenamiento con tricloroetileno.—El envenenamiento por tricloroetileno tiene interés debido al creciente uso que de éste se hace en inhalaciones para combatir el dolor de los tics dolorosos. Los autores describen un caso en el que se presentaron síntomas psicóticos agudos, lo cual es muy poco frecuente. Se observó una psicosis paranoide aguda, con alucinación iliputiense, después de un coma que duró 36 horas. En todo este tiempo no se pudo observar alteración hepatorenal. En este caso, la alucinación micropática fué muy distinta de las descritas en la literatura francesa.

4.860 - 27 de febrero de 1954

- Naturaleza de la enfermedad. A. E. Clarke-Kennedy.
- Inmunización de niños pequeños contra la difteria. N. R. Butler, M. Barr y A. T. Glenny.
- El virus del herpes simple en el eczema infantil. G. I. Barrow.
- * Respuesta adrenal a la corticotropina. R. I. S. Bayliss y A. W. Steinbeck.
- * Uso de la fenilbutazona en la artritis reumatoide. M. Pemberton.
- Afonía y sordera en el hiperparatiroidismo. J. A. Simpson.
- Lesiones dérmicas y sordera en la tuberculosis diseminada. A. W. Lees e I. B. Munro.
- Agentes bacteriostáticos en el tratamiento de la endocarditis subaguda bacteriana. H. W. Balme y A. E. Dormer.

Virus del herpes simple.—La infección con el virus del herpes simple complicando el eczema infantil pasa frecuentemente inadvertida aunque su diagnóstico es posible. Describe el autor dos casos. Comenta la vacunación y el eczema que lleva consigo. El eczema herpético se considera como un herpes simple complicando el eczema; es altamente infeccioso para las personas sen-

sibles; la infección por el virus se realiza por la vía de la piel dañada. Después puede extenderse por vía hematogénica. El pronóstico es variable, pero puede ser modificado por un diagnóstico precoz y prevención de la infección secundaria. Los pacientes diagnosticados deben ser rigurosamente aislados. La vacunación nunca se debe realizar en presencia de otra lesión dérmica, especialmente eczematosa.

Respuesta adrenal a la corticotropina.—Los autores estudian la respuesta adrenal según el nivel plasmático de 17-hidroxicorticosteroides ante la inyección intravenosa de ACTH y de ACTH en solución salina y en gelatina. La inyección intravenosa origina un rápido aumento del nivel de esteroides plasmáticos, que permanece elevado durante la infusión. Sobre un período de seis a ocho horas, una unidad por hora parece dar la mejor respuesta. En inyección intramuscular, la solución salina de ACTH causa su mayor efecto en una a dos horas; baja hasta las cuatro-seis horas. Hay grandes variaciones individuales. El ACTH retardado es muy variable en su duración. Los factores que influyen en la respuesta adrenal son discutidos.

Fenilbutazona en la artritis reumatoide.—El autor estudia 210 casos tratados con fenilbutazona estudiando sus efectos tóxicos. En general, se presentan éstos en un 30 ó 40 por 100 de los casos, en vista de lo cual se pregunta si se justifica el uso de esta droga. Es un potente analgésico y de gran efecto en artritis. Piensa que se puede emplear siempre que sea en casos bien seleccionados. Se deben eliminar los casos con dispepsias o úlceras digestivas y en insuficiencia cardíaca. La posibilidad de agranulocitosis es muy pequeña, siendo ésta la contingencia más grave. Carece de poder antiinflamatorio, por lo que no se debe emplear en la fiebre reumática. Está indicada en artritis reumatoide o degenerativa, incluyendo la espondilitis anquilosante. Hay que vigilar cuidadosamente al enfermo. El autor emplea dosis hasta de 800 mg. durante cinco días.

Endocarditis bacteriana subaguda.—Los autores describen dos casos por ellos estudiados. En uno, se empleó la terramicina, por ser el enfermo sensible a la penicilina, sin que se observara mejoría; al emplear después la penicilina mediante antihistamínicos, la infección cedió rápidamente. El segundo caso fué tratado con cloranfenicol, terramicina y aureomicina, pues el germen era resistente a la penicilina y estreptomina ("Str. fecalis"). Entonces se empleó la mezcla de estreptomina y penicilina a grandes dosis, con lo que se controló la infección. Crean que se debe desde un principio buscar antibióticos o combinación de éstos que tengan acción bactericida, no simplemente bacteriostática.

La Presse Medicale.

61-51-1 de agosto de 1953

Estudios simultáneos de las temperaturas cutáneas y musculares en patología vascular. J. Oudot, J. Natali, G. Marceau y M. Pelloja.

Papel de la cortisona asociada a los antibióticos en la supervivencia de los animales adrenaoprivos. B. N. Halpern, A. Cuendet y J. P. May.

61-52-8 de agosto de 1953

- * Diagnóstico y tratamiento por los ultrasonidos de la angina de pecho y de los dolores tóraco-braquiales izquierdos no anginosos. C. Lian y M. Grinfeder.
- * Problemas e incidencias ligadas a las gamma-globulinas. J. Julliard y otros.

Tratamiento por ultrasonido de la angina de pecho y de dolores tóraco-braquiales no anginosos.—Para mayor seguridad, los ultrasonidos deben emplearse impregnando previamente la piel con vaselina o glicerina,

estableciendo un contacto íntimo entre el polo emisor de ultrasonidos y la piel y parar la aplicación si se siente una ligera sensación de quemazón o dolor profundo.

En los casos de angor, el ultrasonido aplicado en los puntos dolorosos proporciona una sedación de los dolores, si bien no los hace desaparecer completamente; actúa más sobre las irradiaciones que sobre el dolor retroesternal. También mejora la periartritis escápulo-humeral que suele acompañar a los dolores anginosos. Pero donde mejores resultados se obtienen es en los dolores tóraco-braquiales izquierdos no anginosos; en la mayoría de los casos se obtiene la curación en pocas semanas a base de una sesión semanal y en todos los casos se observa mejoría. Esto es tanto más importante cuanto que el tratamiento medicamentoso de fondo apenas consigue algo y los analgésicos calman la crisis, pero ésta reaparece con frecuencia.

Problemas e incidencias ligadas a las gamma globulinas.—Los autores empiezan considerando la importancia que en América se está dando en la actualidad al estudio de las gamma globulinas, lo cual es debido, por una parte, al peligro de contaminación icterígena a través de los plasmas, y por otra, a la esperanza que en ellas han puesto de una terapéutica eficaz de la polio-mielitis.

El problema se plantea en Francia de muy distinta manera. Los autores recuerdan las propiedades, técnicas de aplicación y principales empleos de las gamma globulinas, que sólo pueden ser preparadas en importantes bancos de plasma y por personal especializado.

Por último, consideran el término gamma globulinas, observando que es impropio, ya que no comprende en sí todos los anticuerpos, y que podría ser reemplazado por el de inmuno globulinas, más general.

61-53-15 de agosto de 1953

- * Ensayos de utilización de una somatotrofina hipofisaria. Estudio biológico. Indicaciones. Primeros resultados en terapéutica quirúrgica. H. Laborit y otros.
- * Un nuevo antibiótico: la magnamicina. A. Ravina.

Utilización de una somatotrofina hipofisaria.—Empiezan haciendo una revisión de las consideraciones biológicas sobre la somatotrofina hipofisaria y su papel en el metabolismo. A continuación presentan los resultados por ellos obtenidos en el estudio de un extracto somatotropo en el hombre, exponiendo su opinión particular acerca de la forma en la que la hormona interviene en la reacción del organismo a las agresiones y cuál es su significación biológica.

Ensayan la STH en 20 sujetos. Observan en esta sustancia un efecto anabolizante, ninguna acción diabética y efecto diurético. En vista de estas acciones consideran que sus indicaciones serán todos aquellos casos de agresiones en los que hay un aumento del metabolismo proteico. Presentan, por último, los resultados por ellos obtenidos en 30 casos de agresiones agudas.

Un nuevo antibiótico: la magnamicina.—Las investigaciones para el descubrimiento de nuevos antibióticos capaces de luchar contra las numerosas cepas de estafilococos penicilin-resistentes han permitido descubrir, primero, la eritromicina, y después, la magnamicina. De los últimos estudios realizados, parece desprenderse que ésta tiene una gran difusibilidad en el organismo, es activa frente a la mayoría de las cepas de estafilococos y enterococos y tiene un amplio espectro de acción. Además de destruir los gérmenes gram positivos, es bacteriostático frente a algunos gram negativos, rickettsias y protozoarios. Es muy poco tóxica, no alterando la función renal ni el estado de la sangre. Concluyen los autores diciendo que este antibiótico ha de ser un precioso auxilio en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

61 - 54 - 22 de agosto de 1953

- * Estudio comparativo de los resultados de la exploración funcional del hígado y de la punción biopsia. J. Tapie y colaboradores.
- * Linforeticulosis benigna de inoculación; enfermedad llamada "de las uñas de gato". W. Berardinelli.
- * Los accidentes de la hormonoterapia córticosuprarrenal. M. Zara.

Estudio comparativo de los resultados de la exploración funcional del hígado y de la punción biopsia.—Los autores estudian por ambos procedimientos 32 casos de diversas afecciones hepáticas, entre las que dominan cirrosis etílicas. Aunque los resultados de estos dos procedimientos resultan bastante paralelos, observan los autores que, en la práctica, ninguno de los dos procedimientos puede sustituir al otro; la punción-biopsia y las pruebas funcionales tienen cada una sus distintas utilidades y ninguna de ellas puede reemplazar a la otra. Por otra parte, estos métodos auxiliares de exploración nunca deben excluir a la exploración clínica. Así, pues, estos tres métodos de exploración se complementan entre sí, y utilizándolos conjuntamente podemos llegar a tener una noción lo más clara posible de estas afecciones.

Linforeticulosis benigna de inoculación.—El autor describe el primer caso conocido en Suramérica de la enfermedad llamada "de las uñas de gato". Hace su descripción clínica e histológica, observando también las reacciones a los antígenos recibidos de DEBRÉ, MOLLARET y FOSHAY. Esta enfermedad había sido anteriormente confundida con la enfermedad de Hodgkin. También hace un estudio epidemiológico sobre la distribución de la enfermedad. Relata una sucesión de errores histológicos de interpretación, mostrando las dificultades diagnósticas que existen, incluso con el auxilio del laboratorio. En el caso estudiado en el presente artículo, la confusión con la enfermedad de Hodgkin fué particularmente grave.

Accidentes de la hormonoterapia córtico-suprarrenal. Independientemente de las indicaciones, el autor estudia en este trabajo los accidentes a que puede dar lugar la hormonoterapia córtico-suprarrenal. A pesar de las dificultades, el autor se esfuerza en agrupar todos estos accidentes según su mecanismo fisiopatológico, lo cual considera especialmente útil en cuanto al tratamiento. Sin detenerse en el síndrome de hipercorticalismo, casi constante en los tratamientos prolongados, los autores estudian sucesivamente: a) Accidentes ligados a las perturbaciones en el metabolismo de los electrolitos y del agua (edemas, hipertensión, crisis comiciales). b) Accidentes ligados a la acción antiinflamatoria de la cortisona (abscesos en los puntos de inyección, accidentes infecciosos agudos, difusión de una infección tuberculosa). c) Accidentes ligados a la exageración de la neoglucogénesis (exteriorización clínica de un estado diabético). d) Una serie de trastornos de compleja patogenia, digestivos, tromboembólicos, psíquicos, etc.

61 - 55 - 29 de agosto de 1953

- * Efectos de la L-3, 5, 3'-triyodotironina sobre 10 casos de insuficiencia tiroidea. L. de Gennes, G. de la Tour y J. Leprat.
- * Tratamiento de las enfermedades alérgicas por un nuevo derivado del colchico: el colchicocido. A. Mugler, J. M. Mantz y M. A. Margraf.
- * Primeros resultados de la experimentación clínica de la saframina utilizada localmente en los abscesos y en las fistulas. R. Weber.

Efectos de la L-3, 5, 3'-triyodotironina.—Los autores ensayan por primera vez la triyodotironina en un caso de mixedema congénito; en vista del buen resultado obtenido, prosiguen su estudio, en el que vienen a demostrar la superioridad de este cuerpo sobre la tiroxina. Consideran que la triyodotiroxina debe ser una nueva droga tiroidea, o bien una más activa forma de la tiroxina.

Tratan 10 casos de insuficiencia tiroidea con dosis de

0,04 a 0,1 mg. de l-triyodotironina por vía intramuscular. Esta droga se muestra más activa sobre todos los signos del hipotiroidismo que todas las demás formas de administración de la tiroxina. Concluyen, por último, observando que la acción fisiológica de esta droga debe ser mucho más importante que la de la tiroxina.

Tratamiento de las enfermedades alérgicas por el colchicocido.—Ya fué observada por uno de los autores la acción antialérgica de la colchicina inyectada intravenosamente. En el trabajo actual estudian la acción de uno de los derivados de ésta, el colchicocido, descubierto por P. BELLET. Presentan el caso de una enfermedad sérica que cedió en forma espectacular a la administración de 35 mg. del producto, administrado en cuatro inyecciones. También respondieron perfectamente a este tratamiento una reacción sérica local, varias observaciones de lesiones eritemato-edematosas del rostro y algunas afecciones pruriginosas. Hay grandes analogías farmacológicas entre el colchico y la colchicina, aunque el primero es de menor toxicidad; las dosis de este producto son de 10 mg. una o dos veces al día, pudiendo ser inyectado durante diez días. Es perfectamente tolerado desde el punto de vista general y local; los autores no han tenido ningún accidente entre un centenar de inyecciones. El colchicocido es un cuerpo destinado a rendir grandes servicios en las enfermedades alérgicas y en los pruritos cutáneos, además de en el tratamiento del ataque de gota.

Saframina en abscesos y fistulas.—La saframina es un antibiótico aislado del estreptomyces por J. L. DECARIS. Tiene un amplio espectro y sus propiedades físico-químicas hacen muy fácil su empleo. Es muy hidrosoluble, su solución hídrica es muy estable y no hay que temer su neutralización por el suero. Hasta la actualidad, su empleo ha sido únicamente local, en fistulas tuberculosas infectadas secundariamente, fistulas osteomielíticas, abscesos fríos cerrados y estafilocócicos hipodérmicos. Aunque aún es prematuro sacar ninguna conclusión, piensa el autor que la saframina ocupará un importante papel entre los antibióticos actualmente en uso. No hubo ningún accidente en su uso.

The Practitioner.

171 - 1.024 - 1953

- Adelantos en medicina. D. M. Dunlop.
- Adelantos en cirugía. Ch. Rob.
- Adelantos en obstetricia y ginecología. J. C. McClure Brown.
- Adelantos en pediatría. J. L. Henderson.
- Adelantos en el tratamiento de las enfermedades de la piel. G. Bamber.
- Adelantos en el tratamiento de las enfermedades respiratorias. J. G. Scadding.
- Adelantos en endocrinología. R. Greene.
- Adelantos en geriatría. A. P. Thomson.
- Adelantos en psicología médica. A. Lewis.
- Adelantos en neurocirugía. G. Jefferson.
- Adelantos en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. W. Tegner.
- Adelantos en el tratamiento de las enfermedades venéreas. A. J. King.
- Adelantos en la medicina preventiva. J. M. Mackintosh.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

84 - 10 - 6 de marzo de 1954

- * Nuevas concepciones sobre la etiología y el tratamiento de la arterioesclerosis con especial consideración de la heparina. A. Thuruher y W. Niederberger.
- El parto con Methergin. E. Leinzinger y H. Presinger.
- * Laparoscopia. K. Nissen.
- Investigaciones sobre la acción estrogénica de los cienes de St. Moritz. P. Berry y J. Keitz.
- La comida de las diez en la escuela. O. Wild.
- Comunicación terapéutica sobre una combinación con acciones predominantemente espasmolíticas y disminuidoras de la secreción sobre el tracto gastrointestinal. H. Broicher.
- La influencia de la hipoglucemia y del trabajo muscular sobre la concentración sanguínea de las hormonas suprarrenales. R. Froesch, H. R. Kaegi y A. Labhart.

Heparina en la arterioesclerosis.—Desde los trabajos de GOFMAN sobre la ultracentrifugación del suero, se ha dirigido el interés de todas las investigaciones sobre la arterioesclerosis en los últimos cuatro años hacia las lipoproteínas de la sangre desde el punto de vista de la teoría de que el estado físico de los lípidos en la sangre (moléculas grandes) juega un papel esencial en la producción del proceso. Se ha observado que la heparina es capaz de modificar, incluso hasta la normalización, las condiciones físicas de las lipoproteínas, produciendo considerables descensos de las fracciones de S_2 de 20 a 100. Este fenómeno tiene lugar "in vivo" tanto en el hombre como en el conejo, pero no "in vitro". Hacen un resumen de la literatura mundial de los casos en que se empleó la heparina para el tratamiento de la angina de pecho, de la arterioesclerosis periférica y de la claudicación intermitente. Comunican también su experiencia en 48 enfermos, en los que asimismo obtienen generalmente resultados satisfactorios. Faltan, sin embargo, pruebas objetivas que marquen un criterio para la evaluación de los resultados y además las observaciones son todavía muy limitadas en el número y en el tiempo.

Laparoscopia.—Fue introducida por KELLIN en 1901. La imagen laparoscópica caracteriza por su claridad y por la multiplicidad de datos que aporta sin originar grandes molestias al enfermo. Puede afirmarse que es útil para la exploración de todos los órganos abdominales, pues aquellos que no son visibles en la laparoscopia normal se ponen de manifiesto siempre que por estar alterados aumentan de volumen, haciéndose ostensibles bien directamente bien por el desplazamiento de otras vísceras. Especial importancia tiene la laparoscopia en las enfermedades del hígado: hepatitis, atrofia, cirrosis, tumores, quistes, etc.; en las afecciones de las vías y vesícula biliares; en la tuberculosis de los órganos abdominales y del peritoneo; en ginecología; quistes torsionados; embarazo extrauterino; procesos anexiales. En las hepatopatías su valor se refuerza si al mismo tiempo se practica la biopsia por punción, pues así llegamos a un conocimiento macro y microscópico de la patología del órgano. Nos informa también sobre aspectos funcionales: flujo sanguíneo por los distintos órganos y su peristaltismo; es útil para probar la acción de determinados fármacos. El autor la considera una maniobra inocua; las hemorragias pueden ser dominadas con la aplicación local de un preparado de trombina y la administración de vitamina K.

84 - 11 - 13 de marzo de 1954

- * Las enterocolitis estafilocócicas agudas de la terapéutica antibiótica. G. Bickel y P. Rentelnick.
- Directrices para el tratamiento anticoagulante de las trombosis venosas graves postoperatorias y puerperales. W. R. Merz.
- El dintel renal para el azúcar, teoría e importancia práctica. S. Haenze y A. Kleinschmidt.
- * El valor actual de la experimentación en animales en la tuberculosis del riñón. H. U. Gloor.
- Esterilización postpartum de una fístula periumbilical. H. Sauter.

Enterocolitis estafilocócicas agudas por antibióticos. Con motivo de 12 casos observados, los autores hacen una revisión del problema. Se debe a la resistencia, cada vez más frecuente, del estafilococo dorado a los antibióticos y a la desaparición, bajo los efectos de éstos, de los gérmenes coliformes, lo que favorece el desarrollo del estafilococo. Al comienzo de un tratamiento con antibióticos, puede ocurrir que las heces cambien de color y disminuyan de consistencia y de olor, lo que se debe a la desaparición de los coliformes y no a la pululación de los estafilococos dorados, pero obliga ya a estar prevenidos, haciendo consecutivos exámenes bacteriológicos de las heces. La enterocolitis estafilocócica aguda se presenta con la mayor frecuencia del tercero al quinto día de tratamiento, algunas veces ya el segundo y más raramente del sexto al décimo. Suele comenzar por una diarrea profusa, a menudo con ele-

vación de la temperatura a 39-40°, aunque hay formas no febriles. Puede presentarse en dos formas: el tipo coleriforme de JANBON y el tipo hipertóxico de DEARING y HEILMAN. En el primero, hay diarrea profusa, generalmente con depleción hidrosalina, a menudo hay astenia y síntomas neurotóxicos y puede cursar sin fiebre. En el segundo, domina el estado de shock, que puede conducir a la muerte, sin que los fenómenos digestivos sean especialmente marcados. En los casos muy intensos de ambas formas, con más de quince deposiciones en las veinticuatro horas, el desequilibrio hidroelectrolítico aboca a un estado de shock grave con hipotensión, frialdad de las extremidades, ansiedad extrema y uremia, generalmente irreversible. El tratamiento es eficaz cuando se instaure precozmente. Se debe dar eritromicina (1,6 a 2,0 gr. al día, repartidos en cuatro tomas), para la cual los estafilococos todavía no suelen ser resistentes. El tratamiento del shock, si lo hubiere, o su prevención, se harán en la forma clásica.

Tuberculosis renal cerrada.—El autor valora la utilidad de la inoculación al cobaya para el diagnóstico de las lesiones tuberculosas del riñón, superior a los procedimientos de cultivos, que son demasiado lentos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las lesiones cerradas darán inoculaciones negativas. En el curso de una diseminación hematógena se debe controlar la orina periódicamente, y en cuanto aparezcan piuria o hematuria mínimas, hacer un estudio no sólo bacteriológico, sino también uro radiológico. Las inoculaciones positivas una sola vez y posteriormente negativas deben ser valoradas en el sentido de que indican ya un foco tuberculoso activo que requiere tratamiento. Un riñón en estas condiciones se puede comparar a una tuberculosis pulmonar cerrada. La eficacia del tratamiento quimioterápico de la tuberculosis renal depende de la precocidad de su comienzo: 70-80 por 100 de curaciones en los casos recientes, 25-30 por 100 en las lesiones cavernosas. Se debe, pues, empezar en cuanto haya una sospecha clínica y radiológica de la enfermedad y se debe prolongar uno-dos años aun cuando no haya ya bacilos en la orina.

84 - 12 - 20 de marzo de 1954

- La aspiración en las víctimas del tráfico callejero. E. Laeuppi.
- El tratamiento de los enfermos desvanecidos. P. Hossli.
- La traqueotomía en el tratamiento de los enfermos desvanecidos. E. Zander y K. Graf.
- * Coagulación intravascular como síndrome coagulopático consecutivo a extracción manual de la placenta. J. Juergens y F. Stein.
- * Un nuevo antitérmico y analgésico: el 1.610 Gewo. A. Sinniger.

Coagulación intravascular por extracción manual de la placenta.—Comunican un caso, que se manifestó clínicamente por intensas convulsiones clónico-tónicas, síndrome del lóbulo temporal, somnolencia y apatía, con crisis circulatorias y anatomopatológicamente por extensas trombosis de los senos, de las venas uterinas y dudosas tromboembolias bilaterales de las arterias pulmonares. Como causa de estos fenómenos se considera un paso a la circulación de tromboplastina placentaria con activación brusca y crítica del poder de coagulación de la sangre, que se pone de manifiesto por un aumento de tolerancia a la heparina y por un aumento de la protrombina y del factor V. Se trata de un síndrome coagulopático en cuyo curso se distinguen dos estadios: fase tromboplástica y fase fibrinolítica. En la primera, estaría el caso referido; en la segunda, los que se encuentran en la literatura, en parte como procesos tromboembólicos diseminados, y en parte como cuadros hemorrágicos con afibrinogenemia. Se desconoce el mecanismo por el cual se realizan estos cambios de fase que originan dos formas clínicas totalmente diferentes.

1.610 Gewo, un nuevo antitérmico y analgésico.—El 1.610 Gewo está concebido con el fin de unir en solo medicamento un antitérmico-analgésico (isopropi-

lantipirina) con un analéptico (pervitina). Químicamente es la 3[N-metil (α -metil- β -fenil)-etil-aminometil]-4-isopropil-fenil-dimetil-pirazolona. Su dosis letal media para el ratón es de 2 g./kg., mientras que la de la antipirina es de 1,45; la quinina, 1,8, y el piramidón, 0,91 g./kg.; sólo la fenacetina la tiene mayor: 2,2 g./kg. No produce alteraciones hematológicas ni de ningún órgano después de administración repetida en el cobaya. Considerando el efecto antitérmico de la antipirina (el más eficaz) como la unidad, el del 1.610 Gewo es de 1,6 y el efecto analgésico es casi igual al de la fenacetina. Su margen de seguridad es grande, carece de efectos colaterales y su acción analéptica, algo atenuada en relación con la pervitina, es suficiente para contrarrestar los efectos depresores de su radical antitérmico-analgésico.

84 - 13 - 27 de marzo de 1954

La hipertensión portal, M. Saegesser.

La utilización de la dihidroergotamina "per os" en los partos, A. Tauner y G. Thilo.

Sobre la medida del poder de retracción del coágulo de fibrina, A. Fonio.

* Diagnóstico y tratamiento del enanismo hipofisario en la infancia, A. Prader.

Diagnóstico y tratamiento del enanismo hipofisario en la infancia.—Se puede distinguir una forma idiopática y otra tumoral (cráneofaringioma). A diferencia de la primera, que comienza siempre del segundo al tercer año de vida, la tumoral puede empezar a cualquier edad y se caracteriza por cefaleas, vómitos, estasis papilar, alteraciones de la visión, aumento de la silla turca y calcificaciones supraselares. En ambas formas se encuentra, al lado del enanismo, falta de resistencia a las infecciones y a los esfuerzos, astenia, retraso en el desarrollo óseo apreciable a rayos X, agotamiento (quizá por hipoglucemia), sensibilidad a la insulina aumentada, aumento del índice Na/K en la saliva, inteligencia generalmente normal, a menudo ligera obesidad del tronco e hipotensión y raras veces hipoglucemia y una combinación de hiponatremia con hiperkalemia. En general, es más difícil el diagnóstico en el niño que en el adulto, salvo en los casos de cráneofaringioma, porque en la infancia todavía no se manifiesta toda la sintomatología dependiente del hipogonadismo. El diagnóstico se basa sobre la demostración de una insuficiencia suprarrenal adrenocorticotropa, generalmente latente en la clínica, poniéndose sólo de manifiesto cuando aumentan los requerimientos o con ayuda de las pruebas de diuresis, sobrecarga de insulina y estudio electrolítico de la saliva. Para el tratamiento todavía no se dispone de una hormona de crecimiento activa. La testosterona y la gonadotrofina coriónica promueven el crecimiento, pero tienen acción virilizante y aceleran el desarrollo óseo en forma desproporcionada. Solamente se las debe administrar después de los trece años y bajo un buen control.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

98 - 6 - 1954

- * Embolia grasa, R. L. Swank y G. S. Dugger.
- Tratamiento del uréter lesionado quirúrgicamente, E. K. Landsteiner.
- Estudio electromiográfico de ciertos músculos de la pierna y del pie, J. V. Basmajian y J. W. Bentzon.
- * Tratamiento local ambulatorio de las úlceras crónicas de las piernas con hialuronidasa, plasminógeno y antibióticos, I. R. Spier y E. E. Clifton.
- Sarcomas de los tejidos somáticos blandos en niños, G. T. Pack e I. M. Ariel.
- Tratamiento de la atresia esofágica por la vía transpleural, C. E. Koop, W. B. Wiesewetter y J. Johnson.
- Infección en quemaduras, N. C. Liedberg, L. R. Kuhn, B. A. Barns, E. Reiss y W. H. Amspacher.
- Cáncer de la mama, L. H. Garland, H. A. Hill, M. E. Mottram y M. A. Sisson.
- La reacción de la pared venosa frente a un coágulo sanguíneo intraluminal, H. R. Robertson, T. S. Perrett, J. C. Colbeck y P. D. Moyes.
- * Carcinoma del estómago asociado con anemia perniciosa, R. F. Schell, M. E. Dockerty y M. W. Comfort.

Transporte de oro coloidal radioactivo hasta las cavidades serosas, I. I. Cowan, R. S. Cron, G. F. Burgess y F. G. Kariotis.

* Estructura microscópica de los carcinomas gástricos y sus ganglios linfáticos regionales en relación con la supervivencia, M. M. Black, S. R. Opler y F. D. Speer.

* Aplicación de la venografía pélvica a los problemas diagnósticos asociados con cánceres del tracto genital femenino, S. J. Dalali, A. A. Plenti y A. L. Bachman.

Efectos de la uretrocistopexia para la incontinencia, T. N. A. Jeffcoate y H. Roberts.

Fractura del codo, H. K. Magill y A. P. Aitken.

Embolia grasa.—Se resalta el comienzo precoz de la embolia cerebral grasa sin síntomas y signos pulmonares, refiriendo dos casos demostrativos de estos hechos. Los estudios experimentales en conejos sugieren que una fuente importante de los émbolos grasos los constituyen los glóbulos grasos circulares que se detienen mucho tiempo en los capilares de la circulación general y pulmonar. La grasa circulante tiene su probable origen de los quilomicrones. El comienzo de los síntomas cerebrales se debe probablemente al shock con inconsciencia o a la anestesia, que presumiblemente relajan el lecho vascular y permiten a la grasa circulante más a la proveniente de los huesos fracturados atravesar la circulación pulmonar y llegar al cerebro. Sugieren que el examen de la sangre para determinar la cantidad y el tamaño de los glóbulos grasos en la sangre puede ser un coadyuvante útil en el diagnóstico precoz de la embolia grasa.

Tratamiento local ambulatorio de las úlceras crónicas de las piernas.—Presentan un método ambulatorio rápido de tratamiento local usando enzimas y antibióticos para desbridar las heridas, combatir la celulitis, mejorar la circulación local y promover la epitelización en las úlceras crónicas como coadyuvante de la cirugía y de otras medidas generales que reducen el estasis. La hialuronidasa promueve la epitelización mucho más rápidamente y el plasminógeno se mostró muy valioso en el desbridamiento preliminar de las úlceras con base necrótica. Los antibióticos añadidos a estos enzimas combaten la celularidad local. Este procedimiento ha prestado utilidad en muchos casos en que habían fracasado los métodos habituales.

Carcinoma gástrico asociado con anemia perniciosa. Se basa el artículo en los datos clínicos de 94 casos y del material obtenido en 48 enfermos sometidos a resecciones de estómago. El carcinoma asentado en un enfermo con anemia perniciosa difiere del carcinoma gástrico habitual en que tiende a ser polipoide, de origen en fundus o cardias; multicéntrico, de grado bajo, de una mezcla de grados y muy tardío en dar síntomas por la aclorhidria constante y la posición en el fundus, que tan a menudo caracteriza al tumor.

El diagnóstico de anemia perniciosa es por sí mismo justificativo de hacer un examen radiológico del estómago. Los casos de esta serie de enfermos sugieren que en los enfermos en los que aparece tardíamente la anemia es en los que la observación radiológica debe ser más cuidadosa. Solamente el anatomopatólogo es quien debe decidir si una lesión gástrica poliposa en un caso de anemia perniciosa es benigna o maligna. Se debe hacer gastrotomía seguida de inspección y quizá de biopsia en casos de anemia perniciosa si no es aparente un tumor grande, pues sólo por esta vía puede ser descubierto un carcinoma en placa. El diagnóstico de anemia perniciosa cuando concomitantemente se desarrolla un cáncer gástrico aparece más oscuro en ocasiones por la anemia hipocrómica coexistente. La hiperplasia epitelial es un hallazgo constante en las áreas que envuelven el cambio carcinomatoso, lo que sugiere que la primera sea un paso de la transformación anaplásica. La gastritis subaguda puede ser uno de los estadios por los que pasa la mucosa gástrica antes de presentar el aspecto de la gastritis atófica.

Estructura microscópica de los carcinomas gástricos y sus ganglios linfáticos regionales.—Se hace una comparación entre los caracteres macro y microscópicos de

dos series de casos de carcinoma gástrico. Una de las series constaba de 66 enfermos que murieron en el plazo de tres años después de la intervención y la otra comprendía 54 pacientes que sobrevivieron cinco o más años después de la operación. Los datos obtenidos indican que las supervivencias más largas estaban asociadas con la presencia de una reacción linfocitaria del estroma del tumor primario y con histiocitosis de los ganglios linfáticos regionales o con la conjunción de ambos. Estos caracteres aparecen más directamente relacionados con la supervivencia que con la edad o sexo del enfermo, el estado preoperatorio, las características macro y microscópicas generales del tumor y la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales en el momento de la intervención.

Venografía pélvica y cánceres del tracto genital femenino.—Describen un método sencillo para la visualización radiológica de las venas pelvianas, habiéndolo aplicado a diversos problemas clínicos encontrados en el tratamiento de cánceres ginecológicos. La obstrucción de cualquiera de los vasos de la pelvis mayor origina un shunt sanguíneo a través de los canales colaterales. Dependiendo de la naturaleza y localización de la obstrucción, este shunt se crea en uno o más de los siguientes canales colaterales: las venas epigástrica inferior y circunfleja; la iliaca interna, uterina, ovárica o el plexo espinal interno; la iliolumbar o el plexo espinal lumbar; las venas púbicas; la vena obturatriz; por canales superficiales inadecuados. El edema de la extremidad inferior puede ser atribuido a obstrucción venosa solamente en ausencia de una buena circulación colateral, pero si se puede demostrar la existencia de circulación colateral adecuada, el edema debe ser atribuido a cambios inflamatorios, a obstrucción linfática o a ambas cosas.

The Journal of the American Medical Association.

154 - 11 - 13 de marzo de 1954

- Organización del departamento de patología quirúrgica. E. F. Hirsch.
- * Esofagitis péptica con úlcera gástrica o duodenal. A. Winkelstein, B. S. Wolf, M. L. Som y R. H. Marshak. Observaciones sobre la roentgenoterapia con dos millones de voltios. H. F. Hare y otros.
 - Dermatitis de las manos debida a objetos para la limpieza doméstica. M. J. Brunner.
 - Tratamiento quirúrgico de las contingencias del corazón y los vasos en el interior del tórax. F. Gerbode.
 - * Traumatismos de la pared torácica. D. L. Paulson. Accidentes en los pulmones y esófago. J. G. Scannell.
 - * Terapéutica con cortisona en las incompatibilidades Rh. O. B. Hunter.
 - Mejoría de la fertilidad y prevención del aborto tras una terapéutica de nutrición y hormonal. S. J. Glass y M. L. Lazarus.
 - Tratamiento del herpes zona con cortisona. M. L. Gelfand.

Esofagitis péptica.—Entre 20 enfermos con esofagitis péptica, 15 padecían simultánea úlcera duodenal y dos gástrica. Un caso fué precedido por una úlcera péptica del esófago. La acidez era casi siempre alta. Los síntomas dominantes fueron disfagia, acidez, regurgitación, dolor retroesternal y pérdida de peso. La duración del proceso varió entre unos meses y más de diez años. La mayoría eran hombres de unos sesenta años. Las principales complicaciones son las estenosis y las hemorragias; el curso, por lo general, es benigno; un enfermo murió por perforación. El tratamiento, en general, es médico, aunque a veces hay que recurrir al quirúrgico.

Traumatismos de la pared torácica.—De los traumatismos graves de la pared torácica pueden resultar importantes limitaciones a la capacidad respiratoria. A causa de la marcada disminución ventilatoria en ambos pulmones, junto a la disminución del lecho vascular bronquial e hipertensión pulmonar aguda, puede presentarse un edema agudo de pulmón. Las lesiones que

no producen una intolerable disminución de la capacidad ventilatoria, requieren el bloqueo paravertebral para aliviar el dolor, frecuentes aspiraciones traqueobronquiales y oxígeno. Las más graves necesitan además procurar el mantenimiento de una adecuada ventilación pulmonar, manteniendo una adecuada vía de aire, aspiración de sangre y secreciones y del derrame pleural en caso de que se presente.

Cortisona en las incompatibilidades Rh.—La cifra normalmente ascendente de 17-cetosteroides y pregnandiol en la orina de la embarazada se puede utilizar para seguir el curso del feto de madre Rh negativa con un alto título de anticuerpos. La administración de cortisona se puede establecer cuando cesa el normal aumento de estas hormonas. Al principio, es suficiente con administrar 25 mg. cada seis horas, elevando la dosis si dichas hormonas no aumentan en la orina. Para completar la terapéutica se puede hacer una exanguinotransfusión al recién nacido, con lo que la mortalidad se reduce al 3 por 100. La frecuencia de abortos se reduce del 17 por 100 al 5 por 100.

154 - 12 - 20 de marzo de 1954

- Paul Ehrlich: Sus contribuciones a la medicina. H. C. S. Aron.
- * Tratamiento de las infecciones urinarias. D. Parker.
 - * Control de la incontinencia urinaria en pacientes con esclerosis múltiple. R. S. Muellner.
 - Secreción gástrica nocturna e insulínica. W. H. Olson y A. B. Bridgwater.
 - Fracturas vertebrales como complicación de la convulsoterapia eléctrica. P. A. Dewald, N. M. Margolis y H. Winer.
 - Faro cardíaco después de la inyección intravenosa de procainamida (Pronestil). W. Weingarten, N. J. Gailuzi y A. A. Doerner.
 - Reparación quirúrgica de los defectos septales intraventriculares. E. B. Kay y H. A. Zimmermann.
 - * Contracción de la parte izquierda del diafragma coincidiendo con el sistole cardíaco. A. Sjoerdsma y W. B. Gaynor.
 - Diagnóstico macroscópico en la biopsia hepática. R. B. Terry.
 - Deformidad del cartilago xifoides asociada a síntomas gastroduodenales. C. R. Hanlos y M. M. Miller.
 - Epitelioma y fibrosarcoma simultáneos en el pene. J. H. McDonald y J. J. Hekel.
 - * Dificultades para el diagnóstico precoz de la miositis osificante. L. Weinstein, S. H. Fraerman y P. Lewin.
 - Muñón apendicular invertido simulando cáncer del ciego. A. M. Vaughn y J. Vidran.
 - Hemorragia fatal tras biopsia con aguja en una uremia. S. Zelman.
 - Uso de una mesa especial para rehabilitación de los parapléjicos. S. Climo.

Tratamiento de las infecciones urinarias.—A pesar de los adelantos en el terreno de los antibióticos, un diagnóstico exacto, en busca de posibles medidas quirúrgicas, y la eliminación de focos infecciosos, sigue siendo el más eficaz de los tratamientos. Sólo sobre estas bases se puede emprender un tratamiento médico eficaz a largo plazo. Se elegirá la droga más eficaz desde el punto de vista bacteriológico; por último, no hay que olvidar la importancia de un tratamiento general rigurosamente controlado.

Incontinencia urinaria en la esclerosis múltiple.—En el área de Nueva Inglaterra hay unos 4.000 enfermos con esclerosis múltiple. De ellos, 2.000 viven en Massachusetts. De ellos, un tercio aproximadamente padecen molestias urinarias, la mayoría de las cuales pueden ser controladas con éxito por medio de un tratamiento en el cual la forma de vida del enfermo y las condiciones y conducta de su vejiga son cuidadosamente controladas. Las drogas anticolinérgicas juegan un importante papel en el plan terapéutico con tal de que sean usadas de forma individualizada y teniendo en cuenta todos los factores antes mencionados.

Contracción del hemidiafragma izquierdo coincidiendo con el sistole cardíaco.—Los autores describen un caso de contracciones crónicas del hemidiafragma izquierdo de forma sincrónica con los latidos cardíacos.

Se trata de un hombre de cuarenta años con alcalosis y tetania latente. Los autores citan tres casos similares descritos en la literatura. Piensan que, en presencia de una excitabilidad neuromuscular aumentada por la tetania, la estimulación eléctrica del nervio frénico izquierdo por las corrientes del corazón puede conducir a las contracciones del hemidiafragma izquierdo.

Miositis osificante.—Los autores describen un caso de miositis osificante en el cual está ausente el usual antecedente de trauma. El paciente era mucho más joven que lo que suele verse (tenía ocho años). Es frecuente apreciar un brote febril en la fase aguda de la miositis osificante. La biopsia es el más importante proceder en el diagnóstico, pero debe ser interpretada por un experto en la materia. Teniendo en cuenta esto, los autores advierten que nunca se debe proceder a la intervención radical de un tumor óseo sin que antes haya visto una buena biopsia un buen anatomopatólogo, ya que piensan que la mayoría de las supervivencias de más de cinco años descritas tras la extirpación de osteosarcomas se debe a la confusión diagnóstica de éste con la miositis osificante.

154 - 13 - 27 de marzo de 1954

- * Tratamiento de emergencia de las arritmias cardíacas. M. Prinzmetal y R. Kennamer.
- Observaciones psiquiátricas en la astenia neurocirculatoria. D. W. Badai.
- * Estado de portadores en la hepatitis vírica. J. Stokes y otros.
- Portadores del virus de la hepatitis en la sangre y hepatitis vírica en todos los receptores de sangre.
- I. Estudio de los sospechosos portadores y como fuentes de hepatitis vírica post-transfusional. J. R. Neefe y otros.
- II. Confirmación del estado de portadores por transmisión experimental a voluntarios. R. Murray y otros.
- Lesión vascular por toxicosis gravídica? F. A. Finnerty.
- * Prolongada reacción hipotensiva al hexametonio. G. Walker, L. Levy, A. Himan y R. Romney.
- Síndrome de episodios de hipersomnia, bulimia y estados mentales anormales. A. Gallinek.
- Signo patognomónico abdominal para el divertículo de Meckel. R. R. De Nicola.
- Signo de la sandía: Test diagnóstico del hiperparatiroidismo. F. A. Fender.
- Valoración de la gamma globulina en la profilaxis de las parálisis poliomiélicas en 1953. Reportaje del Comité para la valoración de la gamma globulina.

Tratamiento de las arritmias cardíacas.—La mayoría de las arritmias cardíacas pueden ser dominadas mediante el uso apropiado de los glucósidos digitálicos, quinidina, procainamida (Pronestil), masaje del seno carotídeo y sedantes. La taquicardia auricular paroxística frecuentemente cede al masaje del seno carotídeo. En

niños o viejos, puede ser una grave complicación si su ritmo es muy rápido, exigiendo el uso de digital y quinidina. El flúter auricular es indicio de enfermedad orgánica; digital si hay signos de insuficiencia o el ritmo es muy rápido. La fibrilación auricular con rápido ritmo ventricular es tratada con digital; en algunas circunstancias puede intentarse la administración de quinidina o procainamida. La taquicardia ventricular es una de las más graves arritmias y exige el rápido uso de quinidina y/o procainamida. El tratamiento del paro cardíaco es muy inseguro: epinefrina, isopropilarterenol y bronhidrato de hidroxianfetamina pueden ser útiles en el tratamiento de los ataques sincopales resultantes de la sistole en pacientes con bloqueo completo o con hipersensibilidad del seno carotídeo. La quinidina y procainamida están contraindicadas en el bloqueo cardíaco completo, pero pueden ser usadas para vencer la fibrilación ventricular que empieza en ausencia de bloqueo. Puede salvar la vida del enfermo con paro cardíaco la estimulación eléctrica externa y el masaje cardíaco directo.

Portadores del virus de la hepatitis.—Los autores descubren, por inoculación a voluntarios a tres portadores en la sangre de virus B de la hepatitis, que hacía más de cinco años estaban infectados, y a dos portadores en heces. Se llama la atención sobre la falta de ictericia en los portadores de virus B, si bien dos de ellos tenían signos de daño hepático; el otro, no. Los portadores en heces (virus A) tampoco tenían ictericia, pero sí signos de afectación hepática. Se sugiere que el estado de portadores puede aparecer cuando la enfermedad no se puede manifestar por la inmunidad natural del sujeto. Creen los autores que se deben desde luego eliminar entre los donantes de sangre a todos los sujetos sospechosos de haber pasado una hepatitis más o menos manifiesta.

Prolongada hipotensión por hexametonio.—Los autores presentan a tres enfermos que tras la administración de hexametonio tuvieron intensas y prolongadas crisis hipotensivas. Esto puede resultar de tres factores: a) Aumento de la absorción, que normalmente es de un 10 por 100, pero que puede aumentar en casos de estreñimiento o de estasis intestinal en la insuficiencia cardíaca congestiva. b) Disminución de la eliminación: el hexametonio se elimina en su totalidad por filtración glomerular, pero ésta puede disminuir al hacer efecto la droga y bajar por tanto la tensión de filtración; este factor se puede añadir al uno y al tres. c) Por excesiva dosificación, lo cual puede suceder con facilidad dadas las distintas dosis que requieren los diferentes individuos y hasta un mismo sujeto en distintos momentos.