

de la región valenciana, de familia modesta o haber realizado sus estudios con ayuda de su trabajo.  
Fecha de petición del premio: Del 1 al 30 de noviembre.

*Premio Rincón de Arellano.*

Pago del título de licenciado. Condiciones: Haber finalizado estudios de licenciatura en la Facultad de Medicina de Valencia en el curso anterior al de la convocatoria. Ser natural de Valencia, su provincia o región levantina.

Fecha de petición del premio: Del 1 al 31 de octubre.

*Premio López Sancho.*

Abono en metálico de la cantidad de 800 pesetas. Condiciones: Ser alumno aventajado de la asignatura de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de Valencia. Se otorga por oposición, convocándose del 1 al 31 de octubre.

*Premio Peregrin Casanova.*

Abono en metálico de la cantidad de 200 pesetas. Ser alumno aventajado en esta Facultad de la asignatura de Anatomía, debiendo tener aprobados los dos cursos. Se convoca del 1 al 31 de octubre.

**B I B L I O G R A F I A****A) CRITICA DE LIBROS**

**EL TRATAMIENTO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA Y DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR AGUDA.** Doctor J. TORRES GOST.—Editorial Espasa-Calpe, 1955.—Un volumen de 122 páginas.

El primer capítulo está destinado a fijar las normas para el tratamiento de las formas de meningitis tuberculosa basadas en la experiencia personal, que en la fecha de la publicación sumaba 298 casos, con un porcentaje de curación de 93,3. Este porcentaje, según la experiencia del autor, es muy susceptible de mejorar, ya que en el total de sus casos se encuentran incluidos muchos que llegaron en condiciones muy desfavorables y otros muchos que habían seguido anteriormente tratamientos que no habían sido ni completos ni eficaces.

Incluye un detallado estudio de los síntomas, tanto clínicos como de laboratorio, y clasifica a los casos en grupos de formas leves, de mediana intensidad y graves, estudiando las características y las modalidades de tratamiento según el grupo. Hace un completo estudio de la evolución, de un valor altamente sustancioso, dando la sensación en todo momento de gran experiencia y realidad. El análisis de las pautas de la cura es muy completo y de alto valor práctico.

Sería improcedente detallar los puntos interesantes, ya que su lectura es mucho más elocuente que todo lo que se podría decir en un resumen, y es aconsejable aquélla, ya que pone en condiciones de emprender el tratamiento a cualquier médico. Acompañan gráficas de la evolución de los síntomas, que ahorran muchas explicaciones complejas, de las que el autor ha huido en todo momento. Creemos, después de su lectura y después de haber vivido casos, que la descripción constituye un conjunto del más alto valor. Justifica en los casos de mediana intensidad o graves el empleo de la vía rquídea para la administración de la isoniazida con la presentación enjundiosa de los casos.

Otro tanto se puede decir de los restantes capítulos, que se ocupan del tratamiento de las formas pulmonares agudas de toda índole.

El libro es una demostración de cómo sin abandonar la parte científica puede llegar a dar un carácter eminentemente práctico, porque creemos que precisamente el mayor valor práctico consiste en el conocimiento de la doctrina compaginado con la vida a la cabecera del enfermo, sin lo cual aquélla carece de real valor científico.

La lectura es grata, porque hace vivir la auténtica clínica con todo su clásico valor a la luz de los conocimientos modernos.—J. Alix.

**LIBROS RECIBIDOS**

"*Oxygénotherapie*". Dres. León Binet y Madeleine Bochet.—Masson et Cie., editeurs. París, 1955.—Un volumen de 180 páginas con 28 figuras, 1.300 francos franceses.

"*Les cancers du colon*". Dres. Marcel Roux y F. Cassassone.—Masson et Cie., editeurs. París, 1955.—Un volumen de 368 páginas con 140 figuras, 3.200 francos franceses.

"*Nuevos problemas ginecológicos. Estudios de fisiopatología sexual*". Dr. C. Colmeiro Laforet.—Editado por el autor. Vigo, 1955.—Un volumen de 329 páginas.

"*Histologische Geschwulstdiagnostik*". Dr. A. von Albertini.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 544 páginas con 638 figuras, 98,50 DM.

"*La progénésis*". Dr. Raymond Turpin.—Masson et Cie., editores. París, 1955.—Un volumen de 720 páginas con 56 figuras, 3.500 francos franceses.

"*L'Hérédité en Médecine*". Dr. A. Touraine.—Masson et Cie., editores. París, 1955.—Un volumen de 876 páginas con 531 figuras, 7.200 francos franceses.

"*High Blood Pressure*". Dr. Georg White.—Editorial J. & A. Churchill, Ltda. Londres, 1955.—Un volumen de 547 páginas con figuras.

"*Palpación abdominal*". Dr. P. C. Róspide.—Editorial López & Etchegoyen. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 179 páginas con 68 figuras.

"*Enfermedades de la mama*". Dr. Armando E. Nogués.—Editorial López & Etchegoyen. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 626 páginas con 191 figuras.

"*Das Klapp'sche Kriechverfahren*". Dr. B. Klapp.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 78 páginas con 116 figuras, 13,50 DM.

## B) REFERATAS

## Medicina Clínica.

21 - 5 - 1953

- El cateterismo intracardíaco. J. Gilbert Queraltó y cols.
- La reanimación en los síncope cardiovasculares quirúrgicos. J. Gilbert Queraltó y J. Coll Sampoll.
- El valor incierto de las medidas de la presión arterial en el pronóstico del shock. J. Coll Samok y A. Gregorich Serrat.
- El shock tardío en el infarto de miocardio. A. Gregorich.
- Cirugía de la estenosis mitral. J. Paravisini Farrá, F. Avellana Veciana, J. Obradors Ventura y J. Gilbert Queraltó.
- El cálculo del área mitral. I. Balaguer Vintró, J. Paravisini, M. Torner Soler y H. Monzón.
- Los diversos tipos hemodinámicos de la circulación pulmonar en la estenosis mitral. M. Torner Soler, J. Paravisini, I. Balaguer Vintró y H. Monzón.
- El síndrome hepatorenal de desbloqueo en la pericarditis quirúrgica. J. Gilbert Queraltó, J. Paravisini, M. Torner, J. M. Morató y A. Gregorich.
- La ligadura de la vena cava inferior en el tratamiento del pulmón cardiaco y de la insuficiencia cardíaca congestiva. J. Gilbert Queraltó, A. Gregorich, J. Paravisini, L. Robert y J. M. Sabola.

**La reanimación en síncope cardiovasculares quirúrgicos.**—Los autores exponen su organización asistencial y experiencia deducida de 25 casos operados para la profilaxis y tratamiento de los posibles síncope cardiovasculares en la cirugía de las cardiopatías congénitas y adquiridas.

En el primer capítulo se expone la organización del equipo médico-quirúrgico.

En el segundo capítulo se detallan las instalaciones para el diagnóstico, profilaxis y tratamiento de los distintos tipos de síncope.

En el tercer capítulo se estudia la etiopatogenia y tratamiento de los síncope.

En el cuarto capítulo se expone la casuística personal de síncope, consistente en una hipotensión venosa y síncope respiratorio por el curare, entre 13 casos operados de ligadura de la cava inferior, una exanguinación con recuperación de la enferma y una muerte por valvulotomía accidental, entre cuatro casos de comisurotomía de mitral: una hipotensión arterial y un paro cardíaco con recuperación de la enferma, entre cinco pericardiolisis: una hipotensión arterial paroxística y desgarro del ductus con recuperación de la enferma, entre dos ligaduras de conducto arterioso permeable, varias crisis hipotensivas arteriales durante la operación de Blalock-Taussig en una tetralogía de Fallot con muerte de la enferma en el curso postoperatorio.

**El shock tardío en el infarto de miocardio.**—Además del shock inicial del infarto de miocardio existe un shock tardío que es preciso no confundir con la agravación propia de aquella afección al instaurarse una insuficiencia cardíaca terminal.

El diagnóstico diferencial debe ser rigurosamente planteado, por cuanto hay que actuar rápidamente para evitar un desenlace fatal inmediato.

La confusión con una insuficiencia cardíaca puede evitarse mediante un estudio del estado circulatorio, especialmente de las tensiones arteriales y venosas, y de la existencia o no de signos de ingurgitación venosa, pulmonar o hepática.

En el caso que el autor presenta en este trabajo la recuperación se logró con la transfusión sanguínea convenientemente controlada y repetida varias veces.

En la actualidad, no cabe duda de que el plasma humano es el medio de elección.

La aparición en este enfermo presentado de signos de insuficiencia cardíaca días después de salvado el shock, demuestra cómo se imbrican y se prestan a confusión ambos estados en el infarto de miocardio.

**Cirugía de la estenosis mitral.**—Hacen una exposición de la historia de la cirugía de la estenosis mitral, de la anatomo-fisiología de la válvula mitral y de la anatomía

patológica de la misma. Refieren a continuación las indicaciones del tratamiento quirúrgico con arreglo a la clasificación fisiopatológica en cuatro grupos que se han clasificado las válvulas mitrales.

En cuanto al tratamiento, se refieren al preoperatorio, a la técnica de la comisurotomía y al tratamiento médico postoperatorio. Se expone la evolución y complicaciones peroperatorias, entre las que citan la existencia de una trombosis del apéndice auricular que impide la introducción del dedo a través del mismo; la estenosis muy pronunciada que no permite la introducción de la punta del dedo; la existencia de una pericarditis adhesiva, apéndice auricular muy pequeño, etcétera.

Al final exponen las historias clínicas de cuatro casos.

**El cálculo del área mitral.**—Los autores, utilizando la fórmula de Gorbin y Gorbin, cuya exactitud matemática comprueban calculando el área mitral en seis casos de estenosis mitral y en un enfermo no valvular a modo de control.

Se describen las técnicas para su determinación (volumen-minuto, tiempo diastólico, presión capilar pulmonar media) y se discute la validez de las mismas.

Los autores encuentran una disminución considerable del área mitral, que oscila entre 0,4 a 1,6 cm<sup>2</sup> en sus seis casos de estenosis mitral, mientras que en el paciente no valvular encuentran un área de 3,6 cm<sup>2</sup>.

No se observa una relación clara entre el área mitral y la capacidad funcional del paciente, en cuanto a los casos intermedios se refiere, dependiendo la capacidad funcional en gran parte de la antigüedad de la cardiopatía.

Se encuentran ligeras disminuciones del volumen-minuto y algunos enfermos tienen un volumen-minuto superior a los normales.

La presión media del capilar pulmonar se encontró elevada en todos los casos de estenosis mitral.

En la valvulotomía quirúrgica de dos de los casos estudiados se confirma la validez y exactitud de la fórmula de Gorbin para el cálculo del área mitral.

**Los diversos tipos hemodinámicos de la circulación pulmonar en la estenosis mitral.**—Los autores estudian, desde el punto de vista fisiopatológico por cateterismo cardíaco, un grupo de ocho enfermos, siete de ellos con estenosis mitral y uno con doble lesión mitral.

En ellos determinan el área de la mitral, volumen-minuto, presión capilar pulmonar, presión arteriolar pulmonar, resistencias pulmonares totales y arteriales y la presión ventricular derecha. Se hacen las determinaciones en reposo y en un caso después del esfuerzo. Encuentran aumentada la presión capilar pulmonar media en todos los casos de estenosis mitral pura y sólo ligeramente en el caso con doble lesión mitral. La presión capilar pulmonar aumenta notablemente con el esfuerzo.

Se comenta el hecho y las consecuencias de la existencia o no de gradientes de tensiones entre las arteriales y el capilar pulmonar y las repercusiones de la hipotensión arteriolar sobre la integridad de la arteriola y el funcionamiento del ventrículo derecho.

Se adopta una clasificación fisiopatológica con arreglo a las clasificaciones de Lewis-Gorbin-Dexter y Soulié y los datos obtenidos por los autores por la exploración fisiopatológica, se relaciona dicha clasificación con los datos clínicos radiológicos y electrocardiográficos y con la indicación de la comisurotomía.

**El síndrome hepatorenal de desbloqueo en la pericarditis quirúrgica.**—En los casos de pericarditis contractiva liberada quirúrgicamente han encontrado los autores la aparición de un síndrome postoperatorio, el cual, según ellos creen, no ha sido descrito en la literatura médica. Por predominar en él la sintomatología hepática y renal, y por presentarse siempre después del

desbloqueo pericardíaco del corazón, le llaman "Síndrome hepatorrenal de desbloqueo".

En el curso postoperatorio, y a partir del primero o segundo día, todos los casos operados presentaron el mismo síndrome; síndrome que cuando es muy intenso puede confundirse con una nefropatía oligúrica post-transfusional.

Exponen la sintomatología clínica funcional y biológica, la evolución y el tratamiento del citado síndrome, y emiten una hipótesis patogénica del mismo, considerándolo como la expresión de un vaciamiento masivo de la sangre y pigmentos biliares retenidos en el hígado estasiado.

La ligadura de la vena cava inferior en el tratamiento del pulmón cardiaco y de la insuficiencia cardíaca congestiva.—La ligadura terapéutica de la cava inferior por debajo de las renas, propuesta por Cossío y PERIANES en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva crónica irredimible, constituye un medio terapéutico eficaz.

En el presente trabajo se resume la experiencia de los autores obtenida del estudio de 12 casos, enfermos todos de valvulopatías reumáticas descompensadas crónicamente con hipertrofia y dilatación de cavidades cardíacas en estado de descompensación con ingurgitación pulmonar considerable, ortopnea, hipertensión venosa, edemas y capacidad funcional sumamente precaria.

La mayoría de estos enfermos fueron estudiados desde el punto de vista clínico, radiológico, electrocardiográfico, biológico y funcional.

Se describen los estudios y cuidados preoperatorios, asistencia durante la operación, técnica operatoria, cuidados postoperatorios y complicaciones.

Los resultados obtenidos son buenos, ya que de los 13 enfermos operados viven nueve y ocho de ellos en condiciones de deambular.

Aplicada esta terapéutica correctamente, y observando el tratamiento médico postoperatorio, permite una mejora notable y una supervivencia efectiva.

La indicación óptima es la insuficiencia cardíaca congestiva crónica secundaria a una cardiopatía izquierda, con hipertensión de cavidades derechas, volumen-minuto disminuido e insuficiencia tricuspidal funcional.

## Revista de Sanidad e Higiene Pública.

28 - 3-4 - 1954

\* Contribución al tratamiento de la fiebre recurrente española por la aureomicina. E. Juárez y E. Fernández. Aspecto sanitario de la hidatidosis y orientaciones para su profilaxis. I. Sáiz Moreno. Radiaciones ultravioletas. J. Bravo Oliva. El género "Bordetella". M. Moreno López.

Contribución al tratamiento de la fiebre recurrente española por la aureomicina.—Presentan los autores un grupo de enfermos que se comportaron, por su aspecto clínico y epidemiológico, como auténticos casos de fiebre recurrente española, comprobados por examen positivo hematológico, y transmitida por el *Ornithodoros erraticus*. En un alto porcentaje el acceso se acompañó de un claro síndrome de tipo meningeo.

Opinan que, ante la sospecha que un enfermo padezca esta enfermedad, deben realizarse repetidos análisis de sangre en gota gruesa.

En ocho casos tratados en sus primeros accesos febriles con penicilina, si bien reconociendo que este fármaco se empleó en dosis reducida, el fracaso de la medicación fué evidente, obteniéndose magnífico resultado con el posterior tratamiento aureomicínico en todos ellos. La medicación arsenical y la penicilina, salvo en contados casos, sólo parece prolongar el período interrecurrente, transformando otras veces el curso febril típico en una febrícula con florida sintomatología de tipo meningeo, pareciendo como si la primera favoreciera el neurotropismo del germe.

Consideran como sumamente eficaz la aureomicina

y necesario continuar las experiencias para poder fijar la dosis suficiente.

De los 54 enfermos tratados por los autores con aureomicina, con la dosis de 2 gr. repartidos en fracciones de 0,50 gr. cada seis horas, a excepción de seis que lo fueron con menor dosis, y de los cuales 48 llevan un período de observación superior a dos meses el que menos, sólo recidivaron de un modo seguro dos, comprobados por examen hemático.

Consideran insuficientes las dosis menores, pues de los tres casos dudosos de recidivas dos fueron tratados con gramo y medio.

Estiman muy conveniente se inicie el tratamiento durante el acmé febril, pues en este momento la abundancia de espirilos en sangre facilitaría una destrucción mayor de los mismos.

## American Review of Tuberculosis.

69 - 2 - 1954

- Análisis comparativo de las experiencias post-alta de enfermos tuberculosos. S. L. Warren.
- Carcinoma broncogénico preclínico. K. R. Boucot y M. J. Sokoloff.
- Valoración de los agentes quimioterápicos en el control de las infecciones experimentales debidas al *Mycobacterium leprae murium*. G. L. Hobby, J. H. Hanks, M. A. Donikian y T. Backerman.
- \* Meningitis tuberculosa. Tratamiento con estreptomicina, PAS y promizol, isoniazida y estreptomicina e isoniazida. H. W. Spies, M. H. Lepper, N. H. Blatt y H. F. Dowling.
- Estudios sobre la reactividad hiperérgica anespecífica en el lugar de la reacción tuberculínica. P. Holzberger y T. Packalén.
- \* La citología de la reacción tuberculínica en ventanas cutáneas en el hombre. J. W. Rebuck y J. L. Yates.
- Ritmos de conversión de tuberculina-histoplasmina en Kansas City como indicador del predominio de la infección. I. Estudio con tuberculina. L. E. Wood y H. L. Mantz.
- Ritmos de conversión de tuberculina-histoplasmina en Kansas City como indicador del predominio de la infección. II. Estudios con histoplasmina. M. L. Furcolow, M. J. Willis, L. E. Wood y H. L. Mantz.
- Sensibilización de cobayas al *Micrococcus pyogenes*, var. *aureus*, en presencia de "cera" de bacilos ácido-resistentes. J. E. Forney.
- \* Estudios clínico y anatomico-pathológico de los efectos del tratamiento antimicrobiano en la tuberculosis. L. J. Wallner, J. R. Thompson y M. R. Lichtenstein.
- Efectos de la isoniazida y la iproniazida sobre el sistema nervioso central del perro. W. Schallek y D. Walz.
- Estudios genéticos sobre la resistencia cruzada microbiana a agentes tóxicos. W. Szybalski y V. Eryson.
- Nuevo procedimiento para seleccionar agentes antituberculosos. Efecto de los agentes quimioterápicos sobre ratones infectados con dosis masivas de bacilos tuberculosis intraperitonealmente. J. Ilavsky.
- \* Bullas enfisematosas infectadas. E. Rothstein.
- Hepatolisis. Una operación para la sección de adherencias entre el diafragma y el hígado en el curso del tratamiento con europeritoneo. M. Narita.

**Meningitis tuberculosa.**—Sesenta y un enfermos fueron tratados con estreptomicina sola, o más PAS y promizol, con resultados deficientes. A 13 enfermos se les trató con isoniazida sola y a otros 13 con isoniazida más estreptomicina intramuscular y en instilaciones intratetales diarias. Siete enfermos de cada grupo vivieron seis meses o más, siendo estos resultados decididamente mejores que los obtenidos cuando se usaba la estreptomicina sin isoniazida. Los resultados conseguidos con la isoniazida sola fueron tan buenos como los obtenidos en los enfermos tratados con isoniazida y además estreptomicina intramuscular. La edad, la raza, la presencia de granulía y la intensidad de la invasión del sistema nervioso afectan considerablemente el pronóstico. Los niños inferiores a dos años remiten con mucha rareza. Las secuelas neurológicas residuales fueron menos frecuentes en los tratados con isoniazida. Las reacciones tóxicas alcanzaron su mayor frecuencia en los enfermos que recibieron estreptomicina, observándose raramente a consecuencia del tratamiento con PAS, promizol o isoniazida.

**La citología de la reacción tuberculínica en ventanas cutáneas en el hombre.**—Es una comunicación previa de

una técnica que permitirá obtener muestras repetidas a plazos fijos de las células exudativas procedentes de una lesión aislada formada como reacción a la tuberculina. Las preparaciones pueden señalar lo mismo que frotis sanguíneos. Las respuestas celulares en las lesiones de los sujetos con cutirreacciones negativas correspondieron a las respuestas similares a otros antígenos no piógenos que sirvieron de testigos. El exudado celular comprendió macrófagos y neutrófilos durante ocho horas, aparición de linfocitos al cabo de 8-12 horas, seguida a las 12-14 horas de hipertrofia linfocitaria y a las 16-48 horas de macrófagos en masa. En los sujetos con cutis positivas se observaron alteraciones intensas en las reacciones con respuestas mononucleares defecadas y retardadas debidas a la depresión de la participación linfocítica en varios períodos de las respuestas inflamatorias. En dos grupos, el déficit linfocítico condujo al aumento de macrófagos o neutrófilos durante veinticuatro horas. En un tercer grupo, la migración linfocítica precoz fué reemplazada por otra de neutrófilos, que suplantó a las veinticuatro horas el predominio de macrófagos.

**Estudios clínico y anatopatológico de los efectos del tratamiento antimicrobiano.**—Se obtuvieron fotografías y biopsias seriadas de las lesiones accesibles en las mucosas de 24 enfermos que recibían terapéutica antimicrobiana. La evolución más común de los acontecimientos con una terapéutica eficaz fué la siguiente: mejoría subjetiva, cicatrización de la lesión macroscópica, desaparición de los bacilos tuberculosos, disminución del aspecto inflamatorio microscópico, resolución de los tubérculos y sustitución por tejido fibroso. La estreptomicina, la dihidroestreptomicina y la isoniazida se mostraron eficaces rápidamente. El PAS actuó mucho más lentamente y la amitiazona resultó ineficaz.

**Bullas enfisematosas infectadas.**—Se describen cinco casos de infección pulmonar implantada sobre bullas enfisematosas preexistentes, siendo tres de estas infecciones de tipo tuberculoso. Se describen las características clínicas y radiográficas del síndrome. La semejanza de las imágenes de las bullas infectadas con los niveles líquidos de las cavidades tuberculosas y abscesos de pulmón hacen particularmente importante el reconocimiento de este síndrome.

### Clinical Science.

13 - 2 - 1954

- \* Glucosuria en la necrosis tubular aguda, K. G. Lowe, G. Moodie y M. B. Thomson.
- Errores experimentales en los ensayos clínicos, E. M. Glaser y G. C. Whittow.
- Eliminación nocturna de electrolitos después de la administración oral de cloruros sódico y potásico y de bicarbonato, D. A. K. Black y J. N. Millis.
- Factor intrínseco después de gastrectomía total, S. Callender, A. Turnbull y G. Wakisaka.
- Modificaciones en la circulación periférica y en la temperatura corporal después de la administración de bromuro de hexametionio, M. Hamilton, K. S. Henley y B. Morrison.
- Diuresis acuosa en la estatorrea idiopática, W. H. Taylor.
- Nefrectomía total en conejos con hipertensión crónica, P. M. Daniel, M. M. L. Prichard y J. N. Ward-McQuaid. Relaciones en el dedo del pie entre la temperatura de la superficie cutánea y el flujo sanguíneo medio medido con un plethysmógrafo, D. Felder, E. Russ, H. Montgomery y O. Horwitz.
- Efectos de la oclusión vascular y del enfriamiento local sobre el flujo sanguíneo cutáneo en el dedo, R. P. Jepson.
- La etiología de la hipertensión esencial. Efecto de la corrección para la circunferencia del brazo de la cuantía de aumento de la presión arterial con la edad, G. W. Pickering y cols.
- La etiología de la hipertensión esencial. IV. El papel de la herencia, G. W. Pickering y cols.
- Eliminación de electrolitos durante la depleción experimental de potasio en el hombre, B. M. Evans, N. C. Hughes Jones, M. D. Milne y S. Steiner.

**Glucosuria en la necrosis tubular aguda.**—Las concentraciones de glucosa en orina a detectar en estos

casos son muy pequeñas, por lo que no se puede hacer uso de los métodos habituales para su determinación, sino de métodos más sensibles. Incluso el método de Somogyi es insuficiente, por lo que los autores han hecho empleo de la cromatografía unidimensional en papel. Con este método consideran patológica toda glucosuria que excede de los 20 mg. por 100 c. c. En la diuresis osmótica y en las enfermedades renales que no sean la insuficiencia renal aguda no se puede comprobar glucosuria superior a este límite de la normalidad. Por el contrario, la han observado en los cinco casos estudiados de esta enfermedad, todos los cuales habían tenido episodios clínicos iniciales que sugerían la producción de una vasoconstricción renal intensa con desarrollo subsiguiente de los caracteres clínicos y bioquímicos de la necrosis tubular aguda o necrosis cortical parcial. Incluso en dos de los casos se pudo demostrar esto en la autopsia. En todos, menos en uno, se hicieron determinaciones de glucemia, que fueron normales por lo que no se puede explicar por esta vía la ligera glucosuria que atribuyen los autores a la lesión del tubo proximal. Suponen que la brusca desaparición de la glucosuria indica el momento en que se ha establecido una regeneración adecuada y la maduración funcional del epitelio tubular proximal. En dos de los casos se presentó también aminoaciduria patológica, pero antes de poder considerar una aminoaciduria como índice de disfunción tubular proximal es necesario realizar estudios de los aminoácidos urinarios y plasmáticos muy detenidos y cuantitativamente exactos. Otros autores habían comunicado glucosuria a consecuencia de necrosis tubular debida a intoxicación por el plomo o por el fenol, pero en éstos la glucosuria apareció al comienzo de la fase diurética de la enfermedad, mientras que en los comunicados en el presente trabajo el dato fué de aparición muy precoz, ya en la fase oligúrica de comienzo de la insuficiencia renal aguda.

**Eliminación nocturna de electrolitos.**—Hay numerosos trabajos acerca de los efectos de diferentes sales de sodio y de potasio sobre la eliminación de los electrolitos por la orina, pero falta una comparación entre los efectos de los cloruros y bicarbonatos sódico y potásico. Cuando se intenta hacer este estudio se tropieza con la dificultad de las variaciones diurnas de la eliminación urinaria de iones, así como con los efectos producidos por las bebidas que contienen cafeína. Estos inconvenientes han sido obviados por los autores dando 50 meq. de cada una de las sales por la noche, al tiempo de acostarse, y haciendo las determinaciones de eliminación de iones en la orina formada durante el sueño. De esta manera encuentran que la eliminación de hidrogeniones resulta disminuida por la ingestión de los iones potásico y bicarbonato, no por las de sodio, que no contengan este último anión. La administración de sales de potasio (en la misma medida el cloruro que el bicarbonato) aumentan la eliminación de potasio y aún más la de sodio. La ingestión de este último no influye de manera importante sobre la eliminación de los demás.

**Factor intrínseco después de gastrectomía total.**—Dando por vía oral media gamma de vitamina  $B_{12}$  marcada con cobalto 60, han podido detectar los autores en las heces el 80 por 100 del total de radioactividad dada tanto en los sujetos totalmente resecados del estómago como en los enfermos de anemia perniciosa, lo que indica una muy defectuosa absorción de la vitamina por la falta del factor intrínseco del estómago. Cuando a la vitamina  $B_{12}$  se añade alguna fuente de factor intrínseco, tal como la mucosa de estómago de cerdo, la cantidad de vitamina perdida por las heces es sólo del 57 por 100. No han podido determinar si la cantidad que no se elimina en ausencia de factor intrínseco es absorbida como tal cobalamina o bajo la forma de productos de desintegración previa. La pérdida constante de vitamina  $B_{12}$  en los resecados totalmente determinará una depleción de los depósitos: éstos alcanzan de 1.000 a 2.000 gammas en todo el organismo y las necesidades diarias son de 1 gamma, por lo cual la anemia macro-

cítica tardará algún tiempo en presentarse; sin embargo, ya desde la operación se debe empezar a dar la vitamina por vía parenteral, sin esperar a que se vacíen las reservas. Uno de los sujetos estudiados sólo tenía una pérdida fecal del 66 a 67 por 100 de la vitamina B<sub>12</sub>, dada, lo que sugiere que podría tener alguna otra fuente de factor intrínseco además de la mucosa gástrica. Posiblemente algún islote de mucosa gástrica en el esófago, con capacidad de segregar factor intrínseco. Esta puede ser la causa de que en algunos sujetos no se produzca anemia macrocítica después de la resección completa del estómago.

**Pérdida de calor por el hexametonio.**—Durante el tratamiento de la hipertensión con bromuro de hexametonio muchos enfermos notan después de cada inyección sensación de calor en los pies y frío en las manos. Después de la inyección los enfermos se hacen muy sensibles al frío y algunos incluso aquejan escalofrios. Los autores han estudiado detenidamente esta cuestión, encontrando que el hexametonio (C-6) produce una disminución de la temperatura corporal, medida en la boca, de medio a un grado centígrado. La temperatura cutánea aumenta notablemente en los pies y poco o nada en el resto del cuerpo, por lo que ellos parecen ser el principal punto de pérdida del calor corporal. Al mismo tiempo pudieron demostrar un considerable aumento del flujo sanguíneo en la piel en todos los casos, en todas las ocasiones y siempre prolongado, mientras que en las manos y en los músculos el aumento del flujo sanguíneo consecutivo a la inyección de C-6 es menos intenso, no se presenta en todos los sujetos ni en todas las ocasiones en el mismo sujeto y su duración es efímera, de manera que al final del experimento el flujo sanguíneo ya se ha hecho normal o incluso subnormal. Este fenómeno parece depender de la integridad de los nervios simpáticos: no se produce en los simpatectomizados. La desigual distribución de los fenómenos vasculares por el C-6 en las extremidades superiores e inferiores depende de la diferente participación ganglionar simpática en la inervación de sus vasos. El priscol, que también es un gangliopléjico, no produce sin embargo estas diferencias en las manos y en los pies, sino vasodilatación en unas y otros, lo que se debe a que, como LYNN ha demostrado, además de su acción gangliopléjica tiene otra directa sobre los vasos.

**Diuresis acuosa en la esteatorrea idiopática.**—Se sabe que en esta enfermedad hay un retardo en la eliminación de las cantidades de agua normalmente ingeridas con la alimentación. Esto no ocurre durante el ayuno y se atribuye a una retención del agua en el intestino mientras dura la digestión y absorción de la grasa. El autor ha probado la respuesta de tales enfermos a la sobrecarga acuosa no en ayunas. Hace ingerir al sujeto un litro de agua y mide la curva de eliminación urinaria de la misma en el tiempo siguiente. De esta manera ha comprobado que también la eliminación de esta sobrecarga está retardada, al mismo tiempo porque el máximo flujo de orina en un momento determinado es más bajo que en condiciones normales y porque este máximo aparece más tarde que en el sujeto sano. Sus estudios han ido encaminados a introducir una prueba fácil que pueda ser útil en el diagnóstico de la esteatorrea idiopática. En efecto, han comprobado una relación bastante estrecha entre el retardo de eliminación y el defecto de absorción de la grasa: cuando la enfermedad está en remisión la curva de la diuresis acuosa se hace normal. En los sujetos con esteatorrea pancreática la prueba de la diuresis acuosa puede ser positiva o negativa. Concluye que aunque no es un método que tenga tal valor diagnóstico que pueda sustituir a los balances de grasa, es un auxiliar útil, sobre todo en aquellos casos en que no sea posible, o el enfermo rehuse, el ingreso en el hospital con el fin de llevar a cabo el estudio metabólico. Quizá sea también de gran valor para controlar de una manera sencilla la marcha de la enfermedad. Después de la ingestión de un litro

de agua, la eliminación de más de 790 c. c. en las dos horas siguientes va en contra de la existencia de una esteatorrea idiopática en actividad.

**Nefrectomía total en la hipertensión crónica.**—A un grupo de conejos los autores practicaron la extirpación del riñón derecho y dos semanas más tarde produjeron isquemia del riñón izquierdo mediante una pinza de plata colocada en la arteria renal. De esta manera se produjo hipertensión en todos los animales. Despues de mantenerlos en esta forma durante 19 a 27 semanas, hicieron la nefrectomía del riñón isquémico restante. A partir de ese momento siguieron determinando la presión arterial a cortos intervalos hasta la muerte del conejo, que se produjo en uremia a los pocos días de esta última intervención. Las cifras tensionales se mantuvieron elevadas, como anteriormente, hasta el último momento. Esto indica claramente, confirmando las anteriores observaciones de PICKERING y de FLEMING, que en una hipertensión de indudable origen renal entran en juego otros factores hipertensivos extrarenales responsables de la persistencia de la misma aunque se suprime totalmente el mecanismo promotor del estado hipertensivo. Es cuestionable el papel que pueda seguir jugando el riñón en la regulación de la presión arterial después que esos otros factores extrarrenales han comenzado a intervenir.

**La etiología de la hipertensión esencial. III. Influencia de la circunferencia del brazo sobre las cifras de tensión.**—Buscando las posibles fuentes de error en la muestra de la población general estudiada por los autores (trabajo referido en un número anterior), han estudiado la influencia de la circunferencia del brazo, conforme a los datos señalados por RAGAN y BORDLEY. Estos autores observaron que cuando se comparaba las cifras de tensión obtenidas por medida directa mediante punción arterial y un manómetro de Hamilton y las halladas por el método auscultatorio (indirecto), los valores indirectos eran más bajos que los directos cuando los brazos en que se media eran delgados y más altos que los directos cuando los brazos eran gruesos. Sin embargo, la circunferencia del brazo tiene en los adultos poca relación con la edad, lo que ya hace suponer, y se comprueba después al hacer las oportunas correcciones, que el aumento progresivo de las tensiones arteriales a medida que avanza la edad es cierto y no un error introducido por el empleo del método indirecto de medición de las presiones arteriales.

**Etiología de la hipertensión esencial. IV. El papel de la herencia.**—Para tratar de determinarlo, los autores han hecho mediciones de la presión arterial en los parientes de primer grado de 109 enfermos de hipertensión esencial y en los de otros 102 sujetos con presión arterial normal. Las dos series de parientes de primer grado eran iguales en lo que se refiere a la distribución por edades, proporción de sujetos estudiados, etcétera. Dentro de cada una de estas series determinaron las modificaciones a lo largo de la edad de las presiones arteriales tomadas en condiciones casuales. La serie de control (parientes de sujetos normotensos) mostró un comportamiento de las presiones en relación con la edad igual que el de la población general. Por el contrario, los parientes de hipertensos esenciales mostraron cifras tensionales más elevadas en todos los grupos de edad desde la segunda hasta la octava década de la vida. Los autores interpretan estos hechos en apoyo de su tesis de que la hipertensión esencial no es más que una expresión convencional para aquellos casos en que sin que exista una causa conocida las cifras de tensión son más altas que las que arbitrariamente se considera como normales. De esta manera, los factores determinantes de la llamada hipertensión esencial no son más que los que influyen sobre las cifras de tensión en la población general. Además de los dos considerados hasta ahora en esta serie de artículos, edad y herencia, debe haber factores ambientales que dejan para un posterior estudio.

**Depleción experimental de potasio en el hombre.**—El sujeto normal sometido a una depleción de potasio es capaz de ahorrar la eliminación de este ión hasta tal punto que no se pierde al día más de un miliequivalente, y aun menos, y que su concentración en la orina es menor que la existente en el plasma. En el presente trabajo los autores se ocupan de la influencia que sobre esta eliminación ahorrativa de potasio tienen las influencias que en condiciones normales tienden a aumentar su excreción. Ni la hiperventilación, ni la diuresis osmótica producida por la inyección intravenosa de manitol, ni la ingestión de bicarbonato sódico o de inhibidores de la carbonicoanhidrasa son capaces de modificar este régimen de economía del potasio. Durante la depleción las variaciones diurnas de la eliminación del mismo están disminuidas, mientras que no se modifican las de los restantes iones.

### Edinburgh Medical Journal.

60 - 7 - 1953

- \* Malformaciones arteriovenosas de la cabeza. J. Gillingham.  
Formación y funcionamiento de un banco de huesos en Edimburgo. R. B. Duthie.
- \* Resultados ulteriores del tratamiento de la tireotoxicosis con compuestos de tiouracilo. D. I. Manson.  
Neumotórax espontáneo fatal en un asmático. J. T. R. Russell y A. Macfarlane.
- \* Necrosis hepática aguda consecutiva a tratamiento con cloranfenicol. R. Salm.  
Hipertensión arterial. T. McL. Galloway.  
Hipertensión arterial. R. M. Hill.

**Malformaciones arteriovenosas de la cabeza.**—Consideradas antiguamente como raras, desde el advenimiento de la angiografía cerebral como método seguro de exploración se ha reconocido su abundancia. Son inadecuadas las denominaciones de angioma y de hamartoma, que tienden a crear un concepto erróneo de su naturaleza; no son verdaderas neoformaciones, sino que, aunque realmente pueden aumentar mucho de tamaño, lo hacen simplemente por expansión progresiva de sus vasos y dilatación de los sacos aneurismáticos. Son malformaciones congénitas resultantes de una anomalía local de desarrollo de los plexos vasculares primitivos, afectando generalmente sólo a un plano de tejidos, pero en ocasiones a varios, como en los casos en que una malformación arteriovenosa del cerebro afecta también a los vasos de las meninges o incluso del cráneo y cuero cabelludo. Pueden ser muy pequeñas o de gran tamaño: en ocasiones son múltiples. Aunque su localización preferente es en los hemisferios cerebrales, pueden asentarse también en la fosa posterior y en el mesencéfalo, siendo entonces frecuente su existencia simultánea en la retina. Las manifestaciones clínicas dependen de su localización, de las compresiones que producen al crecer o de su tendencia a la rotura y hemorragia consiguiente. El autor refiere 18 casos, de los que diez acudieron a la consulta por hemorragia intracraneal espontánea; seis, por epilepsia; uno, por hidrocefalia obstructiva, y otro, por jaqueca. Siete fueron operados; en seis casos se hizo excisión y en el otro (hidrocefalia) ventriculocistostomía. Los restantes no fueron operados, bien por no ser operables sin gran riesgo en cuanto a la vida o en cuanto a la función, bien por padecer epilepsia satisfactoriamente controlable con tratamiento médico.

**Tratamiento prolongado con tiouracilo.**—La utilidad de los compuestos tiouracílicos para suprimir, o al menos atenuar en pocas semanas, los síntomas y muchos de los signos de tireotoxicosis es generalmente admitida. Se plantea la cuestión de si una vez alcanzado el eutiroïdismo debe ser sometido el enfermo a una tiroidectomía total o subtotal o si puede combinarse con el tiouracilo. El autor, aunque reconoce que las recidivas son menos frecuentes tras la operación que con el tratamiento por tiouracilo, obtiene de su experiencia de 70 casos con tratamiento prolongado la conclusión de que en el 61 por 100 se alcanza una remisión duradera. En

estos resultados no influyen la edad y sexo del enfermo ni la duración de los síntomas antes de comenzar el tratamiento, que debe ser continuado por lo menos durante nueve meses; las recidivas, cuando se produjeron, lo hicieron generalmente en los seis primeros meses. De 34 casos con exoftalmos, sólo en cuatro casos se asistió a un aumento del mismo bajo los efectos de la droga. La fibrilación auricular desapareció con la tiroidectomía subtotal en los casos de compresión traqueal y extensión retroesternal, en los bocio nodulares, en los difusos sin ser muy grandes y cuando la tireotoxicosis es muy intensa (metabolismo basal superior a más del 60 por 100).

**Neumotórax espontáneo fatal en el asma.**—Los autores comunican el caso de un enfermo que en el curso de un ataque asmático sufrió un neumotórax espontáneo, produciéndole la muerte rápidamente. Según los datos que se encuentran en la literatura, el neumotórax espontáneo no es muy frecuente en los asmáticos; tampoco es corriente que en los sujetos jóvenes sin padecimiento respiratorio previo, que constituyen el grupo de máxima frecuencia del neumotórax espontáneo, éste produzca la muerte, a menos que sea bilateral, a tensión o en válvula. Por el contrario, el asmático en ataque, cuyos bronquiolos están contraídos y llenos de un moco viscoso, el colapso súbito de un pulmón, aunque sea de grado moderado, es suficiente para producir la muerte por asfixia si no se produce antes por parada cardíaca determinada directamente por compresión del corazón y grandes venas o indirectamente por vía vaginal.

**Necrosis aguda del hígado por cloranfenicol.**—El autor ha observado un niño de cinco años que murió a consecuencia de necrosis aguda del hígado consecutivamente a un tratamiento con cloranfenicol por haber padecido tos ferina. El accidente más común de los producidos por la cloromicetina es la anemia aplásica; este caso no dio tiempo a hacer estudio hematológico por sobrevenir la muerte poco después del ingreso. Afectación hepática ha sido comunicada por diversos autores y ha sido explicada según tres posibilidades: acción directa del cloranfenicol sobre el hígado, acción indirecta, aumentando su susceptibilidad al virus de la hepatitis, o coincidencia casual de hepatitis infecciosa y tratamiento con cloranfenicol. El primer mecanismo es, sin embargo, el más verosímil. El presente caso ofrece la particularidad de que en la corteza cerebral había alteraciones celulares con depósito de pigmentos, similares a las que se encuentran en los núcleos de la base en la ictericia nuclear.

### The Lancet.

6.806 - 6 de febrero de 1954

- \* Bronquitis crónica. N. C. Oswald.
- \* Patología de la bronquitis crónica. L. McA. Reid.
- Linfadenopatía hilar bilateral. N. Winn-Williams y G. F. Edwards.
- Trombosis de la porta en cirrosis hepática. A. H. Hunt y B. R. Whittard.
- \* Discrasias hemáticas en asociación al cloranfenicol. R. Hodgkinson.
- \* Toxoplasmosis adquirida. E. Skipper, J. K. A. Beverley y C. P. Beattie.
- Limitación de la capacidad vital. A. C. Dornhost y H. B. Kelly.
- Acondicionamiento de aire con aire filtrado en las que maduras vendadas. E. J. L. Lowbury.
- El enfermo de edad. W. L. Graham.

**Bronquitis crónica.**—La patogenia de la bronquitis crónica está intimamente relacionada con la resistencia del moco bronquial a la infección. La naturaleza y propiedades de éste son cada día mejor conocidas, así como su composición química. Contiene anticuerpos específicos, antibacterianos y antiviricos. Un aumento en la excreción de moco se puede producir por muchos factores, algunos de los cuales no tienen relación con la alergia. Las clases de bacterias patógenas para los pulmones está claramente delimitada, pero es muy poco

lo que se sabe del papel jugado por los virus. Los medios de tratamiento más eficaces serán el aire acondicionado, antibióticos y agentes que reduzcan la viscosidad del moco bronquial.

**Anatomía patológica de la bronquitis crónica.** — El autor trata de relacionar la anatomía patológica con el curso insidioso y progresivo del proceso. En los casos ligeros de bronquitis crónica, la principal alteración encontrada fué la hipertrofia de los elementos relacionados con la secreción de moco, es decir, glándulas mucosas y células globulosas. En los casos más avanzados se encontraron lesiones significativas en las porciones más distales de los bronquios que originaban serios desperfectos en el pulmón. El efecto de estas alteraciones era acumulativo y en virtud de su localización daban lugar a serias alteraciones funcionales.

**Discrasias hemáticas y cloranfenicol.** — Son descritos 23 casos de anemias aplásicas, y tres de granulocitopenia, asociados al tratamiento con cloranfenicol. En dos casos, el tratamiento se había continuado durante veinticuatro días, aunque la cantidad dada no era excesiva. En vista de ello, el autor propone la siguiente pauta de administración: a) En adultos, dosis total de 26 gr. b) En niños, la dosis no debe exceder de 100 miligramos por kilo durante siete días. c) La duración del tratamiento no debe exceder de diez días.

**Toxoplasmosis.** — La infección pr el "Toxoplasma gondii" puede ser congénita o adquirida; esta última puede ser asintomática y sólo reconocible por la demostración de anticuerpos séricos. A veces es también causa de enfermedad; los autores describen dos casos en que simuló una fiebre ganglionar y uno que simulaba un tifus. Discuten el diagnóstico de la toxoplasmosis adquirida, que debe ser considerada en casos de adenopatías de causa dudosa con cuadro de fiebre ganglionar.

6.807 - 13 de febrero de 1954

Autodefensa y nutrición. C. Williams.  
Cambios electrocardiográficos en el "Dumping". C. N. Pulvertaft.  
Recuperación de la fuerza muscular tras la poliomielitis. W. Richtie-Russell.  
Cortisona en el tratamiento de la insuficiencia adrenal crónica. P. Fourman y A. R. Horler.  
Uso del Arfonad en la hipotensión controlada. C. J. Kilduff.  
Hipotensión controlada por el Arfonad. C. F. Scurr y J. B. Wiman.  
Prostatis y próstatas operables. R. Campbell Begg.  
Tratamiento de la anemia perniciosa por insuflación de vitamina B<sub>12</sub>. M. C. G. Islaëls y S. Shubert.  
Portadores crónicos de Salmonellas en la orina. W. S. Miller y T. M. Floyd.  
Portadores urinarios intermitentes de "Salmonella typhi". P. Chadwick, J. T. Groves y G. R. E. Naylor.

**Cortisona en la insuficiencia adrenal crónica.** — Pequeñas dosis de cortisona se dan a ocho pacientes con enfermedad de Addison y a tres con hipopituitarismo. No se benefició un paciente de Addison y otro de hipopituitarismo. En todos los demás fué de muy buen efecto y, en uno, regresó la esplenomegalia y la hipertrofia mamaria que estaban presentes. Estos hallazgos clínicos sugieren que la corteza adrenal segregó una pequeña cantidad de 11-oxisteroides que no es liberada sin corticotropina. En cuatro addisonianos, grandes dosis de cortisona salvaron una crisis adrenal. También se ha observado que en los addisonianos tuberculosos no es nociva la cortisona.

**Vitamina B<sub>12</sub> por insuflación.** — Los autores dan por insuflación vitamina B<sub>12</sub> a enfermos con anemia perniciosa. Encuentran que es una eficaz forma de tratamiento, requiriéndose las mismas dosis que por vía intramuscular. Concluyen que la aspiración de vitamina B<sub>12</sub> puede ser bastante económica y útil en el tratamiento de previamente seleccionados pacientes.

**Portadores de salmonella en la orina.** — Los autores emprenden el tratamiento de portadores crónicos de salmonellas en la orina con cloranfenicol; éste fué útil en 10 de los 15 casos tratados. Sin embargo, uno de los que respondieron bien empezó de nuevo a eliminar gérmenes en el día 260 tras el tratamiento, pero los autores piensan que se trata de una reinfección, no de una reactivación. El tratamiento con cloranfenicol de los cinco enfermos que habían recaído condujo a dos curas. Los tres enfermos refractarios a los dos tratamientos con cloranfenicol continúan secretando salmonellas siete meses después del tratamiento.

6.808 - 20 de febrero de 1954

- Angiopatia diabética. K. Lundbaeck.
- Ensayo químico de gonadotropina en la orina. A. C. Crooke y otros.
- \* El peligro psiquiátrico de la corticotropina y cortisona. A. Lewis y J. J. Fleminger.
- Tratamiento ambulatorio de la úlcera duodenal. P. H. Friedlander.
- \* Crecimiento de "Candida albicans" durante la terapia con antibióticos. J. Sharp.
- Moniliasis tras terapia por antibióticos. S. G. Browne.
- Reparación de una gran hernia con malla de nylon. F. E. Stock.
- Agranulocitosis. A. R. Harrison.

**Peligro psiquiátrico de la cortisona y corticotropina.** — Son tratados con cortisona o corticotropina 12 enfermos con historia de reciente alteración mental: 11 por artritis reumatoide y uno por un lupus eritematoso diseminado. Ninguno de ellos desarrolló graves síntomas mentales durante el tratamiento; los autores contaban para la valoración la respuesta, normal o histérica, a la mejoría física por el tratamiento, así como la comparación con el estado anterior. Concluyen que la predisposición a desarrollar síntomas psíquicos durante el tratamiento con cortisona o corticotropina no puede ser relacionada con la existencia de síntomas previos ni de una personalidad neurótica o inestable.

**Crecimiento de "Candida albicans" durante la terapéutica con antibióticos.** — Los autores estudian la frecuencia con que encuentran el "Candida albicans" en frotis de la garganta, esputo y recto de 174 neumónicos antes, durante y después del tratamiento con terramicina y sulfamidas. Antes del tratamiento fué aislado de la garganta en un 26 por 100, del esputo en un 48 por 100 y del recto en un 3 por 100. Despues del tratamiento de cinco días con una dosis media de 14,2 gramos de terramicina, se aisló en un 16-42 por 100 en la garganta, 32-61 por 100 en el esputo y 59 en el recto. Tras las sulfamidas, las proporciones fueron de 30-49 por 100 en el esputo y 5-20 por 100 en el recto. En ningún caso se asoció el "Candida" con síntomas clínicos de moniliasis.

6.809 - 27 de febrero de 1954

- Eliminación de infecciones hospitalarias en niños. C. Pickerill y H. P. Pickerill.
- \* L-Hidrazinoftalazina (apresolina) en la hipertensión. E. Harris y R. Turner.
- Hiperplasia adrenal congénita. R. I. S. Bayliss, I. E. Broadbent y A. W. Steinbeck.
- Infestación con el "Trichocephalus dispar". E. McCarthy.
- Frecuencia de la tercera fontanela. M. Hoyle y A. W. Franklin.
- \* Tracción espinal. R. Barbor.
- \*Tratamiento de la neuralgia del trigémino con vitamina B<sub>12</sub>. S. J. Surtees y R. E. Hughes.
- Actividad de la insulina plasmática en la acromegalia. P. J. Randle.

**Apresolina en la hipertensión.** — Los autores emplean revisando la farmacología de la l-hidrazinoftalazina (apresolina) y describen a continuación los efectos obtenidos en el tratamiento de 22 hipertensos. En general, opinan que la apresolina como único tratamiento es de pequeño o nulo valor; en un principio, siempre que se trate de casos ligeros, se obtienen considerables beneficios con dosis no tóxicas, pero al continuar el trata-

miento hay que llegar a dosis que pueden producir serios efectos secundarios. Sin embargo, es muy útil la acción que tiene mejorando la circulación renal, por lo que puede ser de gran eficacia asociada a otros hipotensores, particularmente el hexametonio.

**Tracción espinal.**—Una de las más frecuentes causas de incapacidad es la protusión del disco intervertebral, causa de grandes dolores y, abandonado a su albedrio, de prolongada incapacidad. Buscando crear las condiciones más favorables para la reposición del disco herniado, el autor recurre a la tracción espinal, la cual emplea en 450 tratamientos. Los enfermos se mostraron entusiasmados por la rapidez con que cedió el dolor, especialmente aquellos que ya habían tenido ataques anteriores, de los que habían sido tratados por el simple reposo en cama. En todos sus casos no observa más que dos complicaciones.

**Vitamina B<sub>12</sub> en la neuralgia del trigémino.**—Los autores prueban la eficacia de las dosis masivas de vitamina B<sub>12</sub> en 18 casos de neuralgia del trigémino y uno de neuralgia glosofaringea. En 15 de estos enfermos, inmediatamente después del tratamiento pudo comprobarse una importante mejoría sintomática. Los resultados sugieren que la vitamina B<sub>12</sub> usada en estas dosis puede producir una remisión que puede prolongarse por bastante tiempo. Sin embargo, aún no se ha comprobado que este tratamiento pueda curar permanentemente la neuralgia del trigémino.

### British Medical Journal.

4.865 - 3 de abril de 1954

- Investigación sobre la longevidad de los deportistas de Cambridge. A. Rook.
- Cronología del seno esfenoidal y su valor en el diagnóstico. G. Marañón y F. Gálvez Armegaud.
- Investigaciones de laboratorio durante el tratamiento de pacientes con poliomielitis y parálisis respiratorias. P. Astrup, H. Gotzsche y F. Neukirch.
- Tratamiento anestésico de enfermos con poliomielitis y parálisis respiratorias. E. W. Andersen y B. Ibsen.
- Efecto de la fenilbutazona sobre el metabolismo del ácido úrico. R. Mason.
- Muerte por hipersensibilidad a la fenilbutazona. D. J. O'Brien y G. Storey.
- Síndrome de Stevens-Johnson y granulocitopenia tras la administración de fenilbutazona. S. J. Steel y J. L. Moffat.
- Retención de orina. J. A. Lloyd Davies.
- Algunos aspectos clínicos de la obstrucción bronquial. R. N. Johnston, T. M. Wilson, B. M. Ogilvie y T. L. Rosser.

**Fenilbutazona y metabolismo del ácido úrico.**—Los autores tratan con fenilbutazona cuatro casos de gota y a un sujeto normal como control, observando los efectos que este tratamiento tiene sobre los distintos aspectos del metabolismo del ácido úrico. Solamente dos efectos pueden objetivarse: a) Un ligero efecto uricosúrico, pero tan leve que nunca basta para influenciar la uricemia. b) Retención de agua, que en uno de los casos estudiados llegó a precipitar la insuficiencia cardíaca congestiva. No se pudo evidenciar que la fenilbutazona tuviera ningún efecto directo sobre el metabolismo del ácido úrico.

**Síndrome de Stevens-Johnson y granulocitopenia tras la administración de fenilbutazona.**—Los efectos tóxicos hasta ahora descritos de la fenilbutazona (butazolidina) comprende erupciones cutáneas, retención acuosa, activación de úlceras pépticas, agranulocitosis y tendencia a la hemorragia, que a veces se asocia a trombocitopenia. El caso descrito por los autores desarrolló un síndrome de Stevens-Johnson y granulocitopenia. Fué tratado con penicilina y benadryl. A las dos semanas empezaron a desaparecer la erupción cutánea, la conjuntivitis, estomatitis, etc., recuperándose también la fórmula hemática.

**Obstrucción bronquial.**—Los autores estudian a 100 enfermos, 50 de los cuales tenían una obstrucción bronquial, y otros 50 como testigos, en los cuales la broncoscopia había sido negativa. El objeto de la investigación fué poner de relieve los síntomas y signos que con frecuencia se presentan en estas obstrucciones. Dos síntomas y dos signos se presentaron con una mayor frecuencia: una tos cuyo carácter cambia y localizado; una reducción del murmullo vesicular y un roncus localizado. Sin embargo, estos síntomas no siempre se presentan, ahora que su presencia nos hará siempre indicar una broncoscopia.

4.866 - 10 de abril de 1954

- \* Los siameses de Kano. I. Aird.
- \* Tratamiento de la anemia perniciosa con muy pequeñas cantidades de mucosa pilórica y vitamina B<sub>12</sub>. E. Meulengracht.
- \* Obstetricia domiciliaria. I. Cookson.
- \* Condiciones del crecimiento de los niños en 1950-51. W. C. Berry y P. J. Cowin.
- \* Pneumatirosis intestinal. F. J. C. Matthews.
- \* Colitis ulcerosa y carcinoma del intestino grueso. I. P. M. McDougall.
- Asociación de diabetes mellitus y tumor cerebral. A. Paxton y C. P. Pech.
- \* Empleo sistemático de antibióticos en ciertas dermatosis. Experimentación del Medical Research Council.

**Los siameses de Kano.**—El autor emplea por hacer un resumen del desarrollo embriogénico de los siameses, tratando a continuación los distintos tipos de éstos que se pueden presentar. En su caso, se trataba de dos niños unidos por el abdomen. Las distintas exploraciones demostraron que la luz de sus tractos gastrointestinales estaba separada. También lo estaban ambas vesículas biliares (y todo el trayecto biliar probablemente) y aparatos urinarios (urografías). En la intervención se pudo observar que el hígado de ambos estaba unido en alguna extensión. Su separación no ofreció grandes dificultades técnicas. Al poco tiempo uno de los siameses (que ya había demostrado ser menos fuerte que el otro) falleció en colapso. En la autopsia se pudo encontrar solamente que sus suprarrenales tenían muy pequeño desarrollo; considera el autor que este feto vivió a costa de la cortisona del otro; como hay algunos otros casos en la literatura en que la muerte de los siameses separados pudo haberse debido a la misma razón, el autor considera que en estos casos se debe hacer un tratamiento con cortisona.

**Tratamiento de la anemia perniciosa.**—Se ha demostrado que las pequeñas cantidades de mucosa pilórica de cerdo tienen un claro efecto antianémico, si bien es demasiada ligero. También se demuestra que estas mismas cantidades de mucosa, unidas a muy pequeñas cantidades de vitamina B<sub>12</sub>, que de por sí, dadas oralmente, serían completamente inactivas, tiene un fuerte efecto antianémico. Los autores emplean una preparación que contiene ambos elementos, de los que dan una dosis diaria de 0,15 g. de mucosa pilórica de cerdo y 15 microgramos de vitamina B<sub>12</sub>. En el tratamiento inicial recomiendan el doble de dichas dosis y para el de mantenimiento aún no tienen la suficiente experiencia como para poder recomendar dosis.

**Práctica obstétrica domiciliaria.**—El autor hace una amplia serie de estudios, cerca de médicos y en visitas domiciliarias, sometiéndolos a interrogatorios. Deducen los partos prematuros y múltiples tienen una mortalidad excesiva para aceptarlos en el domicilio. Una primipara normal no es necesaria su hospitalización. Los fórceps en el domicilio son inevitables en una pequeña proporción de casos y su peligro no es mucho; sin embargo, sus aplicaciones se reducirán mucho si son llevadas al hospital las primiparas de más de treinta años o que no han dilatado de todo a las veinticuatro horas de parto. También puede ser útil el más frecuente uso de la episiotomía en el domicilio de la parturienta. Las toxemias pueden ser controladas con gran frecuencia

si se observa repetidamente la presión sanguínea. Puede ser útil el uso de la ergometrina intravenosa al final del segundo período.

**Neumatosis intestinal.**—La neumatosis intestinal es un proceso en el cual los conductos linfáticos quedan bloqueados y distendidos por el gas, produciéndose múltiples quistes aéreos en la subserosa y submucosa. Se presenta principalmente en hombres, entre los treinta y los cincuenta años, con síntomas digestivos vagos. La más frecuente complicación es la obstrucción intestinal. Los autores presentan un caso de esta rara enfermedad, con un estudio radiológico y rectosigmoidoscópico, lo cual no se había hecho hasta ahora. La disposición de los quistes en el presente caso parece ser distinta de los hasta ahora estudiados. El paciente vino a consulta por hemorragias digestivas.

**Colitis ulcerosa y carcinoma.**—Los autores encuentran el cáncer del intestino grueso en cinco casos entre 126 enfermos con colitis ulcerosa estudiados, es decir, con una frecuencia de un 4 por 100. Dado que el cáncer de colon no es una afección demasiado frecuente (uno por cada 30 muertes), consideran los autores que hay un indudable predominio de esta afección entre los enfermos de colitis ulcerosa, en los que se presenta con una frecuencia cinco veces mayor que en los sujetos normales. Y aun piensan los autores que un estudio más prolongado y estricto de sus casos podría arrojar una frecuencia mayor. Es ésta una complicación muy digna de tenerse en cuenta en el momento de indicar la terapéutica quirúrgica.

**Antibióticos en ciertas dermatosis.**—Del empleo sistemático de algunos antibióticos en determinadas dermatopatías sacan los autores las siguientes conclusiones: la aureomicina, cloranfenicol y terramicina, dadas sistemáticamente, no son útiles en el herpes simple recurrente, liquen plano, ptiriasis rosácea, dermatitis herpetiforme y lupus discoide. En cambio, se obtienen rápidos resultados con el empleo de estos antibióticos en los eczemas seborreicos infecciosos recientes. También resultó evidente que el uso prolongado de estos antibióticos, especialmente en lo referente a la aureomicina, puede causar desagradables efectos colaterales, entre los que figuran náuseas, vómitos y disturbios gastrointestinales, hasta el punto de hacer impracticable el tratamiento.

4.867 - 17 de abril de 1954

- Psiquiatría y medicina general. D. Henderson. Tratamiento del edema renal con Dextran. A. W. Molaison y J. Basil Rennie.
- \* Púrpura trombocitopénica tras la administración de oro. M. Thompson, R. J. G. Sinclair y J. J. R. Duthie.
- \* Hipoparatiroidismo y pseudo-hipoparatiroidismo. R. R. de Mowbray, S. H. Llewellyn Smith y W. J. C. Simmonds. Tendencias actuales en las enfermedades infecciosas de la infancia. W. J. Martin.
- Estudios clínicos y químicos de la lactancia humana. F. E. Hytten.
- \* Regresión glandular espontánea en la enfermedad de Hodgkin. A. W. Johnston.
- Los síntomas como guía de la anemia. W. T. C. Berry y F. A. Nash.

**Púrpura trombocitopénica tras la administración de oro.**—Los autores describen dos casos de púrpura trombocitopénica tras la administración de oro. En uno de ellos se presentaron síntomas neurológicos, lo cual no es frecuente en este tipo de procesos, y se piensa sea debido a hemorragias en la médula y cerebro. Hacen a continuación un estudio comparativo entre las respuestas terapéuticas de estos enfermos al dimercaprol, ACTH y cortisona. Un caso no respondió al dimercaprol, pero piensan los autores que la dosificación empleada fué demasiado débil. El otro caso no respondió en absoluto a grandes dosis de ACTH y cortisona, pero si al dimercaprol. Es discutida la necesidad de grandes dosis de dimercaprol y tratamientos prolongados.

**Hipoparatiroidismo y pseudohipoparatiroidismo.**—Los autores estudian dos casos de hipoparatiroidismo idiopático, tres postoperatorios y uno de pseudohipoparatiroidismo. Se suelen presentar con tetania. La epilepsia es también muy frecuente. Algunos se presentan con cataratas u otros defectos ectodérmicos. Otros síntomas son alteraciones dentarias, edema papilar, síntomas neuróticos y retardo mental y físico. Está reducida la calcemia y aumentado el fósforo. A veces se ven calcificaciones en el cerebro y los huesos normales o más densos. El pseudohipoparatiroidismo es debido a una anormal resistencia del organismo a la hormona paratiroida, y presenta los mismos caracteres que el hipoparatiroidismo, junto a la acondroplasia y a una mayor tendencia a las calcificaciones en los tejidos blandos. El tratamiento se puede efectuar con dihidrotaquisterol o con calciferol.

**Regresión espontánea de los ganglios en la enfermedad de Hodgkin.**—El autor cree oportuno llamar la atención sobre la posibilidad de regresión espontánea de las adenopatías en la enfermedad de Hodgkin para que esto se tenga en cuenta al enjuiciar los resultados de las nuevas terapéuticas de esta enfermedad. Entre 29 enfermos, el autor ha podido comprobar estas remisiones en cinco y, menos claramente, en otros seis. Se ha considerado que esta remisión se debería a la eliminación de una posible infección secundaria, pero esto no se ha podido comprobar. Considera el autor que la remisión espontánea de las adenopatías, frecuentemente asociada a alternancias de la fibra, es una variación ocasional, pero importante, del cuadro clínico de esta enfermedad.

4.868 - 24 de abril de 1954

Radioterapia en relación a la dermatología. B. W. Winderley.

- \* Tratamiento de las hemorragias gastroduodenales agudas. F. W. Gunz, I. D. Gebbie y R. C. S. Dick.
- \* Tratamiento con arsenamida de la filariasis debida a "W. Bancrofti" y "A. Perstans". J. A. McFadzean y F. Hawking.
- Aproximación biológica a la geografía médica. J. R. Audy.
- Enfermedad hemolítica del recién nacido causada por un nuevo anticuerpo Rh, anti C+. F. Stratton y P. H. Renton.
- Excreción de porfirinas en un enfermo con porfiria sensible a la luz, retrasada. A. Benson, W. D. Foster y F. T. G. Prunty.
- Actividad neuromuscular del yoduro de succinilmonocolina en el hombre anestesiado. F. F. Foldes, P. G. McNall y J. H. Birch.
- \* Endocarditis bacteriana debida al "chromobacterium prodigiosum". A. J. Hawe y M. H. Hugues.

**Tratamiento de la hemorragia gastroduodenal aguda.**—Los autores describen un método para el tratamiento de la hemorragia gastroduodenal aguda, del cual la parte más importante es el reemplazamiento de la cantidad total de sangre perdida por el enfermo: esto en todos ellos. Pero además realizan intervención quirúrgica en casos previamente seleccionados. El empleo de este método ha conducido a disminuir la cifra de mortalidad en el Christchurc Hospital. Exponen los resultados obtenidos en 93 enfermos, comparándolos favorablemente con los descritos en la literatura.

**Tratamiento de la filariasis con arsenamida.**—Los autores tratan 32 casos de filariasis por "F. bancrofti" con arsenamida intravenosa a dosis de 125 mg. diarios, unas 10 ó 12 dosis. A las dos semanas la mayoría de los enfermos se han curado y después de seis meses lo han hecho todos ellos menos dos. La droga tiene una acción nociva sobre el hígado: dos enfermos presentaron ictericia y uno murió por necrosis hepática. También se presentaron vómitos, mareos, cefaleas y pérdida de peso. Al disminuir la dosis no se obtienen tan buenos efectos; establecen en 0,6 mg./kg. la dosis mínima.

**Enfermedad hemolítica del recién nacido.**—Los autores describen un caso de enfermedad hemolítica del

recién nacido debida a un nuevo anticuerpo Rh, el anti C+. El anticuerpo anti C+ da muy pocos resultados positivos en individuos probados por casualidad entre los ingleses. Se obtuvieron cuatro resultados positivos entre 3.931 sujetos. Se ha podido demostrar que su existencia es hereditaria. Es discutida la necesidad de hacer pruebas directas entre las células del marido y el suero de la madre en los casos en que—por los antecedentes familiares—pueden sospecharse enfermedades hemolíticas.

**Endocarditis por el Cr. prodigiosum.**—Es descrito un caso de endocarditis aguda debido al *Cromobacterium prodigiosum*, el cual fué aislado dos veces en hemocultivos y, después de la muerte del sujeto, en las vegetaciones valvulares. "In vitro" era sensible a la estreptomicina y al cloranfenicol, habiéndose observado ligera mejoría tras la administración de este último. Describen a continuación las características microbiológicas del microorganismo. Piensan los autores que ante futuros casos de esta rara infección puede ser útil la administración de cloranfenicol y de neumocina.

### The Practitioner.

171 - 1.026 - 1953

- \* Influenza\*. C. H. Stuart-Harris.  
Infecciones de las vías altas respiratorias en la infancia.  
A. P. Norman.
- \* Infecciones respiratorias en la vejez. R. E. Turnbridge.  
Dolores y dudamientos del invierno. K. M. Robertson.  
Sabañones. D. I. Williams.  
Heladas, caídas y fracturas. W. A. Law.  
Gravación de la agudeza visual. J. R. Mutch.
- \* Pancreatitis aguda y recidivante. G. Blackburn.
- \* Tratamiento de la anemia perniciosa y anemias megaloblásticas. R. O. Gilhespy.

**Influenza.**—Empieza el autor considerando los problemas que aún presenta el estudio de esta afección, a pesar de que su frecuencia ha permitido que sea ampliamente estudiada. Estudia a continuación el virus de la influenza, haciendo notar que son varios los que se han aislado por sus distintas propiedades antigenicas, además de lo cual hay que considerar que la virulencia no tiene tampoco relación con las propiedades antigenicas. La infección se suele extender en forma de pandemias, de las cuales se han dado varias durante estos últimos años. Considera la posibilidad de que esto se deba o bien a una reactivación de virus que viven en forma saprofítica o bien a la introducción en una colectividad de una especie de virus distinta para la cual no está inmunizada. El cuadro clínico suele ser bastante constante. Recomienda los antibióticos, pero sin que se pueda esperar mucho de su empleo. Actualmente está en vías de ensayo la vacunación por el sistema ideado por SALK y LAURENT (1952).

**Infecciones respiratorias en la vejez.**—Las infecciones respiratorias son la causa más común de enfermedad en todas las edades. En los sujetos viejos no se presentan con más frecuencia ni con más graves caracteres que en los demás; pero, en cambio, los cambios metabólicos de que se acompaña la enfermedad pueden conducir a la muerte del sujeto. El hecho de que la infección se inicie con caracteres de levedad no quiere decir que todo su curso se siga con los mismos caracteres. La anoxemia y la insuficiencia cardíaca se presentaron con gran frecuencia en estas pacientes. Por lo tanto, el tratamiento habremos de dirigirlo: 1) A combatir la infección. 2) Poner una cuidadosa atención al sistema cardiovascular, vigilando la mantención de un adecuado balance hídrico. 3) Vigilancia de la anoxemia. 4) Adecuado tratamiento sintomático.

**Pancreatitis aguda y recidivante.**—Opina el autor que las pancreatitis aguda y recidivante son variantes del mismo proceso patológico. Preconiza una actitud conservadora en la pancreatitis aguda, en la cual puede ser útil el empleo de inyección en el nervio esplácnico.

Las lecturas de la amilasa sérica son un útil elemento diagnóstico. Deben tratarse siempre, si es que se puede descubrir, las anomalías asociadas del tracto biliar. La disposición anatómica del conducto biliar común y del conducto pancreático constituyen el más importante factor etiológico: ésta es la base de la Oddiotomía. Frequentemente es necesaria la exploración transduodenal de la ampolla. Sin embargo, los resultados de todas las formas del tratamiento quirúrgico dejan aún mucho que desear.

**Tratamiento de la anemia perniciosa y anemias megaloblásticas.**—Los autores estudian los efectos del tratamiento por medio de la vitamina B<sub>12</sub> del hígado por vía oral y por vía parenteral de 90 casos de anemia perniciosa, cinco de anemia megaloblástica del embarazo y tres de anemia megaloblástica consecutiva a la resección gástrica. Los resultados ponen de relieve que los tres preparados producen una satisfactoria respuesta hematopoyética y en la mayoría de los casos la enfermedad es adecuadamente controlada por medio de la vitamina B<sub>12</sub> y de las inyecciones de hígado. Sin embargo, en algunos casos el tratamiento más eficaz estuvo constituido por el hígado proteolizado suministrado oralmente.

De los tres casos de anemia consecutiva a gastrectomía, dos fueron satisfactoriamente tratados con extracto hepático y uno con vitamina B<sub>12</sub>, y de los cinco casos de anemia megaloblástica durante el embarazo, dos fueron tratados con ácido fólico y tres con el proteolizado hepático; en todos ellos se obtuvieron resultados satisfactorios.

### La Presse Médicale.

61 - 61 - 1 de octubre de 1953

- \* La reparación de anchas pérdidas de sustancia craneana por autoinjerto a expensas de la tabla externa del ala ilíaca. D. Petit-Dutailly y B. Pertuiset.  
Imagenes pulmonares anormales en los mineros de hierro de la cuenca minera de Lorrena. P. Simoni y cols.  
Estudio crítico de ciertos aspectos de la extremidad inferior del esófago. P. Hillemand, H. Beau y H. Bernard.
- \* A propósito de seis casos de tumores benignos del estómago. A. Mouche, J. Marquand y J. Douard.  
Opacidades pseudosegmentarias en perfil derecho debidas a superposición de las sombras cardiaca y diafragmática. C. Dramez, S. Hanoune y J. Gadras.
- \* Nuevos datos sobre la ornitosis. H. Boucher y V. Sautter.
- \* El tratamiento quirúrgico de las radiodermatitis. C. Dufourmentel y J. Terquem.

**Reparación de pérdidas de sustancia craneana.**—Los autores empiezan por exponer el problema que para los neurocirujanos sigue siendo la reparación de las grandes pérdidas de sustancia craneana, a pesar de los progresos que durante la última guerra hicieron los autores anglosajones.

En el presente trabajo exponen los autores 11 observaciones personales en las que la pérdida de sustancia fué reparada a expensas de la tabla externa del ilíaco, mostrando todas las ventajas que este autoinjerto supone. La semejanza que este fragmento óseo ofrece permite mantener la estética incluso en grandes pérdidas; por otra parte, es de esperar que estos resultados se mantengan a largo plazo, pues la porción espontánea injertada es suficiente para poder esperar una rehabilitación del nuevo hueso. Este injerto no expone a las complicaciones, siempre temibles, en otros tipos de injertos, incluso homoinjertos: pérdidas de prótesis o eliminación del injerto.

**Tumores benignos del estómago.**—Los tumores gástricos benignos suelen plantear interesantes problemas, a menudo de difícil solución, debido a sus poco evocadores cuadros clínicos, aspectos radiológicos y gástricos poco uniformes, a la terapéutica variable de unos a otros casos y, por último, por la posibilidad, no excepcional, de su transformación maligna. Estudian la filiación histológica de estos tumores a raíz de seis observaciones personales, insistiendo en la frecuencia de

hemorragias digestivas, trastornos funcionales y valor de los aspectos radiológico y gastroscópico. Discuten el asiento más frecuente del tumor y su terapéutica, que variará desde la simple extirpación del tumor pediculado intra y extra gástrico hasta la gastrectomía que indican en los schwannomas por la posibilidad frecuente de degeneración maligna. Pero, sobre todo, opinan que la terapéutica debe individualizarse.

**Nuevos datos sobre la ornitosis.**—Los autores estudian, entre 262 casos de infecciones pulmonares no tbculosas, 34 de ornitosis, de los cuales 17 se habían afectado de forma esporádica y 17 en el seno de pequeñas epidemias. Los casos esporádicos demuestran la amplia difusión de este virus.

A parte consideraciones sobre la epidemiología, broncoscopia y terapéutica de esta enfermedad, los autores hacen las siguientes interesantes conclusiones: 1) Gran frecuencia de los ataques benignos (congestiones pulmonares, córticopleuritis, bronquitis tórpidas). 2) Frecuencia de las linfomononucleosis y de serologías sifiliticas positivas. 3) Interés diagnóstico de las falsas imágenes radiológicas de primo-infección fistulizada.

**Tratamiento quirúrgico de las radiodermatitis.**—Cualquiera que sea la intensidad de una radiodermatitis, suele evolucionar de forma crónica, bien realizando una distrofia cutánea, o bien produciendo ulceraciones necróticas, sumamente dolorosas a menudo.

A partir del momento en que se ha establecido la cronicidad, ningún tratamiento médico es capaz de mejorarla; el tratamiento ha de ser quirúrgico, con extirpación amplia de las lesiones y reparación plástica de la cubierta cutánea; con ello, además de obtenerse la curación, se previene la evolución de la malignidad. El fragmento de piel puede obtenerse independientemente, o con un pedículo, de la proximidad de la herida; la elección del método depende de la profundidad de las lesiones y de la vascularización del subsuelo en que se aplicará el injerto. Los autores presentan una serie de diez casos por ellos operados en los que obtuvieron nueve curaciones y una considerable mejoría.

61 - 62 - 3 de octubre de 1953

- \* Saturnismo de origen hidrico. H. Desoille y C. Albahary.
- \* El lugar ocupado por la somatotrofina en los métodos de ivernoterapia. H. Laborit, R. Favre, J. Dechen y G. Bastit.
- \* Empleo terapéutico de los ésteres-alcaloides del "Veratrum album" en el tratamiento de la hipertensión arterial. J. A. Salva y F. L. Tarrida.

**Saturnismo de origen hidrico.**—Los autores presentan en este trabajo un caso de saturnismo familiar de curioso origen. El paso del plomo de la cañería al agua fué favorecido por un dispositivo eléctrico sujeto a aquella y que provenía de un aparato de radio (enchufe antiparásito T. S. F.). Con este agua se intoxicaron los dos miembros del matrimonio, el marido con un franco saturnismo paralítico y la mujer infacilíco.

Los autores consideran que una vez más hay que hacer constar que los signos clínicos del saturnismo no evolucionan paralelamente a las perturbaciones biológicas y que los mismos signos biológicos se presentan disociados. La presencia de una gran cantidad de hemáties con granulaciones basófilas (hemáties punteados) y una elevada cifra de protoporfirina libre de los glóbulos rojos son los testimonios más seguros de la impregnación plombíca. El estudio de la plombemia y plumburia es difícil y dudoso.

**El lugar ocupado por la somatotrofina en los métodos de ivernoterapia.**—Los autores consideran que la somatotrofina hipofisaria constituye un auténtico adelanto en el tratamiento general de los síndromes de agresión agudos y en los crónicos, en los que predomina el catabolismo proteico, y que también se ha mostrado un valioso auxiliar en los métodos de ivernoterapia. Estudian los autores esta última propiedad. Con-

sideran que mientras que inmediatamente después de una agresión la ivernación artificial, terapéutica neuroplégica heredera de la terapéutica de inhibición simpática preconizada por LERICHE, permite oponerse eficazmente a los trastornos vasomotores que caracterizan al choque neurológico primario, la asociación a los agentes farmacodinámicos de la hormona somatotrofa hipofisaria permite una reequilibración favorable en la segunda fase reaccional o fase neuroendocrina. Así, pues, esta hormona viene a mejorar los resultados imperfectos de la antigua técnica, exclusivamente neurovegetativa.

**Tratamiento de la hipertensión arterial.**—Los autores estudian los alcaloides del "Veratrum album", haciendo notar que están en una mayor proporción que los del "Veratrum viride", a pesar de lo cual ha sido menos estudiado que éste. Además, estos alcaloides actúan más enérgicamente sobre el sistema circulatorio, determinando grandes reacciones. Utilizan los autores una fracción de alcaloides purificados que contiene protoveratrina con pequeñas cantidades de cermerina y otros alcaloides. Después de la standardización biológica comprueban que esta fracción, que ellos denominan S. 73, es muy activa. Experimentan clínicamente sobre 150 enfermos, comprobando su actividad, buena tolerancia, fácil dosificación y ausencia de accidentes de hipertensión.

61 - 63 - 7 de octubre de 1953

- El poder histaminopéxico del suero sanguíneo. Su ausencia en los sujetos alérgicos. J. L. Parrot y C. Laborde.
- \* La estreptomicina en perfusión venosa. Y. Hebraud y M. Bertrac.
- \* La actinomicina C y su acción anti-humoral. A. Ravina.

**estreptomicina en perfusión venosa.**—Los autores utilizan la combinación estreptomicina-PAS según una de estas dos maneras: 1) Disolución directa de la estreptomicina (0,5 ó 1 gr.) en la solución clásica de PAS. 2) Disolución de la estreptomicina en el suero fisiológico y administración del PAS por vía oral.

De este ensayo terapéutico concluyen que el procedimiento es inocuo, que el comportamiento de la sensibilidad de los bacilos es el mismo que utilizando el método clásico, así como las asociaciones con otros medicamentos; consideran, por último, que la actividad por vía venosa es superior que por vía intramuscular en algunas formas de tuberculosis pulmonar y por lo menos igual frente a los casos tratados de tuberculosis extrapulmonar, particularmente meningitis tuberculosa.

**Actinomicina C y su acción antihumoral.**—El autor, a la vista de otros trabajos y de los suyos propios, hace observar la considerable ampliación del campo de acción que han sufrido recientemente los antibióticos. Casi todos los antibióticos han sido estudiados sólo por su acción antiinfecciosa; después de los trabajos de VASKMAN y cols. se han empezado a estudiar por su acción antivírica, antifúngica y, finalmente, anticancerosa; esto quiere decir que numerosos antibióticos que hasta la actualidad habían sido rechazados, deben reconsiderarse desde estos nuevos puntos de vista. Los autores estudian ahora el Actinomices, cuyas actividades biológicas parecen, según ellos, jugar un muy importante papel en la naturaleza; entre sus productos citotóxicos hay algunos muy electivos en su acción que sólo comprende determinado número de células. Lo mismo que hay sustancias bactericidas y bacterioestáticas, hay otras citotóxicas y citoestáticas.

Termina el autor haciendo la consideración de los enormes horizontes que estas nuevas utilizaciones de los antibióticos pueden suponer.

61 - 64 - 10 de octubre de 1953

- \* Estudio de la circulación cutánea en la hipertensión arterial permanente. A. Lemaire, J. Loepér y E. Housset.
- \* Invasión ganglionar en los cánceres del cuello uterino. Consecuencias terapéuticas. A. Tailhefer.
- \* Investigaciones sobre las sustancias simpaticolíticas y oxítóxicas de síntesis en la serie de la ergotamina. E. Savini.

**Estudio de la circulación cutánea en la hipertensión arterial.**—A pesar de todos los trabajos que en estos últimos tiempos se han publicado tratando de poner en claro los mecanismos fisiopatológicos que rigen la hipertensión arterial, éstos aún son desconocidos. La teoría más admitida en la actualidad es la que trata de explicar la enfermedad hipertensiva en virtud de un aumento en las resistencias periféricas, aumento que está condicionado por una vasoconstricción arteriolar.

Los autores estudian en el presente trabajo la circulación cutánea en la hipertensión arterial, haciendo las siguientes deducciones: a) La circulación cutánea no siempre participa en el entretenimiento de la hipertensión; y b) Cuando participa, lo hace de dos formas: por una parte, aumentando las resistencias periféricas, no al nivel de las arterias, sino al de las metarterias, y por otra, debido al hecho de estar afectas de una verdadera hiperquinesia de la pared vascular, que contribuye al aumento de la tensión máxima.

**Invasión ganglionar de los cánceres de cuello uterino.**—La invasión ganglionar ilíaca externa es más frecuente en el cáncer del cuello uterino de lo que se ha creído. El autor considera que de un 15 a un 20 por 100 de las recidivas de los casos operados en el estadio, uno, o quizás en el dos, se deben a evolución de adenopatías.

El autor estudia la frecuencia y topografía de estas invasiones extrauterinas en una serie de 144 colposisterectomías con vacíos ganglionares sistemáticos; 103 de estas intervenciones en casos de tipo I, 22 de primera intención y 81 tras radiación. En total, ha observado invasiones extrauterinas, sobre todo ganglionares, en un 18 por 100. En 13 operaciones sobre el tipo II, cinco localizaciones ganglionares ilíacas externas. En 28 operaciones por recidivas, 18 la recidiva interesaba la cadena ganglionar ilíaca externa. Es, pues, necesario, concluye el autor, que tanto la cirugía, que constituye el tratamiento de elección, como la radioterapia tengan en cuenta estas localizaciones.

**Investigaciones sobre la serie de la ergotamina.**—Más de 200 nuevos derivados de los alcaloides del cornezuelo son estudiados en cuanto a sus propiedades farmacodinámicas; la mayoría de ellos son aminas y amidas-aminas que pertenecen a la serie de las fenilalkilaminas, aminotetralinas e hidroquinoleínas.

Esta investigación pone de manifiesto el interés que tienen los derivados sintéticos en cuya molécula figuran a la vez las funciones amina y amida; las funciones simpaticolítica y oxitórica parecen ligadas a la presencia de estas dos funciones. Uno de los cuerpos, N,N-diethyl-N' 4-(2-tetralil)-glicinamida (621 I. S.) ha sido experimentado en clínica obstétrica en el transcurso del parto espontáneo o quirúrgico. A la dosis de 2-6 miligramos por vía intramuscular o intravenosa acelera el parto, produce una buena hemostasia, es bien tolerado y no modifica la tensión arterial.

61 - 65 - 14 de octubre de 1958

- \* **El esqueleto humano y la postura en flexión.** P. Huard y M. Montagné.
- \* **Distribución intraparenquimatosa de las arterias del bazo.** Nguyen Huu.
- Estudio histológico de la mancha pigmentaria congénita (mancha mongólica). J. Barry y Nguyen Huy Can.
- El beri-beri en el Norte-Vietnam. Signos de comienzo. A. Blondel y cols.
- \* **La poliomielitis en el Norte-Vietnam.** A. Rivaolen, Trinh Ngoc Phan y Nguyen Duc Quang.
- Las afecciones cardiovasculares en el Norte-Vietnam. A. Blondel, Dang Van Chug y Mme. Grémy.
- La ceguera en el Norte-Vietnam. Nguyen Dinh Cat.
- Consideraciones sobre el cáncer en el Norte-Vietnam. Vu Cong Hoe.
- Sobre la espasmofilia llamada esencial del adulto en el Norte-Vietnam. A. Blondel, Dang Van Chung y Nguyen Ding Cuong.
- \* **Sobre 39 casos de intoxicación por el fósforo.** A. Blondel y colaboradores.
- Perforación de la tabla externa del maxilar y de la encia por las raíces de los dientes temporales. Nguyen Huy Tiep.

Voluminosa hernia crural ulcerada con evisceración del intestino delgado. Dao Duc Hoanh y Dang Kim Chau.

**El esqueleto humano y la postura en flexión.**—Desde hace muchos años, diversos autores han señalado el hecho de que la postura de flexión extrema de los muslos sobre las piernas y de las piernas sobre los pies produce determinadas alteraciones esqueléticas que han sido estudiadas en cadáveres, procedentes, sobre todo del Indostán. Los más importantes de estos detalles son: a) Fuerte retroversión de la cabeza de la tibia. b) Convexidad de la meseta tibial externa; y c) Modificaciones estructurales a nivel del borde anterior de la epífisis tibial inferior y del cuello del astrágalo.

Los autores demuestran las mismas alteraciones estructurales en los pobladores del Vietnam, y su retransmisión hereditaria, los que hace que la postura "en cucillitas" que adoptan para el reposo y el trabajo les resulte especialmente cómoda.

**Distribución intraparenquimatosa de las arterias del bazo.**—Los autores estudian la distribución intraparenquimatosa de las arterias del bazo por el método de inyección de sustancia plástica. Llaman la atención sobre la rareza de la "disposición en áncora" de las ramas de la arteria penetrante. También señalan la paciente separación de la viscera en dos territorios arteriales superpuestos, correspondientes a las dos ramas de bifurcación de la arteria esplénica, separados por un plano perpendicular al gran eje del órgano. Hacen también notar la relativa frecuencia con que se presentan importantes anastomosis entre este sistema y otros sistemas arteriales, considerados hasta ahora como totalmente independientes.

La facilidad con que se puede presentar un reflujo arteriovenoso hace pensar al autor la posibilidad de que existan verdaderos "shunts" arteriovenosos funcionales, a ejemplo de los del riñón.

**La poliomielitis en el Norte-Vietnam.**—Los autores recogen sus observaciones de una epidemia de poliomielitis que ha afectado el delta del Tonkin entre los meses de marzo-junio de 1950. Esta epidemia es la primera estudiada en Hanoi y en ella se declararon 297 casos, aunque el número real de afectos puede calcularse en cinco veces éste. En un 85 por 100 de los casos, los niños atacados tenían menos de cinco años y la mortalidad fué de un 8,61 por 100 entre los casos hospitalizados, es decir, los más gravemente atacados. Contrariamente a lo observado en otros países, en que la epidemia se presentó en la época de máximos calor, aquí lo hizo antes de éstos y coincidiendo con la máxima sequía, mayor este año que los precedentes. La epidemia ha quedado localizada en los barrios superpoblados de la ciudad, donde son peores las condiciones higiénicas y alimenticias.

**Sobre 39 casos de intoxicación por el fósforo.**—La intoxicación voluntaria o accidental por el fósforo es muy rara en Occidente, pero no así en el Norte-Vietnam, donde se encuentra accidentalmente o en forma de verdaderas epidemias. El fósforo lo obtienen de los cohetes chinos, extensamente empleados en el Vietnam en las festividades, cada uno de los cuales contiene de 91 a 252 mg., teniendo en cuenta que 20 mg. suelen bastar para provocar la muerte del individuo. De 39 casos observados por los autores, sólo uno fué accidental. Primero se presentan los vómitos (frecuentemente fosforescentes); entre cuatro y seis horas después, empieza a disminuir la cantidad de orina, que contiene albúmina y aumento de fosfatos. Entre 9 y 28 horas después fallece el sujeto, cuando el curso del envenenamiento es fatal, y en la autopsia se observan las lesiones correspondientes a una hepatonefritis.

El pronóstico debe ser basado sobre el estado cardiovascular, taquicardia y presión sanguínea. La disminución progresiva de ésta es signo fatal.

**Schweizerische Medizinische Wochenschrift.**

84 - 18 - 1 de mayo de 1954

- Los métodos generales de aplicación de los isótopos radiactivos al tratamiento y al diagnóstico. G. Joyet.
- Ca<sup>45</sup> en los estudios del metabolismo. H. Staub.
- Isótopos como indicadores en la exploración del metabolismo de los lípidos. K. Bernhard.
- Experiencia en la aplicación intraperitoneal e intrapleural de los isótopos radioactivos (Zn<sup>65</sup>, Au<sup>198</sup>) en el tratamiento de las carcinosis de origen ovárico desde 1945 hasta la fecha. J. H. Mueller.
- El radiocobalto en el tratamiento de los tumores malignos de la vejiga. G. Mayor.
- El comportamiento y acción del oro coloidal radioactivo en los derrames pleurales y peritoneales. S. Neukomm, J. Rivier y P. Lerch.
- Cobalto, cáncer de la vejiga e hibernación. A. Jentzer y R. Weyeneth.
- Medida de la radioactividad de las sustancias separadas por cromatografía y por electroforesis. P. Lerch y S. Neukomm.

**La aplicación de los radioisótopos a la clínica.**—Algunos isótopos (Na, P, K) tienen una acción general, mientras que otros (Co, I, Au, etc.) tienen una acción localizada. Los del primer grupo sólo tienen aplicación en las neoplasias más sensibles, sobre todo las de la sangre, y no en las enfermedades infecciosas, porque la destrucción de los microorganismos requeriría dosis de diez a mil veces superiores a la letal para el hombre. En general, el empleo de los radioisótopos se ve limitado por tres peligros: reparto general en el organismo, selectividad excesiva por el sistema hematopoyético y gran fijación en los huesos. La dosificación de estas sustancias ha podido ser standardizada mediante gráficas que no la dan en función del peso del sujeto (para los isótopos de acción general) o de la cantidad de tejido a irradiar (para los de efecto selectivo, localizado), teniendo en cuenta la absorción, desintegración y eliminación del radioactivo administrado. No sólo tienen los isótopos aplicación práctica en el tratamiento, sino también en el diagnóstico. En este sentido, el campo donde más se ha avanzado es el del hipertiroidismo. También es muy útil la determinación del volumen de sangre por medio de hemáties marcados con P<sup>32</sup>. La difusión del empleo de los radioisótopos exige adoptar las medidas de protección y seguridad pertinentes. A este fin se han señalado tres niveles de actividad: muy peligroso (isótopos de vida media prolongada y gran acumulación en el organismo), poco peligroso (sustancias radioactivas de vida media corta y débil almacenamiento somático) y moderadamente peligroso, intermedio entre los otros dos. Termina el autor indicando una serie de normas prácticas para las personas que hayan de relacionarse con enfermos incluidos en el nivel "muy peligroso".

**Balance del calcio medido con Ca<sup>45</sup>.**—El autor, después de revisar la literatura referente al metabolismo del Ca radiactivo (absorción, distribución y eliminación) y sus alteraciones en los sujetos raquíticos, en la vecindad de los focos de fractura y por la administración de vitamina D, expone sus experiencias acerca de la eliminación de dosis de gluconato de calcio marcado radioisotópicamente (Ca<sup>45</sup>) administradas por diferentes vías. Cuando se da por vía venosa, se elimina en cuatro días por las heces el 4-15 por 100 y por la orina el 10-20 por 100; si la administración es oral, la pérdida en el mismo tiempo es del 60-80 por 100 por las heces y 1-6 por 100 por orina; cuando la forma empleada es la de suppositorio, la eliminación fecal alcanza en cuatro días el total de la cantidad introducida. Resalta, por tanto, la inutilidad de esta vía y la máxima utilidad de la intravenosa, tanto en dosis únicas como en tratamientos prolongados, para la terapéutica cálcica.

**Indicadores isotópicos en el metabolismo de los lípidos.**—El autor ha estudiado el metabolismo de los lípidos con isótopos no sólo radioactivos, sino también estables. Los primeros tienen la ventaja de poder ser

detectados a menores concentraciones y localizados con mayor precisión. Los isótopos preferentemente empleados por el autor son el C<sup>14</sup> (radioactivo) y el C<sup>13</sup> (estable); con ellos no sólo se puede estudiar la absorción intestinal de una grasa dada, sino también la síntesis de los lípidos en el organismo; el órgano más adecuado para este fin es la glándula mamaria. Para estudiar la esteatosis hepática dieron glicerina y ácido acético marcados a ratas con un contenido normal y a otras con un contenido aumentado de grasa en el hígado. Basándose en la determinación de la actividad C<sup>14</sup> en los ácidos grasos y en el glucógeno aislados del órgano, llegan a la conclusión de que ni aun en las más intensas adiposis hepáticas se altera la capacidad sintetizadora de la grasa y glucógeno. Se forma colesterina a partir de las cadenas dicarbonadas, especialmente del ácido acético. El ácido oxálico, considerado generalmente como un producto de degradación de las grasas o de los hidratos de carbono, no guarda a menudo ninguna relación con su metabolismo. Su eliminación y retención renales pueden ser medidos con oxalato marcado con C<sup>14</sup>.

**Zinc y oro radioactivo en las carcinosis.**—Los casos tratados por el autor eran de carcinomas de ovario en su forma de generalización, de carcinosis, con derrames por invasión neoplásica en pleura y peritoneo. La aplicación de los metales radioactivos artificiales se hizo en forma de suspensión coloidal en las dos cavidades afectas y en algunos casos también en el espesor del tejido tumoral. En 1945 comenzaron a aplicar en esta forma el Zn<sup>65</sup>, y desde 1949, también y de preferencia, el Au<sup>198</sup>. Este último, unido a los tratamientos clásicos (cirugía, rayos X y radium), determina una mejoría de relativa importancia en los resultados terapéuticos en los tumores ováricos, tanto en los casos radicalmente operables como en lo que sólo lo son en parte. En casos con gravísimas carcinosis generalizadas en cavidades serosas se obtuvo buenos resultados, aunque sólo paliativos, con este proceder.

**Radiocobalto en los tumores malignos de la vejiga.**—La aplicación local de cobalto radioactivo (Co<sup>60</sup>) ha permitido al autor obtener resultados superiores a los de los tratamientos anteriormente utilizados. Sin embargo, siguen siendo un problema quirúrgico, ya que el isótopo en aplicación local es en la mayor parte de los casos incapaz por sí solo de resolver la situación. Está indicado en la papilomatosis maligna recidivante y en los carcinomas papilares después de extirpación del tumor al nivel de su base de implantación. El tratamiento con radiocobalto es impracticable si la capacidad de la vejiga está reducida a menos de 100 c. c. debido a la infiltración neoplásica de su pared; en tales casos el método de elección es la cirugía con aplicación en el acto operatorio de un radioisótopo de vida media corta (Au<sup>198</sup>) o, mejor aún, seguida de radiación muy penetrante, de preferencia la radiación electrónica del betatrón, que parece ofrecer mejores resultados inmediatos que la radioterapia profunda. También puede emplearse el radiocobalto preoperatoriamente con el fin de esterilizar la diseminación linfática.

**Oro coloidal radioactivo en los derrames pleurales y peritoneales.**—Los autores administraron intraperitonealmente 50 mc. de Au<sup>198</sup> coloidal en un caso de ascitis por carcinosis con punto de partida en un epitelio germinativo del ovario. Encuentran mediante autorradiografía que las partículas de oro radioactivo son fijadas exclusivamente por los macrófagos y sus radiaciones actúan sobre las células tumorales. La actividad específica del líquido del derrame disminuye rápidamente, lo que no se debe a eliminación urinaria ni paso a la sangre, sino más bien a dilución por renovación del líquido de derrame. En estos casos el oro radioactivo intracavitario tiene sobre la radioterapia clásica las ventajas de no empeorar el estado general, producir relativamente pocas alteraciones sanguíneas y

secar rápidamente la cavidad. Considera que no es suficiente una dosis única de 50 mc. y proponen el siguiente esquema terapéutico: primera dosis de 100 mc. y a los diez o quince días otros 50 ó 100 mc. Esta segunda dosis es necesaria por la recuperación de la actividad mitótica de las células cancerosas al disminuir la actividad específica en la efusión; su introducción no es difícil, ya que nunca desaparece totalmente el derrame tras la primera administración. La cuantía de la segunda dosis viene impuesta por el estado general del paciente y por la leucopenia que eventualmente haya producida la primera.

**Aplicaciones terapéuticas de la radioactividad artificial.**—Los autores refieren haber empleado cobalto radioactivo en dos casos de tumores de la vejiga, en uno de los cuales tuvieron que combinarlo con hibernación debido a la existencia de espasmos que hacían intolerable para el enfermo la sonda de cobalto. Emplearon oro radioactivo en un caso de cáncer de ovario con ascitis y en otro de linfosarcoma del intestino. En este último practicaron en primer lugar la resección del tumor y pocos días después provocaron una ascitis artificial en cuyo seno inyectaron el isótopo. El enfermo estuvo bien durante dos años, al cabo de los cuales recidivó.

84 - 19 - 8 de mayo de 1954

- \* La insuficiencia renal aguda y su tratamiento. F. Reubi.
- \* La significación de las "alteraciones límite" de la mucosa del cuerpo del útero. J. R. Ruetter y H. J. Leu.
- Estudios estadísticos sobre la mortalidad por procesos malignos en Suiza. H. R. Schinz
- \* Angiopatía diabética: Un cuadro clínico específico. K. Lundboeck.
- Estudios clínicos sobre el tratamiento de las colangiohepatitis, colecistitis y enfermedades de las vías urinarias con "Bacibil". A. Sostegni.

**Insuficiencia renal aguda.**—En su mecanismo de producción entran cuatro factores: disminución de la permeabilidad glomerular, isquemia renal, permeabilidad anormal de los tubos y obstrucción o compresión de los mismos. Estos factores se combinan y preponderan diversamente según las diferentes etiologías, de las cuales las más importantes son: pielonefritis aguda, nefropatías tóxicas (ejemplo, sublimado) y riñón de shock (nefrosis de la nefrona inferior). En la denominación "riñón de shock" se incluye un conjunto de causas que actúan por un mecanismo verosímilmente vascular: en primer término, se produce una intensa vasoconstricción, después sobreviene la necrosis de los tubos y, por último, la inflamación intersticial. Sus causas son: transfusiones incompatibles, shock postoperatorio y hemorrágico, partos complicados, abortos sépticos, procesos abdominales, aplastamientos de tejidos, etc. En cuanto al tratamiento, hay una serie de medidas que actúan más o menos etiológica o profilácticamente: combatir el shock, dar antibióticos, antídotos, etc.; pero lo fundamental es el tratamiento sintomático para mantener al enfermo hasta que sobrevenga la regeneración renal. Esto nos indica que las perspectivas del tratamiento serán favorables cuando tal regeneración sea posible. Las medidas paliativas pueden ser clasificadas en cuatro grupos: mejoría de la función renal (vasodilatadores), disminución de la destrucción proteica (dieta rica en hidrocarbonados y pobre en proteínas; hormonas anabólicas), mantenimiento del balance hidrosalino y eliminación de metabolitos tóxicos (exanguinotransfusión, medidas enterales, riñón artificial, diálisis peritoneal). La diálisis peritoneal es un procedimiento sencillo y útil que permite eliminar hasta 100 gr. de urea. Está indicado en los casos en que pese a su gravedad se puede esperar, pasado algunos días, la regeneración; en los más ligeros es innecesaria y en los más graves es inútil porque no modifica el parénquima.

**Las alteraciones límite de la mucosa uterina.**—El estudio histológico de la mucosa del cuerpo uterino obtenida mediante legrado revela en unos casos alteracio-

nes francamente carcinomatosas y en otros una hipoplásia mucosa indudablemente benigna. Pero hay casos "límites" que no pueden con seguridad ser incluidos en uno u otro de los dos grupos anteriores. Los autores han estudiado histológicamente 16 de estos casos límites. En cinco de ellos se desarrolló más tarde un carcinoma, en dos las lesiones se fueron revelando posteriormente como en absoluto inofensivas y en los restantes nueve no pudieron repetir los exámenes histológicos. Concluyen que el término "alteración límite" no expresa nada definitivo sobre la naturaleza del cuadro morfológico. El diagnóstico anatomopatológico de "caso límite" es sólo una advertencia acerca de la posibilidad de que exista un proceso carcinomatoso y exige en la práctica todas las ulteriores investigaciones necesarias para llegar a aclarar completamente la cuestión en cada caso.

**Especificidad de la angiopatía diabética.**—El autor encuentra signos de afectación vascular orgánica (retinopatía, nefropatía, padecimiento coronario, estenosis vascular en los pies) en el 90 por 100 de todos los diabéticos cuya enfermedad lleve al menos quince años de duración. Muchos autores consideran que estos trastornos no son específicos, sino arterioscleróticos, porque, según ellos, la diabetes mellitus favorecería el desarrollo de la arteriosclerosis. Por el contrario, el autor opina que son manifestaciones de una entidad nosológica específica (la angiopatía diabética), de presentación habitual en la fase que él llama "diabetes tardía", y se apoya en los siguientes hechos: la relación de hombres a mujeres es diferente en la diabetes tardía y en la arteriosclerosis de los no diabéticos; la imagen oftalmoscópica de la retinopatía diabética es sólo en parte superponible a la de los no diabéticos, tiene datos diferenciales; asimismo es histológicamente específica la lesión del síndrome de Kimmelstiel-Wilson; el cociente colesterolina/fosfolípidos está aumentado en la arteriosclerosis no diabética, no en la diabética; el análisis químico de las coronarias muestra mayor contenido de céfalina y menor de lecitina que en los demás de la misma edad; las anomalías vasculares de las extremidades tienen en la diabetes una localización más periférica que en la arteriosclerosis. Esto no significa, sin embargo, que un diabético no pueda sufrir las enfermedades vasculares banales como arteriosclerosis, esclerosis de la media y angiopatía hipertensiva.

84 - 20 - 15 de mayo de 1954

- Clinica de la colangitis. N. Markoff.
- Neuroma de amputación y distrofia posttraumática. E. Kaiser.
- \* Recambiadores de cationes en el tratamiento de los edemas nefrópaticos del embarazo. A. Iklé y R. Lanz.
- Hepatitis epidémica y hepatitis de inoculación. O. Baumgartner.
- Nuestra experiencia con la aortografía lumbar percutánea. A. Temesvári y St. Jóna.
- Estudios estadísticos sobre la mortalidad por procesos malignos en Suiza. H. R. Schinz.
- ¿Es la hipotonía una enfermedad? G. Loeffler.

**Recambiadores de cationes en los edemas gravídicos nefrópaticos.**—En 25 embarazadas hospitalizadas a causa de sus edemas nefrópaticos, los autores han empleados un recambiador iónico (Enatrol) que contiene un 75 por 100 de resina artificial carboxílica en forma hidrogenada, un 15 por 100 de la misma ligada al potasio y un 10 por 100 de resina poliaminoformaldeídica unida al cloro. El excipiente aromático lleva además bicarbonato potásico. Han obtenido resultados favorables en los edemas gravídicos latentes o manifiestos y en las nefropatías totalmente desarrolladas con gran detención de agua y sodio. La respuesta diurética es bien manifiesta. Es ineficaz en las nefropatías toxémicas gravídicas sin edemas. Resulta útil en las tocerias eclámpticas y preeclámpticas si previamente se trata la fase aguda con hipotensores. En estos casos el empleo del recambiador de cationes es beneficioso para el feto. Se ha mostrado asimismo útil en casos del sí-

drome de tensión premenstrual, que al menos en parte debe estar condicionado por una retención de agua y sal. Consideran como contraindicaciones de su empleo todas las complicaciones metabólicas acidóticas: diabetes e insuficiencias renales graves. Con el preparado que emplearon, es rara la hipokaliemia y susceptible de ser tratada. En la mayor parte de los casos se producen trastornos gastrointestinales: sensación de plenitud, eructos, náuseas y vómitos.

**Aortografía lumbar percutánea.** — Los autores han empleado este método diagnóstico en 40 casos. No tuvieron ninguna complicación a consecuencia de la aortografía. Sólo en un caso registraron un accidente, que consistió en la salida de la aguja del interior de la aorta en el momento de inyectar; la consecuencia fué un hematoma que produjo al enfermo durante las primeras horas ligeras molestias en espalda y abdomen. A las veinticuatro horas no se pudo comprobar ya por fluoroscopia ningún acúmulo de sustancia radioopaca en la vecindad de la aorta. Todos los enfermos notaron en el momento de la inyección una sensación de calor en ambas piernas, quedando limitado a una sola cuando se trata de una obliteración aórtica (o estenosis) de localización alta. El medio de contraste empleado por los autores fué el Yodurón; puede ser empleado sin riesgo, incluso en las fases pregangrenosas, de producir empeoramiento circulatorio y hasta en algún caso pareció que mejoraba. La aortografía puede ser considerada como un método auxiliar útil cuando se seleccionan bien las indicaciones. Estas son: a) Arteriopatías obliterantes de la pelvis y de los miembros inferiores. b) Para determinar la existencia y localización de aneurismas y fistulas arteriovenosas. c) Como exploración complementaria en los tumores abdominales y en los retroperitoneales; y d) En ciertos procesos urológicos y obstétricos. Está contraindicada en los enfermos con hipersensibilidad al iodo, mala función renal, cardiopatía descompensada y siempre que no se pueda hacer rápidamente una operación si fuere necesaria.

84 - 21 - 22 de mayo de 1954

- Posibilidades terapéuticas de la obesidad. W. Hadorn.
- Etiología y tratamiento del cor pulmonale. A. Buenhiman y cols.
- La tuberculosis pulmonar en los gastrectomizados. P. Rentchnixk y M. Demole.
- Tratamiento de la hepatitis con infusiones de ácido ascórbico. H. Baur y H. Staub.
- Demostración de diferentes grupos leucocitarios en el hombre. P. Miescher y M. Fauconnet.
- Diabetes mellitus después de necrosis aguda del páncreas. R. Hoigné y H. Zollikofler.

**Cor pulmonale.** — En el asma, bronquitis crónica, enfisema, silicosis y deformidades torácicas, el cor pulmonale se produce generalmente por hipoventilación alveolar con descenso del  $pO_2$  y aumento del  $pCO_2$  en los alvéolos, es decir, una insuficiencia global con hipoxemia e hipercapnia. Existe una estrecha relación entre la disminución del  $pO_2$  alveolar y el aumento de presión en la arteria pulmonar, de tal manera que aunque esta hipertensión está determinada por una mayor resistencia en las arteriolas, son las variaciones en la tensión de los gases en los alvéolos las que condicionan este aumento de resistencia. Sin embargo, el grado de insuficiencia del corazón derecho no depende sólo de la función pulmonar, sino también y principalmente de la fuerza del miocardio. El aumento del  $pCO_2$  en el aire alveolar es causa de hipotensión. Hay otra forma de cor pulmonale en que ningún aumento en  $pO_2$  alveolar, por grande que sea, puede modificar en forma apreciable la presión en el círculo menor. Esto no es frecuente y se presenta en los casos en que hay además una insuficiencia de difusión determinada principalmente por una disminución del lecho capilar pulmonar, como se ve en la llamada esclerosis idiopática del pulmón, en las embolias múltiples, en algunas fibrosis difusas del pulmón y en otros procesos que disminuyan considerablemente el parénquima del órgano.

**Tuberculosis pulmonar postgastrectomia.** — Desde las primeras observaciones de OLMER y HUGUET en 1947, se viene prestando creciente interés a la frecuencia con que se desarrolla una tuberculosis pulmonar de forma evolutiva y gran mortalidad (50 por 100) en los sujetos que sufrieron amplias resecciones de estómago por úlcera o cáncer. Generalmente se trata de enfermos de cuarenta a cincuenta años de edad y la complicación aparece en la mayor parte de los casos dentro del primer año postoperatorio, aunque también puede sobrevenir seis, ocho o diez años después. A este respecto es interesante distinguir entre los casos de evolución tuberculosa precoz (en los primeros días o el primer mes) y los de evolución tuberculosa tardía (de varios meses a un año o más; por término medio, diez meses). Aunque no se conoce exactamente la patogenia de estos hechos, es muy verosímil que en el primer caso se trate de una consecuencia del "stress" que supone la intervención: se ha observado una fase de anergia tuberculínica a su continuación; en los casos tardíos hay que pensar en una disminución de las resistencias orgánicas por la nutrición defectuosa que irroga la exérésis amplia del estómago si no se instaura el tratamiento dietético adecuado. La tuberculosis de los gastrectomizados puede consistir en agudizaciones y extensiones de procesos antiguos aparentemente inactivos o en siembras y formas neumónicas con o sin historia tuberculosa previa. Se plantea la cuestión de si se debe gastrectomizar o no a un sujeto con antecedentes o síntomas de tuberculosis. Mientras que unos autores rechazan en absoluto la intervención en tales condiciones, otros estiman que la operación puede actuar favorablemente sobre la tuberculosis por mejorar el estado general. Los autores del presente trabajo adoptan una posición media: valoran la importancia relativa de la úlcera y de la infección tuberculosa en cada caso, respuesta de la primera al tratamiento médico, edad del enfermo, etc., y deciden en consecuencia. En caso de intervenir, se hará siempre bajo antibióticos. Se impone la necesidad de un estudio radiológico detenido de todo candidato a la gastrectomía, así como una atenta y prolongada vigilancia de todo el que haya sido sometido a la intervención, sea o no sabidamente tuberculoso con anterioridad.

**Tratamiento de la hepatitis con infusiones de ácido ascórbico.** — La pauta empleada por los autores consiste en la infusión intravenosa diaria, durante cinco días, de 10 gr. de ácido ascórbico disueltos en un litro de solución salina fisiológica. El número de casos tratados es de 11, y cuando se compara sus resultados con los de otros muy diversos tratamientos empleados en 125 enfermos desde 1947 se aprecia, bajo los efectos de la vitamina C, una rápida disminución de la bilirrubinemia con aumento del peso corporal, menor duración del periodo de eliminación urinaria de bilirrubina, urobilina y urobilinógeno, pronta mejoría de la disproteinemia y acortamiento del tiempo de enfermedad. No es seguro si el ácido ascórbico en infusión tiene una acción virulicida directa, actuando como quimioterápico gracias a su gran potencial redox, o si su mecanismo de acción es indirecto, mejorando el metabolismo de la célula hepática o influyendo sobre la permeabilidad, sobre la función de las cápsulas suprarrenales, mejorando la diuresis, etc.

**Demostración de diferentes grupos leucocitarios en el hombre.** — El poder antigénico de los leucocitos es conocido, en primer lugar, por la posibilidad de preparar sueros de animales contra los leucocitos humanos o de otros animales. Más recientemente, DAUSSET y los autores, independientemente, han observado casos de leucopenia con presencia en la sangre de una sustancia con los caracteres de un autoanticuerpo leucocitario. Es distinto del factor leucoaglutinante descrito por MOESCHLIN en sujetos con leucopenias por sensibilización a agentes exógenos (piramidón, etc.), las que los autores proponen llamar "leucopenias anafilácticas". Los auto-

res comunican ahora el hallazgo, en la sangre de un sujeto que había recibido transfusiones, de una aglutinina leucocitaria que se asemeja a los autoanticuerpos leucocitarios en que sólo actúa después de calentar el suero a 56° C. durante treinta minutos para destruir un inhibidor, pero que difiere por aglutinar solamente los leucocitos normales del 31,8 por 100 de los sujetos examinados. Puede ser absorbida por los leucocitos que es capaz de aglutinar, pero no por los restantes. Se trata con toda probabilidad de una isoaglutinina cuya producción fué estimulada por los leucocitos transfundidos y que demuestra la existencia de grupos inmunológicamente diferentes de leucocitos, como sucede en los hematíes.

84 - 22 - 29 de mayo de 1954

- \* Resultados del tratamiento quimioterápico, no operatorio, del empiema pleural y absceso pulmonar. S. Moeschlin y A. Onat.
- Heredoatacacia y atrofia muscular neural. S. Buerghi y F. Wuethrich.
- \*Tratamiento de las hemoblastosis linfoides con un nuevo alcaloide cólchico: la "Demecolcina". E. Storti y R. Gaillinelli.
- Estudios estadísticos sobre la mortalidad por procesos malignos en Suiza. H. P. Schinz y E. Billeter.
- Un método sencillo y exacto de determinación de urea en el laboratorio clínico. F. Bode y U. M. Ludwig.

**Tratamiento del empiema pleural y del absceso de pulmón.**—Los autores se ocupan de las modificaciones que desde el año 1946 ha impreso en estos tratamientos la introducción y amplio empleo de los quimioterápicos y antibióticos. En el empiema, el tratamiento puramente médico (lavados y antibióticos) produjo la curación en el 49 por 100 de los casos. La intervención quirúrgica resultó ahora necesaria solamente en el 46 por 100. Basados en su experiencia establecen que debe seguirse el tratamiento conservador hasta el octavo o décimo día y sólo si entonces no se observa una mejoría indudable se intervendría. En los casos de empiema poli-

cavitario, empiema interlobar y existencia de fistula bronquial, un tratamiento con antibióticos durante tres días, aunque incapaz de resolver la situación, mejora las condiciones para la cirugía. La mortalidad total ha descendido del 42 por 100 al 11 por 100 y es de esperar que la aureomicina, terramicina y estreptomicina mejoren aún más los resultados. En el absceso pulmonar la mortalidad total disminuyó del 24 al 13 por 100 al emplear las sulfamidas y al 4 por 100 en la actualidad. El número de curaciones por tratamiento médico exclusivo se elevó del 28 al 83 por 100 y la necesidad de intervenir se redujo del 38 al 13 por 100. Los mejores resultados se han obtenido con una combinación de penicilina y estreptomicina a dosis altas.

**Un nuevo alcaloide cólchico: la demecolcina.**—Se trata de uno de los alcaloides (la sustancia F) del Colchicum autumnale, que difiere de la colchicina por tener un grupo metilo en lugar del aceitilo de ésta. Mientras que la mayor parte de las comunicaciones sobre esta sustancia se refieren a su empleo en leucosis mieloides, los autores la han usado en 18 casos entre los que predominaban los de linfogranuloma, linfosarcoma y leucosis linfoides. Han obtenido buenos resultados, sobre todo en el linfogranuloma, y más especialmente en los casos no previamente tratados, así como en una leucemia linfoidal que no respondía a los antibióticos habituales. La dosis diaria máxima alcanzada por los autores fué de 10 mg. "per os" ó 6 mg. intravenosos, comenzando siempre por dosis pequeñas orales (1-2 miligramos). Los efectos son más intensos y más rápidos por vía venosa. La respuesta a la demecolcina es muy variable de unos sujetos a otros, tanto en lo referente a la acción terapéutica como a los efectos colaterales (principalmente depresión de la granulocitopoyesis); por esto, el tratamiento se hará con precauciones y bajo control y sería de desear una prueba que nos indique, al menos aproximadamente, la susceptibilidad individual del fármaco.