

anteriores al 1955-56. Su trabajo consistirá en atender con la "dedicación necesaria" las obligaciones inherentes a las funciones de Médico interno del Servicio y, además, desarrollar un tema de la especialidad, bajo la dirección del Jefe del Servicio. Al objeto de no interrumpir en ningún momento el trabajo encargado, mientras dure la Beca su beneficiario vivirá gratuitamente, en régimen de internado, en el propio Hospital (Pabellón de Médicos de guardia), a cuyo fin el excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona ha concedido la necesaria autorización. El alumno becario se atenderá, para su régimen horario de internado, a las normas generales del Reglamento interior del Hospital.

El abandono injustificado de estos trabajos, la negligencia en ejecutarlos, o el incumplimiento de las indicaciones del Jefe del Servicio, acarrearán la pérdida de la Beca. Los trabajos que se verifiquen quedarán de propiedad del Hospital, decidiendo el Director de la Beca su ulterior destino o publicación (tesis doctoral del becario, etc.), no estando permitido al beneficiario utilizar a otros fines los trabajos propios de la Beca sin la debida autorización.

El concurso-oposición para la adjudicación de dicha Beca se atenderá a las siguientes bases:

- 1.º Puntuación de los méritos aducidos.
- 2.º Ejercicio escrito sobre "Orientación diagnóstica y tratamiento de un paciente con enfermedad infecciosa", propuesto por el Tribunal.

3.º Ejercicio práctico, que consistirá en la asistencia al Servicio del Doctor Isamat, durante seis días, con el fin de aquilatar el grado de formación clínica y el "espíritu de dedicación" del aspirante.

Las solicitudes se dirigirán al señor Director del Hospital Municipal de Infecciosos (Plaza del Doctor Pons y Freixa), acompañadas de los siguientes documentos: Expediente académico, méritos científicos y una fotografía tamaño carnet. Formarán el Tribunal que adjudicará la Beca:

El Jefe del Servicio Clínico, delegado de la Dirección del Hospital, y representante del Doctor don José Andreu Miralles.

Un representante del Instituto Municipal de Higiene.

Un representante de la Jefatura de Sanidad Militar de la Región.

Un representante del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia.

Un representante médico del D. I. F. del Laboratorio Doctor Andreu.

El plazo de admisión de instancias expira el día 30 de noviembre próximo, y la fecha de comienzo de los ejercicios se avisará a los solicitantes, por carta certificada, con la debida antelación.

Para informes supletorios, dirigirse al Director de la Beca.

El Director del Hospital, *Doctor Luis Trias de Bes*.  
Barcelona, octubre de 1955.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

**FUNKTIONELLE ATMUNGSTHERAPIE.** Doctor J. PAROW.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 126 páginas con 29 figuras, 12,90 DM.

Es incalculable la utilidad que puede alcanzar en el tratamiento de enfermedades respiratorias, sobre todo en el asma y en el enfisema, la práctica de ejercicios respiratorios bien orientados y fundamentados. Cada vez se puede insistir en esto con mayor convencimiento. La utilidad para el enfermo de medidas fáciles en sí, puede ser considerable. Por eso se multiplican en los últimos tiempos publicaciones sobre esta cuestión. Este pequeño libro del doctor PAROW, Director del Instituto de Terapéutica Funcional Respiratoria, es especialmente completo y de interesante y provechosa lectura dentro de estas técnicas.

**RESECCIONES PULMONARES.** Doctor A. LEZIUS.—Editorial Labor. Barcelona, 1954.—Un volumen de 172 páginas con 112 figuras.

Anteriormente se hizo ya en esta Revista una crítica de este importante libro de cirugía pulmonar, que actualmente se publica en nuestro idioma. Ya entonces se dijo constituye una exposición técnica fiel y autorizada de los métodos de resección segmentaria (neumectomía y lobectomía), así como de las resecciones atípicas. Constituye por ello, ante todo, un importante auxiliar técnico en el campo de esta cirugía.

**EINFÜHRUNG IN DIE LEHRE VOM ADAPTATIONSSYNDROM.** Doctor H. SELYE.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 164 páginas con 49 figuras, 16,50 DM.

El autor recoge lo más importante de su tesis del síndrome de adaptación, el "stress" y la reacción de alarma en siete lecciones, sucesivamente dedicadas a la

exposición de la doctrina de la dinámica y el papel del eje hipófisis-suprarrenales, de las enfermedades de adaptación, del papel de las circunstancias correctoras en el tipo de enfermedad producida, del valor de las hormonas anti y proflogísticas, etc. En forma más condensada que en otras publicaciones del autor se describen la doctrina y sus fundamentos de modo que pueda ser informativo para el lector.

**DYSTROPHIA MUSCULORUM PROGRESSIVA.** Doctor P. E. BECKER.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 311 páginas con 101 figuras, 28,50 DM.

En los últimos años ha vuelto a despertarse el interés por el conocimiento de la distrofia muscular progresiva, y este libro, dedicado a esa cruel enfermedad, ofrece el interés de la consideración atenta de la genética del proceso. El aspecto genético de distribución geográfica, de frecuencia relativa de las formas clínicas, así como la sintomatología y evolución, son sucesivamente estudiados. La bibliografía manejada es abundante y el análisis parental, basado sobre 64 familias de distróficos, constituye un documento de notable valor.

**GRENZEN DES NORMALEN UND ANFÄNGE DES PATHOLOGISCHEN IM RÖNTGENBILDE DES SKELETTES.** Doctor A. KÖHLER.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen de 672 páginas con 1.282 figuras, 88 DM.

La nueva edición de este libro, que reputamos clásico, es del mismo valor, acrecentado por correcciones posteriores a su edición anterior. Es, sin duda alguna, el libro más importante publicado sobre cuestión tan difícil, pero de necesario conocimiento, como el límite entre lo que todavía es normal y lo que es ya patológico en los datos radiológicos. No sólo al radiólogo, sino a todo

médico, importa de modo considerable el conocimiento de esta cuestión, y este libro, además de su valor ilustrativo, constituye un guía al que con frecuencia tendrá que verter la atención.

## LIBROS RECIBIDOS

"Traité de Médecine Biotypologique". Dr. N. Pende.—Editorial G. Doin & Cie. Paris, 1955.—Un volumen de 1.064 páginas con 320 figuras, 8.950 francos franceses.

"Les anticoagulantes en thérapeutique". Dr. J. P. Soulier.—Editorial G. Doin & Cie. Paris, 1955.—Un volumen de 240 páginas con 49 figuras, 2.000 francos franceses.

"Electroencefalografía humana". Dr. A. E. Imbriano. Editorial Aecius. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 179 páginas con 35 figuras.

"Integración funcional neuroendocrino hipofisaria". Dr. A. E. Imbriano.—Editorial Aecius. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 717 páginas con 265 figuras.

"Dermatologie der Mundhöhle und Mundumgebung". Dr. A. Greither.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 262 páginas con 191 figuras, 39,60 DM.

"Montaña y los orígenes del movimiento social y científico de México". Dr. J. J. Izquierdo.—Editorial Ciencia. México, 1955.—Un volumen de 442 páginas con 58 figuras.

## B) REFERATAS

### Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

14 - 1 - 1954

- \* Tumor hipotalámico y pubertad precoz. T. P. Morley.
- \* Manifestaciones endocrinas y otras manifestaciones de enfermedad hipotalámica. H. G. Bauer.
- Acromegalia y embarazo. W. A. Abelow, J. J. Rupp y K. E. Paschke.
- \* Diez años de experiencia con yodo radioactivo. E. M. Chapman, F. Maloof, J. Maisterrena y J. Martin.
- Ensayo de tiroglobulina, tiroides desecado y l-tiroxina por diferentes vías de administración. R. L. Kroc, G. E. Phillips, N. R. Stasili y S. Malament.
- \* Tratamiento del hipertiroidismo con perclorato potásico. A. F. Godley y J. B. Stanbury.
- \* Estruma linfomatoso. W. E. Furr y G. Crile.
- Revisión anatómica de los nervios laríngeos recurrentes. W. H. Rustad.
- Valor de una investigación terapéutica con tiroides. R. F. Escamilla.

**Tumor hipotalámico y pubertad precoz.**—Se describe un caso de pubertad precoz asociado con astrocitoma del hipotálamo. Se revisa este caso en relación con casos previamente publicados en un intento para aclarar la relación entre el tumor y el aumento de actividad hormonal gonadotrófica. Se sugiere que, en presencia de enfermedad o destrucción del hipotálamo por tumor, las hormonas elaboradas normalmente pueden ser producidas en el cerebro o en el cuerpo.

**Manifestaciones de enfermedad hipotalámica.**—Se analizan 60 casos de enfermedad neoplásica, inflamatoria o degenerativa del hipotálamo, exhibiendo la mayoría multiplicidad de funciones hipotalámicas alteradas, y en estos casos están destruidas por lo menos 2/3 partes del hipotálamo. No obstante, la extensión de la destrucción de este órgano no corresponde necesariamente con el grado de alteración de las funciones vegetativas. Los síntomas vegetativos aparecen antes de los signos neurológicos o neuro-oftalmológicos, resaltándose el valor localizador de estos signos, aparte de la duración, a veces muy larga. La expresión más frecuente de la patología hipotalámica es la alteración del desarrollo, mantenimiento y función sexual. Se confirmó la localización de la lesión hipotalámica en la parte caudal del diencéfalo en la mayoría de los casos de pubertad precoz y en la región tubero-infundibular en la mayoría de los hipogonadismos. Es difícil el diagnóstico diferencial, y así se practicaron tres craniotomías suboccipitales y cinco laparotomías en busca de lesiones en estas regiones más bien que en el hipotálamo. Se pasa una rápida revista a los síntomas y signos hipotalámicos que constan de anormalidades sexuales (pubertad precoz e hipogonadismo), diabetes insípida, trastornos psíquicos, somnolencia, obesidad, termodisregulación, emaciación, convulsiones, trastornos de los esfínteres, bulimia, anorexia y dishidrosis.

**Diez años de experiencia con yodo radioactivo.**—El yodo radioactivo es un agente efectivo en el control del hipertiroidismo originado por un tiroides difusamente hiperplástico. La respuesta biológica a esta forma de irradiación es gradual y los pacientes pueden responder después de muchos meses. Del mismo modo, el mixedema ha aparecido muchos años después. Después de la administración del yodo radioactivo el enfermo puede hacerse mixedematoso, eutiroides o continuar en hipertiroidismo persistente. El  $I^{131}$  produce fibrosis y daño celular en el tiroides, dando lugar a bizarras formas nucleares, mientras algunos de los folículos persistentes aparecen hiperplásticos. Las secciones histológicas de 44 tiroides estudiados después de la irradiación no mostraron signos de malignidad.

**Tratamiento del hipertiroidismo con perclorato potásico.**—Se ha usado el perclorato potásico en el tratamiento de la enfermedad de Basedow. La administración oral de 200 a 400 mg. cada ocho horas fué efectiva para controlar la enfermedad, demostrado por la mejoría sintomática del enfermo y la vuelta a la normalidad basal y de la concentración sérica del yodo proteico. Dos reacciones observadas fueron, posiblemente, manifestaciones tóxicas del perclorato potásico afectando al tracto gastrointestinal. Parece, por tanto, un agente antitiroides efectivo en el tratamiento preoperatorio o continuo de la tirotoxicosis. Es de particular valor en aquellos pacientes que son sensibles o no responden a las drogas del grupo tiourea o al yodo.

**Estruma linfomatoso.**—Se presenta el estudio de 62 casos de estruma linfomatoso. El reciente o rápido aumento del tiroides se debe probablemente a infiltración linfocítica. Los síntomas locales aparecidos pueden ser controlados en la mayoría de los casos por agentes linfolíticos, tales como radioterapia, cortisona o ACTH. Un tratamiento efectivo es el uso de una dosis de mantenimiento de 0,12-0,18 gr. de tiroides desecado diariamente. La operación no suele ser necesaria. Se señala la frecuencia de lesiones asociadas de las cuerdas vocales.

### The American Journal of the Medical Sciences.

227 - 4 - 1954

- Colecistografía y colangiografía intravenosas. J. E. Berk, R. E. Karnofsky, H. Shay y H. M. Stauffer.
- \* Postcolecistectomía. Colangiografía oral. J. R. Twiss, S. A. Berambaum, L. Guillet y M. H. Poppel.
- \* Intento de suicidio con insulina. H. Blotner.
- \* Tratamiento eficaz de la neumonía neumocócica con una combinación de cloranfenicol y penicilina. W. M. Davis.
- \* Neopenil: Estudio comparativo de sus niveles en sangre, orina y pulmón. F. E. Murphy, M. P. Brignola y A. Bondi.



Experiencias con el test del yodo radioactivo en enfermos tirotóxicos tratados con yodo radioactivo. R. Goldsmith.

Modelo de disfunción hepática en la malaria. G. W. Loomis, P. Heller, W. H. Hall y H. J. Zimmerman.

Hipertensión tratada con nefrectomía. Presentación de cuatro casos y revalorización del pronóstico y criterio de operación. A. J. Schaffer y M. Markowitz.

Rápida prueba, junto a la cama del enfermo, del cloro y bicarbonato séricos. I. E. Roeckel.

Relación entre el sero-inhibidor de los extractos séricos de estreptolisina S, y los fosfolípidos del suero, desde el punto de vista de la fiebre reumática. A. D. Wallis y E. Viergiver.

**Colangiografía oral.**—Los autores consideran que la colangiografía oral es un sistema de gran valor diagnóstico y fácil realización. Las indicaciones para su uso son: el síndrome postcolecistectomía y la vesícula que no se visualiza. Las vías biliares se han visualizado aproximadamente en un 85 por 100 de los colecistectomizados que se han estudiado. En las disquinesias biliares, aproximadamente un 70 por 100 de los conductos biliares examinados estaban dilatados. Ninguno de los pacientes asintomáticos tenía significativa dilatación de las vías biliares. También se pueden descubrir por este método los casos de císticos remanentes.

**Intento de suicidio con insulina.**—El autor presenta una revisión de los ocho casos de intentos de suicidio que se han descrito por medio de la insulina; cinco de ellos se recuperaron y tres tuvieron un término fatal. Se presenta el primer caso en que el sujeto no es diabético, y que trató de suicidarse por medio de 200 unidades de insulina corriente. El cuadro clínico se complicó con una gran dosis de morfina y de Dilaudid que el sujeto tomó para enmascarar los síntomas de la insulina, evitar las convulsiones y facilitar la muerte. Este caso ilustra sobre la necesidad de hacer determinaciones sistemáticas de la glucemia en los comas.

**Tratamiento de la neumonía neumocócica.**—El autor resume los resultados obtenidos en el tratamiento de 50 enfermos que han padecido 52 episodios de neumonía neumocócica y han sido tratados con una combinación de cloranfenicol y penicilina. En 42 (80,7 por 100) hubo una respuesta inmediata y en los restantes un poco más tardía. La incidencia de complicaciones específicas fue pequeña: se presentó una muerte, tres meses después, por absceso cerebral o meningitis, lo cual puede ser atribuido a fracaso del tratamiento. El autor considera, en vista de los resultados obtenidos, que no hay antagonismo entre el cloranfenicol y la penicilina.

**Neopenil.**—Los autores pueden comprobar en el presente trabajo que el Neopenil (estopén), el dietilamino-éster yodhídrico de la penicilina G, tiene una acción de depósito similar a la de la procaína penicilina, aunque sus niveles en el plasma sean algo más bajos. Las cifras de recuperación urinaria de este éster son la mitad que las de la procaína penicilina. La concentración de penicilina en el tejido pulmonar de enfermos a los que se ha inyectado Neopenil excede con mucho a la que se encontró en pacientes similares que recibieron procaína o penicilina G. Es discutido, por último, el valor que este agente tiene en la terapia de las infecciones pulmonares.

**Hipertensión y nefrectomía.**—Los autores presentan cuatro historias de niños nefrectomizados por hipertensión. Analizan sus casos, junto a 26 niños y 97 adultos más, que han sido descritos. Se puede esperar que la tercera parte se tornen normotensos, otra tercera mejor y el resto que siga igual, esto con tal de que se trate de enfermedad renal unilateral. Los niños parecen responder bien a la nefrectomía. Sin embargo, la edad avanzada, así como la gran duración de los síntomas de hipertensión, no son contraindicación absoluta de la intervención. Sólo lo son la infección o la pérdida de función del riñón considerado sano.

## Annals of Internal Medicine.

40 - 4 - 1954

- \* Papel de las formas atípicas en la mortalidad por apendicitis aguda. F. F. Boyce.
- \* Efecto de la terapéutica anticoagulante sobre el desarrollo de trombosis mural tras infarto de miocardio. D. Howelly y F. A. Kyser.
- \* Tratamiento del edema con resinas de recambio catiónico, incluyendo ciertas observaciones hormonales. L. H. T. Bernstein y J. M. Evans.
- \* Uso de la procaína amida en el tratamiento y prevención de las reacciones a la penicilina. P. B. Jennings y S. Olancky.
- \* Uso y abuso de la corticotropina y cortisona en las situaciones alérgicas. L. Unger y A. Unger.
- \* Bronquitis por tabaco. B. A. Greene y S. Berkowitz.
- \* Absorción y distribución de la aureomicina en el hombre: Revisión de la literatura y estudio de la concentración de aureomicina en el suero, orina y líquido cefalorraquídeo tras su administración oral. B. Hall.
- \* Encefalomielitis familiar recurrente. H. G. Miller y J. L. Gibbons.
- \* Hiperparatiroidismo primario: Cinco casos en una familia. R. N. Frohner y J. C. Wolgamot.
- \* Estenosis mitral complicando un dextrocardias. D. Berkowitz y W. Likoff.
- \* Acromegalia, diabetes mellitus y diabetes insípida coexistentes. R. P. Natelson.
- \* Hiperplasia adrenal congénita en la mujer (pseudohermofroditismo femenino). J. R. Tobin.
- \* Enfermedad cardíaca "postparto". ¿Un síndrome? F. Bashoury y P. Winchel.
- \* Mesotelioma del peritoneo. S. Dvoskin.
- \* Oro radioactivo instilado en el pericardio. K. P. Bachman, C. G. Forster, M. A. Jackson y P. H. Sherskin.

**Apendicitis atípica.**—La mortalidad por apendicitis ha disminuido enormemente en los últimos veinticinco años, especialmente en los más próximos. Sin embargo, aún siguen muriendo en los Estados Unidos unas 2.600 personas al año de esta enfermedad tan fácilmente tratable; ello se debe, según los autores, a las formas atípicas del proceso. Una razón es el pensamiento de algunos médicos de que el absceso periapendicular es sólo una inocua complicación. Otra razón, más frecuente, es la presentación de un síndrome apendicular atípico que no es reconocido por el médico; esto ocurre particularmente en las apendicitis obstructivas agudas en las edades extremas de la vida, durante el embarazo y cuando la enfermedad ha sido precedida por un trauma; también un tratamiento previo por antibióticos puede enmascarar el cuadro clínico. Una mayor atención a estas formas atípicas, que constituyen más del 25 por 100 de los casos, puede disminuir la mortalidad, aún alta, de este proceso.

**Terapéutica anticoagulante y trombosis mural en el infarto de miocardio.**—Los autores hacen una revisión de 132 sujetos muertos por infarto de miocardio. Pueden comprobar estadísticamente, y sin género de dudas, que la presentación de trombosis mural fué menos frecuente en aquellos enfermos que fueron sometidos a terapéutica anticoagulante que en los que no fueron sometidos a este tratamiento. El grado de disminución del tiempo de protrombina no pareció influir sobre el desarrollo de trombosis mural en pacientes tratados con anticoagulantes. Por último, comprueban que los accidentes embólicos se presentaron en los que tenían trombosis murales con una frecuencia del doble que en los que no la tenían.

**Tratamiento del edema con resinas de recambio de cationes.**—De 11 enfermos con edemas por descompensación cardíaca crónica tratados con resinas de recambio de cationes, ocho mantuvieron una buena diuresis y una buena compensación cardíaca con menos diuréticos mercuriales. Un enfermo con ascitis por cirrosis hepática, que no había respondido a anteriores tratamientos, las resinas de recambio le mantuvieron en un peso constante tras provocarle una buena diuresis. La cantidad de sodio en la dieta no pareció influir sobre la respuesta a la terapéutica. Como reacciones colaterales aparecieron acidosis, mareos, vómitos, diarrea, estreñimiento o intoxicación digitalica. Su frecuencia varió según el producto empleado. Consideran que actúan disminu-

yendo la absorción de sodio a través del riñón. Consideran que las resinas de recambio catiónico son una buena forma de tratamiento de los edemas de cardíacos y cirróticos, especialmente en enfermos ambulatorios, pero que deben ser empleadas en combinación con los métodos clásicos de tratamiento del edema.

**Procainamida en las reacciones a la penicilina.**—Los autores tratan a dos grupos comparables de enfermos sensibles a la penicilina, a uno con procainamida (Pronestyl) y al otro con beta-dimetil amino etil bencedril éter (Benadril). De los resultados obtenidos en estas pequeñas series, parece desprenderse que el Pronestyl es por lo menos tan bueno, y quizá mejor, que el Benadril en el tratamiento de estos casos. También se utilizó la procainamida para prevenir las reacciones alérgicas en sujetos de los que ya se sabían eran sensibles a la penicilina. La profilaxis fué aparentemente eficaz en 13 de 18 pacientes. A pesar de los buenos resultados obtenidos, consideran que se requiere una más amplia experiencia para pronunciarse definitivamente respecto a la acción profiláctica y terapéutica de la procainamida en estos casos.

**Uso y abuso de la corticotropina y cortisona en las situaciones alérgicas.**—Los autores parten del principio de que el ACTH y la cortisona no curan nada y que ni su administración prolongada puede modificar el terreno alérgico de un sujeto. Deben ser usados urgentemente en casos en que la muerte parece próxima, como en graves ataques de asma, edema angioneurótico y dermatitis exfoliativa. También están indicadas en asmáticos en los que han fallado todas las demás terapéuticas. Los resultados son excelentes en rinitis estacionales y no estacionales; hay que evitar la administración de la hormona por el propio enfermo. En varios tipos de dermatitis, los resultados fueron excelentes, pero transitorios. Efectos colaterales se presentaron en 11 de 85 enfermos: edema, úlcera péptica, cefaleas y una bacioposcopy positiva en esputo. También las propias hormonas pueden dar reacciones alérgicas.

**Absorción y distribución de la aureomicina.**—Los autores estudian la absorción y distribución de la aureomicina en el hombre tras una sola dosis. Comparan con sus experiencias las de otros autores. Encuentran grandes variaciones entre unos y otros resultados, que se podrían explicar por la inestabilidad de las soluciones de aureomicina a la temperatura ambiente, los distintos productos empleados o las diferencias individuales de absorción. Sin embargo, con dosis de 500 mg. cada seis horas, por boca, se obtienen niveles útiles en la mayoría de los casos. El ácido cítrico no aumenta los niveles séricos ni disminuye la toxicidad. La administración de gel de hidróxido aluminico disminuye la absorción de la droga. Hasta las doce horas no aparecen niveles apreciables de aureomicina en el líquido cefalorraquídeo. Es detectable también en todos los demás líquidos orgánicos, normales o patológicos.

**Encefalomiелitis recurrente familiar.**—Son descritos doce episodios de encefalitis en tres miembros, entre los once y catorce años, de una misma familia. Sufrieron cada uno de ellos de dos a seis episodios. Diez de los doce episodios de encefalitis fueron precedidos de infecciones banales del tracto respiratorio. El cuadro clínico se inició con cefaleas, vértigo y ataxia; después se presentó somnolencia; estupor, por último, con pérdida de los reflejos profundos; en los casos más graves el estupor llegó a coma. La fiebre, los signos de meningismo y las alteraciones del líquido cefalorraquídeo fueron inconstantes. Cinco de estos episodios fueron tratados con éxito con ACTH. Los autores dan las razones por las que suponen que esta predisposición familiar está basada en un estado de anafilaxia.

**Acromegalia, diabetes mellitus y diabetes insípida.**—Los autores describen el cuadro clínico y hallazgos de autopsia de una mujer con acromegalia, diabetes meli-

tus y diabetes insípida conjuntamente. Hacen una revisión de los casos similares anteriormente publicados. La diabetes insípida se asocia a la acromegalia, según las diversas estadísticas, con una frecuencia entre un 12 y un 40 por 100. De coexistencia de diabetes mellitus y diabetes insípida sólo 39 casos se han publicado y, de ellos, sólo 21 se pueden considerar como seguros. La coexistencia de los tres procesos es extremadamente rara y sólo otros dos casos se han reportado y, uno de ellos, muy dudoso. Por último, discuten los autores la posible patogenia de la presentación de diabetes insípida y de diabetes mellitus en la acromegalia.

**Hiperplasia adrenal congénita en la mujer.**—Los autores presentan un caso de pseudohermafroditismo femenino en una mujer de diecinueve años. Hacen un tratamiento prolongado con cortisona, por vía oral, durante 76 semanas. Con este tratamiento empiezan las menstruaciones, se produce feminización y se reajusta la personalidad de la enferma. Combinando a la cortisona un tratamiento con estrógenos, se pueden potenciar los resultados. Los autores tratan de explicar esta acción de la cortisona de la siguiente forma: un exceso de andrógenos suprarrenales frena la secreción hipofisaria gonadotrófica, con lo que no se efectúa la normal maduración del ovario. Al tratar a la paciente con cortisona, se inhibe la excesiva formación de andrógenos y de nuevo vuelve a actuar la secreción hipofisaria gonadotropa.

**Instilación en el pericardio de oro radioactivo.**—Los autores presentan el primer caso en el que se ha instilado en el interior del pericardio oro radioactivo. Se hizo con el objeto de aliviar los síntomas que producían continuos derrames pericárdicos por metástasis de un tumor de mama. Inmediatamente decrecieron la frecuencia y extensión de los derrames, encontrándose el enfermo considerablemente mejorado de sus síntomas. En la autopsia se pudo comprobar la definida acción que el oro había tenido sobre el tumor primitivo, sin dañar los tejidos sanos, ya que un 90 por 100 de la energía radiante se retiene en el primer milímetro de tejido. También se observó efecto sobre las metástasis linfáticas por haberse diseminado por esta vía el oro.

## Surgery, Gynecology and Obstetrics.

99 - 3 - 1954

- \* Informe preliminar sobre el procedimiento de "segunda exploración" para el cáncer del estómago, colon y recto y para la "carcinosis intraperitoneal limitada". O. H. Wangenstein, F. J. Lewis, S. W. Arhelger, J. J. Muller y L. D. MacLean.
- La conducta de los focos locales causantes de infecciones estreptocócicas recurrentes de la piel, tejidos subcutáneos y linfáticos. F. A. Stevens.
- Divertículos de la uretra femenina: Problemas diagnósticos y terapéuticos. E. N. Cook.
- Comparación del talco y polvos de almidón absorbibles. J. Willand, J. N. Masci y B. N. Craver.
- \* Una clasificación quirúrgica del carcinoma del estómago. S. O. Hoerr.
- Uso de tubos plásticos flexibles como sustitutos de la aorta en el hombre. H. B. Shumacker y H. King.
- Hernias de la fosa suprapúbica presentadas externamente a través del tendón conjunto. L. Ginzburg y S. Freund.
- Tratamiento de las fistulas urinarias en un pueblo primitivo. A. H. C. Walker.
- \* Estudios morfológicos y fisiológicos sobre el residuo gástrico después de la resección de la unión esofagogástrica y esofagoyunostomía. S. F. Redo y W. A. Barnes.
- \* Insuflación de gas a través de las vías lumbar y presacra. S. F. Wilhelm.
- "Exenteración" pélvica total y anterior. A. Brunschwig y W. Daniel.
- Relación de los hallazgos por biopsia hepática con tras tornos quirúrgicos de la parte superior del abdomen. R. W. Dunlap, M. B. Dockerty y J. M. Waugh.
- \* Influencia de los antibióticos sobre la peritonitis endógena experimental. E. J. Pulaski, H. E. Noyes, J. R. Evans y R. A. Brame.
- Rotura del muñón duodenal o antral complicando la resección gástrica. F. A. Avola y D. S. Ellis.
- Estudio bacteriológico y clínico de los abscesos de la mama. C. D. Sawyer y P. H. Walker.



**"Segunda exploración" para el cáncer digestivo.**—La segunda exploración en la cirugía del cáncer es un nuevo concepto que emplea sistemáticamente las reoperaciones para eliminar cánceres residuales asintomáticos. Se ha usado en 103 enfermos con cánceres del estómago, recto o colon en los que existían metástasis de los ganglios linfáticos regionales en el momento de la excisión original. El plan ha consistido en practicar una segunda operación a los pocos meses, seis u ocho, de la primera, cuando los pacientes no tenían aún evidencia clínica de cáncer residual. Cualquier cáncer residual fué extirpado, si ello era posible, y de este modo se siguieron haciendo operaciones adicionales a intervalos de aproximadamente seis meses hasta que se realizó una intervención en la que no se encontró signo alguno de cáncer. Seis casos que tenían cáncer residual en la segunda operación se han encontrado finalmente libres del mismo en alguna operación subsiguiente y siguen sin datos de cáncer. Este procedimiento parece ser muy prometedor en enfermos con cáncer de colon.

**Clasificación quirúrgica del cáncer gástrico.**—Las actuales clasificaciones del cáncer gástrico no son completamente satisfactorias para los cirujanos y el autor propone una sencilla clasificación basada en tres estadios de metástasis y otros tres de invasión. Con arreglo a las metástasis, el grado A lo constituyen los que no presentan metástasis, el B los que tienen metástasis regionales y el C los que presentan metástasis a distancia. Con respecto a la invasión, el periodo I es el cáncer superficial, el II el del cáncer que afecta a todas las capas gástricas y el III el cáncer que invade por continuidad las estructuras perigástricas. Una combinación de letras y números, representando las primeras el estadio de metástasis y los segundos el grado de invasión, designan el estado de la enfermedad del sujeto en el momento de la operación. La clasificación ha sido probada en una serie consecutiva de 100 enfermos, todos los cuales han sido seguidos durante uno a cuatro años de la operación, existiendo una buena relación entre los resultados obtenidos y los datos y el pronóstico deducidos de esta clasificación. El autor piensa que esta clasificación puede aclarar algunos de los problemas corrientes en el tratamiento quirúrgico del carcinoma del estómago.

**Residuo gástrico después de la resección de la unión esofagagástrica.**—La porción de estómago que persiste después de la resección del esófago inferior y el estómago proximal con esofagoyeyunostomía a la manera de ROUX Y produce ácido y pepsina, indicando que la estimulación cefálica y directa del estómago no son necesarios para que funcione la mucosa gástrica. Son ligeros los cambios morfológicos en la mucosa gástrica. Es rara la esofagitis después de este procedimiento y probablemente puede ser prevenida mediante un asa larga de yeyuno (40 cm.) entre la esofagoyeyunostomía y la yeyunoyeyunostomía. Estos estudios, realizados en perros, parecen apoyar la idea de que este procedimiento puede ser valioso en el tratamiento en el hombre de ciertas lesiones en la unión esofagagástrica: a) Extirpando la obstrucción, b) Previendo o haciendo mínima la regurgitación del contenido gástrico en el esófago residual y disminuyendo así la probabilidad de aparición de esofagitis; y c) Preservando una porción del estómago y quizá evitando por ello mismo algunos de los posibles efectos deletéreos de la gastrectomía total.

**Insuflación de gas a través de las vías lumbar y presacra.**—En una revisión de 150 casos de insuflación lumbar perirrenal realizadas con una presión muy ligera no hubo mortalidad ni complicaciones graves. La inyección más rápida, realizada con jeringa en vez de aparato de neumotórax, dió lugar a dos casos de embolismo gaseoso, de los cuales uno murió y el otro se recuperó. La técnica de inyección presacra está más expuesta a la contaminación e infección bacteriana a causa de su proximidad al ano y recto, señalándose un caso de infección mortal y otro de perforación rectal

con este método. Esta insuflación gaseosa es valiosa en el diagnóstico de los trastornos suprarrenales y tiene también aplicaciones limitadas en tumores renales y retroperitoneales.

**Influencia de los antibióticos sobre la peritonitis endógena experimental.**—De las observaciones efectuadas parece deducirse que el mecanismo de acción de los antibióticos en el tratamiento de la peritonitis consiste en la supresión de todas las bacterias en el exudado peritoneal hasta un grado tal que los mecanismos de defensa del organismo pueden acabar con las bacterias supervivientes, pero esta supresión debe ser llevada a cabo antes de que las sustancias tóxicas elaboradas por los microorganismos originen una intoxicación letal.

### The American Journal of Clinical Nutrition.

2 - 4 - 1954

- \* Algunos aspectos de la nutrición proteica. P. György.
- \* El contenido de cistina y metionina de los cabellos de niños mal nutridos. A. P. Wysocki, G. V. Mann y F. J. Stare.
- \* Consumo alimenticio y estudios sanguíneos de hombres que consumen una dieta sin carne. L. Miron.
- \* El estado proteico en la tuberculosis pulmonar. C. Tuy, N. H. Kuo y L. Schmidt.
- \* ¿Conduce un consumo escaso de calcio a un retraso del desarrollo y a un crecimiento insuficiente? A. R. P. Walker.

**Sobre algunos aspectos de la nutrición proteica.**—La hiponutrición proteica es un problema mundial. En el trópico se llama "kwashiorkor" y es muy semejante a la disergia farinácea vista en la Europa de la postguerra. En la hiponutrición proteica el consumo diario de calorías no está muy reducido, pero sí lo está la relación de las calorías proteicas a las totales. Si esta relación descende por debajo de un 10 por 100, aparecen las manifestaciones clínicas de déficit proteico. En la leche humana la relación de las calorías proteicas a las totales no es más de 7 por 100, pero la leche humana constituye la mejor protección contra el "kwashiorkor" y se recomienda dar de mamar prolongadamente para evitar esto en las regiones afectadas. La presencia en la leche humana del factor bifido (un nuevo factor microbiológico de crecimiento) puede constituir una explicación parcial de la mejor utilización de la proteína de esta leche.

El hígado es el órgano central del metabolismo proteico y las enfermedades hepáticas son más frecuentes donde el consumo de proteínas animales es escaso. El papel desempeñado por los factores nutritivos en la causa, profilaxis y resolución de la lesión hepática, se ha confirmado totalmente por la experimentación animal. La presencia de suficientes factores lipotrópicos (colina y sus precursores) protege contra la forma crónica de lesión hepática. La forma aguda (necrosis masiva) se puede evitar por los aminoácidos sulfurados, la vitamina E o el llamado "tercer factor" de SCHWARZ, presente en la levadura. Se refieren experiencias con varios antibióticos en la protección contra la cirrosis y la necrosis, y los resultados sugieren que la flora intestinal puede, por consumir factores nutritivos protectores, reducir su disponibilidad al organismo. La colina ha demostrado ser mejor utilizada cuando se suprime la flora intestinal con aureomicina o penicilina, aunque este fenómeno parece ser temporal.

Es necesario una profilaxis para mejorar el régimen alimenticio y evitar la hiponutrición proteica grave, que tanta repercusión tiene sobre todo el organismo. La salud de los naturales del trópico depende de la solución del problema nutritivo y de la profilaxis que se ejerza con vistas a la enfermedad del hígado.

**El contenido de cistina y metionina de los cabellos de niños mal nutridos.**—El análisis químico de muestras de cabellos de 33 niños indonesios con "kwashiorkor" no reveló ninguna alteración en el contenido de cistina o metionina.

**Consumo alimenticio y estudios en la sangre de sujetos sometidos a una dieta sin carne.**—El consumo prolongado de una dieta con un contenido en proteínas animales no superior a 20 gr. carece de efecto sobre la salud de los miembros de una comunidad que no consume carne. La adición de leche desnatada a una dieta vegetal aumentó el valor nutritivo de la misma hasta encuadrar dentro de los límites afectados. La colesterolina y sus ésteres en el suero se mantuvieron en niveles normales, pese al consumo prolongado de una dieta pobre en grasa y colesterolina. Una dieta sin carne y pobre en proteínas animales no tiene efecto sobre las fracciones de proteínas de la sangre.

**Estado proteico en la tuberculosis pulmonar.**—Los estudios del equilibrio nitrogenado realizados en tuberculosos pulmonares avanzados, con pérdida de peso, demostraron que no hay en ellos aumento de la eliminación de urea por la orina y que la pérdida de peso no representa una "respuesta catabólica" ni una destrucción tóxica de proteínas. La pérdida de peso es seguramente debida a una alteración en el apetito. El empleo de una terapéutica masiva con proteínas logra un equilibrio nitrogenado muy positivo y un rápido aumento del peso corporal. No parece que exista un factor anti-anabólico en la enfermedad misma. El efecto adverso sobre la eritropoyesis y la formación de proteínas sanguíneas en la tuberculosis pulmonar no parece sea debido a la sola hipoproteïnemia, sino a la enfermedad misma. Se discute el efecto de la administración rápida de proteínas sobre el aumento de la actividad respiratoria en relación con la acción dinámica específica de una dieta rica en proteínas.

**¿Conduce un consumo escaso de calcio a un retraso del desarrollo y a un crecimiento insuficiente?**—Es comúnmente aceptado que un consumo escaso de calcio perjudica en el hombre a la velocidad del desarrollo de la estatura y conduce finalmente al crecimiento insuficiente. Hay, sin embargo, tantos factores, así dietéticos como no dietéticos, que influyen sobre el crecimiento, que resulta casi imposible determinar con exactitud el papel del calcio. Los niños de hogares pobres con un consumo probablemente insuficiente de calcio son ciertamente de estatura inferior, en comparación con niños más afortunados de la misma raza y país. Es, además, un hecho común, si no invariable, que los niños indígenas de países tropicales o semitropicales, habituados a un consumo escaso de calcio, sean de estatura inferior, comparados con niños occidentales. En ningún caso, sin embargo, hay evidencia de que diferencias en el consumo de calcio sean específicamente implicados en este retraso en el desarrollo. Allí donde suplementos de calcio se han administrado durante cortos periodos a niños y jóvenes acostumbrados a consumir cantidades de calcio menores que las recomendadas, no parece exista evidencia de que estas adiciones, específicamente, hayan producido incremento de estatura mayores que los observados en sujetos de control. No queda establecido, por lo tanto, que el consumo de calcio sea, por sí sólo, de importancia en la regulación de la estatura. Se sugiere que, aparte de la hiponutrición manifiesta, el nivel crítico de calcio en la dieta, por debajo de la cual ocurre un retardo del crecimiento, se halla por debajo de los amplios límites del contenido en calcio de las dietas ingeridas diariamente en varias regiones del mundo.

### Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

94 - 1 - 1954

- Estudios "in vivo" del hígado de rana durante la excreción de tioflavina S y vasoflavina. A. L. Grafflin y E. G. Corddry.  
Estudios "in vivo" del hígado de rana durante la excreción de esculina. A. L. Grafflin y E. G. Corddry.  
El balistocardiógrafo aperiódico. S. A. Talbot, D. C. Deuchar, F. W. Davis y W. R. Scarborough.  
Observaciones sobre la etiología de la fibroplasia retro-lental. H. H. Gordon, L. Lubchenco e I. Hix.

94 - 2 - 1954

- \* Hipertensión por enfermedad vascular renal unilateral y su alivio por nefrectomía. J. E. Howard, M. Berthrong, D. M. Gould y E. R. Yendt.
- \* Embolia pulmonar masiva por tejido cerebral cortical. E. H. Oppenheimer.
- \* Efectos de la L-triiodotironina y L-tiroxina sobre el metabolismo de los tejidos "in vitro". J. G. Wiswell, K. L. Zierler, M. B. Fasano y S. P. Asper.
- Papel de las fracciones IV y V de las proteínas plasmáticas humanas en el transporte de los 17-cetosteroides. L. I. Gardner.

**Mejoría de la hipertensión por nefrectomía.**—Los autores estudian seis casos que mejoraron mucho tras la extirpación de un riñón. En todos ellos había evidente alteración circulatoria en el riñón eliminado. En dos casos en que se hizo arteriografía de la aorta, se pudo demostrar constricción u oclusión de la arteria renal mayor; sin embargo, las pielografías de estos enfermos eran normales. En otros dos, había historia reciente de infarto renal. En los dos últimos no se eliminó el colorante ni eliminaban orina; sin embargo, también eran normales las pielografías ascendentes. En uno, perteneciente al primer grupo, a despecho de la pielografía intravenosa normal, la secreción de orina y la concentración de sodio en ésta estaban muy disminuidos; por ello se recurrió a la aortografía. En las piezas operatorias se demostró distintos grados de atrofia tubular en proporción a la insuficiencia funcional del riñón correspondiente.

**Embolización masiva pulmonar por tejido cortical cerebral.**—Ocasionalmente se han encontrado en autopsias embolias pulmonares originadas por otros elementos que el material trombótico; así se han podido ver fragmentos de médula ósea, tejido hepático y pequeños émbolos de tejido cerebral. En el presente artículo, el autor describe un caso parecido a este último. En un adulto vió una fractura traumática craneal, con hemorragia intracraneal, que fué tratada quirúrgicamente por descompresión. En la autopsia se pudo observar una gran embolia pulmonar formada por sustancia cortical cerebral en buen estado de conservación.

**Triiodotironina y tiroxina sobre los tejidos "in vitro".** La adición de l-triiodotironina directamente a un medio que contenga cortes de tejido hepático o hemidiafragmas aislados de ratas normales, no aceleraron el consumo de oxígeno de dichos tejidos bajo las condiciones en que se verificó el experimento. En administración diaria a ratas hipotiroides, la l-triiodotironina fué ligeramente más potente que la l-tiroxina en su efecto de aumentar el consumo de oxígeno en los cortes de hígado y en los diafragmas aislados de estos animales. La l-triiodotironina ejerció una acción más intensa, pero menos prolongada, que la l-tiroxina, activando el consumo de oxígeno de un sistema de corazón de rata homogeneizado-citocromo C-succinato.

### A. M. A. Archives of Pathology.

57 - 4 - 1954

- Sarcoma osteogénico en una rata alimzclero en un área de gran afectación por radiostroncio. L. A. Krumholz y J. H. Rust.  
Reacción tisular al sulfato de bario usado como medio de contraste. S. Kay.  
Enfermedad veno-oclusiva del hígado, con tipo de cirrosis no portal, aparecida en Jamaica. G. Bras, D. B. Jelliffe y K. L. Stuart.  
Citopatogenicidad de los virus animales "in vitro". J. W. Lynn y H. R. Morgan.  
Microscopía electrónica de las células del sarcoma humano cultivadas "in vitro". B. V. Favata y F. W. Bishop.  
Efecto de la colina sobre el desarrollo y regresión de la aterosclerosis colesterolina en conejos. G. L. Duff y G. F. Meissner.  
Producción de lesiones arteriales lipomatosas y ateromatosas en la rata albina. R. W. Wissler, M. L. Eiler, M. A. Schroeder y L. Cohen.  
Observaciones sobre la localización de la fosfatasa alcalina en la curación de las heridas. J. E. French y E. P. Benditt.  
Enterocolitis regional en perros. A. Starnde, S. C. Sommers y M. Petrak.



**Enfermedad veno-oclusiva del hígado.**—De 100 enfermos estudiados clínicamente mediante biopsias por punción del hígado, cinco mostraron fibrosis no portal asociada con obliteración de ramas de las venas hepáticas, un proceso no señalado hasta ahora en Jamaica. En cuatro de estos casos se desarrolló una cirrosis con distorsión de la arquitectura lobular normal. Los enfermos presentaron signos de cirrosis, particularmente hepatomegalia, ascitis, hematemesis por varices esofágicas en un caso, pero no tuvieron ictericia. Se piensa que la obliteración de las ramas de la vena hepática es muy precoz y esencialmente es el resultado de un engrosamiento subendotelial de la íntima de la pared vascular originado por una endoflebitis obliterante primaria. No se pudo demostrar, aunque tampoco se pueda excluir, una necrosis centrolobulillar de las células hepáticas precediendo a los cambios observados. Estas lesiones parecen muy semejantes a las de la cirrosis infantil de la India y su etiología es indeterminada.

**Efecto de la colina en la aterosclerosis colesterínica.** Se hacen tres series de experimentos para determinar el efecto de la administración oral de cloruro de colina sobre el desarrollo de aterosclerosis colesterínica experimental en el conejo. Se concluye que la administración de dosis moderadas o grandes de colina a conejos que habían tomado colesterina no afectó al desarrollo de aterosclerosis de la aorta ni al contenido de lípidos de la sangre. Tampoco se apreció ningún efecto de la colina sobre la regresión de la aterosclerosis colesterínica experimental en conejos alimentados con colesterina durante tres meses y que subsecuentemente recibieron 3 gr. diarios de colina durante cinco meses.

**Fosfatasa alcalina en la curación de las heridas.**—Las observaciones presentadas indican que, contrariamente a lo que se cree, la histoquímica demuestra que la fosfatasa alcalina no está asociada primariamente con la formación de tejido conectivo en la curación de las heridas. La presencia de este enzima en las fibras neoformadas en estos experimentos está relacionada con la presencia de otros tejidos proliferantes, particularmente el epitelio regenerado. No aparece claro el mecanismo de incorporación y la fuente del enzima.

## Metabolism.

2 - 6 - 1953

- Reacciones insulínicas (hipoglucémicas) en enfermos diabéticos. J. I. Goodman.
- \* Estudio sobre la respuesta hipoglucémica. S. S. Lazarus y B. W. Volk.
- Comparación entre las acciones de la 11  $\beta$ -hidroxiprogesterona y de la 11  $\beta$ , 17  $\alpha$ -dihidroxiprogesterona sobre la glucosuria de las ratas parcialmente pancreatectomizadas. D. J. Ingle, D. F. Beary y A. Puemalis.
- \* Eliminación selectiva de las células alfa del páncreas por el cloruro de cobalto en el perro. S. S. Lazarus, M. G. Goldner y B. W. Volk.
- Estudios sobre los electrolitos en el edema de hambre. S. G. Srikenia, P. S. Venkatachalam y C. Gobalan.
- \* Influencia de las sales de potasio sobre la eficacia de la alimentación parenteral proteica en enfermos quirúrgicos. P. M. Frost y J. L. Smith.
- Cambios metabólicos en el diafragma de la rata durante la regulación térmica como efecto de la tiroxina. E. Wertheimer y V. Bentor.
- \* Efectos de las variaciones de la función tiroidea en la respuesta presora a la norepinefrina en el hombre. R. E. Schneekloth, G. S. Kurland y A. S. Freedber.
- Absorción intestinal de los preparados de vitamina E en un enfermo con distrofia muscular. H. Rosenkrantz, A. T. Milhorat y M. Farber.
- \* Influencia de la desnutrición sobre el páncreas. W. P. U. Jackson y G. C. Linder.

**Estudio sobre la respuesta hipoglucémica.**—Los autores realizan una investigación sistemática para encontrar los mecanismos implicados en la fase de recuperación de la glucemia que se observa en la prueba de tolerancia a la insulina. Ha sido atribuido a la acción anti-

insulina de la hipófisis, de la médula y corteza adrenal, a las células alfa del páncreas y al sistema nervioso simpático. Sin embargo, se presenta hipoglucemia en el animal tratado con hormona del crecimiento y adrenalectomizado, en el tratado con ACTH e hipofisectomizado, adrenalectomizado, pancreatectomizado, totalmente simpatectomizado y en animales tratados con varios agentes bloqueantes del sistema autónomo. Todo esto conduce a pensar que la respuesta es del hígado, por glucogenolisis, ante la hipoglucemia.

**Eliminación de las células alfa del páncreas.**—La inyección intravenosa de 200 mg. de cobalto causa una autólisis selectiva de las células alfa del páncreas de perro. Repetidas biopsias demuestran que a partir de los cinco días empieza la regeneración de estas células. Una sola inyección de cobalto produce una transitoria hiperglucemia en el animal normal, aloxanizado, pancreatectomizado y en el parcialmente eviscerado, lo cual sugiere que la hiperglucemia es una consecuencia del cobalto independiente de su acción tóxica sobre las células alfa pancreáticas. A despecho del daño celular, no se pudo observar una hipoglucemia continuada en el animal normal ni mejoría de la diabetes en el aloxanizado, lo cual sugiere que las células alfa no producen ningún principio realmente activo sobre la glucemia y que la gravedad de la diabetes aloxánica no se debe a la persistencia de las células alfa.

**Alimentación parenteral proteica en enfermos quirúrgicos.**—Los autores señalan la importancia de una adecuada ingestión de sales intracelulares, especialmente potasio, para favorecer la retención de nitrógeno en los seres humanos. Aunque estudian un pequeño número de casos, no obstante son interesantes sus conclusiones: La eficacia de la terapéutica intravenosa con proteínas aumenta con la adición de potasio, el cual viene a reemplazar las pérdidas ocasionadas por la destrucción del protoplasma celular durante el estado de ayuno. Es evidente que la cantidad de potasio que se necesita por gramo de nitrógeno está íntimamente relacionada con la mejoría en la retención y aprovechamiento de los aminoácidos. Este valor se ha encontrado que viene a ser de 5 mEq. por gramo de la infusión de nitrógeno.

**Función tiroidea y respuesta presora a la norepinefrina.**—Es estudiado el efecto de la inyección intravenosa de epinefrina en 10 enfermos en distintos estados de función tiroidea. En cuatro enfermos con tirotoxicosis se observó una brusca disminución de la respuesta presora a la norepinefrina (de 48 al 88 por 100) después de la vuelta al estado eutiroides. En un sujeto eutiroides, la suspensión de tiroidina que se estaba suministrando a grandes dosis fué seguida de una disminución de la respuesta de un 40 por 100. En un paciente con mixedema de larga duración, la administración de l-tiroxina fué seguida de una gran potenciación (256 por 100) de la respuesta a la norepinefrina.

**Influencia de la desnutrición sobre el páncreas.**—La susceptibilidad del páncreas infantil a dañarse por la desnutrición contrasta con la resistencia del adulto, aunque la razón es desconocida. Presentan los autores el caso de un adulto que murió por inanición tres años y medio después de la resección de casi la totalidad de su intestino delgado. En la autopsia se pudo comprobar una grave atrofia pancreática, con cambios estructurales muy parecidos a los vistos en los accesos de desnutrición infantil. Piensan los autores que en su caso es muy posible que el daño pancreático se deba a la falta de hormonas intestinales estimulantes del páncreas. Se sugiere que en la desnutrición la falta de hormonas estimulantes del páncreas es más fácil de producirse en el niño que en el adulto, de lo cual dependería la distinta susceptibilidad del páncreas de uno y otro.

## The American Journal of Medicine.

16 - 4 - 1954

- Estudio sobre el mecanismo de actividad ventricular:
- \* VI. El complejo de depolarización en el infarto subendocárdico puro: Papel de la región subendocárdica en el ECG normal. M. Printzmetal, C. M. Shaw, M. H. Maxwell, E. J. Flamm, A. Goldman, N. Kimura, L. Rakita, L. Borduas, S. Rothman y R. Kennamer.
  - \* VII. El origen de la onda QR coronaria. C. M. Shaw, A. Goldman, R. Kennamer, N. Kimura, I. Lindgren, M. H. Maxwell y M. Printzmetal.
  - \* Metabolismo del corazón humano. II. Estudios sobre el metabolismo de las grasas, cuerpos cetónicos y aminoácidos. R. J. Bing, A. Siegel, I. Ungar y M. Gilbert.
  - \* Efecto de la bantina sobre el mecanismo cardíaco en los estados asociados con tono vagal aumentado. T. H. T. Haymond y S. Bellet.
  - Estenosis pulmonar con shunt de izquierda a derecha. G. R. Moffit, H. F. Zinsser, P. T. Kuo, J. Johnson y T. G. Schnabel.
  - Tuberculosis y enfermedad cardíaca congénita cianótica. R. D. Sloan, C. R. Hanlon y H. W. Scott.
  - Endocarditis bacteriana. Un análisis de 52 casos. W. Newman, J. M. Torres y J. K. Guck.
  - \* Mecanismo de formación de los trombos murales de la aurícula izquierda. J. B. Wallach, L. Lukash y A. A. Angrist.
  - Efecto del ejercicio físico vigoroso sobre la circulación y el metabolismo cerebral. P. Scheimberg, L. I. Blackburn, M. Rich y Saslaw.
  - \* Pólipos del colon y del recto. Su incidencia y relación con el carcinoma. J. A. Rider, J. B. Kirsner, H. C. M. Moeller y W. L. Palmer.
  - Significación de los tests de función hepática. F. M. Hanger.
  - Las drogas en el diagnóstico de una de las formas curables de hipertensión. Conferencia sobre terapéutica.
  - Fiebre de origen desconocido. Conferencia clínico-patológica.
  - \* Distrofia miotónica con síntomas espuiformes asociados. K. K. Kaufman y E. W. Heckert.

**El complejo de depolarización en el infarto subendocárdico puro: Papel de la región subendocárdica en el ECG normal.**—Los autores estudian el problema del ECG del infarto miocárdico subendocárdico de modo detallado, estudiando el ECG obtenido en dos grupos de perros, uno en los que se produjo experimentalmente un infarto subendocárdico (con confirmación necropsica ulterior) mediante la ligadura de una coronaria, y otro en los que se obtuvo una lesión subendocárdica aguda por quemadura. En ningún caso en que las capas externas del miocardio estuvieron intactas, se observó onda Q anormal, concluyendo de su detallado estudio, imposible de resumir aquí, que la alteración del tejido muscular subendocárdico, si está limitada a las capas más internas del miocardio, no se registra en las derivaciones empleadas en la electrocardiografía clínica, por lo cual puede dar lugar a notables dificultades diagnósticas.

**El origen de la onda QR coronaria.**—Un dato importante en el diagnóstico del infarto miocárdico es la aparición de ondas QR anormales, que según la teoría clásica se deben a la necrosis del tejido subendocárdico: la onda Q resultaría de la transmisión del potencial negativo intracavitario a través del tejido subendocárdico necrótico y la onda R de la activación del tejido miocárdico superficial, intacto. En el presente trabajo los autores demuestran la falsedad de tal aserto al observar que en sus 68 infartos experimentales en perros nunca se produjeron ondas QR cuando existía únicamente infarto subendocárdico. Bien al contrario, en los casos en que esta alteración ECG existía, podían encontrarse áreas de fibrosis en el miocardio, en la porción más superficial, alternando con otras zonas de músculo sano. En todos los casos que presentaron ondas QR se observaban estas zonas de músculo necrótico, con músculo sano, en el miocardio superficial, mientras que el tejido subendocárdico estaba en algunos casos normal y en otros afecto por el infarto. Así, pues, la aparición de ondas QR y S independiente de la afectación del tejido subendocárdico, y se produce, en cambio, por el infarto superficial e incompleto que alterna con áreas de músculo sano. Los autores discuten las razones de este hecho y también los aspectos prácticos para la interpretación de estos ECG.

**Metabolismo del corazón humano. II. Estudios sobre el metabolismo de las grasas, cuerpos cetónicos y aminoácidos.**—Empleando la técnica (ya usada en trabajos anteriores de los autores) de la cateterización del seno coronario para el estudio "in vivo" del metabolismo cardíaco en el hombre, estudian en este trabajo la utilización y consumo de ácidos grasos, cuerpos cetónicos y aminoácidos en 33 enfermos, observando que, efectivamente, el corazón extrae cuerpos no hidrocarbonados de la sangre arterial. La extracción de ácidos grasos fue mayor cuando el sujeto había tomado una comida rica en grasa, lo cual indica que parte de ellos fue depositada sobre el músculo cardíaco. Durante la infusión de aminoácidos el aumento obtenido en su concentración sanguínea produjo un aumento desproporcionado en su extracción, al mismo tiempo que aumentó también la extracción de glucosa por el corazón. Por último, pudieron observar una correlación negativa entre la utilización miocárdica de glucosa y de cuerpos cetónicos, debido seguramente a que ambos cuerpos compiten en la utilización del oxígeno disponible.

**Efecto de la bantina sobre el mecanismo cardíaco en los estados asociados con tono vagal aumentado.**—Los autores comprueban los efectos beneficiosos de la bantina y probantina en los estados cardiovasculares asociados con hipertonia vagal, debido a la acción bloqueante colinérgica del tipo de la atropina que estas drogas poseen. Emplearon estos medicamentos en seis casos de bloqueo aurículo-ventricular, seis casos de síndrome del seno carotídeo hipersensible, un caso de síndrome de W.-P.-W. y uno de ritmo del seno coronario, a la dosis de 5-10 mg. de bantina por vía intravenosa (11 enfermos) y 100-400 mg. orales (ocho enfermos). Después de la administración intravenosa de bantina se produjo taquicardia, acortamiento del espacio PR, durando estos efectos 4-6 horas, siendo menos intensos y más tardíos los efectos por vía oral. Es importante el hecho de que los efectos tóxicos producidos por la bantina administrada en esta forma son menores que los producidos por dosis equivalentes de atropina.

**Mecanismo de formación de los trombos murales de la aurícula izquierda.**—La frecuente aparición de trombos murales en enfermos con estenosis mitral, especialmente cuando coexiste con cierto grado de insuficiencia mitral, y cuando hay fibrilación es conocida por todos, y suele ser atribuida al estasis sanguíneo de la aurícula izquierda, consecuencia de estos procesos. Los autores revisan los hallazgos postmortem en 8,676 casos, encontrando trombos auriculares en 137 casos, los cuales fueron concienzudamente analizados para deducir el mecanismo por el que dichos trombos se habían formado.

Como consecuencia de este estudio los autores no creen que el estasis auricular sea el factor primordial en la génesis de los trombos murales de la aurícula izquierda, puesto que si tal fuera habría con igual frecuencia trombos en la aurícula derecha cuando la causa del estasis fuera la fibrilación auricular.

Creen, en cambio, que el factor más importante es la existencia de un cierto grado de reflujo sistólico desde el ventrículo izquierdo a la aurícula en virtud de la insuficiencia mitral, reflujo que manteniéndose de modo prolongado acaba por originar en el punto de choque en el endocardio auricular una zona de engrosamiento colágeno del endocardio que se transforma después en un área de endocarditis trombótica no bacteriana, punto éste a partir del cual va a constituirse el trombo auricular. La fibrilación auricular favorece, según los autores, la formación del trombo al producir taquicardia, ya que entonces el choque del reflujo contra el endocardio auricular se multiplica por unidad de tiempo, y también, al inmovilizar la pared auricular, impidiendo la sístole de la aurícula, y por tanto haciendo más fijo y reducido el punto sobre el que se ejerce la acción traumática del reflujo. Es posible que contribuya también la alteración en los mecanismos de la coagulación como consecuencia del tratamiento, enfermedades intercurrentes, etc.



**Pólipos del colon y del recto.**—En vista de la importancia del examen proctosigmoidoscópico en el diagnóstico precoz de los pólipos y de la posibilidad de su transformación maligna, los autores realizan una revisión de 7.487 enfermos examinados desde el punto de vista rectoscópico y radiológico desde 1947 a 1951. El 5,4 por 100 del total presentaban pólipos, que fueron diagnosticados por rectoscopia en el 92,8 por 100 de los casos. En exámenes ulteriores se vió que un 20 por 100 aproximadamente de los enfermos que previamente habían presentado un pólipo y un 40 por 100 de los que habían presentado pólipos múltiples desarrollaron nuevos pólipos que en su estructura no diferían en nada de los presentados previamente. En los enfermos que presentaron pólipos en algún examen la incidencia de cáncer de colon o de recto fué cinco veces mayor que en los normales, siendo dos veces más frecuente en los que tenían pólipos múltiples que en los que sólo tenían un pólipo. En el 78 por 100 de los enfermos de pólipos se practicó la extirpación rectoscópica de los mismos, siendo muy baja la recidiva de los pólipos después de su extirpación.

**Distrofia miotónica con síntomas espuiformes asociados.**—En 1954, BEVANS describió las alteraciones existentes en algunos casos de distrofia miotónica en el tracto gastrointestinal similares a las alteraciones musculares esqueléticas. Los autores observan un caso de distrofia miotónica que junto a los síntomas propios de esta afección (atrofias musculares, reacción miotónica, cataratas preseniles, disturbios endocrinos, etc.) presentaba una intensa esteatorrea con náuseas, vómitos y diarreas que atribuyen a una alteración en la absorción intestinal como consecuencia de la atrofia de la musculatura del intestino delgado, ya que al lado de la esteatorrea existía una curva de tolerancia a la glucosa dada por la boca plana, y curvas bajas de tolerancia a la vitamina A esterificada y a la vitamina A-alcohol.

## Bulletin of the New York Academy of Medicine.

29 - 9 - 1953

- Palabras de introducción al symposium de cirugía cardiovascular. F. Glenn.  
Relación de la cateterización cardíaca con la cirugía cardiovascular. D. S. Lukas.  
\* Comisurotomía mitral. F. Glenn y H. J. Stewart.  
Cuidados anestésicos del cardíaco reumático para la valvulotomía mitral. J. F. Artusio.  
\* Coartación de la aorta. W. D. O'Sullivan e I. Steinberg.  
\* Ductus arterioso patente. G. R. Holswade y H. P. Goldberg.  
Uso clínico de injertos arteriales homólogos. E. B. C. Keefer y S. W. Moore.  
Uso de esteroides y gonadotropinas en ginecología. H. C. Taylor.  
Evolución de la relación médico-enfermo. J. H. Means.

**Comisurotomía mitral.**—La valvuloplastia mitral está indicada en casos con estenosis mitral que experimentan una incapacidad progresiva. La fibrilación auricular asociada o un ligero grado de insuficiencia mitral no constituyen contraindicaciones para la operación. En el momento actual no se debe practicar la operación en enfermos con endocarditis bacteriana, fiebre reumática activa, gran insuficiencia mitral o afectación intensa de otras válvulas. Los autores han operado varios casos con asistolia, pero han tenido cuidado de no añadir riesgos innecesarios a la operación. Para la operación es esencial una anestesia ligera, combinada con una administración rica de oxígeno, por un anestesta experimentado. La valvuloplastia se suele conseguir mediante la fractura digital de la válvula estenosada en la mayoría de los enfermos y en unos pocos casos se necesita el valvulótomo de Bailey o de Harken para aumentar el área valvular hasta la extensión deseada. La operación puede ser llevada a cabo con el mínimo riesgo para el enfermo y la mejoría observada en los casos seleccionados es inmediata, se mantiene bien y puede ser progresiva. Aportan 33 casos.

**Coartación de la aorta.**—En el momento actual parece justificado el entusiasmo existente por la corrección quirúrgica de esta enfermedad. La mortalidad es pequeña y además tiende a descender aún más. Los resultados a corto plazo son buenos, ya que en la mayoría de los casos descende la presión arterial a niveles normales. En ausencia de contraindicaciones graves, estos enfermos pueden obtener la reparación operatoria de su lesión, pero merece resaltarse que los efectos de esta anomalía congénita son progresivos y que, por ello, se requieren un diagnóstico y tratamiento precoces para conseguir los mejores resultados.

**Ductus arterioso patente.**—Se han operado 36 enfermos con ductus arterioso persistente en el New York Hospital, practicándose en 34 de ellos el cierre del ductus usando la técnica de sutura-ligadura. El diagnóstico puede establecerse sobre la base del típico soplo de maquinaria, que se hallaba presente en el 94 por 100 de los casos. Hubo complicaciones en tres casos, pero ninguna defunción. Dos enfermos que presentaban una inversión del flujo sanguíneo en ductus grandes fueron explorados, pero no se practicó la interrupción de la corriente sanguínea a su través.

## American Review of Tuberculosis.

69 - 4 - 1954

- Crecimiento de los bacilos tuberculosos intracelulares en relación a su virulencia. G. B. Mackaness, N. Smith y A. Q. Wells.  
Crecimiento del bacilo tuberculoso en monocitos de conejos normales y vacunados. G. B. Mackaness.  
\* Relación de las propiedades biológicas de razas de *Mycobacterium* con sus espectros infrarrojos. III. Diferenciación de las variedades humana y bovina del *M. tuberculosis* por medio de sus espectros infrarrojos. D. W. Smith, W. K. Harrell y H. M. Randall.  
Efecto de la cortisona sobre la infección BCG en el cobayo. K. Birkhaug.  
\* Tratamiento con viomicina en la tuberculosis humana. H. G. Schaffeld, B. Garthwaite y J. B. Amberson.  
\* Uso de viomicina en enfermos con tuberculosis pulmonar. J. D. Adcock, W. N. Davey, R. R. Haley, R. M. Rees y W. A. Meier.  
\* Indicaciones de la resección segmentaria en tuberculosis pulmonar. L. A. Brewer, H. W. Harrison, R. P. Smith y A. F. Bai.  
Clasificación descriptiva de las sombras pulmonares. Revelación de la incertidumbre en el diagnóstico radiográfico de la tuberculosis. R. R. Newell, W. E. Chamberlain y L. Rigler.  
Comparación entre las tuberculinas standard internacionales, PPD-S y tuberculina antigua. E. B. Seibert y E. H. Du Four.  
\* Comparación de la viscosidad plasmática y la velocidad de sedimentación en tuberculosis pulmonar. L. Benson y J. Goddard.  
Valoración de la prueba coloreada de oxidación-reducción para la determinación de la virulencia de *Mycobacterias* "in vitro". R. A. Patnode, C. K. Wrinkle y C. Beasley.  
Estudios sobre el crecimiento de bacilos ácido-resistentes cromógenos con resalte particular de su requerimiento de oxígeno. V. J. Cabelli, W. E. Elliot y R. J. McElroy.  
Tuberculosis primaria destructiva de la amígdala faucial. C. McDowell.  
\* Transmisión de tuberculosis genital del marido a la mujer mediante el semen. J. K. Lattifer, H. J. Colmore, G. Sanger, D. H. Robertson y F. C. McLellan.  
\* Histoplasmosis benigna aguda. J. R. Lee y W. M. M. Kirby.

**Relación de las propiedades biológicas de razas de *Mycobacterium* con sus espectros infrarrojos.**—Por medio de la cromatografía se ha concentrado una fracción de bacilos tuberculosos bovinos que es, espectroscópicamente y, por lo tanto, químicamente distinta de toda fracción obtenida hasta ahora de bacilos tuberculosos humanos. Esa fracción ha sido aislada de un total de tres cepas bovinas, sin que se haya encontrado en fracciones comparables de nueve cepas aisladas recientemente de esputos.

**Tratamiento con viomicina en tuberculosis humana.**—Se describe el efecto terapéutico de la viomicina en una serie de 23 casos de tuberculosis humana. Los enfermos se trataron con regímenes medicamentosos de 50-60 mg. por kilo de peso diariamente a dos veces por

semana durante periodos de 30 a 263 días. En 21 casos había tuberculosis pulmonar muy avanzada y se descubrió tuberculosis extrapulmonar en 9 de los 23 enfermos. Once enfermos tenían bacilos resistentes a la estreptomycinina y ocho nunca habían recibido anteriormente antibióticos. Es seguro que la viomicina ejerció un efecto apreciable en esta serie. Aparece como tóxica, pero ello no impide su uso, aunque se deben tener a mano análisis de electrolitos plasmáticos y estudios audiométricos. La viomicina aparentemente es menos eficaz que la estreptomycinina o la isoniazida contra la tuberculosis humana. Por lo tanto, la principal indicación de la terapéutica con este antibiótico está en el tratamiento de pacientes que tienen bacilos tuberculosos resistentes a las drogas últimamente citadas y precisan someterse a farmacoterapia.

**Uso de viomicina en enfermos con tuberculosis pulmonar.**—Doce enfermos han sido tratados con dosis diarias de 40-60 mg. por kilo durante un periodo de 7 a 244 días. Se trató de escoger a enfermos con tuberculosis de tipo exudativo, recién adquirida y proveniente de enfermedad evolutiva, o difusa postoperatoria, en quienes los bacilos eran, o se suponían eran, resistentes a la estreptomycinina. Se presentaron manifestaciones tóxicas, siendo la principal la pérdida de la agudeza auditiva, que afectó a tres enfermos. En cuatro casos aparecieron reacciones de hipersensibilidad con erupciones cutáneas urticáricas, eritematosas o maculopapulares. No se apreció desequilibrio electrolítico. La intoxicación renal, traducida por albuminuria y cilindria, fué frecuente, pero pasajera. No se observó hepatotoxicidad.

La mejoría clínica y radiográfica fué más notable en los enfermos con afección exudativa recientemente adquirida, siendo acentuada la mejoría en dos casos y moderada en cinco de los siete enfermos que tenían procesos de este género. La bronquitis tuberculosa mejoró en dos casos. En dos casos la viomicina pareció salvar su vida. Ejerce un efecto indudable, aunque sin duda es menos activa que la estreptomycinina. Con miras a atenuar o evitar los efectos tóxicos, debe emplearse un esquema de tratamiento intermitente y mejor en combinación con otras drogas antituberculosas.

**Indicaciones de la resección segmentaria en tuberculosis pulmonar.**—Se exponen las indicaciones de esta operación, basándose en lo observado en 121 casos operados que incluyen cavidades abiertas, lesiones activas fibrocásicas y reblandecidas, problemas diagnósticos, tuberculomas, decorticación, bronquiectasias y atelectasias. Son de esperar malos resultados si se extienden las indicaciones a casos demasiado avanzados. En la serie de los autores, los resultados tempranos son bastante satisfactorios, aunque no se cuenta todavía con resultados a largo plazo. La proporción de complicaciones postoperatorias ha sido baja y la mortalidad operatoria es de 1,8 por 100. Si bien las indicaciones de la resección segmentaria en tuberculosis pulmonar activa y excavada están bastante bien definidas actualmente, no cabe expresar una opinión definitiva acerca del tratamiento de las lesiones mínimas y persistentes, asintomáticas, cuando el esputo es negativo para el bacilo de Koch.

**Comparación de la viscosidad plasmática y la velocidad de sedimentación.**—Se comparan en este estudio la viscosidad del plasma y los coeficientes de eritrosedimentación en 420 tuberculosos pulmonares observados mensualmente. La conclusión a que se llega es que la prueba de viscosidad del plasma constituye un indicador más sensible de la presencia y grado de actividad de la tuberculosis pulmonar que la velocidad de sedimentación.

**Transmisión de tuberculosis genital.**—Se presenta un raro caso de infección de la mujer por el semen tuberculoso del marido, agregándose este caso a otros ocho descritos en la literatura europea. En el caso actual se demostró por medio de cultivos que el semen y la orina

del esposo eran positivos para el *M. tuberculosis*. Parece probable que la lesión vulvar provocada en la mujer representase una infección primaria. Se llevó a cabo la excisión quirúrgica de la adenopatía inguinal de la esposa después de la preparación preoperatoria con dihidroestreptomycinina. Se trató al marido su tuberculosis prostática, y probablemente renal, haciéndose negativos la orina y semen durante 18 meses. Sólo después de la excisión y del diagnóstico histopatológico de los ganglios linfáticos supurantes de la ingle de la mujer tuvo lugar el descubrimiento retrospectivo de la tuberculosis genital del varón, siendo entonces evidente que la vulva había sido infectada por el semen.

**Histoplasmosis benigna aguda.**—Se presenta un caso cuyas características clínicas y de laboratorio comprendieron una enfermedad febril grave de unas dos semanas, intensa tos espasmódica con esputo escaso, escalofríos intensos, prurito cutáneo con erupción eritematosa, leucocitosis normal o poco elevada, linfocitosis relativa, que persistió varias semanas, y múltiples infiltraciones pulmonares y adenopatía hiliar, que desaparecieron lenta e incompletamente. No ha transcurrido el tiempo suficiente para que se presenten calcificaciones. El diagnóstico se confirmó ejecutando estudios serológicos durante la convalecencia, siendo positiva la prueba de fijación del complemento a una dilución del 1/64 en la séptima semana de enfermedad y a la dilución de 1/512 en la décimotercera semana.

## Clinical Science.

13 - 3 - 1954

- \* Flujo sanguíneo en la mano y en el antebrazo en los recién nacidos a término y en los prematuros. I. D. Riley.
- \* La respuesta respiratoria al anhídrido carbónico en el enfisema. F. J. Prime y E. K. Westlake.
- \* Estudios sobre el aclaramiento de radiosodio en la piel del hombre. T. J. Buchanan, E. W. Walls y E. S. Williams.
- \* Determinaciones del espacio de colorante y del espacio de tiocianato en los niños. D. Macaulay.
- \* Respuestas paradójicas a los cambios de temperatura local en las manos de un sujeto hiperhidrótico recientemente simpatectomizado. A. Ahmad.
- \* La actividad hexoquinasa del músculo esquelético en la diabetes mellitus. W. H. R. Auld.
- \* Observaciones sobre el mecanismo de la vasodilatación consecutiva a la embolia arterial gaseosa. F. Duff, A. D. M. Greenfield y R. F. Whelan.
- \* Via de absorción de la cortisona oral en el perro. R. I. S. Baylis, W. J. D. Dempster, B. P. Round y A. W. Steinbeck.
- \* El efecto de la administración prolongada de grandes dosis de bicarbonato sódico en el hombre. G. M.-T. van Goidenhoven, O. V. Gray, A. V. Price y B. H. Sanderson.
- \* Las propiedades visco-elásticas de los pulmones en la neumonía aguda. R. Marshall y R. V. Christie.
- \* El papel del Sedormid en la reacción inmunológica que produce la lisis de las plaquetas en la púrpura por Sedormid. J. F. Ackroyd.
- \* La respuesta vascular de la piel a la luz ultravioleta. M. W. Partington.

**Circulación periférica en los prematuros.**—Los prematuros presentan con frecuencia inestabilidad de la temperatura cutánea, eritema, cianosis y edema, lo que hace pensar en un insuficiente desarrollo o en una anomalía del sistema vascular periférico en estos casos. Con el fin de aclarar esta cuestión realizó el autor la determinación pletismográfica cuantitativa del flujo sanguíneo en la mano y en el antebrazo de un grupo de prematuros, comparando los resultados con los obtenidos en otro grupo de niños maduros semejante al anterior en lo referente a la distribución de edades. Los límites entre los que oscilan los valores en las dos series son los mismos (de 1 a 7 c. c./100 c. c./minuto) y marcadamente menores que en los adultos normales, pero la media de la serie de prematuros es de 3,3 c. c./100 c. c./minutos, mientras que la de los nacidos a término es superior: 5,2. Estos datos vienen a confirmar las anteriores observaciones de ECKSTEIN, quien ya había comprobado que la circulación periférica en el prematuro era más pobre que en el maduro, pero sin aportar cifras cuantitativas.



**La respuesta respiratoria al CO<sub>2</sub> en el enfisema.**—Es un hecho generalmente admitido que los sujetos con un enfisema tienen una respuesta respiratoria al CO<sub>2</sub> menor que los normales, pero esto podría ser debido a diferentes mecanismos: menor sensibilidad del centro respiratorio, aumento del poder tampón de la sangre, retardo en la mezcla de gases en el pulmón o limitación de la máxima capacidad ventilatoria. Los autores han medido la respuesta respiratoria al anhídrido carbónico en 35 enfisematosos y en 13 sanos, expresándola en forma de aumento de la ventilación en litros por milímetro de aumento de la tensión arterial del carbónico. Para evitar modificaciones de esta respuesta debidas a las variaciones en el CO<sub>2</sub> hicieron el experimento en condiciones de completa oxigenación. Observaron que la respuesta está francamente disminuida en el grupo de individuos con enfisema y que guarda relación con la intensidad de la retención de CO<sub>2</sub>, siendo tanto mayor la disminución cuanto mayor es dicha retención en la sangre arterial. Respecto al mecanismo por el que se produce, piensan que la disminución de la capacidad ventilatoria máxima y el retardo en la mezcla de los gases en el pulmón sólo pueden tener alguna importancia en casos muy particulares; en los demás, se debe en una pequeña parte al aumento del poder tampón de la sangre y principalmente a una anormal sensibilidad del centro respiratorio.

**El aclaramiento de radiosodio de la piel.**—Su determinación se lleva a cabo inyectando subcutáneamente una cantidad determinada de radiosodio y midiendo inmediatamente y a cortos intervalos después la actividad específica existente en aquel punto para construir la gráfica de su descenso. Este método ha sido aplicado por diversos autores para medir la eficacia circulatoria local, aunque no todos están de acuerdo en lo referente a su utilidad. Para unos, el aclaramiento determinaría el flujo sanguíneo; para otros, el estado del lecho capilar. En general, sin embargo, se le admite como un buen índice de la eficacia circulatoria local, que sería de utilidad, por ejemplo, en las heridas, para valorar la acción de diversos tratamientos. Los autores han demostrado que la intensidad del aclaramiento varía en el mismo individuo de unos a otros territorios cutáneos; así, por ejemplo, es mucho más rápido en la frente que en la piel que recubre la cara interna de la tibia. Esto podría explicarse por una razón anatómica, la mayor vascularidad de la primera, o por una fisiológica, el mayor tono vasoconstrictor en los vasos de la pierna. Sin embargo, ni aun con la completa vasodilatación llegan a igualarse los dos valores. El aclaramiento del sodio radioactivo depende indudablemente de múltiples factores, de los que los dos más importantes son la superficie capilar activa para el aclaramiento y la rapidez del flujo sanguíneo a través de estos vasos. Es difícil demostrar el papel respectivo de cada uno de ellos en cada caso particular, pero no hay que olvidar que si bien se sabe que hay diferencias de permeabilidad en los diversos órganos, no se ha demostrado que existan en los diferentes territorios cutáneos. Finalmente, hay que tener en cuenta que la puntura con la aguja para realizar la inyección del radiosodio es más dolorosa en unos lugares (la frente) que en otros (la pierna) y es muy posible que en los primeros tenga lugar una mayor liberación de histamina que modifique temporal y localmente la permeabilidad capilar.

**Respuestas vasculares paradójicas en un hiperhidrótico simpatectomizado.**—El autor ha observado un sujeto que había sufrido simpatectomía por padecer una intensa hiperhidrosis; en él el calentamiento de las manos a 41° C. producía vasoconstricción y el enfriamiento a 26° vasodilatación, aunque al cabo de una hora el flujo en la mano calentada era mayor que en la enfriada. No se sabe por qué mecanismo se pueden producir estas reacciones paradójicas: ni la simpatectomía ni la hiperhidrosis por sí solas las producen, de modo que ha de tratarse de una acción combinada de ambas y sería interesante estudiar estos hechos en más abundante

material. Es posible que se trate de un fenómeno transitorio. Es bien conocido el hecho de que el calor puede determinar una vasoconstricción efímera, pero esto sólo ocurre precisamente cuando el simpático está intacto. Por lo que se refiere al efecto del frío, LEWIS observó que tanto los dedos normales como los simpatectomizados sufrían vasodilatación cuando se los introducía en agua a 0-6°, pero en el presente caso se trata de algo bien diferente, ya que el fenómeno tiene lugar por un enfriamiento a temperaturas notablemente superiores que las de LEWIS.

**La actividad hexoquinasa en el músculo de los diabéticos.**—Se admite que el primer paso en la degradación de la glucosa en el organismo vivo es la fosforilización de la misma a expensas del adenosíntrifosfórico, reacción que se realiza gracias a la intervención de un fermento, la hexoquinasa, que activaría esta traslación del radical fosfórico del ATP a la glucosa. Los trabajos de CORI y sus colaboradores sugirieron en primer lugar que éste sería el punto de acción de la insulina. Según ellos, los extractos de prehipófisis tendrían una acción inhibidora de la hexoquinasa, ciertos extractos supra-renales prolongarían esta inhibición y, por el contrario, la insulina, aunque incapaz de actuar directamente sobre la hexoquinasa, suprimiría la inhibición prehipofisaria de la misma. Por añadidura observaron en tejidos frescos de animales aloxánicos una inhibición, reversible por la insulina, de la actividad hexoquinasa similar a la producida en los normales por los extractos pituitarios. El autor ha puesto a prueba la veracidad de los hechos, determinando directamente la actividad hexoquinasa de homogeneizados de músculo de personas sanas y diabéticas, sin encontrar diferencias significativas entre ellos. Por otra parte, la adición de insulina no modifica los anteriores resultados ni en el sano ni el diabético. Tampoco se producen variaciones cuando se realiza un previo calentamiento a 37° durante media hora, con lo cual, según CORI, se destruiría el inhibidor de la hexoquinasa descrito por él. En suma, el autor no cree en las teorías de CORI y colaboradores, a las que considera que han sido supervaloradas sin tener en cuenta los hechos en contrario.

**El mecanismo de la vasodilatación por embolia gaseosa.**—Desde los primeros estudios de CHASE en 1934 se sabe que la embolia gaseosa no produce en los vasos situados más allá y alrededor del ocluido vasoconstricción, como lo hace la embolia sólida, sino vasodilatación. Numerosos autores han confirmado estos hechos y se ha visto que el efecto lo produce el gas por su estado físico y no por su naturaleza química, ya que cuando el mismo gas es inyectado disuelto en solución salina no sobreviene vasodilatación alguna. Lo que no se conoce es el mecanismo de esta respuesta, y en tal sentido han ido dirigidas las investigaciones de los autores del presente trabajo. Ellos inyectaron hasta 5 c. c. de diversos gases en la arteria braquial y observaron luego los fenómenos en la circulación del antebrazo y mano. Sus conclusiones más firmes son fundamentalmente negativas: la vasodilatación no puede ser explicada como una hiperemia reactiva al bloqueo circulatorio, no depende del aumento del metabolismo tisular ni de la disminución de la tensión de oxígeno. La respuesta dura mucho más que el estímulo, esto es, la vasodilatación persiste mucho tiempo después de haberse restaurado ya el flujo sanguíneo por el vaso, lo cual sugiere que se trate de una reacción al traumatismo sufrido por la pared del vaso embolizado. Esta reacción, sin embargo, no se medía por un mecanismo nervioso (se presenta en los miembros crónicamente simpatectomizados y crónicamente denervados) ni histamínicos (no se modifica por la presencia de antihistamínicos en concentraciones eficaces).

**Absorción de la cortisona por vía oral.**—En dos perros han estudiado los autores las vías por las que se realiza la absorción desde el intestino de la cortisona dada por boca. La vía principal (en uno de los anima-

les exclusiva) es la vía porta, siendo la vía linfática de importancia escasa o nula. Hay una gran diferencia entre el contenido de la hormona y sus compuestos relacionados (hidrocortisona y derivados tetrahidro de ambas) en la porta y en las suprahepáticas: en éstas es mucho menor. Parece, pues, haber una intensa transformación de estas sustancias en el hígado, ya que no se ha demostrado que ocurra eliminación de las mismas por la bilis. En esto sorprende que la cortisona por vía oral sea tan eficaz en el tratamiento de la artritis reumatoide como la dada parenteralmente, mientras que en los animales la involución del timo o la inhibición de los sarcomas se hacen en mucho mayor grado por esta última. Posiblemente se trata de diferencias de especie, o que la cantidad de cortisona que se da para la artritis reumatoide es tan enorme que la pequeña cantidad de la misma que pueda ser destruida en el hígado apenas representa un porcentaje apreciable del total, o bien que la actividad timolítica y sarcoma-inhibidora dependan de la cortisona misma o de la hidrocortisona, en la cual se transforma fácilmente en el organismo, mientras que la actividad antirreumática sea debida a algún otro producto de su transformación. Por último, estas diferencias podrían explicarse por el hecho de que cuando se da la hormona por vía oral la concentración en la sangre rápidamente se hace muy elevada, mientras que el nivel sanguíneo obtenido por la vía parenteral es más constante, pero más baja.

**Efectos de la administración prolongada de bicarbonato.**—Cuando se hace el tratamiento de la úlcera péptica mediante la administración continua de leche con bicarbonato, es necesario dar cantidades enormes de este último para llevar el pH del estómago a 4 ó más: 20 a 40 gr. en el caso de úlcera gástrica y de 80 a 100 gramos en la duodenal. Los autores han estudiado en 33 pacientes de úlcera los efectos sobre el organismo en general de la administración de dosis elevadas de bicarbonato sódico, llegando en sus experimentos a dar hasta 140 gr. al día durante tres semanas. En todos los casos se produce alcalosis acentuada, con aumento del pH y de la reserva alcalina del plasma, pero en ningún caso se produjeron más que síntomas escasos y sin importancia. En un caso apareció albuminuria sin ningún otro signo de afectación renal. El aclaramiento de inulina y de creatinina endógena ponen de manifiesto un aumento del filtrado glomerular durante la alcalosis y una disminución cuando se suspende el bicarbonato. Hay una gran retención de sodio, que se acumula en el espacio extracelular, notablemente aumentado. La alcalosis por sí misma no suele producir en casi ningún caso lesión renal, siendo ésta, cuando aparece en la clínica, la consecuencia de la deshidratación y de la isquemia renal concomitantes, como ocurre en los casos de estenosis pilórica. Concluyen que los sujetos con funciones circulatoria y renal normales pueden sobrellevar perfectamente este tipo de tratamiento, pero consideran que no debe ser empleado indiscriminadamente sino sólo en enfermos hospitalarios, susceptibles de estar sometidos a un buen control clínico y bioquímico.

**Las propiedades visco-elásticas de los pulmones en la neumonía aguda.**—En la neumonía aguda se produce un aumento de la rigidez pulmonar. Este no depende solamente de las alteraciones en las zonas del mismo consolidadas, ya que no se apreció paralelismo entre la imagen radiológica y el aumento de rigidez, que más bien debe ser debido a la mayor rigidez de las zonas no condensadas y aparentemente normales. No es que el mayor paso de sangre a través de estas zonas "sanas" aumente su rigidez, ya que ésta no aumenta durante el ejercicio en las personas sanas ni en los casos de conducto arterioso persistente; tampoco depende de la fiebre. Es probable que este aumento de rigidez se deba a la congestión generalizada de los pulmones, lo mismo que ocurre en la insuficiencia cardíaca. La respiración en la neumonía aguda es taquipneica, pero hasta ahora no se ha explicado el motivo de que sea así. El dolor de origen pleural sólo en algunos casos puede ser el fac-

tor determinante; la anoxemia tampoco parece influir. Los autores son de la opinión de que la frecuencia respiratoria aumenta para que el trabajo de la respiración sea mínimo en las condiciones de rigidez pulmonar impuestas por la enfermedad.

## Edinburgh Medical Journal.

60 - 9 - 1953

- Los riesgos de la cirugía mayor. J. Bruce.
- \* Un caso de linfogranulomatosis intestinal. H. Russell.
- \* Carcinoma broncogénico. G. D. Jack.

**Linfogranulomatosis gastrointestinal.**—Es actualmente inexplicable la causa de las localizaciones preferentes en las enfermedades de los ganglios y en las infiltraciones linfáticas. La autora comunica un caso que, habiendo sido diagnosticado operatoriamente de sarcoma del estómago con masas metastáticas en la pelvis, se comprobó en la autopsia que se trataba de una infiltración linfomatosa de todo el tubo digestivo, más acusada a nivel del estómago, ciego y colon pélvico. Histológicamente había sólo un gran acúmulo de linfocitos sin presentar ninguna disposición o estructura característica. En el hígado había ligeros acúmulos de linfocitos en los espacios de Kiernan, los ganglios superficiales estaban poco o nada afectados y tampoco el bazo, que era de pequeño tamaño. Repetidos análisis de sangre dieron resultados normales sin haber tampoco alteraciones de la médula ósea.

**Carcinoma broncogénico.**—El autor cree que el gran aumento de esta enfermedad (causa 10.000 muertes al año en Inglaterra y Gales) es explicable enteramente por la mayor longevidad de los humanos y por el desarrollo de los medios auxiliares de diagnóstico. El problema fundamental del cáncer de pulmón es el diagnóstico precoz: en 440 de 668 casos de su estadística había ya una extensión del tumor fuera del órgano en la primera consulta. En todo sujeto de más de treinta años con tos seca o productiva, hemoptisis, dolor torácico o en el hombro, disnea y lasitud, debe sospecharse la posibilidad del cáncer broncogénico, sin que puedan considerarse incompatibles con este diagnóstico la ausencia de hemoptisis, la disminución de una opacidad radiológica previamente vista, ni la velocidad de sedimentación normal o baja. Para aclarar la sospecha de cáncer se recurrirá a todos los procedimientos: radiología, broncoscopia y si es necesario toracotomía. El examen histológico de una pieza obtenida por broncoscopia es de gran valor diagnóstico, pero carece de toda significación pronóstica. El autor opina que la intervención debe ser realizada siempre que exista la posibilidad de resear el tumor junto con todo el pulmón y los ganglios relacionados con él y no haya diseminación a distancia. Cuando no se reúnan estas condiciones debe prescindirse de la cirugía mayor, porque acarrea pocos beneficios, y por el contrario una mortalidad del 17 por 100 y considerables molestias.

## The Lancet.

6.814 - 3 de abril de 1954

- Espondilosis. R. Brain.
- Diagnóstico diferencial entre el carcinoma bronquial y la tuberculosis pulmonar. V. U. Lutwich.
- Observaciones sobre el esófago y cardias normales. A. C. Dirnhorst, K. Harrison y J. W. Pierce.
- \* Lesiones esofágicas en el escleroderma. A. C. Dornhorst, J. V. Pierce e I. W. Whimster.
- \* Permeabilidad de la barrera hematoencefálica al bromo en el diagnóstico de la meningitis tuberculosa. L. M. Taylor, H. V. Smith y G. Hunter.
- \* Aminoaciduria en las hemoglobinurias de las marchas. C. M. B. Pare y M. Sandler.
- El respirador "Eristol". J. Macrae, A. M. G. Campbell, R. Ponting y J. E. Bendy.
- Una nueva cámara respiratoria. J. F. Galpine.
- Hemorragia bilateral complicando una moniliiasis pulmonar aguda. B. H. Bas y R. G. MacFarlane.



**Lesiones esofágicas en el escleroderma.**—Ya es bien conocido desde hace tiempo que en el escleroderma simétrico progresivo se presentan lesiones esofágicas que pueden producir disfagia; pero lo que es menos conocido es que, en este proceso, se pueden presentar lesiones esofágicas en ausencia de sintomatología por parte del enfermo. Aquí describen los autores esta alteración larvada y su base histológica. En el examen radiológico raras veces se puede objetivar. El trastorno esencial es la debilidad y adelgazamiento muscular de la parte inferior del esófago.

**Diagnóstico de la meningitis tuberculosa.**—El diagnóstico de la meningitis tuberculosa durante sus primeros momentos suele ser extremadamente difícil, lo cual tiene gran importancia dado que es en este momento cuando la terapéutica se muestra más eficaz. Los autores describen el test del bromo, en el cual prueban la permeabilidad de la barrera hemato-encefálica a este cuerpo, demostrando que en la meningitis tuberculosa esta barrera está más gravemente afectada que en otros procesos con cambios similares en el líquido cefalorraquídeo. Consideran que la prueba del bromo puede ser muy útil en el diagnóstico precoz de la meningitis tuberculosa.

**Aminoaciduria en la hemoglobinuria de las marchas.** Según los autores, la hemoglobinuria de las marchas se puede considerar como la asociación de dos anomalías: a) Aumento de la hemólisis intravascular durante la postura erecta. b) Disminución del umbral renal a la hemoglobina; este defecto tubular renal también se manifiesta en la aminoaciduria. Es sugerido que la cistina, el ácido beta-amino-isobutírico y la hemoglobina son reabsorbidos en la misma sección o secciones contiguas de los túbulos renales y que el bajo nivel renal a la eliminación de hemoglobina no es un defecto específico del túbulo.

6.815 - 10 de abril de 1954

- Las hormonas del cerebro, S. Zuckerman.
- \* Venas varicosas, J. F. Bolton Carter.
- Estenosis pilórica en dos generaciones, C. O. Carter y B. W. Powell.
- \* Tratamiento de la tirotoxicosis con perclorato potásico, M. E. Morgans y W. T. Trotter.
- Erupción juvenil primaveral, D. Anderson, H. J. Wallace y E. I. B. Howes.
- \* Uñas blancas en la cirrosis hepática, R. Terry.
- \* Meningitis por *Pseudomonas pyocyanea* tratada con éxito con la polimixina, D. H. Trapnell.
- Masas de pelo en aparato digestivo, H. S. Trafford.

**Venas varicosas.**—Los autores exponen los resultados obtenidos por ellos en el tratamiento de las venas varicosas, por varios procedimientos, en 207 enfermos, algunos de los cuales han sido seguidos por un tiempo de tres años aproximadamente. La completa extirpación de las venas varicosas fué efectuada en 175 miembros sin que en ningún caso se presentaran serias complicaciones. Demuestran los autores que, entre todos los procedimientos empleados, éste se mostró como el más eficaz.

**Tratamiento de la tirotoxicosis.**—El perclorato potásico inhibe la función tiroidea, si bien de una forma muy distinta que el tiouracilo. El perclorato impide la formación de la tiroxina, mientras que el tiouracilo y similares impiden la formación de la tiroglobulina. Cuando se experimentó clínicamente, a dosis de 400 mg. diarios, fué eficaz en el control de la tirotoxicosis en la mayoría de los enfermos. La respuesta fué algo más débil que la que se obtiene con el tiouracilo y aproximadamente uno por cada 25 enfermos no respondió. Cuando se cambió el tratamiento previamente instituido con tiouracilo por perclorato potásico, quedaron controlados todos los enfermos menos dos de 64. Entre 108 enfermos no se pudieron encontrar signos de toxicidad, excepto dos casos de irritación gástrica, en pacientes que tenían historia previa de dispepsias.

**Uñas blancas en la cirrosis hepática.**—Es muy común la opacidad del lecho ungueal con aparente blanqueamiento de las uñas; se encontró en 82 entre 100 cirróticos y, ocasionalmente, en algunas otras situaciones. Los autores dan normas para la observación de las verdaderas uñas blancas, que pueden ser fácilmente demostradas. Consideran que las uñas blancas son un estigma de alteración endocrina comparable a las arañas vasculares, al eritema palmar, a las estrías cutáneas y a la ginecomastia. Uñas blancas bien desarrolladas son aparentemente raras en los adultos normales y, por tanto, su demostración puede ser de gran importancia.

**Meningitis por *Pseudomonas Pyocyanea*.**—Los autores describen un caso de meningitis por *Pseudomonas Pyocyanea* que se presentó tras una fistula cerebroespinal. El germen fué resistente a las sulfamidas, penicilina, oxitetraciclina, aureomicina y cloranfenicol, pero se recuperó el enfermo tras un largo tratamiento por vía intratecal e intramuscular con polimixina B. Se presentó gran eosinofilia y xantocromia del líquido cefalorraquídeo. Otros efectos tóxicos observados fueron náuseas, dolor en el lugar en que se puso la inyección y edema sacro. Estos efectos desaparecieron sin necesidad de interrumpir el tratamiento. También se pudo observar albuminuria y cilindruria transitorias.

6.816 - 17 de abril de 1954

- Las hormonas del cerebro, S. Zuckerman.
- \* Neuralgia del trigémino, G. F. Rowbotham.
- Explosiones de anestésicos, J. Bullough.
- Tests clínicos de la cetonuria, J. Nash, J. Lister y D. H. Vobes.
- \* Potenciación de la cortisona con el ácido glicirretínico, F. Dudley Hart y J. C. Leonard.
- \* Extracto de regaliz en la enfermedad de Addison, R. J. Calvert.
- \* Hemólisis intravascular en el cólera, S. N. De, K. P. Sen-gupta y N. N. Chanda.
- Actividad insulínica del plasma en el hipopituitarismo, P. J. Randle.
- Un sensible pletismógrafo de aplicación digital, D. G. Melrose, R. B. Lynn, R. L. G. Rainbow y A. G. Wherrell.
- Carcinoma metastásico del tiroides felizmente tratado con tiroxina, H. W. Balme.
- Toxoplasmosis en la infancia, I. A. B. Cathie.

**Neuralgia del trigémino.**—El autor estudia la anatomía patológica y tratamiento de la neuralgia del trigémino. Para ello se basa en su experiencia, que comprende 250 casos. Sobre la base de los estudios histológicos, se sugiere que la lesión es esencialmente periférica, consistiendo en una neuritis adhesiva perifilamentosa. Discute a continuación el tratamiento quirúrgico en sus distintas modalidades. Este es el tratamiento que, según él, puede llevar el alivio del dolor al enfermo.

**Potenciación de la cortisona por el ácido glicirretínico.**—Once enfermos con artritis reumatoide son tratados con ácido glicirretínico, a dosis de 0,5 g. diarios, en cursos de cinco a siete días. Los pacientes habían sido previamente mejorados de sus síntomas, sólo en parte, mediante la administración de pequeñas dosis de cortisona, las cuales fueron continuadas mientras se administraba el ácido glicirretínico. En sólo un enfermo hubo mejoría intensa, y ésta desapareció al interrumpir el tratamiento; en este caso la acción potenciadora del ácido glicirretínico equivalió a unos 12,5 mg. diarios de cortisona. Concluyen los autores que si el ácido glicirretínico tiene alguna acción potenciadora de la cortisona ésta es demasiado ligera para poderse tener en cuenta en el tratamiento de la artritis reumatoide.

**Regaliz en la enfermedad de Addison.**—Los autores describen un caso de enfermedad de Addison que fué bien mantenido durante un año solamente mediante la administración de extracto de regaliz. Durante los dieciocho meses en que estuvo sometido a tratamiento, la dosis óptima de regaliz bajó desde 60 a 3 gr. diarios. Además de este aumento de la sensibilidad del enfermo al regaliz, juzgada por la respuesta presora, se pudo

objetivar un efecto acumulativo. Creen los autores que el extracto de regaliz debe tomar un importante papel en el tratamiento a largo plazo de la enfermedad de Addison.

**Hemolisis intravascular en el cólera.**—En 30 casos de cólera, bacteriológicamente comprobados, de los cuales 23 fueron tratados con suero salino intravenoso y siete con oxitetraclina, se pudieron comprobar aumentos de la bilirrubinemia, lo cual se considera ha de ser debido al aumento de la hemolisis intravascular, a cargo de las hemolisinas del vibrión colérico. Se observó hemoglobinemia, con o sin hemoglobinuria, en cuatro de estos 30 casos; esto parece tener un pronóstico muy serio. La hemoglobinemia parece jugar un importante papel en el desarrollo de la uremia.

6817 - 24 de abril de 1954

- El enigma de las cebas cebadas. J. F. Riley.  
 \* Obstrucción intestinal en el recién nacido. V. A. J. Swain y N. E. France.  
 Colección subdural de líquido en la meningitis tuberculosa. L. Turner.  
 \* Supervivencia post-transfusional de eritrocitos almacenados a  $-20^{\circ}$  C. H. Chaplin, H. Crawford, M. Cutbush y P. L. Mollison.  
 Penicilina oral. R. W. Fairbrother y K. S. Daber.  
 \* Penicilina benzetacina. D. M. G. Beasley y M. J. MacPherson.  
 Tratamiento del Molluscum sebaceum. R. Finney.  
 Rotura espontánea de la vejiga. J. M. Tainsh.

**Obstrucción intestinal en el recién nacido.**—Los autores presentan 32 casos de obstrucción intestinal en el recién nacido, los cuales ilustran sobre la anatomía patológica, cuadros clínicos y tratamiento de la obstrucción duodenal, yeyunal y de la atresia y estenosis ileal, ileos meconiales, peritonitis meconial, intususcepción, bandas peritoneales y enfermedad de Hirschsprung. Veintiuno de estos niños se recuperaron. Acentúan el valor del diagnóstico precoz, examen radiológico, etc. La mortalidad actual de las obstrucciones durante las primeras semanas de la vida es aún de un 75 por 100, pero creen los autores que estas cifras se pueden rebajar.

**Supervivencias post-transfusionales de los eritrocitos.** Los eritrocitos almacenados a  $-20^{\circ}$  C. en una solución de citrato trisódico (3 por 100) y glicerol (30 por 100) muestra muy pequeña hemolisis, pero sobrevive muy poco tiempo tras la transfusión. En soluciones citrato-glicerol modificadas, lo esencial es seguramente la existencia de buffers, y en ellas la supervivencia es casi total por lo menos durante tres meses. En cambio, su viabilidad disminuye con el tiempo: tras las tres semanas sólo un 50 por 100 de los eritrocitos sobreviven a la transfusión. Los eritrocitos almacenados durante un año a  $-20^{\circ}$  C. en soluciones de citrato-glicerol sin buffer muestran reacciones específicas de grupo, aunque éstas son menos intensas que las de los eritrocitos frescos.

**Benzetacil-penicilina.**—Los autores suministran benzetacil-penicilina oralmente a niños de distintas edades y después valoran los niveles de penicilina en sangre. Una dosis de 300.000 unidades mantenía satisfactorios niveles de penicilina durante cuatro horas por lo menos

en niños de 40 libras de peso y durante seis horas en los que pesaban unas 25 libras. Con 600.000 unidades se mantenían niveles satisfactorios durante cuatro horas en niños de 40 a 70 libras y por seis horas en niños de 25-40 libras. Niños de más peso necesitaron cantidades mayores. Los autores dan un esquema de dosificación en relación a los distintos pesos del cuerpo.

## The Practitioner.

172 - 1.028 - 1954

- \* Cirugía y úlcera péptica. R. Milnes Walker.  
 \* Valoración de los antiácidos. S. Alstead.  
 Hernia del hiato. H. C. Edwards.  
 \* Cálculos biliares y su tratamiento. T. C. Hunt.  
 Enfermedades gastrointestinales de los viejos. T. H. Oliver.  
 Algunas infecciones intestinales comunes. W. MacArthur.

**Cirugía y úlcera péptica.**—Excepto por hemorragias o perforaciones, la úlcera péptica es un proceso que raramente es de consecuencias fatales, aunque si causa de dificultades económicas; para trazarnos una conducta a seguir, habrá que tener en cuenta factores psicológicos y económicos. El tratamiento médico, aunque puede suprimir los síntomas, raramente consigue la total curación, es largo e inseguro y frecuentemente hay tras él recaídas. Sin embargo, la operación, aunque pequeña, siempre entraña algún riesgo y las complicaciones postoperatorias frecuentemente impiden al enfermo realizar sus ocupaciones tanto como la propia úlcera. El autor opina que, no obstante, la cirugía tiene un gran papel en el tratamiento de este proceso: prácticamente, todas las complicaciones y los casos que no han curado tras un tratamiento médico bien llevado.

**Valoración de los antiácidos.**—El método generalmente elegido por los médicos, o más frecuentemente por los enfermos, para aliviar la dispepsia hiperclorhídrica, es el empleo de antiácidos; el enfermo ambulatorio suele hacer uso de alcalinos de acción rápida, y si el proceso es breve, cede a este simple paliativo. En la dispepsia crónica hiperclorhídrica, con o sin úlcera, hay que adoptar medidas generales que incluyen el reposo en cama, dieta blanda, en pequeñas y frecuentes tomas, y un antiácido. Sólo ocasionalmente se complementará con antiespasmódicos del tipo de la atropina u otras drogas anticolinérgicas. Aún no han adquirido gran predicamento los nuevos métodos de radioterapia y agentes bloqueantes ganglionares.

**Cálculos biliares y su tratamiento.**—El autor da las indicaciones que, según él, tiene la colecistectomía. En los casos en que es evidente que la vesícula está enferma, que hay cálculos y que las molestias dependen del proceso, estando el enfermo en condiciones debe ser intervenido. La mortalidad operatoria es de un 2 por 100, siendo mayor la postoperatoria por complicaciones como trombosis femoral y colapso postoperatorio pulmonar. Gran parte del éxito del tratamiento, sea médico o quirúrgico, depende de la comprensión del paciente como un todo, con un claro concepto de lo que por él puede hacerse. Es muy importante una estrecha unión entre el médico y el cirujano.