

Otra de 3 de noviembre de 1955 por la que se aclara la de 12 de julio de 1951 en relación con los Servicios Sanitarios del Seguro de Enfermedad. (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de noviembre de 1955.)

MINISTERIO DEL EJERCITO

Orden de 29 de octubre de 1955 por la que se abre concurso para cubrir vacantes de Oficiales Médicos en los Cuerpos y Centros que se relacionan. (*Boletín Oficial del Estado* de 13 de noviembre de 1955.)

ADMINISTRACION CENTRAL

Dirección General de Previsión.

Rectificando la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Pontevedra. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de noviembre de 1955.)

Rectificando la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Ceuta. (*Boletín Oficial del Estado* de 6 de noviembre de 1955.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Madrid. (*Boletín Oficial del Estado* de 15 de noviembre de 1955.)

ASOCIACION INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LOS BRONQUIOS

La Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios celebrará su VI Congreso Internacional en Bruselas el 26 y 27 de mayo de 1956, siendo Presidente el Profesor Eeman y Secretario general el Profesor Agregado Mannes.

Se han fijado los siguientes temas:

Tema I. "La secreción bronquial". Ponentes: Doctor Hans Engstrom (Suecia) y Profesor Hofar (Austria).

Tema II. "Las opacidades pulmonares por obstrucción bronquial". Ponentes: Profesores M. Tapia (España), Picorini (Italia) y Zuppinger (Suiza).

Tema III. "El cuadro anatomoclínico de la tuberculosis bronquial (excepto la primoinfección)". Ponentes: Doctores Djikstra (Holanda), Chodourne y Renault (Francia) y Van de Calseyde y Gyselen (Bélgica).

Para cualquier información dirigirse al Secretario general del Congreso, Professeur Agrégé Mannes, 23, Avenue d'Auderghem, Bruselas, o al Secretario general de la Sección española, Doctor F. Coll Colomé, Córcega,

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

ESTUDIOS DE NEUROLOGIA CLINICA. Doctor L. BARRAQUER FERRÉ.—Editorial Janés. Barcelona, 1952.

En este volumen, con más de 700 páginas, recoge el autor una serie de artículos sobre diferentes temas neurológicos que han aparecido en múltiples revistas en los últimos veintitrés años.

En primer lugar, merece destacarse la tenacidad de esta Escuela Clínica Neurológica a través de tres generaciones y a partir de 1882, en que BARRAQUER ROVIRALTA comienza su labor en Barcelona, seguida después por su hijo, BARRAQUER FERRÉ, y su nieto, BARRAQUER BORDAS.

Los temas tratados son múltiples: semiología, neuralgias, parálisis periféricas, infecciones neuro-axilares, compresión medular y encefálica, enfermedades familiares, cuadros vasculares, síndromes extrapiramidales, miopatías, siringomielia, etc.

El estilo es sencillo y minucioso en la descripción de los cuadros clínicos y cada artículo lleva además una extensa aportación bibliográfica. Esta obra, además de ser muy útil para difundir aspectos neurológicos, tan descuidados por desgracia en nuestro país, puede considerarse como un singular homenaje a la memoria de BARRAQUER ROVIRALTA en este año que corresponde a su centenario y que queda así tan honrada y continuada por la tenacidad y entusiasmo neurológico de su hijo y nieto.

LIBROS RECIBIDOS

"Topley and Wilson's Principles of Bacteriology and immunity". Tomo I. Dr. G. S. Wilson. Editorial Edward

Arnold. Londres, 1955.—Un volumen de 1.106 páginas con 237 figuras, 8 libras.

"Topley and Wilson's Principles of Bacteriology and immunity". Tomo II. Dr. G. S. Wilson.—Editorial Edward Arnold. Londres, 1955.—Un volumen de 1.225 páginas con 66 figuras, 8 libras.

"Fisiología y Patología de la alimentación del lactante". Dr. L. F. Meyer.—Editorial Assandri. Córdoba (Argentina), 1954.—Un volumen de 499 páginas con 61 figuras.

"Práctica de la hibernoterapia en Medicina y Cirugía". Dr. H. Laborit.—Editorial Pubul. Barcelona, 1955. Un volumen de 270 páginas con figuras, 135 pesetas.

"Tumores benignos y lesiones precancerosas del colon y del recto". Dr. J. Monereo.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 130 páginas con 92 figuras, 100 pesetas.

"Kleine Orthopädie". Dr. G. Exner.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 124 páginas con 83 figuras, 9 DM.

"Ratschläge für Prostatiker und seinen Arzt". Dr. N. Pflaumer.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 32 páginas con 14 figuras.

"Pertussis in Infancy as a Cause of Behaviour Disorders in Children". Dr. Anna-Lisa Ansell.—Editorial Almqvist Wiksells. Uppsala, 1953.—Un volumen de 222 páginas con 3 figuras, 18 Pris Kr.

B) REFERATAS

Gastroenterology.

26 - 5 - 1954

- Efecto de la morfina sobre la amilasa y lipasa del suero. A. Bogoch, J. L. A. Roth y H. L. Locks.
- Papel de la cirugía en la terapéutica de la colitis ulcerosa. J. H. Garlock y A. S. Lyons.
- Aplicación de las pruebas de función hepática al tratamiento de la hepatitis viral. J. R. Hummel, T. W. Burns, H. A. Harter, P. H. Lirstine y A. R. Higgins.
- Tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada: Un análisis de la terapéutica quirúrgica en el 'Mayer Veterans Administration Hospital' desde el 1 de julio de 1946 al 30 de junio de 1952. W. C. Hamilton y K. I. Carlson.
- Tumores carcinoides (argeminosas) del tracto gastrointestinal. Referencia de 12 casos. R. E. Le Lashmuth y W. A. Korozsi.
- Hemorragia masiva del colon secundaria a diverticulitis. R. C. Mickey.
- Darstine. Estudios clínicos y experimentales de una nueva droga anticolinérgica. A. Toigo, F. A. Gattas y M. A. Speuberg.
- Acción del hexametonio sobre el intestino, vesícula biliar y vejiga urinaria. N. B. Dreyer.
- Fumagiana en la amebiasis intestinal. G. McHardy.
- Duplicación del tracto gastrointestinal: Hemorragia masiva por úlcera. T. J. Thomson, J. H. Wilson y G. L. W. Cunningham.
- Una evaluación del tiempo recto-pulmón en la prueba del éter para las operaciones de shunt para la hipertensión portal y en las enfermedades del hígado. S. S. Waldstein, B. T. Forsyth y E. J. Jahnke Jr.
- Carcinoides primario del duodeno. Referencia del caso y revisión de la literatura. V. Scamurra y C. E. Wiles.

Efectos de la morfina sobre la amilasa y lipasa del suero.—Los autores han podido ver en enfermos que no exhibían síntomas ni signos sugestivos de pancreatitis, pero a los que se había puesto una inyección de morfina, que mostraban concentraciones aumentadas de amilasa y/o de la lipasa del suero a niveles similares a los que se ven en la pancreatitis aguda primaria. Esto ocurrió en tres enfermos, cuyos diagnósticos eran, respectivamente, coleditis, infarto miocárdico e hipertiroidismo. Otros ocho enfermos, en los que se presumía que no tenían pancreatitis, mostraron concentraciones aumentadas de los enzimas después de la inyección de morfina; pero en ellos, aunque los valores concordaban con el diagnóstico de pancreatitis, estaban por debajo del nivel que se considera como patognomónico. La hiperenzimemia se observa a las cinco horas después de la inyección y persisten valores elevados hasta 24 y 48 horas después. En cuatro de 11 enfermos con aumentos patológicos en los enzimas pancreáticos en el suero después de la morfina, los niveles estaban por encima de lo normal a las 24 horas de la inyección. Así, se ha establecido que la inyección de morfina previa debe tenerse en consideración para la interpretación de los valores de los enzimas pancreáticos en el suero.

Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa.—Los objetivos fundamentales del tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa se basan, según los autores, en cuatro premisas: 1) Tratar las complicaciones patológicas de la enfermedad. 2) Salvar la vida en el enfermo con toxemia aguda que no responde a la terapéutica conservadora. 3) Extirpar el colon después que el estudio ha indicado que se han producido alteraciones irreversibles; y 4) El desarrollo de una poliposis hace obligatoria a la colectomía por la alta incidencia de la degeneración paterquimatosa. En este trabajo se refiere la experiencia de los autores con 254 enfermos que fueron tratados quirúrgicamente durante un periodo de quince años. La mortalidad en los enfermos de colitis universal fué del 7,9 por 100; en la colitis derecha, del 16,4 por 100, y en la colitis izquierda, del 25 por 100, con un promedio para el total del 17,7 por 100. Y en cuanto a la mortalidad operatoria la evalúan en el 7,3 por 100 para la colitis universal, 8,2 por 100 para la colitis derecha y

13 por 100 para la colitis izquierda con un promedio para el total del 7,9 por 100. Estas cifras corresponden al periodo comprendido entre 1937 y 1952, pero el examen de los casos operados entre el periodo comprendido entre 1947 y 1952 demuestra las cifras siguientes: 5,6 por 100 para la colitis universal, 2 por 100 para la colitis derecha y 13 por 100 para la colitis izquierda.

Pruebas de función hepática en el tratamiento de la hepatitis viral.—Los autores estudian la aplicabilidad de ocho pruebas de función hepática para el tratamiento de la hepatitis viral en 100 casos. Encuentran que tienen poco o ningún valor las siguientes pruebas: la determinación de la bilirrubina en un minuto (directa), la floculación de la cefalita-colesterol, el oro coloidal, la turbidez del sulfato de zinc, la determinación química de la gamma globulina, la determinación de la turbidez del íenol y el índice icterico. En cambio, observan que hay tres pruebas de función hepática muy importantes desde el punto de vista del tratamiento de la hepatitis, y son: la bilirrubina total del suero, la turbidez del timol y las pruebas de retención de bromosulfaleína a los 45 minutos. De los 106 casos estudiados, incluyendo 21 con hepatitis sérica probable, 14 tuvieron una convalecencia complicada; cuatro de estos 14 casos fueron considerados de hepatitis crónica y un enfermo murió por necrosis hepática masiva.

Tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada.—Los autores presentan los resultados de un estudio de 66 enfermos con una úlcera péptica perforada aguda tratada quirúrgicamente en el 'Mayer Veterans Administration Hospital' desde 1946 a 1952. La mortalidad operatoria de este grupo fué del 1,5 por 100; se observó una proporción de complicaciones del 27,2 por 100 y la mayoría de los enfermos fueron considerados como aptos para ser dados de alta en el hospital en el sexto o séptimo día del postoperatorio. El estudio de los 59 enfermos que pudieron ser trazados de 1 a 7 siete años después de la operación, demostró que el 17 por 100 de los enfermos habían tenido ulteriormente que sufrir alguna otra operación gastroduodenal con motivo de su úlcera, el 56 por 100 mostraba una persistencia de los síntomas que no requerían intervención quirúrgica y el 25 por 100 de los enfermos habían permanecido asintomáticos.

Carcinoides del tracto gastrointestinal.—Los 12 casos que refieren los autores corresponden estrechamente, en cuanto a la incidencia de edad, distribución y localización, con los casos previamente referidos en la literatura. En el 50 por 100 de los casos el tumor se desarrolló en el apéndice y el promedio de edad de los enfermos con carcinoides apendiculares fué de 27,5 años. La preponderancia de los enfermos del sexo masculino en esta localización explica el cociente total de 2 : 1 de varones a hembras; en la literatura se señalan los carcinoides apendiculares como más frecuentes en la mujer. En la mitad de sus casos la luz apendicular estaba obstruida, explicando así probablemente los síntomas de apendicitis. El hecho de que los síntomas se produjeran precozmente daría cuenta de la rareza de los carcinoides apendiculares malignos, ya que generalmente se extirpan antes de que se diseminen. Sus casos de carcinoides extraapendiculares se presentaron en el quinto y sexto decenios de la vida; los carcinoides del recto superaron a los del intestino delgado, lo que contrasta con lo referido en la literatura. En ambos casos de carcinoides benignos presentados en el recto, el tumor se extirpó localmente y no se apreció ulteriormente la presentación de recidivas. En todos los casos la mucosa estaba intacta y el tumor se limitó a la submucosa.

Hubo un caso de carcinoide del recto que mostró metástasis hepáticas y su etiología no difería de la de los casos benignos; el gran tamaño y la localización de la lesión maligna sorprendía de que no se hubiera descubierto en un momento más precoz. El hecho de que los carcinoides se uiceran muy lentamente y sólo ocurren secundariamente la luz del intestino, explica la rareza de la hemorragia y el que las manifestaciones obstructivas sean insidiosas. A pesar de las metástasis múltiples y de que el pronóstico del enfermo citado era muy malo, sigue totalmente bien ocho meses después de ser intervenido. Este período de latencia es más largo de lo que podría esperarse de los carcinoides rectales malignos previamente referidos. Una tinción con plata no demostró los gránulos argentafines entre las células tumorales, un hecho consistente con las observaciones previas sobre los carcinoides rectales. Cuando el carcinoide se localiza en el intestino delgado, no es raro que se presente una obstrucción intestinal, y así apareció en los dos casos observados por los autores, en que el tumor estaba localizado en el íleon. En uno de los casos el diagnóstico de carcinoide se basó en los hallazgos histopatológicos de un ganglio inguinal derecho extirpado en una operación de hernia; la localización primaria del tumor no pudo averiguarse en este momento y el enfermo rehusó una laparotomía, puesto que no notaba ningún síntoma; pero seis meses después hubo de hacerse una operación de urgencia por una obstrucción intestinal aguda, en la cual se vio que el sitio de la lesión primaria era el íleon; el tumor ocluía parcialmente la luz y también causaba una distorsión del intestino. El carcinoide del estómago es muy raro y hasta la fecha sólo se han referido 18 casos. Señalan que el hallazgo de un carcinoide gástrico coincidentemente con un carcinoma epidermoide del esófago fué totalmente inesperado y es el único caso de todos en que se asoció el carcinoide con un carcinoma. El tratamiento de los carcinoides del tracto gastrointestinal consiste en la extirpación quirúrgica adecuada, basada en la premisa de la extirpación del tumor primario, de una zona adyacente de tejido normal y de la región de drenaje linfático primario.

Hemorragia masiva del colon secundaria a una diverticulitis.—El autor presenta el caso de un enfermo con una melena masiva secundaria a una diverticulitis. En la operación se apreció que la arteria epigástrica inferior había sido erosionada por la infección, existiendo un trayecto fistuloso permeable que llevaba la sangre al colon. La operación de elección en este caso fué la ligadura de la arteria y la resección del segmento cólico que muestra el divertículo.

Fumagilina en la amebiasis intestinal.—Señala el autor que, después de una evaluación adecuada y crítica, confirma que la fumagilina es un antibiótico amebicida eficiente e inocuo. No pudo verse una relación con la dosis, de la incidencia de recidivas, y no ha sido capaz de establecer un esquema terapéutico exacto. Su estudio indica la dificultad de seguir posteriormente a estos enfermos y subraya la importancia de realizarlo; es muy difícil en muchos casos llegar a una diferenciación entre si se trata de una recidiva o de una reinfección. Añade que la sintomatología por sí sola no es de valor para determinar la supresión de los parásitos o su persistencia. Termina diciendo que por el momento no existe ninguna droga que consiga siempre el éxito y sea un amebicida completo, y que en cuanto a la fumagilina no ha evaluado su eficacia en la amebiasis extraintestinal.

Tiempo de circulación recto-pulmón en las operaciones con shunt para la hipertensión portal y hepatopatías.—Los autores determinan el tiempo de circulación recto-pulmón con el éter 161 veces en 86 personas con y sin enfermedades del hígado e hipertensión portal. Se encontraron valores de 14 a 57 segundos en personas con circulación portal y función hepática normales. Los resultados en las personas con hepatopatías o hiperten-

sión portal o ambos procesos no mostraron valores significativamente diferentes. En los enfermos en que se hizo un shunt quirúrgico no se apreció relación entre el tiempo de circulación recto-pulmón y la presión en la vena porta o en una variz esofágica, aunque en el grupo total se vio que el descenso en el tiempo de circulación después de la operación era de la misma magnitud que el descenso en la presión venosa. Cuando la prueba se repitió a determinados intervalos se observó que en la mayoría de los casos los valores no concordaban de una manera exacta; sin embargo, al repetir la prueba después de la operación, se vio que los valores permanecían aproximadamente constantes a menos que fallara el shunt. Sugieren que la prueba tiene poca significación diagnóstica, pero es útil como un método sencillo para determinar la persistencia de una anastomosis porto-cava o espleno-renal.

Carcinoide primario del duodeno.—Los autores describen un caso de carcinoide primario del duodeno que se presentó en una mujer de 74 años a la que se hizo una resección gástrica subtotal por una obstrucción pilórica parcial asociada con una úlcera péptica del duodeno. La obstrucción era debida indudablemente al carcinoide, pero en la pieza operatoria pudo demostrarse la existencia de una úlcera duodenal crónica con fibrosis.

The American Journal of the Medical Sciences.

227 - 5 - 1954

- * El estómago en la anemia perniciosa: Un estudio citológico. B. W. Massey y C. E. Rubein.
- * Una investigación de algunos efectos psicológicos que acompañan a la terapéutica con isoniazida en enfermos tuberculosos. R. Simon.
- * Presión diastólica baja como rasgo clínico de la artritis reumatoide y su posible significación etiológica. L. W. Turner y J. Lansbury.
- * Posición del cuerpo en relación con la embolia aérea venosa: Estudio radiológico. T. M. Durant, M. J. Oppenheimer, P. R. Lynch, G. Ascanio y D. Webber.
- * Reducción de peso. Un estudio del método de grupo. Referencia del progreso. H. I. Harvey y W. D. Simmons.
- * Elección de anticoagulante. K. W. G. Brown y R. L. MacMillan.
- * Quinidina en el tratamiento de la fibrilación auricular. O. Bedard.
- * Efecto de la fibrilación auricular crónica sobre el riesgo operatorio. J. A. Pinkbener, F. Wroblewski y J. S. La Due.
- * Afectación cardíaca en la hemocromatosis. H. P. Lewis.
- * Una experiencia interesante con la transmisión de ictericia por suero homólogo. K. Stern y S. Busch.
- * Empleo de clorpromazina en alcohólicos crónicos. J. F. Cummins y D. G. Friend.

El estómago en la anemia perniciosa.—Ha pasado ya más de un siglo desde que THOMAS ADDISON hizo su descripción de la anemia perniciosa. Quince años después, SAMUEL FENWICK describió el estómago en esta enfermedad, citando que toda la estructura glandular estaba en estado de atrofia. En una serie de experimentos brillantemente concebidos y cuidadosamente ejecutados, CASTLE y cols. demostraron sistemáticamente una conexión fisiológica entre el defecto gástrico y la enfermedad. No es sorprendente encontrar una guía citológica sobre la irreversibilidad de la lesión gástrica. Se sabe desde hace tiempo que el cuadro hemático de la anemia perniciosa no tratada se caracteriza por unas células anormalmente grandes: macrocitos y macropolicitos en la sangre periférica y megaloblastos y grandes leucocitos en la médula ósea. Pero estas alteraciones no se limitan a la sangre, y así HENNING y WITTE, utilizando una técnica de abrasión por esponja, obtienen unas grandes células redondas atípicas en los estómagos de siete enfermos con anemia perniciosa. Posteriormente, GRAHAM y RHEAULT han demostrado dichas células de origen no hematopoyético en el esófago, pulmón, vagina y estómago. Después de la terapéutica específica estas células, al igual que las de la sangre, se normalizan. Los estudios realizados por el autor en su laboratorio con enfermos de anemia perniciosa no

tratada demuestran la existencia en el estómago de las células P. A. indiferenciadas de las que se ven en otros casos después de años de terapéutica; se han visto las células blandas y los tipos celulares activos. Debe subrayarse de nuevo que las células P. A. constituyen en general la minoría, tanto si el enfermo ha sido o no tratado. Cuando aparecen en grandes números son siempre algunos grupos de células gástricas normales las que se encuentran junto con ellas en el mismo frotis. El hecho de que no cambien después del tratamiento es una evidencia ulterior de la irreversibilidad de la lesión gástrica. Es necesaria una investigación de mayor número de casos para determinar si estas células P. A. son patognomónicas de la enfermedad. Si esto es cierto, entonces el diagnóstico puede establecerse a pesar de la institución previa de la terapéutica específica, lo que constituye una gran ventaja en estos días en que se anticipa siempre la medicación. El último tipo de tratamiento de los síntomas permitiría al tiempo poder hacer un estudio sobre la existencia o no de carcinomas gástricos complicantes en estadios más bien precoces.

Efectos citológicos de la terapéutica con isoniazida.—El autor ha realizado en una serie de enfermos tuberculosos antes y seis meses después de la administración de isoniazida una gran variedad de pruebas psicológicas con el fin de determinar si la administración de dicha droga se acompañaba de efectos adversos. Como resumen de sus resultados el autor subraya que la terapéutica con isoniazida no produce efectos psicológicos perniciosos.

Hipotensión diastólica en la artritis reumatoide.—Los autores estudian la presión arterial en 320 casos no seleccionados de artritis reumatoide y encuentran una hipotensión diastólica de aproximadamente 75 mm. Hg. que es tan constante (95 por 100 de los casos) que constituye un rasgo clínico de la enfermedad y que puede ser de valor para el diagnóstico diferencial de los reumatismos. Añaden que tanto la artritis reumatoide como la hipertensión esencial pueden precipitarse y exacerbarse por stress emocionales, aunque sean enfermedades totalmente distintas. El bloqueo de las descargas neurales eferentes por la apresolina, hexametonio o ambos en los enfermos hipertensos origina una serie de síndromes que simulan muy estrechamente a la artritis reumatoide, lupus eritematoso disseminado y posiblemente la esclerodermia. Los autores postulan que el factor precipitante en estas enfermedades puede, por lo tanto, ser un trastorno hipotalámico que origina descargas neurales eferentes anormales y que en los hipertensos el bloqueo autonómico provocado por las drogas puede invertir esta energía en aquellas vías que resultan en la producción de enfermedades del colágeno en lugar de hipertensión.

Posición del cuerpo en relación con la embolia aérea venosa.—Los autores han utilizado la angiocardiógrafa estereoscópica en dos planos para estudiar la fisiología básica de la embolia aérea venosa. Encuentran que el aire inyectado en la vena femoral en cantidades aproximadas al promedio de la dosis letal aparece casi inmediatamente en la sombra radiológica del corazón y la arteria pulmonar. La presencia de aire en esta última va estrechamente relacionada con la presencia de hipotensión general y arritmia respiratoria, pero no cualquiera alteración química significativa en la sangre. En la posición hacia la izquierda, la cantidad de aire en la arteria pulmonar fluctúa o disminuye progresivamente en los animales que recuperan y estaba, en general, relacionada recíprocamente con la cantidad de aire en la aurícula y ventrículo del lado derecho. En estas últimas cámaras el aire quedaba independiente del flujo del ventrículo derecho, de forma que se mantenía la continuidad de la columna sanguínea desde la cava a la arteria pulmonar. Esto permitía evidentemente que continuara la circulación hasta que el aire podía eliminarse desde el corazón derecho por la contracción, aspiración inspiratoria o ambos fenóme-

nos. En contraste, la posición supina ocasionaba una situación muy desfavorable, puesto que la columna sanguínea en el corazón derecho quedaba interrumpida por una fracción de aire con carácter obstructivo que se localizaba entre la cava y la arteria pulmonar. Estos estudios confirman así la importancia de la posición tumbada hacia la izquierda para ayudar a la recuperación de una embolia aérea venosa. Finalmente, los autores refieren un caso humano de embolia aérea venosa asociada con la aspiración accidental de aire durante la angiocardiógrafa, junto con las radiografías que demostraban la presencia de aire firmemente sujeto en la arteria pulmonar.

Elección de un anticoagulante.—Los autores han utilizado cuatro anticoagulantes diferentes, aplicándolos al azar a enfermos con procesos tromboembólicos. Los preparados fueron la heparina (10.000 unidades por c. c.) para administración intramuscular, el dicumarol, la fenilindanediolona y el ciclocumarol. En la primera parte del estudio se trataron 498 enfermos, y de éstos, 365 presentaban procesos tromboembólicos definidos. Los cuatro anticoagulantes fueron igualmente eficaces o ineficaces en la prevención de complicaciones tromboembólicas ulteriores. En el 5,7 por 100 de los enfermos se produjeron hemorragias significativas; la incidencia de hemorragias fue mayor cuando se utilizaron la heparina hemorragia fue mayor cuando se utilizaron la heparina debe reservarse para la iniciación rápida de la terapéutica anticoagulante. Se presentó agranulocitosis en dos enfermos de los 261 a los que se administró fenilindanediolona. Concluyen diciendo que sobre la base de este estudio parece ser que el dicumarol es el anticoagulante de elección.

Quinidina en la fibrilación auricular.—Presenta el autor los resultados a breve plazo sobre el efecto de la quinidina sobre la fibrilación en 67 enfermos con insuficiencia cardíaca, tratados previamente con los métodos convencionales. Se consiguió la reversión al ritmo sinusal normal en el 89 por 100 de los casos. Considera que la presencia de defectos graves de la conducción constituye una contraindicación para la terapéutica con quinidina. Concluye diciendo que la muerte pudo haber sido precipitada por la quinidina en el 4,5 por 100 de estos enfermos.

Efecto de la fibrilación auricular crónica sobre el riesgo operatorio.—Señalan los autores que la mortalidad operatoria en 60 enfermos con enfermedades cardiovasculares asociadas con fibrilación auricular crónica que experimentaron 76 grandes operaciones fue del 5 por 100. Se presentaron complicaciones cardiovasculares durante la operación en el 71 por 100 de las 76 intervenciones; complicaciones cardiopulmonares en el postoperatorio del 22 por 100; el curso operatorio y postoperatorio no estuvo complicado en el 23 por 100 de los casos. No han visto relación entre la incidencia de complicaciones operatorias y postoperatorias y la edad, sexo, raza, tipo de cardiopatía, historia remota de infarto miocárdico, hallazgos electrocardiográficos, tamaño del corazón, medicación preanestésica, tipo de anestesia, duración de la operación o del tipo y cantidad de la sustitución parenteral de sangre y líquidos. La digitalización inadecuada, una historia de insuficiencia cardíaca congestiva reciente, angina pectoris y una mala clasificación cardíaca se asociaron con un aumento en el porcentaje de complicaciones. No se vio relación entre la incidencia de las complicaciones cardiovasculares operatorias y el desarrollo de las postoperatorias. El enfisema pulmonar, la uremia, la arteriosclerosis generalizada y la obesidad se asociaron con un aumento de las complicaciones. El curso ulterior de la cardiopatía en aquellos enfermos que sobrevivieron a la operación no se alteró significativamente durante el período de observación. Un total de 15 enfermos (25 por 100) de cardiopatía orgánica asociada con fibrilación auricular murieron de enfermedad cardiovascular a los 39 meses; 11 (73 por 100) de este grupo tenían preoperatoriamen-

te una dilatación cardíaca moderada o marcada. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de una estabilización completa de los sistemas cardiovascular, pulmonar, hepático y renal. Añaden que un enfermo con fibrilación auricular crónica no supone probablemente un riesgo operatorio mayor que un enfermo sin fibrilación y con igual lesión cardíaca, siempre que el enfermo sea preparado adecuadamente antes de la operación.

Afectación cardíaca en la hemocromatosis.—El autor revisa el mecanismo del almacenamiento excesivo de hierro en el organismo de los enfermos de hemocromatosis. Discute las tres razones invocadas, esto es, el origen endógeno a causa de una absorción intestinal elevada como consecuencia de causas desconocidas, exógeno como resultado de las transfusiones múltiples y nutritivo o dietético en el sentido de que los trastornos reforzarían la absorción del hierro. Discute a continuación los hallazgos clínicos y anatomopatológicos de la insuficiencia total del corazón que se aprecia en la hemocromatosis. Presenta dos casos que exhibían una cardiopatía hemodisfórica adquirida a través de los mecanismos endógeno y exógeno. Añade que el proceso irritativo simple de la hemosiderina depositada en las células musculares cardíacas no supone una explicación perfecta de la insuficiencia del corazón. Posiblemente las alteraciones bioquímicas en importantes sistemas enzimáticos y la destrucción de las sustancias proteicas que contienen fosfato en el sarcoplasma y núcleo por un exceso de hierro, constituirían la causa de la insuficiencia miocárdica. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca como consecuencia de la hemosiderosis es generalmente infructuoso, pero las sangrias repetidas para eliminar los excesos de depósito de hierro pueden ser una vía para reducir la intensidad de las alteraciones que se encuentran en la hemocromatosis.

Clorpromazina en el alcohólico.—Los autores han ideado un método para tratar a los alcohólicos crónicos que no precisa el mantenimiento del periodo de tiempo de abstinencia de alcohol desde la administración del disulfiram. Administran conjuntamente esta última droga y la clorpromazina, obteniendo un estado de tranquilidad mucho más fácilmente que con cualquier otro método de sedación. No han apreciado efectos colaterales en el tratamiento de 60 enfermos alcohólicos ni han visto náuseas, vómitos ni episodios hipotensivos en su experiencia con dicha combinación de drogas. Terminan diciendo que los alcohólicos crónicos tratados de la manera descrita no presentan el habitual estado de agitación psicomotora postalcohólica.

The Journal of the American Medical Association.

155-1-1 de mayo de 1954

- Enfermedad abdominal aguda. R. L. Sanders.
- * Procesos tiroideos sometidos a controversia. C. J. Hunt.
- Varices esofágicas y arañas vasculares en la cirrosis del hígado. I. B. Prick y E. D. Palmer.
- * Embolia arterial periférica después del infarto del miocardio. B. G. Lary y G. de Takats.
- Efecto del almacenamiento a la temperatura ambiente sobre la infectividad del plasma icterógeno. R. Murray, F. Ratner, W. C. L. Diefenbach y H. Geller.
- Aprensión de parasitosis. I. Aleshire.
- * Clorpromazina en el tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos. N. W. Winkelman Jr.
- * Biopsia por punción del pulmón. F. R. Dutra y C. L. Geraci.
- * Neumotórax espontáneo y su tratamiento. L. T. Kircher Jr. y E. L. Swartzel.
- Tracción del esqueleto en el tratamiento de las lesiones de la columna cervical. W. G. Crutchfield.
- Neumonía lipóidea consecutiva a la exposición profesional a las pulverizaciones de aceite. R. B. Foe y R. S. Bigham Jr.
- Ingestión de agujas de coser. C. L. Miller.

Problemas de las enfermedades del tiroides.—El autor declara que existen problemas sometidos a controversia

en el terreno del tratamiento de las enfermedades del tiroides y especialmente el tratamiento del hipertiroidismo, la incidencia y tratamiento del cáncer en el bocio nodular y algunas fases técnicas de la cirugía tiroidea. Los méritos respectivos de la cirugía del bocio exoftálmico frente a la terapéutica con el yodo radioactivo son comparables en ambas formas: el yodo radioactivo no presenta ninguno de los peligros potenciales que se encuentran en la cirugía tiroidea; sin embargo, ésta elimina el peligro potencial de un cáncer futuro, cosa que no logra el isótopo. Hasta la fecha, no se ha desarrollado ningún cáncer tras el empleo del yodo radioactivo, pero tampoco es eficaz en el tratamiento del cáncer del tiroides: el acaparamiento del yodo es muy malo y se confina principalmente a la parte no afectada de la glándula. Es más eficaz en el cáncer metastásico del tiroides después de la tiroidectomía total y su utilidad aumenta aún más si se precede del isótopo de la administración de un compuesto tiouracílico después de la extirpación total de la lesión primaria. La incidencia del bocio nodular y sus relaciones con la malignidad varían geográficamente, pero la incidencia es tan frecuente que la extirpación quirúrgica de todas las masas tiroideas nodulares debe aconsejarse siempre. Igualmente se prestan a controversia los problemas técnicos relativos al grado con que debe realizarse la cirugía en el cáncer del tiroides. En general, debe ser tratado como cualquier otro tipo de cáncer, extirpándose todo el tejido glandular anormal. El pronóstico es a menudo favorable, especialmente si la lesión es de bajo grado de malignidad y no se ha producido la diseminación del proceso. La presencia de tejido tiroideo aberrante puede ser de origen embriológico, pero tales casos son raros. El autor cree que la enfermedad maligna tiene generalmente un asiento primario en la propia glándula tiroidea.

Embolia arterial periférica después del infarto de miocardio.—Los autores se refieren a ocho casos de embolia arterial de las extremidades inferiores aparecidas en enfermos con infarto miocárdico al cabo de algunos días después del accidente agudo. Subrayan que así como la profilaxis con anticoagulantes ha recibido una gran atención en el tratamiento del infarto de miocardio, no se ha prestado importancia al posible factor de la deambulación inmediata o precoz en la producción de fenómenos embólicos después del infarto de miocardio. La mortalidad fué muy alta entre estos ocho enfermos, afectando principalmente a aquellos enfermos que no guardaron cama después de la oclusión coronaria o cuyo reposo fué muy breve o insuficiente.

Clorpromazina en Neurosiquiatría.—Con motivo de la observación de 142 casos, el autor afirma que la clorpromazina tiene un puesto definido en el tratamiento de enfermos neuropsiquiátricos, tanto por el médico general como por el psiquiatra. No debe considerarse a esta droga simplemente como un freno químico que no tiene efecto real sobre la enfermedad; por otro lado, no puede utilizarse como una panacea para todos los enfermos psiquiátricos. Aunque no debe nunca administrarse como un sustituto para la psicoterapia analítica, debe considerársela como un verdadero agente terapéutico con indicaciones definidas. La droga tiene efectos especialmente notables en cuanto que puede reducir la ansiedad severa, disminuye las fobias y las obsesiones, revierte o modifica una psicosis paranoica, enfermos maníacos tranquilos o extremadamente agitados y cambia al enfermo anciano hostil y agitado en un sujeto tranquilo y fácil de tratar.

Biopsia por punción del pulmón.—Este procedimiento ha demostrado su utilidad en ciertos casos en los que se sospecha un diagnóstico de neoplasia maligna del pulmón. Debe emplearse cuando hay signos que sugieren que el enfermo tiene un tumor maligno que no puede extirparse por la resección y su empleo debe restringirse a los casos en que los restantes métodos diagnósticos han fallado en la identificación de la lesión

pulmonar. Por otro lado, hay que esforzarse en determinar si hay una neoplasia maligna en otra parte del cuerpo que podría ser origen de las lesiones secundarias en los pulmones. El procedimiento se utilizará sólo en los casos que llenen los siguientes criterios: 1) La radiografía demuestra una o más lesiones opacas en el tejido pulmonar periférico. 2) El examen de varios frotis y cultivos del esputo y lavado gástrico no demuestra la existencia de bacilos tuberculosos o de hongos. 3) No se puede obtener evidencia de neoplasia maligna por las técnicas de la citología exfoliativa o por el examen broncoscópico y biopsia; y 4) Hay evidencia clínica de incurabilidad de la lesión. Los autores tienen el concepto de que la biopsia por punción debe utilizarse para obtener tejido y estudiarlo antes de utilizar medidas paliativas, como la irradiación o la quimioterapia. Si la evidencia sugiere que la lesión puede researse por completo o hay buenas razones para creer que la masa es tuberculosa u otro proceso inflamatorio, la toracotomía con la resección apropiada es el procedimiento de elección. Debe subrayarse que si hay una posibilidad de que la resección sea curativa, el enfermo no encaja en los criterios de los autores en cuanto a la biopsia pulmonar.

Neumotórax espontáneo y su tratamiento.—Los autores describen un método para hallar el grado de reexpansión en los neumotórax espontáneos. Para ello determinan el área del pulmón colapsado y lo restan del área total del hemitórax; la diferencia la dividen por el área total del hemitórax y obtienen el tanto por ciento de neumotórax. De esta manera han encontrado que se consigue un índice del 1.25 por 100 de reexpansión por día. Con motivo de su observación de 35 casos han podido ver que los enfermos con menos del 20 por 100 de neumotórax se tratan satisfactoriamente sólo con reposo en cama y a aquellos que tienen más de un 20 por 100 se les debe tratar con un drenaje por tubo intercostal. Si la reexpansión no es completa en 36-48 horas, se debe añadir la aspiración intrapleural continua para facilitarla.

155 - 2 - 8 de mayo de 1954

* Conceptos fisiopatológicos de la enfermedad valvular mitral. J. Storer, P. Lisan, J. E. Delmonico Jr. y C. P. Bailey.

Grandes secuelas neuropsiquiátricas consecutivas a la resucción por parada cardíaca. R. V. Freeman, L. M. Berger, S. Cohen y W. A. Selle.

* Tratamiento de la faringitis estreptocócica aguda con penicilina. H. A. Feldman, S. H. Bernstein y H. B. Williams.

Nutrición en los cuidados prenatales. F. E. Whitacre.

Medicación vitamínica en el alcoholismo. M. F. Trulson, R. Fleming y F. J. Stare.

* Cremas hormonales y la piel de la cara. H. T. Behrman.

Un nuevo método para la biopsia de lesiones de la cabeza del páncreas. H. H. Belding III.

Una lámpara de bolsillo para los médicos con iluminador focal y transiluminador. C. Berens.

Conceptos fisiopatológicos de la enfermedad valvular mitral.—Para realizar este estudio los autores dividen los enfermos mitrales en tres categorías. El grupo I, comprende los enfermos con estenosis mitral pura; el grupo II, constituye el llamado grupo mixto, en el que la estenosis mitral es la lesión predominante, pero se acompaña de una regurgitación inferior a 10 c. c. por cada sístole ventricular; el grupo III, comprende los enfermos con insuficiencia mitral "pura", con regurgitación superior a los 10 c. c. En total han estudiado 225 casos, seleccionados de un conjunto de más de 1.000 enfermos sometidos a la cirugía cardíaca. Para valorar los resultados es preciso tener en cuenta los tres grupos citados. La fibrilación auricular y la insuficiencia mitral representan mutuamente elementos antagonistas en la producción de trombosis auricular; la fibrilación predispone a la formación de trombos, mientras que la insuficiencia impide la coagulación de la sangre en la aurícula sometida a la inyección de sangre regurgitada. La fibrilación auricular más una estenosis mitral produce un estancamiento relativo de la sangre en la aurícula izquierda, proporcionando así un mecanismo que colabora a la coagulación sanguínea. La falta de algunos de estos factores, por ejemplo, la estenosis o la fibrilación, origina una incidencia mucho menor de trombosis auricular. Si esto no es así, la incidencia de embolia pulmonar es mucho mayor, puesto que la aurícula derecha, así como la izquierda, participan en el mecanismo fibrilatorio. La falta de estenosis tricúspide es aparentemente el factor que mitiga la formación de trombos en el lado derecho del corazón. En una válvula mitral insuficiente la falta de estenosis más la agitación del contenido de la aurícula izquierda da poca oportunidad para que se coagule la sangre en dicha cámara; la insuficiencia juega un mayor papel en la disminución del número de trombos que el carácter de la válvula; se llega a esta consecuencia por la incidencia relativamente baja de trombos en el grupo II, en el que la estenosis era significativa, pero se acompañaba de una regurgitación pequeña. En sus casos la fibrilación fue más frecuente en las insuficiencias primarias; la baja incidencia de trombosis auricular en los enfermos de este grupo (9,1 por 100), en contraste con la alta en los enfermos con fibrilación y estenosis pura (84 por 100), justifica adecuadamente las citadas conclusiones. En cuanto al grupo II, los autores creen que algunos de estos enfermos podrían haber exhibido lesiones estenóticas puras en el momento de la cirugía y no por la aparición de calcificación de la válvula durante el curso de su enfermedad; sin embargo, esto no implica que la calcificación origine siempre una regurgitación. Esto se amplía evidentemente al ver la frecuencia de calcificación en el grupo I (28 por 100), en el que no había insuficiencia. La incidencia baja de calcificación en el grupo III (20 por 100) sugiere que hay otros factores más importantes que la calcificación en la producción de una gran insuficiencia. Una comparación de la incidencia de calcificación en los tres grupos indica que el depósito de calcio en una lesión estenótica aumenta la oportunidad para que la válvula se haga insuficiente, mientras que una lesión con regurgitación primaria puede aumentar la intensidad de la insuficiencia, pero no es responsable de la lesión primaria. También es curiosa la gran proporción de hombres en el grupo II; dos de los rasgos más significativos de este grupo son la alta incidencia de calcificación valvular y el aumento relativo en el número de hombres. Es curioso que éstos tengan más capacidad para formar y depositar el calcio y probablemente estos dos factores no están relacionados. Un factor que puede jugar un papel en la tendencia de los hombres con lesiones estenóticas a desarrollar insuficiencia es la acción más reforzada del corazón masculino en respuesta a una sobrecarga mayor de trabajo. Subrayan el doble peligro que suponen el material trombótico y los depósitos calcíficos valvulares como fuente de émbolos, y en vista de los datos que obtienen parece que el material trombótico es más frecuentemente ofensivo en dicho papel. Durante la cirugía no han obtenido más que cuatro embolias cerebrales en los 225 casos (1,7 por 100); esta tragedia se ha eliminado grandemente como complicación operatoria por la oclusión rutinaria de los grandes vasos que van a la cabeza y al cuello durante la manipulación quirúrgica de la válvula mitral. Tres de estas embolias cerebrales se produjeron en los enfermos del grupo II y, aunque no hay prueba adecuada, puede ser que el calcio fuera el agente ofensivo.

Tratamiento de la faringitis estreptocócica aguda con penicilina.—Los autores han tratado 42 casos de faringitis estreptocócica aguda comprobada y 11 casos de escarlatina con cultivos negativos por medio de una sola inyección de 2 c. c. de un nuevo preparado de penicilina "panbiotic", que contiene 300.000 unidades de penicilina G potásica, 300.000 unidades de penicilina G procaína y 600.000 unidades de penicilina G benzantina. Sólo hubo un caso (2,4 por 100) de recidiva bacteriológica en el grupo con cultivos positivos. Un enfermo tuvo una leve reacción de sensibilidad. Entre 33 personas con faringitis estreptocócica comprobada a los que se die-

ron cinco inyecciones diarias de 600.000 unidades de procaína-penicilina G, hubo cinco (15,2 por 100) recidivas bacteriológicas. También se trataron con este régimen cinco enfermos adicionales con cultivos negativos y escarlatina, no viéndose ninguna reacción de sensibilidad.

Un nuevo método para la biopsia de lesiones de la cabeza del páncreas.—Muchas veces durante las operaciones sobre la vesícula biliar o el colédoco se encuentra una masa dura en la cabeza del páncreas que a simple vista no puede apreciarse si se trata de una pancreatitis crónica o de una neoplasia maligna. Como la biopsia quirúrgica o por medio de la aguja de Silverman puede provocar una fistula pancreática externa, al autor se le ha ocurrido realizar la biopsia introduciendo el instrumento a través de la ampolla de Vater, con lo que se puede obtener el material suficiente para el estudio anatomopatológico. Comunica haber examinado cinco enfermos de este modo, los que han recuperado sin complicaciones.

155 - 3 - 15 de mayo de 1954

- * Fibroplasia retrolental y terapéutica con oxígeno. J. T. Lanman, L. P. Guy y J. Dancis.
- * Infarto miocárdico agudo tratado con el régimen de reposo en sillón. J. L. Wilson y J. H. Ward Jr.
- * El problema de la enfermedad valvular mitral. L. E. January, G. M. Bedell y M. E. Be Bakey.
- * Tratamiento quirúrgico de las estenosis mitral y aórtica. D. A. Cooley y M. E. Be Bakey.
- * Picaduras de insectos. H. V. Allington y R. R. Allington.
- * Recidiva de la estenosis mitral después de la comisurotomía. J. W. Keyes y C. R. Lam.
- * Infección poliomiélica intrauterina. M. Schaeffer, M. J. Fox y C. P. Li.
- * Moneolismo y leucemia congénita. G. J. Schunk y W. L. Lehman.
- * Termómetro para medir la temperatura del cuerpo en la hipotermia. L. C. Clark Jr. y H. Trolander.
- * Síndrome de Guillain-Barré presentado durante la terapéutica con cortisona. H. Grant y H. N. Leotold.
- * Toxicidad del methimazol (tarazol). G. S. Accetta, A. O. Fitzmorris y R. F. Wettersfeld.
- * Lentes auxiliares amplificadoras para el sigmoidoscopio. S. H. Tashian.

Fibroplasia retrolental y terapéutica con oxígeno.—En una comparación de la terapéutica con oxígeno liberal o restringida en niños prematuros, encuentran que se produce una fibroplasia retrolental cicatricial, irreversible, en los niños del grupo tratado con altas concentraciones de oxígeno, pero no en el grupo de concentraciones bajas. Se produjeron en ambos grupos lesiones vasculares reversibles, pero con frecuencia nueve veces superior en el grupo con altas concentraciones de oxígeno; estas diferencias fueron significativas al nivel del 5 por 100 y 0,1 por 100, respectivamente. Excluyendo los riñones que murieron por causas conocidas y sin relación con la terapéutica con oxígeno, la mortalidad en ambos grupos fué la misma. Los autores creen que la fibroplasia retrolental está directamente relacionada con la administración excesiva de oxígeno y puede controlarse por una terapéutica muy limitada en los riñones prematuros, restricción que no es perjudicial. Utilizan la terapéutica con oxígeno sólo en los niños cianóticos y siempre a concentraciones por debajo del 40 por 100, con suspensiones frecuentes de la terapéutica en los casos posibles.

Infarto miocárdico agudo tratado por el régimen de reposo en sillón.—Con motivo de la observación de 30 enfermos consecutivos con infarto miocárdico demostrado y que fueron tratados con el régimen de reposo en sillón, los autores encuentran entre las ventajas de este procedimiento las siguientes: 1) Mortalidad más baja. 2) Incidencia mínima de complicaciones. 3) Mejoría de la moral del enfermo; y 4) Convalecencia más corta con recuperación rápida y retorno al trabajo. Ninguna de las complicaciones que tuvieron lugar durante el tratamiento ni las tres muertes presentadas eran atribuibles al régimen de reposo en el sillón. Las observaciones en estos enfermos concuerdan con los ha-

llazgos de otros autores en que las personas con oclusión coronaria aguda a las que se les permite sentarse en un sillón obtienen un reposo mental y físico más completo con menor número de complicaciones y mortalidad más baja.

Enfermedad valvular mitral.—Basados los autores en su experiencia reciente sobre 71 enfermos en los que la lesión se consideró operable, llegan a la conclusión de que la valvulotomía para la estenosis mitral representa uno de los mayores avances de la medicina en esta generación. Son ya casi legendarios los extraordinarios resultados obtenidos en enfermos seleccionados adecuadamente y ya hay la esperanza de que puedan tratarse por medios quirúrgicos otras lesiones valvulares reumáticas. Este entusiasmo no debe ser oscurecido por el hecho de que, no obstante ser excelente el resultado de la valvulotomía mitral, todavía el enfermo tiene una enfermedad mitral, generalmente un cierto grado de estenosis. La mayoría de los enfermos requieren una supervisión médica continuada y deben seguir en la práctica con una restricción sensible de la actividad, especialmente la que produce disnea de esfuerzo y tos, taquicardia y fatiga excesiva. Además, no hay razón para creer que la operación hace menos necesario el reconocer y tratar adecuadamente las infecciones por estreptococo hemolítico beta del grupo A en estos enfermos o de que el riesgo de la recidiva de la fiebre reumática pueda modificarse. La responsabilidad de los enfermos y los médicos en cuanto a la profilaxis de la endocarditis bacteriana subaguda o su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado no ha terminado, pues, con la operación.

Tratamiento quirúrgico de las estenosis mitral y aórtica.—Señalan los autores que la mortalidad operatoria en los 110 enfermos en los que se realizó una valvulotomía mitral fué del 9 por 100; la muerte se produjo por trombosis y embolia en nueve de los 10 enfermos. Se obtuvieron buenos o excelentes resultados funcionales en el 74 por 100 de los supervivientes, en algunos de los cuales se pudo retornar a una actividad normal y desaparecieron por completo los soplos. Los resultados fueron más uniformemente buenos en los enfermos con edades comprendidas entre los 25 y 35 años, aunque las mejorías más notables se apreciaron en algunas de las personas más fuertemente incapacitadas del grupo de edad avanzada. Subrayan que algunos factores como la historia de embolias, fibrilación auricular, calcificación de las valvas y lesiones valvulares asociadas no deben considerarse como contraindicaciones para la valvulotomía, aunque naturalmente aumentan el riesgo quirúrgico. La comisurotomía mitral puede realizarse con éxito en mujeres embarazadas, con partos normales subsiguientes; esto ocurrió en cinco enfermas del grupo mencionado, siendo preferible realizar la operación antes del quinto mes del embarazo. Añade que la recidiva de una estenosis intensa después de una valvulotomía favorable es una eventualidad rara y no la han encontrado en ninguno de sus enfermos. La estenosis aórtica representa un problema terapéutico más complejo, pero los síntomas de disminución del volumen de expulsión pueden hacerse desaparecer por la valvulotomía en casos seleccionados adecuadamente. Han realizado la valvulotomía aórtica en tres enfermos con estenosis aórtica adquirida y en dos con estenosis aórtica congénita. Murieron dos de los enfermos del primer grupo y el tercero mejoró por la operación; la valvulotomía hizo disminuir considerablemente los síntomas en los dos enfermos con estenosis aórtica congénita. Terminan diciendo que es importante realizar la valvulotomía aórtica antes de que se haga muy pronunciado el aumento de tamaño del corazón y se desarrolle la insuficiencia coronaria.

Recidiva de la estenosis mitral después de la comisurotomía.—Los autores describen el caso de un enfermo con estenosis mitral intensa que se benefició notablemente después de una comisurotomía, lo que se mantuvo

durante un periodo de 18 meses, al cabo de los cuales hubo una recidiva de todos los síntomas, indicando la refusión de las valvas. Se obtuvo también un resultado excelente al repetir la operación sobre la válvula mitral. Terminan diciendo que aunque la recidiva de una estenosis mitral después de una operación técnicamente adecuada es una eventualidad extremadamente rara, cuando ello ocurre debe tenerse siempre presente la posibilidad de poder realizar una segunda o incluso una tercera operación.

Infección poliomiélica infrauterina.— Los autores describen el caso de una enferma embarazada que contrajo una poliomiélica y estando en estudio la enferma tuvo un aborto. El estudio de la placenta y del feto pudo demostrar la existencia en ambos del virus poliomiélico. Los autores concluyen que el virus llegó a la placenta durante el estado de viremia de la infección materna y atravesándola llegó al feto. Queda como conjetura si el virus lesionó suficientemente al feto como para producir el aborto, si éste se debió a factores secundarios o si se presentó coincidentemente por causas no relacionadas.

Síndrome de Guillain-Barré presentado durante la terapéutica con cortisona.— Los autores describen un caso de síndrome de Guillain-Barré aparecido en un enfermo con artritis reumatoide durante la terapéutica con grandes dosis de cortisona. Esto les lleva a pensar que en este síndrome no se trata de una hipersensibilidad, puesto que lógicamente ésta no debería haberse presentado durante el tratamiento con cortisona.

155 - 4 - 22 de mayo de 1954

- Papel de los médicos en la conservación de la salud mental. F. F. Tallman.
- Clínicas de higiene mental de la administración de veteranos. I. S. Dribben.
- Conflictos entre la psiquiatría y la religión. G. C. Anderson.
- Efectos de la administración de placebos y presentación de reacciones tóxicas. S. Wolf y R. H. Pinsky.
- Colitis ulcerosa. J. B. Kirsner y W. L. Palmer.
- Estudios con tripsina cristalina. A. Taylor, R. S. Overman e I. S. Wright.
- Efecto de los ésteres del ácido parahidroxibenzoico sobre las monilias y otros hongos. W. I. Metzger, L. T. Wright y J. C. Di Lorenzo.
- Incidencia familiar de aneurismas congénitos de las arterias cerebrales. W. R. Chambers, B. F. Harber Jr. y J. R. Simpson.
- Adenoma del tiroides lingual. J. Zaslow, D. M. Sklaroff y H. Kornfield.

Colitis ulcerosa.— Declaran los autores en su revisión que el control de la infección, la mejoría en la terapéutica nutritiva y los avances de los cuidados generales de los enfermos y en la técnica quirúrgica se han combinado para reducir la mortalidad en la colitis ulcerosa desde una cifra del 50 por 100 ó más que tenía lugar hace 50 años a aproximadamente el 5 por 100 en el momento actual. La muerte se produce con la mayor frecuencia durante el periodo inicial o en los dos primeros años de la enfermedad; la mortalidad disminuye ulteriormente, aunque puede producirse la muerte en cualquier momento. Las causas más importantes de la muerte son la hemorragia masiva, el carcinoma, la taponamiento de líquidos y electrolitos, las trombosis vasculares, la malnutrición, la neumonía y, especialmente, la perforación del intestino y la peritonitis. La mayoría de los enfermos con colitis ulcerosa pueden mantenerse en un estado satisfactorio, a pesar de las recidivas, por un tratamiento médico prolongado, cuidadoso y comprensivo. Ocasionalmente dicho tratamiento consigue una reversibilidad sorprendente de la enfermedad desde los puntos de vista clínico, proctoscópico y radiológico. Terminan diciendo que el estudio continuado e intensivo para averiguar la causa y patogenia de la colitis ulcerosa conseguirá finalmente el hallazgo de una terapéutica que consiga el éxito de una manera más uniforme en esta compleja enfermedad.

Estudio sobre el empleo de la tripsina.— Declaran los autores que sobre la base de sus estudios experimentales, y a la luz de la experiencia clínica de otros autores, puede llegarse a las siguientes conclusiones: 1) No hay evidencia suficiente que justifique el empleo de la tripsina con propósitos terapéuticos en el hombre. 2) El empleo de tripsina intravenosa en dosis suficientemente grandes para producir efectos mensurables sobre el mecanismo de la coagulación, se asocia en los conejos con graves peligros, especialmente la coagulación intravascular, hemorragias en los tejidos y necrosis focal en la musculatura del corazón y diafragma. 3) Dosis mínimas no tienen efectos demostrables sobre el mecanismo de la coagulación sanguínea; y 4) Ni las grandes dosis ni las pequeñas cantidades de tripsina por vía intravenosa tienen efectos terapéuticos sobre la trombosis intravascular producida artificialmente. Terminan diciendo que la tripsina no debe distribuirse para su empleo clínico general.

Incidencia familiar de aneurismas congénitos de las arterias cerebrales.— Los autores describen dos casos, padre e hijo, en los cuales se produjo una afasia y una hemorragia subaracnoidea como consecuencia de la ruptura de un aneurisma intracraneal. En el padre, el aneurisma estaba situado a nivel de la arteria cerebral media del lado izquierdo, área considerada como de mal riesgo quirúrgico, pero que actualmente con los nuevos hipotensores el cirujano puede llegar a tales aneurismas con mucho mayor seguridad. El angiograma en este caso era totalmente característico, pero en el hijo no se apreció nada que pareciera sospechoso y falleció como consecuencia de la hemorragia; en la sección se vió que existía un gran coágulo en el pedículo del saco aneurismático, que estaba situado a nivel de la arteria comunicante anterior.

155 - 5 - 29 de mayo de 1954

- Expansión de los horizontes en la educación médica. A. E. Severinghaus.
- Resultados tardíos del tratamiento quirúrgico del cáncer del esófago. R. H. Sweet.
- Cáncer prostático. T. B. Hudson, A. L. Finkle, A. Trifilio, H. M. Jost, E. E. Sroul y A. P. Stout.
- Riesgo de formas parálisis y no parálisis de poliomiélica en los contactos domésticos. M. Siegel y M. Greenberg.
- Rizotomía posterior del segundo y tercer nervio cervicales para el dolor occipital. W. R. Chambers.
- Tifus exantemático (enfermedad de Brill) complicado por diabetes insulida. C. E. Rupe, H. R. Marvel, R. J. Ryan y E. L. Quinn.
- Síndrome de Sjögren. F. Kenny y J. E. Long.
- Contracturas congénitas simétricas de los dedos. B. Zummoff.
- Un aparato económico mecanizado de tracción interrum-pida. H. N. Neu y W. J. Reedy.
- Una máscara "antibabeo" para los niños con parálisis cerebral. S. M. Dorinson.
- Intoxicación tardía por barbitúricos. A. L. Michelson, T. J. Frahm y K. H. Katz.
- Ataque a un ser humano por un murciélago rabioso. R. H. Kough.

Resultados tardíos en el tratamiento quirúrgico del carcinoma del esófago.— El autor revisa 303 enfermos en los cuales fué posible realizar una resección con restauración de la continuidad del tracto digestivo. Considera que en el carcinoma del tercio medio o tercio inferior del esófago, incluido el cardias, la resección con anastomosis esófago-gástrica provoca una rotación paliación de la disfagia. Si se clasifican los casos según el criterio del cirujano durante la intervención en curables e incurables, los resultados en términos de la supervivencia a los cinco años después de la resección son 14 por 100 para los casos de carcinoma del tercio medio y 34 por 100 para los casos de carcinoma del esófago inferior y del cardias. Los resultados en el último grupo son idénticos, tanto si se trata de un carcinoma epidermoide o de un adenocarcinoma. Termina subrayando el valor de la esofagectomía para el carcinoma de los segmentos medio e inferior del esófago.

Cáncer prostático.—Los autores han realizado 100 biopsias prostáticas por una vía perineal quirúrgica abierta en hombres de 38 a 83 años de edad, ninguno de los cuales había solicitado asistencia médica por una enfermedad prostática. De esta manera se descubrieron 18 casos de cáncer de la próstata insospechados y fueron tratados por una prostatectomía y métodos de control hormonal. El 39 por 100 de estos 38 cánceres había comenzado a extenderse por fuera del sitio de su origen parenquimatoso y fueron clasificados en los grupos 2 y 3. Los 18 cánceres prostáticos se consideraron como curables por prostatectomía radical, aunque dos fueron incluidos desde el punto de vista histopatológico como tumores inoperables (grupo 3). Los métodos clínicos habituales descubrieron sólo siete de estos adenocarcinomas; el estudio microscópico de la muestra de biopsia identificó 16 (89 por 100). Consideran que una utilización clínica más amplia de la biopsia quirúrgica perineal abierta de la próstata posterior en enfermos que experimentan una cirugía prostática electiva aumentará el número de carcinomas prostáticos que se descubren en un estadio operable de la enfermedad.

Riesgos de formas paralíticas y no paralíticas de la poliomiélitis en los contactos de la familia.—Los autores han hecho una investigación en 2.338 familias en las que se produjeron 2.446 casos de poliomiélitis durante la epidemia de 1949 en la ciudad de Nueva York. Encuentran que la probabilidad de que se presente más de un caso en una familia es mayor cuando el caso inicial es paralítico que cuando es no paralítico y se aumenta la susceptibilidad de cada grupo de edad. En segundo término, el pronóstico de los casos ulteriores que se desarrollan en los familiares afectados es peor tanto en cuanto a la vida como al tipo de parálisis si el caso inicial es paralítico. Añaden que solamente pueden hacerse especulaciones en cuanto a la explicación de estos resultados, pero, en cambio, que las consideraciones prácticas son muy claras. En primer lugar, el tipo clínico de la enfermedad que se ve primero en un familiar es de cierta significación pronóstica con respecto a la presentación de otros casos, sus tipos clínicos y la mortalidad, y en segundo lugar, la necesidad de proteger a los contactos, con mayor motivo si el caso inicial es paralítico que si es no paralítico.

Tifus exantemático complicado por diabetes insípida. Los autores describen un caso de tifus exantemático que presentaba el cuadro clínico de la enfermedad de Brill (fiebre, cefaleas intensas, delirio y un rash macular en el tronco), que exhibió unas pruebas de fijación del complemento específicas. Lo peculiar del caso es que el enfermo desarrolló un cuadro temporal de diabetes insípida que comenzó a las 13 días de la enfermedad. Este cuadro de diabetes insípida, junto con las anomalías apreciadas en el electroencefalograma, sugieren la afectación del hipotálamo o hipofisis posterior, quizá debida a hemorragias petequiales en dicha zona.

A. M. A. Archives of Pathology.

57 - 5 - 1954

- Mecanismo de la anencefalia, anoftalmía y anomalías hipofisarias por irradiación. S. P. Kicks, R. C. O'Brien y E. C. Newcomb.
- Aspergilosis de los pulmones y el duodeno con hemorragia intestinal mortal. R. A. Welsh y L. T. McClinton.
- Alteraciones en las células gliales tras la irradiación del cerebro en primates. A. Arnold y P. Bailey.
- Efecto local de la toxina estafilocócica. A. Thal y W. Egner.
- Nefritis por globulina nefrotóxica. R. W. Lippman, H. U. Marti, E. E. Jacobs y D. M. Campbell.
- Heparina en la aterosclerosis colesterínica experimental en el conejo. L. Horlick y G. L. Duff.
- Ausencia congénita del sistema porta intrahepático simulando una fistula de Eck. G. Hellweg.
- Alteración en la sustancia fundamental en la endocarditis necrotizante experimental. H. C. McGill y R. L. Holman.

Nefritis por globulina nefrótica.—El efecto de la administración de esteroides suprarrenales sobre la nefritis por globulina nefrotóxica en la rata depende del sexo de los animales y de la vía de administración. La cortisona y la hidrocortisona dadas subcutáneamente en el macho aumentan la gravedad de la nefritis, tanto durante la fase de ataque como en la de reparación. La cortisona intraperitoneal no ejerce efecto alguno. La cortisona subcutánea en la hembra tiene poco efecto. La DOCA subcutánea en el macho produce un ligero aumento de la albuminuria y un efecto más pronunciado sobre el aumento de la tensión arterial. La DOCA intraperitoneal en el macho tiene efectos que simulan incompletamente los de la cortisona subcutánea. La suprarrenalectomía en el macho después de la administración de globulina nefrotóxica reduce la excreción de proteína.

Heparina en la aterosclerosis colesterínica experimental.—La administración intramuscular de grandes dosis de heparina a conejos alimentados con colestera retrasa el desarrollo de lesiones ateroscleróticas de la aorta, juzgado por el aspecto macroscópico y por la determinación química del contenido en colestera de las aortas. La heparina no presenta efecto consistente sobre el contenido en lípidos del suero en los conejos alimentados con colestera y se presume que ejerce su efecto modificando el cuadro sérico lipoproteínico.

Ausencia congénita del sistema porta intrahepático. La ausencia congénita de la porción terminal de la vena porta y de sus ramas intrahepáticas es un hallazgo tan poco frecuente que no ha sido descrito previamente en humanos, no existiendo en la literatura más caso comparable que el descrito por HICKMAN, EDWARDS y MANN en un perro en 1949. Esta malformación se asociaba con drenaje de la vena cava subdiafragmática en la vena ázigos, ausencia del ligamento teres, malrotación del intestino delgado y ductus arterioso patente. Este caso, pues, presenta una combinación de anomalías del desarrollo que dieron lugar a la muerte por fracaso circulatorio debido al aumento de flujo cardíaco.

Alteración de la sustancia fundamental en endocarditis experimental.—Las lesiones endocárdicas necrotizantes producidas por una dieta rica en grasa e insuficiencia renal se caracterizan en sus primeros estadios por acúmulos excesivos de mucopolisacáridos ácidos que desaparecen cuando progresa la necrosis. No se observan cambios por la insuficiencia renal o la dieta grasa por sí solas. Tales depósitos parecen ser los cambios morfológicos primeramente detectables en el desarrollo de tales lesiones y se sugiere que el daño a las fibras y las subsecuentes lesiones están mediadas por un efecto sobre la sustancia fundamental manifestada por una excesiva producción o depolimerización. Un porcentaje sorprendentemente alto de perros normales en las series control mostró depósitos focales de mucopolisacáridos ácidos en el endocardio de la aurícula izquierda, sin que se ofrezca explicación para este hallazgo inesperado.

Metabolism.

3 - 1 - 1954

- Naturaleza y prevención de las lesiones locales dérmicas por inyección de insulina. M. Fabrycant y B. I. Ashe.
- Niveles de ácido glicurónico en el suero en la diabetes mellitus. A. Saltzman, W. T. Caraway e I. A. Beck.
- Influencia de la deficiencia de aminoácidos sulfurados en el metabolismo del colesterol. L. C. Fillios y G. V. Mann.
- Metabolismo de las grasas en la hiperlipemia nefrótica. W. Heymann y otros.
- Potencia antidiurética de la sangre en la diabetes insípida. H. Croxatto, L. Barnafi, R. López y F. Andrade.
- Efecto de la hormona pituitaria posterior sobre el metabolismo del agua en la deficiencia de tiamina. K. Guggenheim.
- Metabolismo del nitrógeno, agua y electrolitos en la dieta proteica y libre de proteínas e hipocalórica. I. Restricción de agua. II. Adecuada cantidad de agua. M. Quinn, Ch. R. Kleeman, D. E. Bass y A. Henschel.

* Comparación de los efectos anabólicos del ciclopentil propionato de testosterona y del propionato de testosterona. K. R. Krispell, W. Parson y R. Gahagan.

Lesiones cutáneas por administración de insulina.—Entre 100 diabéticos tratados con insulina, solamente 25 estaban libres de lesiones cutáneas. Estas son menos frecuentes cuando la inyección se hace profunda en el tejido adiposo. La frecuencia y morfología de las lesiones no guardó relación con la clase de insulina ni continuidad o discontinuidad de su aplicación. Los autores piensan que estas lesiones son debidas a la alergia a la insulina, siendo debidas a una reacción inespecífica a la irritación producida por una inyección defectuosamente colocada por demasiado superficial. Sugieren también la existencia de factores personales predisponentes a la lipodistrofia. Hay dos formas de prevenir estos trastornos: la inyección profunda y el cambio diario del lugar de inyección.

Potencia antidiurética de la sangre en la diabetes insípida.—Los autores no encontraron ninguna diferencia entre el poder antidiurético de la sangre de pacientes con diabetes insípida y normales. De sus experiencias concluyen que la hormona antidiurética está presente en la sangre en forma activa y dializable y ligada. Creen que el test de Burn por ellos empleado (inyección intraperitoneal en ratas hiperhidratadas) contribuye a la formación de la hormona a partir de una forma precursora de ella e inactiva, lo cual produce la similitud de efectos entre el suero normal y el del sujeto con diabetes insípida. La alteración del sujeto con diabetes insípida consistiría en la imposibilidad de producir hormona antidiurética activa a partir de una prehormona inactiva de origen posthipofisario.

Hormona pituitaria posterior y metabolismo del agua. Las ratas mantenidas con una dieta deficiente en tiamina muestran una respuesta retrasada a la sobrecarga hídrica. La pitresina produjo más intensa y duradera respuesta en los animales deficientes que en los controles. Los experimentos realizados "in vivo" e "in vitro" mostraron que la capacidad del hígado para inactivar la pitresina estaba disminuida en las ratas deficitarias. Los experimentos "in vitro" mostraron que la disminuida capacidad hepática para inactivar la pitresina no podía ser restaurada por la adición de tiamina o de homogenizados hepáticos.

Comparación entre los efectos anabólicos del ciclopentilpropionato de testosterona y el propionato de testosterona.—Los autores estudian, comparándolo, el efecto anabólico o de retención de nitrógeno de ambas formas de testosterona. El ciclopentilpropionato de testosterona ya ha sido estudiado por otros autores, habiéndose observado que es una potente sustancia androgénica en el hombre y en el animal. La valoración clínica en el hombre eunucoide indicó que la duración de sus efectos es de dos a cuatro veces mayor que la del propionato de testosterona. En el presente artículo demuestran los autores que también es un potente agente anabólico. En dosis semejantes produce un efecto anabólico más prolongado, del que resulta una mayor prolongación de la retención de nitrógeno que el propionato.

The American Journal of Medicine.

16-5-1954

- Symposium sobre fiebre hemorrágica epidémica.
- * Curso clínico de la fiebre hemorrágica epidémica. Sheedy, J. A. y cols.
- * Secuelas de la fiebre hemorrágica epidémica. Con una nota sobre las causas de muerte. Giles, R. B. y cols.
- * Patología de 39 casos fatales de fiebre hemorrágica epidémica. Lukes, R. J.
- * Observaciones sobre el defecto hemostático en la fiebre hemorrágica epidémica. Futh, F. W.
- Volumen sanguíneo en la fiebre hemorrágica epidémica. Giles, R. B. y Langdon, E. A.
- Relación entre el hematocrito y las proteínas séricas totales en la fiebre hemorrágica epidémica. Earle, D. P., Yoe, R. H. y Cugell, D. W.

- Estudios pletismográficos en la fiebre hemorrágica epidémica. Observación preliminar. McClure, W. W.
- Expulsión cardíaca en la fiebre hemorrágica epidémica. Cugell, D. W.
- * Función renal en la fiebre hemorrágica epidémica. Froeb, H. F. y Macdowell, M. E.
- * Anormalidades electrolíticas en la fiebre hemorrágica epidémica. Hunter, H. B., Yoe, R. H. y Knoblock, E. C.
- * L-arterenol en el tratamiento de la fiebre hemorrágica epidémica. Yoe, R. H.
- Análisis de las alteraciones fisiológicas en la fiebre hemorrágica epidémica. Con un comentario sobre el tratamiento. Earle, D. P.
- Hepatitis viral. Problemas y progresos hasta 1954. Neeffe, J. R.
- * Intoxicación por vitamina A en los adultos. Con descripción de un caso. Gerber, A., Raab, A. P. y Sobel, A. E.
- * Amiloidosis atípica y plasmocitosis de la médula ósea en un caso de hipersensibilidad a las sulfamidas. Wolf, J. y Worken, B.
- * Hipotromboplastinemia asociada con un anticoagulante circulante y diátesis hemorrágica. Bruno, M. S. y Brody, H. S.
- * Esclerosis tuberosa. Relación de un caso con manifestaciones pulmonares poco frecuentes. Silverstein, Ch. M. y Mitchell, G. L.

Curso clínico de la fiebre hemorrágica epidémica.

Al final de 1951 una epidemia de esta enfermedad—previamente descrita por los rusos y japoneses—afectó a las fuerzas de las Naciones Unidas en Corea, hasta el punto de observarse más de 1.000 casos en aquella época, 613 casos en la primavera del 52 y 213 casos en los últimos meses de 1952.

El cuadro clínico se caracteriza por un comienzo repentino con fiebre alta, escalofríos, postración, mialgias, cefalea frontal y sed intensa en una persona recién llegada a un área de endemia. Al mismo tiempo se observa enrojecimiento de la cara, paladar y conjuntivas, con petequias en diversos puntos, principalmente en las conjuntivas, paladar, axilas, etc., y también albuminuria y disminución de la densidad de la orina.

El curso clínico pasa por cuatro fases, en cada una de las cuales predomina un trastorno distinto: fase hipotensiva, fase oligúrica y fase diurética (los autores comunican la historia de dos enfermos, como ejemplo, de un caso ligero y de un caso grave, respectivamente).

Finalmente, hacen consideraciones acerca del diagnóstico diferencial.

Secuelas de la fiebre hemorrágica epidémica.—Los autores hacen un análisis de las complicaciones, secuelas y causas de la muerte en esta enfermedad sobre la base de 828 casos por ellos estudiados.

El 16 por 100 de los enfermos tenían shock, y de ellos murieron la tercera parte. Dato de buen pronóstico fué la presencia de hipotensión sin shock. Las complicaciones hemorrágicas se observaron en el curso de la enfermedad con frecuencia, pero sin que solieran ser la causa directa de la muerte. Durante las fases oligúrica y diurética se observó hipertensión en el 25 por 100 de los casos, pero por regla general fué transitoria. De especial gravedad fueron los trastornos electrolíticos, aparecidos durante las fases oligúrica y diurética, siendo los más frecuentes la hiponatremia e hiperkalemia. Durante estas mismas fases se encontró con frecuencia edema de pulmón, que llevó a la muerte a 13 de 15 enfermos que lo presentaron. Los autores creen que en el desencadenamiento de esta complicación no jugó un papel importante la insuficiencia cardíaca ni la administración excesiva de líquidos. Durante las fases oligúrica y diurética se produjeron también complicaciones neurológicas que contribuyeron notablemente a elevar la mortalidad, aunque no dejaron por regla general secuelas neurológicas en los enfermos que sobrevivieron. En la convalecencia se encontró con frecuencia anemia, más relacionada con la intensidad de la fase urémica que con la pérdida de sangre.

De los 783 enfermos que sobrevivieron a la enfermedad sólo quedaron secuelas en 16, de las cuales las más frecuentes fueron la anemia y la hipostenuria.

Patología de 39 casos fatales de fiebre hemorrágica epidémica.—La anatomía patológica de esta enfermedad ha sido descrita por autores japoneses (TOKORA y

KASAHARA) y por otros autores (STEER y HULLINGHORST, KESSLER, etc.).

Los autores estudian desde el punto de vista anatómopatológico 39 casos fatales de fiebre hemorrágica epidémica observados en Corea durante el año 1952, agrupándolos según la fase clínica en la que se produjo la muerte.

De acuerdo con STEER y HULLINGHORST, y con los autores japoneses, los autores comprobaron una afectación vascular difusa, manifestada por la casi constante hemorragia de la aurícula derecha del corazón, la intensa congestión de la médula de ambos riñones y la congestión y necrosis del lóbulo anterior de la hipófisis.

En los enfermos que murieron durante la fase de shock, al principio de la enfermedad, es típico encontrar edema retroperitoneal, que no se encuentra, en cambio, después del octavo día, en el cual la fase de shock suele haber desaparecido ya. Después del octavo día, ya dentro de la fase oligúrica, el hallazgo más frecuente es el edema pulmonar, que con frecuencia conduce a infecciones pulmonares (bronconeumonía, absceso pulmonar, etc.) durante la fase oligúrica y diurética.

Por último, la casi constante presencia de necrosis del lóbulo anterior de la hipófisis en los casos que duraron más de nueve días, sin relación con la intensidad de la fase de shock, sugiere que, además de éste, la anoxemia y la afectación capilar son los factores más importantes en el desencadenamiento de esta complicación.

Observaciones sobre el defecto hemostático en la fiebre hemorrágica epidémica.—Los estudios realizados hasta la fecha sobre el trastorno hemorrágico que presentan estos enfermos han demostrado que existe una fragilidad capilar anormal (Rumpel-Leede positivo) durante las primeras fases, tiempo de hemorragia aumentado y trombopenia durante los días 3.º, 10.º y 12.º, con tiempos de protrombina y de coagulación normales. En la médula ósea se ha encontrado hiperplasia durante las fases febril e hipotensiva.

El autor estudia el defecto de coagulación en 29 enfermos ingresados en Hemorrhagic Fever Center, de Corea, durante el final del año 1952, concluyendo que existen anomalías en la actividad protrombínica, tiempo de coagulación y cifra de plaquetas. La trombopenia y la afectación capilar difusa son las responsables de las hemorragias, pero todavía no se sabe cuál es el mecanismo de producción del descenso de trombocitos. Los defectos hallados en algunos enfermos (preferentemente en los graves) en los factores plasmáticos de la coagulación, pueden contribuir a la producción de hemorragias y son similares a los observados en enfermos afectados de insuficiencia renal aguda postraumática.

Función renal en la fiebre hemorrágica epidémica.—En esta enfermedad se presenta albuminuria, azotemia, oliguria, isostenuria o hipostenuria, hematuria y ciliindruria, como indicios de la afectación renal, que consiste en hinchazón de ambos riñones, con congestión de la médula, glomérulos normales (aunque presentando en algunos sitios depósitos proteíuricos en la cápsula de Bowman que señalan la hiperpermeabilidad capilar), cilindros en el interior de los tubos contorneados y degeneración focal del epitelio tubular. En ocasiones se aprecian también necrosis blandas del centro de las pirámides.

Los autores estudian la función renal mediante el aclaramiento de inulina y de paraaminohipúrico, observando que se hallan normales en la primera fase, para después caer abruptamente, conservándose así durante la fase oligúrica, volviendo a lo normal después de varios días o semanas durante la fase de diuresis y la convalecencia. La administración precoz de L-arterenol no previene la reducción de estos aclaramientos.

Anormalidades electrolíticas en la fiebre hemorrágica epidémica.—Aunque las observaciones preliminares indicaron que los enfermos con formas ligeras de la en-

fermedad sólo presentaban discreta (o ninguna) alteración en sus electrolitos séricos, los autores estudiaron diariamente los electrolitos en el plasma y orina en siete enfermos que durante la fase precoz de la enfermedad parecían pertenecer al grupo leve. Como consecuencia de este estudio concluyen que durante la fase oligúrica son frecuentes la hiponatremia, hiperkalemia, hipocalcemia y retención de aniones, aunque bien es verdad que rara vez encontraron graves hiperkalemias y la acidosis nunca fué grave. Durante la fase diurética se produjo hiponatremia como consecuencia de una "nephropatia pierde-sal", aumentando simultáneamente la hiperkalemia, aunque nunca gravemente.

En algunos casos se observaron signos y síntomas de hipokalemia, con déficit de potasio, aunque en ningún caso se comprobó la hipokalemia.

L-Arterenol en el tratamiento de la fiebre hemorrágica epidémica.—Durante la fase febril de la enfermedad se produce una disminución del tono vasomotor (enrojecimiento de la cara, síncope, hipotensión postural, etcétera) que puede acabar en el shock, presentando en esta fase vasodilatación y reducción del volumen sanguíneo circulante. La corrección de este último factor mediante la infusión de albúmina sérica concentrada es útil, pero a veces es inadecuada. Los autores estudian los efectos de la inyección de L-arterenol por vía intravenosa gota a gota, a causa de su utilidad en otros tipos de shock, inyectándolo antes de que se desarrollara la fase hipotensiva.

Mediante esta terapéutica los autores comprueban que puede mejorarse (al menos transitoriamente) el shock y la hipotensión, si bien es verdad que la disminución del volumen plasmático circulante juega un importante papel en la producción del shock, por lo que su tratamiento ha de realizarse sobre la base de tratar, junto a la disminución del tono vasomotor (arterenol), la disminución del volumen plasmático (albúmina sérica concentrada). El uso precoz de la infusión continua intravenosa de L-arterenol no previene el desarrollo de insuficiencia renal aguda ni de otras manifestaciones graves de la enfermedad.

Intoxicación por vitamina A en los adultos.—Los autores han tenido ocasión de estudiar un caso de intoxicación por vitamina A (en una mujer de 28 años) de ocho años y medio de duración, durante los cuales, sometida a los diagnósticos más diversos, continuó tomando 500.000 unidades diarias de vitamina A con el intento de tratar una ictiosis que padecía. Cuando se hizo el diagnóstico clínico de hipervitaminosis A, el nivel en sangre de esta vitamina fué nada menos que de 2.000 gammas por 100 c. c., el más alto que se ha comunicado hasta la fecha.

Con este motivo los autores realizan una revisión del síndrome de la hipervitaminosis A, resaltando que puede dar lugar a síntomas neurológicos (cefalea persistente y alteraciones visuales por hipertensión endocraneal, debida a hiperproducción o hipoabsorción del líquido cefalorraquídeo), esqueléticos (dolores óseos con calcificación de ligamentos y tendones periarticulares) y dermatológicos (prurito, fisuras en las comisuras bucales, alopecia, pérdida del vello de las extremidades y pigmentación). En la enferma estudiada no se pudieron encontrar trastornos de la coagulación ni de disfunción tiroidea. La mejoría se produjo cuando se suspendió el consumo de vitamina A. Finalmente, los autores llaman la atención sobre el peligro que encierra el tratamiento con dosis masivas de vitamina A.

Amiloidosis atípica y plasmacitosis de la médula ósea en un caso de hipersensibilidad a las sulfamidas.—Como es bien sabido, la aparición de amiloidosis atípica, hiperglobulinemia y plasmacitosis de la médula ósea, son hallazgos frecuentes en el mieloma. Por eso tiene extraordinario interés el caso estudiado por los autores, en el que estos mismos trastornos se comprobaron sin existir ningún mieloma, sino relacionados con la hipersensibilidad a las sulfamidas que presentaba el enfer-

mo. Se ha demostrado por diversos autores que en los conejos hiperinmunes existe un aumento notable de las células plasmáticas en la médula ósea, habiéndose visto que el aumento en dichas células suele ir paralelo al aumento en el título de anticuerpos y de globulinas plasmáticas. Sobre esta base, los autores realizan una serie de consideraciones acerca del mecanismo por el que en su enfermo se produjeron dichos trastornos sobre la base de una hipersensibilidad a la sulfamida ganttrina.

Hipotromboplastinemia asociada con un anticoagulante circulante y diátesis hemorrágica.—Desde que en 1940 LOZNER y cols. presentaron el primer caso de diátesis hemorrágica debida a la existencia de una sustancia anticoagulante en la sangre circulante, se han publicado otros 13 casos más en la literatura que pueden ser divididos en tres categorías: los que aparecieron el trastorno "de novo", aquellos en los que comenzó después de un parto y aquellos que presentaron el trastorno después de haber recibido múltiples transfusiones de sangre completa.

Los autores comunican un caso en el que la diátesis hemorrágica se presentó tres meses después del parto y en cuyos estudios hematológicos pudo demostrarse la existencia de un anticoagulante circulante con prolongación del tiempo de coagulación y disminución marcada del tiempo de consumo de protrombina.

Seguramente el anticoagulante era un antitromboplastinógeno que destruía o neutralizaba el precursor de la tromboplastina.

Probablemente el mecanismo por el que se formó el anticoagulante fue el de una isoinmunización a través de la placenta (como sucede con el factor Rh), acentuado después por las transfusiones múltiples. La terapéutica cortisonica no mejoró en nada la enfermedad.

Esclerosis tuberosa. Relación de un caso con manifestaciones pulmonares poco frecuentes.—La esclerosis tuberosa se caracteriza por una tendencia especial a la formación de tumores que recaen preferentemente en la piel, cerebro y ojos, manifestándose clínicamente en la infancia por retraso mental, convulsiones y adenoma sebáceo. Si esta triada clásica falta, la afectación de otros órganos puede originar cuadros de muy difícil diagnóstico.

Los autores estudian un caso cuya única sintomatología fue pulmonar: lesiones miliares asintomáticas, sólo manifestadas en la radiografía, y neumotórax espontáneo recurrente, originado por la rotura de alguno de los múltiples quistes que se habían formado en sus pulmones. Con este motivo los autores realizan una revisión de los casos encontrados en la literatura que presentaban esta afectación de los pulmones.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

29 - 11 - 1953

- * El síndrome de depleción de sodio: orígenes y variedades. L. Leiter, R. E. Weston y J. Grossman.
- Imbalance de potasio. G. H. Mudge.
- * El tratamiento de la diabetes. G. E. Anderson, F. N. Allan, J. T. Beardwood, G. G. Duncan y F. W. Williams.
- * Citología exfoliativa como prueba de neoplasias malignas del tracto urinario. J. M. Silberblatt.
- Epilepsia experimental en el mono después de múltiples inyecciones intracerebrales de crema de alúmina. J. G. Chusid, L. M. Kopeloff y N. Kopeloff.

Síndrome de depleción de sodio.—Este síndrome es un complejo trastorno clínico y fisiológico en el que aparecen estrechamente relacionados los factores de la depleción en sodio y de retención acuosa. El control del volumen circulante efectivo, por un lado, y de la concentración de electrolitos del organismo por otro, pueden dar lugar a un conflicto en la regulación y conducir a un compromiso fisiológico en el que el agua debe ser retenida en espera de una posterior dilución de la baja concentración de sodio extracelular. En en-

fermos con fracaso cardíaco congestivo, ciertas situaciones pueden conducir al aumento de secreción de hormona antidiurética, retención de agua y dilución del sodio, y el aumento del fracaso circulatorio resultante en este síndrome de dilución tiene muchos rasgos comunes con la insuficiencia circulatoria del síndrome de depleción del sodio. El tratamiento debe basarse en una segura valoración de los papeles relativos de la depleción y de la dilución del sodio.

Citología exfoliativa.—Se examinaron las orinas de 494 enfermos con todos los tipos de enfermedades urológicas, excepto aquellos con secreción uretral, para obtener sedimento y examinar las células exfoliadas. Cuatrocientos sesenta y dos pacientes no tenían procesos malignos y el 98 por 100 de los mismos fueron diagnosticados correctamente. Otros ocho, lo que supone un 2 por 100, fueron diagnosticados erróneamente. Treinta y dos casos presentaban procesos malignos y de ellos fueron correctamente diagnosticados 26, ó sea el 81 por 100, mientras el resto eran diagnosticados incorrectamente. El autor cree que este procedimiento es una prueba valiosa diagnóstica en el caso de los procesos malignos urológicos, pero que no invalida ni reemplaza los procedimientos urológicos habituales.

29 - 12 - 1953

Epidemiología y patogenia de la poliomiélitis. D. M. Horstmann.

Inmunización pasiva contra la poliomiélitis con consideración especial de la efectividad de la gamma-globulina. W. McD. Hamman.

* Inmunización activa contra la poliomiélitis. H. R. Cox.

Perspectivas históricas del problema del alcoholismo. J. Hirsh.

El problema del alcohol. O. Diethelm.

Inmunización activa contra la poliomiélitis.—Cree el autor que en este momento no se puede aún predecir cuándo se conseguirá una vacuna práctica y de satisfactorios resultados, pero cree que una vacuna viva, con virus atenuados, que comprenda los tres tipos principales de virus poliomiéltico, administrada por vía oral, puede ser el procedimiento más útil y práctico para conseguir la inmunización en el niño.

American Review of Tuberculosis.

69 - 5 - 1954

- * Estudios broncográficos en bronquiectasias antes y después de la resección pulmonar. J. A. Crellin, J. S. Lehman, D. Mason y J. L. Curry.
- * Tratamiento médico del absceso agudo de pulmón. S. A. Gittens y J. P. Mihaly.
- Efecto del tratamiento antimicrobiano sobre el pronóstico de la tuberculosis primaria en niños. E. M. Lincoln.
- Inmunidad celular artificial contra el bacilo tuberculoso. Efecto de los ésteres del polioxiétileno (Triton). G. B. Mackaness.
- Efecto del benzoato y del salicilato sobre el metabolismo oxidativo del bacilo tuberculoso. H. Pope.
- Ácidos grasos tisulares y su posible relación con la resistencia natural de los conejos a la infección con bacilo tuberculoso de tipo humano. R. A. Patnode.
- * Infecciosidad de la tuberculosis pulmonar en relación con la situación del esputo. J. B. Shaw y N. Wynn-Williams.
- Reacciones tuberculinicas de enfermos tuberculosos con tratamiento por isoniazida. B. Hewell y D. Suyemoto.
- * Neumocoele diafragmático complicando el neumoperitoneo terapéutico. R. L. Guillaudau y D. B. Stewart.
- * Reacciones graves del sistema nervioso central en el tratamiento con isoniazida. C. Vysniauskas y H. H. Brueckner.
- Vacunación BCG en silicosis. II. Estudio experimental de la influencia de cuarzo inhalado sobre la infección por BCG (Aronson) y razas H37Ra y M. marinum de bacilo tuberculoso. A. J. Vorwald, M. Dworski, P. C. Pratt y A. B. Delahant.
- * Efecto de preparados hormonales sobre la supervivencia de ratones inyectados intravenosamente con Mycobacterias virulentas, atenuadas y avirulentas. G. P. Youmans y A. S. Youmans.
- * La hemina como un factor de crecimiento en ciertas razas isoniazido-resistentes de Mycobacterium tuberculosis. M. W. Fisher.
- Factores que afectan la reacción tuberculinica intradérmica del cobayo. A. B. Paterson y F. B. Leech.

Autoinoculación con *M. tuberculosis* y *Ps. aeruginosa* por una mujer diabética. J. T. T. Chien y M. L. Wiggins.

- * Reacción tóxica al PAS e isoniazida acompañada de leucopenia y linfocitosis atípica. S. J. Mellette y H. Agrest.
- * Significado quirúrgico de los nódulos pulmonares solitarios circunscritos en la histoplasmosis. D. E. Matthiesen.

Estudios broncográficos antes y después de la resección pulmonar.—La extensión y la intensidad de la redistribución del árbol bronquial y el desplazamiento de los bronquios restantes después de la resección de segmentos broncopulmonares o lóbulos, guardaron siempre proporción directa con el volumen de pulmón extirpado. Veinticinco de los 44 casos no presentaron signos de bronquiectasias residuales o recurrentes en los broncogramas postoperatorios. Diecinueve casos revelaron persistencia o formación postoperatoria de bronquiectasias en el pulmón operado. Nueve casos tienen explicación en una resección incompleta o en complicaciones postoperatorias. Diez casos presentaron formación postoperatoria de bronquiectasias en zonas pulmonares consideradas preoperatoriamente como exentas de enfermedad.

Tratamiento del absceso agudo de pulmón.—Las observaciones de los autores con el uso de penicilina, penicilina con sulfadiazina, aureomicina o terramicina y penicilina complementada con alguna de estas dos últimas demuestran que en la mayor parte de los casos se obtuvieron buenos resultados rápidamente. En los pocos casos bajo penicilino-terapia en que pareció demorarse la mejoría, la utilización de la aureo o terramicina logró la curación. No se cree que una u otra droga posea una superioridad absoluta, sino más bien que el éxito depende del tratamiento rápido y adecuado en la mayoría de los casos. La disponibilidad de los antibióticos de espectro ancho y de las drogas quimioterápicas ha hecho posible curar el absceso agudo de pulmón en un plazo relativamente corto sin necesidad de la cirugía.

Infecciosidad de la tuberculosis pulmonar en relación con la situación del esputo.—Se repasa la literatura referente a la calidad del esputo y la infecciosidad en la tuberculosis pulmonar con referencia particular a la falta de conocimiento acerca de la infecciosidad del esputo que sólo resulta positivo en cultivos. Las tasas de morbilidad, tanto de los niños como de los adultos, fué mucho más alta entre los que estuvieron en contacto con esputo positivo que entre los grupos en contacto con esputo negativo y cultivo positivo, los cuales fueron muy semejantes aunque la diferencia favoreció ligeramente a los contactos con esputo negativo en lo tocante a niños pequeños. Se deduce que el enfermo con esputo positivo es mucho más peligroso para sus contactos que el de cultivo positivo y que, con la excepción posible de los niños pequeños, el enfermo de cultivo positivo puede ser tratado del mismo modo que el de esputo negativo desde el punto de vista sanitario.

Neumocoele diafragmática.—Presentan cuatro casos de neumocoele diafragmática. La lesión consiste en una pequeña bolsa llena de aire que se forma en la porción derecha del diafragma durante el neumoperitoneo terapéutico. Lleva consigo el peligro de perforación del diafragma y de aparición de neumotórax valvular con pérdida del aire peritoneal. Tratan de explicar su formación, haciendo intervenir para ello alteraciones de presión en las cavidades peritoneal y pleural y tensiones anormales ejercidas por el ligamento triangular derecho del hígado sobre el diafragma cuando existe un neumoperitoneo terapéutico. También se apunta que el foramen de Morgagni en otro lugar débil que puede producir neumotórax.

Reacciones graves del S. N. C. en el tratamiento con isoniazida.—Se presentan cinco casos de reacciones graves del sistema nervioso, siendo cuatro de estas reacciones de forma psicótica, y una, aparecida en un epiléptico, consistió en accesos sumamente graves, estado

convulsivo y coma de tres días de duración. Parece que en dos casos de psicosis y en el de epilepsia la droga fué la causa única y directa de las complicaciones, mientras en los otros parece que sólo representó una causa contribuyente o acción desencadenante. Se recalca el papel de los barbitúricos para contrarrestar los efectos tóxicos de la isoniazida sobre el sistema nervioso.

Efecto de preparados hormonales sobre la supervivencia de ratones.—Ratones infectados intravenosamente con 1 mg. de la cepa H37Rv fueron tratados con cortisona, ACTH, hormona somatotropa y hormona estimulante del tiroides. La cortisonoterapia rebajó considerablemente el tiempo medio de supervivencia, mientras ninguna de las otras tres hormonas la afectó significativamente. La hormona somatotropa, al ser administrada a los ratones tuberculosos tratados con cortisona, no mejoró los efectos nocivos de la cortisona sobre la evolución de la infección ni tampoco impidió o modificó la infección espontánea producida en los ratones normales por la cortisona. El tratamiento con cortisona de los ratones no acrecentó la susceptibilidad de los mismos a la infección con las cepas atenuadas BCG y R1Rv ni con la cepa avirulenta H37Ra.

La hemina como factor de crecimiento en razas isoniazido-resistentes.—Se presentan pruebas de que la hemina funciona como factor del crecimiento para ciertas variantes isoniazido-resistentes obtenidas de la cepa H37Rv. Se deduce además que la resistencia a concentraciones relativamente altas de isoniazida sólo ocurriría "in vitro" en un ambiente que suministrara suficiente hemina. Se lanza la hipótesis de que la pérdida de un mecanismo sintetizador de la hemina insensibiliza a los bacilos tuberculosos a la inhibición del crecimiento por la isoniazida y que el metabolismo de la porfirina en los bacilos tuberculosos es el que es en particular vulnerable a la inhibición por la isoniazida.

Reacción tóxica al PAS e isoniazida.—Se describe un caso que manifestó reacciones tóxicas al PAS a la vez que a la isoniazida. Además de las manifestaciones clínicas hubo alteraciones hematológicas. Se presentó leucopenia moderada seguida de linfocitosis con aparición de linfocitos anormales de la forma habitualmente asociada con mononucleosis infecciosa aguda. Tales alteraciones fueron reproducidas con dosis experimentales de PAS y de isoniazida, administradas por separado.

Significado quirúrgico de los nódulos pulmonares solitarios en la histoplasmosis.—Se describen tres casos de lesiones pulmonares circunscritas solitarias que fueron observadas en la histoplasmosis. Se sugiere que el *Histoplasma capsulatum* ha sido probablemente la causa de muchos casos de granuloma atribuidos en el pasado al bacilo tuberculoso. Hay que agregar la histoplasmosis a la lista de los factores por considerar en el diagnóstico diferencial. Se señala que a veces la calcificación indica en realidad la resección quirúrgica. Se describe la semejanza microscópica de los granulomas por *H. capsulatum* con la tuberculosis, la sífilis y el cáncer pulmonar y anaplásico. Se observa con más frecuencia que antes el valor terapéutico de la resección quirúrgica en esta enfermedad. Es de esperar que a medida que se sospecha y busca más la histoplasmosis, en el futuro se descubrirá que el número de casos apropiados para la cirugía es mayor de lo que se creía antes.

British Heart Journal.

16 - 2 - 1954

- * Biopsias renales en la hipertensión. R. H. Heptinstall. Etaverina en el tratamiento del angor pectoris. D. P. Degenhardt y R. Hodgkinson.
- * Determinación de la presión venosa en la posición sentada. S. Gitelson.
- * Yuxtaposición de las orejuelas auriculares. Dos casos de una deformidad cardíaca poco frecuente. A. St. J. Dixon.

- * Estenosis mitral e hipertensión. I. R. Gray.
- * Ondas auriculares en los registros de presión arterial en el ritmo normal, bloqueo cardíaco y flutter auricular. S. Howart.
- * Drenaje venoso pulmonar total a través de una vena cava superior izquierda persistente. W. Whitaker.
- * Fibrilación auricular solitaria. W. Evans y P. Swann.
- * Insuficiencia tricúspide. O. Muller y J. Shillingford.
- * Síndrome de taquicardia y bradicardia alternantes. D. S. Short.
- * Trombosis de la arteria innominada. T. Zondek.
- * Infarto de miocardio en el curso de la enfermedad del suero. N. J. Roussak.
- * Ruptura del septum interventricular en el infarto de miocardio. W. M. Philip.
- * Defecto septal ventricular de localización poco frecuente. N. R. Konar y N. Sen Gupta.

Biopsias renales en la hipertensión arterial.—Se hace biopsia renal en 50 enfermos sometidos a intervención quirúrgica (simpatectomía) por hipertensión arterial. Las biopsias se han distribuido en distintos grados, según la gravedad de las lesiones vasculares. Los cambios vasculares observados en las piezas de biopsia se consideran como representativas de las alteraciones del riñón en conjunto, y con la excepción de la pielonefritis crónica atrófica, es posible diferenciar las causas renales de hipertensión de la hipertensión esencial. El hecho de que no se encontraran nada más que pequeñas alteraciones vasculares en unos 30 enfermos, nada en favor de que la hipertensión precede a las lesiones vasculares en la hipertensión esencial. Las necrosis arteriales sólo se observaron en aquellos casos con altos niveles tensionales. Es posible obtener una gran reducción de la presión arterial en algunos casos que muestran lesiones vasculares avanzadas, de una manera similar a lo que puede obtenerse en grupos menos afectados anatómicamente.

Determinación de la presión venosa en la posición sentada.—La presión venosa antecubital fué medida con un manómetro salino en una postura sentada de 45 grados, con el brazo descendido, y comparada con la presión medida en la postura supina. El nivel de referencia fué un plano horizontal situado 4 cm. por debajo de la cuarta unión esternocostal para la posición sentada y 5 cm. por debajo de esta unión para la posición supina. Hay una clara tendencia a disminuir la presión venosa en la postura sentada en comparación con la supina en enfermos con insuficiencia predominante del ventrículo derecho. En enfermos con insuficiencia izquierda pura, la presión venosa era la misma en las dos posturas. Muchos enfermos con arterioesclerosis e hipertensión, incluso los que tienen también insuficiencia derecha y muchos sujetos de edad avanzada, tienen la misma presión venosa en las dos posturas. La presión venosa sentada, determinada repetidamente durante el tratamiento de los enfermos con grave insuficiencia cardíaca, cambia en la misma dirección que la presión medida en la postura supina. Presiones venosas menores de 5 cm. de agua en la postura sentada son normales, mientras que las superiores a 10 cm. son anormales en todos los pacientes. Valores entre 5 cm. y 10 cm. son normales, especialmente en pacientes con hipertensión o arterioesclerosis, o anormales, especialmente en sujetos jóvenes con insuficiencia cardíaca derecha. La determinación de la presión venosa en posición sentada suministra una indicación valiosa del grado de la insuficiencia cardíaca así como de los cambios originados durante el tratamiento.

Estenosis mitral e hipertensión.—La presión arterial es superior a 150/90 mm. Hg. en 33 de 200 casos de estenosis mitral. Esta incidencia, que equivale al 16,5 por 100, no es significativamente más alta que la encontrada en 200 sujetos control de la misma edad y sexo. La hipertensión en la estenosis mitral es una hipertensión esencial en casi todos los casos y un origen renal es poco frecuente. Los signos clínicos y electrocardiográficos en la estenosis mitral son modificados por la hipertrofia ventricular izquierda cuando la hipertensión está presente. La hipertensión de ninguna manera me-

jora el pronóstico cuando se desarrolla en un caso de estenosis mitral. Ocasionalmente produce molestias adicionales y puede contribuir a un fatal desenlace.

Ondas auriculares en los registros de presión arterial.—Las ondas de presión auricular son registradas con relativa frecuencia en los trazados de presión intra-arterial tomados en la arteria braquial. Se han observado en pacientes con ritmo normal, con bloqueo parcial o completo y flutter auricular. Se han visto también durante las crisis de Stokes-Adams. La presión del seno carotídeo puede ser empleada para demostrar la presencia de ondas y su origen auricular. Las ondas auriculares aisladas tienen una forma positiva-negativa-positiva y se ha observado que no exceden en 7 mm. de Hg. en cuanto a amplitud. No se puede decidir si las ondas resultan de un impacto extra-arterial de la porción inicial de la aorta o de una transferencia de presión a través de las válvulas aórticas durante el sistole auricular.

Fibrilación auricular solitaria.—Cuando la fibrilación auricular aparece en ausencia de lesión cardíaca o toxemia tiroidea, sugieren los autores darle el nombre de fibrilación auricular aislada. Los enfermos con fibrilación auricular paroxística no deben ser incluidos en este grupo, en el que la arritmia probablemente surge por un mecanismo separado y el tratamiento de los dos procesos es diferente. La fibrilación auricular solitaria no aparece en las mujeres. Los 20 enfermos estudiados por los autores eran hombres. Es más frecuente en sujetos jóvenes. El proceso aparece sin ningún síntoma y es descubierta ocasionalmente en una exploración médica de rutina. Debido a la relativamente baja frecuencia cardíaca, raramente superior a 90 por minuto, las palpitaciones están ausentes con frecuencia. No hay nunca signos de insuficiencia cardíaca. Las causas habituales de fibrilación auricular deben ser excluidas por una cuidadosa exploración clínica antes de hacer el diagnóstico de fibrilación auricular solitaria. El pronóstico de este proceso no es malo, ya que el embolismo, la dilatación cardíaca progresiva y la insuficiencia cardíaca no se desarrollan durante muchos años, en tanto prevalece el ritmo principal. No es necesario restaurar el ritmo normal.

Edinburgh Medical Journal.

60 - 10 - 1953

- * Algunas observaciones sobre la estenosis pilórica hipertrófica congénita infantil. D. N. Nicholson.
- * Síndrome de Gilles de la Tourette. W. P. Mazur.

Estenosis pilórica hipertrófica congénita infantil.—Es una enfermedad más frecuente de lo que hasta ahora se solía pensar. Es necesario pensar en ella ante todo caso sospechoso con el fin de establecer el tratamiento cuando el niño está aún en buen estado. En muchos casos basta el tratamiento médico: comidas frecuentes y poco voluminosas fácilmente digeribles y administración de eumidrin (nitrato de metilatropina). Es más importante el primer punto que el segundo: limitarse a la administración de eumidrina es una mala terapéutica. Es fundamental evitar la deshidratación debida a los vómitos. Ante de los cinco meses de edad debe siempre preferirse el tratamiento médico, sobre todo si los síntomas no son graves y el niño mantiene su peso. En los demás casos se hará tratamiento quirúrgico, que no tiene grandes riesgos, producirá buena tolerancia de los alimentos y aumento de peso y evitará padecimientos gástricos ulteriores. Pero la operación no es en ningún caso urgente: si lo es la preparación para ella combatiendo la deshidratación y la alcalosis producidas por los vómitos. Esto se logra con soluciones de cloruro sódico y glucosa para superar la tectosis y restaurar el glucógeno hepático que, salvo casos de extrema gravedad, no se darán intravenosamente para no recargar el círculo, sino por vía subcutánea y de preferencia con hialuronidasa.

Síndrome de Gilles de la Tourette.—El autor comunica haber observado un caso de este síndrome, de extraordinaria rareza, y cuya esencia y etiología no son bien conocidas. Clínicamente está integrado por: a) Tics simples o complejos en muchos grupos musculares, generalmente comienzan en algún músculo de la cara, extendiéndose seguidamente a toda ella y después al cuello y extremidades superiores o incluso todo el cuerpo: tic generalizado convulsivo. b) Manifestaciones relacionadas con las funciones de respiración, fonación y expresión: inspiraciones y espiraciones ruidosas, expresiones involuntarias explosivas, comprendiendo imitación de los sonidos animales, ruidos inarticulados, palabras ininteligibles o sin sentido e interjecciones coprológicas o sexuales y copropraxia. c) Ecofenómenos: imitación de palabras, frases o expresiones (ecolalia), de movimientos y actos (ecoquinesis y ecopraxia) o de expresiones faciales (ecomimia). El comienzo suele ser de los 6 a los 16 años y su curso no se puede predecir; en general es progresivo, acompañándose de manifestaciones psíquicas: incapacidad de concentración, insomnio, psiconeurosis obsesivo-compulsiva, catatonía, ilusiones, etc. En general, resiste a todos los tratamientos: a veces se consigue suprimir los tics, pero es sólo temporalmente, o aparecen en otras partes del cuerpo o son sustituidos por otros síntomas. Es una enfermedad muy rara: STIEFLER sólo vió un caso en 36 años de experiencia y ASHER cuatro entre 49.000 enfermos.

60-11-1953

El magistrado de oficio de Juan Ewichin, J. Ritchie.
* Algunos aspectos de las pericarditis, I. G. W. Hill.

Algunos aspectos de las pericarditis.—Es muy considerable la diferencia entre el número de pericarditis diagnosticadas en vida y el de las encontradas (o sus secuelas) en la necropsia, hasta tal punto que se puede afirmar que aquéllas son sólo un 20 por 100 de éstas. Las razones de esto son múltiples: a) La pericarditis aparece como un accidente terminal o subterminal en el curso de otro proceso, por lo que pasa enmascarada tras las manifestaciones más llamativas de éste o bien se omiten exploraciones para no producir molestias a un moribundo. b) El roce de una pericarditis seca es a menudo muy tenue, apareciendo y desapareciendo de un día o de una hora a otra, de tal manera que puede ser inapreciable aunque las exploraciones se repitan; y c) Un derrame pericárdico de pequeña cuantía no puede ser detectado clínicamente, pero es evidente al abrir el saco. Los organismos causantes de la pericarditis pueden llegar por v.a sanguínea, o por extensión de un proceso local, con la mayor frecuencia pleural. Pero hay pericarditis en las que no se encuentran gérmenes en el pericardio: tal ocurre en las reumáticas, que semejan un proceso alérgico a estreptococos situados a distancia (en la faringe), en la pericarditis que aparece en las fases terminales de la uremia y en la que se desarrollan sobre las zonas de miocardio necrótico en los casos de infarto masivo. La "pericarditis maligna" no es inflamatoria propiamente hablando, sino debida a la invasión del saco por el tejido neoplástico. A continuación, el autor considera de nuevo los hechos más sobresalientes y conocidos de las diversas formas de pericarditis.