

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 26 de marzo de 1956 por la que se dispone que por la Dirección General de Sanidad se proceda a la publicación de una convocatoria de concurso de antigüedad para provisión en propiedad de plazas de Médicos Titulares con arreglo a las normas que se establecen. (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de abril de 1956.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 9 de marzo de 1956 por la que se declaran las analogías de la cátedra de Estomatología Médica a efectos de formación de Tribunales de oposiciones a cátedras de Universidad. (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de abril de 1956.)

ASOCIACION DE ESPECIALISTAS EN ENFERMEDADES DEL TORAX DE GALICIA

Esta Asociación convoca un Concurso de trabajos científicos en el que podrán tomar parte todos los mé-

dicos que lo deseen, cualquiera sea su nacionalidad y especialidad, ajustándose a las siguientes bases:

1. Se establecen dos temas de libre elección sobre cualquiera cuestión relacionada con las afecciones del aparato respiratorio o del circulatorio.

2. Los trabajos, que serán originales e inéditos, se presentarán por duplicado, escritos en español, a máquina, por una sola cara, a doble espacio, con una extensión no superior a 60 cuartillas.

3. La admisión de los mismos queda cerrada el 31 de diciembre del año en curso, y deberán ser enviados por correo certificado al Secretario de la Asociación, apartado de Correos 104, Santiago de Compostela.

4. Los trabajos se presentarán en la forma acostumbrada de lema y plica.

5. Los premios consisten en un título de Socio Numerario y otro de Corresponsal a los dos mejores trabajos sobre afecciones del aparato respiratorio, y un título de Socio Numerario y otro de Corresponsal a los dos mejores referentes al aparato circulatorio.

6. En caso de ser varios los firmantes, el premio se otorgará al que figure en primer lugar.

7. Por ninguna circunstancia el Concurso quedará desierto.

Para cualquier información dirigirse a la Secretaría de la Asociación.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

ANGIOPATHIA DIABETICA. Profesor Doctor M. BÜRGER.—Editorial Georg Thieme, Stuttgart, 1954.—Un volumen de 190 páginas con 81 figuras, 69 DM.

El autor expone su técnica terapéutica en la gangrena diabética partiendo del punto de vista de que la lesión vascular es capaz de regresar bajo el influjo de un régimen de reposición en el que se suministra un abundante total de calorías bajo la defensa de la insulina en la dosis necesaria. Con esta base declara haber obtenido la curación de enfermos con más frecuencia que con las técnicas quirúrgicas y haber reducido considerablemente la necesidad de las exéresis, incluso en diabéticos ancianos, y asimismo en casos con procesos osteolíticos como a veces aparecen en la gangrena diabética. La composición anatomo-patológica de los vasos en los diabéticos sería distinta de la de los normales con aumento de galactosídos. Las alteraciones funcionales de los capilares serían otro factor de influencia sobre la producción de la gangrena. La insulina modificaría esas alteraciones bioquímicas y mejoraría los capilares.

El libro está bien editado y tiene el mérito de demostrar que, efectivamente, un tratamiento dietético-insulínico bien llevado es capaz de hacer remitir muchos

enfermos que habrían podido tratarse con ligereza por la cirugía. Sin embargo, es difícil admitir totalmente las conclusiones del autor.

LIBROS RECIBIDOS

"Les mécanismes cérébraux de la prise de conscience". Dr. Paul Chauchard.—Editorial Masson et Cie. París, 1956.—Un volumen de 240 páginas, 1.300 francos franceses.

"La fonction ovarienne et son exploration". Dr. E. Vokaer.—Editorial Masson et Cie. París, 1956.—Un volumen de 108 páginas con 54 figuras 850 francos franceses.

"Les vitamines". Dr. H. Thiers.—Editorial Masson et Cie. París, 1956.—Un volumen de 626 páginas, 4.600 francos franceses.

"Vortrage aus dem Gebiet der Klinischen Chemie und Cardiologie". Dr. L. Heilmeyer.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 96 páginas con 70 figuras, 10,80 DM.

B) REFERATAS

Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.

47 - 12 - 1954

Un nuevo método para medir el campo eléctrico del corazón humano desde el punto de vista de los trastornos de la conducción. Fr. Kienle.

La hemodinámica renal en los hipertensos arteriales. P. Meriel, F. Galinier, M. Desandre, S. Ribaut y M. Suc.

* Pericarditis exudativa de evolución prolongada. P. L. Guidotti y V. Puddu.

* La electrocardiografía del seno coronario. II parte. Estudio electrocardiográfico endocavitario de las disritmias del seno coronario en el hombre. G. Giraud, H. Latour y P. Puech.

* Efectos del colapso pulmonar sobre el balistocardiograma. V. Bozal Urday, J. J. Merien y L. Alonso.

Las varices esenciales de los miembros inferiores. Tratamiento esclerosante. J. P. Vacheron.

Transformación de un bloqueo AV parcial con bloqueo de Wilson en bloqueo AV completo con bloqueo de rama izquierda en un caso de estenosis aórtica calcificada. Consideraciones teóricas. A. Levy.

Pericarditis exudativa de evolución prolongada.—Se presentan dos casos (un hombre de cuarenta y seis años y una mujer de treinta y nueve) en los cuales se encontró por casualidad una pericarditis con gran derrame, muy bien tolerada en el primer enfermo, y completamente asintomática en la segunda. La punción exploradora suministró un líquido de exudado, completamente estéril por cultivo y en la inoculación al cobaya. El electrocardiograma presentó alteraciones de la onda T en un caso y solamente un bajo voltaje de QRS en el otro. En el primer enfermo los signos del derrame persistieron con una disminución lenta desde 1945 hasta 1947. Durante este período el enfermo disfrutó de una buena salud llevando una vida normal. Observado de nuevo en 1951 y hasta la actualidad no ha mostrado ningún signo anormal, salvo una ligera alteración de la onda T en el electrocardiograma. Su capacidad funcional es tan buena que le permite participar con éxito en carreras de bicicletas. En el segundo caso el aumento de la imagen cardiaca persistió aumentado notablemente hasta tres años después de la primera observación, siempre con un buen estado de salud subjetivo y objetivo y una capacidad funcional por completo normal.

La electrocardiografía del seno coronario. II. Estudio electrocardiográfico endocavitario de las disritmias del seno coronario en el hombre.—Con el fin de apoyar sobre bases objetivas los límites de la patología rítmica del seno coronario en el hombre, los autores hacen el estudio de las disritmias observadas en el curso del cateterismo coronario. La electrocardiografía endocavitaria permite localizar en la vecindad del orificio del seno coronario el foco de origen de un conjunto de trastornos rítmicos que tienen en común la negatividad de los auriculogramas en D2 y D3, semejantes a las disritmias experimentales clásicas del seno coronario: extrasistoles esporádicos, bigeminados o en salvas y ritmos mantenidos y regulares del seno coronario. La electrocardiografía endocoronaria permite individualizar además los complejos de fusión sinusal y coronario, de identificación muy dudosa en las derivaciones periféricas clásicas; el método endocavitario hace entrever la posibilidad de intervención de regiones con automatismo para-coronario en la determinación del trazado conocido como "emigración del pacemaker".

Efectos del colapso pulmonar sobre el balistocardiograma.—Estudian los autores los efectos que sobre el balistocardiograma ejerce la colapsoterapia gaseosa por el neumotórax, neumoperitoneo, frenicectomía y sus asociaciones. Utilizan el procedimiento electromagnético de DICK y TAUBMAN y realizan sus trabajos en el Sanatorio de Monte el Viejo, de Palencia, sobre 35 enfer-

mos tuberculosos pulmonares sin enfisema y sin afección cardiovascular clínicamente demostrable. El neumotórax unilateral, tanto derecho como izquierdo, produce raramente modificaciones del trazado balistocardiográfico. La amplitud balística disminuye de una manera global y uniforme y permanece igual en el curso de las diversas fases del ciclo respiratorio después de neumotórax bilateral simultáneo y neumoperitoneo aislado. Esto es aún más neto en el caso de asociación de neumoperitoneo con neumotórax o con frenicectomía. Explican los autores estas anomalías por una disminución de las fuerzas balísticas producidas por la pantalla gaseosa, una disminución de la velocidad de eyeción ventricular derecha, una mejor repleción del lecho vascular pulmonar, un aumento de las resistencias del corazón derecho y un mejor equilibrio de los gastos ventriculares derecho e izquierdo en el curso del ciclo respiratorio. Una exploración más completa de las fuerzas balísticas anteroposteriores y laterales está actualmente en estudio.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

78 - 45 - 6 de noviembre de 1953

Hormonas y cáncer. K. H. Bauer.

Algunas formaciones hermafroditicas en el hombre. E. Philipp.

Neurosecreción y sistema hipotalámico-hipofisario. W. Bargmann.

Alteraciones de la visión y accidentes del tráfico. W. Haßermann.

* Alergia e hígado. F. E. Schmengler.

Diretrices de la aerosolterapia. H. Martini.

Resultados tardíos de la sutura de úlceras gástricas y duodenales perforadas. D. Lorenz.

Contribución a la quimioterapia de la policitemia vera. A. Linke y H. G. aLsch.

* Intra-Tuffon, un nuevo hemostático. L. Zuckswert y M. Giebel.

La transfusión de sangre en Inglaterra desde 1939 a 1952. G. Discombe.

Estudios clínicos en los baños iodosulfurosos de Wiessee, en especial con iodo radioactivo. H. R. Presch.

Tratamiento de los trastornos circulatorios cardiales y de la hipertensión con un nuevo derivado purínico. B. Sachsse.

El tocino como terapéutica pediátrica. S. Folberth.

Alergia e hígado.—En el hombre se pueden producir alteraciones hepáticas puramente alérgicas de intensidad variable en los siguientes casos: a) Producción de una anafilaxia semejante a la experimentada al introducir antígenos en un organismo sensibilizado, lo que no es raro en la medicina actual. b) Alergias nutritivas graves; y c) Eritroblastosis fetal. Además de esto un factor alérgico-infeccioso interviene en la génesis y desarrollo de otras muchas hepatopatías crónicas, como ocurre en el reumatismo y en otras infecciones. En la hepatitis por virus, y sobre todo en los casos crónicos, también colabora un mecanismo alérgico en el sentido de una formación de autoanticuerpos semejante a la que se ha invocado para la nefritis. Hay, por último, casos de hepatitis, incluso agudas, en que la etiología vírica se puede excluirse o es inverosímil y que seguramente están producidas por un mecanismo alérgico-infeccioso-nutritivo o alérgico-medicamentoso.

Resultados tardíos de la sutura de las úlceras perforadas.—Ha sido una cuestión muy debatida si la perforación de una úlcera gástrica o duodenal en la cavidad abdominal libre debe tratarse mediante la resección gástrica o mediante la simple sutura de la úlcera. El autor ha tenido ocasión de seguir, en algunos casos durante más de veinte años, el curso de la enfermedad en 72 sujetos a los que por una perforación en cavidad libre se les practicó la sutura de la úlcera. Dos terceras partes de ellos no necesitaron ser secundariamente resecados del estómago, mientras que sólo en el tercio restante la resección se practicó o debió haberse practica-

do. A la luz de estos resultados llega el autor a la conclusión de que aunque es indudable que el pronóstico de la resección primaria por perforación de una úlcera ha mejorado gracias al perfeccionamiento de la anestesia, a la lucha contra el shock y a la introducción de los antibióticos, esta operación se debe llevar a cabo en los casos en que esté exactamente indicada, sobre todo en aquellos pacientes que tengan una larga historia anterior de molestias ulcerosas.

Intra-Tuffon, un nuevo hemostático. — Los autores han estudiado y empleado este nuevo producto que administrado por vía intravenosa tiene una manifiesta acción antihemorrágica. Contiene rutina y ácido ascórbico para influir sobre el factor capilar, pero lo que presenta novedad e interés a este preparado es el contener nafthionato sódico, sustancia que no actúa a modo de una tromboquinasa, sino movilizando activadores de la coagulación contenidos en el cuerpo. De esta manera determina un acortamiento de los tiempos de hemorragia y coagulación hasta del 50 por 100. Por actuar de una manera indirecta tiene la ventaja de la ausencia de riesgo de trombosis, ya que no puede promover la coagulación, sino sólo acelerarla. Los autores han observado que tiene además una buena acción hemostática local, cuyo mecanismo no han podido aclarar. Un hecho que merece ser citado es que la molécula del ácido alfa-naftiónico está contenida en la del rojo Congo.

78 - 46 - 13 de noviembre de 1953

La endoanestesia, una manera farmacológica de suprimir receptores sensibles internos. H. F. Zipf.
129, simpático y vagotomías toracoscópicas. E. Kux.
Inhalaciones profundas con aerosol de eufilina en el asma bronquial y para el tratamiento combinado de las enfermedades pulmonares inflamatorias. H. Uhde.
Diagnóstico y tratamiento modernos de las cefaleas. Contribución a la enfermedad de Boeck-Besnier-Schau-
mann. H. Voitz.

Diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. — El autor divide las cefaleas en dos grupos: el primero es el de las sintomáticas, que se presentan en relación con enfermedades orgánicas bien definidas: infecciones agudas o crónicas, intoxicaciones (plomo, alcohol, uremia), tumores intracraneales, abscesos cerebrales, meningitis, enfermedades de los órganos de la cara (ojos, nariz, oídos, dientes). El segundo grupo comprende las cefaleas primarias o idiopáticas: cefalea occipital, cefalea frontal y jaqueca. Según el autor, las cefaleas primarias constituyen entidades bien diferenciadas con respecto a las sintomáticas, habiendo demostrado los estudios experimentales y los resultados terapéuticos que responden a una miopatía funcional de los músculos de la cabeza. En el dolor occipital el responsable es el trapecio, en el dolor frontal lo son los músculos frontal y temporal y en la jaqueca ambos grupos musculares. El diagnóstico de estas cefaleas idiopáticas es fácil de establecer con seguridad mediante la demostración objetiva de los puntos miálgicos característicos. Como en el reumatismo, la aplicación intramuscular local de novocaína es de resultados notables y a menudo teatrales, careciendo de reacciones colaterales y siendo de ejecución sencilla.

78 - 47 - 20 de noviembre de 1953

La anorexia nerviosa. J. Decourt.
La prueba de la bromosulfaleína y su significación como prueba de función hepática. E. Frey.
Sobre la diabetes mellitus neurógena traumática. B. Deimel.
La selección de enfermos con cardiopatías adquiridas para las operaciones sobre el corazón. F. F. Niedner, E. Zeh y G. Griesser.
Sobre el empleo de Pantolax para intervenciones gine-
cológicas breves. J. Erbsloeh.
Experiencias con hialuronidasa en las artropatías crónicas. A. Muennich.
La indicación para la transfusión de sangre conservada o fresca en medicina interna.
Permanganato potásico, desinfectante contra las infecciones por salmonelas. F. Mueller.

La prueba de la bromosulfaleína para la exploración funcional del hígado. — Fué introducida en 1925 por ROSENTHAL y WHITE. — Mientras que en los Estados Uni-

dos es una de las pruebas funcionales hepáticas preferidas, en Alemania y otros países europeos es muy poco empleada. La bromosulfaleína es una sustancia fácilmente soluble en agua, incolora a pH neutro o ácido, pero de color rojo violeta en medio alcalino, por lo que es muy fácil de valorar colorimétricamente. La bromosulfaleína inyectada intravenosamente se elimina del torrente circulatorio por la acción del hígado, que la elimina con la bilis sin modificarla. Cuando la función hepática está disminuida, su eliminación de la sangre es más lenta, por lo que su concentración en ella a los cuarenta y cinco minutos de la inyección es superior al 4 por 100 de la inicial, cifra que se considera como expresión de la normalidad. Con la orina se elimina muy pequeña proporción: 1,1 por 100 en el sano y hasta 10 por 100 en el insuficiente hepático. La prueba es muy sencilla, practicable ambulatoriamente, específica de alteración hepática, sensible y segura. Permite valorar cuantitativamente la gravedad de una hepatopatía, por lo que es muy útil para observar los resultados del tratamiento en las hepatopatías agudas y sobre todo en las crónicas.

Diabetes mellitus neurógena traumática. — El autor ha observado un caso de diabetes mellitus consecutiva a un traumatismo, a propósito del cual hace varias consideraciones patogénicas. La diabetes debe ser considerada como el prototipo de una enfermedad de regulación en la cual el órgano insular juega el papel principal en una escasa proporción de casos (10 por 100 según JORES). Si el sistema de regulación del metabolismo de los hidratos de carbono es lábil por razones constitucionales o ambientales, puede ser desviado de su equilibrio por numerosos influjos, entre los que figura el traumatismo. Ya no se puede pensar que la acción de éste consista en afectar gravemente el páncreas, sino que actúa indudablemente a través del sistema hipofisoidencéfálico. No se trata de la hipofunción de un órgano aislado, sino del de todo el sistema hormonal, manifestándose en forma polisintomática, aunque fundamentalmente por una alteración diabética del metabolismo.

Cardiopatías adquiridas operables. — La estenosis mitral, la insuficiencia mitral y la estenosis aórtica son las cardiopatías adquiridas que actualmente pueden ser operadas con garantías de éxito. La operación más desarrollada y perfeccionada hoy día es la comisurotomía de la mitral. Los autores recogen 1.346 casos de la literatura, en los que la mortalidad operatoria fué de 10,4 por 100, muy elevada porque en ella están incluidos los primeros casos, en que la mortalidad era mayor. Se consigue una mejoría en el 92,5 por 100 de los que sobreviven, sin que hubiera nunca un empeoramiento. Aunque es muy pronto para valorar el tratamiento operatorio, esto ofrece un rudo contraste con el tratamiento conservador, en el que la muerte se produce por término medio a los 41,7 años. La cirugía de la insuficiencia mitral está todavía en sus comienzos, por lo que sólo se indica en casos que se encuentren en condiciones óptimas. Los 30 casos referidos en la literatura hasta 1953 muestran mejorías esperanzadoras. La técnica operatoria de la estenosis aórtica se encuentra aún en fase inicial, y sólo se practica en casos muy escogidos que, aunque tengan estenocardio de esfuerzo, no muestren descompensación. La calcificación intensa de la válvula no contraindica la intervención, al contrario que en la estenosis mitral, pero hace dudoso el éxito duradero.

Succinilcolina en intervenciones ginecológicas breves. — En 100 operaciones ginecológicas de corta duración (legrados, biopsias, punciones del fondo de saco de Douglas y de los anejos) el autor ha empleado el cloruro de succinil-bis-colina, asociado al Evipán, comparándolos con otros 100 en los que dieron Evipán solo. La dosificación de la succinilcolina fué de 0,2 mg. por kilo de peso corporal, consiguiendo así una satisfactoria relajación del tono muscular, lo que se traduce en una disminución de los requerimientos del preparado barbitúrico. Mientras que la mayoría de los casos en que se

empleó el Evipán sólo fué necesario 1,0 g. de éste, cuando se asoció a la succinilcolina bastó dar 0,5 g. de Evipán para conseguir la narcosis. A estos favorables efectos se une la perfecta tolerancia: nunca se producen parálisis respiratorias ni otras acciones colaterales desfavorables. Su combinación con diferentes sustancias narcóticas no determina una acumulación de los efectos. Esto, y la corta duración de sus efectos, son propiedades muy valiosas en las indicaciones a que se refiere el presente trabajo.

Hialuronidasa en las artropatías crónicas.—El autor ha estudiado las variaciones del equilibrio ácido hialurónico-hialuronidasa en diferentes enfermedades articulares. En los procesos agudos se admite hoy generalmente un aumento de la actividad hialuronidasa. En las artropatías crónicas sin actividad suele haber, por el contrario, un aumento de ácido hialurónico, frecuentemente en grado anormal de polimerización. Mediante la inyección intra o periarticular de hialuronidasa se consiguen buenos resultados en artropatías de este último tipo, sobre todo en las tumefacciones periarticulares y en los derrames de la rodilla. Por el contrario, en los casos agudos, y en dos de hidrops intermitente o traumático, este tratamiento fué inútil o incluso perjudicial. En los casos en que es necesario practicar una punción articular, ésta resulta mucho más fácil si se inyecta previamente hialuronidasa. La actividad de este fermento puede aumentar todavía más si se administra simultáneamente acetato de desoxicorticosterona por vía intramuscular.

78 - 48 - 27 de noviembre de 1953

- La cirugía en la ancianidad. R. Nissen.
- Moderno tratamiento de la paraplejia. Fr. Brussatis.
- * La acción de dosis mínimas de cobalto sobre la hemopoyesis y el metabolismo del hierro. H. Dittrich.
- La anorexia nerviosa. J. Decourt.
- Indicaciones de los estudios EEG ambulantes. N. Mueller.
- La significación de la capacidad de procreación del hombre. K. Kohlberg.
- Observaciones clínicas y serológicas sobre la reacción de aglutinación con hematies sensibilizados de carnero. F. Dickgiesser y F. Harter.

Efectos de las dosis mínimas de cobalto.—El autor ha empleado en varios casos de anemia hipocrómica, especialmente en anemias de causa infecciosa o tumoral, que constituyen la principal indicación del cobalto, un nuevo preparado de este metal, que permite una dosificación mínima pero eficaz. Se trata de la sal sódica de la cobalto-clorofilina, en la cual un átomo de cobalto viene a sustituir al de magnesio, que ocupa una posición central en la molécula de la clorofila. El contenido de Co de este compuesto es del 8,13 por 100. Es un polvo negro verdoso fácilmente soluble en agua, siendo bien absorbido y tolerado en administración parenteral. Estudios con Co^{60} han demostrado que este complejo se absorbe más lentamente que las sales simples de cobalto, alcanzando a las 136 horas su actividad máxima en el hígado, órgano en el cual se deposita electivamente, prestándole a las 60 horas de la inyección un color verde, que desaparece a las 100 horas por destrucción de la molécula de la clorofila, pero persistiendo el cobalto en el hígado. Se administra intramuscular en ampollas dosificadas a 200 mg. de Co^{60} . Generalmente se da una ampolla diaria, pero en caso de necesidad pueden darse sin peligro dos o tres juntas en una sola inyección o repartidas a lo largo del día. El aumento de los reticulocitos, de la hemoglobina y de los hematies es más lento que con otros compuestos de Co, pero eficaz. La sideremia experimenta un aumento significativo, precedido a veces de una disminución inicial.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

84 - 45 - 6 de noviembre de 1954

El tratamiento quirúrgico del carcinoma de la porción torácica del esófago y del cardias. H. U. Buff.

- * Aspectos clínicos de la amiloidosis primaria. A. Haemmerli.

- * Reacción circulatoria de los sanos y enfermos a la altura en los Alpes. E. Haus y H. Jungmann.
- * Granuloma eosinófilo del estómago. H. H. Maerki.
- * Hipertensión por agua y sal en la rata. H. U. Zollinger.
- * A. Hauser, H. Fehlmann y G. Curti.
- * Diagnóstico histológico de las enfermedades por hongos. K. Brass.
- Valor diagnóstico de los cristales de colesterina en la bilis duodenal. T. Wegmann y H. R. Mueller.
- Cortisona en la parálisis facial periférica. H. Seliger.

Amiloidosis primaria.—Se encuentran en la literatura unos 100 casos de esta enfermedad, a los que el autor añade otros tres de su observación. Señala que uno de los hechos clínicos más notables es la insuficiencia cardíaca grave y no modificable por la terapéutica, encontrándose en el ECG un bajo voltaje. Cuando se puedan excluir otras causas del mismo, el bajo voltaje debe hacer pensar en la amiloidosis del corazón. Al mismo tiempo se presentan manifestaciones por parte de otros órganos, especialmente riñón (síndrome nefrótico), hígado, músculos, etc., dando cuadros abigarrados que de presentarse unidos al circulatorio ya señalado son muy sospechosos de amiloidosis primaria si falta el antecedente de tuberculosis, supuración crónica, mieloma, etcétera. En uno de sus casos observó el autor un depósito masivo de amiloide en el tiroides y piensa que una hipofunción de esta glándula puede tomar parte en la producción de los síntomas, por lo que propone a manera de ensayo tratar a estos enfermos con extractos tiroideos. Para el diagnóstico ayuda mucho la prueba del rojo Congo y se obtiene la certeza mediante la comprobación histológica que puede hacerse "in vivo" en la lengua, en la mucosa de la cavidad bucal o en los músculos esqueléticos.

Reacciones circulatorias a la altura.—Los autores han estudiado la reacción a los cambios de altura (de Innsbruck, 570 m., al Hafelekar, 2.300) de un grupo de 22 personas, sanas y afectas de varios procesos. Los sanos de edad inferior a los 45 mostraron en la altura una primera fase, breve, de predominio vagal, con disminución de la frecuencia del pulso, pulsus tardus, disminución de la presión diferencial por descenso de la sistólica, disminución del volumen minuto y aumento de las resistencias periféricas. A esto siguió una segunda fase anfótera de varias horas de duración, caracterizada por pulsus celer, aumento de la frecuencia del pulso, elevación de las presiones arteriales con disminución de la diferencial, aumento del volumen minuto y disminución de las resistencias periféricas. En los sujetos hipotiroideos se ve solamente una primera fase acentuada, faltando la segunda, y lo contrario ocurre en los hipertiroides. Los sujetos hipotónicos tienden a mayores caídas tensionales en la altura, llegando en dos casos a producirse colapso. Los hipertensos esenciales no reaccionan uniformemente, pero se observaron también ascensos significativos de la presión; han visto cierta dependencia, en cuanto a la intensidad y sentido de la reacción a la altura, de los valores individuales iniciales, es decir, que las desviaciones de la normalidad tienden a exagerarse transitoriamente en la altura. Piensan los autores que el tiroides desempeña un papel causal en la génesis de las reacciones a la altura.

Granuloma eosinófilo del estómago.—El autor comunica el caso de una enferma de 37 años con dolores gástricos desde 13 años antes e imagen radiológica de cicatrices en el bulbo duodenal, en la que se encontró una formación granulomatosa en la submucosa de la región pilórica con intensa infiltración de eosinófilos. En sangre tenía 31 eosinófilos por 100 y presentaba el antecedente de un pertinaz eczema de contacto en el brazo. Por los elementos que constituyan la formación y por su estructura histológica recordaba el granuloma eosinófilo de los huesos, y aunque no es la misma enfermedad, se plantea la cuestión de si es de naturaleza tumoral o inflamatoria. Se conocen algunos casos similares en estómago e intestino. Basándose en criterios clínicos y morfológicos, se pueden separar dos grupos bien circunscritos: en el primero, el crecimiento lento, la eosinofilia sanguínea y la coincidencia con procesos alérgicos.

cos indican que se trata de un granuloma eosinófilo sobre la base de un mecanismo alérgico. Por el contrario, el segundo grupo incluye los que crecen rápidamente y a menudo se desarrollan sobre el fondo de una úlcera crónica o de cicatriz ulcerosa; éstos son verdaderos tumores (granuloblastomas, "mielomas eosinófilos"). Entre ambos grupos hay toda una gama de formas de tránsito no clasificables.

Hipertensión por agua salada en la rata.—Varios hechos hablan en pro de una participación de las suprarrenales, por medio de sus mineralocorticoides, en las hipertensiones prolongadas. En todas las formas de hipertensión se encuentra una hipertrofia de las suprarrenales con aumento de los lípidos. Mediante hiperdosificación de mineralocorticoides se producen hipertensiones experimentales, pero sólo si se garantiza un aporte de ClNa suficiente para permitir su elevación en la sangre. Los autores han producido hipertensión en ratas unilateralmente nefrectomizadas haciéndolas beber agua con un 1 por 100 de ClNa. A consecuencia de la sobrecarga de sal se produce, al igual que en la hipertensión por el plomo, una hipertrofia objetivamente demostrable de la pared de las arteriolas renales. Esta quizás sea la causa de la hipertonia, si se admite la hipótesis de Raab, según la cual la sensibilidad de las arteriolas a los influjos neurales es paralela al aumento del Na en la sangre, conduciendo éste a un espasmo prolongado y consecutivamente a la hipertonia.

Diagnóstico histológico de las micosis.—Como en las enfermedades por bacterias, virus u otros agentes, son fundamentales para el diagnóstico histológico dos aspectos: en primer lugar, la reacción de los tejidos al agente infectante, y en segundo lugar, el agente mismo. En el caso de las enfermedades producidas por hongos, las primeras son a veces relativamente específicas (el autor estudia especialmente la blastomicosis sudamericana), pero nunca bastan para establecer un diagnóstico de certeza, para lo cual es necesaria la demostración del agente causal en las lesiones. A este fin ayudan mucho las modernas coloraciones: la de Klingman, Mescon y De Lamater para las hifas y la de Hotchkiss-De Manus para las conidias y esporas, combinadas con la coloración de contraste con amarillo de metano. Aún más útil es el examen a la luz polarizada, que permite ver pequeños elementos difícilmente demostrables por los métodos de coloración. Cuando se montan las preparaciones con bálsamo del Canadá, los elementos del hongo conservan su actividad óptica durante varios meses.

84-46-13 de noviembre de 1954

* Acción análoga a la del antabuse de la irgapirina. E. Laeuppi.

* Tratamiento noradrenalinico y circulación en el shock. A. Schmid y A. Gianoli.

Contribución a la acción biológica de los complejos de calcio. E. Rothin, M. Taescheler y A. Cerletti.

* Contribución al estudio de las sales complejas de calcio. Su acción sobre la calcemia y la calciuria. B. Courvoisier, E. C. Bonard y E. Martin.

Contribución al diagnóstico diferencial de la hernia del hiato: Trombosis recidivante como síntoma de una hernia del hiato. T. Wegmann.

* Clínica y tratamiento de la hernia del hiato. T. Wegmann y P. Hochstrasser.

Sobre la vacunación antivariólica subcutánea. K. Berger.

Irgapirina y alcohol.—El autor ha comprobado experimentalmente que la administración oral de 1,0 g. de irgapirina retarda algo la absorción del alcohol bebido, pero sin modificar de manera notable su eliminación y su combustión. A pesar de esa disminución de la absorción, los efectos observados en las personas tras la ingestión de alcohol e irgapirina son cualitativa y cuantitativamente análogos a los del alcohol solo. En la literatura hay algunas observaciones sobre los efectos de la combinación de alcohol y dipirina o compuestos que contengan dipirina. En la serie del autor, los síntomas corresponden a los producidos por la asociación del alcohol con antabús u otras sustancias del mismo tipo. A su juicio, el cuadro en todos estos casos es el de

una intoxicación por el acetaldehido y en favor de esto habla el hecho del aumento de acetaldehido en el aire respiratorio después de la ingestión de alcohol más irgapirina mayor que cuando se toma alcohol solo. Concluyen que la dipirina y otros derivados pirazólicos ya no deben ser considerados como desembriagantes.

Tratamiento del shock con noradrenalina.—Los autores dictan una serie de normas prácticas para el tratamiento de los estados de shock con 1-noradrenalina, que en un caso prolongaron hasta durante once días ininterrumpidamente, logrando finalmente la recuperación del enfermo. El tratamiento debe iniciarse tan precozmente como sea posible. Generalmente en el adulto se comienza por 4 mg. en 500 c. c. de solución isotónica de fructosa, glucosa o ClNa. Si es necesario, se puede llegar hasta cuadruplicar la dosis del fármaco en la misma cantidad de solvente. La vía a emplear será rigurosamente intravenosa, en infusión; si ocurre alguna extravasación pueden producirse necrosis locales por isquemia. Para evitar las trombosis venosas en el punto de la inyección es conveniente añadir al líquido de infusión 5.000 unidades de heparina si no hay alguna razón que lo contraindique. No hay inconveniente en añadir, si es necesario, antibióticos, vitaminas o cardiotónicos al mismo. El enfermo debe estar en buena posición, de preferencia en decúbito, para favorecer el flujo sanguíneo cerebral. Las vías aéreas estarán libres. La presión sanguínea debe vigilarse frecuentemente durante el tratamiento: al principio cada tres minutos, después cada diez y finalmente cada 30-60. De esta manera se controla la cantidad de noradrenalina a administrar; en general hay que procurar quedar un poco por debajo de las presiones arteriales habituales en el sujeto. Este tratamiento no excluye las transfusiones, que se pueden hacer simultáneamente, pero en otra vena. Conviene vigilar la urea y los electrolitos en la sangre.

Sales complejas de calcio.—Las sales de calcio principalmente empleadas hasta hace poco (lacto-gluconato, glucono-galacto-gluconato) se caracterizan por su fácil y rápida disociación en el organismo, dejando libres los iones cáticos, a lo que se debe la sensación de calor que produce su inyección intravenosa. Recientemente ha alcanzado gran difusión el empleo de sales complejas de calcio, menos disociables, en las que el calcio forma parte del anión en lugar de constituir el catión como en las anteriores. De éstas la más importante es la sal disódica del ácido calcio-etylendiamino-tetraacético. Este nuevo tipo de compuestos se ha mostrado de gran utilidad para tratar las intoxicaciones por metales pesados, fundamentalmente plomo. Para llevar a cabo una calciterapia, cabría pensar que también estos compuestos complejos fueran muy útiles porque su lenta disociación garantizaría un aporte más prolongado que las sales ionizables. Sin embargo, los estudios comparativos de calcemia y calciuria durante y después de la administración de los dos tipos de compuestos de calcio, ambos en forma de inyección intravenosa única y de infusión por la misma vía durante tres horas, revelan que con las sales complejas se elimina rápidamente una cantidad mucho mayor del calcio administrado y el acme de la calcemia se obtiene mucho más pronto, iniciándose inmediatamente el descenso de la misma aunque continúe la infusión. La curva de calcemia es más elevada con las sales ionizables que con las complejas. Esto indica que las de este último tipo no tienen utilidad para la calciterapia, quedando reservado su empleo, de gran eficacia, para el tratamiento de las intoxicaciones por metales pesados (radium, torio y plomo).

Clinica y tratamiento de la hernia del hiato.—Por hernia del hiato se entiende un desplazamiento de las vísceras abdominales a través del hiato esofágico a la cavidad torácica. Se distinguen tres tipos de hernia del hiato sobradamente conocidos: el esófago corto, la hernia paraesofágica y la hernia esofagogastrica, según su génesis y la situación del órgano herniado. Las llamadas "malformaciones cardiotuberositarias" representan como un primer paso hacia la hernia del hiato y pueden

dar un cuadro clínico similar. Los síntomas son muy variados: unas veces es un cuadro doloroso, con molestias en epigastrio o molestias cardiales o seudocardiales que imitan el infarto; otras veces, lo más llamativo es la anemia, y otras, la producción reiterada de trombosis. Esto obliga a una exploración minuciosa en todos los casos poco claros con algunas de estas manifestaciones. El tratamiento médico es muchas veces eficaz y debe ser el primeramente ensayado si el sujeto no se encuentra en una situación de emergencia. Se debe evitar el aumento de presión intraabdominal mediante la postura y vestidos adecuados, luchando contra todo aquello que pueda aumentarla y determinar la salida de la hernia: obesidad, estreñimiento, etc. Al mismo tiempo se atenderá a la esofagitis de reflujo mediante espasmolíticos, antiácidos y astringentes.

84 - 47 - 20 de noviembre de 1954

- Problemas de la gerontología. A. L. Vischer.
- Algunos aspectos de la fisiología del envejecimiento. F. Bourlière.
- Sobre el tratamiento de la fractura lateral del maléolo con subluxación del talón. H. Sturzenegger.
- Propiedades farmacológicas y clínicas del G 25.671, un nuevo preparado de la serie pirazolidina. G. Wilhelm y J. P. Currie.
- Tratamiento de los espasmos de los órganos internos. T. Migahid.

La fisiología del envejecimiento.—El envejecimiento es un fenómeno fisiológico, representando la senilidad un estado preterminal. El tipo de senescencia de los vertebrados poiquilotermos es distinto del de los homeotermos. El ciclo vital de los animales de sangre caliente consta de tres estadios: 1) Fase de crecimiento, en la que el organismo alcanza un desarrollo relativamente constante para cada especie. 2) Una fase de madurez, en que la involución senil y la regeneración están equilibradas; y 3) Una fase de senilidad con involución de los órganos y disminución de la capacidad de adaptación. A lo largo de estas tres fases el medio interno permanece con temperatura y metabolismo constantes. Por el contrario, el crecimiento de los poiquilotermos es ilimitado. Frecuentemente alcanzan edades notablemente elevadas con un constante aumento de tamaño, peso y fecundidad. La intensidad del metabolismo y la duración de la vida son inversamente proporcionales. Ciertos vertebrados superiores que son imperfectamente homeotermos se comportan a este respecto como los poiquilotermos. Cabe ahora preguntarse si no será posible actuar también en el hombre sobre el metabolismo de algunas estructuras que tienen un papel fundamental en las enfermedades de la vejez.

G 25.671, un nuevo preparado pirazolidínico.—Las interesantes propiedades clínicas y farmacológicas de la butazolidina (3,5-dioxo-1,2-difenil-4-n-butil-pirazolidina) motivó a los autores a obtener otros preparados de la serie con vistas a mejorar su acción o su tolerancia. En este tipo de ensayos se impone la experimentación en enfermos ante la imposibilidad de producir en los animales de experimentación un equivalente del reumatismo humano. El producto investigado en esta ocasión ha sido el Geigy 25.671 (1,2-difenil-3,5-dioxo-4-β-fenilmercaptoetilpirazolidina), que manifestó una potente acción antiflogística sobre el edema por formalina de la rata y sobre el eritema por luz ultravioleta del cobaya. Sobre los vasos periféricos tiene un efecto antihistamínico. Reveló asimismo una indudable acción antipirética sobre la fiebre artificial de la rata, siendo por el contrario escaso su efecto analgésico en el conejo y el ratón. La dosis letal media es semejante a la de la butazolidina y dipirina. Ninguno de estos tres preparados modifica la presión arterial de los animales ensayados. La experiencia clínica se extiende a 19 casos de artritis reumatoide tratados con 1 a 2 g. al día por vía oral. Quince de ellos mejoraron subjetiva y objetivamente. En conjunto, el G. 25.671 parece menos útil en esta indicación que la butazolidina, aunque su acción antiflogística aparece también en el hombre más fuerte que la de ésta.

84 - 48 - 27 de noviembre de 1954

- Curare, hibernación y respiración artificial durante varias semanas para el tratamiento de un tétano grave. E. Rossi y cols.
- La utilidad de la penicilina para la profilaxis y tratamiento de las otitis medias y mastoiditis agudas graves y Gentinnetta.
- Sobre un caso de quilopto con imagen pulmonar seudomiliar. W. Loeffler y G. Jaccard.
- Enteritis regional en los lactantes. R. Uebelhart. Eliminación de calcio en el hombre con el calcioetilenolamino. G. Gentinnetta.
- La acción de la quinina sobre el útero humano. H. Sauer y J. Jenny.
- Estudios sobre la acción espasmolítica de la l- y d-isopropilnoradrenalina en comparación con la isopropilnoradrenalina racémica. O. P. Schmidt y C. O. v. Stackelberg.

Tratamiento del tétano.—Los autores refieren un caso de tétano en una niña de trece años producido por una herida con una astilla de una rama, siendo el tiempo de incubación de seis días. El tratamiento aplicado por los autores consistió en: a) Curare. b) Ganglioplájico y frío (hibernación). c) Respiración artificial con el respirador de Engstroem; y d) Suero antitetánico, pantopón, antibióticos, vitaminas, etc. Prolongaron la curación completa durante cuatro semanas, lo cual no fué excesivo, pues un intento de disminuir la dosis al 19 día determinó dos crisis convulsivas generalizadas. Aunque la niña recibió en total más de 4 g. de tubocurarina no se observó ningún efecto desfavorable; la parálisis respiratoria no importó, gracias al respirador. Transcurrió una semana desde la supresión de éste y el curare hasta la recuperación de una respiración completamente coordinada. Creen los autores, de acuerdo con su experiencia anterior, que en este caso no hubieran bastado los sedantes asociados a la hibernación, y que ésta fué necesaria para alejar el peligro de hipertermia. La curación de la niña fué total, sin ninguna secuela.

Enteritis regional en el lactante.—Comunicación del caso de un niño operado a los dos meses de una hernia umbilical del tamaño de una ciruela, con postoperatorio sin complicaciones, veinte días más tarde enfermó agudamente, siendo diagnosticado de ileo por adherencias y llevado a la operación, en la que se encontró un segmento de unos 12 cm. de intestino delgado distal de color verdoso pálido y perforado en varios puntos; el mesenterio mostraba varios ganglios blancogrisáceos del tamaño de un hueso de cereza. Se practicó resección y anastomosis terminoterminal. Después de la operación el estado general del niño empeoró rápidamente y tras un tormentoso postoperatorio falleció a los diez días. En el estudio anatopatológico se encontraron imágenes típicas de la enteritis regional de Crohn. Si bien el aspecto del intestino y del mesenterio en la operación iban de acuerdo con este diagnóstico, hacían rechazarlo la edad del enfermo, el curso sobreagudo y la perforación en cavidad peritoneal libre. El autor concluye que no es imposible la enfermedad de Crohn en el lactante y que en él presenta peculiaridades clínicas. Entre sus múltiples etiologías debe ser tenida en cuenta la adherencia postoperatoria de asas intestinales causando un bloqueo linfático mecánico, al menos en los lactantes.

Las isopropilnoradrenalinas como broncodilatadores.—Hasta ahora se ha considerado la isopropilnoradrenalina racémica como la más potente sustancia broncoespasmodética conocida. Los autores han probado comparativamente sus efectos y los de la l-isopropilnoradrenalina administradas ambas por inhalación. La l-isopropilnoradrenalina ha mostrado superar a la isopropilnoradrenalina racémica en la intensidad de sus efectos, siendo igual la rapidez de comienzo de los mismos y aproximadamente igual su duración. La acción broncodilatadora de la l-isopropilnoradrenalina al 0,42 por 100 en solución salina es igual a la de la racémica al 0,85 por 100 en la misma forma. La primera de estas dos soluciones tiene la ventaja de carecer casi enteramente de acciones colaterales desagradables. La d-isopropilnoradrenalina no tiene acción broncodilatadora digna de mención.

Circulation.

9 - 4 - 1954

- Congreso Mundial de Cardiología. P. D. White.
- Tratamiento de la enfermedad de Stokes-Adams por estimulación eléctrica externa del corazón. P. M. Zoll, A. J. Linenthal y L. N. Norman.
- Tratamiento del aneurisma aórtico abdominal por excisión e injerto homólogo. H. T. Bahnson.
- Posteriores observaciones sobre el cierre de los defectos septales atriales. H. B. Shumaker, H. King y P. R. Lurie.
- Cambios circulatorios producidos por la maniobra de Valsalva en sujetos normales, con estenosis mitral y con alteraciones del sistema nervioso autónomo. H. D. McIntosh y otros.
- Sensibilidad al hexametonio intravenoso y respuesta al tratamiento oral. D. M. Green y S. J. Ellis.
- Tratamiento del shock asociado al infarto de miocardio. G. C. Griffith y otros.
- Frecuencia y gravedad de la arterioesclerosis en hombres tratados con estrógenos y en mujeres con estados hipo o hiperestrogenicos. A. U. Rivin y S. P. Dimitroff.
- Estudio clínico de la pentapiroliodina (M & B 2.050) en enfermos hipertensos. E. D. Freis y otros.
- Irrigación arterial del tejido nodal del corazón del perro. M. H. Halpern.
- Un sencillo análisis geométrico de los potenciales cardíacos grabados en los puntos cerrados del corazón. M. Gardberg.
- Volumen total de sangre determinado por hematies señalados con radiocromo. W. A. Reilly y otros.
- Origen de los fosfolípidos de la aorta en conejos con ateromatosis. D. B. Kilbersmit, M. L. Shore y R. F. Ackerman.
- Efecto de la privación prolongada de sodio y del clorhidrato de hidralazina y del bromuro de hexametonio y de la resistencia vascular a la digital en la hipertensión primaria. G. H. Burman y M. Menlowitz.
- Excreción urinaria total de catecolas en alteraciones cardiovasculares y otras condiciones clínicas. W. Raab y W. Gigea.
- Respuesta de la circulación renal humana a las infusiones de norepinefrina. T. N. Pullman y W. W. McClure.
- Naturaleza y tratamiento del shock. D. W. Richards.

Estimulación eléctrica externa en la enfermedad de Stokes-Adams.—Es aplicado el estímulo eléctrico externo a 14 enfermos con Stokes-Adams, siendo eficaz en 13. Fue usado en el tratamiento del síncope recurrente en 11; en dos, el síncope no recorrió. En cinco casos se obtuvieron supervivencias prolongadas, lo que hace suponer que las alteraciones causantes del síncope cardiaco pueden ser reversibles si el enfermo se mantiene vivo durante el periodo crucial. El estímulo eléctrico externo resucitó pacientes con ataques debidos a pausas ventriculares: mantuvo una circulación adecuada durante la pausa ventricular persistente y evitó la repetición de taquicardia irregular ventricular.

Excisión del aneurisma.—Catorce enfermos con aneurismas de la aorta abdominal son tratados con excisión y homoinjertos. Un enfermo en el que la circulación renal fue interrumpida durante 110 minutos, murió a los cuatro días de la intervención; otro murió a los cuatro meses por insuficiencia miocárdica, más insuficiencia coronaria. Otro por oclusión coronaria a los seis meses. Durante la operación debe emplearse la heparina. Los otros 11 pacientes han permanecido bien durante el corto periodo de observación, que ha datado de dos a ocho meses. Concluyen que la excisión con homoinjerto es el procedimiento más indicado para el aneurisma aórtico abdominal cuando es necesaria la intervención quirúrgica.

Cambios circulatorios producidos por la maniobra de Valsalva.—Son investigados los cambios circulatorios producidos por la maniobra de Valsalva en sujetos normales, en pacientes con estenosis mitral y en individuos con alteraciones neurovegetativas. Comparándolo con los valores en reposo, el gasto cardíaco tendió a disminuir en los sujetos normales, aumentando en los pacientes con estenosis mitral. Dos pacientes con alteraciones neurovegetativas tuvieron producciones aumentadas, mientras que en otro disminuyó. La resistencia vascular periférica tendió a cambiar inversamente al gasto cardíaco.

Sensibilidad al hexametonio.—Treinta y tres hipertensos son tratados con hexametonio intravenoso para

observar su sensibilidad. La dosis necesaria para producir una disminución determinada de tensión (50 por 100) varió de 1,4 a 23 mg. por metro cuadrado de superficie corporal. Dividen a sus enfermos en sensibles y resistentes, siendo los más sensibles aquellos con afección renal, por lo que creen que la sensibilidad depende de una mayor retención de la droga. También administraron oralmente el hexametonio, considerando que la respuesta a esta forma de tratamiento es bastante paralela a la intravenosa.

Tratamiento del shock asociado al infarto de miocardio.—Los autores revisan 816 casos recientes, comprobados, de infarto de miocardio; en un 20 por 100 aproximadamente se presentó shock, siendo de un 81 por 100 la mortalidad. En el presente estudio son tratados 134 enfermos con infarto y shock con las medidas rutinarias, incluyendo la digital cuando estaba indicada. Sesenta mejoraron en las tres primeras horas. Los restantes 74 son tratados: 1) Infusión arterial. 2) Con las nuevas drogas simpaticomiméticas como metoxamina, isopropilnorpinefrina y norepinefrina; y 3) Otros agentes como colinesterasa y cortisona. La mortalidad se redujo con estos métodos a un 48 por 100.

Efecto de las hormonas estrogénicas sobre la arterioesclerosis.—Los autores estudian cuatro grupos de enfermos: 57 con carcinoma de próstata, 30 de los cuales recibieron una dosis media de 75 mg. de estilbestrol; 96 con carcinoma de próstata, a 23 de los cuales se les administró una dosis diaria de 5 mg. de estilbestrol; 99 mujeres castradas y 39 mujeres con carcinoma de mama y con probable hiperestrogenismo. Estos estudios han demostrado: a) Una aparente disminución de la esclerosis coronaria en los varones tratados con dosis altas de estrógenos. b) Un incremento significativo de arterioesclerosis, especialmente coronaria, en las mujeres cuyos estrógenos han disminuido por castración. c) La incidencia de arterioesclerosis en la hembra con carcinoma de mama e hiperestrogenismo fué menor que en los normales. Estos hallazgos vienen a confirmar los resultados de la experimentación animal, según los cuales las secreciones ováricas protegen de alguna forma a la hembra de la arterioesclerosis.

Volumen total de sangre determinado con el radiocromo.—Los autores señalan las ventajas que tiene el método por ellos utilizado para averiguar la volemia por medio del radiocromo. Comparan la volemia en sujetos normales y con insuficiencia cardíaca. Los sujetos normales tenían volúmenes sanguíneos de $65,5 \pm 5,95$ c. c. por kilo ó $2,49 \pm 0,28$ litros por metro cuadrado de superficie corporal. La hipervolemia se presenta en la mayoría de los cardíacos con signos y síntomas de descompensación del ventrículo derecho, pero no en los que tienen insuficiencia izquierda o estenosis mitral solamente.

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

14 - 6 - 1954

- Actividad corticotrópica de la sangre humana. J. Paris, M. Upson, R. G. Sprague, R. M. Salassa y A. Albert.
- Actividad cortical y medular suprarrenal en cirugía y estados similares. C. Franksson, C. A. Gemzell y U. S. von Euler.
- Lesiones pineales y pubertad precoz. J. I. Kitay.
- Fibras elásticas en la túnica propia de testículos humanos normales y patológicos. F. A. de la Balze, G. E. Bur, F. Scarpa-Smith y J. Irazu.
- Anomalía cortisón-resistente en la respuesta diurética al agua ingerida en el mixedema primario. K. R. Crispell, W. Parson y P. Sprinkle.
- Velocidad de desaparición de la progesterona exógena de la sangre. M. X. Zarrow, R. L. Shoger y E. A. Lazow-Wasem.
- Enfermedad de Addison en un muchacho con hipoparatiroidismo. C. Papadatos y R. Klein.
- Efecto de la DÓCA sobre la presión arterial de ratas alimentadas por dietas con contenido variable en sodio y potasio. R. H. Rosenman, C. S. Freed y M. Friedman.

Hidróxido de aluminio como agente absorbente de las gonadotropinas urinarias. R. F. Malburg y J. R. Goodman. Un caso de mixédema hipofisario. S. C. Werner. Contribución de la triyodotironina a la fisiología tiroidea. J. Lerman.

Actividad corticotrópica de la sangre humana.—Se describen y analizan los diversos procedimientos empleados para medir la corticotropina en la sangre humana. Los resultados obtenidos con los dos procedimientos más idóneos indican que la corticotropina aparece en cantidades apreciables en la sangre de pacientes con enfermedad de Addison no tratada, síndrome adrenogenital y unos pocos trastornos diversos. No se demuestra corticotropina en la sangre de casos con enfermedad de Cushing ni en personas normales.

Actividad corticosuprarrenal en cirugía.—Se analizaron los niveles sanguíneos de 17-hidroxicorticosteroides en 27 casos quirúrgicos. Todos los casos mostraron un nivel elevado inmediatamente después de la operación, que en los casos con un curso postoperatorio sin complicaciones siguió un patrón típico con valores altos durante las primeras 38 horas. Los casos con shock u otras complicaciones mostraron valores muy altos. En la mayoría de los enfermos con un curso operatorio y postoperatorio normal la excreción urinaria de adrenalina estaba dentro de límites normales durante los siete días siguientes a la operación. La excreción de noradrenalina fué habitualmente normal, pero en ocasiones se observaron valores altos. En los casos con complicaciones, la excreción de adrenalina, de noradrenalina o de ambas estaba a menudo muy aumentada durante el periodo inmediatamente posterior al trauma. Creen que la determinación de la excreción del nivel de 17-hidroxicorticoides y de catecolaminas puede proporcionar una información valiosa sobre el estado fisiológico del enfermo.

Fibras elásticas en la túnica propia de testículos.—Las fibras elásticas estaban ausentes en los testículos prepúberales y aparecen en el momento de la pubertad y consiguen los caracteres adultos justamente después de la pubertad. En casos de eunucoidismo con excreción disminuida de hormona estimulante folicular, no existen fibras elásticas; en el hipogonadismo postpuberal producido por la administración de estrógenos son pequeñas y delgadas y se encontraron en 6 de 13 casos de síndrome de Klinefelter; en la pubertad precoz se mejan las fibras observadas en el estado postpuberal; son normales en casos de detención de la espermatogénesis y se encontraron grandes fibras con gran apetencia tintorial en el síndrome asociado con ausencia de células germinales.

Efecto de la DOCA sobre la presión arterial.—Los resultados indican que es esencial una ingestión adecuada de potasio para el desarrollo y persistencia de la hipertensión inducida por DOCA, pero el exceso de potasio no potencia el efecto presor de la DOCA. Encuentran además que la DOCA produce una respuesta de presora cuando aumenta la relación sodio/potasio. Se concluye que el ión potasio tiene una relación específica con la hipertensión inducida por DOCA.

Gastroenterology.

27 - 2 - 1954

- Escepticismo en Medicina. J. M. Ruffin.
- * Carcinoma primario del hígado. Una revisión de 18 casos autopsiados. G. F. Cameron.
- * Carcinoma primario del hígado. J. A. Coleman, R. D. Haines y C. Phillips.
- * Ulcera benigna de la curvadura mayor del estómago. B. G. Griffin.
- Manifestaciones hematológicas de la malignidad gástrica metastásica. A. M. Frumin, T. H. Mendell y D. R. Meranze.
- Efecto del atiroïdismo e hipotiroidismo experimentales sobre la secreción gástrica en la rata. D. C. H. Sun, H. Shay, H. Siplet y N. Gruenstein.
- * Obstrucción del intestino delgado por cálculos biliares. Una revisión de la literatura y presentación de tres casos. W. J. Ford y J. W. Clay.

- * Carcinoma gástrico del estoma gastroeyunal. M. A. Freedman y C. J. Brene.
- Investigación de las espiroquetas en la mucosa gástrica humana. E. D. Talmer.
- Una evaluación de la gastroscopia. A. P. Klotz, J. B. Kirsner y W. L. Talmer.
- Una complicación rara de la biopsia hepática por punción. A. A. Kaplan, A. Frogest y H. L. Bockus.
- * Líquido ascítico hemorrágico en la cirrosis del hígado. W. Mandel y A. Remenichik.

Carcinoma primario del hígado.—El autor revisa los protocolos de 18 casos autopsiados de carcinoma primario del hígado. La enfermedad se presentó con mayor frecuencia en la raza caucasiana y se está viendo con frecuencia progresiva en el hospital donde trabaja en los últimos años. El tumor suponía un porcentaje mayor de las malignidades vistas en la autopsia comparativamente a lo que señala la incidencia de la literatura americana. Se vieron hepatomas sin existir simultáneamente cirrosis y en la mayoría de los casos se apreciaron metástasis; las metástasis pulmonares se asociaron invariabilmente con derrame pleural. Las características microscópicas de las lesiones primarias y metastásicas del hígado se indican generalmente por el anatómopatólogo que la fuente es una lesión de origen indeterminado. Termina diciendo que aunque las manifestaciones clínicas y las pruebas de función hepática son frecuentemente muy evidentes, muy a menudo son inespecíficas y es difícil llegar al diagnóstico si no se hace la biopsia.

Carcinoma primario de hígado.—Señalan los autores que aunque se considera al carcinoma primario del hígado como un problema médico raro, comunicaciones de casos aislados, o incluso series de casos, indican que no es tan raro como se pretendía; sin embargo, la incidencia de este proceso está muy por debajo del 1 por 100. Presentan 23 casos de carcinoma primario del hígado clasificado microscópicamente, incluyendo 21 carcinomas primarios de células hepáticas, un colangioma y un tipo mixto. Se afectaron todos los grupos de edad y los varones sobrepasaron a las hembras en la proporción de 18 a 5. Aunque 19 enfermos solicitaron asistencia médica en el plazo de seis meses después del comienzo de los síntomas, sólo cuatro estaban vivos a los ocho meses de la iniciación de su cuadro. Añaden que no hay establecidos agentes o factores etiológicos en el carcinoma primario del hígado; sin embargo, esta enfermedad debe sospecharse en aquellos enfermos con dolores abdominales y hepatomegalia y evidencia de empeoramiento precoz del estado general. Subrayan que hay dos hallazgos radiográficos que pueden ser de ayuda diagnóstica, y son la calcificación intrahepática y el abultamiento y elevación del hemidiafragma derecho. También existen dos características raras, como son una tendencia a metastatizar en el esqueleto sin otras metástasis orgánicas y una tendencia a invadir los canales venosos abdominales. Como el carcinoma puede desarrollarse en el hígado no cirrótico, un punto de diagnóstico diferencial puede ser la rápida declinación del enfermo con carcinoma frente a la declinación más lenta del enfermo con cirrosis independiente. Desgraciadamente, la sintomatología y los estudios de laboratorio tienen poco valor para establecer un diagnóstico precoz y la terapéutica es de muy poca ayuda; sin embargo, si se sospecha la malignidad hepática primaria está indicada una biopsia precoz o, si es posible, la exploración quirúrgica. Después del comienzo la enfermedad lleva un curso muy rápido y la vida es de muy corta duración.

Ulcera benigna de la curvadura mayor del estómago.—El autor revisa la literatura en relación con las úlceras benignas de la curvadura mayor del estómago. Se han comunicado previamente 32 de tales casos en adición a los 24 de las series de autopsia de Boudreau. Presenta tres casos adicionales de su observación personal. Señala que el hallazgo de una úlcera benigna en la curvadura mayor del estómago es todavía un suceso francamente raro, pero la evidencia va acumulando pruebas sobre la inseguridad de la creencia, general-

mente aceptada, de que las úlceras de la curvadura mayor son casi siempre malignas. Aunque la región debe todavía considerarse como potencialmente peligrosa con respecto a la malignidad, el estudio clínico cuidadoso y completo puede demostrar un aumento creciente en el porcentaje de las lesiones benignas correctamente diagnosticadas en dicha localización.

Obstrucción del intestino delgado por cálculos biliares.—Los autores presentan tres casos de obstrucción intestinal por cálculos biliares que no habían sido diagnosticados preoperatoriamente. En uno de ellos, la lesión del yeyuno, que parecía ser un cáncer, demostró corresponder a un gran cálculo biliar con marcado edema y engrosamiento de la pared intestinal. Añaden que si la obstrucción calculosa se diagnostica precozmente, debe considerársela en todos los casos de obstrucción intestinal mecánica, especialmente en las enfermas ancianas, cuando no existe otra etiología demostrable. Se halla una historia de colecistitis o coletiásis previa en aproximadamente el 50 por 100 de los casos, y cuando este diagnóstico se sospecha, los métodos radiológicos son confirmatorios. El diagnóstico precoz, seguido de una energética reparación de la deshidratación y el desequilibrio electrolítico, descompresión rápida e intervención operatoria precoz, con sangre total en cantidades adecuadas, son los procedimientos que consiguen reducir la mortalidad; si estas medidas se llevan a cabo para la obstrucción mecánica de etiología no determinada, podrá llegarse a un tratamiento satisfactorio de la obstrucción por cálculos biliares no diagnosticada. Hay frecuentemente un falso sentido de seguridad y una tentación injustificada de demorar la intervención después de que las medidas conservadoras han ocasionado una mejoría en la obstrucción mecánica; esto es efectivamente cierto, y así ocurrió en sus dos últimos casos. Cuando la pared intestinal está edematosa y hay una inflamación activa local, es aconsejable resecar el segmento lesionado que contiene el cálculo y realizar una anastomosis término-terminal más bien que una enterostomía a través de una pared intestinal de viabilidad cuestionable. Terminan diciendo que el tratamiento quirúrgico precoz de las enfermedades biliares crónicas con coletiásis suprimirá dicha complicación, en la que la mortalidad viene a ser aproximadamente del 50 por 100.

Cáncer gástrico de la boca gastroyeyunal.—Con motivo de la observación de tres casos personales y de la revisión de la literatura, los autores subrayan que el desarrollo de un cáncer sobre una boca gastroyeyunal de larga duración es una secuela rara, pero significativa clínicamente de las operaciones realizadas por úlcera benigna gástrica o duodenal. Subrayan que como puede imitar a la úlcera benigna gastroyeyunal, debe tenerse presente siempre la posibilidad del cáncer, en todos los enfermos que tienen molestias ulcerosas después de la gastroenterostomía o de la resección gástrica.

Líquido ascítico hemorrágico en la cirrosis del hígado.—Señalan los autores que en muchas ocasiones se aprecia la existencia de un líquido ascítico de carácter hemorrágico en la primera parte de la punción, posiblemente por lesión de algún segmento venoso dilatado de la circulación colateral, pero que en la segunda parte el líquido se hace ya claro. Presentan el caso de un enfermo en el que el líquido ascítico era hemorrágico en su conjunto y consideran que éste es un fenómeno que, aunque raro, puede presentarse en el curso de la cirrosis del hígado. Piensan que el trauma en presencia de un déficit de protrombina es la causa del fenómeno an-

- * Experiencia clínica con los anticoagulantes cumarínicos warfarin y warfarin sódico. D. V. Clatanoff, P. O. Triggs y O. O. Neyer.
- Porfiria. G. A. Schwarz y J. A. L. Moulton.
- * Alteraciones radiológicas en la esclerodermia generalizada. J. A. Boyd, S. I. Patrick y R. J. Reeves.
- Efectos cardíacos peligrosos del tetraetilurano disulfuro (antabuse) en el alcoholismo. E. S. McCabe y W. W. Wilson.
- * Periarteritis (poliarteritis) nodosa produciendo intususcepción. H. J. Zimmerman, W. P. Kleitsch, A. M. Greene y H. F. McFadden Jr.
- Progresos en Medicina interna: Enfermedades infecciosas. H. A. Reimann.
- * Hipernefroma extrarrenal. A. Weisberg y G. Strenger.
- Púrpura trombocitopénica asociada con enfermedad por arañazo de gato. J. P. Belber, A. E. Davis y E. H. Epstein.
- * Insuficiencia suprarrenal aguda. W. A. Keitzer y P. E. Cheek.

Determinación de los enzimas sanguíneos en las enfermedades pancreáticas.—Los autores revisan y valoran los datos comunicados en la literatura sobre las llamadas pruebas provocadoras de los enzimas sanguíneos sugeridas para el diagnóstico en las enfermedades pancreáticas. Presentan un estudio experimental sobre las respuestas de la amilasa sanguínea a la morfina, secrina, mecholín y urecholina, bien aisladamente o en combinación, en 192 enfermos con y sin enfermedad pancreática demostrada. Un análisis de los resultados de esta investigación conduce a la conclusión de que las pruebas basadas en la respuesta de los enzimas del suero no tienen ningún valor en el diagnóstico de las enfermedades pancreáticas.

Experiencia clínica con warfarin.—Los autores han utilizado el warfarin sódico por vía intravenosa y encuentran que provocó una hipoprothrombinemia terapéutica con seguridad y eficacia en 20 enfermos; el warfarin o el warfarin sódico por vía oral produjo una hipoprothrombinemia electiva en 16 enfermos, con un tiempo similar de comienzo y duración. La dosis inicial para cada droga fué de 1 mg. por kilo de peso; sin embargo, han llegado a la conclusión de que la dosis inicial no debe exceder de los 75 mg. independientemente del peso corporal. No encuentran ventajas en el empleo del warfarin sódico intravenoso sobre el warfarin o el warfarin sódico por vía oral, excepto cuando el enfermo tiene vómitos o no tolera la medicación oral; no obstante, piensan que en enfermos ocasionales la administración intravenosa de esta droga tiene un puesto en la terapéutica. El mantenimiento de una hipoprothrombinemia terapéutica se consiguió con facilidad en 21 enfermos utilizando el warfarin o el warfarin sódico por vía oral; no encuentran ventajas del warfarin sobre el warfarin sódico. Como con otros compuestos 4-hidroxicumarínicos, se producía ocasionalmente una hematuria microscópica como manifestación tóxica, cosa que hay que tenerla presente, tanto por el fenómeno citado como por otros signos de hemorragia. Concluyen diciendo que la vitamina K, es un antídoto muy eficaz contra la hipoprothrombinemia provocada por el warfarin o el warfarin sódico.

Alteraciones radiológicas en la esclerodermia generalizada.—Los autores presentan una revisión de 63 casos de esclerodermia, con especial atención a las manifestaciones radiológicas de esta enfermedad. En 57 casos en los que se hizo el estudio radiológico, 45 mostraron gran evidencia morfológica de la enfermedad en las radiografías. La incidencia de radiografías positivas en los casos estudiados fué la siguiente: pulmones, 44 por 100; tracto gastrointestinal, 70 por 100; huesos, 59 por 100; tejidos blandos, 87 por 100, articulaciones, 54 por 100; corazón, 40 por 100, e hígado o bazo o ambos, 44 por 100. Intentan una correlación del aspecto radiológico con el proceso anatopatológico básico esencial, basándose en el trastorno del colágeno asociado con las diversas alteraciones vasculares que existen en dicha enfermedad. Llaman la atención sobre este fenómeno de la alta incidencia de radiografías positivas en la esclerodermia generalizada y admiten que la incidencia puede ser más alta si se realizan estudios más completos, particularmente en la esclerodermia generalizada con afectación visceral.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

94 - 2 - 1954

Infecciones estafilococicas y el problema de los estafilococicos resistentes a los antibióticos. W. W. Spink.
Evaluación de las pruebas provocadoras de enzimas sanguíneas empleadas en el diagnóstico de las enfermedades del páncreas. D. A. Dreiling, A. Richman y A. Klein.

Intususcepción por periarteritis nodosa.—Los autores comunican dos enfermos en los que las lesiones de angeitis visceral afectando al ciego provocaron una intususcepción cecal. En uno de ellos el diagnóstico de periarteritis nodosa se estableció por los estudios clínicos, de laboratorio e histopatológicos; en el otro, los rasgos clínicos y histológicos, aunque no eran claramente los de la periarteritis nodosa, fueron incluidos en la categoría de la angeitis visceral.

Hipernefroma extrarrenal.—Después de una breve revisión de la literatura sobre el hipernefroma extrarrenal, los autores describen un caso de un gran carcinoma que ocupaba la mayor parte del abdomen y que por no afectar directamente al riñón no producía signos renales como hematuria, etc. Despues de la extirpación el enfermo sigue totalmente bien, al cabo de dos años, sin evidencia de metástasis, lo que probablemente se debía a la existencia de una cápsula fibrosa densa que delimitaba perfectamente el tumor.

Púrpura trombocitopénica asociada a la enfermedad por arañazo de gato.—Los autores describen un caso de púrpura trombocitopénica asociada y posiblemente secundaria a una enfermedad por arañazo de gato. La trombocitopenia y la tendencia hemorrágica no respondieron a la administración de cortisona y ACTH, pero se vió una curación aparente después de la esplenectomía, continuando normal el enfermo seis meses después. Se produjo una rápida desaparición, en cambio, de la linfadenopatía de la enfermedad por arañazo de gato después de la terapéutica con corticotropina.

Insuficiencia suprarrenal aguda.—Los autores describen el caso de una enferma de treinta y tres años en la que el tratamiento con cortisona a la dosis de 50-75 miligramos diarios desde 1951 había controlado su colitis ulcerosa, la anemia secundaria y las lesiones bulbosas cutáneas. La sustitución por hidrocortisona provocó una reactivación de su colitis y de las lesiones cutáneas y, aparentemente después de un stress agudo de vómitos y diarrea, se desarrolló una insuficiencia suprarrenal aguda. Concluyen que aunque las dos drogas pueden tener los mismos efectos fisiológicos, sus efectos depresores sobre las secreciones suprarrenales pueden ser diferentes. Sugieren que al cambiar de la terapéutica con cortisona a la de hidrocortisona, la dosis de la primera debe irse descendiendo gradualmente al mismo tiempo que se inicia la de hidrocortisona.

The American Journal of the Medical Sciences

228 - 2 - 1954

El valor de los balistocardiogramas laterales en la diferenciación de la tortuosidad aórtica de la disfunción miocárdica. W. Dock.

- Selección de los enfermos para la terapéutica anticoagulante en el infarto miocárdico. H. I. Russek y B. L. Zohman.
- Empleo de apresolina en el tratamiento de la hipertensión presentada precozmente en el embarazo. F. A. Finneran Jr.
- Enfermedad pulmonar por klebsiellas. W. Weiss, G. M. Elsenberg, J. D. Alexander Jr. y H. F. Flippin.
- Producción experimental de tos en sujetos humanos inducida por aerosoles de ácido cítrico. Estudios preliminares sobre la evaluación de los agentes antitusigenos. H. A. Bickerman y A. L. Barach.
- Tetraciclina: Estudios clínicos y farmacológicos. W. S. Waddington, G. G. Bergy, R. L. Nielsen y W. M. M. Kirby.
- Estudios clínicos sobre un agente antiemético: clorpromazina. J. H. Moyer, B. Kent, R. W. Knight, G. Morris, M. Dizon, S. Rogers y C. S. Purr.
- Concomitancia de adenomas múltiples de las paratiroides y de los islotes pancreáticos con tumor de la hipófisis: Un síndrome con incidencia familiar. M. P. Moldawer, G. L. Nardi y J. W. Raker.
- Actividad coagulante de los eritrocitos humanos: Aplicaciones teóricas y clínicas. A. J. Quick, J. G. Georgatsos y C. V. Hussey.
- Empleo satisfactorio de un inhibidor de la carbónico-anhidrasa como diurético oral. T. E. Cardillo, E. W. Mullin, L. M. Schiffer y R. H. Lyons.

Anticoagulantes en el infarto miocárdico agudo.—Los autores presentan un análisis de los resultados en 122 casos de "buen riesgo" de infarto miocárdico agudo, que fueron tratados con medidas conservadoras sin drogas anticoagulantes. La decisión de no emplear la terapéutica anticoagulante se tomó en el momento del primer examen el día del ingreso en el hospital y se basó en cada caso en la ausencia de los signos pronósticos malos. Durante todo el período del estudio se mantuvo una investigación cuidadosa en cuanto a la evidencia de complicaciones trombóticas o tromboembólicas. Llegan a las siguientes conclusiones: 1) Seis de los 122 enfermos murieron durante el período de hospitalización, con una mortalidad total del 4,9 por 100. La mortalidad para los 119 supervivientes más de las primeras veinticuatro horas del ataque fué sólo del 2,5 por 100. El análisis de las causas de la muerte demostró que la mortalidad evitable bajo una terapéutica anticoagulante ideal habría sido por lo menos 0,8 por 100 en este grupo de enfermos. 2) Se presentaron fenómenos tromboembólicos clínicos en sólo cuatro enfermos, incidencia del 3,3 por 100; en dos de los cuatro enfermos el diagnóstico de la complicación fué sólo presuntiva; en el total de los casos no se vió ni un sólo ejemplo de embolia cerebral o arterial periférica. 3) Los hallazgos confirman la validez de los datos y conclusiones previas derivados de un estudio retrospectivo de los protocolos del hospital, que recogían 489 casos de "buen riesgo"; demuestran, contrariamente a lo que se acepta, que en tales casos puede predecirse con gran seguridad el pronóstico, particularmente cuando la supervivencia va más allá de los primeros días desde el comienzo de los síntomas. 4) Todas las comunicaciones en la literatura hasta la fecha en relación con el pronóstico en los casos de "buen riesgo", demuestran claramente que la mortalidad en tales grupos no se influencia significativamente por la terapéutica anticoagulante. La incidencia de complicaciones hemorrágicas y la muerte por los anticoagulantes, incluso prescritos por los investigadores más competentes, contrarresta cualquier beneficio que podría obtenerse con la terapéutica en los casos leves; por lo tanto, el presente estudio confirma la practicabilidad y justificación de la clasificación pronóstica como un medio de seleccionar los enfermos para la terapéutica anticoagulante en el infarto miocárdico agudo. 5) Estiman que no más del 30 por 100 de todos los enfermos con este proceso representan candidatos adecuados para la terapéutica anticoagulante; no obstante, el valor de dicho tratamiento en casos de "mal riesgo" seleccionados adecuadamente no debe menguarse de ninguna de las maneras. 6) Obtienen la confirmación de los hallazgos previos de que la edad no juega ningún papel en el pronóstico inmediato de un ataque clínico de intensidad conocida; el aspecto clínico inicial del enfermo, independientemente de la edad, constituye, por lo tanto, el mejor índice para su curso futuro y el factor decisivo en relación a la necesidad de la terapéutica anticoagulante.

Enfermedad pulmonar por Klebsiellas.—Los autores refieren una alta incidencia de casos de enfermedad pulmonar asociados con la Klebsiella pneumoniae en el espacio durante el invierno de 1952-1953 en el Philadelphia General Hospital. Las enfermedades pulmonares por este germen vienen siendo diagnosticadas con mayor frecuencia en el último decenio y se ha sugerido que, incluso, algunos casos del llamado absceso pulmonar específico pueden deberse al mismo. La razón del aumento en la incidencia puede estar en un mejor diagnóstico, tanto clínico como bacteriológico, pero en algunos casos estaría en el trastorno de la homeostasis bacteriana por el empleo habitual de antibióticos como la penicilina, con la superinfección resultante por la Klebsiella pneumoniae. Los casos que presentan son muy similares a otros citados en la literatura de neumonía por dicho germen, esto es, tendencia a la cronicidad de la enfermedad con resolución retardada, cavitación residual y fibrosis, leucopenia y una predilección por los varones de edad media. El cuadro clínico es variable, pero algunos casos típicos se asocian con gérmenes dis-

rintos de los tipos A y B. Los estudios "in vitro" sugieren que el mejor régimen terapéutico es una combinación de aureomicina, terramicina y cloranfenicol. Terminan diciendo que el diagnóstico de la enfermedad pulmonar por Klebsiella es difícil y requiere un aclaramiento ulterior clínico y bacteriológico.

Producción experimental de tos y evaluación de los antitusígenos. — Los autores describen un método de provocar una tos natural, experimentalmente, en sujetos humanos por la inhalación de aerosoles irritantes, consistentes en ácido cítrico al 5 y 10 por 100. Se produjo una respuesta tisígena constante en dos grupos seleccionados, constituidos por 21 sujetos normales y siete enfermos con asma bronquial bien controlada; las pruebas se repitieron a intervalos de una a cuatro semanas durante un periodo de dos a nueve meses. Se hizo un total de 219 pruebas en sujetos normales y 177 en los asmáticos con diferentes agentes, entre los que utilizaron placebos, codeína, narcotina, n-allinormorfina y d-isometadona. La codeína a la dosis de 30 mg. produjo una reducción significativa de la tos en comparación con el control, mientras que los placebos no mostraron alteraciones en la respuesta antitusígena. En ambos grupos, sólo la narcotina poseía una actividad antitusígena significativamente mayor que los 30 miligramos de codeína, mientras que la nallina a la dosis de 30 mg. daba una respuesta similar a la codeína. La d-isometadona y 5 mg. de nallina no suprimieron la tos o sólo un ligero descenso. Estos estudios preliminares indican, a juicio de los autores, la propiedad de aplicar este método para la valoración de la actividad antitusígena de una amplia variedad de drogas.

Tetraciclina. — Los autores han realizado estudios de laboratorio y clínicos con la tetraciclina con el fin de estudiar la estabilidad del antibiótico, las concentraciones en el suero después de la administración oral e intravenosa, la eficacia clínica y los efectos tóxicos en enfermos y voluntarios. La estabilidad de la tetraciclina en solución acuosa es similar a la de la terramicina a temperaturas que oscilan entre 20° bajo cero y 25°; a la temperatura del cuerpo, la tetraciclina es algo más estable que la terramicina. Las concentraciones en el suero son bajas después de dosis iniciales de 0.25-0.5 gr. por vía oral, pero aumentan ulteriormente, alcanzando una meseta después de la segunda a la cuarta dosis; los niveles más altos se obtienen con la administración de 0.5 gr. por vía intravenosa en un periodo de treinta minutos y permanecen concentraciones efectivas en la sangre durante más de seis horas. Cuando se administran 0.5 gr. en un litro de líquido durante un periodo de seis horas, las cifras en sangre son comparables a las que se obtienen con dosis múltiples de 0.5 mg. por vía oral. Tanto por vía oral como por la intravenosa, las cifras en sangre son comparables a las que se observan con dosis similares de terramicina y aureomicina. La respuesta clínica en enfermos con neumonía bacíferiana, infecciones urinarias y broncopulmonares fué comparable en todos los aspectos a lo que se observa con la terramicina y aureomicina. Los tipos de reacciones desfavorables y la frecuencia con que se encontraron eran también comparables a lo que se presenta con dichas drogas. Experimentos controlados con 22 enfermos y 20 voluntarios no revelaron diferencias notables en la incidencia de efectos tóxicos en relación a la terramicina.

Cloropromazina como antiemético. — Señalan los autores que la cloropromazina es un agente efectivo en el bloqueo del mecanismo de las náuseas y los vómitos sin efectos colaterales prohibitivos. Sin embargo, añaden que antes de utilizar la droga debe establecerse la causa de las náuseas y los vómitos, pues de otra manera pueden quedar oscurecidos procesos clínicos graves a causa del amplio espectro de eficacia de dicho agente. No hay evidencia hasta el momento actual que indique que la droga tiene efectos desfavorables peligrosos, aunque uno de más de 500 enfermos a los que se dió la droga desarrolló una ictericia sin evidencia de laboratorio de lesión hepatocelular. Las dosis iniciales se aso-

ciaron frecuentemente con sensación vertiginosa y en algunos casos con hipotensión ortostática; por lo tanto, cuando se administre cloropromazina la dosis inicial o las dos primeras deben administrarse con el enfermo en situación tumbada; si la sensación vertiginosa se produce cuando el enfermo está en pie, se controla fácilmente colocando al enfermo en posición supina durante un corto periodo de tiempo.

Adenomas múltiples de las paratiroides e islotes pancreáticos con tumor en la hipófisis. — Los autores describen dos casos de adenomas paratiroides múltiples en un padre y su hija; además, el padre tenía evidencia de un tumor hipofisario y la hija tenía hiperinsulinismo y dos adenomas de células insulares del páncreas. Presentan también un tercer caso de concomitancia de acromegalia e hiperparatiroidismo. El cuarto caso, en el que se encontraron en la autopsia un pequeño adenoma paratiroides y un gran tumor de células insulares, sin evidencia clínica previa de ser funcionantes, completa los casos de dicho síndrome observados en el Massachusetts General Hospital. Sugieren que no hay una relación etiológica funcional entre dichos tumores, pero que su coexistencia se debe más verosimilmente a influencias genéticas indeterminadas. Subrayan, por último, la verosimilitud de hallar más de un tumor paratiroides o pancreático en individuos en los que se sabe tienen adenomas endocrinos múltiples.

Un inhibidor de la carbónico anhidrasa como diurético por vía oral. — Los autores han ensayado el diamox (2-acetilamino-1, 3, 4-tiadiazol-5-sulfonamida), un inhibidor de la carbónico anhidrasa, y comprueban que constituye un diurético por vía oral muy eficaz. Posee un alto grado de potencia diurética sin ninguna irritación local y sólo una mínima toxicidad general. Obtiene una curva de respuesta en relación a la dosificación y la encuentran favorable en comparación a diferentes dosis de tiomerina con la pérdida de peso en cuarenta y ocho horas producida por cada droga; observan que la tiomerina produce una respuesta lineal típica, mientras que el diamox proporcionó una respuesta uniforme por encima de la dosis de 250 mg.

228 - 3 - 1954

Capacidad de los enfermos con heridas graves para producir anticuerpos. P. W. Havens Jr., D. G. Bock e I. Siegel.

• Efecto del benemid sobre la eliminación de fosfatos y otros procesos metabólicos. C. L. Spurr, R. V. Ford y J. H. Moyer.

• Medidas de la reabsorción procentual del fósforo en el riñón en el diagnóstico del hiperparatiroidismo. M. Schaaf y L. H. Kyle.

Anticoagulante antitromboplástico circulante: Ineficacia de la cortisona y corticotropina. M. V. Torregrosa, F. Ramos-Morales, E. Pons Jr., A. M. de Andino Jr. y R. S. Díaz Rivera.

Estudios cardiovasculares durante la infección del tracto respiratorio superior en sujetos normales. H. J. Kowalski, D. D. Rutstein y W. E. Reynonbs.

Una comparación de la tolerancia del perro normal y el perro con infarto miocárdico a un mercurial orgánico (mercurofilina). Un estudio de los electrolitos del suero y de los músculos. E. Lechner, H. Núñez, P. Nemir Jr. y S. Bellet.

Un estudio de las alteraciones electrocardiográficas semejantes producidas en dos infartos miocárdicos anteriores consecutivos. H. A. Flack, J. A. Mart y C. C. Naher.

Estudios microbiológicos de la sangre venosa porta y hepática en el hombre. A. Coblenz, K. H. Kelly, L. Fitzpatrick y H. R. Biernan.

• Ácido cítrico del suero en la enfermedad de Paget. B. Kissin y N. Kreger.

• Ciertas observaciones sobre la eliminación de sodio en la enfermedad renal avanzada. R. A. Neubauer, J. Mage y L. Bunsmore.

• Pruebas hepáticas en el carcinoma metastásico del hígado. R. L. Simons.

Efecto del benemid sobre la eliminación de fosfatos y otros procesos metabólicos. — HOFFMAN y cols. demuestran que los enfermos hipoparatiroides durante la terapéutica con benemid presentaron un descenso de la concentración de fosfatos en el suero, seguido de un aumento muy lento en el calcio del suero, y sugirieron que esta acción podría observarse en ausencia del efecto

to regulador paratiroides. A causa de la posible significación bajo el tratamiento prolongado con benemid de este efecto sobre la eliminación de fosfatos en diversas enfermedades, así como también en los enfermos gatos, los autores han realizado el presente estudio, tomando siete enfermos con gota y otros siete sin gota, observándolos bajo condiciones controladas metabólicamente en cuanto a las alteraciones en el nitrógeno, fósforo, sodio, potasio y ácido úrico; determinan también la función renal por medio de las técnicas de aclaramiento y la excreción renal del para-aminohipurato por medio de la técnica del cateterismo intravenoso. En dichos enfermos con función paratiroides normal no han podido observar efectos significativos sobre la eliminación fecal o urinaria de los fosfatos como consecuencia de la administración del benemid. Presentan además evidencia del efecto de dicha droga en el refuerzo del aclaramiento de uratos y la depresión de la eliminación por el riñón del para-aminohipurato. Confirman, por último, la ausencia de efectos sobre los balances de nitrógeno, sodio y potasio.

Medida de la reabsorción procentual del fósforo en el riñón en el diagnóstico del hiperparatiroidismo.—Los autores encuentran en sujetos controles que la reabsorción procentual del fósforo en el riñón asciende a un valor medio de 91.3 ± 3.3 por 100. En tres casos de hiperparatiroidismo primario la reabsorción renal del fósforo dió un promedio de 58 por 100. La elevación del calcio del suero en sujetos normales no modificó la reabsorción procentual normal del fósforo en el riñón; sin embargo, la adición de hormona paratiroides a la infusión de calcio produjo un descenso en la reabsorción procentual a niveles similares a los que se ven en el hiperparatiroidismo. Un caso de hiperparatiroidismo primario con insuficiencia renal moderada mostró un rápido aumento en la reabsorción procentual de fósforo en el riñón desde niveles bajos a valores supernormales, inmediatamente después de la extirpación de un adenoma paratiroides sin mejoría aparente en la función renal. Concluyen diciendo que la medida de la reabsorción procentual de fósforo en el riñón es aplicable al diagnóstico del hiperparatiroidismo primario.

Ácido úrico del suero en la enfermedad de Paget. Los autores han encontrado cifras altas de ácido úrico en el suero en nueve de 15 enfermos con enfermedad de Paget. De 12 enfermos en los que se realizó la prueba de tolerancia a la glucosa, en cinco se observó una curva anormal. Los autores concluyen que la presencia de cifras elevadas en sangre del ácido úrico en el 60 por 100 de los sujetos con enfermedad de Paget no va en favor ni en contra de la teoría del carácter metabólico de la citada enfermedad, pero que proporciona un nuevo instrumento para su estudio.

Eliminación de sodio en la enfermedad renal avanzada.—Los autores han estudiado la eliminación urinaria de sodio en 19 casos con enfermedad renal avanzada durante períodos de restricción de sal o de privación. Los mecanismos de conservación del sodio persistían en diferentes grados. Independientemente del grado y tipo de la patología renal en sus casos, el sodio puede manejarse de una manera aproximadamente normal cuando se administra como lactato sódico hipertónico.

Pruebas de función hepática en el carcinoma metastásico del hígado.—Los autores han estudiado los protocolos de autopsia de 73 casos de carcinoma metastásico con y sin ictericia, con el fin de relacionar la presentación de metástasis en el hígado con alteraciones en la floculación de la cefalina, turbidez del timol, fosfatasa alcalina y gamma globulina del suero. Aproximadamente la mitad de los casos estudiados tenían ictericia y aproximadamente la mitad de estos últimos mostraban una obstrucción maligna de los conductos extrahepáticos además de las metástasis en el hígado. La floculación de la cefalina y la turbidez del timol no son normales con la suficiente frecuencia en el enfermo no icterico como para tener una significación diagnóstica.

Cuando existe ictericia, pero exclusivamente por la presencia de metástasis, no hay alteraciones significativas en la frecuencia o grado de la anormalidad de ambas pruebas. La gamma globulina del suero y la fosfatasa alcalina están frecuentemente elevadas en el enfermo no icterico con afectación metastásica moderada o extensa del hígado; sin embargo, ninguna de las pruebas refleja satisfactoriamente y de un modo precoz la presencia de metástasis carcinomatosas mínimas en el hígado. La obstrucción maligna de los conductos extrahepáticos con metástasis carcinomatosas asociadas en el hígado debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial del enfermo con ictericia obstructiva de corta duración que muestra unas pruebas de función hepática indicativas de la obstrucción y de lesión hepatocelular.

Annals of Internal Medicine.

41 - 2 - 1954

- Observaciones ulteriores en enfermos con hipertensión grave sometidos a la resección suprarrenal y simpatectomía. W. A. Jeffers, H. A. Zintel, A. G. Hills, J. H. Hafkenschiel, S. B. Langfeld, A. M. Sellers y C. C. Wolferth.
- Colitis ulcerosa: Efectos terapéuticos de la corticotropina (ACTH) y cortisona en 120 enfermos. J. B. Kirsner y W. L. Taimer.
- Tuberculosis atípica del hígado con ictericia. E. A. Cleve, J. R. Gibson y W. M. Webb.
- Síndrome de Budd-Chiari (oclusión de las venas hepáticas): Siete casos. E. D. Palmer.
- Prevención de la embolia cerebral durante la comisurotomía mitral: Resultados en 433 casos consecutivos. H. E. Bolton, J. E. Delmonico Jr. y C. C. Bailey.
- Resultados previos del tratamiento prolongado con estreptomicina y PAS de la tuberculosis pulmonar. R. S. Mitchell.
- Mortalidad en el infarto miocárdico agudo. II. Relación de la edad del enfermo con el pronóstico. S. Schnur. Diversas manifestaciones clínicas de la depresión. S. H. Robertson.
- La edad para la inmunización. F. H. Top.
- Dolor torácico cardiaco y no cardiaco: Un estudio estadístico de los criterios "diagnósticos". A. M. Master, M. L. Jaffe y L. Pordy.
- Concentraciones en el suero de la vitamina B₁₂ en la leucemia aguda. M. F. Beard, W. R. Pitney, E. H. Sanne-man, M. J. Sakol y H. H. Moorhead.
- Tratamiento moderno de la tuberculosis pulmonar: Principios y conceptos. R. A. Godwin Jr.
- Fibroelastosis endocárdica con marcado aumento del tamaño del corazón e insuficiencia en un hombre que murió a la edad de 71 años después de 15 de angina pectoris y dos de insuficiencia congestiva. P. D. White y R. H. Fennell Jr.
- Infarto idiopático del omento: Referencia de dos casos. A. Bauman y P. W. Hoffert.
- Referencia de un caso de púrpura annularis telangiectodes (enfermedad de Majocchi) y su tratamiento con cortisona. I. Kass, P. Sneid y M. Slavin.
- Terapéutica con cortisona en la porfiria hepática de tipo agudo intermitente: Referencia de resultados desfavorables. O. C. Olson y M. H. Stiles.
- Reticuloendoteliosis generalizada (enfermedad de Letter-Siwe) en el varón adulto. A. M. Paull y A. M. Phillips.
- Anemia hemolítica aguda complicando a la mononucleosis infecciosa: Referencia de dos casos. D. H. Appelman y G. B. Gordon.
- Editorial. Algunas observaciones sobre la patogenia del edema cardíaco.

Resección suprarrenal y simpatectomía en la hipertensión grave.—Los autores presentan un nuevo trabajo en relación con el curso clínico de los enfermos con hipertensión grave sometidos a la resección suprarrenal y simpatectomía; revisan 125 enfermos observados durante seis meses a cuatro años y dirigen la atención hacia los 96 enfermos operados con una simpatectomía tipo Adson y adrenalectomía total o subtotal. Durante un máximo de cuatro años de observación el 23 por 100 de los 125 enfermos había muerto y la causa de la muerte en más de la mitad de ellos fué un accidente cerebro-vascular. Presentan evidencia que indica el persistir en las indicaciones y contraindicaciones ya previamente elegidas, subrayando que un fuerte trastorno de la función renal sigue siendo la contraindicación más definida. La respuesta de la presión arterial entre los 96 supervivientes después de la operación la juzgan como excelente en el 44 por 100, buena en el 24 por 100, pobre en el 12 por 100 y fracaso en el 7 por 100. Continúa sien-

de favorable la mejoría en el electrocardiograma (37 por 100), en el tamaño del corazón (34 por 100) y del fondo ocular (46 por 100), y en dichas áreas encuentran pocos signos que hablen en favor de una lesión vascular progresiva después de la operación. En los 96 supervivientes se observó una desaparición de la insuficiencia cardiaca congestiva en el 100 por 100, de la angina pectoris en el 71 por 100 y de las cefaleas en el 70 por 100. Miden la función renal por medio de la prueba de la fenolsulfonftaleína y el nitrógeno ureico en la sangre y encuentran ocasionalmente un empeoramiento progresivo de la función renal sin relación con la respuesta presora postoperatoria; la elevación de la urea por encima de los 20 mg. por 100 en estos enfermos es en ocasiones evidencia de una insuficiencia suprarrenal más bien que renal; hasta la fecha no han encontrado una mejoría inequívoca de la función renal después de la operación. De los 57 enfermos en los que se hizo una adrenalectomía subtotal, 15 (26 por 100) no requieren ahora una terapéutica adrenocortical sustitutiva; el curso de estos 15 enfermos no sugiere que se haya producido una regeneración del fragmento suprarrenal restante. Los enfermos sometidos a una adrenalectomía total requieren diariamente 25-50 mg. de cortisona, 2 miligramos de DOCA y 3-6 mg. de cloruro sódico. Cuando se observa una tendencia progresiva al aumento de peso por dicho régimen, es aconsejable explorar el empleo de otros agentes y esquemas de dosificación. Entre los 96 supervivientes se produjeron las siguientes secuelas con la frecuencia suficiente para llamar la atención: Intolerancia al frío, 19; fenómeno de Raynaud leve, 18; pigmentación de la piel, 21, y fracaso de la eyaculación en 15. De los 15 enfermos que muestran elevaciones persistentes y marcadas de la presión después de la operación, siete han mostrado una mejoría al administrarles drogas del tipo de la protoveratrina, hidralazina y reserpina. Subrayan nuevamente que se trata de un intento experimental que no puede por el momento recomendarse como tratamiento de la hipertensión; no puede llevarse a cabo con seguridad sin un conjunto integrado médico, quirúrgico y de laboratorio y la observación estrecha durante todo el curso postoperatorio. Como en el caso de la simpatectomía, no se puede predecir qué enfermos responderán con mejoría, ni discernir por qué ciertos enfermos con función renal adecuada no han mejorado después de la operación; unos pocos enfermos cuyas respuestas presoras fueron excelentes después de la operación han sucumbido a accidentes vasculares.

ACTH y cortisona en la colitis ulcerosa.—Los autores han administrado ACTH o cortisona a 120 enfermos con colitis ulcerosa moderadamente intensa o grave. Las dosis iniciales fueron para la ACTH 30 u.i. intramusculares cada seis horas (120 unidades por día) y para la cortisona 200-300 mg. por vía oral al día. La respuesta clínica inmediata a la ACTH se juzgó como buena o favorable en 94 de los 108 enfermos tratados y en nueve de los 12 tratados con cortisona; la respuesta comprendía la desaparición rápida de la fiebre, taquicardia, malestar abdominal y diarrea hemorrágica y aumento del apetito y una sensación pronunciada de bienestar; el aspecto proctoscópico del intestino mejoró en la gran mayoría de este grupo; los recuentos de eosinófilos disminuyeron significativamente en 67 de los 72 enfermos examinados. Se produjo una alcalosis en 76 de los 102 enfermos, cuyos electrolitos se midieron repetidamente; hiperglicemia en ocho de 43 enfermos; glucosuria en 25 de 99 y leucocitosis en 62 de 92. Se presentó un edema transitorio en 102 enfermos, redondeamiento de la cara en 81, acné en 69 e hipertensión en 35; en ocho enfermos se desarrolló una alergia a la ACTH; las infecciones complicaron a la terapéutica en 16 casos. Los síntomas recidivaron en 68 de los 94 enfermos que respondieron inicialmente a la ACTH y en seis de los nueve tratados con cortisona que mejoraron inmediatamente; algunas de las recidivas fueron menos intensas que las que precedieron a la terapéutica esteroidea y desaparecieron con el tratamiento médico cuidadoso; algunas de estas recidivas se presentaron inmediata-

mente después de la terminación de la terapéutica. La remisión continuó en 26 de los 94 enfermos tratados con ACTH y en tres de los nueve tratados con cortisona que respondieron completamente; nueve enfermos siguen bien dos y tres años después del tratamiento. Numerosos enfermos adicionales experimentaron recidivas: inmediatamente después del tratamiento han seguido bien ulteriormente durante largos períodos. El ACTH-gel, aunque menos potente que el preparado acuoso, fué clínicamente eficaz en algunos enfermos. La ACTH intravenosa provocó una mejoría notable, e incluso dramática, en 14 enfermos que no respondieron adecuadamente a la ACTH intramuscular. El compuesto F, administrado oralmente en cantidades moderadas a los enfermos, demostró ser menos eficaz que la ACTH y más potente que la cortisona. El estado clínico actual es excelente en 35 enfermos y hay mejoría moderada en 57; 12 no han mejorado, pero continúan el tratamiento médico; nueve enfermos exigieron una colectomía e ileostomía con resultados excelentes o satisfactorios en siete. Hubo siete muertes, cuatro por causas no relacionadas con la terapéutica esteroidea y tres probablemente atribuibles al empleo de la ACTH. En el total de los 120 enfermos, el tratamiento médico controló los síntomas, efectivamente, en el 77 por 100, el 10 por 100 no mejoró pero continuó la terapéutica, el 7 por 100 exigió el tratamiento quirúrgico y el 6 por 100 murió. Concluyen diciendo que la ACTH y la cortisona no curan específicamente la colitis ulcerosa, no impiden las recidivas ni sustituyen a los métodos establecidos de tratamiento, pero que, no obstante, cuando se administra en cantidades suficientes y teniendo presente las diversas complicaciones de la terapéutica esteroidea, así como de la propia enfermedad, las hormonas constituyen un adjunto terapéutico muy útil.

Tuberculosis atípica del hígado con ictericia.—Declaran los autores que la tuberculosis del hígado con ictericia es una eventualidad rara y presentan cuatro casos con hallazgos no habituales. Las manifestaciones más frecuentes eran ictericia de grado leve o moderado, febrícula, escalofríos, hepatomegalia y malestar abdominal. En la mayoría de los casos el proceso no se diagnostica antes de la laparotomía o del examen necrópsico. Proponen el término de tuberculosis atípica del hígado para designar la afectación exclusiva o principal del hígado por la infección tuberculosa cuando hay manifestaciones clínicas de enfermedad hepática. En la literatura se han registrado varios casos de resultados satisfactorios con la terapéutica estreptomicínica de la tuberculosis del hígado y en dos de sus casos hubo una respuesta dramática a dicha droga y los enfermos continúan aparentemente bien siete meses y un año, respectivamente, después de la terminación de la terapéutica. Terminan diciendo que con el diagnóstico precoz y la terapéutica adecuada con las actuales drogas antituberculosas, el pronóstico en la tuberculosis atípica del hígado no es tan malo como anteriormente.

Síndrome de Budd-Chiari.—El autor comunica siete casos confirmados de síndrome de Chiari en los cuales pudo demostrarse que la lesión productora del síndrome está ocasionada por un carcinoma del páncreas en dos casos y en los restantes correspondía a un hepatoma, reticulosarcomatosis del abdomen, leiomiosarcoma del estómago, leucemia mieloide crónica y cirrosis portal. Con motivo de estos siete casos el autor hace una revisión muy detallada de todas las circunstancias etiológicas potenciales que pueden conducir a la presentación del cuadro.

Prevención de la embolia cerebral durante la comisurotomía mitral.—Los autores insisten en la técnica previamente descrita por ellos sobre la prevención de embolias cerebrales durante la cirugía de la válvula mitral. Añaden que los resultados de la aplicación de esta técnica demuestran una reducción en la incidencia de embolias cerebrales desde el 5.1 por 100 en el grupo de casos anteriores a la aplicación de dicha técnica con un total de 235 enfermos, al 2.3 por 100 en los siguientes

433 casos consecutivos; esta incidencia podría reducirse al 1,8 por 100 si no hubiera sido porque el asistente fracasó en la aplicación adecuada de la técnica. La mortalidad en el grupo en el que no se aplicó la protección cerebral fué del 3,4 por 100, en comparación de una mortalidad del 1,8 por 100 en el grupo en que se aplicó la protección contra la embolia cerebral.

Tratamiento con estreptomicina y PAS de la tuberculosis pulmonar.—Declara el autor que los resultados previos del tratamiento prolongado con estreptomicina y PAS de la tuberculosis pulmonar han sido muy favorables en 331 enfermos consecutivos así tratados entre 1949 y 1954. El éxito con el tratamiento original a base de estreptomicina y PAS está en relación aparentemente, por lo menos en parte, con la evitación de interrupciones en la terapéutica, la extensión de la lesión y la administración prolongada. Si una cavidad está en trance de desaparecer durante el tratamiento prolongado con estreptomicina y PAS, esto ocurriría en el plazo de seis a ocho meses; si los cultivos están normalizándose, esto ocurriría así en el plazo de cinco a seis meses. La terapéutica previa con PAS y la resistencia "in vitro" a esta droga tienen una influencia tan adversa sobre los resultados con el tratamiento prolongado de ambas drogas, como la terapéutica previa con estreptomicina y la resistencia "in vitro" a esta droga. Termina diciendo que la significación de las recidivas "parciales" después de un tratamiento prolongado aparentemente seguido de éxito, todavía sigue sin poderse determinar.

Mortalidad del infarto agudo de miocardio en relación con la edad.—Discute el autor el problema de la relación de la edad del enfermo con el pronóstico en el infarto agudo de miocardio. Investiga este problema utilizando una técnica recientemente propuesta que permite la determinación cuantitativa de la intensidad de la enfermedad en el momento del ingreso en el hospital. Los principales hallazgos fueron: a) Los enfermos que ingresaron en el hospital con un proceso grave eran generalmente más viejos que los que ingresaban con un proceso leve, y este factor es primariamente responsable de la observación de que los índices de mortalidad más altos se encuentran en los grupos con enfermedad más avanzada. b) A igualdad de gravedad al ingreso, una comparación de la mortalidad a diferentes cifras de edad revela una mortalidad ligeramente más alta en los enfermos de más edad, lo que posiblemente puede deberse a un índice de mortalidad progresivamente creciente, pero inespecífico, asociado con el avance de la edad. c) La edad del enfermo "per se" no es de valor para predecir la curación de esta enfermedad en aquellos que ingresan en el hospital con proceso leve o crítico; tiene probablemente un valor limitado a los enfermos con proceso grave y, por último, es de un valor definido para todos los enfermos con edad superior a los 75 años. d) En general, la edad del enfermo es decididamente un factor pronóstico menos importante que la determinación de su estado al ingreso o el aspecto durante el curso de la enfermedad de los estados clínicos específicos conocidos por afectar adversamente al pronóstico.

Concentraciones de vitamina B₁₂ del suero en la leucemia aguda.—El haberse preconizado por algunos autores el tratamiento de la leucemia aguda con vitamina B₁₂ ha movido a los autores a determinar las concentraciones en el suero de dicho factor en 20 casos de leucemia aguda. Encuentran en 11 casos de leucemia linfocítica aguda una concentración normal en el suero y seis casos de leucemia mieloide aguda exhibieron unas concentraciones grandemente elevadas de dicha vitamina; en tres casos de leucemia monocítica aguda se apreciaron elevaciones moderadas.

Fibroelastosis endocárdica.—Los autores refieren un caso único de fibroelastosis endocárdica en un hombre que murió de insuficiencia cardiaca congestiva a la edad de 71 años y después de haber presentado durante 15 un

cuadro típico de angina pectoris. El estaba aparentemente en perfecto estado de salud en el momento del examen realizado 30 años antes de su muerte. El curso clínico se caracterizó por un aumento lento y progresivo del tamaño del corazón y por el desarrollo de un bloqueo de rama, apreciado en el electrocardiograma. No han encontrado la causa de dicha enfermedad.

Infarto idiopático del omento.—Los autores presentan un caso de torsión primaria e infarto del omento mayor y un caso de infarto primario sin torsión. Ambos casos simularon clínicamente una colecistitis aguda, la cual fué el diagnóstico preoperatorio. Añaden que la enfermedad idiopática del omento debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, puesto que estimula al cirujano a inspeccionar el omento muy cuidadosamente cuando permanece oscura la causa de un abdomen agudo. Es concebible que un infarto organizado del omento, al facilitar la torsión del intestino, pueda ser el responsable de algunos casos de obstrucción intestinal.

Púrpura annularis telangiectodes.—Los autores presentan un caso de púrpura annularis telangiectodes o enfermedad de Majocchi. Señalan que aunque la dermatosis progresiva de Schamberg, el angioma serpiginoso de Hutchinson y la dermatitis liquenoide purpúrea pigmentada de Gougerot y Blum son proceso intimamente relacionados con esta enfermedad, la púrpura annularis por su cualidad purpúrea más pronunciada, así como por su tendencia a las lesiones anulares con atrofia central y acromia, constituye probablemente una entidad morfológica algo diferente. La erupción se asocia frecuentemente con dolores reumatoideos en las piernas y este último síntoma hace que se le confunda a veces con la artritis reumatoide propiamente dicha. No se conoce aún su etiología y parece ser que la entidad estaría relacionada con cualquier estímulo capaz de excitar una reacción y proliferación endotelial. Por último, añaden que aunque se necesitan observaciones ulteriores, la cortisona parece ser eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Majocchi.

Anemia hemolítica aguda complicando a la mononucleosis infecciosa.—Manifiestan los autores que la anemia hemolítica aguda raramente puede presentarse como una complicación de la mononucleosis infecciosa. La recuperación de la fase hemolítica sigue a la curación de la mononucleosis infecciosa. En cuanto a la terapéutica subrayan que se precisa un ensayo clínico ulterior en los casos graves o complicados de mononucleosis infecciosa con el fin de evaluar la especificidad, así como la eficacia de la ACTH en el tratamiento de la enfermedad.

The American Journal of Clinical Nutrition.

3 - 1 - 1955

Symposium sobre los aspectos nutritivos de la formación de la sangre. R. W. Vilter.

• La importancia de los factores nutritivos en la patogenia de la anemia por carencia de hierro. C. V. Moore.

• Importancia del cobre, cobalto y otros metales en la hematopoyesis. G. E. Cartwright.

Algunas relaciones metabólicas entre el ácido fólico, vitamina B₁₂ y ácido ascórbico. J. N. Williams.

• Relaciones entre el ácido fólico, vitamina B₁₂ y ácido ascórbico en enfermos con anemia megaloblástica. J. F. Mueller y J. J. Will.

Absorción y utilización de la vitamina B₁₂. R. F. Schilling.

• Papel de las hormonas en la utilización de los elementos nutritivos esenciales para la eritropoyesis. R. C. Crafts.

Antimetabolitos y antibióticos como medios para el estudio de la formación de la sangre. T. H. Jukes.

Esterocobilina y hematopoyesis. G. W. James.

La nutrición en los trastornos hematopoyéticos del hombre. R. W. Vilter.

Importancia de los factores nutritivos en la patogenia de la anemia por carencia de hierro.—Los factores nutritivos son de gran importancia en la producción o prevención de la anemia por carencia de hierro. Los sujetos normales adultos asimilan del 5 al 10 por

100 del hierro de los alimentos. Con una dieta que contenga de 12 a 15 mg. de hierro, la retención se calcula en 0,6 a 1,5 mg. La cantidad de hierro que pierde el organismo diariamente por todas las vías es de 0,5 a 1 milígramo. Las dietas pobres en hierro y los estados en que la absorción está alterada conducen a la producción de una anemia hipocrómica cuando las exigencias del organismo son mayores, bien sea por tratarse de un niño en crecimiento o de una mujer joven menstruante. En el hombre adulto y en la mujer postmenopáusica los factores nutritivos son menos importantes en la patogenia de la deficiencia en hierro, y cuando ésta se produce en estos casos es después de varios años de actuar el factor nutritivo. Las anemias por carencia de hierro en la edad adulta postmenopáusica son casi siempre debidas a hemorragias intermitentes ocultas y difíciles de descubrir.

Importancia del cobre, cobalto y otros metales en la hemopoyesis.—El déficit de cobre se asocia con anemia. Cuando hay déficit de cobre el hierro no se absorbe bien, pero el fracaso en la síntesis de la hemoglobina cuando hay un déficit de cobre no puede ser atribuido solamente a un fracaso en la absorción del hierro, porque la anemia no mejora por la administración intravenosa de este elemento. Los compuestos de cobre conocidos en el tejido del animal mamífero son: a) Butiril coenzima A dihidrogenasa, que cataliza el primer escalón oxidativo en la conversión de ácidos grasos a acetil coenzima A. b) El enzima tirosinasa, que cataliza la oxidación de la L-tirosina a dihidroxifenil-L-alanina y la oxidación de esta última a melanina. c) Céruloplasmina, es una globulina del plasma que contiene el 96 por 100 de cobre existente en el plasma normal. d) Hepatocupreína, es una proteína aislada en el hígado que contiene cobre. El cobre de los hematies existe ligado a una proteína que no ha sido todavía aislada, pero que es inmunológicamente distinta de la céruloplasmina.

Una dieta pobre en cobre no existe en la práctica porque las necesidades en este metal son de 2 mg. diarias, dosis que se encuentra en exceso incluso en dietas mediocres. Por la misma razón es muy difícil conseguir con medidas dietéticas reducir los valores de cobre en el plasma por debajo de las 90 gammas por 100. Hipocupremia ha sido vista en los recién nacidos, síndrome nefrótico, degeneración hepatolenticular, esprue, degeneración lenticular e hipoproteinemia idiopática.

Un déficit en cobalto va seguido de anemia. La función del cobalto es la que corresponde a la B_{12} , de la que forma parte. El cobalto es útil en la anemia producida por la dieta hipoproteica, por la hipofisectomía o por el benzol. La carencia de este metal no se conoce en la especie humana porque las necesidades son inferiores a las 5 gammas diarias. La administración prolongada de cobalto va seguida de anorexia, náuseas, vómitos, dermatopatías, dolor esternal, parestesias, hiperplasia tiroidea con hipotiroidismo e incluso muerte repentina. Por lo tanto, aunque en la anemia de las nefropatías puede ser útil, no compensa su utilidad con la acción tóxica señalada.

El zinc es un componente de la carbónico-anhidrasa, presente en las células de la sangre. Es difícil producir experimentalmente carencias en zinc. En el hombre no se han descrito.

Una excesiva ingestión de molibdeno precipita los síntomas de la carencia de cobre. Parece ser que el molibdeno impide que el cobre sea utilizado por el animal o que inhibe los enzimas que tienen cobre. La anemia por carencia de hierro responde más rápidamente cuando se asocia molibdeno a la terapéutica.

Relaciones entre el ácido fólico, vitamina B_{12} y ácido ascórbico en enfermos con anemia megaloblástica.—Los estados de déficit en ácido fólico y vitamina B_{12} se asocian con alteraciones en el metabolismo de las nucleoproteínas, caracterizados bioquímicamente por aumento de los cocientes ácido riboanucleótico/ácido desoxiribonucleótico y uracilo/timina. Estos cambios bioquímicos pueden ser relacionados con el grado de megalblastosis. En la anemia perniciosa la terapéutica

con ácido fólico corrige temporalmente, por una acción de masas, el defecto en el metabolismo nucleoproteico. Eventualmente, cuando el déficit de vitamina B_{12} es mayor, se agrava el cuadro hematológico y la sintomatología neurologica.

La anemia perniciosa del embarazo y la anemia megaloblástica refractaria a la vitamina B_{12} están condicionadas por un defecto en el metabolismo de las nucleoproteínas. Estas anomalías son producidas más por un déficit del coenzima ácido fólico que por una carencia en B_{12} . El metabolismo del ácido ascórbico puede alterarse en enfermos con anemia megaloblástica. El nivel de ácido ascórbico en el plasma es bajo comparado con el de un grupo de enfermos en condiciones dietéticas similares, pero sin anemia macrocítica. La vitamina C es capaz de producir reticulocitosis y mejoría de la anemia de alguno de estos enfermos. La alteración en el metabolismo del ácido ascórbico puede reflejar cambios en el potencial redox asociados con déficit en vitamina B_{12} .

Acción de las hormonas sobre la utilización de los elementos nutritivos esenciales en la eritropoyesis.—La extracción de la hipófisis en la rata da lugar a una anemia que se caracteriza por una hipoplasia de la médula ósea con disminución de los hematies, del hematocrito, de la Hb y del volumen globular. Esta anemia se ve en todos los animales hipofisectomizados y en el panhipopituitarismo clínico. Los animales anemizados por hipofisectomía recobran los valores normales de Hb y hematies cuando se les da una dieta hiperproteica con 0,005 mg. de tiroxina y 1 mg. de testosterona diarios, que ayudan a la utilización de la dieta. De esto se deduce que es un trastorno en el metabolismo proteico la causa de la anemia en los animales hipofisectomizados.

Para otros, la hipófisis contiene una hormona eritropoyética, responsable de la anemia posthipofisectomía. Parece lo más probable que la influencia de la hipófisis sobre la eritropoyesis se establece a través del metabolismo general.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

95 - 1 - 1954

- * Absorción, excreción y destino metabólico del hidrato de cloral y del tricloroetanol. E. K. Marshall y A. H. Owens.
- Consideraciones respecto a los mecanismos de síntesis de la materia viva. Síntesis del glicógeno desde sus precursores no hidrocarbonados. H. A. Krebs.
- Algunos aspectos del metabolismo de los fosfatos de adenosina. H. A. Krebs.
- Excursión al límite entre la bioquímica y la filosofía. H. A. Krebs.

Hidrato de cloral y tricloroetanol.—Después de la inyección de ambas drogas, éstas se pueden recoger en forma de tricloroetanol, gluconato de tricloroetanol y ácido tricloroetanol. Este se forma del hidrato de cloral y del tricloroetanol. En el hombre el efecto depresor del hidrato de cloral parece ser debido totalmente a su transformación en tricloroetanol, ya que en la sangre, en el hombre, no se puede detectar hidrato de cloral. Deducen los autores que si el hidrato de cloral tiene por sí mismo una acción depresora, ésta es menos intensa que la del tricloroetanol.

Blood.

10 - 1 - 1955

- Un estudio de las células vivas de sangre y médula ósea en preparaciones vitales con el microscopio de contraste de fases. I. Sangre y médula ósea normales. G. A. Ackerman y N. C. Bellios.
- Enfermedad hemolítica A-B del recién nacido. Análisis de 1.480 muestras de sangre del cordón con especial referencia a la prueba de Coombs directa y al grupo O de las madres. R. E. Rosenfield.
- Valoración de la prueba de Coombs directa en la enfermedad hemolítica del recién nacido debida a anti-D. T. J. Greenwalt y J. A. Wagner.
- Intoxicación aguda intestinal por el hierro. I. Absorción del hierro, hierro sérico y hallazgos de autopsia. K. R. Reissmann, T. J. Coleman, B. S. Budai y L. R. Moriarty.

Intoxicación aguda intestinal por el hierro. II. Efectos metabólicos, respiratorios y circulatorios de las sales de hierro absorbidas. K. R. Reissmann y T. J. Coleman. **Control de la hemorragia por radiación con extractos esplénicos.** J. P. Savitsky. **Hipersensibilidad grave al ácido para-amino-salicílico. Estudios de la sangre y ganglios linfáticos.** W. Cannemeyer, J. R. Thompson y M. R. Lichtenstein. **Necrosis hepática fulminante en un paciente con mieloma múltiple tratado con uretano.** Presentación de un caso. B. E. Hazlett, H. E. Taylor y D. M. Whitelaw. **Leucemia aleucémica indiferenciada con poliserositis.** Presentación de un caso. A. H. Raynolds, R. G. Olivetti y R. W. Ekstrand.

Intoxicación aguda intestinal por el hierro. I. Absorción del hierro, hierro sérico y hallazgos de autopsia. Para estudiar experimentalmente el envenenamiento agudo por el hierro señalado en niños, los autores intoxican perros y conejos con sales de hierro por vía oral, encontrando que la dosis letal es de 150 a 200 miligramos por kilo de peso.

El hierro fué absorbido rápidamente y no se vieron cambios histológicos en la mucosa intestinal, salvo pequeñas hemorragias, debidas a congestión de los capilares.

Simultáneamente hicieron determinaciones del hierro sérico, observando, como ya habían señalado Moore y colaboradores, un estricto paralelismo entre las cantidades administradas y el contenido del suero. Este hierro del suero aparecía en su mayor parte en forma férrica, sin estar ligado, o muy débilmente, a las beta-1-globulinas.

Dado este paralelismo entre administración y absorción, concluyen que el cuadro es debido a una verdadera intoxicación, mientras que las lesiones de las mucosas gástrica e intestinal son de importancia secundaria.

Control de la hemorragia por radiación con extractos esplénicos. Es sabido que la hemorragia post-radiación es principalmente debida a trombopenia, pero actualmente parece que esta trombopenia es a su vez secundaria a alteraciones de la actividad plaquetaria, principalmente a un aumento de adhesividad.

El autor halla un acelerador tisular de la retracción del coágulo en extractos esplénicos y trata de ver su efecto sobre las hemorragias en los perros irradiados, ya que piensa que la causa fundamental de éstas es la existencia de un inhibidor de la retracción del coágulo, al que intenta neutralizar con sus extractos.

Efectivamente, los extractos de bazo son capaces de prevenir totalmente la aparición del síndrome hemorrágico. Sin embargo, extractos más purificados del "acelerador tisular de la retracción del coágulo" sólo logran controlar parcialmente las hemorragias, lo que parece indicar que existen otras sustancias necesarias para lograrlo, y que existen otros factores además de la presencia de un inhibidor de la retracción en la génesis del déficit de coagulación postradiación.

A. M. A. Archives of Pathology.

58 - 2 - 1954

Carcinomas de páncreas poco frecuentes. S. C. Sommers y W. A. Meissner. **Cambios endometriales atípicos asociados con presencia de tejido coriônico.** J. Arias-Stella.

- * **Histopatología de las deficiencias en aminoácidos.** E. B. Scott.
- * **Enfermedad de Letterer-Siwe.** J. H. Childers y P. C. Price.
- Coloidofagia en el tiroides.** C. A. Hellwig.
- * **Hepatitis policirótica en un enfermo tratado con PAS.** A. F. Liber y B. Barshay.
- Estudio histológico de la médula ósea en patos blancos normales.** G. Crass y R. H. Rigdon.
- Estudio histológico de los vasos intrapulmonares en secciones pulmonares afectas y no afectas de tuberculosis.** M. E. Van Cleet y J. E. Edwards.
- * **Tetralogía de Fallot: Supervivencia hasta los 70 años.** G. O. Bain.

Histopatología en las deficiencias de aminoácidos. Ratas machos jóvenes fueron colocadas en una dieta sintética purificada con déficit total de histidina, dando lugar a la aparición de cambios tisulares regresivos en la hipófisis, testículos y órganos accesorios, timo, corteza suprarrenal y huesos. La adición de histidina a la dieta dió lugar a la recuperación completa de los tejidos hasta su aspecto normal.

Enfermedad de Letterer-Siwe. Se observó un caso de enfermedad de Letterer-Siwe con los hallazgos poco frecuentes de enfermedad hepática grave y edema generalizado, describiéndose la histopatología de las lesiones en encías, timo, pulmones, hígado, ganglios linfáticos y tiroides. Se hace referencia a artículos previos que han señalado que la enfermedad de Letterer-Siwe es una variante del proceso que incluye a la enfermedad de Hand-Schüller-Christian y al granuloma eosinófilo. Los valores obtenidos en los estudios químicos realizados de los tejidos afectados están de acuerdo con la naturaleza no lipoida de esta enfermedad.

Hepatitis en un caso tratado con PAS. En la autopsia de un enfermo con tuberculosis pulmonar avanzada que había recibido PAS y otras drogas, se encontró que el hígado tenía un extraordinario grado de multiplicidad y multilobaridad del núcleo de las células hepáticas asociado con infiltración leucocitaria, necrosis focal y otros datos de hepatitis. Los infiltrados comprendían abundantes eosinófilos. Clínicamente no se observó ningún dato de enfermedad hepática. Se considera el hecho de la posibilidad de que la lesión hepática pueda ser el aspecto morfológico de una hepatitis inaparente, secundaria al uso del PAS.

Tetralogía de Fallot. Se señala un caso de tetralogía de Fallot que sobrevivió hasta el final de la séptima década de su vida, siendo debida la muerte del enfermo a encefalomalacia masiva del hemisferio cerebral izquierdo, aparte de que padecía adenocarcinoma prostático con metástasis óseas. Se ha mencionado que el grado de desplazamiento de la aorta es un factor de importancia en lo que a la eficiencia funcional cardiaca de estos casos respecta. En el caso presentado solamente un tercio del diámetro aórtico nacía en el ventrículo derecho. Además, el canal de comunicación entre el ventrículo derecho y la aorta estaba reducido de tamaño por un tabique duro, irregular y calcificado, proyectado a la derecha del margen inferior del defecto septal, lo que también puede haber contribuido a la buena tolerancia del proceso en este enfermo. El accidente cerebral, causa de la muerte, es frecuente en la tetralogía de Fallot, juzgando los casos de Abbott.