

España, a fines del próximo mes de septiembre, el XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina.

Para toda clase de detalles pueden dirigirse los interesados a la Secretaría general de dicho Congreso, en el Instituto "Arnaldo de Vilanova", del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, calle del Duque de Medinaceli, 4, Madrid (España).

### III CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA NEOHIPOCRATICA

Tendrá lugar en Montecatini Terme (Italia), del 20 al 22 de mayo próximo.

Para solicitar informes diríjanse por escrito al Instituto "Hipócrates". Apartado postal 6.027, Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

LEHRBUCH UND ATLAS DER ANATOMIE DES MENSCHEN. Tomo I. Dr. FR. KOPSCH.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 736 páginas con 731 figuras, 64,50 DM.

LEHRBUCH UND ATLAS DER ANATOMIE DES MENSCHEN. Tomo II. Dr. FR. KOPSCH.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 752 páginas con 782 figuras, 64,50 DM.

Se trata de una obra clásica, que es bien conocida y está reputada como uno de los mejores tratados que se han escrito sobre la materia. La edición es muy atractiva y las figuras irreprochables, en gran parte dibujos de preparaciones del propio KOPSCH.

El primer tomo está dedicado a la parte general y, sucesivamente, al esqueleto, músculos y vasos. El segundo tomo, dedicado a la esplacnología, describe sucesivamente, después de una parte general, el sistema digestivo, respiratorio, urogenital y serosas y a continuación la neurología y los órganos de los sentidos.

Es innecesario repetir que esta obra sin par constituye uno de los textos más importantes de referencia que existen.

DIE CHIRURGIE DER PERIPHEREN NERVEN. Dr. H. NIGST.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 196 páginas con 104 figuras, 29,70 DM.

La última guerra ha estimulado al mejor estudio de la cirugía de los nervios periféricos, permitiendo hacer una experiencia de diferentes métodos en el tratamiento de heridas en las diferentes regiones y en distintas condiciones. Indudablemente, estos resultados repercuten en la cirugía de los nervios en la vida civil.

Esta monografía se inicia con un estudio histórico, y a continuación hay sendos capítulos dedicados al diagnóstico de la lesión neuropática en general por los trastornos de la motilidad, sensibilidad, vasomotores y sudorales y tróficos. Se adopta la terminología (Seddon) ya generalizada, según el grado de lesión, de neuroapraxia, axonotmesis y neurotmesis, describiéndose en un capítulo ulterior el proceso de degeneración y las condiciones de regeneración, indicaciones, técnicas operatorias generales, terapéutica ulterior y parálisis por tracción, compresión, tumoral, etc.

Una parte especial, que ocupa la mitad del libro, trata sucesivamente de las lesiones de nervios y plexos en la extremidad superior e inferior.

El libro se basa en una abundante experiencia personal y un buen conocimiento de la bibliografía, y se exponen las técnicas quirúrgicas y auxiliares con gran detalle, visando a la práctica, con numerosos dibujos y fotografías de los campos.

LEHRBUCH DER AUSKULTATION UND PERKUSION. Dr. K. HOLLDACK.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 195 páginas con 83 figuras, 27 DM.

Este libro se dedica a la técnica de exploración física, haciéndose siempre alusión a la semiología. Consideramos útil llamar la atención, en esta época en la que se multiplica el empleo de aparatos exploratorios, sobre el valor que tiene la pura exploración física, como en tiempos reivindicó la obra de SAHLI y más tarde otros tratados, como los de EDENS, MARTINI, JIMÉNEZ DÍAZ, etcétera.

Los fundamentos físicos y teóricos de la auscultación y de la percusión están muy bien tratados. La inspección se describe sucesivamente por regiones. A continuación, en partes sucesivas, se exponen los datos de exploración del cuello, del tórax (circulatorio y respiratorio), de los vasos y del abdomen.

Se trata de una obra bien orientada y de sentido práctico, para el estudiante y para el médico.

### LIBROS RECIBIDOS

"Introduction aux maladies hémorragiques".—Doctor P. Chevalier.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1956.—Un volumen de 66 páginas, 600 Fr. fr.

"Rhumatisme chronique methode therapeutique".—Doctores F. Coste y M. Bourel.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1956.—Un volumen de 216 páginas, con 9 figuras, 1.750 Fr. fr.

"L'anesthesie en oto-rhino-laryngologie".—Doctor G. Portmann.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1956.—Un volumen de 264 páginas, con 86 figuras, 2.650 Fr. fr.

"Psychologie medicale".—Dr. E. Kretschmer.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1956.—Un volumen de 424 páginas, con 26 figuras, 2.550 Fr. fr.

"Formulaire oto-rhino-laryngologique d'aerosoltherapie".—Dres. M. Portmann y P. Grimaldi.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1956.—Un volumen de 174 páginas, 1.100 Fr. fr.

"Harnableitung in den darm".—Dr. H. Boeminghaus.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 60 páginas, con 57 figuras, 15 DM.

"El parto sin dolor".—Dr. A. Aguirre de Cácer.—Madrid, 1956.—Un volumen de 163 páginas, con 68 figuras, 29,70 DM.

## B) REFERATAS

## Medicina Clínica.

22 - 5 - 1954

- El test de Thorn en Cirugía. R. Arandes Adán, J. Balles-ter Peris y R. Castillo Cobiño.
- Tumores melánicos del S. N. C. R. Roca de Viñals, C. Elizalde Almendáriz y A. Coma-Farrés.
- La cloromicetina en el tratamiento de las endocarditis malignas. M. Soriano y A. Balcells-Gorina.
- Psicosis por isoniazida. J. Calvo Melendro.
- Electroencefalografía en niños asmáticos. F. J. Farre-rons-Co, L. Pan-Roca, J. Samsó Dies y J. Vila Badó.
- Complemento de la esplenoterapia en las arteriopatías obliterantes crónicas. A. Martorell.
- Ruptura espontánea al toser de la arteria epigástrica. J. Otero Sendra.
- Lipoma retroperitoneal. J. Salarich Torrents y J. Mont-serrat Carvallier.
- Colgajos cutáneos. J. Abades.

**El test de Thorn en Cirugía.**—Los enfermos tributa-rios de intervenciones quirúrgicas pueden ser sometidos a un enjuiciamiento previo de su resistencia me-diante la llamada prueba de Thorn. En este sentido, después del estudio de 101 casos, establecen cuatro gru-por de enfermos:

- 1) Enfermos con mal estado general y fatiga supra-renal.
- 2) Enfermos con mal estado general y supuesta in-tegridad suprarrenal.
- 3) Enfermos con buen estado general y con insufi-ciencia suprarrenal larvada.
- 4) Enfermos con buen estado general y con integri-dad suprarrenal.

Esta clasificación nos permite no sólo valorar la ca-pacidad defensiva del enfermo frente a la agresión, sino además establecer de antemano la respuesta a la trans-fusión, la cantidad de sangre que aproximadamente ha-de necesitarse (salvo otras indicaciones fortuitas), así como también excluir de la intervención, siempre y cuando ésta no sea vital, a aquellos enfermos con una capacidad defensiva nula.

**Tumores melánicos del S. N. C.**—Se describen tres casos de tumores melánicos primitivos del S. N. C. Dos de ellos son de localización cerebral, en tanto que un tercero lo es medular lumbosacro. En los tres casos el diagnóstico se hizo por examen histológico. En dos de ellos, y durante la intervención, se estableció el diagnós-tico de proceso hemorrágico.

Se hacen consideraciones al proceso de la melanogé-nesis, a la citología y a la arquitectura de estos tumor-es con objeto de aclarar las formas acrómicas y los dos tipos esenciales de melanoblastomas: fusocelular o sarcomatoide y alveolar o carcinomatoide.

También se expone el resultado del estudio sobre pig-mentación melánica normal en las leptomeninges, así como el hallazgo de abundantes elementos pigmentados de tal origen en el 85 por 100 de los casos estudiados.

Se aceptan los términos de melanismo, melanosis y melanomas, propuestos por TOURAINE, por cuanto se considera de gran importancia, a la vez que se insiste en la vigilancia de las relaciones neurocutáneas de las lesiones pigmentadas. Corresponden los tres casos es-tudiados a melanoblastoma pseudoepitelial, melanoblas-toma de estructura sarcomatosa y melanoblastoma de forma mixta.

Intercaladas en el texto se adjuntan bellas microfotografías.

**La cloromicetina en el tratamiento de las endocardi-tis malignas.**—Con el empeño de contrastar la posible eficacia de otro antibiótico en el tratamiento de las endocarditis bacterianas, la cloromicetina, ensayan esta medicación en cinco casos de los que hacen una resumi-da historia. En tres de ellos se obtiene la curación del proceso, en otro es probable su contribución al curso favorable de la enfermedad y en el quinto el tratamien-to, aunque no pudo evitar el curso letal de la enferme-

dad, en un paciente con gran hipertrofia e insuficiencia cardíacas y graves trastornos electrocardiográficos, mostró una influencia sobre la curva térmica.

El tratamiento se ha llevado con arreglo a la siguien-te pauta: 2 a 3 gr. al día, dosis que se mantienen por espacio de una a dos semanas, según la respuesta y to-lerancia, continuando luego por espacio de dos semanas más, en los casos favorables, a dosis crecientes.

**Electroencefalografía en niños asmáticos.**—Encuen-tran los autores un número elevado (73,2 por 100) de al-teraciones del EEG en un grupo de 23 niños afectados de asma bronquial.

Estas alteraciones son interpretadas como un trazado bioeléctrico con hipersincronización lenta en los niños y de desincronización en los adultos, traduciendo una disfunción de ciertas estructuras diencefálicas.

La mayoría de ellos presentan antecedentes de sobre-carga neuropática familiar o personal.

Crean los autores de interés proseguir las investiga-ciones electroencefalográficas en adultos afectados de una u otra enfermedad alérgica.

De estos estudios creen es posible deducir considera-ciones patogénicas, así como posibilidades terapéuticas, en relación con el hecho constitucional neuropsíquico de estos enfermos.

**Complemento de la esplenoterapia en las arteriopa-tías obliterantes crónicas.**—Considera los extractos es-plénicos de valor en el tratamiento de las arteriopatías obliterantes crónicas en especial de la arterioesclerosis y los cuidados complementarios de la esplenoterapia.

Aparte de una serie de afecciones variadísimas, sin relación directa con el sistema circulatorio, existen di-ferentes circunstancias que pueden disminuir la acción de los extrados esplénicos si no se combaten, como son: la persistencia en el fumar (refiere un ejemplo demos-trativo de un varón de veintiocho años), trombosis arte-rial (tratada con dosis altas de vitamina E y gluconato de cal endovenoso), trastornos de la tensión arterial (breve historia de un caso), anemia (ejemplo demostra-tivo en el que se combate la anemia), insuficiencia hor-monal sexual (tratado con hormona sexual), diabetes (trastornos de la circulación de retorno). Refieren un caso mejorado con asociación pluriglandular en un en-fermo de tromboangeitis obliterante crónica.

## Cirugía, Ginecología y Urología.

7 - 1 - 1954

- Contribución a la cirugía de la hipertensión esencial. M. Gómez Durán.
- Luxación congénita de la cadera. Tratamiento quirúrgico basado en la artrografía. J. Pruneda y F. Pérez Iñigo.
- Las metástasis del cáncer de próstata. J. Picatoste y Pi-catoste.
- Quiste dermoide del riñón y nefrolitiasis asociada. P. Gaysa y J. Gorina.
- Ensayos con el test salivar de Rapp y Richardson para el diagnóstico prenatal del sexo. M. Varela Uña.
- La indicación operatoria en obstetricia. U. Losada.

**Quiste dermoide del riñón y nefrolitiasis.**—Los auto-res presentan un caso de quiste dermoide del riñón que es el primero descrito en la literatura médica nacional; en total, solamente han podido encontrar publicaciones de otros ocho casos. Pero, además, en este caso se en-contró un cálculo coraliforme de gran tamaño en el res-to del parénquima renal existente, por lo que este caso bien se puede considerara como únicos. Estos quistes se originan de los restos del mesonefros. Histológicamen-te son benignos y no metastatizan, pero tienen bastante tendencia invasora local, lo que en este caso dió lugar a grandes dificultades operatorias.

**Diagnóstico prenatal del sexo.**—En 1952, RAPP y RI-CHARDSON exponen una técnica que, según ellos, sirve



para el diagnóstico prenatal del sexo. El autor, en vista del valor teórico y práctico que ello puede tener, trata de comprobar sus resultados, que según los autores del método les proporcionó 366 aciertos en un total de 376 casos. Prueba sobre 118 casos, eligiendo los tres últimos meses de la gestación, obteniendo sólo un 38,4 por 100 de aciertos, por lo que considera que el método carece en absoluto de valor práctico. Expone la técnica seguida y la experiencia de otros autores que confirma los resultados obtenidos en el presente estudio.

7 - 2 - 1954

- \* Contribución a la cirugía de la hipertensión arterial. M. GómezDurán.
- Bronquiectasias y enfisemas en los lóbulos pulmonares resecados. C. Martínez Bordiú y J. Abelló Pascual.
- \* Resultados de la cirugía del cáncer del esófago inferior. J. Soler Roig y A. Sitges Creus.
- Nuestro modelo de clavo trilaminar. R. Chamorro R.-Salinas.
- \* Tumores vesicales intradiverticulares. J. Picatoste y Patiño.

**Cirugía de la hipertensión arterial.**—La hipertensión arterial, la tuberculosis y el cáncer, constituyen la tríada que originan más muertes después de la cincuenta. El autor estudia las distintas teorías patogénicas de la hipertensión arterial y las directrices quirúrgicas a que cada una de ellas ha dado lugar. La cirugía tiende a prolongar la vida del enfermo cuando ésta se ve amenazada de accidente grave y a mejorar sus condiciones de vida cuando ésta es precaria por sus síntomas. Las indicaciones operatorias se basan en la intensidad de los síntomas funcionales, agravación progresiva de la hipertensión en un sujeto joven e hipertensión maligna, primitiva o secundaria. Expone a continuación las contraindicaciones operatorias, más numerosas que las indicaciones, y las distintas técnicas quirúrgicas. En general, concluye que la cirugía de la hipertensión es, cuando está indicada, muy superior a los procedimientos médicos, a los que de ninguna manera excluye.

**Cirugía del cáncer de esófago inferior.**—Incluyen los autores, bajo esta denominación, el cuarto inferior del esófago torácico, el esófago abdominal, el cardias y algunos centímetros de la pared gástrica subyacente. Exponen los resultados conseguidos frente a 47 enfermos, producto de su experiencia durante los años 1947-52. Pueden hacer resección a 15 enfermos (32 por 100). De ellos, mueren en la intervención siete (46,6 por 100). Entre los ocho restantes, se da una supervivencia de cinco años y medio. Dos aún viven, tras cinco meses y dos años, respectivamente, de la intervención. En general, consideran los autores que si bien los resultados son pobres, son alentadores para posteriores estudios.

**Tumores vesicales intradiverticulares.**—Se denominan así los tumores primitivos, malignos o benignos, desarrollados en el interior de un divertículo vesical. Los autores tienen ocasión de estudiar un caso y, con este motivo, revisan la literatura acerca de la materia. Todos los casos comunicados son en hombres, principalmente entre los 40 y 60 años de edad (65 el de los autores). Suelen ser malignos en un 70 por 100 de los casos. Su sintomatología no difiere de la de los tumores vesicales. El principal síntoma es la hematuria. El autor practica en su caso una diverticulectomía extravesical extraperitoneal, que fué de un resultado, según él, perfecto.

## Surgery, Gynecology and Obstetrics.

100 - 1 - 1955

- Un cirujano antiguo mira la cirugía de hoy día. A. O. Whipple.
- Un cirujano joven mira la cirugía del mañana. J. G. Allen.
- \* Comparación de la vagotomía y de la resección gástrica para la úlcera gastroyeyunal: Estudio de 301 casos. W. Walters, D. P. Chance y J. Berkson.
- El factor edad en la mortalidad de enfermos sometidos a intervenciones sobre el tracto biliar. F. Glenn y D. M. Hays.

- El patrón menstrual en el hipertiroidismo y en el subsecuente hipertiroidismo postterapia. R. C. Benson y M. E. Dailey.
- \* Función renal durante la hipotensión controlada con hexametonio y después de noradrenalina. J. H. Moyer, G. Morris y R. A. Siebert.
- Ligadura de la arteria hepática en la cirrosis hepática experimental con hipertensión porta. A. C. Baret y W. T. Fitts.
- Efecto del ACTH sobre la integridad de las anastomosis del colon. T. Geoghegan y B. E. Brush.
- Amputación tras simpatectomía quirúrgica en la enfermedad vascular obliterante. G. H. Pratt.
- Ulceración aguda y hemorragia del tracto alimenticio superior después de operaciones neuroquirúrgicas. R. A. Davis, N. Wetzel y L. Davis.
- Valoración de tres métodos de ureterocolostomía. N. S. R. Maluf.
- Estudios sobre la absorción y equilibrio del agua (óxido de deuterio), desde el tracto gastrointestinal siguiendo a traumatismos. J. M. Howard.
- Observaciones gastroscópicas después de diversos tipos de cirugía de la úlcera gastroduodenal. R. Scindler y A. D. Da Gradi.
- \* Estenosis mitral y comisurotomía. E. D. Gagnon.
- Analgésia espinal con clorhidrato de piridocaina para cesáreas y partos normales. B. A. Greene y M. Goldsmith.
- \* Tripsina parenteral: Su efecto en los estados trombóticos e inflamatorios experimentales. E. G. Hardy, G. C. Morris y M. E. De Bakey.
- Distrofia simpática refleja. D. F. Casten y A. M. Betcher.
- \* Demostración citológica y significado de las células tumorales halladas en la sangre venosa mesentérica en enfermos con carcinoma colorrectal. E. R. Fisher y R. B. Turnbull.

**Vagotomía y resección gástrica en la úlcera gastroduodenal.**—Muchos estudios han señalado que el intervalo entre la resección gástrica y la úlcera yeyunal es menor que entre la gastroenterostomía y la úlcera yeyunal. El autor ve que el intervalo entre la gastroenterostomía y la úlcera es de once años y en el otro caso de tres años. La vagotomía se acepta generalmente como el tratamiento de elección de la úlcera gastroyeyunal subsecuente a la resección de por lo menos dos tercios del estómago y conlleva pocos riesgos operatorios. La vagotomía hecha por vía torácica o abdominal da unos resultados muy comparables, pero la vía abdominal tiene la ventaja de poder explorar simultáneamente el estado del proceso y la cantidad de estómago resecado. La resección gástrica consigue resultados superiores en los casos de úlcera aparecidos después de la gastroenterostomía.

**Función renal durante la hipotensión controlada.**—Se han hecho estas observaciones sobre los efectos renales de la hipotensión controlada con hexametonio durante períodos de dos a tres horas. Aunque el flujo sanguíneo renal está ligeramente deprimido en algunos pacientes, apareció rápidamente una vasodilatación renal compensadora y el flujo sanguíneo renal volvió a los niveles control. No obstante, el ritmo de filtración glomerular está deprimido inicialmente y continúa en esta forma tanto tiempo como se practica la infusión de hexametonio y permanece baja la tensión arterial. La baja de filtración glomerular va asociada con una disminución inicial y sostenida de la excreción de agua y sodio tanto tiempo como dura la hipotensión. La excreción de potasio aparece también deprimida inicialmente, pero vuelve lentamente a los niveles de control a pesar de la reducción continua de la presión arterial y del ritmo de filtración glomerular. Cuando la presión arterial, bajada con hexametonio, se eleva mediante la noradrenalina, la filtración glomerular vuelve hacia los niveles primitivos, lo que va asociado con un aumento paralelo de la excreción de agua y sodio.

**Estenosis mitral y comisurotomía.**—Se presentan los resultados obtenidos en 100 casos de estenosis mitral intervenidos por el autor. Cree que antes de operar se debe someter al enfermo a compresión carotídea progresiva hasta que pueda tolerar cinco minutos seguidos de compresión sin signos de déficit de irrigación y luego en el acto operatorio volver a practicar esta compresión durante dos minutos en cada uno de estos momentos: manipulación de la aurícula, aplicación del fórceps en la base de la aurícula, introducción del dedo y, finalmente, durante la manipulación de la mitral, ya que

con ello parecen minimizarse no la posibilidad de embolia, sino los trastornos resultantes de la embolización cerebral. La fractura digital de la válvula suele ser suficiente en la mayoría de los casos. No parece necesario obtener una abertura de la mitral muy grande para asegurar una mejoría subjetiva y objetiva y reducir la presión intraarterial al 50 por 100.

**Tripsina parenteral.**—La tripsina intravenosa administrada a perros en dosis superiores a 30-50 mg. por kilo se encontró francamente peligrosa por la posibilidad de aparición de shock tripsínico, coagulación masiva intravascular y producción de una marcada e incontrolada actividad anticoagulante. Las dosis de 30 a 75 mg. por kilo no tienen efecto lítico significativo sobre los trombos venosos del perro o en el coágulo sanguíneo "in vitro". Tampoco se demuestra ningún efecto en lesiones inflamatorias experimentales en ratas. De este estudio y de otros trabajos de la literatura se deduce que existe poca justificación en el momento actual para el empleo de tripsina parenteral.

**Células tumorales en sangre venosa mesentérica.**—Se obtuvieron células tumorales de la sangre de los canales venosos mesentéricos en el 32 por 100 de carcinomas colorrectales, lo que ofrece la explicación del curso clínico maligno exhibido ocasionalmente en enfermos cuya lesión tenía un pronóstico favorable. La relación de estos resultados con las otras investigaciones experimentales relativas a la difusión venosa de los tumores conduce a señalar la posibilidad de que la manipulación de la neoplasia puede dar lugar a la diseminación venosa de células tumorales. Por ello parece que es lógica la ligadura venosa preliminar a la manipulación de la masa neoplásica para evitar la posibilidad de la diseminación venosa de células tumorales en enfermos con carcinoma colorrectal.

## The Journal of the American Medical Association.

156 - 1 - 4 de septiembre de 1954

- Médicos extranjeros entrenándose en hospitales de los Estados Unidos. H. S. Diehl, E. L. Crosby y P. K. Kaetzel.  
Ayuda durante el parto. H. Thoms y E. Wiedenbach.  
\* Importancia de la mucosa gástrica en el divertículo de Meckel. E. J. Berman, A. Schneider y W. J. Potts.  
Recientes avances en los aspectos clínicos de la poliomi-  
elitis. R. J. Blattner.  
\* Recientes avances en el tratamiento de la poliomieli-  
tis. J. E. Affeldt.  
Avances en el diagnóstico de laboratorio de la poliomieli-  
tis. T. H. Weller.  
Consideraciones prácticas y teóricas con relación a la va-  
cunación en la poliomieli-  
tis. J. R. Paul.  
\* Evaluación de la gamma globulina de la Cruz Roja como  
agente profiláctico de la poliomieli-  
tis. W. McD. Ham-  
mon, L. L. Coriell, E. H. Ludwig, R. M. McAllister,  
A. E. Greeme, G. E. Sather y P. F. Wehrle.  
El anestesiólogo, el team poliomieli-  
toso y el respirator.  
W. A. O'Brien, A. E. Scott, R. C. Crosby y W. E. Simp-  
son Jr.  
\* Evaluación de la prueba de la ortotolidina (fecate) para  
la determinación de hemorragias ocultas. J. A. Rider  
y F. J. Owens.  
Intoxicación accidental por veratrum japonicum. D. A.  
Nelson.  
Extensor mecánico de la cadera. L. N. Rudin y D. J.  
Cromin.

**Importancia de la mucosa gástrica en el divertículo de Meckel.**—El objeto de esta breve comunicación es subrayar algunas de las complicaciones del divertículo de Meckel, la mayoría de las cuales son el resultado de la existencia de mucosa gástrica ectópica. Se ha revisado con frecuencia el curso de este trastorno embriológico responsable de la persistencia del remanente congénito; durante la vida fetal precoz fragmentos de mucosa gástrica quedan desplazados en el divertículo y en esta mucosa gástrica funcionante pueden desarrollarse las úlceras pépticas. En un grupo de 25 casos consecutivos de remanentes del conducto onfalomesentérico, cuatro enfermos mostraban senos umbilicales persistentes que requirieron la excisión y se encontró que se extendían hasta el íleon. Dos enfermos tuvieron una ruptura de una úlcera en el divertículo de Meckel con todos

los signos de un abdomen agudo; dos mostraron una estrangulación como consecuencia de una banda persistente de tejido que se extendía desde el divertículo a la pared abdominal, y uno mostraba un divertículo de Meckel asociado con intususcepción. En los 16 enfermos restantes, la hemorragia rectal fué el síntoma cardinal.

**Avances en el tratamiento de la poliomieli-  
tis.**—El autor subraya que se han conseguido recientemente varios avances importantes en el tratamiento de los enfermos con poliomieli-  
tis paralítica. La mortalidad se ha reducido mediante el empleo de la traqueotomía y los respi-  
rators mecánicos de diversos tipos, por la mejoría en el  
tratamiento de las complicaciones médicas, como neu-  
monitis y atelectasia, con antibióticos, tripsina, nebuli-  
zación y dispositivos mecánicos de la tos, y por el des-  
arrollo de pequeños conjuntos profesionales en las co-  
munidades no numerosas. También se han conseguido  
grandes mejorías en las técnicas y dispositivos para la  
restauración de la función, tales como la respiración  
glosfaringea, transplantes musculares, articulaciones  
funcionales y prótesis. Añade que se han establecido en  
los Estados Unidos nueve centros regionales de respi-  
rators con la indicación específica de proporcionar la eva-  
luación, cuidados y rehabilitación de los enfermos y al  
tiempo mejorar la investigación y la educación civil.  
También se han establecido programas que se envían a  
los enfermos que deben utilizar los respirators en sus  
casas con el apoyo adecuado para asegurarles todas las  
ventajas del hospital más aquellas inherentes a la situa-  
ción en su casa.

**Gamma globulina en la prevención de la poliomieli-  
tis.**—Previamente se había realizado un estudio de los  
casos clínicamente diagnosticados de poliomieli-  
tis con el fin de determinar cuáles eran los casos determinados  
por unos u otros tipos de virus poliomieli-  
toso. Añaden  
ahora un nuevo análisis de los datos en los casos confir-  
mados con el fin de evaluar la eficacia de la gamma  
globulina en la prevención de la poliomieli-  
tis. Los casos  
clínicamente diagnosticados en los que habían recibido  
gamma globulina se debían bien al tipo 1 ó a agentes  
distintos del virus poliomieli-  
toso. Durante el periodo de  
tiempo en el que la gamma globulina parece demostrar  
cierto efecto en la prevención de la enfermedad paralí-  
tica, un número aproximadamente igual de casos en los  
grupos de los que se dió gamma globulina y gelatina no  
pudieron confirmarse como poliomieli-  
tis por las prue-  
bas del laboratorio. Estos casos no confirmados repre-  
sentan el 41 por 100 del grupo de gamma globulina y  
el 17 por 100 del grupo control con gelatina. Los agen-  
tes virales aislados de estos casos excluidos no se afec-  
taron por los antisueros poliomieli-  
tosos específicos de  
tipo, una mezcla de estos sueros o la gamma globulina.  
De los 16 agentes aislados, 15 procedían de enfermos  
cuya enfermedad no pudo demostrarse que fuera debi-  
da al virus poliomieli-  
toso o de los contactos familiares  
de dichos enfermos. La exclusión de la enfermedad no  
atribuible al virus de la poliomieli-  
tis por el estudio de-  
muestra que la gamma globulina es ligeramente más  
eficaz contra la poliomieli-  
tis que aparece adecuada-  
mente. La protección y/o modificación hasta el punto  
de eliminar la afectación paralítica pasados los sesenta  
días del examen muscular se produjeron probablemente  
incluso en aquellos que recibían gamma globulina du-  
rante la semana anterior al comienzo; la protección fué  
más evidente durante las siguientes cuatro semanas  
después de la inyección y parece persistir en el periodo  
de seis a ocho semanas después de la inyección. La pro-  
tección parece estar constituida por una combinación  
de prevención y modificación de la enfermedad. Estos  
datos ofrecen una evidencia muy sugestiva, aunque no  
concluyente, en apoyo del empleo de gamma globulina  
después de que ha ocurrido la exposición. Las pruebas  
de laboratorio sobre los contactos de enfermos con ca-  
sos confirmados de poliomieli-  
tis indican que la cantidad  
de anticuerpos que se dió a los enfermos en este estudio  
no interfiere con la infección o el desarrollo de una in-  
munidad activa de grado importante.



**Prueba de la ortotolidina para las hemorragias ocultas en las heces.**—La prueba de la ortotolidina exige la aplicación de dos componentes: una mezcla efervescente (bicarbonato sódico y ácido cítrico), que desprende carbónico en contacto con el agua, y un paquete poroso que contiene una mezcla de ortotolidina, peróxido de estroncio, ácido tartárico y acetato cálcico. La mezcla efervescente pone de manifiesto la sangre que puedan contener las heces y en la superficie de la fracción porosa cataliza la excisión del peróxido de hidrógeno a agua y oxígeno activo, el que oxida la ortotolidina a un producto coloreado de azul. Desde el punto de vista práctico, la prueba de la ortotolidina puede utilizarse por el enfermo en su casa mientras se encuentra con una dieta no restringida. Sin embargo, si se presenta una reacción positiva es esencial colocar al enfermo en una dieta libre de carne y entonces repetir la prueba. Si se excluyen las reacciones muy débiles, hay un 19 por 100 de reacciones positivas falsas. Si excluyen las heces de enfermos con dieta no restringida, la cifra se transforma en el 5 por 100. Así, en los casos estudiados por los autores el 5 por 100 dió reacciones positivas falsas, pero hubo sólo una reacción positiva falsa con la prueba de la benzidina. No se vieron reacciones negativas falsas con la ortotolidina ni con la benzidina. La prueba de la ortotolidina parece constituir una prueba excelente para las hemorragias ocultas en las heces siempre que los enfermos estén a una dieta libre de carne y se excluyan las reacciones muy débiles. La incidencia de reacciones positivas falsas en 100 enfermos gastrointestinales no seleccionados fué del 5 por 100 en comparación del 1 por 100 para la benzidina. Las lesiones bajas en el colon y recto motivan la presencia de sangre en la superficie de las heces, lo que aumenta la incidencia de pruebas positivas de ortotolidina en comparación con el procedimiento de la benzidina, en el que sólo se examina el interior de la deposición.

156 - 2 - 11 de septiembre de 1954

- El médico general y la Escuela de Medicina. E. G. Dimomb.
- Hepatitis consecutiva a la ingestión de fenilbutazona. E. P. Engleman, M. A. Krupp, J. F. Reinhardt, R. C. Jones y J. R. Gibson.
- Signos cerebelosos. R. Wartenberg.
- Tratamiento de los traumatismos de los tejidos blandos de la cara. F. Masters, N. Georgiade, C. Horton y K. Pickrell.
- Los cuernos del dilema. I. H. Page.
- Evolución, revolución y certificación—1932 a 1954—. G. M. Lewis.
- Organización de un Servicio de laboratorio de Anatomía patológica. I. Schoen, R. C. Steiner, H. G. Hicks, E. E. Reilly y B. E. Konwaler.
- Experiencias médicas en campos de concentración comunistas en Corea. C. L. Anderson, A. M. Boysen, S. Esenster, G. N. Lam y W. R. Shadish.
- Nuevas pinzas para sutura. D. Levinson.
- Efecto del dextran sobre la determinación de cloruros según Volhard. E. DuB. Dent Jr., A. R. Wassell y F. J. Svec.
- Estudio de la intolerancia al ácido para-aminosalicílico en la tuberculosis del pulmón. R. S. Mitchell, J. Schmidt, L. H. Capel y M. H. Andrews.
- Termómetros clínicos y urinómetros. E. G. Dimond y M. H. Andrews.
- Lepra adquirida en el servicio militar durante la segunda guerra mundial. N. E. Leavn.

**Hepatitis tras la ingestión de fenilbutazona.**—Los autores describen seis casos de efecto tóxico de la fenilbutazona sobre el hígado. Todos los enfermos referidos correspondían a mujeres y no había antecedentes de enfermedad hepática excepto en una de ellas, que había tenido ictericia durante cuatro días 59 años previamente. Admiten que siempre cabe la posibilidad de que no se trate de una hepatitis tóxica por la droga, sino de una hepatitis infecciosa coincidente y complicativa. Sin embargo, ciertas observaciones sugieren en sus casos que se trataba más bien de una hepatitis tóxica, puesto que ninguno había estado en contacto con personas con ictericia, a ninguno se le habían dado transfusiones y tampoco se les había administrado terapéutica parenteral en los seis meses antes del comienzo. Los estudios anatomopatológicos realizados en tres de las enfermas demostraron que en uno de los casos se trataba de una

hepatitis tóxica aguda, en otro caso de una hepatitis tóxica subaguda y en el tercero de una cirrosis tóxica. Concluyen diciendo que la fenilbutazona es potencialmente hepatotóxica y, por lo tanto, que la hepatitis es otro peligro posible en el empleo terapéutico de dicha droga.

**Efecto del dextran sobre la determinación de cloruros.**—Señalan los autores que mediante el empleo del método de Volhard con eliminación del precipitado de cloruro de plata por filtración para la determinación de los cloruros del suero en la sangre de un enfermo a quien se habían administrado 500 c. c. de una solución de dextran, se obtuvo un filtrado nebuloso después de la filtración con diversos grados de papel de filtro Whatman. Se demostró que este enturbiamiento se debía a la presencia del dextran y que debe utilizarse una técnica sencilla para aclarar el filtrado.

**Intolerancia al PAS en la tuberculosis pulmonar.**—Las observaciones previas de los autores sugieren que las manifestaciones gastrointestinales debidas al PAS son la consecuencia de una impureza de color moreno que se desarrolla con el envejecimiento de la droga. Han podido demostrar que el meta-aminofenol, al que se ha echado la culpa de la intolerancia, no es la sustancia tóxica que interviene en este problema. Y, por último, a título de sugerencia indican que la impureza antes referida puede ser un polímero resinoso del ácido para-aminosalicílico, sobre el cual están investigando.

155 - 3 - 18 de septiembre de 1954

- Embolia pulmonar. A. Towbin.
- Anestesia entonces y ahora.—1914 a 1954—. M. H. Krakow.
- Efectos colaterales ano-recto-cólicos de la terapéutica antibiótica. R. Turell y A. de L. Maynard.
- El valor de una radiografía abdominal simple. M. H. Levine y S. Crosbie.
- Infección estreptocócica del "fibroedema" del síndrome de Melkersson. F. A. Stevens.
- Estudio de un método sin sondaje para determinación de la acidez gástrica y valores del pH. H. Shay, R. Ostrove y H. Siple.
- Una experiencia en la formación de un comité sobre la prevención de accidentes en niños. R. I. Fried y W. W. Herman.
- La dosis óptima de morfina. L. Lasagna y H. K. Beecher.
- Exposición peligrosa a uno de los llamados solventes seguros. J. P. Hughes.
- Sensibilización alérgica de la piel y de la mucosa oral a los materiales acrílicos de dentaduras. A. A. Fisher.
- Basofilia hipofisaria en el tipo juvenil de acantosis nigricans. S. Rothman.
- Diverticuloma actinomicótico del sigma. H. S. Hoffman.
- Posible factor en la muerte súbita e inesperada durante la infancia. D. M. Spain, V. A. Bradess e I. J. Greenblatt.
- Dermatitis por nitrofurazona consecutiva al coito. C. George y S. London.

**Embolia pulmonar.**—Subraya el autor que la embolia pulmonar es de presentación mucho más corriente de lo que se acepta actualmente. En el estudio presentado fué una de las causas directas más corrientes de muerte en los ancianos. Su incidencia aumentará probablemente, puesto que es primariamente una enfermedad de la edad avanzada y este grupo de edad crece paulatinamente, fundamentalmente porque algunos de los tipos de enfermedad terminal bacteriana han llegado a ser controlados. En su trabajo distingue tres patrones clínicos en los casos de embolia pulmonar: muerte súbita, habitualmente diagnosticada de oclusión coronaria, que afecta a las grandes ramas del tracto arterial pulmonar. Una forma subaguda, que generalmente se parece a la bronconeumonía terminal, en la que se afectan las arterias pulmonares de tamaño grande y medio. Y la forma clínica crónica, de aparición habitual en las enfermedades terminales prolongadas, en las que frecuentemente sólo se ocluyen las arterias pequeñas. Estas tres formas de la enfermedad se diagnostican erróneamente durante la vida. Hay tres factores que influyen considerablemente la presentación de embolia pulmonar: la edad, el sexo y los periodos de reposo forzoso en cama. No se explica la mayor frecuencia de incidencia en mujeres que en los hombres. Los resultados

de su estudio le hacen al autor desmentir dos suposiciones hasta ahora aceptadas: Primera, que la embolia pulmonar es fundamentalmente una complicación postoperatoria, y segunda, que es característicamente una forma súbita y rápida de muerte. La gran mayoría de casos se produjeron en enfermos médicos y sólo una pequeña proporción de ellos murió súbitamente.

**Efectos colaterales ano-recto-cólicos de los antibióticos.**—Señalan los autores que así como la enteritis microcócica puede tener una evidente gravedad, los resultados de su estudio concuerdan en la creencia de que los efectos colaterales ano-recto-cólicos de los antibióticos no son de naturaleza seria. Asimismo confirman que la terapéutica local, que es útil en otras formas de irritación perianal, es también muy eficaz en estos casos. Han encontrado también que se produce la curación espontánea en casi todos los casos, lo que plantea el problema de la eficacia del placebo en algunos enfermos. También han visto que la leche ácida y la leche con mantequilla como única forma de tratamiento son completamente ineficaces, tanto para el tratamiento de la diarrea como del prurito.

**Infección estreptocócica del fibroedema del síndrome de Melkersson.**—Define el autor al fibroedema idiopático como un edema de los labios o de los tejidos circumorbitarios con fibrosis de las áreas afectas. En uno de sus cinco enfermos existía además una lengua plegada asociada a parálisis facial periférica de repetición, constituyendo el síndrome descrito por Melkersson. Añade que no debe confundirse el fibroedema con el edema angioneurótico esporádico, que nunca causa fibrosis y que se asocia habitualmente con urticaria y se presenta fundamentalmente en enfermos con una historia familiar alérgica (atópica), en el que actúan ciertos excitantes alérgicos o focos de infección. El curso y naturaleza del fibroedema sugiere una infección local subclínica y pueden superponerse a la fibrosis ataques recidivantes de erisipela o de infección crónica (edema infeccioso crónico).

**Determinación de la acidez y pH del estómago por un método sin sondaje.**—Los autores comunican los resultados de sus estudios en enfermos después de la resección gástrica subtotal y encuentran que el método sin sondaje para la determinación de la presencia de ácido clorhídrico libre en la bolsa gástrica restante no es adecuado para estos enfermos. La razón de ello reside probablemente en el vaciamiento demasiado rápido de la resina quinínica. Puesto que se requiere un cierto tiempo de exposición a un pH apropiado para que se cambie la quinina por los hidrogeniones, el vaciamiento rápido originaría unos valores de acidez totalmente falsos. Con la prueba de Segal-Miller, el "grado de acidez" no puede establecerse y es esencial una definición exacta en el estudio de la respuesta secretora de ácido gástrico después de la resección gástrica subtotal por úlcera gástrica o duodenal. La extracción con ácido sulfúrico-benzeno de la quinina eliminada por la orina es superior al método del ácido sulfúrico-éter. De los resultados obtenidos en las muestras de orina control, el primer método es más específico. Creen que la determinación del pH del contenido gástrico durante un análisis gástrico fraccionado adecuado es el mejor método para estudiar la acidez gástrica después de la resección gástrica subtotal.

**La dosis óptima de morfina.**—Los autores han estudiado el tratamiento del dolor en 122 enfermos después de intervenciones quirúrgicas y han visto un ligero aumento en la potencia y duración de la analgesia de la morfina cuando la dosis se elevaba de 10 a 15 mg. Han estudiado también la posibilidad de los efectos colaterales y los respiratorios de estas dos dosis en 10 voluntarios sanos y han observado una tendencia hacia una mayor depresión respiratoria con la dosis más alta y una incidencia significativamente superior de los efectos colaterales. Una revisión de la literatura indica que la dosis de 15 mg. de morfina no es necesaria para ha-

cer desaparecer el dolor en la mayoría de los enfermos que reciben dicha droga y produce más efectos indeseables que las dosis de 8 a 10 mg. En vista de ello concluyen que no deben darse dosis de 15 mg. estando la dosis óptima en 10 mg. para 70 kilos de peso corporal.

**Basofilismo hipofisario en el tipo juvenil de acantosis nigricans.**—El hecho de que los enfermos con acantosis nigricans del tipo benigno o juvenil son generalmente excesivamente obesos, que algunos tienen glucosuria a intervalos irregulares y en ocasiones curva de tolerancia a la glucosa de tipo diabético, hipertensión al esfuerzo, tendencia a la formación de estrias e incluso acné, presta interés al caso que describe el autor, puesto que la autopsia demostró un basofilismo difuso de la hipófisis. Subraya que los enfermos con el síndrome de Cushing y los enfermos con el tipo juvenil de acantosis nigricans tienen mucho de común, pero que los dos procesos son entidades clínicas fácilmente distinguibles.

**Diverticuloma actinomicótico del sigma.**—Señala el autor que la actinomycosis del sigma es muy rara, puesto que sólo existen citados en la literatura seis casos. El que presenta en este trabajo tiene gran interés no solamente por corresponder a esta localización tan rara, sino también porque la actinomycosis no se había sospechado clínicamente, pero sí se había demostrado la presencia de un divertículo con amplia compresión intrínseca del mismo y en la operación pudo demostrarse que la masa que comprimía el divertículo correspondía a un micetoma actinomicótico.

156 - 4 - 25 de septiembre de 1954

- Privilegios hospitalarios para los médicos generales a través de un comité de evaluación quirúrgica. F. Ewens.
- Televisión en color para la educación médica. A. L. Holleb y F. B. Buch.
- \* Artritis supurada aguda de la cadera en niños prematuros. D. W. Ross.
- \* Tratamiento de los quistes aéreos gigantes sintomáticos de los pulmones. H. Barber y F. Lamberta.
- \* Diabetes insípida, diabetes mellitus y resistencia a la insulina con histiocitosis. L. G. Rowntree y R. J. Poppi.
- Técnica simplificada de la inyección de hidrocortisona en la rodilla. H. W. Mahaffey.
- Férula articulada sencilla para la rodilla. P. Lewin.
- Eliminación del a distorsión electrocardiográfica debida al temblor somático. B. H. Pastor.

**Artritis supurada aguda de la cadera en niños prematuros.**—Refiere el autor que en cinco casos de artritis supurada aguda de la cadera en niños prematuros se demoró el tratamiento por no haberse hecho el diagnóstico; de ello se derivó una lesión grave permanente, salvo en un enfermo al que se hizo un tratamiento comparativamente rápido y en el que cabía esperar un buen resultado. Piensa que la infección de la cadera se produjo por una diseminación hematógena a partir de un foco distante, más bien que por inyecciones intra-glúteas o punción venosa en la región de la cadera. Añade que la artritis supurada aguda de la cadera en un niño recién nacido es difícil de diagnosticar en los estadios precoces y puede estar por completo enmascarada; esto es especialmente cierto en un niño prematuro, puesto que no hay en ellos una reacción general descubrible. Puede cometerse un grave error si no se incluye en el diagnóstico diferencial en presencia de signos locales de inflamación en la ingle, nalga o muslo. El diagnóstico debe establecerse por el descubrimiento de los signos y la aspiración inmediata de la articulación de la cadera. Termina diciendo que cuando se demora el tratamiento hasta que se vean alteraciones en la radiografía, la lesión de la articulación es generalmente extensa e irreversible.

**Tratamiento de los quistes aéreos gigantes del pulmón.**—Declaran los autores que los quistes aéreos asintomáticos o no complicados no exigen un tratamiento hasta que no se presente una complicación. La decisión para la extirpación quirúrgica reside en los síntomas atribuibles a un quiste aéreo gigante o a una complicación. La extensión del enfisema pulmonar u otras



enfermedades pulmonares crónicas requiere una evaluación cuidadosa, pero rara vez constituye una contraindicación absoluta para la cirugía. Cabe esperarse una mejoría en la función respiratoria tras la extirpación de una lesión ocupante de espacio como es el quiste aéreo. Los estudios funcionales, sin embargo, ofrecen poca ayuda para averiguar si una operación debe realizarse o no. La excisión debe recomendarse para los quistes aéreos gigantes sintomáticos del pulmón, sean uni o bilaterales, manteniéndose como regla la conservación de todo el tejido pulmonar útil. La cistectomía simple es el procedimiento de elección. En 11 enfermos estudiados por los autores, entre los que se incluían tres con quistes aéreos bilaterales, se realizaron 12 operaciones y no hubo mortalidad durante las mismas ni durante su estancia en el hospital. En 10 de ellas se hizo una excisión local y dos lobectomías por fibroantracosis asociada. Postoperatoriamente, desaparecieron los síntomas de insuficiencia respiratoria y la función mejoró continuamente durante un período de meses. Ha sido brillante la restauración de la salud y de la reserva respiratoria útil. Añaden que una revisión con un máximo de dos años es demasiado breve para un pronóstico futuro, pero la mejoría continúa manteniéndose. No han observado la nueva formación de quistes gigantes ni la recidiva de los síntomas asociados con el enfisema.

**Diabetes insípida, diabetes mellitus y resistencia a la insulina con histiocitosis.**—Refieren los autores un enfermo que estuvo bajo su observación clínica durante siete años y fué tratado sucesivamente, y con el paso del tiempo colectivamente, por diabetes insípida, diabetes mellitus, infecciones intercurrentes y resistencia a la insulina. Durante la vida no se estableció ni siquiera sospechó la existencia de una histiocitosis diseminada. Los estudios rutinarios de sangre repetidos durante la vida demostraron valores normales para los eritrocitos y hemoglobina; los leucocitos fueron normales en número y distribución, excepto ligeros aumentos transitorios en los monocitos. La autopsia demostró alteraciones marcadas en la médula ósea y la amplia invasión del tejido por histiocitos que contenían lípidos y otros que no los contenían; asimismo estas células se observaron en el lóbulo posterior de la hipófisis y en otros órganos. Las células eran similares a las que se ven en la histiocitosis lipoidea del tipo colesterínico (enfermedad de Hand-Schüller-Christian). Añaden que no se hizo la punción esternal, pero que si se hubiera hecho posiblemente se hubiera llegado al diagnóstico de histiocitosis. Subrayan que debe hacerse la punción esternal en diabetes insípida cuya causa no se conoce, puesto que el 3-4 por 100 de todos los casos se asocia con histiocitosis lipoidea del tipo colesterínico. El tipo de células que se encuentra en esta enfermedad es relativamente sensible a la radioterapia. La irradiación de la hipófisis en este caso podía haber demostrado su utilidad, pero quizá hubiera estado más indicada la irradiación general, puesto que las células anormales estaban ampliamente distribuidas por el organismo.

### Metabolism.

3 - 5 - 1954

- \* Estudios sobre los huesos de los bantus, de Sudáfrica: I. Composición química de las costillas de sujetos habituados a una dieta pobre en calcio. A. R. P. Walekr y U. B. Arvidsson. II. Cambios histopatológicos de las costillas de los niños bantus. J. Higginson.
- \* Distribución de líquidos y sodio en los adultos normales. D. Ikkos, R. Luft y B. Sjögren.
- \* Volumen de los compartimientos líquidos en la hipertensión humana y experimental. H. C. Teng y cols.
- \* Transplantes homólogos de glándulas adrenales fetales en pacientes con enfermedades de la piel sensibles al ACTH y/o cortisona. F. Homburger y D. C. Bonner. Efectos del acetato de cortisona y desoxicorticosterona sobre los lípidos del plasma de perros adrenalectomizados. N. R. Di Luzio y cols.
- Metabolismo de la cortisona en las ratas con cirrosis hepática espontánea y experimental. D. B. Zilvermit y colaboradores.

Acción hiperglucemiante de los extractos pancreáticos en perros con el conducto ligado, aloxanizados y tratados con cobalto. S. S. Lazarus y cols.

Efectos de la sintalina A sobre la absorción de la glucosa en diabetes espontánea y experimental. W. O. Read y J. H. Fodden.

\* Influencia del benemid sobre la excreción urinaria de fosfatos en el hipoparatiroidismo. L. R. Pascale, A. Dubin y W. S. Hoffman.

**Composición química de las costillas de sujetos habituados a una dieta pobre en calcio.**—Los bantus están habituados a una dieta pobre en calcio y vitamina D y rica en fitatos y fósforo. De acuerdo con muchos autores, esta dieta influenciaría la desmineralización de los huesos. Sin embargo, los autores comprueban que, tanto en los niños como en los adultos, las cantidades de calcio y fósforo de sus costillas son las mismas para los blancos que para los bantus. Concluyen los autores que, en las condiciones climáticas en que viven estos sujetos, su dieta pobre en calcio o, incluso, su deficiente estado de nutrición, no impide que sus huesos tengan una composición química normal. Consideran, por tanto, que la desmineralización encontrada en algunos niños con raquitismo proviene de una baja ingestión de vitamina D y de una insuficiente exposición a las radiaciones y no de una deficiente ingestión de calcio.

**Distribución de líquido y sodio en sujetos normales.** Los autores estudian la distribución intra y extracelular de agua y sodio en nueve sujetos sanos. Usando inulina encuentran que el agua intracelular representa el 70,1 por 100 y el extracelular el 29,9 por 100 del total del agua del organismo. Con tiosulfato, las proporciones correspondientes fueron de 69,5 y 30,5 por 100, respectivamente. El sodio intracelular, por uno de sus procedimientos resultó ser el 39,7 por 100 del total de sodio disponible, siendo de 42,4 mEq. por litro su concentración. El extracelular representó el 60,3 por 100. Los valores correspondientes encontrados por un segundo procedimiento fueron de 38,8 y 41,7, respectivamente.

**Volumen de líquidos en la hipertensión.**—El volumen del plasma, el volumen de líquidos extracelulares y el peso corporal es estudiado en un grupo de sujetos normotensos y en otro de hipertensos de constitución semejante. Se comprobó un apreciable aumento de los líquidos extracelulares en los enfermos con hipertensión esencial, junto con un aumento aparente del total de líquidos corporales. Paralelamente, se encontraron aumentos considerables del total de líquidos en los perros tras inducirles hipertensión. Todo esto viene a fortalecer el concepto de que la enfermedad hipertensiva vascular consiste, en primer lugar, en un defecto del metabolismo de agua y líquidos.

**Transplantes homólogos de glándula adrenal fetal.**—Los autores hacen un transplante homólogo de glándula adrenal fetal a seis enfermos con procesos cutáneos que habían respondido al ACTH y cortisona, entre los que figuraban el pénfigo foliáceo, pénfigo vegetante, dermatitis atópica, parapsoriasis, lupus eritematoso diseminado y dermatitis seborreica. En cuatro casos la enfermedad fué controlada con dosis mucho menores de las previamente requeridas. En el quinto, la respuesta fué temporal, y en el sexto, nula. En las biopsias practicadas en el lugar del transplante no se pudo demostrar tejido adrenal viable.

**Influencia del benemid sobre la excreción urinaria de fosfatos.**—Los autores observan que el benemid disminuye el nivel de fosfatos en el suero de cinco enfermos con tetania hipoparatiroidea, lo que se asocia a un aumento de la excreción urinaria de fosfatos. Este efecto fosfatúrico no se encuentra en sujetos normales. Con esta disminución de la fosfatemia desaparecen los síntomas de tetania, aunque las cifras de calcio permanecen inalteradas. Cuando, además, se administran oralmente grandes cantidades de calcio, la calcemia sube lentamente, pero después se mantiene bien.

## The American Journal of Medicine.

17 - 3 - 1954

- Balistocardiografía. A. M. Harvey.
- Síndrome del ductus arterioso persistente con inversión de la corriente. D. S. Lukas, J. Araujo e I. Steinberg.
- Estenosis pulmonar con shunt de izquierda a derecha. O. Magidson, R. Cosby, S. Dimitroff, D. Levinson y G. C. Griffith.
- Algunas variaciones en el cuadro clínico del defecto congénito del septum interventricular. N. O. Fowler.
- Isquemia miocárdica durante la comisurotomía mitral. J. G. Mudd, J. J. Inkley y C. R. Hanlon.
- Histogénesis de la arterioesclerosis de las grandes arterias cerebrales con un análisis sobre la importancia de los factores mecánicos. H. T. Blumenthal, F. P. Handler y J. O. Blache.
- Influencia de la reducción de peso en las mujeres sobre los lípidos sanguíneos. N. S. Moore, C. M. Young y L. A. Maynard.
- Estudios sobre la zona glomerulosa de las suprarrenales en ratas y enfermos hipertensos. E. Peschel y G. J. Race.
- Variabilidad en la velocidad con que se coagula la sangre. J. M. Waldron y G. G. Duncan.
- Trombosis primaria de la carótida interna. L. Ochs, W. Sensenbach y L. Madison.
- Tratamiento de la enfermedad hipertensiva. A. C. Corcoran, H. P. Dustan, R. D. Taylor e I. H. Page.
- Una revalorización de la terapéutica por quinidina. Conferencia sobre terapéutica.
- Hipertiroidismo, posible malignidad, enfermedad hepática y mixedema terapéutico. Conferencia clínico-patológica.
- Púrpura trombopénica por la quinidina. L. Weisfuse, P. W. Spear y M. Sass.
- Eritrofagocitosis y trombocitopenia en el curso de un síndrome de Henoch-Schoenlein debido a la quinina. W. P. Creger y J. H. Houseworth.
- Carcinoma primario del hígado con metástasis precoces en la columna y síntomas iniciales de paraplejía. R. D. Trevathan.

**Síndrome del ductus arterioso persistente con inversión de la corriente.**—Se estudian cuatro casos propios, y 12 más seleccionados de la literatura, en los cuales existía un ductus persistente, sin otra anomalía, en el cual la corriente, en lugar de ir de aorta a pulmonar, iba en sentido inverso. Ello da lugar a un cuadro clínico lo suficientemente característico para ser considerado como un síndrome. No se ausculta soplo continuo, en locomotora, como en el ductus habitual, sino un soplo sistólico acompañado a veces de otro diastólico en segundo espacio intercostal izquierdo. Se aprecian signos radiológicos y electrocardiográficos de dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho, y al mismo tiempo existe cianosis y acropaquias por la mezcla de la sangre arterial con la sangre venosa que llega a la aorta a través del ductus. Como éste pone en comunicación la pulmonar con la aorta después de haber dado esta última sus ramas destinadas a la cabeza y miembros superiores (arteria innominada, carótida izquierda, subclavia izquierda), la mezcla se hace después de salir la sangre destinada a estas regiones y, por tanto, la cianosis o no existe o es mucho menos intensa en los miembros superiores que en los inferiores. Del mismo modo, las acropaquias son más manifiestas en los dedos de los pies. La angiocardiógrafía y el cateterismo cardíaco establecen el diagnóstico sin lugar a dudas, observándose en la primera cómo el contraste pasa desde el ventrículo derecho hasta la aorta descendente a través de la arteria pulmonar y del ductus. La patogenia de este síndrome es dudosa. Los autores observan en uno de sus casos, en el que se realizó biopsia pulmonar, una esclerosis de los vasos pulmonares, que en algunos puntos se hallan ocluidos por un trombo. Creen que todo es debido al tamaño del ductus: si éste es muy grande, la cantidad de sangre que durante los primeros años de la vida está pasando desde la aorta hasta la pulmonar puede ser tan grande como para elevar la presión en el interior de las arterias pulmonares.

Cuando dicha tensión supere a la de la aorta, la dirección de la corriente a través del ductus se invertirá y, en consecuencia, se producirá la mezcla; con ella, la mayor parte de los huesos del cuerpo resultarán irrigados con sangre anóxica y por esta razón se producirá una poliglobulia compensadora que, por otra parte, elevando la viscosidad sanguínea, dificultará aún más la circulación a través de la pulmonar, y por tanto contri-

buirá a elevar la presión en el círculo menor, la cual acabará fijándose por la arterioesclerosis subsiguiente. El tratamiento quirúrgico del síndrome es muy peligroso.

**Estenosis pulmonar con shunt de izquierda a derecha.**—En la literatura de los últimos años se han descrito múltiples casos del síndrome de estenosis pulmonar asociada a un shunt interatrial de derecha a izquierda (estenosis pulmonar con foramen oval permanente), considerándose como una de las causas más frecuentes de cardiopatía congénita cianótica. También ha merecido la atención de los clínicos el cuadro de la estenosis pulmonar simple, o aislada, sin comunicación intracardiaca, no cianógena. Ultimamente, ABRAHAM y WOOD han descrito un tercer grupo de casos caracterizados por estenosis pulmonar congénita asociados a comunicación intracardiaca, a través de la cual se realiza un shunt arteriovenoso, es decir, de izquierda a derecha. Los autores comunican en este trabajo 14 casos más de este síndrome, estudiados clínicamente y con la ayuda del cateterismo cardíaco. En todos ellos existía una estenosis pulmonar de grado ligero o moderado, con escaso o ningún aumento de presión diastólica en la aurícula y ventrículo derecho, lo cual permitía la existencia de un shunt de izquierda a derecha a través de un defecto septal atrial (8 casos), de un defecto septal interventricular (4 casos) o por una transposición de las venas pulmonares (2 casos). Se describen las características clínicas y hemodinámicas de estos enfermos comparándolas con las de la estenosis pulmonar asociada a shunt de derecha a izquierda. Se discute a continuación la posibilidad del tratamiento quirúrgico mediante la valvulotomía pulmonar, llamando la atención sobre el hecho de que tras la intervención en estos enfermos puede darse el caso que empeoran por aumentar el shunt al disminuir la tensión en las cavidades derechas.

**Variaciones en el cuadro clínico del defecto congénito del septum interventricular.**—El cuadro clínico que suele conocerse de esta enfermedad está caracterizado por soplo sistólico con thrill de máxima intensidad en el tercero y cuarto espacios intercostales izquierdos, junto al borde del esternón, sin dilatación cardíaca ni anomalías en el electrocardiograma. Aunque suele admitirse que las grandes comunicaciones pueden caracterizarse clínicamente por dilatación del ventrículo derecho, aumento de tamaño de las venas pulmonares, cianosis y acropaquias, se recalca poco por lo general sobre los diversos cuadros clínicos que puede adoptar esta cardiopatía congénita. En este trabajo, el autor expone la historia de siete enfermos con defecto interventricular, con diversos tipos de cuadro clínico, todos ellos diagnosticados por el cateterismo cardíaco.

**Isquemia miocárdica durante la comisurotomía mitral.**—En un grupo de 30 enfermos de lesión mitral, estudiados electrocardiográficamente durante la realización de la comisurotomía, encuentran los autores seis casos (de los cuales presentan cinco electrocardiogramas) en los que al poner el clamp sobre la orejuela izquierda aparecieron signos de isquemia miocárdica semejantes a los de un infarto de cara anterior como premonitores de la fibrilación ventricular. Se confirma la importancia que tiene un control cuidadoso electrocardiográfico de los enfermos, especialmente en algunas fases de la comisurotomía.

**Histogénesis de la arterioesclerosis de las grandes arterias cerebrales.**—En el presente trabajo los autores continúan el estudio comparativo acerca de las características patológicas de la arterioesclerosis humana en diversos territorios arteriales; de los estudios previos, los autores sacan la conclusión de que la arterioesclerosis representa simplemente una respuesta adaptativa estructural y bioquímica a las fuerzas físicas que actúan sobre la pared arterial durante largos periodos de tiempo, siendo afectadas en este proceso todas las capas del vaso.

Estudian la histogénesis de la arterioesclerosis cere-



bral en las arterias basílicas de 124 enfermos, cuyas edades oscilaban entre las pocas horas de vida y los 93 años, complementando el estudio con el examen macroscópico de 37 círculos de Willis marcando la localización de las placas, los diámetros externos e internos y las anomalías vasculares. Las diferencias existentes entre las alteraciones histológicas de las arterias basílicas y de otras arterias se deben sobre todo a la debilidad de la pared de las arterias cerebrales, que motiva con mayor frecuencia formación de aneurismas y rotura arterial. Las medidas de los diámetros internos y externos de las arterias han permitido el cálculo de la tensión hidrostática efectiva en diversos lugares del polígono de Willis, relacionando después estas tensiones calculadas con el grado de dilatación y engrosamiento de la pared arterial con la edad y con la frecuencia de formación de placas ateromatosas.

**La zona glomerulosa de las suprarrenales en enfermos hipertensos y en ratas.**—En vista de las posibles relaciones entre las suprarrenales y la hipertensión arterial, los autores estudian la zona glomerulosa de dichas glándulas en normales y en hipertensos, con y sin régimen sin sal, observando que en los hipertensos que murieron mientras estaban sometidos a la dieta de arroz la zona glomerulosa era mayor (en el 24 por 100 de los casos) que la de los normales y que la de hipertensos muertos fuera del régimen sin sal. Del mismo modo, en ratas hipertensas sometidas a dieta sin sal observaron un aumento marcado en el grosor de la zona glomerulosa en comparación con la de ratas hipertensas sometidas a una alimentación normal. La grasa citoplásmica estaba disminuida en las suprarrenales cuya zona glomerulosa era mayor de lo normal, y en cantidad normal, en aquellas cuyo tamaño no había variado. Los autores suponen que el aumento en el espesor y la disminución en el contenido en grasa de la zona glomerulosa corresponden a una producción aumentada de hormonas sin depósito, pudiendo tratarse muy bien de un estímulo ejercido por la disminución en la relación Na/K sobre la producción de mineralocorticoides.

**Trombosis primaria de la carótida interna.**—Aunque HUNT describió en 1914 los síntomas que podían producirse como consecuencia de la obstrucción de la carótida interna, fué en 1937 cuando EGAS MONIZ, empleando la arteriografía, describió el cuadro clínico de esta afección y llamó la atención de los clínicos sobre él. Puede manifestarse clínicamente bajo cuatro síndromes distintos: 1) Cuadro agudo, semejante a una lesión vascular intracraneal. 2) Comienzo insidioso, con episodios transitorios de alteraciones visuales o de hemiplejía, monoplejía, afasia, etc., con un curso lentamente progresivo durante meses o años, simulando el de un tumor cerebral con cierta frecuencia. 3) Ceguera homolateral con hemiplejía contralateral; y 4) Trombosis de la carótida interna silente, sin producir síntomas llamativos. En todos estos tipos pueden producirse episodios recurrentes de síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo del lado opuesto o por anoxia cerebral. Los autores, después de realizar una revisión sobre el síndrome, comunican siete casos con estudios sobre la hemodinámica y el metabolismo cerebrales en los cuales no se encontraron datos patológicos. En uno de los enfermos se intentó revascularizar el cerebro mediante la creación de una fistula arteriovenosa entre la carótida primitiva del lado afecto y la yugular interna sin que se obtuviera resultado alguno, como se demostró en las arteriografías y en los estudios de diferencia arteriovenosa de oxígeno.

**Tratamiento de la enfermedad hipertensiva.**—Los autores realizan una revisión del problema sobre la base de su amplia experiencia, tratando con detalle el empleo de los tiocianatos, nitroprusiados, alcaloides del veratrum, hidralazina, hexametonium y sus derivados (solo o combinado con la hidralazina) y alcaloides de la rauwolfia serpentina, así como también la dieta y la simpatectomía. Concluyen que mediante la hidralazina se obtiene mejoría sostenida y disminución de la mor-

talidad en la mitad de los enfermos, pero su uso tiene el inconveniente de producir con frecuencia trastornos generalmente transitorios, aunque en ocasiones da lugar después de algún tiempo a un curioso síndrome que se asemeja mucho al del lupus eritematoso diseminado: comienza como una artritis reumatoide, con fiebre, apareciendo posteriormente pleuritis, pericarditis, neumonitis, disminución de la albúmina plasmática y aumento de la gamma globulina y elevación de la V. de S. En un caso se produjo también afectación renal. En algunos casos la aparición de manifestaciones cutáneas, la existencia de un fenómeno L. E. positivo o la aparición de células L. E. en la médula ósea aumentó más el parecido. Sin embargo, en la mayor parte de los casos el síndrome desaparece al suspender la droga o al dar ACTH. El hexametonio tiene el inconveniente de producir hipotensión postural, si bien es eficaz en gran número de casos. Finalmente, la reserpina parece tener importante acción antipresora sola o en asociación con otras drogas.

**Púrpura trombocitopénica producida por la quinidina.**—Desde que en 1941 BROCH publicó el primer caso de púrpura por quinidina hasta la actualidad, se han publicado solamente otros 12 casos. Los autores publican otro caso más (que hace el número 14) en el que estudian el mecanismo de la trombocitopenia. En todos los casos publicados, las hemorragias cesaron al suspender la quinidina, normalizándose en unos días los datos hematológicos. La administración de una dosis test de 0,20 gr. de quinidina produce en estos casos una rápida caída en el número de trombocitos sanguíneos asociada con manifestaciones hemorrágicas. Esto sugiere que el mecanismo de la trombopenia sea anafiláctico, y por ello es interesante estudiar el trastorno desde el punto de vista inmunológico. Basándose en los trabajos de ACKROYD sobre la púrpura por el sedormid, diversos autores (BIGELOW, DESFORGES y LARSEN) han demostrado la existencia en el plasma de los enfermos de aglutininas para las plaquetas que originan su aglutinación en presencia de quinidina. Los autores demuestran en su caso la existencia de estas aglutininas mediante la incubación de plaquetas normales, plasma sensibilizado y quinidina. El anticuerpo en cuestión es una panaglutinina, ya que aglutina todas las plaquetas humanas, pero no funciona si se sustituyen por plaquetas de conejo o si se sustituye la quinidina por su isómero la quinina. La existencia de este anticuerpo tiene importancia desde el punto de vista diagnóstico.

**Lartrofagocitosis y trombocitopenia en el curso de un síndrome de Henoch-Schoenlein debido a la quinina.**—Los autores estudian un enfermo que presentó varias veces (coincidiendo siempre con la administración de quinina) un síndrome de Henoch-Schoenlein acompañado de una serie de fenómenos inmunohematológicos: eritrofagocitosis, fragilidad capilar aumentada, disminución transitoria del número de plaquetas con morfología anormal de las mismas, posible fagocitosis de las plaquetas, retracción del coágulo disminuida y aparición en el suero de un factor capaz de inducir eritrofagocitosis en la sangre normal. Los autores creen que todo ello fué debido a la aparición de un anticuerpo específico.

## Bulletin of the New York Academy of Medicine.

30 - 9 - 1954

- Problemas habituales en la transfusión de sangre. P. Vogel.
- Modificación de los trastornos por irradiación. L. O. Jacobson.
- Diferenciación de sueros por el fenol. E. S. Sagi y P. Pless.
- Discusión clínica. L. L. Mackenzie.

## American Review of Tuberculosis.

70 - 3 - 1954

- Media centuria de progreso médico en el control de la tuberculosis. E. R. Long.

- Problemas no resueltos en tuberculosis. R. J. Dubos.
- Un caso fatal de tuberculosis producida por BCG. J. Meyer.
- Estudios microbiológicos. K. A. Jensen.
- Quimioterapia de la tuberculosis pulmonar usando pirazinamida sola y en combinación con estreptomycin, PAS o isoniazida. W. S. Schwartz y R. E. Moyer.
- Toxicidad de la pirazinamida. H. J. Robinson, H. Siegel y J. J. Pietrowski.
- Estudios sobre el uso de dosis altas de isoniazida. Estudios de toxicidad. J. P. Biehl y H. J. Nimitz.
- Significación de la resistencia del M. tuberculosis a la isoniazida. R. N. Johnston y R. W. Riddell.
- La cantidad de piridin-nucleótidos (coenzimas I y II) en sangre en la tuberculosis experimental antes y durante el tratamiento con isoniazida. J. Pättälä.
- Estudios sobre isoniazida y bacilo tuberculoso. I. Aislamiento de variedades isoniazido-resistentes "in vitro". M. L. Cohn, U. Oda, C. Kovitz y G. Middlebrook.
- Efecto de la isoniazida sobre las emociones y los electroencefalogramas seriados en enfermos tuberculosos. M. C. Addington, D. L. Winfield y S. Phillips.
- Una escala para apreciar el comportamiento de enfermos tuberculosos hospitalizados. M. M. Pauleen y G. Calden.
- Programa de educación para instrucciones incidentales para enfermos que reciben tratamiento de tuberculosis. M. A. Wandelt.
- Estudios preliminares sobre inmunización activa artificial de cobayas frente a trastornos respiratorios por Coccidioides immitis. R. A. Vogel, B. F. Fetter, N. F. Conant y E. P. Lowe.
- Neuritis periférica en enfermos tratados con isoniazida. R. Oestreicher, S. H. Dressler y G. Middlebrook.
- Tuberculosis miliar, meningitis tuberculosa y leucemia mielóide crónica. E. Rothstein y T. Jarrold.
- Treinta años de terapia antituberculosa en un sanatorio municipal. W. L. Howard, E. E. Mueller, W. J. Steininger y C. E. Woodruff.
- Observaciones sobre tratamiento durante 32 semanas con combinaciones de isoniazida, estreptomycin y PAS. F. W. Mount y S. H. Ferebee.
- Propiedades inmunizantes de una mutante isoniazido-resistente de la raza Vallée de M. tuberculosis comparada con el BCG. G. L. Hobby, T. F. Lenert y O. Auerbach.
- Regresión de lesiones tuberculosas en el cobaya infectado con bacilos tuberculosos resistentes a la isoniazida. A. G. Karlson.

#### Un caso fatal de tuberculosis producida por BCG.—

El caso descrito por el autor es ejemplo de que el bacilo Calmette-Guérin, introducido en el organismo mediante la vacunación BCG, puede provocar una tuberculosis fatal en el hombre. El cuadro clínico fué muy especial y peculiar, una tuberculosis diseminada maligna que afectaba sólo al sistema linfático. La relación causal de la enfermedad con el BCG parece fuera de duda y la prueba bacteriológica confirmó lo que parecía ser un hecho obvio. El que no se haya publicado ningún caso de este proceso entre los millones de niños vacunados con BCG permite considerar a esta eventualidad como excepcionalmente rara y, consecuentemente, este solo caso no debe tener influencia en la práctica habitual con respecto a la vacunación con BCG.

**Quimioterapia usando pirazinamida sola y en combinación.**—La pirazinamida, usada por sí sola a dosis de 2,8 gr. diarios, resultó ser una droga eficaz en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, aunque sólo por un breve período de tiempo. La administración de 1 gr. de estreptomycin dos veces por semana o de 12 gr. diarios de PAS, junto con 3 gr. de pirazinamida, no aumentó la eficacia de la pirazinamida ni retrasó la aparición de bacilos tuberculosos PAS o estreptomycin-resistentes. No fué posible determinar la susceptibilidad de los bacilos tuberculosos a la pirazinamida "in vitro". La quimioterapia con pirazinamida e isoniazida ha resultado ser un régimen muy eficaz en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y por lo menos igual a cualquier combinación de estreptomycin, PAS e isoniazida usada actualmente. A pesar de la supuesta toxicidad, la baja incidencia de ictericia observada en esta serie motiva la recomendación de que se use más ampliamente la combinación de pirazinamida e isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis, especialmente en los casos estreptomycin-resistentes.

**Dosis altas de isoniazida.**—Se describen los efectos tóxicos de la isoniazida a dosis superiores a 5 mg. por kilo de peso al día en un grupo de 116 tuberculosos pulmonares. No se observó constantemente toxicidad, siendo los principales efectos tóxicos neuritis periférica e

intolerancia gástrica. La neuritis periférica aumentó cada vez más al elevarse la dosis hasta 24 mg. por kilo al día, y así, el 44 por 100 de los que recibieron de 16 a 24 mg. manifestaron neuritis. Tres enfermos fallecieron durante el estudio, uno de ellos probablemente de encefalopatía tóxica, debida a la isoniazida. Otra muerte fué repentina, de causa desconocida, pero al parecer no fué consecuencia de la isoniazidoterapia a dosis altas. La tercera muerte no guardaba claramente relación con la administración de isoniazida. Se observó intolerancia gástrica en el 10 por 100 del grupo y la mayor parte de los casos correspondió a los que recibieron 20 mg. por kilo al día. No se notaron efectos importantes sobre sangre periférica, riñones o hígado.

**Piridin-nucleótidos e isoniazida.**—Se determinó la cantidad de piridin-nucleótidos en sangre en la tuberculosis experimental de los cobayas antes y después de la isoniazidoterapia y durante ésta. Después de la inoculación de bacilos tuberculosos, los valores de dichos nucleótidos revelaron tendencia descendente, pero estos valores reducidos comenzaron invariablemente a elevarse de nuevo a consecuencia del tratamiento con isoniazida. La isoniazida logró igualmente un aumento en las cifras de piridin-nucleótidos en animales sanos. Esto indica que quizá la isoniazida sea en realidad capaz de convertirse en piridin-nucleótidos. Los resultados obtenidos con la isoniazida podrían, pues, explicarse como debidos a la inhibición de reacciones enzimáticas en que intervienen piridin-nucleótidos.

**Isoniazida y emociones y electroencefalogramas.**—Se estudian 52 enfermos tomados al azar mediante electroencefalogramas mientras tomaban 150 a 300 mg. diarios de isoniazida, siendo además estudiados los primeros 40 casos con una serie de pruebas psicológicas. Sólo tres casos presentaron alteraciones electroencefalográficas: uno, de normal a anormal; otro, de anormal a más anormal, y otro, de anormal a normal. A juzgar por estos resultados no se puede hablar de ningún efecto bien definido de la isoniazida sobre los trazados cerebrales. Aunque la inmensa mayoría de los sujetos pretendieron haber mejorado en bienestar y ánimo y ninguno se sentía peor, las pruebas objetivas no revelaron el menor cambio preciso en las emociones de esos enfermos. De nueve enfermos en quienes, a base de las pruebas psicológicas preliminares, cabía presumir predisposición a psicosis, cuatro mostraron algún empeoramiento, tres discreta mejoría, en tanto que los dos restantes no mostraron alteración en ningún sentido. Clínicamente un enfermo se volvió psicótico, lo que desapareció al cesar la administración de la droga, pero no reapareció al reanudarse ésta.

**Granuloma, meningitis tuberculosa y leucemia mielóide crónica.**—Un enfermo que padecía leucemia mielóide desde hacía tres años manifestó granuloma y meningitis tuberculosa. Al cabo de un año de tratamiento combinado con estreptomycin y PAS el caso se estacionó clínicamente, y desde el punto de vista de la tuberculosis el proceso patológico permaneció inactivo. La muerte se debió a sepsis consecutiva a una perforación de estómago y a abscesos esplénicos con formación de un absceso peritoneal localizado. En la autopsia las meninges aparecieron normales y la granuloma estaba en vías aparentes de cicatrización. La respuesta al tratamiento, aunque temporal, sugiere que está indicada la terapéutica antituberculosa activa aun cuando un sujeto padezca además otra dolencia cuyo pronóstico se considere a la larga desesperado.

#### British Heart Journal.

17 - 1 - 1955

- Vectocardiogramas de contracciones normales y prematuras en diferentes derivaciones. W. D. Boer, H. C. Burger y J. V. Van Milaan.
- Alteraciones del miocardio en la deficiencia de potasio. P. M. Mac Callen.
- El electrocardiograma, distintivo del espasmo de las arterias coronarias. W. Evans.



- Ondas R secundarias en las derivaciones torácicas derechas. F. Camerini y L. G. Davies.
- \* Radiología del pulmón en la estenosis mitral grave. D. S. Short.
- Un nuevo método para la determinación del grado o ausencia de la obstrucción mitral. S. G. Owen y P. Wood.
- \* Estenosis aórtica. Un estudio cinefotográfico post-mortem de la acción valvular. I. K. R. Mac Millan.
- Pulsaciones venosas palpables en un caso de transposición de los troncos arteriales con bloqueo cardíaco completo. J. D. Aitchison.
- \* Mecanismo y significación del tono auricular. D. Weitzman.
- Oclusión venosa pulmonar unilateral de tipo membranoso, hipertensión pulmonar y persistencia del conducto arterioso. D. Emslie-Smith, I. G. H. Hill y K. G. Lowe.
- Persistencia del conducto arterioso con hipertensión pulmonar. P. Harris.
- Larga supervivencia en un caso de drenaje de la cava inferior en la aurícula izquierda. D. L. Gardner y L. Cole.
- Redistribución de la circulación sanguínea general en la estenosis pulmonar. R. J. Shephard.
- Ruido venoso continuo en un caso de cirrosis portal. A. I. S. Macpherson y E. V. B. Morton.
- Anomalia de Ebstein: Comunicación de un caso diagnosticado en vida. A. J. Kervin.

**Alteraciones del miocardio en la deficiencia de potasio.**—Describe el autor dos casos de déficit prolongado de potasio haciendo especial referencia a las alteraciones cardíacas encontradas antes y después de la muerte. En ambos casos se encontró una fibrosis miocárdica extensa, aunque el sistema de las arterias coronarias era permeable, sin que la enfermedad les hubiera afectado. En uno de los casos se observó también una necrosis focal miocárdica. Se puede apreciar un estrecho paralelismo entre los hallazgos de estos enfermos y las alteraciones que aparecen en el déficit de potasio experimental en los animales. Se considera que las lesiones cardíacas son el resultado directo de la deficiencia de potasio y que tal deficiencia debe ser corregida lo más rápidamente posible si se quiere evitar la aparición de lesiones miocárdicas irreversibles.

**El electrocardiograma, distintivo del espasmo de las arterias coronarias.**—Siempre han existido dudas sobre la verdadera significación de un electrocardiograma estrictamente normal en un enfermo en el que se ha sospechado el diagnóstico de dolor cardíaco. No hace mucho tiempo no causaba sorpresa la aparición de un electrocardiograma normal en un enfermo en el que el accidente doloroso aparentemente estaba producido por un infarto de miocardio, pero desde que se han ido identificando ciertas alteraciones electrocardiográficas con la enfermedad coronaria la frecuencia de un ECG normal en tales pacientes ha disminuido. El problema de saber si un infarto de miocardio puede cursar con un electrocardiograma normal no está aún resuelto. El autor, basado en sus investigaciones, sostiene que nunca es estrictamente normal siempre que los trazados sean adecuados y se reconozca el electrocardiograma mutable que se describe en el trabajo y que tiene el significado de registrar espasmos coronarios. Cuando el dolor cardíaco surge de tales espasmos, los trazados se vuelven claramente anormales como consecuencia de la isquemia cardíaca consecutiva, volviendo a recuperar el primitivo trazado una vez que el accidente doloroso ha pasado. El electrocardiograma mutable está caracterizado por inversión de la onda T en las derivaciones torácicas CR1 a CR4 y a veces incluso hasta la CR7; precozmente, la deformidad puede estar limitada a la porción terminal de la onda T, que puede desviarse claramente por debajo de la línea isoelectrica. La onda T está también invertida en la derivación I. Por el contrario, en este electrocardiograma mutable faltan los signos de lesión permanente del miocardio debidos a enfermedades de las coronarias, tales como onda Q o depresión de S-T. Cuando el trazado se ha recuperado, un ejercicio físico intenso puede por lo general hacer reaparecer el trazado, aunque el lapso de tiempo libre de dolores haya sido largo. El autor encuentra solamente 10 trazados de este tipo entre 1.370 pacientes cuyos síntomas sugerían dolor cardíaco, y es significativo que los ocho ECG que se recuperaron por completo pertenecían a este grupo. Debido al pronóstico favorable que puede asociarse con la presencia de un electrocardiograma

mutable, cuyo significado es el de un arterioespasmo coronario con isquemia cardíaca temporal, más bien que oclusión coronaria permanente, su reconocimiento tiene un gran interés clínico.

**Radiología del pulmón en la estenosis mitral grave.**—El aspecto radiológico de los pulmones se estudia en 33 enfermos con estenosis mitral reumática en los que el diámetro máximo de la válvula mitral (determinado en la intervención quirúrgica o en la necropsia) era de 1 cm. o menos. En 12 de ellos se había instaurado una insuficiencia derecha. La arquitectura del pulmón era anormal en cada uno de los pacientes, aunque el grado de anormalidad variaba ampliamente, siendo ligera en algunos y considerable en otros. Había congestión hiliar en 30 y pérdida de translucidez en 24. La afectación pleural era evidente en 15, dos de los cuales tenían un derrame derecho. Las imágenes de los vasos eran anormales en 30 enfermos. Lo más frecuente era que las arterias intrapulmonares estuvieran oscurecidas por una gran profusión de pequeños vasos, pero en ocasiones tales arterias estaban bien definidas y muy atenuadas. Se encontraron líneas septales en 25 casos, y aunque nunca se mostraron como la única anormalidad era, sin embargo, la más expresiva. Las radiografías seriadas indican que tales alteraciones son persistentes y desaparecen con lentitud. Una arquitectura pulmonar normal es incompatible con el diagnóstico de estenosis mitral severa.

**Estenosis aórtica. Un estudio cinefotográfico post-mortem de la acción valvular.**—Mediante un sistema de perfusión artificial, estudia el autor los movimientos de las válvulas aórticas estenosadas. De estos casos, 27 mostraban varios grados de calcificación. Los efectos que sobre la dinámica valvular ejerce la valvulotomía post-mortem se estudian en 25 casos. En seis casos adicionales se observan los efectos de la valvulotomía practicada "in vivo". De estas observaciones se desprende que muchas válvulas, después de la valvulotomía, permanecen relativamente inmóviles. Por lo general, sólo es posible realizar una o dos comisuras, incluso con dilatadores trirradiados. A diferencia de la valvulotomía mitral, no es fácil obtener grandes aumentos del área de la valva, excepto en los casos en los que no hay calcificaciones. Cuando dos comisuras están fusionadas, la dilatación forzada puede lesionar la valva que conserva movilidad, lo que puede originar la aparición de insuficiencia en vida. Las válvulas aórticas estenosadas y no calcificadas son las más adecuadas para efectuar la valvulotomía, ya que pueden ser divididas fácilmente. Es necesario un método de inspección directa de las válvulas para juzgar la operabilidad de un caso determinado, cosa que no es posible actualmente con los métodos clínicos de que se dispone. La presencia de grandes calcificaciones limita notablemente los resultados funcionales, pero los actuales métodos no permiten un diagnóstico preciso de la localización y extensión de tales calcificaciones.

**Mecanismo y significación del tono auricular.**—Se estudian 100 pacientes con tono auricular audible con el fin de determinar el mecanismo y significación de este hallazgo. Las series comprenden 46 casos con hipertensión, 29 con infarto de miocardio y 25 con otros procesos. Se hicieron fonocardiogramas en 74. En 12 casos de cardiopatía congénita se registraron simultáneamente el fonocardiograma con las presiones intracardiacas. Los hallazgos clínicos en estos pacientes se compararon con hallazgos similares en 205 pacientes afectados de las mismas enfermedades en los que el tono auricular no se pudo detectar, así como con 100 sujetos normales. El tono aparece 0,12-0,17 segundos después del comienzo de la onda P y 0,05-0,09 segundos después del comienzo del sístole auricular. Tales hallazgos sugieren que se trata de un tono de repleción producido en el ventrículo por la sangre que entra durante el sístole auricular. Las vibraciones causadas de esta manera son normalmente inaudibles, pero se acentúan cuando el ventrículo está hipertrofiado o ha experimentado

un infarto. El tono auricular no se oye en los sujetos sanos ni en ningún caso de enfermedad cardíaca en la que el electrocardiograma o la imagen radiológica sea normal. En la hipertensión, el tono no está siempre asociado con hipertrofia del ventrículo izquierdo. Aunque los enfermos con tono adicional muestran una gran frecuencia de insuficiencia cardíaca, las tres cuartas partes (77 por 100) no presentan asistolia y alrededor de una cuarta parte están libres de cualquier síntoma. En el infarto de miocardio, la persistencia del tono está asociada con aumento del ventrículo izquierdo en el 80 por 100 de los casos y con insuficiencia cardíaca y disnea de esfuerzo en el 56 por 100 de los casos, aunque un 16 por 100 se ven libres de síntomas. El tono se percibe raramente en las enfermedades valvulares aórticas. Se concluye que el tono auricular es un sonido producido por la repleción sanguínea del ventrículo. Siempre indica anormalidad del ventrículo y no es audible en estado de salud, pero no significa forzosamente insuficiencia cardíaca.

### The Lancet.

6.832 - 7 de agosto de 1954

- Conservación y transplante de los tejidos humanos. C. Rob.
- \* Oxígeno y fibroplasia retrolental. R. M. Forrester, E. Jefferson y W. J. Naunton.
- Insuficiencia respiratoria después de la neumonectomía. J. Friend.
- Eliminación de 17-cetosteroides en indios varones. H. C. Friedmann.
- \* Parálisis nerviosas periféricas recidivantes en una familia. D. M. Davies.
- \* Intoxicación potásica aguda. P. E. Bedsord.
- \* Feocromocitoma. I. MacLean Baird y H. Cohen.
- Abceso agudo fatal del lóbulo frontal. G. W. C. Johnson.

**Oxígeno y fibroplasia retrolental.**—Los autores refieren la presentación en los últimos siete años de 83 casos de fibroplasia retrolental en dos centros de prematuros de Manchester; de ellos, 36 demostraban alteraciones permanentes y 21 estaban ciegos por completo. Desde octubre de 1951 se restringió intensamente la cantidad de oxígeno administrada a los niños y desde noviembre de 1951 no ha habido ningún caso de ceguera como consecuencia de la enfermedad y, similarmente, se ha reducido la incidencia de alteraciones incompletas y temporales. A su juicio, estas observaciones confirman el importante papel que juega el oxígeno en transformar una enfermedad esporádica rara en una causa importante de ceguera. Se muestran satisfechos de que la supresión de la enfermedad restringiendo el empleo de oxígeno se haya logrado sin detrimento sobre la supervivencia.

**Parálisis recidivantes de nervios periféricos en una familia.**—El autor refiere haber observado en tres miembros de una familia la presentación de parálisis aisladas de nervios periféricos; en algunos de los ataques no pudo explicarse su causa y en otros siguieron a traumas mínimos. El padre y el hijo mostraron ataques de repetición, mientras que la hija sólo ha tenido un ataque. En ninguno de los enfermos estudiados había evidencia de anormalidad ósea, defectos metabólicos o enfermedades específicas y estaban bien nutridos. No tiene certeza en cuanto al origen y causa de estas parálisis recidivantes.

**Intoxicación potásica aguda.**—El autor refiere que en un enfermo se presentó tetania y otros síntomas, incluyendo parestesias y calambres, después de haber tomado 20 gr. de citrato potásico en dosis única por la boca. El enfermo había estado sometido durante las tres semanas precedentes a una dieta pobre en potasio. Pasada la intoxicación aguda, después de haber tomado una dieta normal durante cierto tiempo, ni la misma dosis de citrato potásico, ni tampoco el doble de la dosis, tanto de citrato como de sodio, produjo efectos tóxicos similares.

**Feocromocitoma.**—Los autores describen un enfermo con feocromocitoma de la suprarrenal derecha que pre-

sentó dificultades diagnósticas, ya que mostraba dos rasgos poco corrientes: hipotensión y retención urinaria. El diagnóstico pudo hacerse mediante la provocación de un ataque paroxístico clásico de hipertensión tras la inyección intravenosa de histamina.

6.833 - 14 de agosto de 1954

- Apendicitis aguda: Revisión histórica. J. A. Shepherd.
- \* Descompresión medular en la paraplejía póstica. N. W. Nisbet.
- \* Degeneración combinada subaguda de la médula y neuropatías periféricas aclorhídricas sin anemia. E. C. O. Jewesbury.
- Tratamiento de las verrugas plantares con nieve carbónica. K. D. Crow y O. L. S. Scott.
- \* Tratamiento con oxígeno de la ascariasis. F. F. Talayzin.
- \* Ascariasis tratada con hidrato de piperazina. R. H. R. White.
- \* Enfermedad de Addison complicada por embarazo y diabetes mellitus. K. J. Gurling, F. Rackow y R. J. H. Smith.
- Anemia aplásica consecutiva al tratamiento con cloranfenicol. A. W. Johnston.

**Descompresión en la paraplejía póstica.**—Señala el autor que la paraplejía póstica puede curar espontáneamente, pero que no ocurre siempre así; es muy grande el peligro de que quede lesionada permanentemente la médula espinal, especialmente en los casos recidivantes. Por lo tanto, no debe demorarse demasiado la descompresión medular. Sin embargo, ésta constituye una operación grave que lleva consigo una mortalidad alta, por lo que hay que hacer un juicio exacto en la selección de los casos. Los aspectos radiológicos son tan diversos que ayudan poco a decidir cuándo debe operarse y qué tipo de operación debe practicarse. El colapso de los cuerpos vertebrales oscila entre casi nada a una cifosis intensa; por otro lado, el cirujano ortopédico está familiarizado con la diversidad de aspectos radiológicos en casos sin paraplejía. La operación debe provocar una descompresión lo suficientemente extensa para hacer desaparecer la compresión, pero no excesivamente como para comprometer la estabilidad de la columna. A su juicio, la raquiotomía anterolateral llena ambos requisitos y la paraplejía póstica puede tratarse incuestionablemente mejor en los centros especializados. En la mayoría de los casos que requieren la operación, la interrupción de la conducción medular tiene lugar por la compresión mecánica de la teca, aunque las influencias indirectas como el edema, paquimeningitis, mielitis y trombosis vascular son causas muy raras, por lo que se aprecia a menudo una rápida recuperación después de la descompresión medular.

**Degeneración combinada subaguda de la médula y neuropatías periféricas aclorhídricas sin anemia.**—Subraya el autor que la degeneración combinada subaguda de la médula puede asociarse no sólo con un recuento sanguíneo periférico normal, sino también con una médula esternal normal. Describe cinco casos de degeneración combinada subaguda con alteraciones insignificantes en la sangre periférica y con médula ósea normoblastica. En el primer caso, no se hizo un tratamiento inicial con vitamina B<sub>12</sub> y se encontraron alteraciones características de la anemia perniciosa un año después en la sangre periférica y médula ósea. En el segundo caso, se administró una pequeña cantidad de vitamina B<sub>12</sub> solamente durante dos semanas; después, el enfermo siguió bien durante tres años, al cabo de los cuales se encontraron en la médula y en la sangre periférica las alteraciones características de la anemia perniciosa. No se desarrolló anemia perniciosa, no avanzaron los signos neurológicos y hubo una recuperación sintomática en los tres enfermos restantes, a los que se hizo un tratamiento adecuado con vitamina B<sub>12</sub>; en dos de estos tres casos se observaron en la médula ósea megamielocitos gigantes, a lo que el autor da valor como una indicación precoz del desarrollo ulterior de una anemia perniciosa. Describe además dos enfermos en los que se asociaba una neuropatía periférica con una aclorhidria histamin-resistente y una sangre periférica normal; en uno de ellos, alteraciones mínimas en la médu-



la esternal, sugirieron también el comienzo de una anemia perniciosa. Añade que los enfermos con una aquilia histamin-resistente están en diversos grados sujetos a desarrollar ulteriormente manifestaciones de déficit de vitamina B<sub>12</sub> (neuropatía periférica, degeneración combinada subaguda y anemia perniciosa), pero no puede predecirse la susceptibilidad relativa de los nervios periféricos, médula espinal y médula ósea. Es esencial el tratamiento precoz de las alteraciones neurológicas y colocar a tales enfermos bajo una observación prolongada. Aunque siempre sospechosos, algunos casos de neuropatía periférica con aquilia histamin-resistente y sin anemia se deben a causas que no tienen nada que ver con la carencia en vitamina B<sub>12</sub>. Sugiere que los términos, a su juicio, no apropiados, de anemia perniciosa y degeneración combinada subaguda de la médula, deben sustituirse por la designación más específica de déficit de vitamina B<sub>12</sub>, a la que puede agregarse el apellido de anemia megaloblástica y/o neuropatía (bien cerebral, medular o periférica).

**Tratamiento con oxígeno de la ascaridiasis.**—El autor refiere un procedimiento de tratar la ascaridiasis mediante la insuflación por sonda gástrica de oxígeno. La dosis total para un adulto viene a ser de 1-2 litros de gas. Los áscaris aparecen muertos en las heces dos o tres días después. El procedimiento es indoloro y no produce complicaciones; el oxígeno se absorbe por el intestino en unas 2-3 horas, el pulso se lentifica y la presión arterial no se altera. El método es tan sencillo

y seguro que puede utilizarse en enfermos ambulatorios y manifiesta que ha dado muy buenos resultados con su empleo en la Unión Soviética.

**Piperazina en el tratamiento de la ascaridiasis.**—El autor ha ensayado el hidrato de piperazina en el tratamiento de tres casos de ascaridiasis. El tratamiento se acompañó de éxito, teniendo presente que en dichos enfermos habían fracasado todos los procedimientos anteriormente empleados.

**Enfermedad de Addison complicada por embarazo y diabetes mellitus.**—Los autores citan el caso de una mujer joven con enfermedad de Addison que tuvo un primer embarazo del que abortó a las diez semanas, pero posteriormente quedó nuevamente embarazada y dió a luz un niño totalmente sano. Durante el segundo embarazo desarrolló una diabetes mellitus, que persistió después del parto. Subrayan que son raros los embarazos en las enfermas con Addison, incluso bajo tratamiento con DOCA. La aparición de diabetes mellitus supone mayor peligro aún, pero el tratamiento con cortisona y sal, con el control cuidadoso de la diabetes, permitió progresar al embarazo normalmente; además, la enferma sobrevivió a un shock auténtico considerable y hemorragia. En su opinión no hay razones para impedir que queden embarazadas tales enfermas, siempre que se tengan todas las facilidades necesarias de laboratorio, de forma que pueda hacerse el ajuste apropiado de cortisona, sal e insulina.