

B I B L I O G R A F I A

A) CRITICA DE LIBROS

ENFERMEDADES POR VIRUS.—Dr. GERMER.—Editorial Morata. Madrid, 1955.—Un volumen de 302 páginas con 47 figuras.

En los tratados clásicos de Medicina Interna las enfermedades por virus no son tratadas por lo general lo bastante sistemáticamente y muchas de las enfermedades que hoy incluimos dentro de este grupo etiológico son dejadas a un lado. Existen numerosas obras más amplias sobre enfermedades producidas por virus; pero este tratado presenta la peculiaridad de ser condensado y poder encontrar el médico en él una buena orientación. Aparte de las enfermedades exantemáticas mejor conocidas y de las infecciones por virus del aparato respiratorio, se incluyen las viriasis del sistema nervioso central y de los músculos, ganglios linfáticos, oftalmopatías y dermopatías. La manera sucinta y práctica de las descripciones y las figuras que le ilustran hacen de este libro, pequeño y fácilmente manejable, una obra que está destinada a prestar eficaces servicios al médico práctico.

PRECIS DE TOXICOLOGIE.—Dr. E. KOHN-ABREST.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1955.—Un volumen de 506 páginas con 72 figuras, 3.500 francos.

La nueva edición del conocido tratado de Kohn-Abrest conserva las características fundamentales de las anteriores, es decir, una exposición bastante completa y sucinta, con gran sentido práctico, de los conocimientos necesarios al especializado en la toxicología. No obstante, se han añadido nuevos aspectos en relación con el empleo actual de los fungicidas y desinsectantes, así como sobre otros tóxicos. La técnica de demostración química constituye el aspecto más interesante de esta obra en el sentido práctico. Los venenos gaseosos y volátiles, así como los tóxicos metálicos, ácidos corrosivos, alcaloides y glucósidos, son tratados sucesivamente.

DIE CYTOLOGIE DES BRONCHIALEKRETES.—Dr. P. HARTMAN.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 112 páginas con 68 figuras, 24 deutsche marks.

Los progresos de la cirugía del cáncer broncopulmonar se condicionan en gran parte a la oportunidad de los diagnósticos, y en este sentido es indudable que al lado de otros métodos exploratorios (radiografía y tomografía, broncografía, broncoscopia) ocupa un lugar destacado, muchas veces decisivo, el estudio citológico de las secreciones bronquiales. Aunque a primera vista parece que el diagnóstico de las células atípicas no debe ser tan difícil, la práctica enseña que, salvo en casos excepcionales en los que se expulsan verdaderos trozos de tumor y en los poco frecuentes en los que la atipia es muy obvia, se ofrece una mayor parte de casos en los que es muy difícil aseverar la malignidad de las células observadas. Las descripciones de un autor experimentado son siempre por ello un auxiliar eficaz que permite a cada uno contrastar su experiencia. Aunque es cierto que a veces la cualidad maligna se siente más que poderse describir, como norma general hay una serie de factores morfológicos e histoquímicos de seguridad.

Esta monografía ofrece el especial interés de ser escrita por un hombre profundamente adiestrado en la técnica y con una gran experiencia, y a ello se une la

ventaja que supone un análisis sistemático con descripciones concretas y numerosas y muy fieles fotografías y dibujos.

En resumen, es un libro muy eficaz para todos los hombres de laboratorio que sientan afición e interés por este, en ocasiones decisivo, medio de diagnóstico.

TRAITEMENT DES LITHIASSES RENALES.—Doctores M. LOEPER y J. COTTET.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1955.—Un volumen de 204 páginas con figuras, 1.380 francos.

Los numerosos conocimientos nuevos sobre la génesis de los cálculos urinarios y su raíz genética metabólica permiten acometer la empresa un tanto embarazosa de describir los tratamientos posibles de las litiasis urinarias en relación con la diferente naturaleza química de los cálculos. Los autores tienen en cuenta los resultados de las litiasis experimentales y, en capítulos ulteriores, se refieren sucesivamente a factores comunes en el tratamiento de toda litiasis independientemente de su naturaleza química y, después, sucesivamente, de la litiasis úrica, oxálica, fosfática y de los otros tipos menos frecuentes. Muchas de las opiniones sustentadas pueden suscribirse, y en su total el libro es interesante y útil. Existen pocos estudios monográficos tan sistemáticos y, por consiguiente, será leído con interés y provecho.

LIBROS RECIBIDOS

"Fiebre".—Dr. S. A. Saslavsky.—Editorial Aecius. Buenos Aires, 1956.—Un volumen de 156 páginas con figuras.

"Nuevos horizontes en la patogénesis".—Dr. C. Jiménez Díaz.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 110 páginas con figuras, 50 pesetas.

"Allgemeine Krankheitslehre".—Dr. W. Stepp.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 70 páginas, 3,60 DM.

"Lecciones del primer curso de Ginecología práctica".—Varios.—I. P. T. Santa Cruz de Tenerife, 1956.—Un volumen de 100 páginas.

"Das Klinische Bild der Dauerfolgen nach Hirnverletzung".—Dr. C. Faust.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 91 páginas con 5 figuras, 7,80 DM.

"Symptome und Diagnose der Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten".—Dr. M. Schwarz.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 351 páginas con 88 figuras, 48 DM.

"Neue Beiträge zur Klinik und Pathogenese der Migräne".—Dr. H. Heyck.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 84 páginas con 16 figuras, 9,60 DM.

"Histamine".—Editorial J. & A. Churchill. Londres, 1956.—Un volumen de 472 páginas con 133 figuras, 50s NET.

B) REFERATAS

Circulation.

9 - 5 - 1954.

- Presión sanguínea intrínseca. R. M. Anderson.
Estudios hechos para simular la sistole en la necropsia. I. Starr y otros.
Pruebas clínicas de un método simple para estimar el volumen de expulsión cardiaca por la presión arterial y la edad. I. Starr.
Terapéutica anticoagulante en la práctica privada. Ch. A. L. Stephens.
Estudios sobre la circulación renal y la función renal en la enfermedad valvular mitral. I. Efectos del ejercicio. L. Werkö y otros.
Estudios sobre la circulación renal y la función renal en la enfermedad valvular mitral. II. Efecto de la apresolina. L. Werkö y otros.
Función ventricular. S. J. Sarnoff y E. Berglund.
Una nueva alteración electrocardiográfica observada en accidentes cerebrovasculares. G. E. Burch, R. Meyers y J. A. Abildskov.
Estudios sobre el plano frontal de modelos de torso homogéneos. E. Frank y C. F. Kay.
Uso de drogas anticoagulantes en pacientes ambulatorios. E. B. Bay y otros.
Terapéutica anticoagulante prolongada. I. S. Wright y otros.
Aspectos médicos de los enfermos con los que se emprende la cirugía de la estenosis mitral. L. Dexter y otros.

Estudios hechos para simular la sistole en el cadáver.—Los autores hacen estudios simulando la sistole en el cadáver por medio de inyecciones de sangre en aorta y arteria pulmonar después de crear una presión diastólica mediante perfusión femoral. De sus estudios encuentran una fórmula matemática de gran exactitud, según la cual, el volumen del pulso es función de la presión arterial sistólica, de la diastólica y de la edad, con lo cual ponen al alcance de cualquier médico el averiguar este volumen.

Volumen de expulsión cardiaca según la presión arterial y la edad.—El autor del anterior método hace amplios estudios sobre un gran contingente de enfermos (400), en los cuales compara el volumen de expulsión averiguado según presión arterial y pulso, con el que arrojan los métodos de Fick, tinte, acetileno, ioduro etílico y óxido nitroso. Lo hacen, además, de en condiciones basales, en distintas circunstancias, como el ejercicio, anoxemia, tras hemorragia, adrenalina y tirotoxicosis. Encuentran datos extraordinariamente paralelos entre todos estos métodos y, en caso de divergencia, es casi siempre más exacto el del autor.

Terapéutica anticoagulante en la práctica privada.—El autor trata en su práctica privada a 181 enfermos durante 216 episodios de tromboembolias. Considera necesario, en primer lugar, que haya posibilidad de hacer determinaciones del tiempo de protrombina y, en segundo, que el médico asuma la responsabilidad de la terapia. Describe las indicaciones y contraindicaciones, así como los resultados. La terapéutica ambulatoria a término prolongado la considera el autor como un aspecto especial e importante del problema del tromboembolismo, el cual queda considerablemente mejorado con ella.

Efecto del ejercicio sobre la circulación y función renal en la enfermedad valvular mitral.—Estudian en 31 enfermos la respuesta a quince minutos de ejercicio moderado. En todos los que no tenían descompensación derecha, el ejercicio produjo una disminución de la depuración de para-amino-hipurato y de la excreción de sodio, así como un aumento en la resistencia renal a la circulación. Un ejercicio similar no causa ninguno de estos cambios en el sujeto normal. En los enfermos aumentó también el gasto cardíaco total y la presión pulmonar. En los enfermos con descompensación derecha el ejercicio no aumentó el gasto cardíaco, pero sí la presión pulmonar; disminuyó la excreción de sodio.

Efecto de la apresolina sobre la circulación y función renal en la enfermedad mitral.—A 12 enfermos con estenosis mitral administran apresolina intravenosa en cantidades de 10 a 15 miligramos y, simultáneamente, noradrenalina para contrarrestar los efectos hipotensores de la primera. La circulación renal aumentó varias veces, demostrando que los cambios renales de la estenosis mitral son funcionales y reversibles. También demuestra este experimento que los dos efectos de la apresolina, aumento de la circulación renal y disminución de la tensión arterial, no son dependientes el uno del otro.

Electrocardiograma en accidentes cerebrovasculares.—Los autores señalan una serie de alteraciones electrocardiográficas en enfermos con accidentes vasocerebrales, las cuales no han sido hasta ahora descritas. Consisten principalmente en ondas T de gran amplitud y duración; también fueron encontradas grandes ondas U, las cuales se fundían en parte, o totalmente, con la onda T. Debido a esto la prolongación del espacio Q-T, que se asociaba a este patrón, era probablemente debido al intervalo Q-U.

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

14 - 7 - 1954.

- Excreción urinaria de histamina después de la administración de cortisona. R. G. Mitchell y C. F. Code.
Inyección intraarticular de acetato de hidrocortisona, hidrocortisona y acetato de cortisona en la artritis. I. Concentraciones en el líquido y células sinoviales. M. Zaccaro, E. M. Richardson, J. O. Crittenden, J. I. Hollender y F. C. Dohan.
Síndrome de Klinefelter: aportación de una autopsia con referencia particular a la histología e histoquímica de las glándulas endocrinas. A. S. Burt, L. Reiner, R. B. Cohen y R. C. Sniffen.
Cambios en las mucoproteínas del plasma humano en el hipertiroidismo y el mixedema. P. Mustacchi, M. L. Petermann y J. E. Rall.
Presentación de un enfermo con progeria típica, incluyendo datos sobre hormonas urinarias. E. R. Plunkett, W. E. Sawtelle y E. C. Hamblen.
Tiroïditis por arañazo de gato tratada con TSH. M. Shumway y P. L. Davis.

Inyección intraarticular de cortisona e hidrocortisona.—Se han realizado estudios con objeto de comprender la razón para la diferencia en el efecto antiartrítico de las inyecciones intraarticulares de cortisona e hidrocortisona. Los resultados obtenidos son:

1) Los ritmos de disminución de la concentración de 17-hidroxicorticoides en el líquido articular durante las primeras horas después de las inyecciones intraarticulares de las hormonas son aproximadamente las mismas, siendo las diferencias individuales mayores que las de las hormonas.

2) Las formas hidrolizadas de ambas hormonas se hallan presentes en mayores concentraciones en el líquido que en las células.

3) La proporción de 17-hidroxicorticoides presente en las células tras la inyección de acetato de cortisona es mayor que tras la inyección de la hidrocortisona en forma libre; pero menor que después de inyectar acetato de hidrocortisona. Estos datos no explican la diferencia en el efecto antiartrítico entre la hidrocortisona y la cortisona.

Síndrome de Klinefelter.—Un hombre de sesenta y tres años presentaba hábito moderadamente eunocoide, mamas grandes, bocio nodular y testículos pequeños. La excreción de gonadotropinas urinarias estaba aumentada y las pruebas de función tiroidea dieron resultados normales. En la autopsia los testículos estaban compuestos de células intersticiales agrupadas y los hallazgos del

examen histoquímico fueron compatibles con una producción reducida de esteroides androgénicos. Los túbulos aparecían rara vez y estaban totalmente hialinizados; existían algunas células de Sertoli. Asimismo había un bocio multinodular de 160 gramos. Las suprarrenales no exhibían anomalías. La hipófisis estaba aumentada (0,80 gramos). Las células Schiff-positivas y las células no granuladas hipertróficas, de ellas derivadas, no estaban significativamente aumentadas. Las basófilas y acidófilas estaban presentes en proporciones normales.

Se sugiere, por los datos encontrados y la revisión de 21 casos de la literatura, que el tiroides y la suprarrenal pueden participar en el trastorno endocrino del síndrome de Klinefelter.

Un caso de progeria típica.—Se presenta una breve revisión de la literatura y la historia de un enfermo varón de progeria típica. Su nivel de excreción de gonadotropinas urinarias era normal, mientras los 17-cetosteroides urinarios aparecían bajos. No obstante, no existía una evidencia total de hipogonadismo.

Tiroiditis por arañazo de gato.—En este enfermo se sugiere el concepto de la etiología viral de la tiroiditis aguda a causa de los arañazos visibles, la evidente lesión vaccinoide y el fracaso de los antibióticos. La rápida desaparición de la fiebre y de los síntomas sugiere el beneficioso efecto del TSH en el tratamiento de la tiroiditis aguda.

Gastroenterology.

27 - 3 - 1954.

- Secreción gástrica en los perros durante el embarazo y la lactancia. J. D. McCarthy, S. O. Evans y L. R. Dragsdorff.
- El síndrome postdisentérico. F. M. Fierst y A. Werner.
 - El problema clínico del carcinoma primario del hígado. E. W. Hauch y J. Lichstein.
 - Biopsia por punción del hígado. IX. Experiencias ulteriores en las neoplasias malignas. J. Ward, L. Schiff, T. Young y E. A. Gall.
 - Metástasis óseas aisladas como una manifestación del tumor primario del hígado. Referencia de un caso y revisión de la literatura. E. Anglesio.
 - Utilidad clínica de los esofagoscopios de extremo flexible. S. Selesnick y B. V. White.
 - Estudios sobre la esquistosomiasis. X. Comparación del examen de las heces, prueba cutánea, biopsia rectal, biopsia hepática para el descubrimiento de la Schistosoma mansoni. S. G. Latty Jr., G. W. Hunter, A. P. Moon, B. H. Sullivan Jr., J. C. Burke y H. F. Sproat.
 - Efecto de la histamina e "histalog" (gastramine) sobre la secreción pancreática. D. A. Dreiling.
 - El efecto sobre el apetito en perros de sustancias pirógenas en infusiones intravenosas. W. Dale Beamer y J. E. Thomas.
 - Acción antigrasa del hígado de los enzimas proteolíticos de origen animal y vegetal en las ratas con ligadura de los conductos pancreáticos. J. C. Sachdev.
 - Respuesta a la histamina de la mucosa gástrica en un enfermo con insuficiencia suprarrenal: Efecto de la administración de cortisona. S. J. Stempien y A. Dagradis.

El síndrome postdisentérico.—Señalan los autores que la diarrea de repetición y los dolores abdominales son signos importantes de una infección intestinal grave. Las alteraciones locales orgánicas y funcionales que se producen en el colon, como el resultado de una disentería aguda pueden ser responsables de la persistencia de los síntomas de disfunción intestinal después de que la infección inicial ha desaparecido. Las alteraciones orgánicas consisten en la colitis ulcerosa crónica y la cicatrización del intestino. De todas formas debe investigarse la persistencia de los agentes específicos. Puede haber alteraciones funcionales del tipo del espasmo, hiperactividad del reflejo gastrocólico y disminución de la acidez gástrica. Cabe la posibilidad de la existencia de un estado alérgico o aumento en la reactividad a la estimulación mecánica y térmica, como factor en la recidiva de los síntomas. La lesión intestinal local producida por la infección específica, bien por las amebas, shigellas o salmonellas produce un desequilibrio automático, lo que ocasiona un aumento en la respuesta a las influencias neurógenas y psicógenas, sensibilización alimenticia,

y en último grado puede producir una marcada pérdida de la resistencia en el intestino con el consiguiente desarrollo de colitis ulcerosa.

El problema clínico del carcinoma primario del hígado.—Los autores han encontrado 19 casos de carcinoma primario del hígado en los protocolos del Los Angeles County Hospital desde 1948 a 1952; la enfermedad predominó más en los caucasianos que en los negros o mexicanos. Se ha hecho un análisis más amplio de los 16 casos con registros de autopsia. En ninguno de ellos se hizo correctamente el diagnóstico clínico. En un gran porcentaje de enfermos las hemorragias por varices superaban a lo señalado en la literatura. Como más de la mitad de los enfermos estaban en estado preterminal a su ingreso, no fueron posibles estudios diagnósticos adecuados. Añaden que el enfermo con carcinoma primario del hígado no tiene posibilidades de supervivencia sin la cirugía precoz. Terminan diciendo que el mejoramiento continuado en los métodos de estudio de las enfermedades del hígado ayudará al diagnóstico precoz del carcinoma primario y así permitirá el tratamiento quirúrgico más adecuado.

Biopsia por punción del hígado en las neoplasias malignas.—Los autores han realizado la biopsia hepática por punción en 111 enfermos que demostraron presentar una neoplasia de un tipo u otro en el hígado. La biopsia por punción demostró la lesión en el 74 por 100 de estos enfermos, y por ello los autores concluyen diciendo que la biopsia por punción es una ayuda importante a la investigación clínica de los enfermos con neoplasia hepática sospechada.

Metástasis óseas aisladas como manifestación del tumor primario del hígado.—El autor refiere un caso de carcinoma primario del hígado en una mujer de cincuenta y dos años, en la que durante unos cuatro meses manifestó únicamente dolor, primero en el brazo derecho, después en la región espinal, asociado con fiebre remitente, sudoración y una sensación de desmayo inminente, mientras que la ictericia, la hepatomegalia y el aumento de tamaño del abdomen aparecieron sólo en la fase terminal, que duró aproximadamente un mes. El diagnóstico de la enfermedad fué difícil a causa de la escasez de los síntomas durante la primera fase. En la autopsia se encontró un tumor que había casi por completo sustituido y destruido el tejido hepático. Las únicas metástasis que se encontraron estaban en las costillas y en las vértebras. Termina diciendo que es probable que el mecanismo de la afectación metastásica directa desde el hígado a los huesos fué a través de la embolización de las venas del plexo vertebral.

Respuesta de la mucosa gástrica a la histamina en un enfermo con insuficiencia suprarrenal.—Los autores describen un enfermo con insuficiencia suprarrenal, que mostraba un aspecto normal de la mucosa gástrica en la gastroscopia. Sin embargo, se apreció una secreción gástrica muy deficiente tras la estimulación con histamina. Después de la terapéutica con cortisona se obtuvieron respuestas secretoras rápidas y normales tras la estimulación con histamina.

A. M. A. Archives Internal Medicine.

94 - 3 - 1954.

- Editorial. Coma hepática.
- Isótopos radioactivos en el tratamiento de la carcinomatosis de las cavidades serosas del organismo. E. M. Kaent, C. Moses, W. B. Ford, E. R. Kutz y R. S. George.
 - Manifestaciones subjetivas de la oclusión e insuficiencia coronaria aguda. L. H. Sigler.
 - Terapéutica con tetraciclina. W. S. Wood, G. P. Kipnis, H. W. Spies, H. F. Dowling, M. H. Lepper y G. G. Jackson.
 - Esofagitis erosiva subaguda ("péptica"). E. D. Palmer.
 - Reticulosis medular histiocitaria. H. Civin, H. C. Gotshaw y K. Okazaki.
 - Tratamiento de la leucemia aguda con cortisona y corticotropina. P. Fessas, M. M. Wintrobe, R. B. Thompson y G. E. Cartwright.

- Metabolismo hidrocarbonado en las enfermedades cerebrales. D. H. Henneman, M. D. Altschule y R. M. Gómez. Acción emética del alcohol etílico. H. W. Newman. Tratamiento de las complicaciones anorrectales de la colitis ulcerosa crónica. R. J. Jackman. Plasmacitosis de la médula ósea. H. Clark y E. E. Muirhead. Terapéutica con dicumarol en el infarto miocárdico. L. Feldman, G. L. Schaefer, S. E. Goldstein e I. M. Forman. Investigación sobre el papel de las drogas antihipertensivas. D. J. Schissel y E. Larson. Paramiotenia. W. Tschumuy Jr. Tratamiento en medicina interna: Tratamiento de la insuficiencia congestiva. D. A. Ryland. Progresos en medicina interna: Recientes avances en nutrición y metabolismo. C. S. Davidson. Edema e hipoproteinemia consecutivos a la diarrea asociada con la terapéutica con oxitetraciclina. B. C. Ferguson y M. D. Tyler. Aplasia eritrocítica. M. J. Sakol. Enfermedad elástica. L. K. Apian y S. W. Hartman. Blastomiosis sistematizada tratada con 2-hidroxietilbamidina. B. J. Weinberg, C. H. Lawrence y A. Buchholz. Exhibiciones científicas: Observaciones sobre un antimético eficaz-clorpromazina. J. H. Meyer, G. C. Morris Jr., C. A. Handley, B. Kent y W. Mathews.

Isótopos radioactivos en el tratamiento de la carcinomatosis de las cavidades serosas.—Los autores presentan este trabajo basado en sus observaciones realizadas en un total de 133 enfermos, a los que se administró intracavitariamente oro radioactivo para el control de los derrames malignos en las cavidades serosas. De ellos, 112 presentaban un derrame pleural, y el análisis de la localización en primaria demostraba que en la mayoría estaba situado en el pulmón o en la mama. Los 51 enfermos restantes presentaban una ascitis carcinomatosa, cuya localización primaria se encontraba en el ovario en el 65 por 100 de los casos. Se observaron resultados favorables en, aproximadamente, la mitad del grupo total. La dosis utilizada fué de 100 mc.; pero en algunos casos se administró más de una dosis, generalmente pasadas tres semanas desde la primera.

Manifestaciones subjetivas de la insuficiencia u oclusión coronaria aguda.—El autor ha realizado un estudio de las manifestaciones subjetivas precoces de la oclusión coronaria aguda y de la insuficiencia coronaria en 1.200 casos; 974 de ellos llevaron un curso anterior de infarto miocárdico, y 226 de isquemia miocárdica o necrosis isquémica. En los 974 casos de infarto, su localización fué: en la región anteroseptal, en 67; en la región anteroseptal y lateral, en 345; en la región anterolateral, en 167; en la región posterobasal, en 395; en la región posterolateral, en 21, y en las paredes anterior y posterior, en 33. La sintomatología fué muy variable en los distintos casos. La molestia más frecuente fué el dolor constrictivo característico que se produjo en la mayoría de los casos. En el 4,4 por 100 no se presentó dolor; en el 8,3 por 100 el dolor se apreció en áreas fuera de la región anterior del tórax, y en el 2,9 por 100 el dolor fué muy leve e insignificante, haciendo un total del 15,6 por 100 de los casos en los que el dolor no sirvió de ayuda para el diagnóstico; en otros enfermos el dolor no presentó el típico carácter constrictivo y tampoco ayudó para el diagnóstico diferencial. La irradiación de dolor se hizo con la mayor frecuencia hacia diferentes partes de las extremidades superiores y hacia la parte posterior del tórax. Las áreas de irradiación en orden de frecuencia fueron el hipogastrio y el abdomen, y con menor frecuencia la cabeza y el cuello; frecuentemente la irradiación se realizaba hacia más de un área en el mismo caso; en dos casos la irradiación se hizo hacia las extremidades inferiores, y en uno, a las regiones renales. En algunos casos la sensación en el área de irradiación era diferente de la del área de su origen. En algunos casos el dolor principal se originó en diferentes áreas fuera del tórax y se irradiaba a la pared anterior del mismo. Al lado del dolor, el 62,9 por 100 de los enfermos se quejó de sudoración, el 18,2 por 100 de astenia y el 7,2 por 100 de otros trastornos a la pared anterior del mismo. Al lado del dolor, enrojecimiento de la cara y horripilación; en el 21,6 por 100 de los casos se presentaron uno o más síntomas cerebrales, como vértigos, embotamiento, inquietud, aprensión, desmayo, síncope y, ocasionalmente, movi-

mientos locales tónicos o clónicos. En el 15,8 por 100 se produjeron síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos, eructos, ardores, indigestión y, más raramente, salivación o sequedad de la boca.

En el 11,3 por 100 se presentaron síntomas respiratorios, como disnea, ahogo, dificultad para expulsar el aliento, tos y, ocasionalmente, sequedad en la garganta. Por último, en el 2,4 por 100 se presentaron molestias referibles al corazón, como palpitaciones, etc. El dolor se produjo con mayor frecuencia en toda la parte anterior del tórax, como en la región retroesternal y mostraba una tendencia a irradiarse con mayor frecuencia a la cabeza y al dorso en el infarto de la pared ventricular izquierda anterior que en el infarto de la pared posterior; en este último, el dolor era más frecuente en la región precordial y se irradiaba hacia el cuello, extremidades superiores o el epigastrio y faltaba con la mayor frecuencia que en el infarto de la pared anterior. Los síntomas cerebrales, gástricos, intestinales y respiratorios fueron más corrientes en el infarto de la pared posterior. Las manifestaciones subjetivas precoces de la insuficiencia coronaria fueron aproximadamente las mismas de la oclusión coronaria, excepto en que el dolor en la insuficiencia es por término medio más suave y más intermitente; en quizás algo más frecuente en la región retroesternal y su irradiación al epigastrio es menos frecuente; también son menos frecuentes la astenia y los síntomas cerebrales y gastrointestinales. Discute el mecanismo fisiológico de las manifestaciones subjetivas; el corazón tiene extensos receptores sensoriales, de los que emergen fibras nerviosas aferentes que realizan conexiones sinápticas amplias con neuromas eferentes en los núcleos vegetativos de la región hipotalámica. Las variaciones en la expresión sintomática de un insulto cardiaco agudo se debe a diferencias en la localización y extensión de los receptores sensoriales en el corazón y de las conexiones sinápticas en el sistema nervioso central, así como también a diferencias individuales en la capacidad interpretativa de los centros superiores.

Terapéutica con tetraciclina.—Los autores han administrado tetraciclina a 184 enfermos con infecciones agudas. El antibiótico demostró ser clínicamente tan eficaz como la terramicina y la aureomicina en 253 enfermos evaluados. Los resultados fueron satisfactorios en 40 enfermos con infecciones estreptocócicas agudas, 24 enfermos con tos ferina y 25 enfermos con neumonía. En 16 enfermos con meningitis purulenta aguda la respuesta clínica fué similar a lo esperado bajo otros regímenes terapéuticos establecidos. También respondieron con éxito a 4 enfermos con disentería bacilar y un enfermo con brucellosis aguda, uno con pielonefritis aguda producida por un bacilo paracólico y otro con empiema originado por un bacterioides. Se observaron respuestas no satisfactorias en 8 enfermos; en 3 de ellos la enfermedad primaria estaba originada por un estafilococo resistente a los antibióticos, y los 5 casos restantes fueron considerados como fracasos bacteriológicos. Fueron mínimos los síntomas adversos, principalmente gastrointestinales, como consecuencia de la administración de tetraciclina; la diarrea se atribuyó a la droga en 5 casos, y se presentaron vómitos en un número igual de enfermos. Determinaron las concentraciones de tetraciclina en el suero a las seis y cuarenta y ocho horas de la administración de la droga, tanto por vía oral como intravenosa. A los adultos tratados por vía oral se les dió una dosis inicial de 1 gramo seguido de 500 miligramos cada seis horas; en los niños las dosis fueron de 25 miligramos por kilo de peso, inicialmente, seguidos de 12,5 miligramos por kilo de peso cada seis horas. Con esta dosificación las concentraciones en el suero oscilaron entre 0,63 y 2,5 gammas por centímetro cúbico en el 75 por 100 de 106 muestras. Las concentraciones consecutivas a las dosis intravenosas de la misma cantidad, salvo que no se dieron dosis iniciales, oscilaron entre 2,5 y 40 gammas por c. c. A su juicio el espectro antibacteriano de la tetraciclina es similar al de la aureomicina y terramicina; así, fué paralela a la aureomicina la inhibición *in vitro* de 32 raras de *Micrococcus Pyogenes* Var. *Aureus*. Encuentran, no obstante, una

tendencia a persistir o aparecer después de la iniciación de la terapéutica con tetraciclina, estafilococos, bacilos coliformes, pseudomonas aeruginosa y proteus.

Esofagitis erosiva subaguda.—El autor presenta sus observaciones en 100 casos con el diagnóstico morfológico de esofagitis erosiva subaguda, prestando especial atención a los aspectos esofagoscópicos, enfermedades gastrointestinales altas asociadas y posibles circunstancias etiológicas, cuadros sintomáticos, complicaciones y resultados del tratamiento. Como conclusión de su trabajo declara que la esofagitis erosiva subaguda es una enfermedad con frecuencia considerable y constituyó una entidad de importancia clínica potencialmente grave. Añade que por el momento los hechos no permiten aceptar sin reservas que su causa reside simplemente en la corrosión péptica por el jugo gástrico.

Reticulosis medular histiocitaria.—Los autores describen dos casos que mostraban los rasgos clínicos y anatomo-patológicos de la llamada reticulosis medular histiocitaria o reticuloendoteliosis generalizada. El cuadro clínico consiste en fiebre, adelgazamiento, esplenomegalia, hepatomegalo, linfadenopatía, anemia, hemorragia, ictericia y lesiones necróticas. El cuadro anatomo-patológico es el de una proliferación más o menos generalizada de los histiocitos con propiedades fagocíticas, especialmente en el hígado, bazo, ganglios linfáticos y médula ósea.

Tratamiento de la leucemia aguda con cortisona y corticotropina.—Los autores han realizado un estudio sobre la eficacia de la terapéutica hormonal en 47 casos de leucemia aguda. Se observaron excelentes resultados en la variedad linfoblástica, produciéndose remisiones completas en 18 de 22 niños (82 por 100), de diez años de edad y menos, y en 3 de 9 enfermos de mayor edad; describen remisiones parciales en otros 7 casos; sólo hubo 3 fracasos. Por el contrario, no se observaron remisiones completas en 15 casos de leucemia mieloblástica aguda, y sólo hubo dos remisiones parciales; esta forma de tratamiento fracasó también en un caso de leucemia monocítica aguda. En algunos de estos casos el tratamiento pareció acelerar el proceso leucémico. Estas observaciones sugieren que la terapéutica hormonal debe reservarse para la variedad linfoblástica de la leucemia aguda y que en las otras formas de leucemia aguda, dicha terapéutica puede incluso estar contraindicada.

Tratamiento de las complicaciones anorrectales de la colitis ulcerosa crónica.—Señala el autor que a la luz de los conocimientos actuales o más bien del desconocimiento sobre la naturaleza de esta enfermedad, las operaciones radicales, como la ileostomía y colectomía continúan constituyendo medidas que salvan la vida de los enfermos en algunos casos, pero que la comprensión adecuada en lo que se refiere al tratamiento de las complicaciones anorrectales en la colitis ulcerosa crónica puede modificar el curso completo de la enfermedad y en algunos casos obviar operaciones más radicales. Durante la fase activa de la colitis, las operaciones anorrectales deben limitarse a los procedimientos de urgencia, como la incisión y drenaje de los abscesos. Durante las remisiones de la enfermedad no solamente no están permitidas las operaciones para las fistulas anorrectales, sino que sonaconsejables; de esta manera se evitarían los abscesos recidivantes que resultarían en una fistula rectovaginal, estenosis rectal o incontinencia anal. Termina diciendo que, seleccionando el momento adecuado para fulgurar los pólipos que complican a la colitis ulcerosa crónica, se podría evitar el desarrollo del carcinoma en algunos casos.

Plasmacitosis de la médula ósea.—Los autores presentan 50 casos con un porcentaje elevado de células plasmáticas en la médula ósea, representando una incidencia de plasmacitosis del 8,7 por 100 en los exámenes rutinarios de médula ósea. En dichos casos existía una amplia variedad de diagnósticos clínicos. Se apreció hiperglobulinemia en el 62 por 100 de los 42 casos así estudiados; había crioglobulinemia en 6 enfermos; no se encontró

proteinuria de Bence-Jones y las radiografías del esqueleto no demostraron lesiones osteolíticas, salvo en un enfermo con coccidioidemias. Las células plasmáticas en su mayoría pertenecían al tipo maduro de pequeño tamaño. En casi todos los casos pudo identificarse una enfermedad fundamental, capaz de explicar la sintomatología clínica y consideran que la proliferación plasmática representa una respuesta secundaria. Añaden que la plasmacitosis debe diferenciarse de las enfermedades plasmáticas malignas primarias y que las observaciones clínicas y experimentales sugieren una etiología inmunológica en algunos casos.

Dicumarol en el infarto miocárdico.—Los autores han analizado los protocolos de 300 enfermos con infarto miocárdico agudo, de los que a 150 se les administraron anticoagulantes. Se vieron 7 complicaciones tromboembólicas en el grupo control y 6 en el grupo tratado con dicumarol. Se produjeron 3 episodios hemorrágicos de pequeña importancia. En sólo el 29,33 por 100 de los enfermos tratados con dicumarol se pudo mantener un nivel de protrombina inferior al 40 por 100 de la actividad protrombinica control. Los autores concluyen diciendo que no creen que los anticoagulantes deben utilizarse rutinariamente en los enfermos con infarto miocárdico agudo.

Papel de las drogas antihipertensoras.—Los autores han estudiado 126 enfermos consecutivos con hipertensión ingresados en un hospital general, sin seleccionar, con el fin de determinar el número que respondieron al tratamiento sintomático, el número que exigía la administración de antihipertensores, los que respondieron a estos agentes y la eficacia relativa de los mismos. Se hizo una terapéutica sintomática en 92 enfermos (72 por 100), 37 por una respuesta adecuada, 39 por una complicación grave de su enfermedad fundamental y 16 por una enfermedad asociada avanzada. Se consideró que 34 enfermos (28 por 100) eran adecuados para la terapéutica medicamentosa; se controló a 9 sólo con apresolina, a 3 con cloruro de hexametonio oral sólo y a 12 con la combinación de ambas drogas; en 4 no hubo respuesta, 5 murieron a pesar de la terapéutica, y en uno se realizó una terapéutica no adecuada. Consideran que la mayoría de los hipertensos no necesitan tratamiento con agentes antihipertensores, muchos responden satisfactoriamente a la terapéutica sintomática, y otros con hipertensión leve no necesitan ningún tratamiento. La terapéutica con antihipertensores debe reservarse a aquellos enfermos cuya respuesta al tratamiento sintomático es inadecuada y en los que en la hipertensión es progresiva y está produciendo alteraciones orgánicas. La apresolina y el cloruro de hexametonio, solas o en combinación, son drogas que pueden desempeñar la presión sanguínea a cifras normales con desaparición de los síntomas en la mayoría de los enfermos que fracasan en la respuesta a la terapéutica sintomática. Los enfermos varían en su respuesta a cada una de ambas drogas, y no hay medio de predecir cuál droga va a ser la más eficaz en un determinado enfermo; algunos sujetos responden igualmente bien a ambas drogas. Los enfermos que no responden adecuadamente a ambas drogas, por separado, responden generalmente bien a la combinación de ambas. El cloruro de hexametonio, por su facilidad de administración, debe preferirse al preparado parenteral y en la mayoría de los enfermos proporciona una buena respuesta. Los alcaloides hidrogenados de la ergotina (hydergin) son una droga no adecuada para el tratamiento de la hipertensión esencial.

Paramiotonia.—El autor describe un caso de paramiotonia y descubre el proceso a través de 4 generaciones de la familia del enfermo afectando a 13 personas. Subraya la relación de la paramiotonia con la miotonia congénita y la miotonia distrofica y su diferenciación de ciertas formas de alergia física al frío. Esta forma benigna y relativamente rara de miotonia se caracteriza por una rigidez espontánea y ocasionalmente paresia de los músculos por la exposición al frío. Las extremidades, especialmente las manos, son las que se afectan con mayor frecuencia; sin embargo, también lo hacen músculos de

la cara, lengua y de la faringe. La pérdida de la función puede durar desde minutos a horas y se mejora calentando la parte afectada. No hay dolor, edema ni alteraciones del color asociados con el proceso y no hay síntomas constitucionales característicos. El defecto básico parece residir en una reacción anormal de la placa motora terminal a los estímulos motores, voluntarios, mecánicos o eléctricos. El proceso es hereditario y se transmite con un carácter dominante, manifestándose generalmente en los primeros años de la vida. El tratamiento profiláctico intermitente produce generalmente una mejoría dramática de los síntomas.

Edema e hipoproteinemia consecutivos a la diarrea asociada con la terapéutica por terramicina.—Los autores han observado un síndrome de edema e hipoproteinemia transitorios en un hombre de veintiocho años, después de un período de anorexia y diarreas subsiguientes a la administración de terramicina. La hipoproteinemia se manifestó principalmente por la disminución de la fracción albúmina. Después de la diuresis espontánea y la cesación de la diarrea, la cifra de proteínas del suero ascendió desde un nivel inicial de 2,7 gramos a 6,3 por 100 centímetros cúbicos siete semanas después del comienzo del edema. Los resultados de los estudios de la función renal, hepática y circulatoria fueron normales. Terminan diciendo que se desconoce el mecanismo de la hipoproteinemia en este caso como en otros casos similares referidos en la literatura.

Enfermedad elástica.—El pseudoxantoma elástico es enfermedad bien conocida, descrita por Darier en 1896, que cuando se asocia con alteraciones retinianas (estriás angiomoides, etc.) el complejo se conoce con el nombre de síndrome de Gröndal-Strandberg. Los autores presentan un caso de asociación clínica del pseudoxantoma elástico, constituyendo el síndrome complejo citado y en cuyo curso se presentaron hemorragias gastrointestinales. En este enfermo se pudieron hacer observaciones anatómicas sobre las alteraciones viscerales críticas de la enfermedad, lo que se debió fundamentalmente a que en el enfermo pudo hacerse una gastrectomía con motivo de una hemorragia gastrointestinal incoercible. Subrayan los autores que la presencia de hemorragias gastrointestinales en gente joven sin evidencia clínica o radiológica de varices esofágicas o enfermedad ulcerosa debe obligar a una investigación cuidadosa con respecto a las alteraciones elásticas de la vascularidad intestinal.

Elastomicosis sistematizada tratada con 2-hidroxiestilbamidina.—Los autores refieren un caso de aparente curación de blastomicosis sistematizada consecutiva al tratamiento con dosis masiva de 2-hidroxiestilbamidina. No se observó evidencia de recidiva en un período posterior de 11 meses. Al cabo de seis meses de tratamiento se presentó un tipo leve de neuropatía del trigémino, que resultó aparentemente como consecuencia de dos dosis de estilbamidina utilizadas al comienzo de la terapéutica.

- * Empleo de tripsina o estreptoquinasa-estreptodornasa para la terapéutica y prevención de la atelectasia. S. Kofman, M. H. Lepper, G. G. Jackson y H. S. Dowling.
- Efecto diurético y tolerancia local de un nuevo tipo de suppositorio rectal mercurial: Referencia preliminar. J. W. Daly.
- * Componentes del complemento en el suero y orina de enfermos con intensas proteinurias. K. Lange y E. J. Wenk.
- * Investigaciones sobre el lugar de la pérdida del complemento en la glomerulonefritis experimental. K. Lange y E. J. Wenk.
- Sobre una conducta similar al Forssman de las hemaglutininas para el frío con respecto a los eritrocitos del carnero. C. J. D. Zarafonetis y V. F. Colville.

Tratamiento de la leucemia con 6-mercaptopurina.—Basados en su experiencia afirman los autores que la mercaptopurina ha demostrado una evidente actividad contra los tumores experimentales y las leucemias en el ratón y contra la leucemia en el hombre. Según se ha podido demostrar por estudios de resistencia cruzada actúa a través de mecanismos diferentes de los correspondientes a los esteroides o los antagonistas del ácido fólico. Se logra con dicha droga un alto porcentaje de remisiones temporales en niños con leucemia aguda. También se producen remisiones ocasionales en adultos, pero los resultados no son generalmente tan satisfactorios como en los niños. En la leucemia mieloide crónica precoz se consiguen remisiones excelentes, pero aquí, como en las leucemias agudas, habitualmente debe seguirse con una terapéutica de mantenimiento. A veces se han visto efectos beneficiosos en el estadio agudo terminal de la leucemia mieloide crónica, pero estas remisiones han sido de corta duración. Concluyen diciendo que la mercaptopurina añade así otro tipo de agente antileucémico al arsenal terapéutico del clínico.

El síndrome de Fanconi.—Declaran los autores que el síndrome de Fanconi resulta de un defecto en la función de los túbulos contorneados proximales del riñón, que conduce a una reabsorción defectuosa de la glucosa, fosfatos, aminoácidos y ocasionalmente del agua, bicarbonato y potasio. Es verosímil que el síndrome de Fanconi constituya uno del amplio grupo de trastornos que tienen como denominador común una función reabsortiva defectuosa de los túbulos proximales. Los déficit en relación a un solo factor en el sentido de reabsorción defectuosa de agua, glucosa, aminoácidos, fosfatos y posiblemente bicarbonatos, ocasiona síndromes clínicos correspondientes a la diabetes insípida nefrótica, glucosuria renal, enfermedad de Wilson (degeneración hepatolenticular), cistinuria y posiblemente la acidosis hiperclorémica. Los déficit de muchos factores, simultáneamente, son más difíciles de definir, pero pueden incluirse como correspondientes al síndrome de Fanconi y la cistinosis. Añaden que el síndrome de Fanconi es raro en la edad adulta y a este respecto refieren un caso de cincuenta y seis años de edad, que llenaba todos los requisitos diagnósticos de dicho síndrome. Terminan haciendo unas breves consideraciones sobre la terapéutica y pronóstico del síndrome de Fanconi.

Metaplasia mieloide como secuela de la policitemia.—Discuten los autores el problema de la metaplasia mieloide con referencia particular al tipo que aparece como secuela ulterior de la policitemia. Describen las historias correspondientes a dos enfermos; uno de ellos, una mujer, presentó las manifestaciones de la policitemia vera a la edad de cuarenta y dos años y fué estudiado a intervalos durante trece años después. En los dos últimos años de su vida se presentó una metaplasia mieloide y esplenomegalia masiva, apreciándose en la necropsia la existencia de una metaplasia mieloide difusa. Proponen una clasificación de la metaplasia mieloide basada en la de Block y Jacobson con ligeras modificaciones; ella hace inútil el empleo del término "agnogénico" e integra la metaplasia mieloide con el problema de la mielofibrosis y osteoesclerosis. En un enfermo con policitemia de larga duración, la posibilidad de una metaplasia mieloide se sugiere por: esplenomegalia masiva, cuadro sanguíneo leucemoides con anemia, normoblastos y plaquetas bizarras o gigantes en la sangre periférica y osteoesclerosis. Se excluye la leucemia por el examen de la médula

The American Journal of the Medical Sciences.

228 - 4 - 1954.

- * Evaluación clínica de la 6-mercaptopurina en el tratamiento de la leucemia. J. H. Burthenal, D. A. Karnofsky, M. L. Murphy, R. R. Ellison, M. P. Sykes, C. T. C. Tan, A. C. Membran, N. Yuceoglu y C. P. Rhoads.
- El síndrome de Fanconi y sus variantes clínicas. R. M. Myerson y B. H. Pastor.
- Metaplasia mieloide como secuela de la policitemia. E. Steinfield y L. H. Beizer.
- Estudios sobre el control de la hipertensión por el hyphex. III. Observaciones farmacológicas y químicas sobre la 1-hidrazinotetralazina. H. M. Perry Jr. y H. A. Schroder.
- Estudios sobre el control de la hipertensión por el hyphex. IV. Cifras de los agentes en la orina y sangre. H. M. Perry Jr., H. A. Schroder y J. D. Morrow.
- El vestíbulo gástricosofágico, sus funciones normales y su papel en el cardioespasmo y refljo gástricosofágico. F. J. Ingelfinger, P. Kramer y G. C. Sánchez.
- El efecto de los enzimas proteolíticos sobre las características físicas y químicas de las secreciones traqueobronquiales de enfermos con poliomielitis. S. Kofman, M. H. Lepper, G. G. Jackson y H. S. Dowling.

ósea, que muestra una desviación hacia el lado maduro de las series granulocíticas y no existe hiatus leucémico; la biopsia o punción del bazo confirmarán el diagnóstico. El aserto previo de que la esplenectomía o la irradiación del bazo es peligrosa, puede, en caso ocasionales, alterarse siempre que se presente como complicación un estado de hiperesplenía.

El vestíbulo gastroesofágico.—Según los autores los estudios radiológicos y manométricos indican que los 2-3 centímetros distales del esófago humano normal, el vestíbulo gastroesofágico, tiene una función motora característica. El efecto de la estimulación colinérgica y anticolinérgica sobre la motilidad del esófago sugiere que el cuerpo del esófago y el vestíbulo reaccionan inversamente a tales estímulos. A su juicio, el concepto de la existencia de un vestíbulo permite la explicación de las diversas anomalías motoras del cardioesfíntero, en términos de un trastorno neurológico simple. Terminan diciendo que el vestíbulo puede también jugar un importante papel en el control del reflujo gastroesofágico.

Efecto de los enzimas proteolíticos sobre las secreciones traqueobronquiales en la poliomielitis.—Refieren los autores el efecto de los enzimas proteolíticos tripsina y estreptoquinasa-estreptodornasa sobre algunas características físicas y químicas de las secreciones traqueobronquiales de enfermos con poliomielitis aguda que mostraban parálisis de los músculos faringeos y respiratorios que habían sido sometidos a la traqueotomía y colocados en un respirador mecánico. Se utilizó como control una solución isotónica de cloruro sódico; durante el curso de los experimentos se administró cloruro sódico isotónico 49 veces; tripsina, 17, y los enzimas estreptocócicos, 16, y se midieron la viscosidad, volumen, tanto por ciento del sedimento, pH y nitrógeno total. La acción principal de la tripsina sobre las secreciones fué la de digestión, que era aparente sólo dos horas en las condiciones de los experimentos. El principal efecto de los enzimas estreptocócicos fué la producción de broncorrea, que duraba por lo menos cuatro horas y no pudo demostrarse una acción digestiva de estos enzimas estreptocócicos.

Tripsina o estreptoquinasa-estreptodornasa en la terapéutica y prevención de la atelectasia.—Refieren los autores que a 24 enfermos con poliomielitis aguda, parálisis faríngea y respiratoria, que exigieron una traqueotomía y la ayuda del respirador mecánico, se les dió un tratamiento con aerosoles después de la selección alternante en uno de los 4 grupos siguientes:

- 1) Polimixina más cloruro sódico isotónico.
- 2) Tripsina.
- 3) Polimixina más tripsina; y
- 4) Polimixina más estreptoquinasa-estreptodornasa.

No se vieron diferencias aparentes en el curso clínico de los enfermos correspondientes a los 3 primeros grupos; 3 enfermos mostraron una intensa reacción como resultado del aerosol de los enzimas estreptocócicos; uno de estos enfermos desarrolló una bronconeumonía poco después de la administración de dichos enzimas; por tanto, los enzimas estreptocócicos no deben recomendarse en este tipo de enfermos. A 11 enfermos se les hicieron 21 instilaciones directas de tripsina en el tracto traqueobronquial cuando se consideraba que existía una atelectasia, y a 9 enfermos se les hicieron 10 instilaciones directas de cloruro sódico isotónico. La instilación directa de tripsina se mostró como beneficiosa después del 42,9 por 100 de las instilaciones; hubo una mejoría similar en el curso clínico en el 10 por 100, que recibieron una instilación directa de suero salino; se produjeron reacciones caracterizadas por un aumento transitorio en la dificultad respiratoria después del 52,6 por 100 de las instilaciones directas de tripsina; pero generalmente fueron de carácter leve; no se vieron reacciones similares en el grupo instalado con cloruro sódico. Como la tripsina parece ser eficaz en el 42,9 por 100 de las instilaciones en una situación donde la mitad de las instilaciones llegaban verosímilmente al bronquio apropiado, el efecto parece tener un carácter significativo; por tanto, el empleo de estos enzimas debe recomendarse si la instilación puede

hacerse directamente en el bronquio de un área conocida de obstrucción bronquial, pues de otra forma, el riesgo de una reacción adversa es demasiado grande para justificar una instilación al azar.

Componentes del complemento en el suero y orina de enfermos con intensa proteinuria.—Señalan los autores que las cifras de complemento del suero están por debajo de lo normal en el síndrome nefrótico, pero son normales en el síndrome de Kimmelstiel-Wilson y en la amiloidosis renal, aunque los tres procesos muestran una intensa proteinuria. El descenso de la actividad del complemento del suero en el síndrome nefrótico se debe a un bajo contenido del componente C'2; en algunos casos también está deprimido el contenido en C'4. Se eliminan por la orina ciertos componentes del complemento en pequeñas cantidades en todas las proteinurias intensas, independientemente de la cifra de complemento del suero, la hipoproteinemia o el grado de proteinuria. El componente del complemento predominante que se elimina por la orina difiere y no muestra relaciones con el tipo de la enfermedad o el grado de la proteinuria. La cantidad de complemento que posiblemente se inactivaría por esta pérdida de uno de sus componentes es demasiado pequeña para explicar el descenso del componente del suero en el síndrome nefrótico; la eliminación de componentes del complemento de una magnitud similar no conduce al descenso de las cifras del complemento del suero en el síndrome de Kimmelstiel-Wilson o en la amiloidosis renal.

Investigaciones sobre el lugar de pérdida del complemento en la glomerulonefritis experimental.—Los autores perfunden de la arteria a la vena con recirculación a riñones aislados de rata con suero de rata recientemente preparado. Cuando se añaden pequeñas cantidades de suero de conejo antirriñón de rata, al perfundido, el título del complemento del mismo desciende a 0 después de su paso a través del riñón. Cuando se añade suero de conejo antirriñón de rata en pequeñas cantidades al perfundido del riñón, el descenso de la actividad del complemento después de su paso a través del riñón va paralelo con la cantidad añadida de suero nefrotóxico. Un solo paso a través del riñón es a veces suficiente para extraer toda la actividad del complemento en dicho experimento. La adición de cortisona al perfundido en grandes cantidades no impide el descenso de la actividad del complemento. El suero de pato antirriñón de rata no produce un descenso en la actividad del complemento del perfundido circulante a través del riñón. Cuando se añade suero de conejo antirriñón de rata al suero que perfunde un hígado de rata, aislado, también desciende la actividad del complemento; sin embargo, la pérdida del complemento era mucho menor sobre una base de peso a peso cuando el hígado se perfundía que cuando el riñón era el perfundido. Terminan diciendo que el descenso de la actividad del complemento después de la adición de suero nefrotóxico a las perfusiones de riñón de rata se debía primariamente a la supresión del componente C'2.

Annals of Internal Medicine.

41 - 3 - 1954.

- * Espondilosis cervical. R. Brain.
- * Quimioterapia de la leucemia, enfermedad de Hodgkin y procesos relacionados. M. M. Wintrobe, G. E. Cartwright, T. Fessus, A. Haut y S. J. Altman.
- * El enigma de la sarcoidosis (granulomatosis de Hutchinson-Boeck). W. S. Middleton.
- * Significación de las hemoptisis en la tuberculosis pulmonar aparentemente inactiva. R. Charr.
- * Tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda. P. A. Bunn y E. T. Cook.
- * El contenido en elementos inorgánicos de ciertos tejidos humanos. G. C. Griffith, E. N. Butt y J. Walker.
- * El corazón en la glomerulonefritis aguda. T. R. Murphy y F. D. Murthy.
- * Actividad colinesterásica del suero en los individuos normales y sujetos con enfermedades hepáticas. K. Kaufman.
- * Estudios sobre la hiperlipemia en la diabetes y otros trastornos. E. F. Hirsch.
- * Ruptura espontánea del esófago. T. Bodl, H. Fanger y T. Forsythe.

Una nueva prueba de la función pancreática basada en la tolerancia al almidón. T. L. Althausen y K. Uyeyama. Hipersensibilidad y fiebre reumática. J. K. Aikawa. Neuritis sérica. G. I. Plitman y B. R. Gendel. Hipertropia y hepatosplenomegalia en un enfermo con diabetes mellitus controlada. T. A. Haymond y K. Berry Jr. Hernia diafragmática subcostoesternal. K. F. Hoffmann y A. J. Chilko. Agammaglobulinemia. A. S. Prasad y D. W. Koza. Un caso de periarteritis nodosa con células L. E.: completa remisión aparente con cortisona. M. Lincoln y W. A. Ricker. Editorial. Vacunación con B. C. G.

Quimioterapia de la leucemia, enfermedad de Hodgkin y procesos relacionados.—Los autores revisan el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin, leucemia linfoides crónica, linfosarcoma, reticulosarcoma, leucemia mieloide crónica y de las leucemias agudas de los distintos tipos, mediante el empleo de la radioterapia, fósforo radioactivo, mostaza nitrogenada, TEM, myleran, uretano, antagonistas del ácido fólico, cortisona y ACTH y la 6-mercaptopurina. Subrayan que la radioterapia es un método tan útil como los agentes quimioterapéuticos en el tratamiento de todos los procesos señalados, excepto la leucemia aguda. En algunos procesos la radioterapia puede ser más eficaz que cualquiera de los componentes químicos mencionados; así, habría de demostrarse que las remisiones producidas por el myleran son comparables en cuanto a la duración a las que siguen a una radioterapia dispersa. Además, la radioterapia aplicada localmente, cuando no se exige una terapéutica generalizada, no tiene contrapartida en la quimioterapia. Frente a estas ventajas debe basarse la conveniencia y el menor coste de la quimioterapia y las molestias de la enfermedad de radiación en comparación con las de las drogas que pueden emplearse. En último análisis, el tratamiento más eficaz de los trastornos citados debe encontrarse en el empleo juicioso de todo el arsenal terapéutico con que se cuenta actualmente. De todas formas, resumen su experiencia en una tabla, en la que vienen a decir que la enfermedad de Hodgkin es sensible a la radioterapia, al fósforo radioactivo, a la mostaza nitrogenada y al TEM; no responde al myleran ni al uretano; prácticamente, nada a cortisona y a ACTH, y están contraindicados el myleran, el uretano y la 6-mercaptopurina; la leucemia linfoides crónica y el linfosarcoma responden de una manera similar a lo mencionado para la enfermedad de Hodgkin, así como también el reticulosarcoma. La leucemia mieloide crónica responde bien a la radioterapia y al fósforo radioactivo, poco a la mostaza nitrogenada y al TEM; favorablemente al uretano, pero sobre todo al myleran, apenas nada a la 6-mercaptopurina y están contraindicados los antagonistas del ácido fólico y la cortisona y ACTH. En cuanto a las leucemias agudas, los cuatro primeros procedimientos terapéuticos están contraindicados, el myleran y el uretano no son eficaces, la forma linfoides responde bien a los antagonistas del ácido fólico, a la cortisona y ACTH y escasamente a la 6-mercaptopurina; la mieloide responde bastante bien a los antagonistas del ácido fólico, menos a la 6-mercaptopurina, y están contraindicadas la cortisona y ACTH; por último, la leucemia monocítica es la menos agradecida, puesto que no responde apenas a los antagonistas del ácido fólico y a la 6-mercaptopurina y están contraindicadas también la cortisona y ACTH.

El enigma de la sarcoidosis.—Comienza diciendo el autor que el enigma de la sarcoidosis empieza ya con su denominación, puesto que no tiene ningún origen etiológico ni aclara nada su nombre; manifiesta que hasta que se encuentre un término mejor, el epónimo de granulomatosis de Hutchinson-Boeck tendría las ventajas de una exactitud histórica y una delimitación más firme; al mismo tiempo impide el empleo de una terminología puramente anatopatológica para una entidad clínica. A pesar de los extensos estudios, la etiología del proceso se ignora todavía. Aunque no ha podido hallarse su causa se van conociendo cada vez más detalles. A pesar de sus indudables paralelismos histológicos, la respuesta a infecciones bacterianas conocidas, como la tuberculosis, lepra y brucellosis; invasiones micóticas, como histoplas-

mosis y toxoplasmosis; infestaciones, como leishmaniasis y helmintiasis y materias particuladas, como el talco, el óxido de silice y el berilo; todas estas reacciones pueden descartarse fácilmente en dicha enfermedad. Las manifestaciones clínicas tan polimorfas de este proceso pueden predecirse por la afectación extensa de virtualmente todos los tejidos del organismo y su progreso histológico e indolente. El hecho de su benignidad ha impedido que las comunicaciones sean más numerosas; pero el perfeccionamiento diagnóstico y el aumento en la utilización de los métodos de laboratorio, especialmente las radiografías del tórax, aumentarán marcadamente su diagnóstico en el futuro. Se ha prestado especial atención a la afectación del tracto uveal y de las glándulas salivares, los pulmones, el sistema hematopoyético y el corazón, puesto que las localizaciones más corrientes en los ganglios linfáticos y las manifestaciones óseas pueden no presentarse. La terapéutica del proceso es desfavorable, y aunque la ACTH y cortisona tienen un puesto definido, pero limitado, en el tratamiento de sus estadios precoces, sobre todo en el control de la fase ocular de la fiebre uveoparotidea, a la larga los resultados son desfavorables puesto que dichas drogas no impiden el progreso de la enfermedad.

Significación de las hemoptisis en la tuberculosis pulmonar aparentemente inactiva.—El autor ha observado la presentación de ataques de hemoptisis en 21 enfermos de un total de 123 con tuberculosis pulmonar aparentemente inactiva. Solamente en tres la hemoptisis significó una recaída de la enfermedad; en 13 no pudo determinarse la causa de la hemorragia pulmonar, y en los restantes, la hemorragia se debió a pulmonía, neumonitis, neoformación y lesiones no tuberculosas en la mucosa bronquial. Termina diciendo que en los casos de hemoptisis no explicada después de un estudio cuidadoso, puede permitirse a los enfermos asintomáticos reasumir su actividad habitual al cabo de una o dos semanas después de desaparecer la hemorragia pulmonar.

Tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda.—Los autores han revisado el tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda; de un total de 48 enfermos sobrevivieron 33 y murieron 15 (31 por 100). No se aisló el germen causal durante la vida en 10 enfermos (21 por 100), existían gérmenes resistentes a más de 1,5 unidades de penicilina por c. c. en 11 enfermos, y en uno de ellos el germen era insensible a todos los antibióticos. En 47 de los 48 enfermos se hizo un tratamiento con penicilina, aunque a 26 se les dió además estreptomicina, y a otros 4 otros agentes antimicrobianos; el enfermo a quien no se dió penicilina fué tratado con estreptomicina, terramicina, cloranfenicol, aureomicina y sulfonamidas, solas o en combinación. La dosificación de penicilina o estreptomicina estuvo en dependencia con la sensibilidad del germen causal; el régimen terapéutico se designó de acuerdo con dicha cifra y fué necesario emplear cantidades excesivas de ambos agentes en los casos en que el nivel de resistencia a la penicilina era muy alto. La duración de la terapéutica antimicrobiana específica se extendió en la mayoría durante más de veintiún días después de desaparecer toda evidencia de infección activa. Recomiendan dicho régimen terapéutico para la mayoría de los casos de endocarditis bacteriana subaguda y declaran que, por lo menos, las dos terceras partes de los enfermos deben curar si el programa se sigue exactamente. Discuten las razones del fracaso del tratamiento, citando los gérmenes resistentes, la terapéutica antimicrobiana insuficiente, insuficiencia cardiaca irreversible y las otras causas de muerte que ya habían sido señaladas anteriormente. Subraya que no puede esperarse de la terapéutica antimicrobiana específica que modifique las alteraciones anatómicas o las complicaciones que resultan de la inflamación provocada por los gérmenes ofensores; su utilidad exclusiva es la supresión de los gérmenes que estimulan las alteraciones anatopatológicas antes del advenimiento de la complicación y reduciendo así posibilidades de su presentación. De aquí se deduce que el diagnóstico precoz y la institución rápida de la terapéutica adecuada son factores esenciales.

La única excepción para las razones generales del fracaso es la presentación de una perforación o ruptura de la válvula aórtica que produjo y originó la muerte en 6 de sus 15 enfermos; esta observación no ha sido subrayada en el pasado y no se han establecido medidas preventivas para evitar su presentación en el futuro. El pronóstico de los enfermos curados de la endocarditis bacteriana subaguda es bueno en cuanto a una salud a largo plazo. Los enfermos con insuficiencia aórtica y los que muestran insuficiencia cardiaca después de la terapéutica antimicrobiana son las excepciones a dicho aserto. Admiten como posible la reinfección y terminan diciendo que la endocarditis bacteriana subaguda, a pesar de la demostrada eficacia de todos los agentes antimicrobianos adecuadamente administrados, continúa siendo una infección grave y difícil de tratar, y los resultados de la terapéutica no han mejorado esencialmente en los últimos cinco años.

El corazón en la glomerulonefritis aguda.—Los autores han estudiado 88 casos de glomerulonefritis aguda, con especial referencia a las alteraciones cardíacas. Juzgan de la afectación cardiaca si se presenta una o varias de las alteraciones siguientes:

- a) Insuficiencia cardiaca clínica.
- b) Cambios en el corazón desde el punto de vista radiológico; y
- c) Anormalidades electrocardiográficas. Existía afectación cardiaca en 41 casos (46,6 por 100). Se hizo un diagnóstico de insuficiencia cardiaca en 22 de los 88 casos; la complicación se diagnosticó con mayor frecuencia en enfermos con más de veintiún años de edad, que representaban 10 de los 22 casos (45,5 por 100). La incidencia baja de insuficiencia cardiaca en sus casos la interpretan como debida a varias razones: Ignorancia de la frecuencia de insuficiencia cardiaca en la nefritis aguda; edema nefrítico impidiendo la distensión de las venas del cuello; duda para hacer un diagnóstico de insuficiencia cardiaca en ausencia de soplos más orgánicos que un soplo sistólico en la punta, y error diagnóstico en los niños, a menos que exista fiebre reumática. Se vió asociación estrecha entre la hipertensión alta y la insuficiencia cardiaca; efectivamente, fué más frecuente en los enfermos con cifras tensionales más elevadas; sin embargo, no puede considerarse a la hipertensión por sí misma como la única causa de insuficiencia cardiaca en la mayoría de los casos. Se obtuvieron telerradiografías en 29 de los 88 casos; en 12 eran normales, y 17 mostraban un aumento del tamaño del corazón; en 8 enfermos se hicieron medidas seriadas del área cardiaca, demostrándose cambios en el tamaño del corazón. Se estudiaron los electrocardiogramas en 47 de los 88 casos; 26 eran normales, 1 era dudoso y los 20 restantes, anormales: las anormalidades que se apreciaron con mayor frecuencia fueron las alteraciones de la onda T en la derivación I, viéndose de bajo voltaje o invertida; las alteraciones electrocardiográficas desaparecieron en un plazo de catorce a veintiún días. Así como la insuficiencia cardiaca se presentó en la cuarta parte de los 88 casos, lo hizo en 9 de los 16 enfermos que tenían convulsiones, y los electrocardiogramas de estos enfermos con convulsiones eran todos anormales. Encuentran poca relación entre la altura de la presión arterial el día en que se hizo el electrocardiograma y las anormalidades observadas en este trazado; sin embargo, existía una relación estrecha entre la hipertensión previa y las anormalidades electrocardiográficas.

Colinesterasa del suero en individuos normales y enfermos hepáticos.—La experiencia del autor le mueve a declarar que la actividad de la colinesterasa del suero es una prueba útil de función hepática que puede ser empleada en el diagnóstico diferencial de la ictericia, y que las determinaciones seriadas pueden ser de gran ayuda para el pronóstico y para seguir la recuperación en los casos de hepatitis. Las cifras de colinesterasa del suero son bajas en los procesos con hipoalbuminemia y en las enfermedades terminales y malignas. Hay un descenso en la colinesterasa de los hematies después de las comidas, lo que con mayor probabilidad se debe al paso del

enzima desde los hematies a las uniones mio neurales de la musculatura del tracto gastrointestinal. La colinesterasa del suero puede también descender durante los períodos de stress. La actividad del enzima aumenta inmediatamente después de las operaciones, lo que se debe a la invasión de la sangre por colinesterasa procedente de las células hepáticas lesionadas, y más tarde desciende, cuando se produce en el hígado menor cantidad de colinesterasa de lo normal.

Una nueva prueba de función pancreática.—Los autores describen una nueva prueba de función pancreática, basada en la actividad amilolítica del jugo pancreático en el intestino. No se vieron modificaciones de los resultados de la prueba de tolerancia al almidón realizadas en 27 individuos sin enfermedad pancreática, y de 23 enfermos con proceso pancreático crónico; en el 87 por 100 de los casos el resultado final de la prueba fué definitivamente anormal, por encima del promedio de los controles más 3 veces la desviación "standard". Entre 10 enfermos con sospecha de pancreatitis crónica la prueba de tolerancia al almidón fué evidentemente anormal en el 60 por 100 de los casos. Consideran que la prueba es utilizable en las condiciones corrientes del hospital y de la práctica privada. Una prueba similar basada en la actividad proteolítica del jugo pancreático en el intestino no les condujo a resultados que sirvieran de ayuda para el diagnóstico de las enfermedades pancreáticas.

Neuritis sérica.—Señalan los autores que la presentación de la enfermedad del suero del sistema nervioso es una complicación relativamente rara de la administración de suero extraño. Comunican dos casos adicionales, uno de los cuales manifestó la afectación del plexo braquial, y el otro una neuralgia del trigémino, constituyendo este último el primer caso citado en la literatura. Esta enfermedad, general, aunque no necesariamente, sigue a una reacción alérgica de otro tipo y afecta predominantemente al sistema nervioso periférico, pero también, aunque mucho menos frecuentemente, al sistema nervioso central. Se acepta que la neuritis sérica tiene una base alérgica. Su pronóstico es generalmente bueno y el tratamiento es el mismo que el de la reacción de hipersensibilidad de otros tipos, más el empleo de fisioterapia cuando sea necesario.

Hiperlipemia persistente y hepatoesplenomegalia en un enfermo con diabetes mellitus controlada.—Los autores presentan el caso de un enfermo que mostraba diabetes mellitus, hepatoesplenomegalia e hiperlipemia. La hiperlipemia en este enfermo persistió, a pesar de un control adecuado de su diabetes; en cambio, respondió a una dieta pobre en grasa. Consideran que este enfermo representa probablemente un caso de hiperlipemia esencial en un enfermo con diabetes mellitus.

Agammaglobulinemia.—Este síndrome primeramente descrito por BRUTON se caracteriza por:

- a) Una historia de infecciones bacterianas repetidas.
- b) Ausencia de anticuerpos adquiridos.
- c) Falta de isohemaglutininas.
- d) Gamma globulina extremadamente baja o nula, aunque las proteínas totales del suero sean normales.
- e) Fracaso de la terapéutica con antibióticos para proporcionar una protección adecuada; y
- f) Respuesta a inyecciones de gamma-globulina. Describen un caso que se ajustaba a todas las características del síndrome, aunque se trataba de una mujer y, además, de treinta años de edad. Consideran por la historia clínica que no se trataba de un caso congénito, sino más bien adquirido. Además presentaba un cuadro generalizado de adenopatías, hepatomegalia y esplenomegalia, a lo que se unía una anemia hemolítica adquirida, que se resolvió rápidamente tras la esplenectomía. La presencia de numerosos granulomas inespecíficos, que se demostraron en los cortes histológicos del bazo y en una biopsia de un ganglio axilar, señalarían en el sentido de una enfermedad del sistema reticulo-endotelial; pero no llegan a conclusión alguna en cuanto a la explicación de este proceso granulomatoso.

Periarteritis nodosa con células L. E.—Los autores describen el caso de una mujer de cincuenta y seis años de edad que fué hospitalizada por la presencia de una fiebre muy alta, cuya naturaleza no podía determinarse. Se llegó al diagnóstico de periarteritis nodosa por el hallazgo de células L. E. en la sangre y por la biopsia muscular. Se produjo una dramática mejoría tras el tratamiento con dosis relativamente grandes de cortisona. Una segunda biopsia muscular al cabo de los seis meses de tratamiento demostraba un hallazgo totalmente normal, lo que sugiere la posibilidad de que el tratamiento prolongado con cortisona pueda facilitar la remisión o curación de la periarteritis nodosa, a lo que apoya el hecho de que las células L. E. desaparecieron de la sangre.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

100 - febrero de 1955.

- **Uso del ión magnesio en el tratamiento de las toxemias eclámpicas.** J. A. Pritchard.
- **Cirugía abdominal en el recién nacido.** M. G. Wilson.
- **Curabilidad de las metástasis linfáticas regionales en el cáncer del cérvix uterino.** J. B. Graham.
- **Variaciones comunes en el aporte de sangre renal.** B. J. Anson y L. E. Kurth.
- **Estudio experimental y clínico de los injertos mesoteliales libres en el tratamiento de las adherencias peritoneales.** G. M. Carver.
- **Intususcepción.** G. T. Root, B. H. Christensen y C. A. Petersen.
- **Histopatología de la cortical prostática después de la prostatectomía transuretral.** H. M. Weyrauch, R. P. Beames y M. L. Rosenberg.
- **Falacia del término "autocuración del carcinoma epidermoide" y limitaciones de la interpretación microscópica.** J. B. Brown y M. P. Fryer.
- **Técnica para la reparación satisfactoria del hipospadias.** L. T. Byars.
- **Traumatismos pubocoxigenos. I. Daños permanentes complicando la cirugía plástica vaginal.** H. G. Jones.
- **Estudio anatómico del hiato esofágico.** J. M. Carey y W. H. Hollinshead.
- **Mejoría de la diabetes mellitus después de la gastrectomía subtotal.** M. N. Friedman, A. J. Sancetta y G. J. Magovern.
- **Uso del injerto pleural parietal en la anastomosis esofágica experimental.** B. McSwain, B. F. Byrd, A. M. Langa y A. Haber.
- **Uso de dextran y gelatina modificada en accidentes con insuficiencia renal.** J. M. Howard, J. P. Frawley, C. P. Artz y Y. Sako.
- **Relación de la patología quirúrgica con la colecistografía con telepaeque en dosis de 2 gramos.** W. M. Whitehouse.
- **Papel de las drogas parasimpaticolíticas en la corrección de los trastornos de líquidos y electrolitos debidos a la pérdida excesiva de secreciones gastroenteríticas.** E. J. Poth y O. C. Hood.
- **Infección en quemaduras. IV. Valoración del uso local de pomada de cloranfenicol y furacina soluble sobre las superficies de granulación después de quemaduras superficiales extensas.** N. C. Liedberg, E. Reiss, L. R. Kuhn, W. H. Amspacher y C. P. Artz.
- **Sarcoma y proliferaciones sarcomatoides del estroma endometrial.** R. E. Symmonds y M. B. Dockerty.

Magnesio en las toxemias eclámpicas.—El sulfato magnesio parenteral usado en dosis de 4 gramos en solución al 20 por 100 en un plazo de cuatro a cinco minutos inhibe las convulsiones eclámpicas. La observación atenta de los reflejos patelares después de las inyecciones evita el desarrollo de la intoxicación por el magnesio. El mecanismo por el que el magnesio previene las convulsiones eclámpicas es desconocido, ya que no es droga hipotensora ni se confina al compartimiento extracelular ni entra al líquido cefalorraquídeo y se excreta por los riñones, pero no altera marcadamente el flujo renal de plasma o la filtración glomerular. El magnesio no inhibe las contracciones uterinas ni deprime al feto.

Injertos mesoteliales libres en las adherencias peritoneales.—En la cavidad peritoneal la serosa parece ser parte importante en la determinación de la curación por resolución de las adherencias o por formación de adherencias fibrosas permanentes. El uso de injertos mesoteliales libres previene la reformación de adherencias fibrosas permanentes. Se describe la técnica de los injertos mesoteliales y sus resultados en 36 casos experimentales. En 29 aparecieron adherencias, pero en todos,

menos en 3, tales adherencias se resolvieron espontáneamente después de seis meses, creyéndose que los otros 3 casos se deben a errores técnicos.

Cortical prostática después de la prostatectomía.—Se hizo un estudio clínico e histopatológico de la cortical prostática de 30 enfermos a los que se han practicado 2 o más resecciones transuretrales. La infección del tejido de la cortical prostática después de la resección fué un factor principal en la persistencia de los síntomas en ausencia de obstrucción mecánica. Muchos pacientes tenían la orina infectada, demostrando que la ausencia de piuria no indica ausencia de infección en el tejido prostático. La gravedad de los síntomas va paralela con el grado de infección tisular.

Infección en quemaduras.—El uso local de cloranfenicol sobre las superficies de granulación en la preparación para realizar injertos parece ser valioso. Tiene un efecto profiláctico y terapéutico contra las infecciones por el estreptococo A beta-hemolítico. Disminuye la supuración y obtiene granulaciones sanas. El uso de furacina soluble también es valioso, pero su acción profiláctica y terapéutica contra el mismo estreptococo parece ser insuficiente.

The Journal of the American Medical Association.

156 - 5 - 2 de octubre de 1954.

- **Tratamiento con cortisona de la sarcoidosis.** H. L. Israel, Maurice Sones y D. Harrell.
- **Fracturas vertebrales consecutivas a la terapéutica prolongada con cortisona y corticotropina.** P. H. Curtiss Jr., W. S. Clark y C. H. Herndon.
- **El valor de las ilustraciones en los escritos médicos.** R. L. Drake.
- **Signos pronósticos en la enfermedad de Hodgkin.** J. A. Finkbeiner, L. F. Craver y H. D. Diamond.
- **Exposición aplicada a la medicina.** R. M. Hewitt.
- **Administración oral y parenteral de cortisona e hidrocortisona en el tétanos grave.** R. A. Lewis, R. S. Satoskar, G. G. Joag, B. T. Dave y J. C. Patel.
- **Aspectos emocionales de las afecciones respiratorias en miembros de carbón.** W. D. Ross, L. H. Miller, H. H. Leet y F. Princi.
- **Cuidados iniciales de los heridos graves.** C. P. Artz y J. M. Howard.
- **Prevención y tratamiento de la ateroesclerosis.** C. Moses.
- **Posición occipito-posterior.** D. M. Haynes.
- **Ingestión accidental de bishydroxicumarina.** W. B. A. Bentley.

Tratamiento de la sarcoidosis con cortisona.—Señalan los autores que en 36 enfermos de sarcoidosis tratados con cortisona y observados ulteriormente durante intervalos hasta de cuatro años, se apreció una mejoría sintomática, a menudo marcada, en todos los casos menos en uno, y se mantuvo en alguno de ellos después de la suspensión de la terapéutica. Los beneficios fueron más notables en los enfermos con manifestaciones extrapulmonares, oculares, parotídeas, cutáneas o miocárdicas y más marcado en los enfermos con síntomas de menor duración. Con menor frecuencia se observó una mejoría en las radiografías del tórax durante la terapéutica con cortisona. No se apreciaron efectos significativos sobre la linfadenopatía mediastínica. Se produjo una mejoría definida en el 50 por 100 de los enfermos con infiltración pulmonar, y en unos pocos casos se efectuó una resolución completa. Añaden que la observación prolongada indica que el curso de la enfermedad se influenció favorablemente en solo una minoría de los casos. No se encontraron casos de tuberculosis, y 4 enfermos murieron por sarcoidosis progresiva. Subrayan que está indicado el ensayo de un tratamiento con cortisona en los enfermos con lesiones oculares, alteraciones radiológicas progresivas o síntomas generales. Concluyen que puede administrarse con seguridad la cortisona en los casos en que el diagnóstico de sarcoidosis se apoya en estudios cuidadosos y declaran que el tipo de respuesta a la cortisona que exhiben los enfermos de sarcoidosis no es el característico de las infecciones o de las enfermedades del colágeno.

Fracturas vertebrales consecutivas al tratamiento prolongado con cortisona y corticotropina.—Refieren los autores que en 4 enfermos varones, a los que se dió una terapéutica prolongada con cortisona y corticotropina se produjeron fracturas patológicas múltiples de la columna vertebral. Añaden que aunque en los 4 casos existían otros factores que predisponían a la osteoporosis (artritis zeumatoide crónica y "atrofia por desuso"), su opinión es que la administración prolongada de cortisona o corticotropina fué de importancia primaria en la intensidad de la osteoporosis que condujo a la fractura patológica.

Cortisona e hidrocortisona parenteral y oral en el tétanos grave.—Los autores han seleccionado para su estudio 40 enfermos con tétanos grave y hacen en todos ellos un tratamiento con suero antitetánico y penicilina, paraldehido y otras medidas. Dejan la mitad de los enfermos como controles, y a la otra mitad le administran las hormonas suprarrenales; se inyectó cortisona en 5 enfermos, y por vía oral se la dieron a 10, mientras que la hidrocortisona se administró por vía oral a los 5 restantes. La administración de hormona suprarrenal se siguió generalmente de un descenso en la temperatura y del pulso y ritmo respiratorio; la fiebre volvió a subir al reducir la dosis de cortisona, pero en algunos casos la fiebre no respondió a la dosis utilizada. Inyectada la cortisona intramuscular pareció presentarse una agravación de los espasmos musculares, pero cuando la cortisona o hidrocortisona se dieron por vía oral se vió una disminución de la intensidad y gravedad de las convulsiones. Entre los 20 controles hubo 3 supervivientes; no curó ninguno de los enfermos a los que se dieron inyecciones de cortisona, mientras que se recuperaron 2 de los 5 enfermos a los que se había dado hidrocortisona y 6 de los 10 tratados con cortisona por vía oral. Añaden que los resultados obtenidos con la cortisona administrada por vía oral son estadísticamente significativos y concordantes con las observaciones clínicas, así como también con los efectos beneficiosos previamente referidos en la literatura utilizando la corticotropina.

155 - 6 - 9 de octubre de 1954.

La menopausia. E. R. Novak.

Reflexiones sobre la fisiología de la menstruación. C. E. McLennan.

Hemorragias uterinas funcionales. E. G. Holmstrom.

Amenorrea. R. R. de Alvarez.

Enfermedad funcional-enigma médico. R. J. Needles.

Anestesia para los procederes neuroquirúrgicos. J. E. Osborn.

* Alteraciones vasculares específicas en la gota. E. F. Traut, A. A. Knight, P. B. Szanto y E. W. Passerelli.

* Fistula arteriovenosa hepatoportal. G. F. Madding, W. L. Smith y L. R. Hershberger.

Un caso de hiperparatiroidismo con nefrocalcinosis intensa. G. J. Friedman, M. E. Greenberger y H. Brandaleone.

* Paraplejia consecutiva a la aortografía transilumbar. S. Boyarsky.

* Artropatía de Charcot en la diabetes mellitus. E. H. Antes. Una nueva máquina portátil para anestesia gaseosa y resucitador. R. A. Hingson.

Alteraciones vasculares específicas en la gota.—El estudio de las arterias del primer caso de los autores demostraba la existencia de depósitos de cristales en la íntima proliferada de las arterias o en trombos organizados; la forma general de los cristales y el patrón de las hendiduras residentes en áreas de las que se habían disuelto los cristales, sugerían fuertemente la probabilidad de un depósito de uratos. El segundo enfermo tenía las alteraciones arterioescleróticas inespecíficas habituales tan prominentes en la gota; además, se demostró en el corazón acúmulos de uratos (gota visceral). En 1940, BUNIN y MCEWEN encontraron un material amorfo eosinófilo en un engrosamiento bulboso de una valva mitral de un enfermo con gota; dicho material dió las reacciones positivas correspondientes al ácido úrico; la masa estaba rodeada de células gigantes de cuerpo extraño, como en los tofos típicos. Los hallazgos histopatológicos en su primer caso mostraban signos similares de reacción celular inflamatoria; sin embargo, en el segundo caso no se vieron células gigantes multinucleadas; esto

puede conducir a la conclusión de que los uratos se habían depositado en las excrecencias de endocardiosis; un argumento en contra de dicha idea es el hallazgo de la lesión en la bolsa y en la afectación del endocardio parietal. Añaden que esperan que este trabajo conduzca a un escrutinio cuidadoso de las viscerales en los organismos que muestran evidencia de enfermedad articular y el empleo del alcohol absoluto como solución fijadora para los tejidos extraídos de enfermos que posiblemente tienen gota.

Fistula arteriovenosa hepatoportal.—Los autores comunican un caso de fistula arteriovenosa entre la arteria hepática y la porta, que mostraba una hipertensión portal manifestada por la dilatación del sistema porta, esplenomegalia congestiva y varices esofágicas. La ligadura completa la arteria hepática, incluyendo sus ramas, se llevó a cabo sin que se desarrollara una necrosis hepática. Creen que una vez realizada la devascularización de los dos tercios superiores del estómago con ligadura de la vena coronaria y posiblemente la arteria esplénica, puede haberse detenido en este enfermo la hemorragia por varices esofágicas.

Paraplejia consecutiva a la aortografía transilumbar.—El autor describe una parálisis completa motora y sensitiva por debajo del nivel del octavo segmento torácico que se produjo en un enfermo después de una aortografía con una solución al 70 por 100 de acetrizoato sódico (urokon) para la demostración de un posible aneurisma aórtico. El enfermo llegó a recuperar la función sensitiva, vesical y parcialmente la motora. Supone que la causa probable de la parálisis fué la trombosis de la arteria espinal anterior o la acción tóxica directa de la droga sobre la médula espinal. El referir este caso tiene por objeto advertir que la aortografía no carece por completo de peligros y no debe ser realizada sin una indicación suficiente que justifique el riesgo que lleva consigo.

Artropatía de Charcot en la diabetes mellitus.—El autor describe un caso de destrucción rápida del tarso, metatarsianos y falanges proximales en un enfermo con una diabetes de larga duración y mal controlada. No se apreciaron alteraciones vasculares significativas ni infección, incluso aunque se advertían signos evidentes de neuropatía, incluyendo la ausencia de reflejos y la presencia de trastornos sensitivos marcados. Se apreció una mejoría definida cuando se logró el control de su diabetes y se llevaron a cabo los procedimientos de inmovilización de las citadas articulaciones.

156 - 7 - 16 de octubre de 1954.

- * Tratamiento de la meningitis tuberculosa con hidrazidas del ácido isonicotínico. E. Appelbaum y T. A. Anderson.
- * Meningitis aséptica causada por el virus coxsackie con aislamiento del mismo en el líquido cefalorraquídeo. K. Hummeler, D. Kirk y M. Ostapik.
- Situaciones problema en el tratamiento de la parálisis gigante. L. J. Doshay.
- Experiencia en el tratamiento de enfermos habituados por prescripción médica a los narcóticos. M. Raport.
- Reconocimiento médico prematral. N. R. Kaviraj.
- * Tratamiento de los melanomas juveniles y melanomas malignos en niños. H. E. McWhorter, F. A. Fagi y L. B. Woolner.
- Ruptura espontánea de un absceso tuvo-ovárico en la cavidad peritoneal libre. H. H. Lardaro.
- Aplicación clínica de una prueba simplificada de consumo de protrombina del suero. L. N. Sussman, I. B. Cohen y R. Gittler.
- * Hemangioma del intestino delgado originando anemia de diez años de duración. J. Goldfarb, J. M. Gould y G. S. Eichner.
- Amplificación de los sonidos de la respiración de enfermos anestesiados. S. M. Shane, H. Ashman y J. S. Gitt.
- * Necrosis papilar renal. E. E. Goldberg, H. B. Shirter y W. Saphir.
- Necrosis avascular de las falanges de las manos (enfermedad de Thiemann). E. W. Shaw.
- Mioblastoma de células granulosas de la válvula. W. J. Reich, A. M. Doswald, P. C. Williams y M. J. Nechtow.
- Anestesia espinal diferencial continua después de la embolectomía de la arteria femoral. B. Eliasoph, H. Sobel y R. A. Nabatoff.
- Área del colon visualizada a través del sigmoidoscopio. B. A. Shatz y E. L. Freitas.

Hidrazidas del ácido isonicotínico en la meningitis tuberculosa.—Los autores han tratado 10 enfermos consecutivos de meningitis tuberculosa con hidrazidas del ácido isonicotínico. El diagnóstico se confirmó en todos los casos por el hallazgo del bacilo tuberculoso en el líquido cefalorraquídeo; en 5 casos existía evidencia radiológica de tuberculosis pulmonar. En la mayoría de los casos se utilizó una dosis de 8 miligramos por kilo de peso al día. De los 10 enfermos tratados, curaron 7 y 3 murieron. Los supervivientes han sido observados durante períodos que han oscilado entre veinte y veintitrés meses y están en buen estado general físico y tienen mentalidad normal. En sus casos, varios enfermos mostraron efectos colaterales tóxicos referibles al sistema nervioso central; 3 de los casos se complicaron con ceguera, que desapareció por completo en un enfermo y retrocedió positivamente con otro. Se produjo una recidiva en 3 enfermos, y los 3 respondieron satisfactoriamente a un nuevo tratamiento con hidrazidas.

Meningitis aséptica por virus coxsackie.—Los autores han observado 11 enfermos con signos dominantes de afectación meníngea y dolores musculares en una institución para defectuosos mentales durante un periodo de doce días. Todos ellos mostraban las alteraciones del líquido cefalorraquídeo compatibles con una meningitis aséptica. Se aisló un virus coxsackie del grupo B, tipo 2 (Ohio), de las heces de 4 enfermos y en un caso de un frotis faríngeo y del líquido cefalorraquídeo. La evidencia serológica apoyó la conclusión de que la enfermedad estaba originada por dicho agente. No se aislaron virus de la poliomielitis o de otros grupos del coxsackie.

Melanomas juveniles y melanomas malignos en niños. Subrayan los autores que el melanoma juvenil es una nueva lesión identificada que tiene carácter benigno y que puede diferenciarse histológicamente del melanoma maligno, con el que se ha confundido en el pasado. Comprende del 6 al 8 por 100 de todos los nevi pigmentados extirpados quirúrgicamente de los niños; se ve también, pero raramente, en los adultos. Los melanomas juveniles deben tratarse por extirpación completa, que no necesita ser excesivamente radical. Añaden que el melanoma maligno se produce en niños y ocasiona la difusión metastásica y la muerte; es raro en la edad prepupal. Cuando se presenta no difiere clínicamente ni histológicamente del melanoma maligno de los adultos. El tratamiento del melanoma maligno verdadero en un niño debe ser el mismo que en los adultos; se realiza una incisión lo más amplia posible de la lesión primaria, requiriendo a veces un injerto cutáneo para subsanar el déficit. Debe revisarse frecuentemente al enfermo en cuanto a evidencia de afectación de los ganglios linfáticos; la disección regional de los ganglios está indicada para cualquier aumento de tamaño nodal que parezca ser de origen metastásico, pero la disección rutinaria de los ganglios regionales, como procedimiento "profiláctico" para los nódulos no palpables no tiene gran valor sobre la base de la evidencia actual.

Hemangioma del intestino delgado.—Los autores describen el caso de una enferma que presentaba una intensa anemia y una historia de hemorragias intestinales de diez años de duración. En el transcurso de ese tiempo no se había observado jamás nada anormal en su estudio, pero finalmente pudo demostrarse la existencia de una alteración polipoide del patrón de la mucosa en un breve segmento del ileón proximal. En vista de ello fué intervenida, demostrándose en el estudio histológico de la pieza que se trataba de un hemangioma cavernoso, polipoide, circunscrito, del tipo II-B de Kaijser. Subrayan que, aunque se trata de un tumor evidentemente raro, debe tenerse presente siempre que surja una anemia de naturaleza no aclarada.

Necrosis papilar renal.—La asociación de necrosis papilar con diabetes, uropatías obstructivas o infecciones renales no constituye una entidad clínica rara. Sin embargo, los autores insisten en que no se estima suficientemente que la necrosis papilar puede constituir una com-

plicación fatal del coma diabético, y que su presencia debe sospecharse en el coma diabético que no responde a la terapéutica adecuada. Como justificación de este aserto describen un caso de necrosis papilar renal que fué precipitado por un coma diabético y consideran que debe clasificarse entre las complicaciones fatales inherentes al coma diabético.

156 - 8 - 23 de octubre de 1954.

Progresos en medicina física y rehabilitación. W. M. Solomon.

Rehabilitación del enfermo con esclerosis múltiple. M. Marks y J. Goodgold.

Dispositivos mecánicos prácticos para el empleo por personas incapacitadas. D. A. Covalt.

Terapéutica postoperatoria con aerosoles. M. S. Sadove, C. E. Miller y A. T. Shima.

Pericarditis urémica en la insuficiencia renal aguda y crónica. W. Wacker y J. P. Merrill.

Possibilidades de supervivencia en el infarto miocárdico agudo. H. I. Russek y E. L. Zohman.

Estabilización de la pared torácica por tracción de los tejidos blandos. T. R. Hudson, R. T. McElvenny y J. R. Head.

Un nuevo procedimiento diagnóstico para alcance de la laringe utilizando un depresor con cepillo ocultable. J. E. Ayre.

Pericarditis urémica en la insuficiencia renal aguda y crónica.—Señalan los autores que su estudio demuestra que la pericarditis se produce en, aproximadamente, el 18 por 100 de los casos de insuficiencia renal aguda y que la aparición de un roce pericárdico en dicho estado no tiene la misma significación pronóstica grave como en la insuficiencia renal crónica. Añaden que la pericarditis se presenta en, aproximadamente, la mitad de los enfermos que mueren de insuficiencia renal crónica. Teniendo presente los hallazgos de los estudios previos experimentales para descubrir las vías y estructuras que se afectan en la producción del dolor pericárdico, sus observaciones clínicas sugieren que el dolor precordial de tipo pleurítico es un hallazgo bastante corriente en enfermos con pericarditis urémica, y que el dolor referido al hombro izquierdo se produce en, aproximadamente, la mitad de los enfermos con una pericarditis dolorosa.

Possibilidades de supervivencia en el infarto miocárdico agudo.—Los autores han realizado un análisis de 1.318 casos consecutivos de infarto miocárdico agudo en el que los enfermos fueron clasificados como de buen riesgo o mal riesgo sobre la base de ciertos criterios pronósticos del día del ingreso en el hospital. Encuentran que la mortalidad en el grupo de 611 enfermos de buen riesgo durante el periodo de hospitalización fué del 3,4 por 100, y la incidencia de tromboembolias, del 1,3 por 100. En los enfermos que sobrevivieron cuarenta y ocho horas, la mortalidad posterior fué del 1,8 por 100. El grupo de buen riesgo comprende casi la mitad del número total de enfermos en sus casos. La mortalidad en este gran número de enfermos fué menor que lo que se registra comúnmente para la neumonía neumocócica en la literatura moderna. La mortalidad en el grupo de 707 enfermos de mal riesgo fué el 60 por 100, y la incidencia de tromboembolia, del 11,5 por 100. La terapéutica anticoagulante no supone beneficios para los enfermos de buen riesgo, a causa de la baja incidencia de tromboembolias en este grupo y los peligros que supone su empleo. Sin embargo, en los casos más graves los anticoagulantes parecen ejercer una influencia favorable, tanto sobre la morbilidad como sobre la mortalidad. Debe reconocerse el riesgo en dar excesivamente pronto el alta, o innecesariamente, a los enfermos del hospital, puesto que las cuarenta y ocho horas iniciales consecutivas al ataque representan un periodo crítico en todos los casos. Contrariamente a las interpretaciones derivadas de las estadísticas crudas, la edad del enfermo no influencia el pronóstico inmediato en un determinado ataque de intensidad conocida. El aspecto clínico del enfermo al comienzo del ataque es el mejor índice sobre el curso futuro de su enfermedad; esta evidencia justifica una actitud más optimista que la que generalmente adopta el médico y el enfermo en los casos de buen riesgo, particularmente cuando la supervivencia se ha

extendido más allá de los primeros pocos días del ataque. Sin embargo, no se debe mostrar excesivamente confiado y sin cuidados en cuanto al resultado de estos hallazgos.

156 - 9 - 30 de octubre de 1954.

Un análisis critico del problema de las fracturas. C. N. Pease.

Medidas que han demostrado su utilidad en el dolor lumbar. F. J. Kottke.

* Nutrición terapéutica con sonda. M. D. Pareira, E. J. Conrad, W. Hicks y R. Elman.

Selección psiquiátrica para el servicio militar. G. N. Raines, C. L. Wittson, W. A. Hunt y R. S. Hermann.

* Reserpina (serpasil) en el tratamiento de los enfermos mentales y retrasados mentales. R. H. Noce, D. B. Williams y W. Rapaport.

Problemas de la Oficina de la secretaría de asistencia de defensa (Sanidad y Médica). F. B. Berry.

Tratamiento del cáncer en un programa de cuidados domésticos. I. Rossman.

Un nuevo diseño para el servicio y enseñanza en el departamento de enfermos ambulatorios. J. P. Colmore y S. Wolf.

Variaciones en el papel de la cirugía neurológica en medicina. A. E. Walker.

Transformación incompatible causada por anti-S. W. W. Brades, A. Cahan y J. A. Jack.

Nutrición terapéutica con sonda.—Los autores han utilizado con éxito un método práctico de alimentación por sonda, en el sentido de nutrición terapéutica en más de 320 enfermos mal nutridos; el método ha sido utilizado, aproximadamente, en 7.000 ocasiones. La ingestión diaria máxima utilizada en este estudio contenía 3.500 calorías, 210 gramos de proteínas, 30 gramos de grasa y una mezcla de minerales y vitaminas basada en las recomendaciones de nutrición terapéutica de la Oficina de alimentos y nutrición; el contenido en sodio fué de 1,8 gramos y administrando agua a voluntad. Han encontrado pocas complicaciones significativas. En sólo el 7 por 100 de todos los enfermos se desarrolló un cierto grado de trastorno gastrointestinal, y en sólo el 2 por 100 fué necesario suspender la administración por esta u otras razones. En los enfermos con anorexia intensa se observó uniformemente el retorno del apetito; en 16, de 18

casos estudiados cuidadosamente, esto se produjo a los veinte días del comienzo de la alimentación por sonda. Se observó la rehabilitación nutritiva por el aumento de peso, balance nitrogenado positivo y aumentos en las concentraciones de hemoglobina y proteínas del plasma sin transfusiones. No se apreció diferencia en el balance nitrogenado cuando la administración por sonda de 3.500 calorías se dió intermitentemente, en comparación con un goteo continuo durante las veinticuatro horas.

Reserpina en el tratamiento de los enfermos mentales y retrasados mentales.—Los autores han tratado 74 enfermos mentales y 15 retrasados mentales con reserpina durante períodos que llegaron a alcanzar hasta siete meses. A todos estos enfermos se les dió la reserpina por vía oral en una dosis media diaria de 2 miligramos; a algunos se les dió también por vía parenteral. De su experiencia hasta la fecha deducen que aproximadamente el 80 por 100 de los enfermos psiquiátricos muestran una mejoría que es atribuible al alcaloide. Los enfermos deprimidos se hacen más sociables, mientras que el grupo hiperactivo, agitado y agresor, se hace tranquilo. El uso de restrictivos, aislamiento y electroshock disminuyó por lo menos al 80 por 100 desde que empezó el estudio. Se produjeron remisiones en 20 enfermos, y 8 pudieron ser dados de alta. En un futuro próximo, consideran que la reserpina utilizada durante períodos largos puede conseguir remisiones en un porcentaje más alto de enfermos. La respuesta de 4 de los enfermos retrasados mentales ha sido tan alentadora que están insistiendo en el estudio en este sentido. Incluso aunque la dosis de reserpina fuera alta, los efectos colaterales fueron raros y de pequeño calibre. No sugieren que la reserpina es una panacea en el tratamiento de los enfermos mentales y retrasados mentales; pero, sin embargo, la respuesta de estos enfermos ha sido prometedora, que urge a otros investigadores para evaluar la droga en todos los tipos de enfermedades mentales. Terminan diciendo que si los resultados de los estudios a largo plazo confirman sustancialmente estos hallazgos preliminares, la reserpina será el desarrollo terapéutico más importante en la historia de la psiquiatría.