

Día 29 de septiembre.

A las diez de la mañana: Discusión del tema segundo, doctor LÓPEZ DE LA OSA: "Manera de dar a los jóvenes especialistas de Obstetricia y Ginecología los medios necesarios para instalarse en el ejercicio profesional".

Tienen anunciadas sus ponencias para estos temas, hasta la fecha, los doctores FOLKE HOLTZ (Suecia), DE GROOT (Holanda), TRAVLOS (Grecia) y VERMELIN (Francia).

A las cuatro de la tarde: Ponencia de Síntesis, doctor FERNÁNDEZ-RUIZ.

A las seis de la tarde: Reunión de la Asamblea General de la U. P. I. G. O.

ACTOS SOCIALES

Día 27 de septiembre.

A las siete de la tarde: Recepción en la residencia del doctor LUQUE (Fuencarral) a los Delegados extranjeros y Ponentes nacionales con sus esposas.

Día 28 de septiembre.

A las doce de la mañana: Vino español de confraternidad, inmediatamente después de la sesión de apertura.

Por la tarde: Recepción ofrecida por el excelentísimo señor Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Madrid.

Día 29 de septiembre:

A las diez de la noche: Banquete de clausura.

Día 30 de septiembre.

Excursiones a El Escorial (Almuerzo en el Hotel Felipe II), Toledo o Aranjuez, a elegir. Precios de viaje, comida y visita museos: 130,50; 112,50, y 102,50 pesetas, respectivamente.

Día 1 de octubre.

Excursión a Córdoba, Granada Málaga y Sevilla para visitar los Centros Asistenciales del Seguro de Enfermedad.

Congresistas, 350 pesetas.

Miembros de las Sociedades Ginecológicas o de Esterilidad Españolas y U. P. I. G. O., 275 pesetas.

Acompañantes, 350 ó 275 pesetas, respectivamente.

WAGONS - LITS // COOK está encargado de cuanto se relaciona con viajes y alojamientos.

Correspondencia: Apartado 1.038. Secretaría: Londres, 45, Madrid.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

DIE WIRBELSAULENVERLETZUNGEN UND IHRE AUSHEILUNG. Doctor A. Lob.—Editorial Georg Thieme, Stuttgart, 1954.—Un volumen de 272 páginas con 149 figuras, 78 DM.

Magníficamente editada, con abundantes figuras, en su mayor parte radiografías perfectamente reproducidas, constituye esta monografía una guía preciosa en el diagnóstico de las enfermedades de la columna vertebral. Se basa en un concepto dinámico de la función de la columna vertebral y en la consideración de la lesión del cuerpo vertebral en relación a los demás elementos constitutivos de la columna.

En una primera parte se estudia la etiología y anatomía patológica de las lesiones agudas de la columna, analizándose las lesiones de los ligamentos, de las vértebras, de los arcos, apófisis, etc., sucesivamente en las columnas cervical, dorsal y lumbar. A continuación, en una segunda parte se estudian investigaciones experimentales y anatomopatológicas sobre el proceso de curación de estas lesiones. En la tercera parte se hace el estudio del aspecto clínico y del diagnóstico, y posteriormente el enjuiciamiento en el aspecto de informes periciales en los accidentes, diagnóstico diferencial, pronóstico evolutivo, etc.

EINFUHRUNG IN DIE BIOLOGISCHE REGISTRIERTECHNIK. Doctor H. Klensch.—Editorial Georg Thieme, Stuttgart, 1954.—Un volumen de 222 páginas con 142 figuras, 33 DM.

Constituye esta introducción a la técnica de registro biológico una revisión de los métodos utilizables en la investigación experimental fisiológica o patológica, puesta a la altura del día e introduciendo, por consiguiente,

muchos métodos que no se encuentran descritos en libros más antiguos. El registro de procesos mecánicos, aero o hidrodinámicos, térmicos, electrobiológicos, sonidos, radiaciones, métodos de estimulación, etc., son sucesivamente estudiados. Las descripciones son sencillas y bien comprensibles, siempre auxiliadas con numerosas figuras esquemáticas.

En suma, en este libro encontrarán una eficaz ayuda los que tengan que utilizar estos métodos en su trabajo de experimentación o demostración.

LIBROS RECIBIDOS

"Verstehende Psychologie". Dr. H. W. Gruhle.—Editorial Georg Thieme, Stuttgart, 1956.—Un volumen de 634 páginas, DM 48'.

"Behandlung Innerer Krankheiten". Dr. F. Hoff.—Editorial Georg Thieme, Stuttgart, 1956.—Un volumen de 653 páginas, DM 57'.

"El Equilibrio Hídrico en la Práctica Quirúrgica". Dr. L. P. Le Quesne.—Editorial Noguer, Barcelona, 1956. Un volumen de 178 páginas con 41 figuras.

"Proteínas Plasmáticas". Dr. J. Gras.—Editorial Jims, Barcelona, 1956.—Un volumen de 542 páginas con 154 figuras, Ptas. 420.

"Incidents et Accidents de la Transfusión sanguine". Dr. R. André y otros.—Editorial Masson Et Cie, París, 1956.—Un volumen de 126 páginas con 3 figuras, Fr. fr. 1.200.

B) REFERATAS

Blood

10 - 2 - 1955.

- * Mediciones de la captación de vitamina B₁₂ radiactiva administrada parenteralmente sobre diversas zonas de la superficie corporal. G. B. Jerzy Glass, L. J. Boyd y G. A. Gellin.
- Prevención de la anemia neonatal en la rata con el factor eritropoyético pituitario. A. N. Contopoulos, D. C. van Dyke, S. Ellis, M. E. Simpson, J. H. Lawrence y H. M. Evans.
- * Deficiencia de "antecedente tromboplástico del plasma (PAT): aspectos clínicos, de coagulación, terapéuticos y hereditarios de una enfermedad similar a la hemofilia. R. L. Rosenthal, O. H. Dreskin y N. Rosenthal.
- * Proteína intracelular recordando a los cuerpos de Russell en linfomas malignos asociados con anemia hemolítica. H. Rappaport y F. B. Johnson.
- Estudios histoquímicos y cuantitativos de la actividad de dehidrogenasa in vitro del bazo en el hipersplenismo. M. M. Black, J. A. Preston y F. D. Speer.
- La relación de los basófilos con la histamina en sangre en el hombre. W. N. Valentine, J. S. Lawrence, M. L. Pearce y W. S. Beck.
- La aplicación del azul de Prusia sobre extensiones de sangre y médula ósea previamente teñidas. D. D. Sundberg y H. Broman.
- Enfermedad hemolítica del recién nacido debida a anti-A. P. O. Hubinet, P. Latiers y T. Massart-Guiot.
- Talasemia en judíos del Kurdistán. Y. Matoth, Z. Shamir y E. Freundlich.

Mediciones de la captación de vitamina B₁₂ radiactiva administrada parenteralmente sobre diversas zonas de la superficie corporal.—Midiendo por medio de un contador de centelleo la captación de B₁₂ radiactiva de las zonas de proyección superficiales de distintos órganos intentan los autores llegar a un mejor conocimiento de la distribución, almacenamiento y persistencia de la citada sustancia en el cuerpo humano.

Las mediciones fueron hechas en 5 sujetos sobre el sitio de inyección, y proyecciones de hígado, riñón, bazo, cresta iliaca y muslo.

Tanto en los normales, como en el sujeto gastrectomizado y en el anémico pernicioso la mayor captación con gran diferencia correspondió al hígado, donde la actividad persistió durante varios meses. Si la actividad contada corresponde en relación a la citada vitamina y no solamente al cobalto radiactivo disgregado de su molécula, este largo almacenamiento en el hígado podría explicar las prolongadas remisiones observadas en anemia perniciosa tras tratamiento parenteral y el largo tiempo necesitado para agotar las reservas hepáticas de B₁₂ en el sujeto normal o gastrectomizado.

Deficiencia de antecedente tromboplástico del plasma (PTA), aspectos clínicos, de coagulación, terapéuticos y hereditarios de una nueva enfermedad similar a la hemofilia.—Esta enfermedad, primeramente descrita por ROSENTHAL, es una más dentro del grupo de pseudohemofilias, en las que el trastorno primario no es el déficit de globulina antihemofílica, sino de otros factores tromboplásticos. En este caso se trata del antecedente tromboplástico del plasma (PTA), y en el presente trabajo se tiene la oportunidad de estudiar la familia del caso original, incluyendo 13 miembros de ella, que comprenden 4 generaciones.

El estudio del árbol genealógico demuestra que es transmitida con carácter dominante sin ligar al sexo.

Existen grados variables de afectación, tanto clínicamente como desde el punto de vista de las pruebas de laboratorio. El cuadro clínico, en general, es bastante superponible al de la hemofilia, si bien presenta comúnmente mucha menor gravedad, lo que también la distingue de la deficiencia en PTC o enfermedad de Christmas.

Las transfusiones de plasma conservado corrigen el defecto de coagulación, si bien este efecto desaparece en alrededor de una semana.

Proteína intracelular recordando a los cuerpos de Russell en linfomas malignos asociados a anemia hemolítica. Ha sido repetidamente señalada la coincidencia de ane-

mia hemolítica en linfomas malignos y cada vez se llega más al convencimiento de que dicha asociación no es fortuita. Se ha sugerido que el tejido linfomatoso tumoral pudiera producir una globulina anormal, que actuaría fijándose en los hematíes y facilitando su destrucción. En relación con esta hipótesis podría tener interés el hallazgo de los autores que en 3 casos de linfoma maligno encuentran en las células neoplásicas gran cantidad de una proteína intraprotoplásmica, tingible con el ácido peryódico, semejante a los cuerpos de Russell. Dichos 3 enfermos tenían anemia hemolítica con pruebas de Coombs repetidamente positivas. Revisando preparaciones de 650 linfomas volvieron a encontrar lo mismo en 7 casos.

Estos hallazgos parecen hablar en favor de la tesis expuesta y un estudio histoquímico de la sustancia puede arrojar nueva luz sobre la relación entre ambos procesos y el mecanismo de producción de la anemia hemolítica en estos casos.

A. M. A. Archives of Pathology.

58 - 3 - 1954.

- Distribución tisular del fosfato crómico radio activo inyectado. J. B. McCormick, G. Milles, B. Jaffe y L. Seed.
- Metástasis del carcinoma primario de la vejiga invadiendo la próstata. O. Saphir y H. J. Schwarz.
- * Periarteritis nodosa en un niño de una semana. R. J. Johansmann y P. Zeek.
- Adquisición de falta de respuesta tópica al daño tisular. R. Hoene.
- * Producción experimental de bocio fibroso. H. J. Clausen.
- Enfermedad articular en ratones de diversas edades sin tiroides. M. Silberberg y R. Silberberg.
- Gránulos beta de los islotes de Langerhans de ratas. S. T. Nerenberg.
- * Endocarditis bacteriana experimental en ratas sometidas a grandes altitudes. B. Highman, P. D. Altland y H. Eagle.
- Cambios fisiológicos e histoquímicos en el tejido conectivo de ratas, inducidos por la irradiación total del organismo. A. C. Upton y W. D. Gude.

Periarteritis nodosa de un niño de una semana.—Se publica un caso de periarteritis nodosa aguda diseminada. Aparentemente las lesiones se desarrollaron después del nacimiento y se siguieron de infarto renal incompleto, siendo ello originado por la embolia a partir de un trombo en un aneurisma del ductus arterioso. Las lesiones vasculares, en este caso, parecen idénticas en morfología, distribución y estadios de las lesiones a las arteritis necrotizantes producidas experimentalmente en ratas por muchos investigadores que emplearon métodos para causar isquemia renal y aumento rápido de la presión arterial. Los diversos períodos de las lesiones en este caso se han producido en ratas en un período similar de siete días, lo que refuta el concepto de que el tipo rata de periarteritis nodosa no aparece en el hombre.

Producción experimental de bocio fibroso.—Se estudian algunos efectos de la administración prolongada de tiuracilo a ratas machos. Después de la administración de la droga durante períodos de dieciocho a veinticuatro meses, el 20 por 100 de los animales tenían tiroides, que mostraban muchas características macro y microscópicas de los últimos períodos fibrolinfoides del bocio fibroso. Se sugiere que el tiuracilo puede iniciar y mantener un estado patológico que en muchos casos puede por lo menos simular los descritos a menudo como vistos en la enfermedad de Riedel.

Endocarditis bacteriana experimental.—Se produjo regularmente endocarditis bacteriana experimental en ratas aclimatadas a altitudes simuladas de 25.000 pies mediante la inyección intravenosa de 0,5 c. c. de cultivo de streptococcus faecalis. Los animales mostraron vegetaciones bacterianas y lesiones no bacterianas (sin bacterias demostrables) semejando lesiones similares vistas en endocarditis humanas. Se considera que las vege-

taciones comienzan como trombos formados por depósitos de sangre sobre una superficie endocárdica inflamada. Las colonias bacterianas en las vegetaciones están formadas en parte por macrófagos cargados de bacterias, y estas bacterias, dentro de macrófagos, son relativamente resistentes a la penicilina, y pueden ser un factor importante de las recurrencias surgidas tras la interrupción prematura del tratamiento. Las lesiones no bacterianas pueden derivar de las vegetaciones bacterianas y aparecen después de la destrucción de las bacterias por fagocitosis y lisis, cuando la superficie externa de la vegetación se cubre de endotelio y tejido fibroso antes que la porción central de la vegetación se organice. Se describen los aspectos histológicos de los abscesos del anillo valvular, émbolos bacterianos, infartos, miocarditis intersticial y otras lesiones miocárdicas asociadas con la endocarditis experimental.

Metabolism.

3 - 6 - 1954.

- * Aplicaciones clínicas de la hidrocortisona intravenosa. J. M. Rukes y cols.
- * Modificación del método de Reddy-Jenkins-Thorn para la estimación de 17-hidroxycorticoides en la orina. W. J. Reddy.
- * Efectos de la insulina, histamina, pirógenos bacterianos y la reacción antabuse-alcohol sobre los niveles de 17-hidroxycorticosteroides en la sangre periférica del hombre. E. L. Bliss y cols.
- * Influencia de la cortisona y vitamina B₁₂ sobre el crecimiento y captación de P³² por los tejidos adrenal y linfoides. P. R. Venkataraman y cols.
- * Uso de las resinas de intercambio de aniones para la determinación de proteínas marcadas con I¹³¹ en el plasma humano. K. G. Scott y W. A. Reilly.
- * Excreción de i tras la inyección de radiotiroxina a ratas hipertiroideas, hipotiroideas y normales. J. R. Hogness y cols.
- * Relación pigmentos-creatina en el diagnóstico de la disfunción tiroidea. G. J. Friedman y cols.
- * Acción ahorradora de proteínas de las inyecciones intravenosas de soluciones de carbohidratos. A. A. Albanese y cols.
- * Sodio y potasio del cuerpo. I. S. Edelman y cols.
- * Transporte de lípidos al tejido adiposo. I. Stern y B. Shapiro.
- * Obesidad: Una breve revisión del problema. G. H. Berryman.

Aplicaciones clínicas de la hidrocortisona intravenosa. La hidrocortisona es la hormona cortical de más potente acción antiinflamatoria, de más amplio espectro y efectos metabólicos. Los preparados para su inyección intravenosa están hoy en día disponibles, y su uso está indicado cuando parece necesario obtener altos niveles de la hormona en sangre. Ha mostrado ser útil en el tratamiento de la insuficiencia adrenal aguda, en ciertos casos de shock refractarios a las normas habituales, graves estados alérgicos y tóxicos y una ayuda diagnóstica en la disfunción adrenal cortical asociada a excesiva secreción de andrógenos. Su toxicidad es baja cuando se usó por poco tiempo.

Proporción pigmentos-creatina en la función tiroidea. Los autores estudian sobre 129 enfermos la excreción de yodo radioactivo, el metabolismo basal y la proporción pigmentos/creatina. Encuentran que la excreción de yodo radioactivo es la más exacta de las determinaciones de la función tiroidea. El metabolismo basal y la relación pigmentos/creatina está de acuerdo con el diagnóstico clínico en un 94 por 100 de los casos. A causa de su sencillez y bajo costo se recomienda el uso simultáneo de la determinación de metabolismo basal y relación pigmentos/creatina. Los resultados obtenidos son comparables a los que se obtienen con otros procedimientos más difíciles y caros.

Transporte de lípidos al tejido adiposo.—Cuando un tejido adiposo vacío de grasa se incubó en suero, disminuye el contenido total de ésteres de este suero. En cambio, los fosfolípidos y colesterol no varían. El tejido adiposo puede captar ácidos grasos de emulsiones de trioleína, sorbitán-monolaurato, sorbitán-monopalmitato y sorbitán-monoleato. La lecitina del huevo no puede ser captada. Son captados el oleato sódico y el estearato con

sodio radioactivo. Del 20 al 30 por 100 del ácido esteárico absorbido se encuentra en el tejido en forma combinada, presumiblemente de éster.

The American Journal of Medicine.

17 - 4 - 1954.

- * ¿Qué son "ácidos" y bases? A. S. Relman.
- * Mecánica de la ventilación pulmonar en enfermos cardíacos. C. C. Brow, D. L. Fry y R. V. Ebert.
- * Acidosis respiratoria en enfermos con enfisema. J. E. Cohn, D. G. Carroll y R. L. Riley.
- * Acidosis respiratoria. I. Efectos de la disminución del volumen minuto respiratorio en enfermos con enfisema pulmonar crónico severo, con especial referencia al oxígeno, morfina y barbitúricos. R. H. Wilson, W. Hoseth y M. E. Dempsey.
- * Evaluación de los efectos de la respiración diafragmática en enfermos con enfisema pulmonar crónico. W. F. Miller.
- * Bronquitis crónica y enfisema. Significación de la flora bacteriana en el esputo. C. C. Brown, M. B. Coleman, R. D. Alley, A. Stranahan y H. Stuart-Harris.
- * Hipertensión arterial pulmonar con resistencia pulmonar marcadamente aumentada. El síndrome de la obstrucción vascular pulmonar. J. G. Cutler, A. S. Nadas, W. T. Goddard, R. B. Hickler y A. M. Rudolph.
- * Efectos de la dieta en la hipertensión esencial. Alteraciones en la toma de cloruro sódico, proteínas y grasas. F. T. Hatch, A. R. Wertheim, G. H. Eurman, D. M. Watkins, H. F. Froeb y H. A. Epstein.
- * Hiperlipoproteinemia. J. W. Gofman, L. Rubin, J. P. McGinley y H. B. Jones.
- * Lipoproteínas del suero en la mononucleosis infecciosa. L. Rubin.
- * Hemorragia subaracnoidea espontánea. G. R. Cutchan.
- * Tuberculosis renal. J. K. Lattimer y R. J. Kohen.
- * Tratamiento de la hipertensión arterial. H. A. Schroeder.
- * Fiebre, letargia, pericarditis y muerte repentina. Conferencia clínico-patológica.
- * Rotura espontánea del esófago. C. W. Irwin y G. H. Bunch.
- * Síndrome de Taussing-Bing. G. G. Maxwell y C. W. Crompton.
- * Leucemia de células plasmáticas o mieloma múltiple con osteoesclerosis. J. G. Sharnoff, H. Belsky y J. Melton.

Mecánica de la ventilación pulmonar en enfermos cardíacos.—Los autores estudian comparativamente la relación de presión intratorácica a volumen pulmonar en enfermos cardíacos y en sujetos normales, tomando como presiones intratorácicas las presiones intraesofágicas obtenidas mediante un balón especial introducido en el esófago. Por este procedimiento confirman las observaciones antiguas acerca de la alteración elástica de los pulmones en los cardíacos: comparando con los normales, en los cardíacos observaron un aumento de la presión requerida para producir un cambio de 100 c. c. en el volumen pulmonar. Este trastorno, junto con la reducción de la capacidad vital, parece ser el factor más importante en la producción de la disnea de esfuerzo. Además demuestran que para conseguir un flujo determinado se requiere mayor presión en los cardíacos que en los normales, lo cual es el resultado de un aumento de la fricción tisular que puede ser un importante factor en la disnea del asma cardíaco.

Acidosis respiratoria en enfermos con enfisema.—Cuando existe hipoventilación alveolar, la presión parcial del CO₂ alveolar se eleva, y, en consecuencia, se eleva también la de sangre, originándose una acidosis respiratoria. La hipoventilación alveolar puede ser debida a la obstrucción difusa de los pequeños bronquios, o bien a enfermedades neuromusculares y musculoesqueléticas. La obstrucción difusa de los pequeños bronquios puede ser debida a enfermedad intrínseca de dichos bronquiolos (broncoespasmo, inflamación, fibrosis, secreciones, edema, etc.), en cuyo caso puede mejorar con el tratamiento, y ser reversible, o bien, a la pérdida del soporte elástico de los bronquiolos, en cuyo caso el trastorno es irreversible. Durante la espiración el aumento de presión en los alvéolos que rodean a los bronquiolos supera a la presión existente en su interior y tiende a colapsarlos. Sin embargo, esto no se produce gracias a las fibras elásticas dispuestas en sentido radial que lo impiden. Si éstas se han perdido, durante la espiración se producirá el colapso de los bronquiolos y, por tanto, se dificultará la ventilación alveolar. En cualquier caso, la acidosis respiratoria originada puede ser aguda o crónica. Cuando se pone el tratamiento adecuado, la acidosis respiratoria aguda pa-

sa rápidamente; en cambio, en la crónica se han desarrollado ya fenómenos compensadores (aumento de la base buffer), que origina una lentitud mucho mayor en la normalización. Se comunican las historias y estudios realizados en 5 enfermos con acidosis respiratoria aguda, y en 3 con acidosis respiratoria crónica, todos los cuales padecían enfisema obstructivo generalizado. Se discuten diversas formas de tratamiento en relación con su efectividad para elevar la ventilación alveolar.

Acidosis respiratoria.—Los estados de acidosis respiratoria son confundidos por el clínico en ocasiones por la disnea, la ortopnea y el edema con enfermedades cardíacas, con lo cual se somete a los enfermos, entre otros, a la acción del oxígeno, de la morfina y de los barbitúricos, que, útiles en la insuficiencia cardíaca, son altamente perjudiciales a estos enfermos. En efecto, en los enfermos con enfisema pulmonar crónico difuso, el volumen minuto respiratorio puede estar dentro de las cifras normales, o incluso por encima de ellas, si bien ello no es obstáculo para que se produzca simultáneamente una hipercapnia como consecuencia de la afectación en la ventilación alveolar. Si la hipercapnia continúa durante algún tiempo, el centro respiratorio se hace menos sensible al carbónico y, por tanto, el factor dominante en el mantenimiento del volumen minuto respiratorio es la hipoxia. Aunque la hipoxia no juegue un papel importante en la producción de disnea en estos enfermos, su presencia sirve como estímulo a la respiración y puede significar la diferencia entre la acidosis respiratoria compensada y descompensada.

Por esta razón, cuando a un enfermo de enfisema pulmonar crónico, con hipercapnia e hipoxemia, se le pone a respirar oxígeno al 99,6 por 100, la repentina desaparición de la hipoxia origina una disminución marcada en el volumen minuto respiratorio, originándose, por tanto, una acidosis respiratoria descompensada, con coma y muerte final. Del mismo modo la administración de morfina es peligrosa en estos enfermos, ya que, al disminuir la respiración, elimina el único mecanismo respiratorio compensador que evitaba la acidosis respiratoria descompensada: aumento del volumen minuto respiratorio. Además, la morfina disminuye la sensibilidad del seno carotídeo a la hipoxia, disminuye la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ y suprime el reflejo de Hering-Breuer. Por último, los barbitúricos tampoco deben emplearse en estos enfermos, por deprimir la respiración y conducir a la acidosis respiratoria descompensada.

Significación de la flora bacteriana en el esputo de los enfermos de bronquitis crónica.—Recientemente se han publicado numerosos trabajos acerca del hallazgo en el esputo de los enfermos afectados de bronquitis crónica de diversos gérmenes, especialmente el *Hemofilus influenzae*, *neumococo* y *estafilococo dorado*, que se conceptúan habitualmente como patógenos. Los autores realizan un estudio acerca del origen de dichos gérmenes patógenos. En 16 enfermos se realizaron broncoscopias con aspiración de las secreciones, encontrando en 8, gérmenes similares en el esputo y en el aspirado bronquial. Los otros 8 tenían gérmenes patógenos en el esputo; pero no en el aspirado bronquial, acaso como consecuencia de deficiencias técnicas. Se demuestra asimismo que los microorganismos del esputo no provienen de la nasofaringe durante la expectoración. Finalmente subrayan el hecho de haber encontrado una incidencia muy baja de gérmenes patógenos en el esputo de los enfermos asmáticos.

Hipertensión arterial pulmonar con resistencia pulmonar marcadamente aumentada. El síndrome de la obstrucción vascular pulmonar.—Sobre la base de un estudio acabado de 7 casos, los autores describen el síndrome que ellos llaman "de la obstrucción vascular pulmonar", semejante en muchos puntos al cuadro ya descrito con anterioridad de la "hipertensión pulmonar primaria". Clínicamente se trata de enfermas (todos los casos pertenecían al sexo femenino), que desde el nacimiento, o desde los primeros años tienen cianosis, desarrollando al mismo tiempo acropaquias, disnea de esfuerzo y, a ve-

ces, síncope, hémoptisis y dolor precordial al realizar algún ejercicio. En la exploración se encuentra como dato constante un refuerzo o desdoblamiento del segundo tono pulmonar, y en el e. c. g. y en el estudio radiológico, signos de hipertrofia derecha. Mediante el cateterismo se comprueba una enorme elevación de la presión sistólica en la arteria pulmonar, hasta el punto de igualar, o sobrepasar a la presión sistólica sistémica. Siempre se comprueba falta de saturación por O₂ de la sangre arterial sistémica. En el estudio histológico realizado en dos casos (que murieron de forma repentina en el curso de diversas exploraciones) se hallaron signos de afectación primaria de las arteriolas pulmonares: placas de atero-ma, hiperplasia de la media con reduplicación de la lámina elástica en las arteriolas, fibrosis subendotelial en las arteriolas musculares, y, con frecuencia, obstrucción de vasos, reciente o antigua, por trombos en diversa fase de su evolución. A continuación realizan reflexiones sobre su posible etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Efectos de la dieta en la hipertensión esencial.—Durante cuatro años los autores investigan en un grupo de 47 enfermos los efectos de la dieta de arroz de Kempner, especialmente con objeto de averiguar los resultados de añadir a dicha dieta cantidades diversas de cloruro sódico, hidratos de carbono y proteínas. Como consecuencia de este estudio deducen que puede añadirse a dicha dieta 0,5 gramos de ClNa y en algunos casos 1 gramo, sin hacerla perder su efecto anti-hipertensivo, cosa que sucede, en cambio, cuando se añaden 3 gramos de ClNa. También pueden añadirse cantidades apreciables de proteínas pobres en Na, grasas e hidratos de carbono, continuando, a pesar de ello, la utilidad de la dieta. De este modo pueden emplearse en clínica tipos de dieta sin sal más diversos y practicables que el estricto régimen de Kempner.

Hiperlipoproteinemia.—Los autores estudian diversos sueros mediante la ultracentrifuga, sueros que pertenecían a enfermos afectados de xantoma tendinosum, xantoma tuberosum, xantelasma, síndrome nefrótico, ictericia obstructiva, mixedema e hiperlipemia esencial; enfermedades todas que cursan con un aumento en la sangre de los lípidos. Como resultado de este trabajo, los autores concluyen que cada una de estas enfermedades tiene su espectro lipoproteico propio en unidades Sf, considerando el estudio con ultracentrifuga en estos casos como de gran valor diagnóstico. Los autores señalan que algunas de estas enfermedades, sin embargo, poseen espectro lipoproteico similar de tal forma que pueden ser diferenciadas de otros procesos, pero no entre sí. Esto sucede con el xantoma tendinosum, el xantelasma y el mixedema.

Las lipoproteínas del suero en la mononucleosis infecciosa.—Los estudios realizados por el grupo de Gofman han demostrado la existencia de variaciones en los distintos tipos de lipoproteínas séricas en el curso de afecciones hepáticas, cosa lógica si tenemos en cuenta el importante papel que este órgano desempeña en el metabolismo proteico y en el metabolismo lipídico. En la cirrosis biliar, por ejemplo, el aumento de las lipoproteínas radica especialmente en las de Sf8 y Sf13, sin existir ninguna de Sf20 o mayor. En el presente trabajo los autores estudian desde este punto de vista el suero de 36 enfermos afectados de mononucleosis infecciosa, en la cual las investigaciones modernas han demostrado una casi constante afectación hepática. Estos estudios se realizaron durante el curso de la enfermedad y durante un año después. En todos los enfermos se demostró una gran reducción en las lipoproteínas de alta densidad y en las de Sf0-12 durante el curso de la enfermedad, elevándose en cambio de modo marcado las de Sf20-100 y Sf100-400. Todos estos trastornos se habían ya normalizado en la novena semana, después del comienzo de los síntomas.

Hemorragia subaracnoidea espontánea.—Los autores han observado en el plazo de diez años 21 enfermos que presentaron uno o más ataques de hemorragia subaracnoidea espontánea. De ellos, uno murió de recaída seis

meses después del ataque inicial, y otro, al año o poco menos del ataque. Sobre la base del estudio de estos casos los autores realizan una revisión de conjunto del síndrome, concluyendo que la mayor parte de las veces se debe a la rotura de pequeños aneurismas del polígono de Willis, en la cual puede jugar un papel precipitante la ingestión abusiva de alcohol. En la gran mayoría de los enfermos por ellos estudiados hubo el antecedente de ingestión abusiva de alcohol en las dieciocho horas anteriores al accidente. El alcohol es un vasodilatador en general, y, en especial, de los vasos del cráneo; por lo cual creen los autores que si un sujeto tiene aneurismas del polígono de Willis, de débil pared, y bebe repetidamente, el estímulo vasodilatador reiterado puede facilitar la rotura de aquéllos. Finalmente recalcan los autores que la mortalidad de estos enfermos se eleva notablemente en presencia de una enfermedad cardiovascular hipertensiva asociada.

Tuberculosis renal.—Los autores resumen su experiencia sobre el tratamiento de la tuberculosis renal, realizando con este motivo una revisión acerca de tan importante problema. La tuberculosis destructiva unilateral debe ser tratada con nefrectomía, teniendo presente que tal operación no es de urgencia. Bien al contrario, debe instituirse un tratamiento durante un año por lo menos a base de antibióticos, de tal modo que podamos estar seguros que la orina del lado contralateral está libre de bacilos. En los casos en que existan lesiones muy limitadas los autores preconizan la resección parcial, precedida de un período de seis meses, durante el cual se trata con PAS estrepito, que continuará después de la operación hasta por lo menos un año. La tuberculosis renal bilateral inoperable se trata durante un año con estrepito, hidrazida y PAS, continuando el tratamiento si la piuria persiste. También es útil el tratamiento antibiótico combinado en la tuberculosis de la próstata y del epididimo, realizándose únicamente la epididimectomía cuando las lesiones son muy grandes, caseosas o necróticas, o cuando se haya ocluido el ductus deferens.

Los autores terminan recalcando la importancia de estudiar el sedimento urinario repetidamente en aquellos enfermos que hayan tenido una tuberculosis pulmonar, ósea, etc.

Tratamiento de la hipertensión arterial.—Las drogas más potentes de que hoy disponemos para tratar los hipertensos actúan de modo diferente: 1) Sobre el sistema nervioso central actúan los alcaloides de la Rauwolfia serpentina, probablemente inhibiendo los centros simpáticos situados en el hipotálamo posterior y la corteza cerebral. Posee toxicidad baja. 2) Sobre los ganglios autónomos actúa el hexametonium y sus derivados (por ejemplo, el pentapirrolidinium), bloqueando la transmisión en virtud de un fenómeno de competición sobre la membrana, tanto en los ganglios simpáticos como en los parasimpáticos. Tiene el inconveniente de producir hipotensión, retención urinaria y en algunos casos una neumonitis intersticial, que puede ser fatal. 3) Sobre el sistema parasimpático actúan los alcaloides del veratrum album (la protoveratrina), estimulándolo; y 4) Sobre el riñón o músculos lisos de las arterias actúa la 1-hidrazinofthalazina o apresolina, la cual es capaz de inactivar las sustancias presoras producidas por el riñón (aminas diversas, ferentastina) y probablemente también provoca vasodilatación por acción directa sobre los vasos. Tiene el inconveniente de ser una droga con acción anti-histaminásica y, por tanto, de permitir el acúmulo de la histamina formada, originando cefalea, enrojecimiento facial, edemas, etc. Además, en el 10 por 100 de los enfermos origina un síndrome de enfermedad de colágeno, con artritis, fiebre, etc. El método más útil es el denominado "hiphex", consistente en administrar simultáneamente hidrazinofthalazina y hexametonium. Mediante este tratamiento el autor trata 304 casos de hipertensión severa, algunos de los cuales recibieron también reserpina. Los resultados fueron muy alentadores: con la reducción de la presión arterial mejoraron la mayor parte de los síntomas: alteraciones del fondo del ojo, insuficiencia cardíaca, etc., si bien no mejoró nada la insuficiencia renal (cuando existía). El régimen requiere persistencia, aten-

ción y precaución, puesto que no está exento de peligros, pero los resultados obtenidos justifican un estudio más extenso del problema.

Rotura espontánea del esófago.—Hasta hace poco era la rotura espontánea del esófago mortal. A partir de 1947, en que BARRET publicó el primer caso tratado quirúrgicamente con éxito, se han publicado 21 casos. Es fundamental conocer su existencia por la necesidad de realizar un diagnóstico precoz, ya que la muerte en los casos no operados precozmente se produce casi siempre en las primeras veinticuatro-cuarenta y ocho horas. Se trata siempre de sujetos que, como consecuencia de una transgresión dietética o de un exceso de alcohol tienen vómitos frecuentes. En ellos se expulsan restos alimenticios y, a veces, sangre. A continuación (y siempre precedido por estos vómitos) el paciente nota intenso dolor en epigastrio, irradiado a espalda, intensísimo, que permite su confusión con la perforación ulcerosa. Al mismo tiempo se encuentra defensa abdominal, y a veces signos de enfisema subcutáneo. A rayos X se encuentra el enfisema mediastínico, y si se da papilla se observa cómo ésta se acumula en el mediastino, fuera del esófago. La rotura del esófago se produce en enfermos que no tenían previamente ninguna enfermedad de esta viscera, y casi siempre se localiza en el mismo lugar: la porción postero-izquierda del esófago, inmediatamente por encima del diafragma. No se conoce bien aún el mecanismo de la rotura, aunque se piensa en que se debe a un aumento grande de la presión intraesofágica como consecuencia de una incoordinación entre la musculatura cricofaríngea y gástrica. La consecuencia fatal de la perforación es la mediastinitis supurada, y a veces también el neumotórax o pnoneumotórax. El tratamiento quirúrgico, que debe realizarse lo antes posible, consiste en realizar toracotomía, llegando al esófago por vía transpleural izquierda. Los autores comunican dos casos; uno de los cuales se murió por haber realizado la intervención en estado avanzado, después de haber pasado veintiséis horas desde el comienzo del síndrome.

El síndrome de Taussig-Bing.—Consiste este síndrome en transposición completa de los grandes vasos (con aorta elevándose por completo en el ventrículo derecho, y pulmonar en el izquierdo), asociada a comunicación interventricular. Se produce cianosis y acropomias desde los primeros tiempos de la vida, acompañados de thrill sistólico y soplo en la región precordial. En el estudio de gases en sangre se encuentra mayor oxigenación de la sangre existente en la arteria pulmonar que la de la aorta, y a rayos X se aprecia prominencia del cono pulmonar y campos pulmonares pletóricos. Los autores estudian dos casos más de este raro síndrome, diagnosticados mediante angiocardiógrafa, confirmando en la autopsia el diagnóstico en uno de ellos. Uno de los enfermos se asociaba a otra malformación: la coartación aórtica, asociación hasta ahora no descrita.

Leucemia de células plasmáticas o mieloma múltiple con osteoesclerosis.—Se comunica la historia de un caso de mieloma múltiple que presentaba células mielomatosas en la sangre periférica, y en las radiografías, una intensa osteoesclerosis. La aparición de células mielomatosas en la sangre periférica fué descrita por GLUZINSKI y REICHESTEIN, en 1906; pero la aparición de osteoesclerosis en el mieloma es un dato nunca observado en la literatura. Se sugiere que en realidad se trate de un caso de leucemia de células plasmáticas.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

30 - 10 - 1954.

- Aplicaciones clínicas del fraccionamiento del plasma. I. H. Scheinberg.
- * Volumen sanguíneo en la salud y la enfermedad. S. A. Berson.
- El fracaso cardíaco. Conferencia sobre terapéutica. C. E. Kossman, R. C. Batterman, C. Eggleston, L. Elchna y C. K. Friedberg.
- Sófocles contra Freud: una revaloración del complejo de Edipo. I. Galdston.

Volumen sanguíneo en la salud y la enfermedad.—Aunque la discusión del problema se ha limitado a una consideración del volumen circulante total, aparece la posible importancia de las fluctuaciones del volumen en ciertas áreas locales, independientemente de los cambios en la circulación general. Así, las variaciones del volumen sanguíneo pulmonar son responsables de su efecto regulador sobre la excreción renal de agua. La excreción renal de sodio se presume está en parte controlada por cambios en el volumen sanguíneo craneal. Se sugiere que otros sectores desconocidos también actúan como indicadores de volumen a los que los riñones son sensibles directa o indirectamente. Este campo está virtualmente inexplorado.

American Review of Tuberculosis.

70 - 4 - 1954.

- * La localización apical de la tuberculosis pulmonar de reinfección. I. Teoría del flujo de corriente. D. T. Smith, R. S. Abernathy, G. B. Smith y S. Bondurant.
- * La localización apical de la tuberculosis pulmonar de reinfección. II. Localización selectiva de la embolia experimental. R. S. Abernathy, G. B. Smith y D. T. Smith.
- * La localización apical de la tuberculosis pulmonar de reinfección. III. Bases mecánicas de la dirección de la sangre en el corazón derecho y en la arteria pulmonar revelada mediante la inyección de plásticos sintéticos. S. Bondurant y D. T. Smith.
- * Efectos de la isoniazida en enfermos de esclerosis múltiple. J. F. Kurtzke y L. Berlin.
- Tuberculosis oculta en varios grupos económicamente diferentes. R. J. Anderson, P. E. Enterline y O. D. Turner.
- Recadas y mortalidad de la tuberculosis pulmonar. M. G. Stephens.
- Algunas graves complicaciones de la tuberculosis de los ganglios linfáticos: hemoptisis mortal, falso aneurisma, obstrucción de la cisterna quílfera e ictericia obstructiva. G. L. Gale.
- * Cortisona, corticotropina y tratamiento antimicrobiano en tuberculosis animal y humana. J. R. Johnson y W. N. Davey.
- Predominio de bacilos tuberculosos estreptomicina-resistentes entre 5.526 enfermos ingresados en Hospitales. M. M. Cummings y D. G. Livings.
- Estudios sobre isoniazida y bacilo tuberculoso. II. Requerimientos para el desarrollo, actividades catalasas y propiedades patogénicas de mutantes isoniazido-resistentes. M. L. Cohn, C. Kovitz, U. Oda y G. Middlebrook.
- Estudios sobre el desarrollo de las Mycobacterias. II. Efecto de la oxigenación y aireación sobre el patrón de desarrollo de las Mycobacterias. B. Halpern y W. F. Kirchheimer.
- Algunos efectos del neumoperitoneo sobre la respiración en enfermos con tuberculosis pulmonar. A. A. Siebens, C. F. Pietraszek, J. Weaver y C. F. Storey.
- Relación clínica y bacteriológica de las lesiones de tuberculosis pulmonar reseca. A. Falk, W. B. Tucker y J. E. Kaufman.
- * Uso intermitente de sulfato de estreptomicilideno-isonicotin-hidrazina en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. H. M. Payne, C. Quarles, H. V. McKnight, O. Ellison, K. A. Harden, G. B. Syphax y O. D. Turner.
- Meningitis tuberculosa experimental en cobayas: Resultados del tratamiento con isoniazida, isoniazida, estreptomina e isoniazida-estreptomina. E. Wolinsky, P. Pratt y W. Steenken.
- Estudio posterior de la virulencia en cobayas de bacilos tuberculosos isoniazido-resistentes aislados de material clínico. L. R. Peizer, A. Minkin y D. Widelock.
- Colicistitis tuberculosa. M. Schwartz, R. A. Gilman y J. Settle.
- Pirazinamida-isoniazida en tuberculosis. II. Resultados en enfermos con lesiones pulmonares un año después del comienzo del tratamiento. C. Muschenheim, W. McDermott, R. McCune, K. Deuschle, L. Ormond y R. Tompsett.
- Activación de pirazinamida y nicotinamida en medios ácidos in vitro. W. McDermott y R. Tompsett.

La localización apical de la tuberculosis pulmonar de reinfección.—Los tres trabajos publicados conducen a la misma conclusión para explicar el por qué de la localización preferentemente apical de la tuberculosis pulmonar, atribuyéndolo preferentemente, y según las ideas de MEDLAR y SASANO, a la posición erecta del hombre, pues los experimentos realizados demuestran que la localización de las lesiones puede ser afectada por la posición del animal al hacerse la inyección. Los resultados apoyan la teoría de que la sangre se mezcla incompletamente en la aurícula y ventrículo derechos y atraviesa esas cavidades en capas. Si se da por sentado que ese efecto en capas, observado en los conejos, se presenta también en el hombre, las materias caseosas que se es-

capan de los linfáticos infectados serán transportadas por los vasos linfáticos, y el conducto torácico a la columna de sangre que penetra en el corazón a través de la vena cava superior, y de allí a la porción superior de la arteria pulmonar, y por las ramas superiores de ésta a los lóbulos superiores del pulmón.

Isoniazida en la esclerosis múltiple.—Se exponen los resultados obtenidos en 30 enfermos con esclerosis en placas que recibieron isoniazida, de los que mejoraron el 90 por 100, no variaron el 7 por 100 y empeoraron el 3 por 100. La diferencia de los resultados con un grupo control es de diferencia estadísticamente significativa. Las dosis administradas fueron de 300 miligramos diarios. Cuatro casos empeoraron al suprimir las tomas, pero volvieron a mejorar al reanudarse la administración. Se ha mantenido la mejoría de año a año y medio en 8 pacientes, y de medio a un año en otros 9, mientras los demás no han sido mantenidos en observación tanto tiempo después de ser dados de alta. Parece obtenerse los mejores resultados en aquellos que llevan menos de dos años de enfermedad.

Cortisona, corticotropina y tratamiento antimicrobiano.—Existen pruebas convincentes de que la cortisona, y en menor grado el ACTH, afectan adversamente la tuberculosis, tanto en los animales de experimentación como en el hombre. Por otra parte, los datos disponibles hasta ahora indican que el empleo concomitante de la estreptomina protegerá a los animales y al hombre contra los efectos nocivos de la cortisona y la corticotropina. La combinación de ACTH o cortisona con estreptomina fué usada en 31 casos de tuberculosis activa sin efectos contraproducentes, y a menudo con mejoría acelerada de la afección tuberculosa. Parece, pues, que la terapéutica combinada, cuando se necesita, es un procedimiento relativamente inocuo; pero los datos son insuficientes para justificar cuanto no sea cautela y observación cuidadosa al emplear ACTH y cortisona, aunque sea concomitantemente con estreptomina, en la tuberculosis.

Uso intermitente de sulfato de estreptomicilideno-isonicotin-hidrazina.—La administración intermitente de este cuerpo en dosis de 1,4 gramos dos veces por semana fué ensayada durante más de un año con respecto a manifestaciones bacteriológicas, radiológicas, clínicas y tóxicas. Los resultados han sido comparados con los obtenidos por regímenes que emplean la isoniazida a diario. Se deduce que el uso intermitente de este cuerpo es sustancialmente igual en eficacia al de los regímenes que utilizan la isoniazida diariamente. Se sugiere que este procedimiento puede ser de mucha utilidad cuando no cabe administrar con seguridad drogas por vía oral a diario.

The Practitioner.

172 - 1.031 (mayo) - 1954.

- * La piel y el cuerpo. I. B. Sneddon.
- * Cortisona y ACTH en dermatología. F. F. Hellier.
- La piel en la vejez. G. H. Percival.
- Alteraciones cutáneas causadas por gérmenes piógenos. P. J. Hare.
- Dermatitis seborreica. A. Rook.
- * Dermatitis profesional. B. Phillips.
- Papilomas.—E. W. Prosser Thomas.
- Poliomielitis aguda. S. Banks.
- Uso de la anfetamina. W. Phillips.

La piel y el cuerpo.—El autor hace una presentación panorámica de algunas de las asociaciones de erupciones cutáneas con enfermedades internas. En primer lugar, el eritema multiforme, que puede aparecer algunos días después de un fuerte enfriamiento o de algún proceso faríngeo, localizándose con la mayor frecuencia en los labios. El eritema nudoso, localizado principalmente en la cara anterior de las piernas, al que se considera como una reacción no específica ante infecciones de tipo tuberculoso y estreptocócico principalmente. Estudian también los síntomas cutáneos de la fiebre glandular, de las alergias medicamentosas y de las discrasias sanguíneas. Los síntomas cutáneos que pueden aparecer en las reticulo-

sis los divide en lesiones específicas, tóxicas y asociadas; éstos se presentan con particular frecuencia en la enfermedad de Hodgkin.

Cortisona y ACTH en Dermatología.—El autor estudia los diversos procesos dermatológicos en los que puede estar justificado el uso del ACTH y cortisona. En primer lugar su uso local (hidrocortisona), que puede ser eficaz en varios tipos de eczemas y pruritos. El uso general los reserva a los siguientes tipos de procesos: 1) Aquellos en que la hormona puede ser salvadora, entre los que incluye el pénfigo vulgar, el lupus eritematoso agudo, la periarteritis nudosa y la dermatitis exfoliativa generalizada. 2) Procesos que pueden producir importante incapacidad: reacciones medicamentosas, eritema multiforme y dermatomiositis. 3) enfermedades crónicas: eczema constitucional, psoriasis, liquen plano, urticaria, alopecia y pitiriasis rubra. Por último, considera su utilidad en las manifestaciones cutáneas de otros procesos mas graves (micosis fungoide, enfermedad de Hodgkin y leucemias), haciendo consideraciones sobre la dosificación y su toxicidad.

Dermatitis profesional.—El autor analiza 250 casos de dermatitis profesionales, comparándolas con 100 sujetos controles. Hace un estudio de los detalles personales e historia previa de sus casos. Entra en particular estudio de las condiciones de fondo sobre las que se desarrolla la dermatitis profesional, considerando las más importantes los estados seborreicos y la diátesis eczematosa. Examina a continuación los factores etiológicos y manifestaciones clínicas de estos procesos; en total, sigue la evolución de 139 casos durante periodos de uno a cuatro años.

The Lancet.

6,836 - 4 de septiembre de 1954.

- * Encefalopatía portal-sistémica. S. Sherlock, W. H. J. Summerskill, L. P. White y L. A. Phear.
Vías de difusión de la influenza. A. Isaacs e I. Archetti.
Gastroenteritis de hospital. J. E. Jameson, T. P. Mann y M. J. Rothfield.
- * Resultados tardíos del tratamiento en el infarto miocárdico. G. R. Tudhope y A. C. Domalib.
Aspectos mecánicos del neumotorax artificial. P. J. D. Leaf y F. J. Prime.
- * Evaluación de las pruebas de hemorragias ocultas en las heces. J. W. B. Forshaw y G. M. Mason.
- * Mioquimia generalizada en la tirotoxicosis. J. B. Harman y A. H. Richardson.
Observaciones sobre la causa de la muerte en el carbunco experimental. H. Smith, J. Keppie, J. M. Ross y J. L. Stanley.
- * Empleo del isótopo radioactivo del cobalto, Co^{60} , para la preparación de vitamina B_{12} etiquetada. J. E. Bradly, E. Lester Smith, S. J. Baker y B. L. Mollin.
- * Déficit de potasio en la patogenia del edema nutritivo en infantes. J. D. L. Hansen y J. S. Brock.

Encefalopatía portal-sistémica.—Los autores se refieren a 18 enfermos con enfermedades del hígado que presentaban simultáneamente complicaciones neurológicas. En todos los enfermos se presentó embotamiento de la conciencia, especialmente apatía y confusión extremadas, que en algunos casos progresó hasta el coma; en ocasiones la entrada en coma fue súbita; pero en otros enfermos se vió un curso insidioso hacia el mismo. La expresión de los enfermos es vacía; hay aumento de la salivación y el habla se hace lenta, farfullada y progresivamente restringida a la repetición de unas pocas frases irracionales; simultáneamente también se afecta la comprensión, de forma que órdenes simples se obedecen con dificultad o no lo hacen, junto con alteraciones marcadas en la conducta social. Se aprecian oscilaciones en estas alteraciones neurológicas no solamente de día a día, sino incluso de hora a hora. En todos los enfermos existía además un trastorno del sistema motor, caracterizado principalmente por el temblor, con unas series de movimientos rápidos de flexión y extensión a nivel de las articulaciones metacarpoalángicas y del carpo, acompañándose a menudo de movimientos laterales de los dedos; a veces se afectan también los brazos, cuello, mandíbulas, hay protrusión de la lengua, retracción de la

boca y caída de los párpados, haciéndose atáxica la marcha; el temblor no se presenta en reposo, se mitiga por los movimientos intencionales y es máximo en una postura sostenida; generalmente es bilateral, aunque no es sincrónico en ambos lados. En el coma desaparece el temblor, pero puede apreciarse ocasionalmente cuando se elevan pasivamente los miembros. Hay hallazgos menos específicos, como, por ejemplo, el aumento de los reflejos tendinosos y del tono muscular (generalmente de tipo paratónico) con clonus y respuestas plantares normales. Conforme profundiza el coma, se presenta flacidez y los reflejos no pueden obtenerse, haciéndose las respuestas plantares en extensión. La naturaleza difusa del trastorno cerebral se demuestra ulteriormente por la inversión del ritmo del sueño, apetito excesivo, contracciones musculares, reflejos de prensión y succión y trastornos del habla y de la visión. Describen además un síndrome asociado con la oclusión trombótica de la porta en enfermos con cirrosis del hígado o que aparece como secuela de las operaciones de shunt portal-sistémico. Encuentran que las sustancias nitrogenadas de origen venoso portal, que normalmente se metabolizan en el hígado, pueden alcanzar la circulación general a través de un hígado lesionado, por los canales colaterales portales o a través de ambos y originar el trastorno cerebral. Consideran la naturaleza del trastorno metabólico con referencia particular a la alteración en el metabolismo del amoniaco y finalmente discuten los principios del tratamiento.

Resultados tardíos del tratamiento en el infarto miocárdico.—El principal propósito de este estudio fué determinar la mortandad en el infarto miocárdico al cabo de un año de haberse realizado una terapéutica breve con anticoagulantes, puesto que se ha referido muy poco sobre los resultados tardíos de dicho tratamiento. Han seguido los autores 100 enfermos con infarto miocárdico agudo durante un año desde la fecha de su ingreso en el hospital. En todos ellos se utilizó durante su estancia la terapéutica anticoagulante. La mortalidad en el hospital del primer mes desde el comienzo del infarto fué del 9 por 100, excluyendo las muertes en las primeras doce horas de su ingreso. La mortalidad total al cabo de un año fué del 18 por 100. Comparan la mortalidad de sus casos con los de otras estadísticas de la literatura sobre enfermos tratados sin anticoagulantes, y observan no sólo que la mortalidad precoz y total al cabo del año son mucho menores, sino también que la proporción de enfermos muertos durante los últimos once meses del primer año es considerablemente menor en sus casos que en las referencias previas donde no se habían utilizado anticoagulantes. Esto sugiere que un enfermo que ha sido tratado con anticoagulantes y ha sobrevivido un mes tiene un pronóstico mejor que un enfermo que ha sobrevivido a la enfermedad aguda sin terapéutica anticoagulante.

Evaluación de las pruebas de hemorragias ocultas en las heces.—El autor ha investigado los efectos de la dieta normal y del hierro medicinal sobre las pruebas del piramidón, benzidina, Gregersen y guayaco. Encuentra que el hierro medicinal no produce reacciones positivas y tampoco la dieta normal (que no incluya el hígado o la morcilla) produce del 4 al 8 por 100 de reacciones positivas débiles; pero no produce reacciones positivas en cualquiera de las 4 pruebas. Ha comparado la sensibilidad de las pruebas sobre diluciones séricas de sangre y sobre las heces de sujetos sanos que habían ingerido una cantidad conocida de sangre. La sensibilidad de las pruebas en las heces es muy similar, pero en las diluciones graduadas de sangre la prueba de Gregersen demostró ser mucho más sensible. Con la excepción de la morcilla, hígado y riñones, la restricción dietética es innecesaria y no debe prohibirse el cepillado de los dientes antes de realizar las pruebas. Hay pocas diferencias entre las mismas y una reacción positiva, particularmente si se repite, es lo más significativo. Las pruebas no son demasiado sensibles y el grado de hemorragia necesaria para dar una reacción positiva es mayor en los enfermos anémicos que en los enfermos con una cifra normal de hemoglobina.

Mioquimia generalizada en la tirototoxicosis.—Definen los autores la mioquimia como un movimiento ondulatorio de los músculos que se debe a descargas espontáneas desde el extremo proximal de una fibra nerviosa motora. Describen un caso provocado por tirototoxicosis, y añaden que otros 6 casos, previamente referidos, eran posiblemente de la misma etiología. Subrayan que la tirototoxicosis debe añadirse a la lista de los estados que originan mioquimia, y que este trastorno debe reconocerse como uno de los fenómenos raros de la tirototoxicosis enmascarada.

Cobalto radioactivo en la preparación de vitamina B₁₂ etiquetada.—Los estudios con vitamina B₁₂ etiquetada con Co⁶⁰ para el estudio de la absorción de vitamina B₁₂ en el intestino tienen el gran inconveniente de que el promedio de vida es muy grande (cinco años), y por ello se han hecho intentos de conseguir otras preparaciones de vitamina B₁₂ etiquetadas con cobalto, pero con menor promedio de vida. En este sentido los autores han obtenido el Co⁵⁷, cuya vida media es de setenta y dos días y, por tanto, puede utilizarse para su empleo en grandes cantidades. Han hecho estudios comparativos de esta vitamina B₁₂ etiquetada con Co⁵⁷, y observan que al ser administrada por vía oral los resultados, en cuanto a su absorción, son superponibles a los que se encuentran utilizando el Co⁶⁰. Consideran que por su mayor seguridad y la posibilidad de utilizar dosis más grandes, la vitamina B₁₂ etiquetada con Co⁵⁷ debe sustituir a la etiquetada con Co⁶⁰ en la investigación clínica.

Déficit de potasio en la patogenia del edema nutritivo en infantes.—Los autores han estudiado el balance del sodio, potasio, cloruros y nitrógeno en 6 infantes ingresados con edema nutritivo asociado a una alimentación incorrecta y diarrea; algunos de ellos podían morir dentro del kwashiorkor. Todos ingresaron con hipoalbuminemia y fueron tratados con la fórmula de leche y nata. Encuentran una retención considerable de potasio y nitrógeno desde el comienzo de la alimentación; hay una pequeña retención inicial durante dos-tres días de sodio y cloruros y aumento de peso, lo que se sigue de un balance negativo considerable, acompañado de diuresis, pérdida de peso y pérdida de los edemas. En dos casos se administró una mezcla de sales sódicas y potásicas con glucosa y agua, como única ingestión durante periodos de cuatro y cinco días antes de introducir la leche, y en ambos casos se retuvo el potasio y se observó un balance negativo de agua, sodio y cloruros, con modificación del edema, no observándose alteraciones en las cifras de proteínas del suero durante este periodo. Las cifras de potasio del suero fueron significativamente más bajas que las normales a su ingreso y ascendieron con el tratamiento; no pudieron relacionarse las cifras de sodio del suero con el grado de edema o el tratamiento. Los datos sugieren que el desequilibrio electrolítico es importante en la patogenia del edema nutritivo de este tipo. La corrección de la depleción de potasio puede modificar el edema sin corrección de la depleción de nitrógeno o alteración de las proteínas del suero. Hay evidencia de la relación recíproca entre el potasio y el sodio en este edema. Es interesante en este sentido que BLACK y MILNE demostraran que la depleción experimental de potasio origina una retención de sodio y cloruros en el hombre.

6.837 - 11 de septiembre de 1954.

- Observaciones sobre la etiología del mongolismo. L. S. Penrose.
 * Meningitis piógena. G. D. W. McKendrick.
 * Meningitis neumocócica. G. D. W. McKendrick.
 * El elemento renal en la aminoaciduria raquítica. J. H. P. Jonxis y T. H. J. Huisman.
 * Comparación de la estreptomycin más ácido p-aminosalicílico y estreptomycin más isoniazida en la tuberculosis renal. J. C. Dick.
 * Metilpentinol en el parto. G. Bourne.
 * La tetania del déficit de potasio. P. Fourman.
 * Isoniazida en el tratamiento de la lepra en la rata. J. C. Cruickshank.
 * Ruptura espontánea del esófago. J. M. Large.
 * Filiación de los virus de la poliomiélitis por fijación del complemento. G. L. Le Bouvier, G. Laurence, E. Barfitt, M. Jennens y A. P. Goffe.
 * Tubos de silicona en cirugía. S. Dimant.

Meningitis piógena.—Señala el autor que los enfermos con meningitis purulenta pueden presentarse con síntomas similares sin relación con la etiología, y a continuación revisa 107 casos consecutivos. De los factores tangibles que afectan a la posibilidad de la recuperación de los enfermos, subraya 3 fundamentales: 1) La rapidez con que se descubre la meningitis. 2) El tipo de la misma; y 3) El tratamiento. De los 107 casos había 49 de origen meningocócico (sin muertes); 30 de origen neumocócico (2 muertes), y 17 por haemophilus (una muerte). Describen el tratamiento de rutina, subrayando la importancia de la punción lumbar precoz y que se debe iniciar el tratamiento, aunque todavía no se conozca el resultado del cultivo.

Meningitis neumocócica.—Señala el autor que, aunque hay varios antibióticos francamente activos contra los neumococos, todavía la meningitis neumocócica presenta una mortalidad considerable y las opiniones difieren en cuanto al mejor método de tratamiento. Revisa 35 casos con 3 muertes (8,6 por 100). Considera, a base de su experiencia, que el tratamiento del proceso debe realizarse por medio de penicilina intratecal durante una semana por lo menos, en adición a la penicilina intramuscular y sulfonamidas.

El elemento renal en la aminoaciduria raquítica.—Señalan los autores que los niños con raquitismo que eliminan grandes cantidades de determinados aminoácidos por la orina tienen en el plasma cifras normales de los mismos. El estudio de las cifras de histidina y arginina en el plasma antes y durante la administración de estos aminoácidos, no son más altas en los niños raquíticos que en los normales. En cambio, la administración intravenosa de histidina y arginina a los niños raquíticos originó un aumento en la eliminación de histidina, 5-10 veces mayor que en los controles y pocos o nulos cambios en la eliminación de arginina. La eliminación de treonina, serina, glicina, lisina y, en ocasiones, tirosina, aumenta ligeramente en los niños con raquitismo después de la administración intravenosa de histidina y arginina. La vitamina D facilita la reabsorción de la histidina y otros aminoácidos.

Comparación de estreptomycin más Pas y con estreptomycin más isoniazida en la tuberculosis renal.—Señala el autor que en la tuberculosis renal "quirúrgica" el aspecto histológico de las lesiones en 25 muestras obtenidas de enfermos tratados con estreptomycin (1 gramo diario) más PAS (20 gramos diarios) lo compara con el de 25 muestras de enfermos tratados con estreptomycin (1 gramo diario) más isoniazida (200 miligramos diarios), con una duración máxima del tratamiento de seis meses. Utiliza como control las muestras de 46 enfermos sin tratamiento específico. Después del tratamiento con estreptomycin y PAS se controlan las lesiones agudas y hay cierto grado, pequeño, de resolución y una regresión marcada; estas alteraciones eran similares a los cambios regresivos que se encuentran en los casos controles. Después del tratamiento con estreptomycin más isoniazida, las lesiones agudas se resuelven por completo, y las crónicas muestran una resolución modificada, en lo que respecta a que no hay una fibrosis densa y caseificación o una infección piógena secundaria de pequeño grado. La diferencia entre ambos grupos la atribuyen a una acción antituberculosa más fundamental de la isoniazida, por la cual las células epitelioides reaccionan a macrófagos, no se desarrolla fibrosis y el organismo es capaz de reparar una lesión más completamente con mayor absorción de tejido necrótico, aumento de vascularidad y más regeneración epitelial. Termina diciendo que a pesar del gran éxito que puede obtenerse actualmente en la tuberculosis con quimioterapia, todavía los mejores resultados requieren una evaluación cuidadosa de determinados factores.

La tetania del déficit de potasio.—El autor ha realizado investigaciones experimentales en sujetos humanos provocando un déficit de potasio mediante la administración de una resina amónica de recambio. Llega a la conclusión de que la tetania que se ve ocasionalmente en las hipopotasemias puede ser evitada por la administración de potasio.

potasemias de la clínica puede reproducirse experimentalmente; también ha visto que se asocia con un aumento en la irritabilidad del tronco nervioso. Efectivamente, encuentra un pequeño descenso en el calcio del suero y una ligera alcalosis, acompañantes de la tetania; pero comenta que ninguna de ambas alteraciones es suficiente para explicarla particularmente, puesto que se desarrolla enfrente de una concentración descendida de potasio en el plasma. Añade que las perturbaciones iónicas intracelulares pueden contribuir en la tetania, y así, el sodio retenido en el puesto del potasio perdido por las células no se nivela inmediatamente cuando se restaura el potasio, y es entonces cuando se observa la tetania.

Isoniazida en el tratamiento de la lepra en la rata.—Deciara el autor que los resultados previos de tratamiento con isoniazida indican que esta droga supone efectos beneficiosos sobre el curso de la infección experimental de las ratas con el *M. Leprosi* Murinum; pero las observaciones prolongadas demuestran que no se consigue una curación permanente. El promedio de supervivencia de un grupo de ratas tratadas fue de 70,7 semanas en comparación con 34,6 semanas para un grupo no tratado. Pero todos los animales murieron finalmente de lepra. Estas observaciones apoyan los trabajos clínicos publicados, que sugieren que la isoniazida no debe utilizarse exclusivamente en el tratamiento de la lepra humana.

6.838 - 18 de septiembre de 1954.

- Virulencia en los virus animales. S. Macfarlane Burnet.
Peligros de la inducción quirúrgica del parto. G. Evans.
Acción del clorhidrato de toiazina sobre el flujo sanguíneo cerebral en la trombosis cerebral. E. Clarke, N. C. Hughes Jones y J. Logothetopoulos.
Influencia de la clorpromazina y de la prometazina sobre los vómitos provocados con apomorfina en el hombre. B. Isaacs y J. G. MacArthur.
Enfermedad vascular en la diabetes mellitus. J. B. Matthews.
Alteraciones electrolíticas asociadas al fracaso de metabolizar la glucosa durante la hipotermia. V. Wynn.
Factor intrínseco en las secreciones pilórica y duodenal en el cerdo. N. G. Heatley, H. A. Jennings, H. Fiorey, G. M. Watson, A. Turnbull, G. Wakisaka y L. J. Witts.
Agranulocitosis consecutiva al tratamiento con fenilindanodiona. K. Kirkby.

Acción del prisco sobre el flujo sanguíneo cerebral en la trombosis cerebral.—Los autores han medido el flujo sanguíneo cerebral y la resistencia vascular cerebral por medio de una modificación del método de Kety y Schmidt en 14 enfermos con arterioesclerosis cerebral. Controlan el método por determinaciones similares en 6 enfermos no arterioescleróticos. Inyectan prisco por vía intravenosa a la dosis de 25 miligramos y no encuentran efectos constantes sobre el flujo sanguíneo cerebral de los enfermos con proceso cerebrovascular. Concluyen que el prisco no debe utilizarse en la isquemia aguda cerebral de origen arterioesclerótico hasta que se tenga mayor conocimiento sobre su acción.

Clorpromazina y prometazina para los vómitos provocados por apomorfina.—Los autores describen un experimento, en el que a 24 sujetos jóvenes se les dió, bajo condiciones controladas, 4 inyecciones subcutáneas sucesivas de apomorfina. Se administraron tabletas por vía oral dos horas antes de cada inyección, de las 4 maneras siguientes: Clorpromazina, 50 miligramos; prometazina, 50 miligramos, y 2 clases de tabletas inertes. La mitad de los sujetos vomitó en respuesta a la apomorfina cuando se había dado previamente tabletas inertes; 7, cuando lo que se dió era prometazina, y sólo 1, en el caso de la clorpromazina. Se presentaron grandes discrepancias no explicadas en algunos de los sujetos entre las respuestas a las dos inyecciones controles. Añaden que es difícil valorar el efecto de la prometazina, pero no hay duda de que la clorpromazina disminuye o suprime las náuseas y vómitos provocados por la apomorfina.

Enfermedad vascular en la diabetes mellitus.—El autor ha investigado la existencia de una enfermedad vascular en 545 diabéticos de todas las edades y en 574 sujetos no diabéticos con más de cincuenta años de edad. Se

encontró una degeneración vascular en el 53 por 100 de los diabéticos, de los cuales, el 21 por 100 tenía retinopatía, y el 12 por 100, albuminuria. La incidencia de enfermedad vascular aumentó con la edad y por encima de los cincuenta años era más alta en los diabéticos que en los sujetos no diabéticos. Considerando separadamente la incidencia de retinopatía y albuminuria no se vió un aumento progresivo con la edad. La enfermedad vascular es más frecuente entre los enfermos que requieren insulina, y aumenta con la duración de la diabetes. De los enfermos que tenían diabetes durante menos de diez años, sólo el 9 por 100 tenía retinopatía, y el 5 por 100, albuminuria; de aquéllos con diabetes de más de diez años de duración, el 46 por 100 tenía retinopatía, y el 26 por 100, albuminuria. La incidencia de enfermedad vascular fue mucho más alta en los casos de diabetes mal controlada; de los 308 enfermos con buen control tenían retinopatía el 11 por 100, y albuminuria, el 6 por 100; pero de los 237 enfermos con mal control, las cifras fueron, respectivamente, 38 y 19 por 100.

Factor intrínseco en las secreciones pilórica y duodenal del cerdo.—Los autores confirman en este trabajo que las secreciones pilórica y duodenal del cerdo tienen actividad de factor intrínseco. El filtrado de ambos jugos tiene actividad de factor intrínseco, mientras que los residuos mucoides, poca o ninguna. Concluyen que, conforme demuestran los resultados de una sencilla prueba, hay actividad en el residuo no dializable del filtrado duodenal, conteniendo un total de 35 miligramos de materia sólida.

6.839 - 25 de septiembre de 1954.

- * Desdoblamiento del primero y segundo tonos cardíacos. A. Leatham.
* Clorpromazina. C. A. Foster, E. J. O'Mullane, P. Gaskell y H. C. Churchill-Davidson.
* El "Cocktail lúteo". R. Shackman, F. G. Wood-Smith, I. G. Graber, D. G. Meirrose y R. B. Lynn.
* Efectos de la adosterona en la enfermedad de Addison y en el pseudonefritismo suprarrenal. F. T. G. Frunty, K. R. McSwiney, I. H. Mills y M. Smith.
* Toxoplasmosis miocárdica. J. W. Fauney, R. Jones, W. P. D. Green y E. P. Kane.
* Epilepsia con tictismo curada por lobectomía temporal. W. Mitchell, N. A. Falconer y D. Hill.
* Terapéutica prolongada con terramicina en las infecciones respiratorias crónicas avanzadas. W. H. Heim, J. R. May y J. L. Livingstone.
El sexo de los teratomas. W. F. Hunter y B. Lennox.
La histoquímica de la membrana hialina pulmonar en los recién nacidos y su interpretación. J. C. Wagner.

Desdoblamiento del primero y segundo tonos cardíacos.—Senala el autor que el desdoblamiento del primer tono cardíaco en las áreas mitral y tricúspide puede auscultarse en la mayoría de los sujetos normales. El intervalo entre los dos sonidos es pequeño, y el autor proporciona la evidencia fonocardiográfica de que se debe al cierre de la válvula mitral antes que la tricúspide. La impresión auscultatoria de un desdoblamiento amplio del primer tono en la base del corazón se debe a la adición de un sonido extra en el sístole precoz durante la eyección de sangre a la arteria pulmonar o la aorta e indica la dilatación de uno de estos grandes vasos. El desdoblamiento del segundo tono cardíaco en el área pulmonar puede auscultarse en la mayoría de los sujetos normales durante la inspiración, y se debe al retraso en el cierre de la válvula pulmonar. El desdoblamiento anormalmente amplio puede deberse al retraso en el componente pulmonar, y éste está causado por un bloqueo de rama derecha, aumento del flujo de derecha a izquierda por shunt de izquierda a derecha o estenosis pulmonar; en el bloqueo de rama izquierda el orden en el cierre valvular está invertido y el desdoblamiento es paradójico, disminuyendo en la inspiración. Discute a continuación la ausencia del componente pulmonar o aórtico del segundo tono. Aporta la diferenciación del componente pulmonar del segundo tono con el chasquido de apertura de la válvula mitral y el tercer tono cardíaco.

Clorpromazina.—Los autores comunican en este trabajo un estudio de la acción de esta droga sobre la circulación en el hombre. Encuentran que la clorpromazina tiene efectos variables sobre la presión sanguínea y el

ritmo del pulso, pero que generalmente disminuye la presión sanguínea y aumenta el ritmo cardíaco. Tiene también una poderosa acción vasodilatadora sobre los vasos de las extremidades (mano, antebrazo, pierna), y su acción vasodilatadora sobre la mano se debe tanto a efectos centrales como locales. Asimismo la clorpromazina reduce la respuesta de los vasos sanguíneos en la mano a las pruebas vasoconstrictoras por el frío. Después de la administración de clorpromazina, la noradrenalina tiene menor acción presora y no origina bradicardia. La clorpromazina invierte la acción de la adrenalina sobre los vasos de la mano. Termina diciendo que el empleo de la noradrenalina, mejor que el de la adrenalina, debe recomendarse para restaurar la presión sanguínea en casos de hipotensión excesiva debida a la clorpromazina.

El "cocktail lítico".—Los autores han ensayado el "cocktail lítico" (petidina, fenergan y largactil) en 17 enfermos. Han podido apreciar que produce un aumento del flujo sanguíneo periférico. Generalmente origina una aceleración del pulso, descenso de la presión sanguínea, aumento del volumen cardíaco de expulsión y disminución de la resistencia general previamente calculada. No produce hipotermia en el enfermo no expuesto y no afecta al consumo de oxígeno. A su juicio constituye un buen sedante preoperatorio y postoperatorio. Cuando se administra rápidamente origina una inconsciencia del enfermo, y por sí mismo produce un nivel de anestesia al cual es posible realizar la intubación endotraqueal. Origina también una dilatación de las venas superficiales de las extremidades y permite la rápida infusión intravenosa a las presiones hidrostáticas ordinarias. Por último, señalan que es dudoso si los efectos circulatorios producidos por el "cocktail lítico" difieren sustancialmente de los originados por otras drogas vasodilatadoras.

Aldosterona en la enfermedad de Addison y en el pseudohermafroditismo suprarrenal.—Los autores refieren el efecto de la aldosterona sobre el metabolismo de los electrolitos y del agua en la enfermedad de Addison y sobre el metabolismo de los electrolitos y esteroides en un enfermo con pseudohermafroditismo suprarrenal congénito. Encuentran que la aldosterona en dosis de 100 gammas produce una retención significativa del sodio y los cloruros y una desviación de los líquidos corporales. Parece constituir una espléndida terapéutica sustitutiva en la enfermedad de Addison, en lo que se refiere al metabolismo de los electrolitos. No han apreciado efectos ostensibles sobre los eosinófilos en las dosis utilizadas, pero sí, en cambio, en las de glucemia. En una enferma con pseudohermafroditismo suprarrenal no se redujo por la aldosterona la eliminación de 17 cetoesteroides, aunque, por el contrario, la cortisona produjo resultados significativos.

Toxoplasmosis miocárdica.—Los autores comunican tres casos de toxoplasmosis miocárdica, y con este motivo declaran que la miocarditis focal debida a la toxoplasmosis se ha referido varias veces como una parte de la enfermedad adquirida generalizada, pero que no ha recibido un reconocimiento debido como manifestación única. Sugieren que la toxoplasmosis debe excluirse en todas las formas oscuras de miocarditis, fibrosis endomiocárdica, cardiomegalia familiar e hipertrofia cardíaca. En los 3 casos de miocarditis que describen obtuvieron pruebas serológicas positivas, electrocardiogramas anormales, y existía una franca cardiopatía en otros miembros de la familia de dos de los enfermos, que normalmente hubieran sido interpretados como casos de cardiomegalia familiar. Consideran los casos como ejemplos de toxoplasmosis crónica, de carácter probablemente adquirido más bien que congénito.

Epilepsia con fetichismo curada por lobectomía temporal.—Los autores describen un caso de epilepsia temporal en el que la visión de un objeto fétiche precipitaba los ataques y constituía el punto desencadenante invariable. Se realizó una lobectomía temporal que consiguió no sólo la desaparición de la epilepsia, sino también del fetichismo.

Administración prolongada de terramicina en infecciones respiratorias crónicas avanzadas.—Los autores han tratado prolongadamente con terramicina a 38 enfermos con infecciones respiratorias crónicas avanzadas. De ellos, 24 respondieron bien inmediatamente, y, en cambio, no lo hicieron 14. De los 24 enfermos que respondieron bien, 14 han seguido con el tratamiento, obteniendo beneficios durante el mismo en periodos que oscilaron entre seis y treinta meses. No han visto con este tratamiento prolongado efectos tóxicos serios.

British Medical Journal.

4.887 - 4 de septiembre de 1954.

- Algunos aspectos médicos de la climatología humana en los trópicos ecuatoriales. F. P. Ellis.
- * Coma y trastornos relacionados de la conciencia en el hipopituitarismo. J. E. Caughey y O. Garrod.
- * Efecto de la clorpromazina sobre la conducta de los enfermos psicóticos hiperactivos crónicamente. J. Elkes y C. Eikes.
- Clorpromazina e insulina en psiquiatría. N. P. Lancaster y D. H. Jones.
- Poliución del aire y bronquitis. J. Pemberton y C. Goldberg.
- * Las alteraciones colágenas en el disco intervertebral con la edad y su efecto sobre su elasticidad. A. Maylor, F. Happey y T. Macrae.
- Contenido en antitrombina del suero en el embarazo. J. C. W. MacSariane y A. P. Norman.
- Metahemoglobinemia debida a nitratos y nitritos en el agua de bebida. H. T. Fawns y A. G. V. Aldridge.
- Intoxicación alimenticia estamocócica debida a leche de vacas infectada. F. D. F. Steede y H. W. Smith.
- Tabaco y cáncer del pulmón. S. Russ.
- Caso fatal de hepatitis toxica por clorpromazina. R. H. Boardman.
- Extracción de una tetina de goma del intestino de un niño de ocho semanas de edad. G. G. Crowe.

Coma y trastornos relacionados de la conciencia en el hipopituitarismo.—Los autores han encontrado en 17 enfermos con hipopituitarismo trastornos de la conciencia, que variaron desde la hipersomnia, confusión leve y defecto en la función cerebral al estupor y coma profundo. Se apreciaron diversos factores como precipitantes del coma, entre los que citan la cirugía cerebral, la apoplejía hipofisaria, las infecciones, la hipoglicemia, las drogas y anestésicos, los trastornos electrolíticos, la intoxicación acuosa y la anoxia cerebral. Excepto en algunos de los casos postoperatorios, la insuficiencia endocrina grave, especialmente la de la corteza suprarrenal constituyó un factor esencial en el descenso del umbral de la conciencia. La cortisona fué más eficaz que la tiroxina o testosterona en la prevención y corrección del coma. Terminan diciendo que en los casos de coma de etiología oscura debe tenerse siempre presente la posibilidad de la existencia de un hipopituitarismo.

Clorpromazina en los psicóticos agitados.—Los autores han estudiado el efecto de la clorpromazina en 21 enfermos psicóticos crónicos de tipo agitado; de ellos, 13 eran esquizofrénicos, perteneciendo 11 al grupo afectivo, y 3 al grupo senil. Se utilizaron los propios enfermos como sus controles, dando clorpromazina y un placebo inerte idéntico, alternando en el mismo enfermo durante diferentes periodos; nadie supo el contenido de las tabletas administradas hasta el examen retrospectivo de los protocolos de cada enfermo. Mejoraron definitivamente siete enfermos y ligeramente otros 11; la mejoría no se hizo aparente con frecuencia hasta después de llevar tres o seis semanas de medicación continua o alrededor del nivel de 150 miligramos diarios. El grupo afectivo respondió ligeramente mejor que los esquizofrénicos; los enfermos se pusieron más tranquilos, menos tensos y menos perturbados por sus alucinaciones y delusiones y más susceptibles a las sugerencias y cuidados del personal. Tres enfermos pudieron llegar a hablar razonadamente, aunque no fueron considerados como lo suficientemente mejorados para ser dados de alta. En 9 enfermos se apreció un aumento de peso que osciló entre 5 y 15,4 kilogramos en veintidós semanas; todos ellos pertenecían al grupo de mejoría definida o ligera; este aumento refleja probablemente las mejorías en los hábitos de alimentación. Un enfermo desarrolló una icte-

ricia transitoria, y en dos casos se vieron alteraciones ligeras y temporales en la sangre; aparte de estos casos la droga fué bien tolerada en la dosificación adoptada últimamente (150 miligramos diarios); ninguno de los enfermos exigió una sedación extra al administrarles la clorpromazina. Concluyen que dicha droga tiene su puesto en el tratamiento de los psicóticos crónicos agitados y que se precisa el ensayo controlado en otros procesos psiquiátricos.

Alteraciones colágenas del disco intervertebral con la edad y su efecto sobre la elasticidad.—Los autores han estudiado las modificaciones de la colágena en los discos intervertebrales humanos, utilizando métodos radiológicos cristalográficos. Los diagramas de difracción a los rayos X así obtenidos demuestran que la elasticidad del anillo fibroso depende de la orientación y movilidad de las fibrillas colágenas, propiedades que disminuyen conforme avanza la edad después del tercer decenio de la vida. Los diagramas de difracción a los rayos X del núcleo pulposo demuestran que se produce un aumento en la orientación y finalmente la cristalización de la colágena conforme avanza la edad, indicando la pérdida de la estructura de gel, y de aquí el empeoramiento de la elasticidad. Terminan manifestando que la combinación de estos factores explicaría la reducción en la elasticidad del disco intervertebral con la edad.

4.888 - 11 de septiembre de 1954.

- La célula cancerosa quiescente. G. Hadfield.
Influencia del exceso de vitamina A sobre el metabolismo de los sulfatos en el ectodermo de pollo cultivado in vitro. H. B. Fell, E. Mellanby y S. R. Pelc.
Púrpura trombocitopénica trombótica. D. J. Ellison y O. C. Lloyd.
Galactosemia. P. J. N. Cox y R. J. P. Pugh.
Galactosemia congénita. M. W. Arturton y B. W. Meade.
Colangiografía operatoria. E. S. R. Hughes y R. H. Kernutt.
Alteraciones anatomopatológicas del hígado en la infección por salmonella Typhi-Murium. E. J. S. Woolley.
Primidona en el tratamiento de la epilepsia. J. B. Lyons y L. A. Liversedge.
Primidona en la práctica de la deficiencia mental. D. S. Sharpe.
Empleo de polimixina B en el oído externo. D. A. T. Farrar.
Células falciformes y paludismo. R. A. Moore, W. Brass y H. Foy.
Tumor del sulcus superior. R. D. Young.
Asma provocada por antihistamínicos. D. P. Macaulay.
Volumen óptimo de inyección para el sulfato de estreptomycin intramuscular. P. Stradling y L. C. Kreeger.
Metástasis por carcinoma de bronquio originando un enorme aumento de tamaño del hígado R. A. McInroy.

Púrpura trombocitopénica trombótica.—Los autores describen un caso de púrpura trombocitopénica trombótica, en el que se encontraron las lesiones trombóticas características en la corteza renal y en el sistema portal. Los principales vasos afectados eran las vénulas, lo que supone un contraste con las comunicaciones previas, en las que las alteraciones que se encontraron estaban situadas exclusivamente en los capilares y en las arteriolas terminales. Además, subrayan que la fibrosis isquémica de la corteza renal era más evidente que lo habitual.

Galactosemia.—Señalan los autores que los niños con galactosemia son incapaces, desde el nacimiento, para metabolizar normalmente la galactosa. La galactosa, derivada de la lactosa de la leche, se acumula en la sangre y da origen a un aumento de tamaño del hígado, a menudo, ictericia, y corrientemente, la muerte en la infancia precoz. Los niños que sobreviven desarrollan cataratas y son deficientes mentales. Constituye un proceso raro y es importante que lo conozcan los especialistas, puesto que el tratamiento precoz puede salvar la vida al niño y quedar persistentemente como un sujeto normal; el diagnóstico es así más urgente que en la mayoría de las anomalías metabólicas congénitas. Los autores refieren 6 casos de observación personal.

Galactosemia congénita.—Los autores refieren los hallazgos clínicos y anatomopatológicos y la respuesta al tratamiento de un caso de galactosemia asociada con

acidosis renal hiperclorémica y enfermedad hemolítica del recién nacido. Piensan que la galactosemia se produce como un proceso congénito debido a la falta específica de enzimas que intervienen en el metabolismo de la galactosa. Sugieren la posibilidad de que la acidosis renal fuera la consecuencia del efecto tóxico de la galactosa sobre los túbulos renales.

Colangiografía operatoria.—Los autores han realizado colangiogramas operatorios en 50 enfermos. Aplican el término de "colangiograma operatorio diagnóstico" a la placa tomada justamente antes de la disección del tracto biliar y el de "colangiograma operatorio control" a la realizada después de haber explorado el conducto, pero antes del cierre del abdomen. Utilizan un método en el que insertan un catéter ureteral en el colédoco, inyectando una solución de diodona ("pyelosil 35"). Se obtuvieron placas satisfactorias en 45 casos, y en los 5 restantes fué necesario realizar otra. En 32 casos el colangiograma era normal; en 12 se visualizaron los cálculos como defectos de repleción y fueron extirpados; en 3 casos no penetró el colorante en el duodeno, y en 2 de ellos se extrajeron cálculos del colédoco. En 13 de los 14 casos en los que se encontraron cálculos existían indicaciones para la apertura del colédoco. El colangiograma operatorio resultó anormal en otros 3 casos, pero no se encontraron cálculos en la exploración. Se realizaron colangiogramas operatorios controles en 10 casos, y en 1 pudo descubrirse un cálculo oculto; entonces reexploraron el conducto y se extirpó el cálculo. En 1 caso el colorante no penetró en el duodeno y no pudo verse como responsable ningún cálculo. Concluyen que así como la colangiografía operatoria diagnóstica ha dado resultados desfavorables, como procedimiento de rutina, puede ayudar al aclaramiento de la patología en casos oscuros de ictericia obstructiva y en los enfermos con síntomas recidivantes después de la colecistectomía. A su juicio, la colangiografía control operatoria es mucho más útil que la colangiografía postoperatoria.

Alteraciones patológicas del hígado en una infección por salmonella typhi-murium.—El autor describe un caso en el que se desarrolló una cirrosis en un niño que padecía una infección crónica por salmonella typhi-murium. La cirrosis pudo confirmarse por la biopsia hepática. Se demostró el germen en los conductos biliares intrahepáticos dieciséis meses después del comienzo de la enfermedad. Añade que la sensibilidad del germen a los antibióticos in vitro era inconstante y no iba de acuerdo con los efectos clínicos de las drogas.

Primidona en la epilepsia.—La revisión realizada por los autores les sugiere la eficacia de la primidona como agente anticonvulsivante. La droga puede utilizarse aisladamente, consiguiendo una reducción del 75 por 100 o mayor en el número de ataques en 21 de 42 enfermos, todos los cuales habían sido tratados previamente con otras drogas con respuestas no satisfactorias. Si se desea puede combinarse la primidona con otras drogas, debiéndose preferir la fenitoína sódica a la fenobarbitona. No se producen efectos tóxicos graves, y los efectos sintomáticos colaterales son transitorios, y rara vez exigen la suspensión del tratamiento. Si se ha dado un tratamiento previo, la sustitución con primidona debe realizarse en una semana, hasta llegar a una dosis diaria óptima de 1 a 1,5 gramos.

4.889 - 18 de septiembre de 1954.

- La fisiología del timo. G. Keynes.
Significación estadística de los datos biológicos. E. Kenaway.
Insuficiencia respiratoria en la poliomieltis aguda. A. B. Christie.
Tratamiento de los casos graves de parálisis respiratoria por el respirador universal de Engström.
Prevención de la deformidad en la poliomieltis. J. M. P. Clark.
Insuflación con presión positiva en la parálisis respiratoria de la poliomieltis. L. Wislicki.
Aplicación de un neumoflator a la máquina de Boyle. T. M. Williams.
* Afibrinogenemia adquirida complicando al embarazo. V. H. Barnett y C. A. Cussen.

- * Naturaleza de la parálisis de Bell. R. Wyburn-Mason. Analgesia local prolongada con solución de benzocaina-uretano. J. Kohn, A. G. Rutter y M. Vitall.
- * Bloqueo del ganglio estrellado en la práctica general. R. Crosbie Walsh.
- Ginecomastia en dos hermanos. D. G. Ferriman.
- Inversión del útero. M. R. Ellis.
- Pólucion del aire y bronquitis. C. Daly.
- Embarazo ectópico avanzado sin complicaciones. H. T. Laycock.
- Hernia transepiplóica: Hernia espontánea a través del omento mayor. W. H. Davies.

Afibrinogenemia adquirida durante el embarazo.—Refieren los autores que la sugestión de que la hemorragia interna puede depender de un defecto en el mecanismo de coagulación sanguínea fué hecha primeramente al describir DE LEE un fenómeno hemofiloide complicando a la hemorragia accidental antepartum; DICKMANN sugirió el primero la verdadera naturaleza de este proceso, la falta de fibrinógeno circulante. Los autores revisan este problema de la afibrinogenemia adquirida con motivo de la observación de dos casos de hemorragia accidental durante el embarazo. Subrayan que todo caso de hemorragia accidental antepartum puede ser sospechoso de una hemorragia interna, que puede ser fatal, y que debe tenerse también presente la posibilidad de una hemorragia grave postpartum, incontrolable por los métodos ordinarios, como consecuencia de la incoagulabilidad sanguínea. La prueba de observación del coágulo, descrita por WEINER, realizada a intervalos horarios, expresa claramente el desarrollo de un déficit de fibrinógeno con todos sus peligros y permite hacer el tratamiento en un estado precoz, cuando todavía es bueno el pronóstico. Añaden que la administración de fibrinógeno humano puro es esencial siempre que se desarrolle una afibrinogenemia intensa, si ha de salvarse la vida. La administración de sangre fresca total, aunque contiene fibrinógeno, no es eficaz, puesto que no es posible dar el fibrinógeno en cantidades suficientes para impedir su rápida conversión en fibrina.

Naturaleza de la parálisis de Bell.—El autor, a través de su experiencia, subraya que en una gran proporción de casos la parálisis facial inferior, constituyendo la parálisis de Bell, es el resultado de una neuritis o irritación del nervio auricular mayor, que se extiende al nervio facial cuando discurre en la región de la parótida.

Bloqueo del ganglio estrellado.—El autor ha realizado 342 inyecciones del ganglio estrellado en 139 enfermos observados en la práctica general. Describe una técnica de acercamiento anterior al ganglio estrellado y sugiere que es un procedimiento seguro para la práctica corriente. Añade que el médico general ve más casos de trombosis cerebral de primera intención y es comparativamente más fácil para él el inyectar el ganglio estrellado en las primeras veinticuatro horas. Con este breve plazo el porvenir de una recuperación completa o de una gran mejoría es muy grande. En sus casos, el procedimiento por sí mismo no constituyó en ningún momento un motivo de ansiedad.

4.890 - 25 de septiembre de 1954.

- Las reglas de M'Naghten y los conceptos modernos de la responsabilidad. E. Slater.
- Tratamientos de las enfermedades vasculares periféricas en los ancianos. E. J. Wayne.
- * Anticoagulantes en la enfermedad coronaria. A. R. Gilchrist y J. A. Tulloch.
- Distribución de las microfilarias de *O. Volvulus* en la piel. W. E. Kershaw, B. O. L. Duke y F. H. Budden.
- * Penicilina benzatina intramuscular en la profilaxis de la infección estreptocócica en niños reumáticos. C. B. Perry y W. A. Gillespie.
- Empleo de un dinamómetro con registro en medicina clínica. W. Ritchie Russell.
- * Efecto de la hipotermia sobre la respuesta hipotalámica-hipofisaria al stress. H. H. Khalil.
- Un método sencillo de elevar y descender la temperatura corporal. H. H. Khalil y R. C. MacKeith.
- * Justificación para la apendicectomía en la apendicitis crónica. I. McLennan y J. Kennedy Watt.
- Un caso raro de quiste hidatídico del cerebro. P. L. Rhodes.
- Lipogranuloma del peritoneo. A. R. Makey.

Anticoagulantes en la enfermedad coronaria.—Los autores discuten el mecanismo de la producción del infarto miocárdico a la luz de los nuevos conocimientos relativos a las lesiones arteriales de la enfermedad coronaria obliterante por un lado, y el desarrollo de una circulación anastomótica interarterial subsidiaria por otro. En general, el reconocimiento clínico de la formación de un infarto franco depende más del trastorno metabólico que acompaña a la destrucción de los tejidos que de la duración del dolor, disnea o síncope, cualquiera de los cuales puede marcar el comienzo del ataque agudo. Una enfermedad como el infarto miocárdico agudo lleva un curso totalmente variable e imposible de predecir; a su juicio, sólo hay casos de "buen riesgo" retrospectivamente. Se continúa acumulando evidencia en favor de la contención de que las drogas anticoagulantes utilizadas precoz y eficazmente, y continuadas durante un mínimo de cuatro semanas bajo un control estricto de laboratorio, son capaces de reducir a la mitad la mortalidad y disminuir la incidencia de los episodios tromboembólicos que se observan corrientemente durante las seis primeras semanas de la enfermedad. La experiencia de necropsia apoya el hecho de que la terapéutica anticoagulante reduce la frecuencia de las lesiones tromboembólicas. La reducción total en la mortalidad no puede atribuirse exclusivamente a la disminución de las muertes por tromboembolias, y parece también que los grados graves de shock cardiogénico se influyen favorablemente por dichas drogas. También debe insistirse en la necesidad del empleo rápido de los anticoagulantes cuando la sucesión de ataques de insuficiencia coronaria aguda sugiere que es inminente la producción de un infarto miocárdico; hay también una justificación para su empleo en enfermos seleccionados sobre una base a largo plazo, en la esperanza de impedir las recidivas entre aquellos que han presentado ya uno o más infartos miocárdicos. Ningún anticoagulante da resultados favorables de una manera uniforme, y ninguno está exento de riesgos; su empleo con éxito exige una supervisión clínica estrecha, suplementada por las facilidades del laboratorio. Terminan diciendo que los anticoagulantes utilizados eficazmente constituyen una contribución evidente al tratamiento del infarto miocárdico agudo.

Penicilina benzatina en la profilaxis de la infección estreptocócica en niños reumáticos.—Los autores han administrado inyecciones intramusculares mensuales de penicilina benzatina en dosis de 1,5 millones de unidades y encuentran que produjeron niveles sanguíneos profilácticos de penicilina en la mayoría de los niños. Estas inyecciones dieron origen a cierto dolor local durante veinticuatro horas, y en algunos casos, fiebre ligera. Dichas inyecciones suprimieron los estreptococos hemolíticos del grupo A en las gargantas de los portadores y casi por completo impidieron las nuevas infecciones.

Efecto de la hipotermia sobre la respuesta hipotalámica-hipofisaria al stress.—El autor demuestra que en las ratas hipotérmicas se inhibe el mecanismo hipotalámico-hipofisario que conduce a la liberación de ACTH en respuesta al stress. Sin embargo, la corteza suprarrenal en tales animales enfriados continúa respondiendo a la inyección intravenosa de pequeñas dosis de ACTH.

Apendicectomía en la apendicitis crónica.—Los autores presentan los resultados de una revisión ulterior de 413 casos de apendicectomía por apendicitis crónica. Predominaron las hembras en una proporción de 3,2 : 1, y la mayoría de los enfermos se encontraban entre las edades de quince y treinta años. En total, hubo una curación del 83,5 por 100 para las hembras, y el 74,2 por 100 para los varones. Han podido ver que uno de los errores diagnósticos más frecuentes en relación con la apendicitis crónica fué con la presencia de una úlcera duodenal.