

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER. Dr. E. GIL VERNET.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955. Un volumen de 224 páginas con 128 figuras, 190 pesetas.

Un tema de tan considerable importancia práctica como es la incontinencia urinaria en la mujer ha sido en general poco tratado en este aspecto monográfico y lo bastante completo para servir de base al juicio etiológico y al establecimiento de la terapéutica oportuna.

En esta monografía el autor, con experiencia objetiva, después de estudiar el mecanismo y la fisiopatología de la micción, analiza sucesivamente las causas de la incontinencia y ulteriormente describe los métodos terapéuticos así como las indicaciones.

Se trata de una obra, por consiguiente, de gran utilidad, principal, aunque no exclusivamente, para los especialistas. La edición es muy cuidada y comprende magníficos esquemas y fotografías.

FISIOPATOLOGIA CLINICA. Dr. FERDINAND HOFF.—Editorial Labor. Barcelona, 1955.—Un volumen de 778 páginas con 133 figuras, 340 pesetas.

La traducción al español de la obra de HOFF, a través de su cuarta edición, es de celebrar porque pone al alcance de los médicos de habla española este libro, bien informado en conjunto, si bien la amplitud ambiciosa de los temas a tratar y el empeño forzado de hacerlo en pequeño espacio obligan a un esquematismo y superficialidad excesivos. Como libro de introducción o como libro de repaso puede prestar alguna utilidad a los estudiantes.

WIEDERHERSTELLUNG DES HARNWEGES UND KÜNSTLICHE HARNABLEITUNG BEI ERKRANKUNGEN DES HARNLEITERS. Dr. L. BOEMINGHAUS.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 60 páginas con 53 figuras, 15 DM.

La reparación y derivación artificiales de las vías respiratorias constituye hoy uno de los capítulos más importantes de la cirugía urológica. Esta monografía, magníficamente editada y apoyada en gran cantidad de dibujos esquemáticos, así como algunas radiografías, constituye una contribución interesante a este aspecto de la cirugía urológica.

Se estudian primero las indicaciones, se describen las lesiones y, por último, las fistulas y estenosis, describiéndose después las diferentes técnicas que pueden emplearse.

LA PROGENESE. Dr. R. TURPIN.—Editorial Massons et Cie. París, 1955.—Un volumen de 720 páginas con 56 figuras, 3.500 francos franceses.

Con el título de la progénesis, propuesto por el Profesor TURPIN, se comprende el análisis de la serie de factores preconceptionales en los padres que pueden intervenir ulteriormente en el desarrollo del hijo. Este libro está constituido por el curso organizado con este título por el Centro Internacional de la Infancia. Los térmi-

nos esenciales son descritos por el propio TURPIN y a continuación las bases biológicas de la progénesis. Los factores que pueden intervenir en los cambios del patrimonio hereditario productores de mutaciones, factores étnicos de mezcla en las poblaciones, etc., son analizados a continuación. En las partes siguientes se estudia el papel de la herencia en los diferentes grupos de enfermedades, los factores de influencia inducida sobre la masa genética del individuo y, por último, el aspecto social y su posible valor profiláctico en el futuro de los conocimientos genéticos.

Es la primera vez que, concebido en este sentido, se publica un trabajo amplio sobre la cuestión, cuyo interés se comprende por sí mismo.

LIBROS RECIBIDOS

"Kohlenhydratstoffwechsel, Insulin und Diabetes". Doctor H. Staub.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 48 páginas con 19 figuras, 9,60 DM.

"Klinische Funktionsdiagnostik". Dr. H. Kuchmeister.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 410 páginas con 152 figuras, 49,50 DM.

"Leitfaden der Neurologie". Dr. F. Laubenthal.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 315 páginas con 87 figuras, 29,70 DM.

"Lecciones de fin de curso (1952-1956)". Dr. J. P. D'Ors.—Hospital Militar "Gómez Ulla". Madrid, 1956. Un volumen de 52 páginas.

"Psicoanálisis y concepción espiritualista del hombre". Dr. J. Nuttin.—Biblioteca Nueva. Madrid, 1956.—Un volumen de 374 páginas, 125 pesetas.

"Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie". Doctor K. Schuchardt.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 268 páginas con 291 figuras, 60 DM.

"Das Skelett des Kindes". Dr. W. Swoboda.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 184 páginas con 199 figuras, 43,20 DM.

"Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten". Dr. H. W. Bansi.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 300 páginas con 109 figuras, 48 DM.

"Intravenöse Cholangiographie". Dr. Th. Hornykewitsch.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 159 páginas con 110 figuras, 54 DM.

"Das Autogene Training". Dr. J. H. Schultz.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 351 páginas con 17 figuras, 29 DM.

"Traité de Droit Medical". Varios.—Librairies Techniques. París, 1956.—Un volumen de 574 páginas, 2.500 francos franceses.

B) REFERATAS

Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux.

48 - 2 - 1955

- Estudio vectocardiográfico de la sobrecarga ventricular derecha en la estenosis mitral. L. Degiaude y P. Laurens.
- La cardiopericardiomiopexia. A. N. Gorelik.
- La perforación del tabique interventricular después del infarto de miocardio. A. Gerbaux, L. Lenegre y F. Cazals.
- Papel del espasmo y de la trombosis en la neuritis isquémica por embolia arterial de los miembros. R. Legrand y colaboradores.
- Nuevos métodos de medida del gasto coronario aplicados al estudio del plexo preaórtico. G. Arnulf y R. Benichoux.
- El pronóstico en la necrosis isquémica del miocardio. G. Michelides y A. Papadopoulos.
- Hipertensión arterial pulmonar y miocardio. J. Bernard.
- Utilización terapéutica del 4.560 (largactil) en cardiología. A. Sanabria.

Estudio vectocardiográfico de la sobrecarga ventricular derecha en la estenosis mitral.—Se realiza un estudio vectocardiográfico sobre 118 enfermos afectados de estenosis mitral. En 14 casos, los registros se han efectuado antes y después de la comisurotomía. Los diferentes grados de morfología derecha vectocardiográfica se clasifican en cuatro tipos. Existe habitualmente un paralelismo entre las presiones pulmonares y el tipo vectocardiográfico. Cuando hay discordancia hay que sospechar una lesión asociada: valvulitis aórtica, y sobre todo, insuficiencia mitral. Las comparaciones de los VCG antes y después de la comisurotomía muestra que hay siempre regresión de la sobrecarga. Esta regresión es precoz, y tanto más marcada cuanto más intensa es la morfología derecha del VCG preoperatorio. Las modificaciones del VCG son más claras que las del ECG. De la confrontación de los diversos elementos de los bucles y de su evolución postoperatoria resulta una mejor comprensión de la traducción eléctrica de la sobrecarga ventricular derecha.

La cardiopericardiomiopexia.—Comunica el autor brevemente a la Sociedad Francesa de Cardiología el resultado de su método destinado a mejorar la irrigación del miocardio en casos de infarto de miocardio y de lesiones reumáticas. Se funda en la operación de Thompson de introducir polvos de talco en el saco pericárdico con el fin de producir una pericarditis granulosa adhesiva con formación de nuevos vasos que aporten mayor cantidad de sangre al músculo cardíaco. Gorelik hace una pequeña incisión en el saco pericárdico destinada a dejar pasar un instrumento especial con el que se introduce el talco. Los latidos cardíacos producen la distribución en todo el saco pericárdico del talco introducido. Por otra parte, quita completamente el cartilago costal quinto del lado izquierdo lo mismo que su pericardio, con lo cual se establecen adherencias y formación de nuevos vasos entre el músculo pectoral mayor y el pericardio. De esta forma se transforma un miocardio isquémico en un miocardio hiperémico por introducción de un cuerpo extraño en la serosa pericárdica que provoca una inflamación durable de esta. A diferencia de Thompson, que sólo empleaba esta intervención en casos de insuficiencia coronaria por arteriosclerosis, GORELIK la extiende también a los enfermos con lesiones valvulares reumáticas, pues piensa que en ellos frecuentemente existe una arteritis coronaria reumática que tiene un papel importante en la genesis de la insuficiencia cardíaca de estos procesos.

El pronóstico en la necrosis isquémica del miocardio. Se refieren 500 casos de infarto de miocardio estudiados y seguidos desde 1947 hasta la actualidad. En cien

de estos casos se realizó un tratamiento anticoagulante, y en ellos la mortalidad alcanzó el 8,5 por 100, sin que en este grupo apareciera ningún fenómeno nuevo tromboembólico. En los 400 casos no sometidos a la terapéutica anticoagulante, la mortalidad inmediata (cuatro primeras semanas después del infarto) la mortalidad fué de 14 por 100. El pronóstico lejano debe basarse sobre la capacidad del enfermo para reemprender sus ocupaciones anteriores y reintegrarse a la vida normal. Según este criterio los autores han clasificado a sus enfermos en tres categorías: primera, enfermos que han podido reemprender totalmente su trabajo y llevar una vida normal: 37 por 100. El pronóstico es excelente, y el 10 por 100 de los enfermos viven al cabo de los siete años de observación; segunda, enfermos que han reemprendido parcialmente su trabajo con un pronóstico menos favorable: 50 por 100; tercera, enfermos incapaces de realizar ningún trabajo y con un pronóstico malo: 13 por 100. Ninguno de los enfermos incluidos en este grupo ha logrado sobrevivir al cabo de los dos años.

Utilización terapéutica del 4.560 (Largactil) en cardiología.—Encuentra el autor que la administración de largactil ha sido favorable en el tratamiento de las náuseas y de los vómitos de la intoxicación digitalica, en la uremia de la nefroesclerosis y en las crisis de encefalopatía hipertensiva. Su acción fue igualmente eficaz en el tratamiento sintomático de ciertas formas de arritmia, aunque sin lograr modificar los trastornos del ritmo, influyendo sólo sobre los trastornos subjetivos. El largactil potencia la acción analgésica de los opiáceos en el infarto miocárdico de forma hiperalgíca, suprime las náuseas y vómitos que acompañan al síndrome clínico de un caso. El largactil potencia el efecto hipotensor de la rauwolfia serpentina y aumenta la taquicardia y palpitaciones de la apresolina.

The American Journal of Medicine.

17 - 6 - 1954

- Papel del estreptococo en la patogenia de la fiebre reumática. Catanzaro y colaboradores.
- Uso de los antibióticos en la prevención de la fiebre reumática. G. H. Stollerman.
- Ayuda del laboratorio en el diagnóstico de la fiebre reumática y en la valoración de su actividad. H. F. Wood y M. McCarty.
- Evolución de los soplos en la cardiopatía reumática precoz. Z. Zuli y G. Gamna.
- Recientes avances en el diagnóstico de la cardiopatía reumática. A. A. Luisada.
- Tratamiento de la fiebre reumática. C. McEwen.
- Selección de los enfermos para la comisurotomía mitral. H. F. Zinsser.
- Tratamiento quirúrgico de la cardiopatía reumática. C. Cratoord y L. Werko.
- Manifestaciones clínicas y de laboratorio del síndrome postcomisurotomía. S. Elster y colaboradores.
- Reducción de la presión sanguínea en la hipertensión arterial por las sales de hexametonium y pentaprotidinium. F. H. Smirk.
- Biopsia renal en el diagnóstico del lupus eritematoso disseminado. L. M. Lister y R. D. Baker.
- Trombosis bilateral de las venas renales y síndrome nefrótico. G. Miller, J. Hoyt y B. E. Pollock.
- Sensibilidad selectiva de las células de Purkinje del cerebelo. D. A. Freedman y J. C. Kourke.
- Afectación del sistema nervioso autónomo en la neuropatía diabética. La diarrea como manifestación de este trastorno. L. H. Brandon.
- Deficiencia aislada de tiroxina con hipotiroidismo secundario. M. C. Sampson, E. Rose y E. Herbert.
- Hipotensión ortostática y taquicardia ortostática. E. J. Scherba.
- Adenomatosis hepatocelular. H. H. Stumpf y A. F. Liber.

Papel del estreptococo en la patogenia de la fiebre reumática.—Aunque la etiología de la fiebre reumática es aún mal conocida, existen múltiples datos que in-

dican el papel que en ella juega la infección por el estreptococo del grupo A, según se ha demostrado en estudios bacteriológicos e inmunológicos. Con el fin de averiguar si lo realmente importante para el desencadenamiento del brote reumático es la infección por el estreptococo o la producción de anticuerpos específicos contra este germen, los autores tratan de tres modos diferentes, respectivamente, a tres grupos de sujetos, portadores de una infección rinofaríngea por dicho estreptococo: primer grupo: eliminación total de la infección mediante un tratamiento suficiente con penicilina, tratamiento que no se empezó hasta nueve días después del comienzo, para no impedir la formación de un elevado título de anticuerpos específicos. Segundo grupo: se evita la formación de anticuerpos totalmente, sin eliminar la infección del todo, mediante la administración de un agente no bactericida, sino bacteriostático: las sulfamidas. Tercer grupo: tratado con placebo como control de los anteriores. Sólo los enfermos del primer grupo resultaron protegidos contra el brote reumático, a pesar de tener títulos altos de anticuerpos específicos (antiestreptolisina, etc.). Es, por tanto, necesaria la existencia en la rinofaringe de estreptococos vivos para que se desarrolle la fiebre reumática probablemente por tratarse de un tipo de alergia bacteriana, de tipo tardío o tuberculínico.

Uso de los antibióticos en la prevención de la fiebre reumática.—En este sentido debemos esforzarnos: primero, en prevenir las recidivas posibles en aquellos individuos que han padecido un ataque de fiebre reumática, y segundo, en evitar el primer ataque de fiebre reumática en sujetos que padecen infecciones respiratorias por estreptococo A.

En el primer aspecto pueden emplearse tres tipos de tratamientos: las sulfamidas, la penicilina oral o la penicilina intramuscular retardada (benzetacil). La administración de sulfas a dosis pequeñas y de modo continuado (1 gr./día) dió buenos resultados durante la guerra en el ejército norteamericano, pero tiene el inconveniente de ser bacteriostática y no bactericida, con lo cual no se eliminan los estreptococos existentes en la rinofaringe. Además puede ser peligrosa (agranulocitosis), origina razas resistentes, y el enfermo puede olvidarse o cansarse de tomar durante un tiempo indefinido las pastillas. La penicilina oral puede administrarse a dosis más bajas del 1.000.000 de unidades diarias recomendado por MASSEL, DOW y JONES: seguramente dosis diarias de 100.000 a 300.000 unidades son suficientes. Tiene la ventaja de su nula toxicidad, no originan razas resistentes y es bactericida, pero tiene el inconveniente de ser un procedimiento caro, y de irregular absorción. El procedimiento de elección consiste, pues, en la inyección una vez al mes de benzetacil (1.200.000 unidades), con lo cual se obtienen niveles en sangre suficientemente altos para evitar las faringitis estreptocócicas. En cuanto a la prevención del primer ataque, debe realizarse un tratamiento penicilínico suficiente para eliminar todos los estreptococos A en las faringitis estreptocócicas. Sin embargo, como en el 38 por 100 de los enfermos que padecen el primer brote reumático, la infección estreptocócica pasó inadvertida, es obvio que en el caso mejor sólo podrán evitarse mediante el tratamiento antibiótico poco más de la mitad de los casos.

Ayuda del laboratorio en el diagnóstico de la fiebre reumática y en la valoración de su actividad.—El laboratorio puede ayudar al diagnóstico de la enfermedad reumática, y, además, da pruebas de su actividad. Ni en uno ni en el otro sentido existe ninguna reacción verdaderamente específica, lo que pudiera ser el Wassermann del reumatismo; pero sí disponemos de algunas de cierto valor práctico.

En cuanto al diagnóstico de la enfermedad, tienen valor las pruebas encaminadas a demostrar la existencia de anticuerpos circulante contra el estreptococo A, especialmente la antiestreptolisina-O, y, también, aunque menos prácticas, la anti-estreptokinasa, anti-hialuronidasa estreptocócica y anti-desoxirribonucleasa. El título de antiestreptolisina-O tiene la ventaja sobre las otras

pruebas de ser fácil de realizar y de resultados seguros. Actualmente existe en el comercio el antígeno de la reacción (estreptolisina-O) y, por tanto, todo se reduce a ver cuál es la máxima dilución del suero capaz de impedir la lisis de los glóbulos rojos por una unidad de estreptolisina-O. Los enfermos de fiebre reumática presentan en su suero un título elevado de tales anticuerpos desde el principio en el 80-90 por 100 de los casos. El estudio realizado por los autores en 80 casos les lleva a la conclusión de que si el título del suero es de 1/500 (= 500 unidades de antiestreptolisina), debemos pensar en la existencia de una infección estreptocócica reciente, y, por tanto, en el diagnóstico de fiebre reumática si la clínica lo hace sospechar. La actividad de la enfermedad reumática puede valorarse por el estudio de la velocidad de sedimentación, la anemia, la leucocitosis, y también por la reacción de Weltmann, determinación de la mucoproteína del suero, nivel sérico del inhibidor no específico de la hialuronidasa, complemento del suero, actividad bactericida de la sangre contra el b. subtilis, reacción de precipitación del suero con una sal de amonio cuaternario, reacción coloreada del suero con la difenilamina, y, sobre todo, determinación de la proteína-C reactiva, fracción sérica capaz de precipitar con el llamado polisacárido C del neumococo. Actualmente se dispone en el comercio de un antisero de conejo, específico de la proteína C reactiva, por lo que la reacción de precipitación es extraordinariamente sencilla.

Recientes avances en el diagnóstico de la cardiopatía reumática.—Se requiere en primer lugar reconocer la etiología del proceso, y después valorar el grado de afectación miocárdica, endocárdica y pericárdica, lo cual se deduce de un estudio completo del enfermo. El autor recalca el cuidado con que deben interpretarse los soplos, por la frecuencia con que se presentan con carácter funcional en los sujetos jóvenes y en los niños. Tiene interés el diagnóstico entre la estrechez mitral y la cohe lesión mitral en orden al tratamiento quirúrgico. Se revisan los siguientes métodos diagnósticos: examen físico y trazados de baja frecuencia; auscultación y fonocardiografía; electrocardiografía, vectorcardiografía y balistocardiografía; trazados de presión auricular izquierda; esofagocardiogramas; radiokimogramas electrokimogramas y radiografías. Si existe una insuficiencia mitral asociada, aparece un trazado de presión auricular de tipo ventricular, en platillo, originado por la onda de presión que causa expansión sistólica de la aurícula, y que puede detectarse por esofagocardiografía, radio y electro-kimografía, medida directa de la presión auricular y exploración digital. El método más recomendable es la medida de la presión auricular. Finalmente, se discuten los medios auxiliares de que disponemos hoy día para el diagnóstico de otras lesiones valvulares asociadas (aórticas, pulmonares y tricúspides).

Tratamiento de la fiebre reumática.—Se revisa el resultado proporcionado por los nuevos tratamientos en la fiebre reumática, subrayando la importancia de eliminar las infecciones por estreptococo hemolítico con el uso de antibióticos. Se discute la utilidad con respecto a la carditis reumática de la cortisona y ACTH, y de los salicilatos, concluyendo que debe emplearse el siguiente plan de tratamiento:

1) Penicilina desde el principio en dosis suficientes para eliminar las infecciones por estreptococo hemolítico, y después como profiláctico.

2) Si no hay signos y síntomas de carditis debe emplearse el salicilato, pero si existe evidencia de carditis debe comenzarse a administrar cortisona en dosis de 300 miligramos diarios (por boca) durante seis semanas, después de lo cual la dosis se reduce a media tableta diaria (12,5 mg). Debe administrarse simultáneamente cloruro potásico (1 gr. dos o tres veces después de las comidas) para evitar la hipokalemia, suprimiendo totalmente la sal y disponiendo un régimen alimenticio que aporte menos de 50 mg. de Na diarios. Suele ser suficiente con seis semanas de tratamiento, pero si la velocidad y la proteína C reactiva continúan indicando actividad, puede prolongarse el tratamiento. A veces, des-

pués de suspender el tratamiento hormonal se produce un "fenómeno de rebote", esto es, vuelve a presentarse la fiebre, molestias articulares, la velocidad se eleva y la proteína C reactiva se hace positiva. No se conoce aún bien el mecanismo de dicho fenómeno; pero, desde luego, no suele requerir más tratamiento. Para evitar este fenómeno del rebote recomiendan continuar unos días con salicilato (tres semanas).

Selección de los enfermos para la comisurotoma mitral.—Clasifica los enfermos en asintomáticos (que no deben ser sometidos a la intervención en vista de los peligros de la misma), "el enfermo ideal", con estenosis pura, síntomas de congestión pulmonar (disnea, tos, hemoptisis, crisis de edema pulmonar, etc.), sin síntomas de insuficiencia derecha, sin actividad reumática y sin otras valvulopatías asociadas y, finalmente, los enfermos con insuficiencia congestiva severa. Estos últimos presentan mayor riesgo quirúrgico, pero pueden ser intervenidos después de mejorar la insuficiencia congestiva con tratamiento médico. Algunos casos, sin embargo, no son susceptibles de control por procedimientos puramente médicos, habiéndose creído que entonces existen cambios irreversibles en el círculo menor que contraindica la comisurotoma. Sin embargo, algunos de estos enfermos han sobrevivido a la intervención y han mejorado, por lo que el autor recomienda aun en estos casos la comisurotoma, como "cirugía salvaje"; esto es, con el mismo espíritu que puede preconizarse la cirugía del cáncer. Existen, además, ciertos factores que pueden afectar la selección de los enfermos para la intervención, como, por ejemplo, la edad, ya que por debajo de los veinte años la mayor parte de las veces las molestias se deben a la actividad reumática, afectación miocárdica, insuficiencia mitral asociada, etc.; lo cual hace al caso inoperable; y por encima de los cincuenta, el riesgo quirúrgico se multiplica. La actividad reumática contraindica también la intervención, si bien se ha observado que el 45 por 100 de los apéndices auriculares extirpados en enfermos intervenidos como "sin actividad", tenían cuerpos de Aschoff. La insuficiencia mitral asociada contraindica también la intervención, pero no el simple hallazgo de sclops sistólicos apicales, ya que estos pueden deberse simplemente a la estenosis, por lo cual es necesario aclarar el caso mediante otras técnicas (angiocardiografía, cateterización, etc.) La coexistencia de una estenosis aórtica hoy día no contraindica la intervención, ya que se disponen de medios para dilatar la válvula aórtica, si después de la intervención sobre la mitral se aprecia thrill a la palpación de la válvula aórtica. La mortalidad (de un 10 por 100 en estos casos) es mucho menor a la de la operación de la estenosis aórtica aislada, ya que en este caso el ventrículo izquierdo se halla muy hipertrofico y tiende a fibrilar, siendo entonces más difícil el masaje cardíaco y la desfibrilación eléctrica. La insuficiencia aórtica supone una contraindicación para la comisurotoma mitral, así como también la existencia de una endocarditis bacteriana subaguda. El embarazo no contraindica (si la lesión mitral es muy grave) la intervención, así como tampoco la calcificación de la válvula mitral a pesar del riesgo de embolia y la dificultad técnica que supone. Finalmente, la fibrilación auricular y las embolias tampoco suponen contraindicación para la comisurotoma, preparando siempre antes al enfermo (en el primer caso) con digital, a fin de reducir antes de la intervención la frecuencia cardíaca.

Tratamiento quirúrgico de la cardiopatía reumática. Los autores realizan una revisión del tratamiento quirúrgico de las distintas lesiones valvulares reumáticas, desde que en 1913 TUFFIER realizó la primera valvulotomía en un enfermo con estenosis aórtica, mediante la dilatación del orificio aórtico con el dedo, invaginando la pared de la aorta. La estenosis aórtica fué posteriormente combatida quirúrgicamente por GLOVER mediante la introducción a través de la carótida de un instrumento dilatador, y posteriormente (1951) por NIEDNER mediante un fino estilete introducido a través del ventrículo izquierdo, junto al septum. Ultimamente, BAILEY

y colaboradores han introducido un nuevo instrumento, que se introduce a través del ventrículo o de la aorta. Aún no se dispone de ningún método eficaz para corregir quirúrgicamente la insuficiencia aórtica, habiéndose ensayado diversos procedimientos (BAILEY y HUFMAGEL). La cirugía de la válvula mitral, en cambio ha proporcionado éxitos rotundos mediante la valvuloplastia de Tarken o la comisurotoma de Bailey, a condición de plantear acertadamente la indicación quirúrgica. Por último, la corrección quirúrgica de la insuficiencia mitral se halla actualmente en estudio. Se han ensayado técnicas consistentes en la introducción transventricular de injertos libres de venas o de pericardio o incluso el uso de válvulas plásticas. Posiblemente el progreso de la cirugía cardíaca a cielo abierto mediante la oxigenación extracorpórea de la sangre, y la hipotermia, pueda conducir a una nueva era de la cirugía cardíaca, en la que se consigna el tratamiento eficaz de las insuficiencias valvulares.

Manifestaciones clínicas y de laboratorio del síndrome postcomisurotoma.—De 16 enfermos en los que se practicó la comisurotoma mitral se produjo en 10 el síndrome postcomisurotoma en un plazo que oscilaba entre los diez días y los siete meses después de la operación, presentando algunos casos ataques múltiples. El síndrome consiste en dolor torácico, fiebre, tos, hemoptisis, disnea y artralgias. Se puede demostrar la existencia de pericarditis y pleuritis en estos casos, con leucocitosis y aumento de la V. de S. Los estudios bacteriológicos fueron negativos y el tratamiento y profilaxis con penicilina fueron seguidos del fracaso. Los salicilatos, en cambio, abreviaron el curso de la enfermedad. El test de la proteína-C-reativa fué, según los autores, el más útil en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Probablemente el síndrome postcomisurotoma representa simplemente una forma limitada de pleuritis y pericarditis inducida por el trauma quirúrgico en enfermos con cardiopatía reumática.

Biopsia renal en el diagnóstico del lupus eritematoso disseminado.—La sospecha clínica de lupus eritematoso disseminado suele confirmarse por el hallazgo del fenómeno L. E. y por la disminución en la reducción del neotetrazonum por los leucocitos del enfermo. Cuando estos tests son negativos, el diagnóstico no suele hacerse hasta que se realiza la necropsia, puesto que la biopsia cutánea tampoco es decisiva a este respecto. El enfermo observado por los autores tenía negativos los tests de laboratorio, pero el diagnóstico pudo confirmarse ante-mortem mediante el estudio histológico de una biopsia renal tomada con la aguja de Silverman. En ella se encontraron las típicas lesiones glomerulares en asa de alambre, por lo que los autores creen que este método es de gran valor diagnóstico.

Trombosis bilateral de las venas renales y síndrome nefrótico.—Fué SHATTECK el primero en observar la existencia de un síndrome nefrótico por trombosis bilateral de las venas renales (1913); desde entonces, algunos autores han observado casos similares e incluso se ha podido obtener experimentalmente. ROWNTREE y colaboradores (mediante la constricción bilateral incompleta de las venas renales en los animales) obtuvieron un cuadro muy similar al de la nefrosis, subrayando la importancia del establecimiento de una circulación colateral a través de las venas capsulares, ováricas, adrenales lumbares y ureterales. Los autores estudian el caso de un hombre que falleció como consecuencia del síndrome nefrótico ocasionado por la trombosis de ambas venas renales, en el cual existían, además, lesiones de arteritis necrotizante en varios órganos. A continuación discuten las posibilidades patogénicas del caso.

Sensibilidad selectiva de las células de Purkinje del cerebelo.—Se conoce desde hace tiempo la sensibilidad colectiva de diversas porciones del neuroeje a algunas influencias exógenas o endógenas: son ejemplos de ello la alteración de la sustancia nigra por el virus de la encefalitis, la del asta anterior por el de la poliomiелitis, la

de los ganglios basales por la intoxicación con óxido de carbono o por metales (Cu, Mn) y la de la formación reticular por el éter y los barbitúricos. En este sentido es interesante el que los autores hayan encontrado dos casos que presentaban síntomas cerebelosos después de episodios de hiperpirexia, debido a la afectación electiva de las células de Purkinje. Denominan a este nuevo cuadro con el nombre de "síndrome parenquimatoso cerebeloso no progresivo asociado a involución selectiva de las células de Purkinje", y con este motivo realizan una revisión de la literatura pertinente.

Afectación del sistema nervioso autónomo en la neuropatía diabética. La diarrea como manifestación de la misma.—Por regla general suele olvidarse que la neuropatía diabética afecta con frecuencia al sistema nervioso autónomo, originando síntomas diversos entre los cuales destacan los gastrointestinales, urinarios y periféricos (diarrea, estreñimiento, retención urinaria, impotencia, alteraciones tróficas de las extremidades, etcétera). Se comunica la historia de un enfermo cuya diarrea era debida a la afectación de la innervación vegetativa del colon, y se discuten las posibilidades patogénicas. Probablemente la neuropatía se debe a una alteración metabólica del tejido nervioso asociada a la diabetes. El tratamiento debe dirigirse a controlar la diabetes y a combatir el mecanismo responsable de la afectación nerviosa, para lo cual se ha propuesto la administración de BAL o de extractos hepáticos. Con BAL el enfermo observó una mejoría parcial de sus molestias.

Deficiencia aislada de tirotrófina (monotrófica), con hipotiroidismo secundario.—Se conocen bien los casos de fracaso incompleto de la función adenohipofisaria afectando varias hormonas; pero, en cambio, son muy raros los de deficiencia solitaria o monotrófica de la prehipófisis. Entre ellas se han descrito casos de deficiencia en la hormona estimulante de células intersticiales, con eunucoidismo y fertilidad, y de deficiencia aislada de ACTH. Los autores estudian un caso de hipotiroidismo, debido a la deficiencia monotrófica de hormona tirotrófica, sin que existieran síntomas ni signos de insuficiencia adrenocortical o gonadal. Los síntomas del enfermo desaparecieron con la administración de tirotrófina, y probablemente se hallaba en relación el cuadro presentado por el enfermo con un período febril previo que fué diagnosticado de mononucleosis infecciosa. Existen pruebas de que la hormona tirotrófica es producida por algunos grupos específicos de células basófilas, por lo cual cabe la posibilidad de que la afectación selectiva de estas células (dejando indemnes los grupos celulares productores de las restantes hormonas) fuera la causa del síndrome.

Hipotensión ortostática y taquicardia ortostática.—RESCAN y colaboradores estudiaron, en 1952, 37 casos de hipotensión ortostática con anhidrosis e impotencia (síndrome de East y Bridgen), diferenciando dos tipos distintos: 1) En los que la hipotensión era debida a enfermedades conocidas (tabes, esclerosis en placas, enfermedades de Addison, hipopituitarismo, siringomielia, diabetes y hematomielia; y 2) Casos de origen desconocido. El autor estudia un caso perteneciente al segundo grupo que, presentaba hipotensión y taquicardia ortostática, anhidrosis, impotencia y nicturia, demostrando una disminución en el flujo plasmático renal y en la filtración glomerular, con eliminación disminuida de Na, Cl, y K. Se debe la hipotensión ortostática a una afectación del sistema nervioso simpático, probablemente a nivel de los centros simpáticos del hipotálamo. El tratamiento incluye fajas abdominales, vendas elásticas en las piernas, posición de trendelembour y administración de drogas simpático-miméticas (noradrenalina sobre todo), DOCA y sal.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

30 - 12 - 1954

Influencia de la investigación clínica y de laboratorio para establecer el tratamiento habitual del cáncer de vejiga. R. Baker.

Conceptos en el tratamiento de los desórdenes gastrointestinales funcionales. L. S. Kubie, T. P. Aimy, R. B. Hiatt, G. B. Koelle y S. G. Margolin.
Commemoración del C. Aniversario del nacimiento de Paul Ehrlich. I. Galdston, H. E. Riesser, O. Temkin, E. Joki y C. P. Rhoads.

American review of Tuberculosis.

79 - 6 - 1954

- Medios de carbón vegetal para el cultivo de bacilos tuberculosos. J. G. Hirsch.
- Estudio de los factores de la yema del huevo para el desarrollo de los bacilos tuberculosos. J. G. Hirsch.
- Uso del carbón vegetal en diluyentes para bacilos tuberculosos. J. G. Hirsch.
- Historia posterior de la tuberculosis pulmonar. IV. Tuberculosis muy avanzada. D. W. Ailing, N. S. Lincoln y E. B. Bosworth.
- Riesgo de contraer tuberculosis entre los hijos de padres tuberculosos. L. D. Zeidberg, A. Dillon y R. S. Gass.
- * Testosterona en la tuberculosis crónica. R. L. Griffith y R. H. Linn.
- Deambulación de enfermos con tuberculosis pulmonar al amparo de la quimioterapia. S. H. Dressler, E. M. Anthony, W. F. Russell, J. B. Grow, J. Denst, M. L. Cohn y G. Middlebrook.
- Tratamiento oral antimicrobiano de enfermos tuberculosos no hospitalizados. A. B. Robins, H. Abeles, A. D. Chaves, J. Breuer y D. Widelock.
- Estudios sobre genética de las micobacterias. R. Miller.
- Alergia tuberculínica después de la vacunación con BCG. B. Hewell y M. McLellan.
- Muerte hepática en un joven con arterioesclerosis pulmonar oculta e insuficiencia del corazón derecho. E. R. Christian.
- Soplo rudo de rueda de molino en la embolia gaseosa, observado en un caso de neumoperitoneo. B. O. Dubocky.

Testosterona en la tuberculosis crónica.—Tras discutir brevemente los efectos anabólicos de la testosterona estudian las observaciones realizadas en 17 enfermos varones a quienes se inyectó intramuscularmente esta droga, pareciendo que vale la pena probar esta droga en los sujetos que conviene obtener aumento de peso. La hormona fué bien tolerada durante períodos prolongados de tiempo. Aunque algunos casos obtuvieron buenos resultados con 25 mg. dos veces por semana, se sugiere la administración de 50 mg. tres veces en semana durante un período de prueba de uno-dos meses, para cuya fecha ya debe ser evidente si habrá aumento de peso.

British Heart Journal.

17 - 2 - 1955

- * Conducto arterioso permeable con hipertensión pulmonar. W. Whitaker, D. Heath y J. W. Brown.
- Calibración de un fonocardiógrafo electrónico. A. W. Sloan y J. R. Creer.
- * El tono diastólico precoz de la pericarditis constrictiva. P. Mounsey.
- * La hiperventilación de reposo en la enfermedad cardíaca congénita. R. J. Shephard.
- * El flujo sanguíneo en la aurícula derecha y en la cava superior en la insuficiencia tricúspide. O. Muller y J. Shillingford.
- Un método fotométrico para la estimación de la saturación de oxígeno de pequeñas muestras de sangre. L. Molineau y E. A. Pask.
- Algunas variaciones en la forma de la curva de presión en el ventrículo derecho humano. P. Harris.
- * Tumores secundarios del corazón y del pericardio. R. B. Goudie.
- * El electrocardiograma en la fibroelastosis endocárdica primaria. P. Viad, R. D. Rowe y J. D. Keith.
- * Estenosis valvular aórtica con coartación de la aorta. D. E. Smith y M. B. Mathews.
- * Trombosis de las arterias pulmonares principales. O. M. Gidson y G. Jacobson.
- * El electrocardiograma intracardiaco como ayuda en la cateterización cardíaca. D. Emslie Smith.
- El trazado de la presión intraauricular en la cardiopatía congénita. R. J. Shephard.
- * Los resultados de la valvulotomía en la estenosis pulmonar simple. M. Capbell y R. Brock.
- Latidos nodales supraventriculares precipitados por extrasístoles ventriculares con conducción retrograda. A. Schott.

Conducto arterioso persistente con hipertensión pulmonar.—Se describen ocho casos con persistencia del conducto arterioso y grave hipertensión pulmonar, en dos de los cuales se pudo hacer examen necrópsico. Los aspectos de esta anomalía congénita son lo suficiente-

mente definidos para que deba considerarse como una entidad específica. Disnea al esfuerzo, hemoptisis, cianosis e infecciones respiratorias recurrentes son los síntomas comunes. En el examen clínico los signos más característicos son los que se derivan de la hipertensión pulmonar, que fué el único diagnóstico clínico que pudo hacerse en este grupo de enfermos. Seis de los ocho enfermos estaban cianóticos, y en dos de ellos la cianosis era más acentuada en las extremidades inferiores. Aunque la cianosis puede aparecer o no, es de gran importancia cuando se localiza en las extremidades inferiores, ya que este signo es específico de la persistencia del conducto arterioso con hipertensión pulmonar, aunque puede estar exagerado si hay coartación de la aorta. Con la excepción de un soplo de Gibson, que es raro, los soplos basales son de poca importancia diagnóstica, ya que puede existir solamente un soplo sistólico o sólo uno diastólico, o bien sistólico y diastólico, o ninguno. Los ocho enfermos mostraban la evidencia electrocardiográfica de un predominio ventricular derecho, y dos tenían además un bloqueo de rama derecha. Radiográficamente, todos los enfermos tenían aumento de la silueta cardíaca, principalmente por hipertrofia ventricular derecha y aumento de la prominencia de la arteria pulmonar y de sus ramas con pulsación anormal, que no llegaba a ser danza hiliar. La angiocardiógrafa mostró una replección precoz de la aorta descendente, desde la arteria pulmonar en cinco casos. En cinco de los seis enfermos en los que se practicó el cateterismo cardíaco, el catéter pasó a través del conducto arterioso permeable a la aorta descendente, maniobra decisiva para el diagnóstico. En efecto, el complejo de Eisenmenger, los defectos auriculares o ventriculares con hipertensión pulmonar y la estenosis mitral con hipertensión pulmonar pueden ser difíciles de distinguir de la anomalía que se estudia en este trabajo, tanto desde el punto de vista clínico, cardiográfico y radiológico, pudiendo ser diferenciadas únicamente por la angiocardiógrafa y la cateterización cardíaca.

El tono diastólico precoz de la pericarditis constrictiva.—Un tono sobreañadido en la primera parte del diástole se oyó y recogió gráficamente en el fonocardiograma en 18 enfermos de un grupo de 22 con pericarditis constrictiva. El tono diastólico precoz variaba en intensidad y en carácter. El promedio de tiempo entre dicho tono y el comienzo del segundo fué de 0,1 segundo. Después de una operación cardíaca descompresiva el tono siempre se hacía más suave y el promedio del tiempo que mediaba entre él mismo y el segundo tono aumentó a 0,17 segundos. Se recogieron gráficamente registros simultáneos de la presión y fonocardiografía del corazón derecho, encontrándose que este tono coincidía con la disminución precoz de la presión característica de la pericarditis constrictiva. Otras observaciones indican que el tono coincide con la abrupta detención de la rápida recepción del ventrículo derecho. Las determinaciones de la presión en el corazón derecho y las observaciones directas del corazón al hacer la toracotomía sugieren que cuanto más lenta es la replección ventricular y, por tanto, menos brusca es la parada en dicha replección, menos probabilidades hay de que aparezca el tono diastólico precoz.

La hiperventilación de reposo en la enfermedad cardíaca congénita.—Los trazados de la respiración en reposo se han estudiado en 91 enfermos con cardiopatía congénita, y para facilitar el análisis los enfermos han sido divididos en cuatro clases: cianóticos centrales, cianóticos periféricos, acianóticos con aumento de la presión ventricular derecha y acianóticos con aumento del flujo pulmonar. Muchos enfermos muestran evidencia de hiperventilación en reposo. En los grupos cianóticos esto es debido a un aumento en el volumen periódico, más bien grande en los que presentan cianosis central. En los acianóticos, aquéllos con sólo un aumento en la presión ventricular derecha, muestran un trazado normal de la respiración, pero los que tienen un flujo pulmonar aumentado muestran cierto grado de hiperventilación asociada con una rápida frecuencia respiratoria.

El cálculo del equivalente ventilatorio muestra que en muchos casos la hiperventilación es ineficaz desde el punto de vista del recambio de oxígeno. La composición química de la sangre muestra cambios típicos de una hiperventilación de grado medio compensada. Hay un descenso del contenido en anhídrido carbónico y de la reserva alcalina, con cifras relativamente normales de la tensión de CO_2 y del pH en la sangre arterial. El examen de las variables que afectan al sistema respiratorio sugieren que la hiperventilación en los enfermos cianóticos es debida principalmente a una hipercapnia verdadera o relativa, mientras que en los enfermos con un aumento del flujo pulmonar se piensa que un aumento en la viscosidad de los tejidos pulmonares es la responsable de la superficialidad e ineficacia del tipo de respiración.

El flujo sanguíneo en la aurícula derecha y en la cava superior en la insuficiencia tricúspide.—Se describe una técnica para registrar los cambios instantáneos en el flujo sanguíneo de la cava superior a la aurícula derecha. El flujo sanguíneo en la cava superior y en la aurícula derecha es registrado en pacientes con y sin insuficiencia tricúspide. Normalmente, la mayor parte del paso de la sangre desde la cava superior a la aurícula derecha tiene lugar durante el sistole ventricular y el descenso de la base del corazón. En la gran insuficiencia tricúspide este paso se produce principalmente durante el diástole. Con pequeños grados de regurgitación tricúspide algún paso de la sangre desde la cava a la aurícula puede producirse al final del sistole. El volumen de la sangre regurgitada está relacionado estrechamente con la función elástica de la aurícula derecha y del sistole venoso.

Tumores secundarios del corazón y del pericardio.—Los tumores metastásicos del corazón y del pericardio se encuentran en un 10 por 100, aproximadamente, de todos los enfermos que mueren por una enfermedad maligna. El carcinoma bronquial es la localización primaria más frecuente. Las manifestaciones clínicas de estos tumores son raras y son más bien debidas a la pericarditis que a un efecto directo del tumor. Se describe con cierto detalle un caso demostrativo.

El electrocardiograma en la fibroelastosis endocárdica primaria.—Se analizan 33 electrocardiogramas completos de casos de fibrosis endocárdica primaria, cuyo diagnóstico fué confirmado en la necropsia. Se encontró una frecuencia alta (16 casos) de predominio ventricular izquierdo en corazones con posición eléctrica vertical o semivertical. La hipertrofia ventricular derecha se encontró en cuatro casos, y puede o no ser reemplazada más tarde por la hipertrofia ventricular izquierda o presentarse como una hipertrofia combinada de ambos ventrículos (tres casos). Se halló una alteración frecuente de la onda P (14 casos), indicando una hipertrofia o dilatación de una de las aurículas aisladamente o bien de las dos simultáneamente. Se resalta el valor del ECG para el diagnóstico diferencial de este proceso con otras afecciones clínicas similares en la infancia.

Estenosis valvular aórtica con coartación de la aorta. Se comunican cinco casos de estenosis valvular aórtica con coartación de la aorta. En tres de ellos se hizo necropsia y en los otros dos había evidencia radiológica de calcificaciones de las válvulas aórticas. Igualmente se revisan 24 casos similares con control necrópsico. De los 27 casos con necropsia, 20 tenían una válvula aórtica bicúspide. En cinco casos de los seis en los que se hizo un estudio microscópico, la ausencia de estigmas reumáticos se tomó como indicador de que la válvula bicúspide era de naturaleza congénita y la estenosis no reumática. En otros siete casos, los autores que las comunican consideran que la válvula bicúspide era congénita y solo en un caso se demostró microscópicamente que dicha anomalía surgió de la fusión de dos de las tres valvas. Se concluye que idea de PEACOCK de que la degeneración en una válvula bicúspide congénita condu-

ce a la larga a la estenosis es correcta. La frecuencia de la válvula bicúspide congénita asociada a la coartación, su anormal estructura y las grandes presiones a las que la válvula aórtica está sometida en casos de coartación de la aorta, son los factores responsables para el desarrollo de la estenosis aórtica en la coartación.

Trombosis de las arterias pulmonares principales.—La oclusión trombótica masiva de las arterias pulmonares principales es un proceso raro que aparece aproximadamente en un 5 por 1.000 de las autopsias. Como un síndrome de significación clínica, es probablemente muy raro. Ocasionalmente es responsable de un cuadro de cor pulmonale crónico y la aparición de soplos y thrills sugieren el diagnóstico de una afección cardíaca congénita. El proceso debe ser considerado al hacer el diagnóstico diferencial de la obstrucción vascular pulmonar y una historia previa que sugiera embolismo pulmonar o infartos debe suministrar bases para el diagnóstico. No hay signos típicos específicos que permitan hacer el diagnóstico con certeza y los casos agudos recuerdan el embolismo pulmonar masivo. Los aspectos radiológicos son importantes en el diagnóstico, pero pueden ser difíciles de interpretar en presencia de lesiones pulmonares o cardíacas concomitantes. Cuatro casos crónicos y cinco subagudos son descritos, y los trabajos previos son revisados brevemente. La importancia del embolismo pulmonar como iniciador de la trombosis es resaltada por los autores, pero algunos casos aparentemente son debidos a una trombosis in situ. No es posible determinar si el embolismo pulmonar ha ocurrido previamente, ya que sólo puede orientar una historia clínica previa sugestiva en este sentido. El examen patológico de los casos comunicados muestra que los trombos viejos estaban adheridos a la arteria pulmonar principal o a la bifurcación de la misma, y sobre ellos se habían formado trombos nuevos que al obliterar la circulación pulmonar habían sido causa de la muerte.

El electrocardiograma intracardiaco como ayuda en la cateterización cardíaca.—Se han realizado estudios electrocardiográficos intracardiacos en el curso de la cateterización cardíaca. El electrocardiograma normal en la aurícula derecha, en el ventrículo y en el seno coronario se describen junto con las presiones intracardiacas. El empleo de los ECG intracardiacos, más bien que los de derivaciones de superficie, disminuye los riesgos de la cateterización intracardiaca y ayuda a la prevención de los traumas tanto del endocardio como del seno coronario. Ayuda a la interpretación final de los trazados de presión por la localización gráfica de sus sitios de origen y por la indicación de las causas de ciertos trastornos comunes. La técnica descrita es simple y nada costosa.

Los resultados de la valvulotomía en la estenosis pulmonar simple.—La valvulotomía pulmonar es un tratamiento seguro y eficaz para la estenosis pulmonar simple con tabique interventricular cerrado, cuando dicha estenosis es lo suficientemente intensa para necesitar este tipo de intervención. Los 58 enfermos tratados en el Guy's Hospital se han seguido y se comunican junto con otros 34 casos en los que se obtuvieron resultados similares, con lo que se obtiene un grupo de 92 casos en total. En los casos cianóticos el cortocircuito puede ser siempre disminuido y con frecuencia abolido. El promedio de la saturación arterial de oxígeno subió desde 78 a 94 por 100 y con esto la policitemia desapareció: El flujo pulmonar aumentó desde los 2.5 a los 4.2 litros por minuto. En otros aspectos, los enfermos cianóticos y acianóticos son considerados juntos. Omitiendo los casos muy graves desde el principio, sólo ha habido tres muertes entre los 52 casos consecutivos (manos del 6 por 100). Los resultados clínicos son buenos en 46 de los 50 casos que sobrevivieron a la operación, y sólo en cuatro los resultados no fueron favorables. Esta impresión clínica está basada sobre la mejoría de los signos físicos. Cuando el corazón era grande, generalmente se

hace más pequeño. El promedio de disminución es cerca del 10 por 100, disminuyendo la relación cardíaco-torácica desde el 60 al 54 por 100. Cuando existía la evidencia de sobrecarga ventricular derecha en el registro electrocardiográfico, esta sobrecarga se hizo menor e incluso desapareció en muchos casos. La regresión de la sobrecarga ventricular derecha no puede, sin embargo, asegurarse antes de realizar la operación, sobre todo en aquellos casos de larga duración o cuando el corazón es muy grande. La valvulotomía para la estenosis pulmonar simple es una operación más satisfactoria que las operaciones anastómicas para la tetralogía de Fallot, ya que cumple más directamente el ideal de restaurar la dinámica del corazón a la normalidad.

The Lancet.

6.845 - 6 de noviembre de 1954

- La comunidad mal nutrida. B. S. Platt.
- * Acción antitiroidea del ácido para-aminosalicílico. A. G. MacGregor y A. R. Somner.
- Historia natural y tratamiento de las reacciones hemolíticas a la transfusión. G. Discombe.
- * Pruebas anormales de tolerancia a la glucosa en enfermos tratados con sedantes. W. H. H. Merivale y R. Hunter.
- * Terapéutica con hierro intramuscular en las anemias ferropénicas. I. McL. Baird y D. A. Podmore.
- * Acción de la gonadotropina coriónica en los obesos. A. T. W. Simeons.
- Deterioración de las soluciones de adrenalina. D. E. Aggent y O. P. Dinnik.
- Férulas plásticas de polietileno moldeables por el enfermo. J. B. Brennan.
- * Sofocos paroxísticos y otros síntomas causados por la 5-hidroxitriptamina e histamina en enfermos con tumores malignos. B. Pernow y J. Waldenström.

Acción antitiroidea del ácido para-aminosalicílico.—Señalan los autores que de 83 enfermos tuberculosos tratados con para-aminosalicilato sódico durante cinco o más meses, 20 desarrollaron un bocio, a menudo con hipotiroidismo, lo que supone una incidencia del 23 por 100; también han visto nueve casos más en otros hospitales. Los estudios con iodo radioactivo demostraron alteraciones en la función tiroidea en todos los enfermos probados durante la administración del PAS; algunos enfermos exhibieron un patrón hipotiroideo en la eliminación de radioiodo, y en todos ellos menos uno se observó una avidez por el radioiodo del tiroideo al suprimir la droga. Los enfermos previamente no tratados mostraron una depresión de la función tiroidea bajo el tratamiento con el PAS. Añaden que aunque el estado bocioso e hipotiroideo inducido por el PAS es generalmente reversible por completo al suprimir la droga, creen que se debe administrar tiroxina a todos los enfermos en los que se aprecia un bocio o a los que se administra el PAS durante más de seis meses. Terminan diciendo que las observaciones en un enfermo sugieren que pueden provocarse alteraciones irreversibles por el empleo prolongado del PAS y los aspectos histológicos del tiroideo de un enfermo que había recibido más de 10 kilos de PAS correspondían a una extremada degeneración y desorganización.

Anormalidad de la prueba de tolerancia a la glucosa en enfermos tratados con sedantes.—Los autores han estudiado 16 enfermos a los que se administraba sedantes, principalmente barbitúricos, y encuentran anomalías evidentes en la prueba de tolerancia a la glucosa. No pueden dar una explicación definitiva de dichas anomalías aunque han investigado diferentes posibilidades. Sus resultados sugieren, sin embargo, que la administración barbitúrica debe tenerse siempre presente como causa posible de una anomalía en la prueba de tolerancia a la glucosa, y añaden que los barbitúricos no solamente interfieren con el apetito, efecto más pronunciado cuando se combinan con amfetamina, sino que tienen efectos directos sobre la utilización de la glucosa, lo cual debe tenerse presente en relación con la dosificación de insulina durante la medicación barbitúrica de los diabéticos.

Hierro intramuscular en la anemia ferropénica.—Los autores han ensayado un preparado de dextrán-hierro para su empleo parenteral. Los experimentos sobre la tolerancia en voluntarios fueron satisfactorios; el hierro, administrado parenteralmente, se absorbe perfectamente desde el sitio de la inyección intramuscular y es totalmente utilizado. Después de una inyección intramuscular de cuatro o cinco c. c. las cifras de hierro en el suero alcanzaron un nivel variable en uno o dos días y retornaban aproximadamente a lo normal al cabo de seis o siete días, tanto en los anémicos como en los sujetos sanos. No se vieron indicios de aumento en la eliminación urinaria de hierro después de la inyección del preparado. El hierro inyectado desaparece del suero más lentamente que lo hace el óxido sacarado de hierro.

Gonadotropina coriónica en los obesos.—Declara el autor que en la mayoría de los casos de obesidad la distribución del exceso de grasa se parece algo a la que se ve en el síndrome de Fröhlich y le ha parecido oportuno hacer una experiencia con la gonadotropina coriónica obtenida de la orina de mujer embarazada, que se ha venido aconsejando para el tratamiento de dicho síndrome. Inyecta 125 u. i. diarias junto con una dieta fuertemente restringida y observa que en los obesos se consigue que la grasa anormalmente depositada sea utilizada, permitiéndoles vivir confortablemente con una dieta de 500 calorías diarias durante varias semanas. Termina sugiriendo que la gonadotropina coriónica interviene específicamente en el control de la obesidad.

Paroxismos de sofocos y otros síntomas causados por la 5-hidroxitriptamina e histamina en enfermos con tumores malignos.—Los autores han demostrado la presencia de sustancias de caracteres similares a la 5-hidroxitriptamina (enteramina, serotonina) en la sangre y la orina de dos enfermos con carcinoides durante los ataques de sofoco. Además han visto cuadros similares, del que citan el ejemplo de un caso de tumor primario no localizado, pero evidenciado por la presencia de metástasis óseas y pulmonar que mostraba también un intenso enrojecimiento de la piel, y en dicho caso se aisló una sustancia que se comportó sobre la presión arterial del gato y el león aislado del cobaya como la histamina. Concluyen que la enteramina o sustancias relacionadas procedentes de los carcinoides difusos ("carcinoidosis") son fisiológicamente activas, y en tales casos el enrojecimiento constituye un importante signo diagnóstico.

6.846 - 13 de noviembre de 1954

- Actitudes legales en relación con la salud y los servicios de sanidad. G. Vickers.
- * Osteoesclerosis asociada con insuficiencia renal crónica. T. Crawford, C. E. Dent, P. Lucas, N. H. Martin y J. R. Nassim.
- Infección cruzada por estafilococo pyogenes. J. C. Gould y W. S. A. Allan.
- Curación de peritonitis por meconio. J. F. R. Bentley y D. J. Wterston.
- * Efectos de la cortisona y corticotropina sobre la corteza suprarrenal humana. H. B. Stoner y H. J. Whitelev.
- Reconstrucción de la arteria carótida interna. H. H. G. Eastcott, G. W. Pickering y C. G. Rob.
- * Aumento de tamaño súbito del tiroides. P. Menof.
- * Enterocolitis pseudomembranosa estafilocócica. E. Williams.

Osteoesclerosis asociada con insuficiencia renal crónica.—Los autores llaman la atención sobre el hallazgo paradójico de osteoesclerosis en algunos casos previamente descritos de insuficiencia renal crónica, y describen en este trabajo tres nuevos casos de dicha asociación. Solamente uno de ellos tenía un marcado aumento de tamaño de las paratiroides y mostraba una típica osteitis fibrosa además de la osteoesclerosis; pero los otros dos casos no tenían signos de hiperparatiroidismo. Añaden que los conocimientos actuales sobre el metabolismo óseo no son capaces de explicar dichos hallazgos en la insuficiencia renal. Subrayan que en dos de sus casos y posiblemente también en otros casos publicados, aunque no señalados específicamente, había unas extremidades desproporcionadamente largas y sugieren.

con alguna duda, que esto sería posiblemente, aunque raro, una evidencia de haberse presentado la insuficiencia renal crónica antes de que cesara el crecimiento de los huesos largos.

Efectos de la cortisona y corticotropina sobre la corteza suprarrenal humana.—Los autores describen los aspectos histoquímicos de la corteza suprarrenal en cuatro enfermos que murieron bajo el tratamiento con corticotropina, y en tres enfermos que murieron bajo el tratamiento con acetato de cortisona. Los primeros mostraban una evidente hipertrofia y aumento de su actividad, mientras que en los últimos había inactividad y atrofia. En este sentido insisten en que parece preferible la corticotropina a la cortisona en los casos donde se requiere un exceso de esteroides corticales circulantes, a menos que exista alguna contraindicación específica para la corticotropina (por ejemplo, hipersensibilidad), especialmente en enfermos en los que queda planteada en el futuro la posibilidad de una intervención quirúrgica.

Aumento súbito de tamaño del tiroides.—El autor declara que el aumento súbito de tamaño del tiroides está provocado por un exceso de noradrenalina en la sangre. Este fenómeno se observa en el curso de las infusiones de noradrenalina, durante los paroxismos de hipertensión en casos de feocromocitona y en el comienzo de la enfermedad de Graves. La hiperactividad reactiva del tiroides desciende la presión sanguínea elevada. Añade que como la presión sanguínea en la hipertensión esencial está elevada con toda probabilidad por la hiperactividad de la médula suprarrenal, la insuficiencia tiroidea, bien absoluta o relativa, es verosimilmente una causa de dicho trastorno. Finalmente declara haber obtenido resultados favorables en el tratamiento de 334 casos de hipertensión por medio de la administración de un extracto tiroideo.

Esterocolitis pseudomembranosa estafilocócica.—El autor describe un caso de enterocolitis estafilocócica pseudomembranosa consecutiva a la administración de aureomicina. El enfermo se recuperó después de un tratamiento a base de la suspensión de la aureomicina y de la administración de líquidos, junto con noradrenalina y eucortone por vía intravenosa, eritromicina por vía oral y parenteral, y bacitracina por vía oral. Subraya que no debe administrarse aureomicina ni terramicina sin que existan indicaciones claras de la necesidad de hacerlo.

6.847 - 20 de noviembre de 1954

- Fundamentos químicos, biológicos y fisiológicos de las nuevas suspensiones de insulina-cinc. K. Hallas-Moller.
- * Dolor facial atípico. A. M. G. Campbell y J. Lloyd.
- Úlcera péptica en Nigeria del Sur. P. G. Konstam.
- Tratamiento del tétanos. H. C. A. Lassen, M. Bjorneboe, B. Ibsen y F. Neukirch.
- * Encefalomiелitis asociada con el virus de la poliomielitis. E. D. Acheson.
- Corizas en el recién nacido. J. Apley, B. Laurance e I. F. MacMath.
- * El mecanismo de la acción bociógena en el ácido p-aminosalicílico. D. A. W. Edwards, E. N. Rowlands y W. R. Trotter.
- * Tratamiento con cortisona de la parálisis de Bell. D. Taverner.
- * Mononucleosis infecciosa. A. Holzel.
- El diagnóstico de la toxoplasmosis. F. E. Awad.

Dolor facial atípico.—Los autores describen un cuadro de dolor que se presenta en la cabeza o en la cara, de carácter ardiente y de diversa intensidad, incluso tan intenso que puede conducir al suicidio. La distribución del dolor no se confina a un nervio sensitivo, sino que ocupa un área amplia sobre el ojo, en las mejillas, nariz y mandíbula e incluso sobre la cabeza, occipucio y cuello, afectando en ocasiones también a las áreas preauriculares y mastoideas; en algunos enfermos duele también el paladar y las encías. Consideran que este tipo de dolor está relacionado con el sistema nervioso simpático en el cuello y a la liberación de un metabolito, que es la histamina. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la neuralgia del trigémino, pero carece del

carácter paroxístico de ésta; con la jaqueca, pero los dolores son completamente distintos y no se presenta nunca hemianopsia, escotomas, etc., e incluso los enfermos pueden presentar simultáneamente los dos cuadros; también hay que hacer la diferenciación con el aneurisma de la carótida, pero faltan los signos neurológicos y la parálisis del tercer par, y siempre que haya duda debe recurrirse a la arteriografía; también hay que hacer la diferenciación con el síndrome de Costen o una malfunción de la articulación temporomandibular, pero este tipo de dolor es mucho más localizado al área de la articulación y no hay evidencia de trastornos simpáticos. La base de su tratamiento ha sido el romper el círculo vicioso en el lado eferente o aferente; cualquier interrupción en el lado aferente, tal como la sección del nervio auricular mayor, probablemente será desfavorable, y según ellos, la terapéutica más útil ha sido la inmovilización del cuello, aunque algunos casos requieren tratamientos diferentes. Señalan que sus argumentos todavía incluyen algunos factores no demostrados o explicados adecuadamente y están a la espera de estudiar más casos en el futuro.

Encefalomiелitis asociada con el virus de la poliomielitis.—El autor describe 14 casos de encefalomiелitis en una residencia de enfermeras. Los rasgos característicos fueron el intenso dolor muscular, la rigidez del cuello, afectación difusa, pero leve, del sistema nervioso central y un líquido cefalorraquídeo normal. En las heces de una enferma se aisló el virus de la poliomielitis tipo 3. Compara los casos con los correspondientes a la poliomielitis típica y a la mialgia epidémica y hace notar la semejanza existente entre los casos referidos aquí y aquellos de cuatro epidemias atípicas recientes. Termina diciendo que si los casos se debían a la infección con el virus de la poliomielitis, deben revisarse los criterios sobre los cuales habrá de hacerse este diagnóstico.

Acción bociógena del ácido p-aminosalicílico.—Los autores han podido ver que el ácido p-aminosalicílico inhibe la ligación orgánica del yodo en la síntesis de la hormona tiroidea. No tiene efecto sobre el mecanismo de concentración del yodo en el tiroides o en la glándula salivar. Finalmente discuten la incidencia y prevención del bocio provocado por la administración del PAS, atribuyendo la baja incidencia de bocio y mixema a que, por una parte, se trata de un inhibidor relativamente débil y, por otra, a que los niveles en el plasma descienden rápidamente después de una dosis terapéutica. El trastorno cede por la administración de hormona tiroidea, pero no por el yodo.

Cortisona en la parálisis de Bell.—El autor relaciona al azar 14 enfermos de un total de 26, con parálisis de Bell, para su tratamiento con cortisona en el plazo de diez días desde el comienzo del proceso. Considera como fracasos a los enfermos en los que apareció evidencia electromiográfica y clínica de denervación. Este fenómeno se presentó en cuatro de los casos tratados, y en cuatro de los 12 controles. El tiempo medio necesario para la curación completa de los casos de óxido fué de sesenta y tres días en el grupo tratado, y de sesenta y nueve días en el grupo control. En vista de ello concluyen que un gramo de acetato de cortisona por vía oral no disminuye la incidencia de denervación en la parálisis de Bell, ni acelera la recuperación en los enfermos sin denervación.

Un signo clínico precoz de la mononucleosis infecciosa.—El autor describe la presentación de una erupción petequeal en el paladar blando como una manifestación precoz de la mononucleosis infecciosa. Los depósitos purpúricos varían en número y, ligeramente, en tamaño. Se localizan en la unión del paladar blando con el duro en un área de forma semilunar y aparecen entre el tercero y el séptimo días de la enfermedad, para desaparecer al cabo de tres o cuatro días.

6.848 - 27 de noviembre de 1954

- Evaluación clínica de los remedios. F. H. K. Green.
- * Tratamiento de la meningitis tuberculosa sin terapéutica intratecal. J. M. Smellie.
- Diagnóstico del absceso piógeno del hígado. W. A. Bourne.
- * Agammaglobulinemia. N. H. Martin.
- Aclaramiento renal del porfobilinógeno endógeno en el hombre. A. Goldberg.
- Tartrato de pentolinium en la hipotensión controlada. G. E. H. Enderby.
- La cápsula de la próstata. S. Power.
- * Empleo de gel de corticotropina como prueba de la función corticosuprarrenal. J. D. N. Navarro.
- Influencia del jugo gástrico sobre el metabolismo tisular. G. Dominici, G. Oliva y C. Tramontana.
- Cretinismo múltiple en una familia. J. B. C. Nabney.
- Virus de la rubeola en cultivo de tejidos. S. G. Anderson.

Tratamiento de la meningitis tuberculosa sin terapéutica intratecal.—Basado el autor en la rápida difusión hacia el líquido cefalorraquídeo de la isoniazida cuando se administra por vía oral, le ha parecido justificado emplear la terapéutica con esta droga junto con estreptomycin, pero sin utilizar la vía intratecal. De esta manera ha administrado diariamente 20 miligramos por libra de peso de estreptomycin distribuida en dos dosis por vía intramuscular y cuatro miligramos de isoniazida por libra de peso al día, distribuidas en cuatro dosis por vía oral. Así ha tratado 15 niños, con un resultado excelente, y en ninguno de ellos ha sido necesario utilizar la terapéutica con estreptomycin por vía intratecal.

Agammaglobulinemia.—Declara el autor, en primer lugar, que la ausencia de gammaglobulina en el suero circulante no se asocia uniformemente con un aumento de la susceptibilidad a las infecciones. La razón de esto puede residir en que el déficit principal en las agammaglobulinemias es de la gamma-2, aunque algunos anticuerpos se concentran preferentemente en la fracción gammal-1. Ha analizado cuatro niños prematuros y observa una ausencia casi total de la gammaglobulina hacia la semana 26, y en vista de ello sugiere que la anomalía descrita, tanto en el niño como en el adulto, representa una persistencia del patrón fetal.

Gel de corticotropina como una prueba de la función corticosuprarrenal.—Estudia el autor la respuesta de la corteza suprarrenal a la administración de un gel de corticotropina y describe su empleo como una prueba diagnóstica de la función corticosuprarrenal. Para apreciar la respuesta utiliza las modificaciones en el recuento absoluto de eosinófilos, el cociente sodio/potasio en la orina y la eliminación de 17-cetoesteroides. Subraya que la ausencia de cualquier cambio significativo en estos índices después de tres inyecciones de 120 unidades de gel de corticotropina en días consecutivos apoya fuertemente el diagnóstico de enfermedad de Addison, y que enfermos con atrofia corticosuprarrenal secundaria responden rápidamente al gel de corticotropina en dicha dosificación.

British Medical Journal.

4.896 - 6 de noviembre de 1954

- Exploración de la célula en salud y enfermedad. G. R. Cameron.
- * Nefritis pierde-potasio presentada como un caso de parálisis periódica. B. M. Evans y M. D. Milne.
- * Semejanza de la sintomatología del síndrome premenstrual y de la toxemia del embarazo y su respuesta a la progesterona. K. Dalton.
- * Comunicación sobre el empleo de gamma-globulina y suero de adultos para la profilaxis del sarampión en Inglaterra y Gales, 1949-53. J. C. McDonald y W. Chas Cockburn.
- * Leucemia y embarazo. J. Allan.
- Paludismo congénito en Inglaterra. S. B. Dimson.
- El valor de la radiología en la hemorragia antepartum. J. Dawson y P. R. Mitchell.
- Un método rápido y sencillo para la determinación de la glucemia. J. Lee.
- Fenilbutazona y función renal. B. McD. Johnson e I. M. Larkin.
- Epitelioma escamoso debido probablemente a pomada de brea en un caso con psoriasis. J. O'D. Alexander y K. I. Macrosson.

Nefritis con pérdida de potasio presentada como un caso de parálisis periódica.—Los autores describen un caso de pielonefritis crónica en el que la pérdida de potasio por la orina provocó una parálisis hipokálmica periódica que dominaba el cuadro clínico. Se determinó por datos de balance que había un déficit de aproximadamente 1.500 m. E. q. de potasio, equivalente al 40 por 100 de la cantidad total normal de potasio en el organismo. Discuten el diagnóstico diferencial entre la parálisis hipokálmica de tipo familiar y el secundario a un trastorno renal. No dan explicación para los efectos diferenciales de la pielonefritis crónica sobre la función tubular renal.

Semejanza de la sintomatología del síndrome premenstrual y de la toxemia del embarazo y su respuesta a la progesterona.—La autora ha realizado una investigación sobre la incidencia del síndrome premenstrual en 952 mujeres, y encuentra una alta incidencia del 86 por 100 entre aquellas que habían padecido toxemia del embarazo, en comparación con el 26 por 100 de controles. Refiere un estadio de síntomas ligeros precedido al comienzo de los signos tóxicos, y estos mismos síntomas son los que aparecían en el premenstruo. Las observaciones realizadas en mujeres que padecían el síndrome premenstrual demostraron la presencia de edema, hipertensión y albuminuria en el premenstruo y la desaparición espontánea de estos síntomas con la menstruación. Tanto el síndrome premenstrual como la toxemia del embarazo presentan tres estadios en su desarrollo: un estadio de síntomas, seguido de signos (edema, hipertensión y albuminuria) y culminando en ataques, bien de tipo epiléptico o eclámpico. Basándose en el éxito del empleo de la progesterona en el síndrome premenstrual, sugiere un esquema de tratamiento para la toxemia, basado en el reconocimiento del estadio sintomático precoz y, finalmente, refiere el haber obtenido el éxito con el tratamiento con progesterona en 10 casos de toxemia de intensidad moderada, y en uno, de carácter grave.

Gamma globulina y suero de adultos en la profilaxis del sarampión.—Los autores refieren el empleo de profilácticos para el sarampión en un gran número de casos. Confirman la superioridad de la gamma-globulina sobre el suero de adultos en este sentido. Añaden que el sarampión, aunque no pudo prevenirse invariablemente por medio de grandes dosis, se evitó o modificó generalmente por dosis relativamente pequeñas de gamma-globulina. Con pocas variaciones, el efecto profiláctico de la gamma-globulina varió directamente en proporción a la dosis utilizada e inversamente con la edad del niño inoculado y la duración del tiempo entre la exposición y la inoculación; el efecto de la demora entre la exposición y la inoculación no fue aparente en niños menores de un año de edad, y solo ligeramente en los niños entre uno y tres años. A continuación declaran que el empleo de la gamma-globulina para la profilaxis del sarampión debe restringirse a los niños débiles o que padecen alguna enfermedad o los que viven en casas o instituciones en malas condiciones y para impedir la difusión del sarampión en las salas de niños donde se presenta algún caso; sólo se dará a los niños menores de seis meses de edad cuyas madres no han tenido sarampión. Sugieren que el suero de adultos no tiene valor suficiente en la profilaxis del sarampión para justificar el riesgo de la hepatitis sérica que lleva consigo.

Presentación familiar de la espondilitis anquilosante.—La presentación de embarazo en mujeres leucémicas es muy rara; el porvenir para la madre y el niño es mejor en la forma crónica que en la aguda. En todos los casos hay una incidencia significativa de parto prematuro, pero la hemorragia, bien ante-o postpartum, no es tan frecuente como se pensaba. La mayoría de las enfermas con leucemia crónica sobreviven al embarazo y al parto, pero algunas de ellas se colapsan con facilidad y extensión inevitable del proceso leucémico. El interrumpir o no el embarazo dependerá fundamentalmente del caso individual; pero, en general, hay la opinión del que

el shock de la interrupción es tan grande como el del parto y, por tanto, debe permitirse que continúe el embarazo. La mortalidad fetal, aunque considerable, es moderada cuando uno considera la presentación relativamente alta de premadurez. El tratamiento de la anemia y medidas antileucémicas refuerzan las posibilidades de supervivencia fetal. Describe cuatro casos de leucemia mieloide crónica asociada con embarazo. Dos de las enfermas estuvieron embarazadas dos veces durante el curso de la enfermedad. Discuten los efectos de la leucemia sobre la madre y el feto, y asimismo la cuestión de si el embarazo tiene efectos indeseables sobre la leucemia. Finalmente llaman la atención sobre la dificultad de apreciar la esplenomegalia en presencia de un útero grávido.

4.897 - 13 de noviembre de 1954

- Corea de Huntington en Northamptonshire. M. J. Pleydell.
- * Gastrectomía parcial: Diez años después. C. Wells e I. W. MacPhae.
- Una investigación longitudinal en el desarrollo de niños y algunos de sus problemas. T. Moore, C. B. Hindley y F. Falkner.
- * Seis casos de carcinoma del esófago presentados en una familia. C. A. Clarke y R. B. McConnell.
- * Presentación familiar de la espondilitis anquilosante. J. H. Jacobs y F. Clifford Rose.
- * Lupus eritematoso difuso agudo. H. L. Matthews y M. J. Meynell.
- * Sarcoidosis difusa asociada con hipopituitarismo e insuficiencia renal terminal. T. K. Owen y J. Henneman.
- Seis casos de escorbuto infantil. G. Howells, P. E. S. Palmer y W. H. St. John-Brooks.
- La falacia de la lengua saburral. B. Gans.
- Respuesta a la toxina de Schick en niños indios inmunizados naturalmente. D. C. Lahiri.
- * Escorbuto simulando una neoplasia gástrica. K. E. Dewhurst.
- Escorbuto en la ancianidad. W. Hughes y D. C. MacLennan.
- Kwashiorkor en un niño africano de tres meses de edad. L. G. MacDougall.

Gastrectomía parcial.—De un total de 119 enfermos tratados por gastrectomía parcial a consecuencia de una úlcera péptica diez o más años antes, los autores han examinado regularmente a 75 enfermos y han estudiado su curso. Llegan a las siguientes conclusiones: 1) Con cualquier tipo de anastomosis, la incidencia de recidiva de las úlceras varía inversamente con la extensión de la resección gástrica. 2) Con el tipo Polya de anastomosis, la incidencia de vómitos biliosos y síntomas asociados varía directamente con la extensión de la resección gástrica. 3) Pueden no presentarse síntomas serios postgastrectomía hasta varios años después de la operación. 4) Si no se restablece la continuidad directa gastroduodenal en el momento de la operación, es fácil que se presente una anemia hipocrómica; y 5) A su juicio, lo más indicado es una resección gástrica más limitada, pero combinada con vagotomía y anastomosis gastroduodenal.

Seis casos de carcinoma del esófago en una familia.—Los autores presentan un árbol genealógico con seis casos de carcinoma del esófago en dos generaciones. Pienzan que en esta familia la enfermedad se debía a un gene dominante simple y discuten el posible papel desempeñado por factores ambientales. Espera que otros autores refieran observaciones similares, puesto que la información combinada sobre las distintas familias puede ser de gran valor para determinar los factores responsables de la enfermedad.

Presentación familiar de la espondilitis anquilosante.—Los autores describen una familia, en la cual cinco miembros de la misma padecían espondilitis anquilosante. La incidencia familiar viene a representar un 9-13 por 100, y al parecer, es menor cuando se afectan las articulaciones periféricas. Añaden que como el comienzo de la espondilitis anquilosante es extremadamente variable, y como el intervalo entre los primeros síntomas y el diagnóstico viene a ser de tres a cuatro años, es aconsejable realizar una radiografía de las articulaciones sacro-iliacas en los hermanos de los enfermos con este proceso e imperativo en cualquier familia que se queje de dolores referibles al sistema locomotor.

Lupus eritematoso difuso agudo.—Los autores describen un caso de lupus eritematoso difuso agudo, en el cual los síntomas predominantes correspondían a la presentación reiterada de accidentes de tipo neumónico. El diagnóstico se hizo por la demostración del fenómeno L. E. El enfermo respondió favorablemente y desaparecieron todas sus manifestaciones respiratorias tras el tratamiento con ACTH y después con cortisona. Terminan subrayando el valor de la investigación del fenómeno L. E. en las neumonías atípicas de repetición.

Sarcoidosis difusa asociada con hipopituitarismo e insuficiencia renal terminal.—Los autores describen un enfermo que venía siendo tratado durante varios años por presentar signos y síntomas de hipopituitarismo. Finalmente presentó un cuadro de insuficiencia renal, a consecuencia del cual murió, y en la autopsia se demostró que, aparte de los órganos habitualmente afectados, este enfermo presentaba también una sarcosis de la hipófisis.

Escorbuto simulando una neoplasia gástrica.—El autor describe un caso de escorbuto, en el que por presentar síntomas digestivos se le hizo una exploración radiológica del estómago, demostrándose un defecto de repleción en el antro gástrico. La biopsia de dicha zona demostró la existencia de una hemorragia y, en consecuencia, el defecto de repleción no correspondía a una neoplasia gástrica, sino que era simplemente la expresión de un hematoma en la pared del estómago, que curó por el tratamiento con vitamina C.

4.898 - 20 de noviembre de 1954

- * Tratamiento de la hipertensión grave. M. L. Rosenheim. Recientes avances en la técnica del ejercicio de resistencia progresiva. I. J. MacQueen.
- Tifa del gato. A. J. Rook y W. Frain-Bell.
- La reacción de sífilis en sangre dudosa en el embarazo. F. J. G. Jefferiss.
- Indicaciones racionales de la prostatectomía. J. Cosbie Ross.
- * Hipoparatiroidismo idiopático presentado como demencia. K. C. Robinson, M. H. Kallberg y M. F. Crowley.
- Enfermedades psiquiátricas en los ancianos. B. A. O'Connell.
- Ruptura espontánea del bazo. B. T. Thompson.
- Ruptura de la arteria esplénica complicando al embarazo. H. W. Gallagher y K. Hudson.

Tratamiento de la hipertensión grave.—Comienza diciendo el autor que la adrenalectomía constituye otra medida más que puede llegar a conducir a la reversión de la fase maligna de la hipertensión. Entre estas medidas tenemos ahora la extirpación de un feocromocitoma, la nefrectomía para la enfermedad renal unilateral, las grandes operaciones sobre el simpático, el empleo de las drogas hipotensoras y la restricción rígida de la ingestión de sodio. Es indudable que la fase maligna de la hipertensión es totalmente dependiente de la intensidad de la enfermedad vascular hipertensiva, que puede presentarse en diferentes formas de hipertensión y que el descenso de la presión sanguínea es un método inespecífico de mejorarla. Seguimos sin conocer el mecanismo fundamental de la fase benigna, aunque intervienen de alguna forma la noradrenalina, el tono vasomotor simpático, el sodio y las hormonas cortico-suprarrenales. Podemos, así, ahora hacer muchas cosas que sirvan de utilidad al enfermo con hipertensión grave. La presencia de las alteraciones de la fase maligna o de los signos y síntomas que indican su proximidad, exigen un tratamiento urgente y asimismo hay que tener presente que el corazón no puede soportar durante mucho tiempo el esfuerzo correspondiente a una hipertensión grave. En los estadios precoces y a menudo asintomáticos de la hipertensión benigna, sin embargo, el tratamiento drástico no sólo no es imprescindible, sino que hace al enfermo más consciente de su proceso y se acompaña a menudo de efectos desfavorables y pudiendo ser peligroso debe contraindicarse definitivamente. Los enfermos con hipertensión leve requieren un margen de seguridad, y aunque se les puede tener en observación, por ejemplo, de año en año, no deben ser contagiados por la ansiedad del médico. Por el momento

no se puede dar una respuesta clara al problema de si las drogas y las operaciones mejoran el pronóstico en ese gran grupo intermedio de enfermos, cuya hipertensión moderadamente grave comienza a producir efectos perjudiciales; este es un problema que requiere una solución urgente, una solución que sólo puede proporcionarse la observación cuidadosa durante varios años.

Hipoparatiroidismo idiopático presentado como demencia.—Los autores describen un caso de hipoparatiroidismo idiopático de comienzo tardío, en el que predominaban las alteraciones de tipo demencial, asociadas a ataques epileptiformes. En principio se hizo un diagnóstico provisional de demencia presenil del tipo de Pick o Alzheimer. Al principio no se sospechó de la hipercalemia puesto que faltaba el signo habitual de la tetania con espasmo carpo-pedal; posteriormente se observó el espasmo del carpo, aunque no desarrolló una típica mano de comadrón. En la radiografía del cráneo se apreciaba la calcificación de los ganglios basales y la cifra de calcemia era de 6,5 mg por 100. El tratamiento a base de dihidrotaquisterol, al principio, y de calciferol después con determinaciones de la calcemia controladas, originó una notable mejoría en el estado mental del enfermo, normalización de la calcemia y desaparición de los demás signos, viéndose que después del tratamiento aparecieron unas elevaciones horizontales en las uñas de los dedos y de los pies.

8.899 - 27 de noviembre de 1954

- * Hipertensión y su control por el hexametonio. K. Shirley Smith, P. B. S. Fowler y V. Edmunds.
- * Tratamiento médico de la hipertensión. J. Gibson Graham y R. D. H. Maxwell.
- * Un nuevo hemático a base de carbohidratos y hierro para uso intramuscular. D. F. Cappell, H. E. Hutchison, E. B. Hendry y Hugh Conway.
- * Anemia del embarazo tratada con hierro intramuscular. J. M. Scott y A. D. Telford Govan.
- Prevención de las enfermedades habituales del pulmón. H. Joulès.
- Aumento de la bilirrubina del plasma en niños recién nacidos en relación a su peso al nacer. B. H. Billing, P. G. Cole y G. H. Lathe.
- * Asociación de la prometazina sobre la presión sanguínea general, presión de la arteria pulmonar y flujo sanguíneo pulmonar. S. Howarth y S. G. Owen.
- * Carcinoma del bronquio con proteinuria de Bence-Jones. J. Trevor Hughes.
- * Insuficiencia suprarrenal aguda. J. Smart.
- Trombocitopenia consecutiva a sulfadimidina. D. Macaulay.
- Treponematoses. J. A. McFadzean y J. F. McCourt.
- Peritonitis generalizada después de un absceso subgigante. J. F. H. Bulman.
- Torsión de un hidrosalpinx a la edad de catorce años. J. M. Thomas.
- Un caso de meningitis por *Bacterium friedländeri*. E. Montuschi.
- * Perforación de una úlcera duodenal en el colédoco. B. Ruebner.

Hexametonio en la hipertensión.— Los autores han utilizado el bromuro de hexametonio en el tratamiento de 83 hipertensos que han sido seguidos durante periodos que oscilaron entre seis meses y seis años. En todos los casos el tratamiento se inició en el hospital. Encuentran que se puede utilizar con éxito el bromuro de hexametonio, incluso cuando la prueba de sensibilidad es desfavorable. Los enfermos continuaron el tratamiento en su casa, administrándose dos inyecciones diarias, pero utilizando el bromuro de hexametonio de acción retardada. Después de varias semanas se ingresó a la mayoría de ellos para una revisión de la presión sanguínea de veinticuatro horas; en algunos casos el tratamiento oral con bitartrato de hexametonio se sustituyó por una o ambas inyecciones. El tratamiento parenteral fue mucho más beneficioso en cuanto al control de la presión arterial que la terapéutica oral, especialmente en aquellos enfermos que mostraban presiones diastólicas iniciales muy altas; el control de la presión fue bueno o aceptable en el 66 por 100 de los que continuaron el tratamiento parenteral, en comparación con el 36 por 100 de los tratados por vía oral. El efecto del tratamiento con hexametonio sobre la mejoría de los síntomas no mostró relación con el grado del control de la

presión; cuando los enfermos se presentaron con síntomas más bien que con complicaciones de la hipertensión, la mejoría de los síntomas fué uniformemente satisfactoria; en el 25 por 100 de los 83 casos el síntoma más fundamental era la cefalea. En 12 enfermos se administró sólo una inyección al día cuando se iban a acostar. Estos enfermos correspondían a una inminencia de insuficiencia ventricular izquierda; con ello se beneficiaban varias horas del descanso de la presión durante la noche y al mismo tiempo se les evitaba los efectos colaterales que se presentan a menudo inmediatamente después de la inyección. Durante el curso del tratamiento parenteral murieron nueve enfermos, y en otros seis hubo de abandonarse por diferentes razones. Clasifican los efectos colaterales en aquéllos debidos a la baja de la presión, y los consecutivos a la acción bloqueante ganglionar; describen los medios de mejorar dichos efectos colaterales. Añaden que el valor de un remedio para la hipertensión debe juzgarse por: 1) Su control de la presión. 2) La mejoría de los síntomas. 3) Prevención de complicaciones; y 4) La mejoría consiguiente en el tiempo de supervivencia. Las indicaciones para el tratamiento con bromuro de hexametonio son como sigue: Hipertensión esencial permanente con presión diastólica de 130 mm. Hg. o más alta; enfermo con edad superiores a 55 ó 60 años; aumento progresivo de la presión arterial; inminencia de insuficiencia ventricular izquierda como consecuencia de la hipertensión; síntomas graves, fundamentalmente la cefalea y la incapacidad para el trabajo; inminencia de transformación de hipertensión benigna en maligna. Entre las contraindicaciones citan: Presión sanguínea inferior al nivel diastólico crítico mencionado arriba; edad de sesenta o más años; evidencia de fuerte empeoramiento de la función renal y de trastornos imponentes cerebrales o coronarios; así como una reducción de la presión puede ser indeseable en estos dos grupos, debe recordarse que continuando con la presión alta pueden presentarse igualmente peligros graves e incluso más precozmente. La aplicación práctica de estos métodos de selección y tratamiento son descritos con referencia particular al tratamiento en sus casas y en el trabajo. A continuación declaran que para que una sustancia sea aceptada como un remedio útil para una enfermedad tan difusa y prolongada como la hipertensión, debe ser fácilmente utilizada y controlada por el médico general; después de la iniciación del tratamiento lo más importante del control y tratamiento está en sus manos. Discuten las posibilidades, métodos y efectos de la terapéutica oral, y terminan diciendo que aunque el hexametonio no constituye el tratamiento ideal de la hipertensión, en el momento actual es el medio más eficaz de controlarla y que los riesgos de la persistencia de la hipertensión sobrepasan los posibles peligros de un descenso brusco de la presión.

Tratamiento médico de la hipertensión.—Los autores declaran que aunque el pronóstico en la hipertensión no complicada es generalmente bueno, la elevación de la presión diastólica se sigue en algunos casos de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, y cuando éstos se desarrollan, la expectación de vida es limitada. Entre las medidas generales del tratamiento señala el reposo, la sedación, una dieta pobre en sal y restricción consiguiente de la actividad mental y física. Si todos estos medios no son adecuados y la presión arterial no es lábil, está indicado el tratamiento con los compuestos de metonio.

Un nuevo hemático a base de carbohidratos y hierro para uso intramuscular.—Los autores comunican en este trabajo el éxito obtenido en el ensayo clínico realizado en 15 enfermos de un nuevo hemático constituido por el complejo de dextran-hierro ("inferom"). El producto administrado por vía intramuscular no es irritante y se absorbe fácilmente, consiguiendo cifras de hierro en el suero de 600 gammas en el plazo de dieciocho horas; han demostrado histológicamente que la absorción se realiza por las vías linfáticas. El producto es un hemático eficaz, consiguiendo un promedio de rege-

neración de hemoglobina entre 3,5 y 11,3 por 100 por semana durante las cuatro primeras semanas de tratamiento.

Anemia del embarazo tratado por hierro intramuscular.—Los autores comunican los resultados del tratamiento con el inferom en 50 casos de anemia del embarazo. En 14 enfermas el proceso era de carácter leve; en 28, moderado, y en 8, interno. Todas respondieron satisfactoriamente. Una dosis media semanal equivalente a 500 miligramos de hierro elemento produjo un aumento ligeramente superior a un gramo; esto es, 6 por 100 de la escala de Haldane. La utilización del hierro fué buena, aumentando la hemoglobina en 0,3 gramos por cada 100 miligramos de hierro elemento inyectado. Estos resultados son casi idénticos a los obtenidos mediante el empleo de óxido sacarado de hierro por vía intravenosa.

Como en todas las formas de ferroterapia, la respuesta al tratamiento estaba retardada en algunos casos, pero a la segunda semana de tratamiento todas las enfermas mostraron aumentos similares de la hemoglobina. El preparado contiene un 5 por 100 de hierro elemento en comparación con el 2 por 100 del óxido sacarado de hierro; con esta concentración, el número de inyecciones puede reducirse considerablemente. Algunos casos de anemia leve recibieron sólo dos ampollas de 5 c. c. Han encontrado cifras de hierro en el suero muy altas como consecuencia de la inyección, pero no han observado reacciones.

Efecto del fenergan sobre la presión sanguínea. Presión de la arteria pulmonar y flujo sanguíneo pulmonar.—Como el fenergan se ha administrado solo o asociado con barbitúricos o petidina como sedante antes de la cateterización cardíaca, los autores han considerado necesario determinar los efectos de dicha droga sobre la circulación. Encuentran que la inyección intravenosa de 25-50 miligramos de fenergan no provoca modificaciones de la presión sanguínea; un caso mostró un ligero aumento en la presión de la arteria pulmonar; el flujo sanguíneo pulmonar mostró pocas modificaciones en cuatro casos; aumento en uno, y ligero descenso en otro. En todos los casos aumentó el ritmo cardíaco. Concluyen diciendo que las pequeñas alteraciones circulatorias asociadas con un efecto hipnótico satisfactorio sugiere que el fenergan es una droga adecuada para la premedicación en el cateterismo cardíaco.

Carcinoma del bronquio con proteinuria de Bence Jones.—El autor refiere dos casos de carcinoma de bronquio, confirmados en la autopsia en los que se demostró que presentaban una proteinuria de Bence Jones. Además fué interesante el hecho de que en uno de los casos el estudio de la médula esternal demostró la presencia de una imagen muy similar a la que da el mieloma. Asimismo era interesante el hecho del aumento de las globulinas del suero en ambos casos. Se planteó en estos casos la posibilidad de que coexistieran una mielomatosis múltiple y el carcinoma del bronquio, pero en todas las matástasis estudiadas se demostró la imagen típica correspondiente al carcinoma secundario, sin ningún dato histológico que apuntara en el sentido de mielomatosis múltiple.

Insuficiencia suprarrenal aguda.—El autor describe un caso interesante de comienzo de súbito de una insuficiencia suprarrenal, teniendo presente que en la autopsia las suprarrenales estaban completamente sustituidas por material caseoso tuberculoso, y era también sorprendente que no hubiera habido un estadio previo con signos de insuficiencia relativa. Las dificultades para haber llegado al diagnóstico partieron de que los signos eran tan escasos que fueron atribuidos a una lesión pulmonar mínima, y los vómitos que se presentaron más tardíamente se interpretaron como consecuencia de la administración del PAS. Es muy posible que los vómitos provocados por el PAS condujeran a una deshidratación con cierto grado de alcalosis, constituyendo el factor precipitante de la insuficiencia suprarrenal.

Perforación de una úlcera duodenal en el colédoco.—A pesar de la frecuencia de la úlcera duodenal y de su proximidad anatómica al tracto biliar, se encuentran en la literatura muy pocos casos de fistula colédocoduodenal por perforación de una úlcera duodenal; algunas de estas comunicaciones se basan sólo en la evidencia radiológica. El autor describe un caso en el que se vió en la necropsia que la ictericia obstructiva había desaparecido como consecuencia de la perforación de una úlcera duodenal en el colédoco, produciendo así una colédocoduodenostomía espontánea. Ningún otro síntoma podía atribuirse a la úlcera duodenal o a la perforación.

La Presse Medicale

62 - 48 de de julio de 1954

- * Efectos del veneno de abejas en las enfermedades del colágeno. J. Lhermitte, H. Porsin y C. Bétourné. Menisco aéreo del pulmón y escara pendular intracavitaria. B. Nardone.
- * Tratamiento de fondo de la hipertensión arterial por el extracto de raíces de Morinda Citrifolia. Dang Van Ho.

Veneno de abejas en las enfermedades del colágeno. Si bien ya desde la antigüedad se conoce la favorable influencia que sobre algunas enfermedades tiene el envenenamiento por abejas, su mecanismo sigue siendo desconocido. Con pruebas clínicas y experimentales, los autores consideran que la beneficiosa acción de las inyecciones repetidas de veneno de abejas se manifiesta en las enfermedades del colágeno. En el animal de experimentación demuestran que el veneno produce disolución de las vainas de mielina y desintegración del protoplasma de las neuronas. En terapéutica su acción es menos enérgica y se manifiesta también sobre el tejido nervioso, abundantemente provisto de colágeno, así como sobre los centros cerebrospinales que frecuentemente presentan signos de afectación en el curso de las poliartritis crónicas evolutivas.

Tratamiento de la hipertensión arterial.—Según el autor, las raíces de morinda citrifolia pueden constituir un excelente tratamiento de fondo de la mayoría de los casos de hipertensión arterial, con tal de que se tomen por largo tiempo y a dosis suficientes. Su empleo considera el autor que modifica el terreno. Emplea la cocción de raíces a dosis de 60 a 80 gramos en los casos ligeros, y de 100 a 150 en los más graves. Termina el autor haciendo notar la importancia que dicha planta puede tener y la necesidad de un mejor estudio químico y farmacológico de sus principios activos.

62 - 49 - 7 de julio de 1954

- * ACTH, cortisona y psiquismo. J. Delay, L. Bertagna y A. Lauras.
- * La afibrinogenemia congénita y familiar. L. Caussade, N. Neimann, M. Pierson y M. Manciaux.
- * Contribución al estudio electroforético del suero en el curso de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. J. M. Fine y colaboradores. Notión del terreno en microbiología, según los recientes descubrimientos. J. Lebrun.

ACTH, cortisona y psiquismo.—Los autores exponen en el presente trabajo las modificaciones habituales, benignas, probablemente específicas de la corticoterapia suprarrenal y las modificaciones excepcionales, graves (psicosis) y sin duda no específicas de este mismo tratamiento. También consideran los efectos, de valor principalmente doctrinal, que estas hormonas producen en el tratamiento de las enfermedades mentales. Las drogas modifican habitualmente el psiquismo de los sujetos tratados, provocando en ciertos raros casos trastor-

nos psíquicos severos y pudiendo influenciar favorablemente ciertas psicosis constituidas. Actualmente, terminan diciendo los autores no es posible diferenciar la acción psíquica de estas dos drogas.

Afibrinogenemia congénita y familiar.—La afibrinogenemia congénita y familiar es una enfermedad rara que ocupa un sitio especial entre las diátesis pseudohemofílicas de la edad temprana. Los autores encuentran 19 casos en la literatura mundial y describen tres que afectan a tres hermanas. Los padres están sanos, aunque hipofibrinogénicos y son primos hermanos. Clínicamente se observan hemorragias graves y precoces. Las plaquetas, resistencia capilar y tiempo de sangría son normales. El tiempo de coagulación es ilimitado y la sedimentación globular muy retardada. Ausencia casi total de fibrinógeno en la sangre circulante. La naturaleza íntima de la tara y su modo de transmisión es desconocido. La terapéutica es supletoria y el fibrinógeno inyectado desaparece rápidamente.

Electroforesis en enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.—Entre las enfermedades de la sangre se puede comprobar un aumento de la fracción gamma y a veces de la beta, y más raramente de la gamma en el curso de los mielomas múltiples; de la fracción alfa dos y gamma en la enfermedad de Hodgkin, al tiempo que una hipoalbuminemia. En el curso de las leucosis se puede oponer una hipergammaglobulinemia en las leucosis mieloides y agudas a la ausencia de modificaciones notables en las leucosis linfoides. Hay, además, en las dos primeras, una hipoalbuminemia notable. En el curso de las mononucleosis infecciosas aparece un aumento de las fracciones gamma y beta y, a veces, alfa dos. En el curso de la anemia hemolítica adquirida se observa tanto un espectro normal como un aumento de la fracción gamma.

62 - 50 - 10 de julio de 1954

- Las insulinas cine de acción lenta. R. Boulin y F. Neveu.
- * La forma pseudotumoral de los síndromes bulbares con evolución regresiva. J. A. Chavany, R. Messimy, P. Morin y D. Hagenmiller.
- * El sulfuro de oro coloidal en la terapéutica de la poliartritis crónica evolutiva. J. Forestier y F. Trévenot.

Síndromes bulbares.—Los síndromes bulbares de tipo primitivo, de carácter agudo o subagudo y de evolución regresiva constituyen una entidad nosológica bien conocida y ligada a un origen vascular. Su sintomatología muchas veces nos hace pensar en la presentación de un tumor intrabulbar, principalmente por la presentación de estasis papilar en rarísimos casos. Los autores presentan dos casos de esta asociación. Su evolución contradice rápidamente el diagnóstico de tumor, pues las manifestaciones por parte del nervio óptico son las primeras en desaparecer. Los autores admiten, aunque no aseguran, la etiología infecciosa, más bien arterítica que encefalítica.

Oro coloidal en la poliartritis crónica evolutiva.—Los autores presentan su experiencia con una nueva sal, el sulfuro de oro coloidal, de una gran titulación en dicho metal (86 por 100) y que inyectan por vía intravenosa. Tratan a 23 enfermos con artritis reumatoide que presentan intolerancia para las sales de oro clásicas y que admitieron de dos a cinco series de este producto, con una cantidad total de oro equivalente. Cuatro de ellos presentaron reacciones, aunque el tratamiento pudo ser continuado. En más de la mitad de los casos este tratamiento se mostró igual o superior a las sales de oro clásicas.