

23 al 28 de junio de 1957. Esta reunión cuatrenial de La Liga Internacional contra el Reumatismo será convocada bajo los auspicios de la Asociación Canadiense de Reumatología.

El Comité encargado de confeccionar el programa científico del Congreso invita a colaborar en el mismo y gustosamente recibirá informes sobre investigaciones científicas y de orden clínico relativos a cualquiera de los diferentes aspectos de las enfermedades reumáticas.

Los que deseen someter trabajos a la consideración del Congreso deberán procurar tengan de 200 a 300 palabras y hacerlos llegar no más tarde del 1 de enero de 1957. Estos trabajos deberán ser presentados por triplicado y en el idioma en que hayan de ser leídos (si no son presentados en inglés); facilitará mucho vengan acompañados de su correspondiente traducción en dicho idioma, aunque esto no es esencial.

Toda la correspondencia deberá ser dirigida a The Ninth International Congress on Rheumatic Diseases, Post Office Box, 237. Terminal "A". Toronto, Ontario, Canadá.

#### CURSOS DE NEUROCIRUGIA Y NEUROLOGIA

La Sección de Neurocirugia y Neurología, que dirige el Doctor Obrador en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, ha organizado los siguientes cursos monográficos especializados:

1.º "Neurorradiología", con la colaboración del Doctor Ruggiero, neurólogo del Hospital de Santa Ana, de París; el Doctor Boixadós y el Servicio de Radiología de la Clínica. Se celebrará del 18 al 28 de febrero de 1957.

2.º "Técnicas estereotácticas, registros eléctricos subcorticales y tratamientos quirúrgicos de los cuadros extrapiramidales", con la colaboración de los Profesores Escolar, de Granada; Jiménez Castellanos, de Sevilla, y los Doctores Oliveros y Dierssen. Se desarrollará del 25 de febrero al 2 de marzo de 1957.

3.º "Radioisótopos en el diagnóstico y tratamiento de los tumores del sistema nervioso", con la colaboración del Doctor Pérez Modrego, del Instituto Nacional de Oncología. Tendrá lugar del 4 al 10 de marzo de 1957.

#### COLOQUIO SOBRE PSICOFARMACOLOGIA

En los días 1 y 2 de febrero del año 1957 se celebrará un Coloquio sobre "Indicaciones y resultados de las nuevas drogas introducidas en Psiquiatría", en la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial. Profesor López Ibor.

Los que se interesen por asistir al mismo pueden dirigirse al Doctor Rafael Coullaut, de la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial, Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

**AUDIOMETRIA LIMINAR.** Doctor R. POCH VIÑALS.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1955.—Un volumen de 109 páginas con 6 figuras, 32 pesetas.

La Otología ha ido adquiriendo de manera progresiva un desarrollo que va creando una auténtica especialidad dentro de la Otorrinolaringología. El impulso no ha partido solamente de la cantidad de problemas que plantea originalmente la fisiología de la audición y del equilibrio, sino más intensamente de los grandes problemas que la clínica suscita, por ejemplo, dentro de ese campo inmenso que es el tratamiento de la sordera. En nuestro país, numerosos profesores y jóvenes especialistas se interesan cada vez más por estos problemas. Esta monografía del ilustre profesor POCH VIÑALS es una buena demostración de ello.

Partiendo de la audiometría liminar se analiza la semiología de diferentes síndromes clínicos y se obtienen útiles derivaciones de orden práctico.

**KLINISCHE PSYCHOPATHOLOGIE.** Doctor KURT SCHNEIDER.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955. Un volumen de 188 páginas, 12,80 DM.

Es éste uno de los más claros libros de Psicopatología que han sido escritos y que tiene además un profundo sentido médico y clínico. Tanto por estas características como por la manera concreta y sencilla de su exposición, es uno de los que más utilidad pueden prestar al práctico al asomarse a la Psicopatología. Manifestaciones similares se han hecho en esta Revista en la crítica de ediciones anteriores.

En esta cuarta edición se advierten numerosas adiciones, principalmente en lo que se refiere a los estados maníacos y depresivos y al diagnóstico psicopatológico.

### LIBROS RECIBIDOS

"Lehrbuch der Tropenkrankheiten". Dr. E. G. Nauck Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 432 páginas con 125 figuras, 64 DM.

"Refresher Course for General Practitioners". Varios Editorial British Medical Journal. Londres, 1956.—Un volumen de 548 páginas con figuras, 25s NET.

"Le traitement du diabète sucre". Dr. R. Boulin.—Editorial G. Doin & Cie. París.—Un volumen de 402 páginas, 3.300 francos franceses.

"Psychiatrie Pratique". Dr. R. Coulonjou.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1956.—Un volumen de 254 páginas, 1.850 francos franceses.

"Le diagnostic du cancer d'estomac". Dr. René A. Gutmann.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1956.—Un volumen de 260 páginas con 342 figuras 4.300 francos franceses.

"Temas de Gastroenterología". Dr. M. Meeroff.—Editorial Stilcograf. Buenos Aires, 1956.—Un volumen de 755 páginas con figuras.

## B) REFERATAS

**Metabolism.**

4 - 5 - 1955

- Sodio y potasio del cuerpo. V. La relación de la alcalosis, déficit de potasio y stress quirúrgico con la hipopotasemia aguda en el hombre. F. D. Moore, E. A. Bolling, H. D. Ditmore, A. Sicular, J. E. Teterick, A. E. Ellison, S. T. Hoye y M. R. Ball.
- Alteración selectiva de ciertos efectos del ACTH y glucocorticoides por los derivados del androsteno. Hans Selye. Actividad de la hidrocortisona exógena en enfermos con fiebre reumática. A. K. Done, R. S. Ely, L. J. Olsen y V. C. Kelley.
- Acción de la hidrocortisona sobre el nivel de los aminoácidos plasmáticos después de la extracción de los órganos abdominales en la rata. M. M. Tilton, G. Torralba y D. J. Ingle.
- Ganancia de peso por simple cebamiento. I. Carácter del tejido ganado. A. Keys, J. T. Anderson y J. Brozek.
- Efecto en el hombre de la administración intravenosa de glutatión sobre la glucemia, otros carbohidratos de la sangre y fosfato inorgánico del suero. D. H. Henneman, M. D. Altschule y R. M. Goncz.
- Discusión clínica. Tratamiento de la diabetes mellitus no complicada.

**Sodio y potasio del cuerpo. V. La relación de la alcalosis, déficit de potasio y stress quirúrgico con la hipopotasemia aguda en el hombre.**—Cinco sujetos normales son sometidos a una experimentación consistente en producir de una manera separada pérdida de potasio, alcalosis, producción de stress y administración de ACTH con el objeto de ver qué relación existe entre estos datos y la hipopotasemia. Los resultados muestran que una pérdida de potasio en cantidad de hasta 200 miliequivalentes en cinco días puede tener lugar sin alterar su concentración en el suero y sin producir alcalosis. La alcalosis metabólica producida por pérdida de cloro y acentuada por el bloqueo renal del sodio que produce el ACTH, favorece el descenso de la potasemia. Esta combinación de pérdida de cloro y administración de ACTH puede producir hipopotasemia con sólo pequeñas pérdidas de potasio. La combinación simultánea de pérdida rápida de potasio y administración de ACTH produce una alcalosis hipopotasémica profunda y grave con sintomatología clínica y alteraciones electrocardiográficas. Puede producirse una pérdida considerable de sodio y cloro en el organismo sin cambios significativos en la concentración de estos iones en el suero sanguíneo. El hecho de que el organismo pierda un ión o exista un déficit del mismo no es sinónimo a que su concentración en el suero sea baja; déficit y concentración baja de un ión son hechos que a menudo van juntos, pero que no se mueven siempre en la misma dirección. En el caso del potasio, su déficit no es igual a la existencia de hipopotasemia, o lo que es lo mismo, que su concentración baja en el suero no supone que exista un déficit de dicho ión. El diagnóstico de "déficit de potasio" no puede ser hecho solamente por su concentración en el suero; es necesario estudiar la dilución son isótopos o el balance metabólico. Si el déficit de potasio es inferior a 200 miliequivalentes no puede en manera alguna afirmarse que ello sea la causa de la hipopotasemia. El tratamiento de la hipopotasemia por la administración de potasio puede ser incorrecto si la alcalosis metabólica permanece sin control. Hoy no se puede aceptar que la alcalosis humana sea el resultado de una pérdida de potasio solamente.

**Alteración selectiva de ciertos efectos del ACTH y glucocorticoides por los derivados del androsteno.**—En una serie de ratas intactas y adrenalectomizadas se comparan los efectos de ciertos derivados del androsteno sobre el hiperglucocorticoidismo producido por el ACTH y por la cortisona. Se utiliza la técnica de la inyección de aire y solución de aceite de crotón en la región dorso-lumbar para apreciar cuantitativamente el grado de inflamación. El peso del cuerpo sirve de indicador del catabolismo y el peso del timo, bazo y nódulos linfáticos como muestras del órgano linfático. Estas experiencias

muestran que la acción del ACTH sobre las suprarrenales puede alterarse por la administración simultánea de ciertos derivados del androsteno, tales como el metilandrostenediol, metiltestosterona y testosterona. Esta alteración puede ser cuantitativa (inhibición o hipertrofia) y cualitativa (formación de inclusiones de células hialinas). Estos mismos esteroides pueden alterar el patrón de los cambios periféricos producidos por el ACTH. Algunas acciones del tratamiento con ACTH disminuyen (catabolismo), otras aumentan (estímulo sobre determinadas glándulas), y sobre otros no tienen acción manifiesta (efecto antiflogístico); esta diferente conducta puede observarse sobre el mismo animal. Hay diferencias cualitativas importantes entre la acción extraadrenal del ACTH y la cortisona. Solamente los preparados de ACTH puede suprimir la inflamación y causar involución timicolumfática a dosis que no bastan para producir catabolismo en la rata. El metilandrostenediol y derivados suprimen el efecto catabólico del ACTH, pero no el de la cortisona, mientras que la DOCA suprime el efecto catabólico de la cortisona, pero no el de el ACTH. Estos hallazgos están en pugna con la extendida opinión de que el ACTH actúa sobre el peso corporal, tejido linfático e inflamación por estimulación en la producción de cortisona y glucocorticoides.

**Ganancia de peso por simple cebamiento. Carácter del tejido ganado.**—Durante seis meses son mantenidos 20 sujetos a un régimen de sobrealimentación y actividad normal, con lo que ganan un promedio de 10 kilos. Antes y después de la experiencia se estudia la composición del cuerpo, determinando el líquido extracelular por conversión con el factor 0,7 del espacio de dilución del tiocianato y por pesada en baño de agua, haciendo la corrección simultánea con la medida del aire residual. Los cálculos se hacen conociendo las densidades de la grasa, del líquido extracelular de las células y de los posibles en el contenido de glicógeno. La masa de tejido ganado fué de un 13 a 15 por 100 de líquido extracelular, 61 a 64 por 100 de grasa, 0 a 1 por 100 de glicógeno y el resto posiblemente células. La composición de este "tejido de obeso" es independiente de la ganancia de peso. El valor medio energético de tejido ganado en estos casos fué de 6.180 calorías por kilo. Estos valores son más bajos en células y más altos en grasa que la composición del tejido ganado después de someter al sujeto a una hiponutrición prolongada previa. Sin embargo, la ganancia observada en las células es considerable y ello supone una contribución importante al metabolismo basal en el estado de obesidad. Estos datos demuestran que el tejido de sostén no es absolutamente constante, incluso en un sujeto individualmente considerado, puesto que la proporción de células, líquido extracelular y hueso cambia con el estado de nutrición.

**Efecto en el hombre de la administración intravenosa de glutatión sobre la glucemia, otros carbohidratos de la sangre y fosfato inorgánico del suero.**—A un grupo de 31 enfermos psicóticos y tres sujetos normales se les inyecta por vía intravenosa una solución de glutatión en suero fisiológico a razón de medio gramo por kilo de peso. La inyección de glutatión, que se hace en solución isotónica, se practica lentamente en un período de dos horas sin que se aprecien efectos pirógenos o tóxicos. El glutatión administrado a sujetos en ayunas provoca una ligera disminución de la glucemia, lactacidemia y piruvemia; la concentración en el suero de fosfato inorgánico disminuye acusadamente. Cuando el glutatión se da antes de administrar glucosa, no se afecta la tolerancia de ésta, pero disminuye la elevación de la lactacidemia que se ve después de administrar glucosa sola. Aumenta la caída del fosfato inorgánico en el suero observado después de la inyección intramuscular de adrenalina y después de la administración de ACTH y glucosa solos. No se observa inhibición de la

acción del ACTH y de la hidrocortisona; por el contrario, en muchos casos se produce una exacerbación de algunos de los cambios metabólicos producidos por el ACTH y la hidrocortisona. En el hombre, la acción del glutatión parece estar relacionada con el mecanismo de fosforilación, como se deduce por los cambios en la concentración del fosfato inorgánico en el suero.

**Tratamiento de la diabetes mellitus no complicada.**— Al tratar la diabetes deben perseguirse los siguientes objetivos: 1.º Buen estado físico y mental. 2.º Energía suficiente para las necesidades del paciente. 3.º Dieta adecuada para mantenerse en el peso normal. 4.º Ausencia de cetosis con glucosuria e hiperglicemia mínimas en todos los momentos. 5.º Evitar las reacciones a la insulina. 6.º Actividad física normal. 7.º Horas de comidas regulares e ingestión de alimentos equivalentes todos los días. El ingreso en un hospital supone para el diabético un abandono del régimen habitual de su vida y un ejercicio muy escaso, motivos que son un obstáculo para apreciar su verdadero estado. Los diabéticos gruesos deben adelgazar, los normales en mantenerse en su peso y los delgados engordar hasta alcanzar el peso ideal. La glucemia es útil conocerla cuando se trata de hacer un diagnóstico, pero resulta de muy poca utilidad como guía del tratamiento. Interesa más la cantidad de azúcar utilizada que la eliminada por la orina. Un diabético está bien controlado cuando la eliminación de glucosa no excede un 10 por 100 de los carbohidratos ingeridos. Podemos permitir una glucosuria residual y una discreta hiperglucemia, pero de ninguna manera una cetosis. Tampoco interesa la cantidad de azúcar eliminada por litro, sino la que se pierde en el volumen total de las veinticuatro horas. Por lo que respecta a la dieta, hay que tener en cuenta que en el niño diabético no tiene por qué diferenciarse de la dieta del niño normal. No hay alimentos que por sí mismos puedan considerarse particularmente buenos o malos para el diabético, y los llamados "alimentos para el diabético" son innecesarios por encarecer la dieta. La llamada dieta libre debe ser condenada. El diabético debe tener una lista de alimentos equivalentes y fácilmente intercambiables para que pueda variar su dieta permaneciendo constante la cantidad de carbohidratos y valor calórico de la misma. Según se trate de sujetos obesos, con el peso ideal o desnutridos, la ingestión calórica será alrededor de 1.200, 2.200 y 2.600 calorías, respectivamente. El contenido en proteínas de la dieta del diabético es prácticamente idéntico al del sujeto normal. Hay que insistir en la reducción de peso porque la mitad de los casos de diabetes no complicada pueden ser tratados exclusivamente disminuyendo la ingestión de alimentos. La otra mitad de los que necesitan insulina pueden dividirse en dos grupos iguales: uno, fácilmente compensable con cualquier tipo de insulina, y otro, que es el que suele presentar problemas para su control. La insulina soluble comienza a actuar dentro de la primera hora para alcanzar su máximo entre las tres a cuatro horas de la inyección y desaparecer entre las seis y ocho horas. No se concibe una situación diabética en la que esta insulina no pueda ser usada y no hay razón para utilizar insulinas lentas cuando se consigue un buen control con la insulina soluble. La insulina protamina permite alternar las glucosurias postprandiales con la hipoglucemia nocturna. La globin insulina cubre un período de 12 a 16 horas y el autor dice que la mayoría de sus diabéticos son bien controlados con insulina soluble en el desayuno y globin insulina en la comida del mediodía. La NPH tiene la ventaja de que por su composición cristalina no absorbe la insulina soluble añadida y permite hacer mezcla sin que se modifique la acción de ambas. El método de insulinoterapia que sigue el autor consiste en empezar siempre con insulina soluble o de globin insulina. No utiliza nunca la insulina protamina zinc y en los casos graves utiliza una dosis de insulina soluble antes del desayuno e insulina globina antes de la cena. En los casos de mayor gravedad la insulina soluble y la globin insulina las inyecta en la misma jeringa antes del desayuno y comida.

## American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

71 - 2 - 1955

- \* Tuberculosis pulmonar después del uso prolongado de quimioterapia. J. H. Skavlen. Modificaciones de las lesiones tuberculosas en enfermos tratados con isoniazida. P. Poppe de Figueiredo y D. Paola. Estudio tras cinco años de 64 enfermos tuberculosos tratados con estreptomicina en 1947-48. J. Monroe, N. S. Lincoln, R. Horton y F. L. Armstrong. Estudio psicosomático del curso de la tuberculosis pulmonar. E. D. Wittkower, H. B. Durost y W. A. R. Laing.
- \* Uso clínico del PAS potásico. L. Molthan, R. V. Cohen y C. J. D. Zarafonetis. Viabilidad y multiplicación de vacunas en la inmunización contra la tuberculosis. H. Bloch y W. Segal. Máxima capacidad de difusión del pulmón en la enfermedad obstructiva crónica de las vías aéreas. R. H. Shepard, J. E. Cohn, G. Cohen, B. W. Armstrong, D. G. Carroll, H. Donoso y R. L. Riley. Estudio sobre el metabolismo de bacterias ácido-resistentes. I. Indicaciones de los caminos intermedios de la desasimilación de glucosa por la Mycobacteria 607. L. C. McLaren y G. J. Jann.
- II. Indicaciones de los caminos intermedios de la oxidación del acetato. L. C. McLaren y G. J. Jann. Decontaminación de los artículos fabricados por tuberculosos en obras de medicina física y rehabilitación: Estudio con el uso de gas carbónico. L. B. Newman, C. A. Colwell y E. L. Jameson. Mesotelioma pleural. G. M. Bogardus, K. P. Knudtson y W. H. Mills. Ruptura del bazo como fuente de hemorragia intraperitoneal fatal asociada con neumoperitoneo. R. K. Oliver, F. M. Thigpen y B. F. Holding. Neumotorax espontáneo del lado derecho después de neumoperitoneo. M. M. Marolla, F. H. Cole y A. H. St. Raymond.

**Tuberculosis después de quimioterapia prolongada.**— En los casos de tuberculosis pulmonar crónica ocurren después de la quimioterapia alteraciones bien definidas que son permanentes y distintas de las observadas en casos no tratados; la intensidad de la diferencia depende del tiempo transcurrido entre el comienzo de la infección tuberculosa y la iniciación de la quimioterapia y además de la duración de la terapéutica. Se observan las siguientes diferencias después de la quimioterapia que son secundarias a la rápida desaparición de la reacción perifocal por drogas específicas: a) Las cápsulas son más delgadas alrededor de focos esfacelados. b) Las paredes de las cavernas son más delgadas e igualmente la pleura superpuesta a ellas. c) Hay disminución de la fibrosis y del enfisema pulmonares. d) Hay disminución del número de aneurismas en la cavidad y de la incidencia de hemorragias pulmonares. Se asiste al cierre de las cavernas cuando existe un bronquio de drenaje permeable y reepitelizado. La cicatrización de las cavernas "abiertas" es más frecuente, sobre todo después de la quimioterapia prolongada.

**Uso clínico del PAS potásico.**— Se administró esta forma de PAS a 64 tuberculosos en forma de solución al 10 por 100. El 95 por 100 de los sujetos toleraron sin dificultad dosis diarias de 12 gr. sin que se observaran signos de intoxicación potásica. Los estudios de la concentración de PAS en el plasma indicaron que se absorbe más rápidamente y con toda probabilidad más completamente que el PAS y que dosis diarias de 12 gr. producen concentraciones de PAS en el plasma comparables a las obtenidas con dosis diarias de 12 gr. de PAS. De estas observaciones se deduce que la administración de PAS potásico en la forma expuesta ofrece un medio superior para la terapéutica con PAS, que lleva consigo un grado muy alto de tolerancia y recepción por parte del enfermo.

## Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 2 - 1955

El cuadro anatomo-patológico de la infección desde la introducción de la quimioterapia y de los antibióticos. P. R. Cannon.

La historia natural de las infecciones estreptocócicas. C. H. Rammelkamp.  
 • Hipersplenismo. W. Dameshek.  
 Una prueba nueva y sencilla para el hipertiroidismo empleando el método de la toma de triyodotironina y del Dr. S. C. Werner y M. Spooner.

**Hipersplenismo.**—Este concepto se basa principalmente en la posibilidad de que un bazo grande, y presumiblemente anormal, ejerce un efecto indeseable sobre las células de la médula ósea, siendo posible que represente solamente una acentuación del efecto regular normal del bazo sobre dicha médula. El bazo tiende a tener un efecto inhibidor sobre los hematies, leucocitos y megacariocitos-plaquetas, y en presencia de esplenomegalias de diversos tipos estos efectos inhibidores se exageran y como resultado aparecen diversas citopenias. En tales circunstancias la médula es hipercelular, pero la sangre es citopénica. En casos de citopenias intensas y graves la esplenectomía debe ser considerada, pues en muchos casos se sigue de resultados altamente beneficiosos, siendo hoy por hoy el método terapéutico de elección.

### The American Journal of Medicine.

18 - 2 - 1955

- Los pequeños vasos sanguíneos en la enfermedad. Turner, R. y Bowers, C.  
 • Insuficiencia renal posttraumática en los accidentes militares. I) Características clínicas. Teschan, P. y cols.  
 II. Tratamiento. Uso del riñón artificial; pronóstico. Smith y cols.  
 Tratamiento del enfermo anúrico. Oard, H. y Walker, G.  
 Enfermedad quística de los riñones. Estudio sobre la dinámica y composición química del líquido quístico. Bricker, N. y Patton, J.  
 Neumonitis intersticial y hemorrágica con nefritis. Parikh, T., Rusted, I., Burchell, H. y Edwards, J.  
 Insuficiencia renal aguda asociada a infecciones respiratorias. Parrish, A., Rubenstein, N. y Howe, J.  
 Estudios sobre la hemodinámica renal en la sickle-cell anemia. Etteldorf, K., Tuttle, A. y Diggs, L.  
 Eliminación urinaria de aminoácidos en las enfermedades renales con observaciones sobre el síndrome de Fanconi. Latthem, W., Baker, K. y Bradley, S.  
 Acción diurética del Benemid. Bronsky, D., Dubin, A. y Kushner, D.  
 Anatomía del glomerulo. Mueller, C., Mason, A. y Stout, D.  
 Significación clinicopatológica del síndrome nefrótico. Allen, A. C.  
 Anemia hemolítica. Mecanismo patogenético y clasificaciones. Dameshek, W.  
 Tratamiento quirúrgico de la enfermedad mitral. Conferencia sobre terapéutica.  
 Dolores articulares, anemia, neuropatía, fiebre, convulsiones y ceguera. Conferencia clinicopatológica.  
 Streptococo lactis aislado de un enfermo con endocarditis bacteriana subaguda. Wood, H., Jacobs, K. y McCarty, M.  
 Flutter ventricular inducido por la quinidina, tratado con éxito con amida procaina. Efrati, P.

**Insuficiencia renal post-traumática en los accidentes militares. I. Características clínicas.**—La insuficiencia renal post-traumática es un importante problema de la medicina militar, hasta el punto de que durante la pasada guerra mundial el 40 por 100 de un grupo importante de heridos graves la presentaron con una mortalidad de un 90 por 100. Los autores resumen su experiencia adquirida en 51 enfermos que, por haber presentado insuficiencia renal post-traumática fueron trasladados al Centro de Insuficiencia Renal durante el año 1952 (guerra de Corea). El factor etiológico más importante resultó ser la hipotensión, si bien contribuyeron así mismo al grado mayor o menor de lesión renal el retraso en la institución del tratamiento, el reemplazamiento inadecuado de sangre, el aumento en la hemoglobina plasmática y la severidad mayor o menor de las heridas. Existe una amplia variabilidad en el grado de afectación renal después de los traumatismos, ya que el cuadro clínico varió desde sólo consistir en una reducción en las pruebas de aclaramiento, hasta producirse azotemia con pérdida de la capacidad para concentrar la orina, o bien oliguria transitoria, o incluso oliguria extrema, existiendo entonces el peligro de la

intoxicación por el K. En estos enfermos existe un aumento en el catabolismo de las proteínas, como se demostró (aparte de por la hiperkalemia) por la uremia de desarrollo rápido con acúmulo en sangre de cifras altas de nitrógeno no proteico, por la pérdida de peso y la emaciación rápida y por la formación de edema. El curso clínico de estos enfermos se halla complicado por la infección extensa y progresiva de las heridas y por la marcada tendencia hemorrágica presentada por algunos.

**II. Tratamiento. Uso del riñón artificial.**—Se relata el tratamiento seguido en los 51 enfermos ingresados en el Centro de Insuficiencia Renal, de Corea, durante el año 1952, consistente en restricción de líquidos, aporte calórico suficiente, administración de resinas de cambio de cationes, tratamiento de la anemia y de los disturbios hidroelectrolíticos y diálisis artificial mediante el riñón artificial de tipo Brigham-Kolff. Se realizaron 72 diálisis en 31 enfermos, con lo cual se obtuvieron resultados muy alentadores: la mortalidad por insuficiencia renal post-traumática, que antes del uso del riñón artificial fué en Corea similar a la de la segunda guerra mundial (70-90), se redujo con el uso del riñón artificial al 53 por 100. El factor que agravó el pronóstico de estos enfermos fué la extensión y gravedad de las heridas y la infección, con retraso en la curación de las mismas.

**Tratamiento del enfermo anúrico.**—En la anuria aguda es frecuente administrar diariamente una cantidad de líquidos igual a la pérdida por la orina, vómitos y heces, más 1.000 c. c. (equivalente a la pérdida insensible). Los autores creen que la administración de líquidos debe ser mucho menor con el fin de evitar la sobrehidratación. Tratan cuatro casos de oliguria o anuria severa, debidos a intoxicación por tetracloruro de carbono, transfusión de sangre incompatible y hemorragia post-partum, administrándoles durante la fase oligúrica unos 500 c. c. diarios de la solución de lactosa al 20 por 100. En normas generales la cantidad de líquido administrado fué dictada por la sed del enfermo. No se intentó alterar o reemplazar los electrolitos del cuerpo durante la fase oligúrica, y a pesar del escaso aporte de agua, la diuresis comenzó a los 9, 10, 12 y 16 días, respectivamente. Los datos clínicos y la determinación en un caso del volumen de sangre demostró que se mantenía una hidratación adecuada.

**Enfermedad quística de los riñones.**—LAMBERT, desde el punto de vista anatómico, clasificó los quistes encontrados en los riñones poliquísticos en tres grupos distintos: 1) Quistes glomerulares, cerrados. 2) Tubulares; y 3) Excretorios, los dos últimos abiertos en comunicación con el sistema tubular. En el riñón poliquístico infantil sólo existían quistes cerrados, mientras que en los del adulto las nefronas quísticas mantenían su actividad funcional y contribuían a la formación de orina, según se demostró mediante la inulina y creatinina. En experimentos "in vivo" mediante la inyección de inulina, los autores comprueban que ésta entra en los quistes del riñón poliquístico adulto y en algún quiste de un riñón poliquístico infantil. En los quistes simples, en cambio, la inulina no aumenta después de ser inyectada. Completando el trabajo con estudios sobre la creatinina y sobre el contenido quístico en iones, los autores concluyen que muchos de los quistes del riñón poliquístico adulto, y alguno del riñón poliquístico infantil, están conectados con nefronas funcionales, cosa que no sucede en el caso de los quistes simples. Las nefronas quísticas, por tanto, contribuyen a la capacidad funcional del riñón poliquístico.

**Neumonitis intersticial hemorrágica con nefritis.**—Se conoce desde hace tiempo que en los enfermos afectos de algún proceso debido a hipersensibilidad pueden producirse alteraciones necrotizantes agudas en los alvéolos pulmonares, hasta el punto que su característica clínica dominante puede ser la presentación recurrente

de hemoptisis. Los autores, después de hacer una revisión histórica del problema, comunican la historia de siete casos, cuya característica clínica más revelante fué la presencia de hemoptisis, originada por las lesiones de alveolitis necrotizante encontradas en la autopsia y debidas a estados de hipersensibilidad. Todos los enfermos murieron en uremia, y en cuatro se encontraron lesiones renales típicas de periarteritis nodosa.

**Insuficiencia renal aguda asociada a infecciones respiratorias.**—Se describen las historias de tres enfermos alcohólicos afectos de infección respiratoria aguda: dos de ellos con bronconeumonía y uno con neumonía loar. Los tres enfermos desarrollaron una insuficiencia renal aguda, estudiada por los autores mediante los aclaramientos de inulina y paraaminohipurato sódico, capacidad máxima de secreción tubular de PAH ( $T + PAH$ ) y mediante la biopsia renal. En los tres se encontraron lesiones tubulares mediante la biopsia, confirmadas mediante las pruebas funcionales, reversibles a las 4-6 semanas. Las lesiones glomerulares, confirmadas también por ambos métodos, tardaron más en recuperarse, permaneciendo aún anormales al cabo de tres meses.

**Eliminación urinaria de aminoácidos en las enfermedades renales.**—Normalmente, el 98 por 100 de los aminoácidos filtrados en el glomérulo son reabsorvidos en el tubo, de tal forma que cuando dicha reabsorción se halla perturbada, como sucede en el síndrome de Fanconi y en la enfermedad de Wilson, se produce una intensa aminoaciduria. Los autores estudian, mediante la cromatografía en papel, si existe o no afectación tubular de este tipo con aminoaciduria en un grupo de enfermos afectos de procesos renales agudos y crónicos, tanto en ayunas como después de administrar una sobrecarga de aminoácidos. En ninguno de los 15 casos así estudiados pudo comprobarse un defecto tubular en la reabsorción de aminoácidos. En un caso de síndrome de Fanconi, la aminoaciduria no aumentó después de la administración de una infusión de hidrolizado de fibra, sugiriendo que el defecto en la reabsorción tubular de aminoácidos en esta enfermedad afecta sólo a un pequeño porcentaje de las nefronas.

**Acción diurética del Benemid.**—El Benemid inhibe la secreción tubular de diversas sustancias (penicilina, paraaminohipúrico, fenolsulfonftaleína, paraaminosalicílico) y potencia la eliminación renal de uratos al inhibir su reabsorción tubular. Además, se ha demostrado también por SCHNEIDER y CONCORAN que disminuye la reabsorción tubular de fosfatos, originando así fosfaturia, con lo que disminuye la fosfatemia, hasta el punto de que en el hipoparatiroidismo puede obtenerse con este medicamento una diuresis fosfática importante.

Los autores observaron en los casos de gota y de hipoparatiroidismo tratados con Benemid que la diuresis aumentaba al doble, y como las otras acciones, por lo menos la uricosúrica y la fosfatúrica eran más intensas cuando existía, respectivamente, hiperuricemia e hipofosfatemia, decidieron investigar la acción diurética del Benemid en sujetos con edemas y retención de sodio, observando la eliminación urinaria de agua, sodio, cloro y potasio y la concentración de los electrolitos séricos.

En los 13 enfermos así estudiados afectos de insuficiencia cardíaca observaron que el Benemid, a la dosis de 4 gr. diarios, producía una intensa respuesta diurética con aumento simultáneo en la eliminación de Cl y Na. En algunos, la diuresis acuosa no se acompañó de aumento en la eliminación de Cl y Na, y en ocasiones la respuesta diurética no se produjo precisamente en aquellos enfermos con hiponatremia o hiponatruria y enfermedades renales o hepáticas. Los autores concluyen que el Benemid ejerce una acción sobre el tubo renal en sentido inhibitorio, aumentando así la eliminación de agua, Na y Cl por la orina.

**Anatomía del glomérulo.**—Se conoce en realidad mal la anatomía fina del glomérulo, especialmente en lo que se refiere a las relaciones entre los elementos endote-

liales y epiteliales, posición relativa y composición del mesangium, y relación de la membrana basal de la cápsula de Bowman con la membrana basal del glomérulo. Los autores estudian todos estos detalles mediante el estudio microscópico de cortes de riñón humano y de perro, y sobre todo con el microscopio electrónico. De sus estudios sacan las siguientes interesantes conclusiones: 1) La membrana basal del tubo renal se extiende sobre el glomérulo y después se refleja para tapizar el glomérulo como una estructura continua: sólo hay una membrana basal en el glomérulo. 2) El epitelio de los tubos renales, que se continúa con el de la cápsula de Bowman, es homólogo al epitelio del glomérulo, constituido por unas células asteriformes, llamadas por HALPERIN podocitos a causa de su característica más notable, la de poseer unas prolongaciones en forma de pies, que se ramifican sobre la superficie de los capilares, y que se interdigitán con las de otros pies de la misma célula o de otros podocitos. Dichas células se hallan situadas entre las asas capilares del glomérulo y sus pies se entremezclan sobre la superficie extracapilar de la membrana basal glomerular. 3) El endotelio glomerular, a través del cual se verifica la filtración, consiste en una delgada capa de protoplasma, situándose el cuerpo celular en la porción axial del glomérulo, formando un sincitio (tallo glomerular) que se conoce hasta hoy con el nombre de mesangium o espacio intercapilar.

**Significación clinicopatológica del síndrome nefrótico.**—Las lesiones encontradas suelen ser de uno de estos tipos: glomerulitis membranosa, glomerulitis lobular, glomeruloesclerosis diabética, amiloidosis glomerular o trombosis bilateral de las venas renales. La lesión renal de la nefrosis lipídica de los niños, y de la llamada fase nefrótica de la glomerulonefritis, es la glomerulonefritis membranosa difusa y, a veces, la glomerulonefritis lobular. La primera de estas lesiones puede regresar completamente; pero a veces progresará hasta la fibrosis, originando un riñón retráido secundariamente. Como las lesiones en la glomerulonefritis membranosa son reversibles y no alteran la arquitectura glomerular, son las más beneficiadas con la terapéutica a base de ACTH o cortisona. Es de señalar que estas terapéuticas, lo mismo que las infecciones (que también pueden hacer regresar un síndrome nefrótico), pueden ejercer una acción bifásica, originando en ocasiones una glomerulonefritis membranosa. Según el autor, las alteraciones histológicas encontradas en los tubos renales no se deben a fenómenos de atrofia, como suele creerse hoy día, sino a la hinchazón hidrópica tenida lugar en los gránulos citoplasmáticos (citocondrias), relacionada posiblemente con cambios osmóticos, basándose en que no existe ningún paralelismo entre el número de dichas gotitas hialinas y la intensidad de la proteinuria. Además, existen otros hechos que le inducen al autor a pensar de este modo: la presencia de las mismas gotitas en el epitelio de la cápsula de Bowman (desprovisto de función reabsortiva), y la aparición de gotitas hialinas en los tubos cuando se sumergen cortes de riñón normal en soluciones hipotónicas.

**Anemias hemolíticas. Mecanismos patogénicos y clasificación.**—La hemólisis, que es un proceso normal, aumenta bajo ciertas condiciones patológicas, resultando entonces en un acortamiento en el tiempo de vida de los hematies. Esto puede resultar cuando los hematies son congénitamente defectuosos o cuando aparecen diversos factores extrínsecos que potencian la hemólisis. Pueden entonces clasificarse los procesos hemolíticos en dos grandes grupos: 1) Los debidos a un defecto intrínseco de los hematies, revelables mediante el estudio de la supervivencia de dichos hematies cuando son transfundidos a sujetos normales, en los que se encuentra acortado; y 2) Los debidos a mecanismos extrínsecos. En el primer grupo pueden incluirse las anemias hemolíticas hereditarias (esferocitosis hereditarias, leptocitosis hereditarias, sickle-cell anemia, hemoglobinopatías anormales como la C. D. E., y combinaciones diversas), anemias hemolíticas familiares no esferocíticas, anemias

hipocrómica hereditaria con hipersiderremia), la anemia hemolítica debida a hipersensibilidad a la primaquina, la hemoglobinuria paroxística nocturna, la anemia perniciosa y la hemoglobinuria paroxística de las marchas. Entre las segundas se incluyen las debidas a infecciones (Bartonellas, C1, Welchii, etc.), parásitos (paludismo), agentes químicos, o las debidas a un mecanismo inmunológico, bien por mecanismo autoinmune con aglutininas o con hemolisinas, o bien las debidas a un mecanismo isoimmune, como las reacciones post-transfusionales y la enfermedad Rh. También se incluyen en este grupo las anemias hemolíticas hiperesplénicas y las sintomáticas (del lupus diseminado, parteritis nodosa, leucemia linfoides, linfosarcoma, etc.).

**Flutter ventricular inducido por la quinidina tratado con éxito con la árida procaina.**—En una serie de enfermos afectos de fibrilación atrial crónica, de etiología reumática o arterioesclerótica, tratados con quinidina, encontró el autor dos veces un flutter ventricular. Se comunica la historia de un caso de flutter ventricular producido por la quinidina que había recibido 18,4 gramos en total de este medicamento, simultáneamente con digital, y que fué tratado con éxito con una dosis grande de pronestyl administrado por vía intravenosa. El otro enfermo murió antes de que se pudiera comenzar el tratamiento con pronestyl.

### The Lancet.

6.853 - 1 de enero de 1955

\* Relaciones endocrinas. D. Hubble.

\* Cortisona en el exoftalmos.

Vía broncoscópica para medir la presión en la aurícula izquierda, arteria pulmonar y aorta. P. R. Allison y R. J. Linden.

\* Determinación de la función hepática por colangiografía. E. Samuel y otros.

Diagnóstico clínico precoz de la luxación congénita de la cadera. J. C. R. Hindenach.

Disentería de Sonne tratada con tetraciclina. J. D. Abbott y H. E. Parry.

\* Tratamiento del dolor en el cáncer incurable. R. M. Maher.

Ciclopropano, extracción dental y chispas. J. G. Bourne y H. J. V. Morton.

Leucotomía prefrontal. A. Elithorn.

Concentraciones sanguíneas de ácidos pirúvico y alfa-cetoglutarico en sujetos normales y diabéticos. M. J. H. Smith y K. W. Taylor.

**Relaciones endocrinas.**—Señala el autor que la mejor prueba de la función adrenocortical en exceso o déficit lo supone el método de NORBYBERSKI para la investigación de los esteroides urinarios 17-cetogénicos; el fracaso de la función adrenocortical se demuestra también por un defecto en la respuesta a la sobrecarga de agua, que se corrige fácilmente con cortisona. Describe dos enfermos en los que la coincidencia de tirotoxicosis y diabetes se acompañaba de una sobreactividad de la corteza suprarrenal, y sugiere que se trata en ellos de ejemplos de hiperpituitarismo. La función adrenocortical puede estar en parte mediada por el lóbulo anterior de la hipófisis, cuya función puede estar alterada de modo diverso en el hipotiroidismo. Existía una respuesta empeorada a la sobrecarga de agua en tres enfermos con hipotiroidismo y gradualmente se restauró por la terapéutica con tiroides. Añade que si la deficiente respuesta a la sobrecarga de agua en el hipotiroidismo no se corrige mediante la cortisona, puede existir un grado de hipotiroidismo que exija la terapéutica tiroidea, la cual lentamente corregirá la respuesta deficiente.

**Cortisona en el exoftalmos.**—En esta investigación del "Medical Research Council" han llegado a las siguientes conclusiones: 1) No se produjo beneficio significativo en la mayoría de los enfermos que padecían exoftalmos con o sin oftalmoplejia exoftálmica por el tratamiento con cortisona o ACTH; la respuesta terapéutica inadecuada pudo en algunos casos referirse a una dosificación inadecuada o insuficientemente prolongada.

2) La cortisona y la ACTH deben ser sometidas a un ensayo ulterior en enfermos con exoftalmos progresivo de comienzo súbito o reciente con quemosis. 3) Un grupo de enfermos cuya proptosis no se acompañaba de quemosis y edema, y generalmente sin oftalmoplejia, demostraron la respuesta menor al tratamiento. 4) La tirotoxicosis coexistente se redujo en cierto número de enfermos y la mitad de ellos obtuvieron un beneficio local como consecuencia del tratamiento. 5) Si se realizan nuevos ensayos, sugieren que debe aumentarse considerablemente la dosificación de cortisona y ACTH y dar especial consideración al empleo de las infusions intravenosas seriadas de ACTH, quizás combinadas con restricción dietética de sodio.

**Determinación de la función hepática por colangiografía.**—Los autores han realizado las pruebas de función hepática habituales de laboratorio a 30 casos en que se había realizado una colangiografía. Relacionan el ritmo de eliminación y la concentración del colorante, demostrados radiográficamente, con los hallazgos de laboratorio, en un intento de valorar la colangiografía como medio de determinar la función hepática. De los 19 casos juzgados radiográficamente con buena eliminación del colorante por el hígado, en 12 había pruebas de laboratorio normales y en siete ligero trastorno de la función. Concluyen que un ligero trastorno de la función hepática no es descubrible radiográficamente. Grados moderados de afección hepática presentes en tres casos mostraron una correlación exacta de laboratorio y radiográfica. En cuatro casos con intensa lesión hepática también se vió una correlación exacta entre el laboratorio y la radiografía. En casos con cierto grado de obstrucción biliar, los hallazgos radiográficos sugieren un grado mayor de insuficiencia hepática que lo que se indica por los datos de laboratorio. Terminan diciendo que sólo se puede hacer por la colangiografía una estimación aproximada de la función hepática.

**Tratamiento del dolor en el cáncer incurable.**—El autor ha tratado 37 casos de cáncer incurable por medio de la inyección intratecal de fenol y consigue la desaparición del dolor en 29 casos. El éxito depende aparentemente de si se afectan grupos nerviosos únicos o combinados. Ha utilizado el fenol en glicerina o propilen glicol con éxito en todos los niveles medulares, incluyendo la región cervical. En tres casos se intentó un bloqueo de la médula, lo que consiguió la desaparición del dolor.

6.854 - 8 de enero de 1955

El hombre como animal de experimentación. G. Jefferson. 17-hidrocorticosteroides del plasma en el embarazo. R. I. S. Bayliss, J. C. Mc Browne, B. Round y A. W. Steinbeck.

\* Meningitis tuberculosa con cortisona. M. Ashby y H. Grant.

Reacciones cutáneas a los vendajes adhesivos. B. Russell y N. A. Thorne.

\* Epilepsia enmascarada. H. R. E. Wallis.

\* Degeneración combinada subaguda de la médula. R. W. Wilkinson.

\* Hematies tratados con papaina en el descubrimiento de anticuerpos incompletos. K. Goldsmith.

\* Ulcera péptica primaria del yeyuno. S. Levitt y E. G. Saint.

\* Anuria prolongada tratada por infusión en la vena cava. J. A. Chalmers y H. T. Fawns.

**Cortisona en la meningitis tuberculosa.**—Los autores comparan en este trabajo seis casos consecutivos de meningitis tuberculosa, tratada por los métodos habituales, con los siguientes seis enfermos ingresados con dicha enfermedad, que fueron tratados de la misma manera excepto que se añadió la cortisona al tratamiento. Se produjeron complicaciones neurológicas en cuatro de los seis enfermos controles y uno de ellos murió. Los enfermos tratados con cortisona curaron todos completamente sin complicaciones neurológicas de ninguna clase y su mejoría clínica fué mucho más rápida que la de los controles; no se observaron complicaciones de la terapéutica con cortisona. Añaden que la cortisona debe administrarse desde el comienzo del tratamiento siem-

pre bajo el control antibiótico, que debe continuarse durante varias semanas después de haber sido suspendida la cortisona. Terminan diciendo que debe realizarse un ensayo clínico más extenso sobre el valor de la cortisona en el tratamiento de la meningitis tuberculosa.

**Epilepsia enmascarada.** — El autor describe varios casos en los que la epilepsia se manifestaba por dolores en las piernas, el cuadro de vómitos cíclicos, cefaleas, fiebre y dolores abdominales. Añade que este tipo de epilepsia es muy corriente, aunque no sea bien conocido, y en algunos casos de vómitos cíclicos y de jaqueca se puede demostrar el origen epiléptico. Sugiere el término de epilepsia enmascarada para incluir dichos fenómenos. Termina diciendo que el tratamiento con fenobarbitona generalmente se acompaña de éxito.

**Degeneración combinada subaguda de la médula.** — El autor refiere un caso de degeneración combinada subaguda de la médula con anemia macrocítica como consecuencia del desarrollo de una fistula ileocólica de causa desconocida. La fistula pudo demostrarse mediante una papilla de bario por vía oral, pero no por el enema opaco. Pudo detenerse el progreso de la anemia y de la enfermedad medular por medio del tratamiento por extracto hepático. La resección de la fistula completó la curación, no precisándose ulteriormente la administración del extracto hepático. Tres años después de la operación el enfermo está bien y tiene un recuento hemático normal.

**Hematies tratados con papaina para la demostración de anticuerpos incompletos.** — El autor describe un método para la preparación y empleo de hematies tratados con papaina con el fin de descubrir anticuerpos Rh incompletos. Presta atención a los resultados de 3.170 sueros maternos así como a la titulación de 61 anticuerpos Rh. Menciona las reacciones con los hematies tratados con papaina en otros sistemas de grupo sanguíneo. Subraya que la técnica de la papaina es muy segura y más sensible que cualquier otra de las que se emplean para el descubrimiento de los anticuerpos Rh incompletos.

**Ulcera péptica primaria del yeyuno.** — Los autores refieren el caso de una mujer joven que presentaba síntomas de dolor ulceroso y que en dos años había tenido por lo menos cinco episodios graves de melena como consecuencia de una úlcera primaria del yeyuno. Se hizo el diagnóstico en la laparotomía, realizada por haberse producido una perforación intestinal. La úlcera recidivó con posterior perforación y hematemesis después de una gastrectomía subtotal, por lo que fué necesario extirpar el resto del estómago. Añaden que la úlcera yeyunal primaria debe tenerse presente en enfermos con una historia de dolor ulceroso cuyo estómago y duodeno son normales en el examen radiológico; signos radiológicos sugestivos son la dilatación del duodeno distal y del yeyuno con actividad peristáltica disminuida. La perforación constituye una complicación frecuente y peligrosa de la úlcera yeyunal primaria. El tratamiento consiste en la escisión del yeyuno afecto, y si los estudios preoperatorios revelan una secreción normal de acidez gástrica, la gastrectomía subtotal será probablemente suficiente, pero si existe una intensa hiperclorhidria habrá de recurrirse a la gastrectomía total.

**Anuria prolongada tratada por infusión en la vena cava.** — Los autores describen un caso de anuria prolongada como consecuencia de una transfusión sanguínea incompatible. A los diez días de estar sometido al régimen de goteo intragástrico de Bull se presentó una diarrea de tal intensidad que hizo este tratamiento ineficaz. En los siguientes diez días se realizó una infusión en la vena cava, lo que hizo posible un extenso control bioquímico de los líquidos y electrolitos hasta que se inició la diuresis. Utilizando una solución de glucosa al 40 por 100 en la infusión fué posible aportar calorías suficientes con un volumen de líquido mucho más pequeño.

#### 6.855 - 15 de enero de 1955

Un anestesista mira a un niño quemado. D. W. Shannon. Tratamiento de la tuberculosis genito-urinaria. J. C. Ross. Bronquitis crónica. K. Kmox, P. C. Elmes y C. M. Fletcher.

- \* Insuficiencia cardíaca por retención de sal y agua originada por el tratamiento con el bitartrato de pentapirrolidinium. V. Ronnov-Jessen.
- Impotencia. J. F. Tuthill.
- Torsión de una trompa de Falopio. T. M. Abbas.
- Torsión del testículo. B. Underhill.
- Torsión del ovario. N. C. Cooper.
- \* Eliminación de fosfoetanolamina e hipofosfatasa. R. A. McCance, A. B. Morrison y C. E. Dent.

**Insuficiencia cardíaca por retención de agua y sal causada por el ansolisen.** — Declara el autor que el tratamiento de la hipertensión con pentapirrolidinium origina una retención de sal y agua, que en algunos casos puede provocar una insuficiencia cardíaca relativa, que incluso llega a ser absoluta. Este fenómeno lo ha podido apreciar en tres de 100 hipertensos tratados con dicha droga; los tres enfermos estaban en el límite de la descompensación antes del tratamiento. Añade que tales casos pueden demostrarse pesando frecuentemente a los enfermos en los estadios precoces del tratamiento, pudiéndose evitar estas complicación mediante la administración de diuréticos mercuriales o reduciendo la dosis del ansolisen.

**Eliminación de fosfoetanolamina e hipofosfatasa.** — Los autores han estudiado en el último año algunos casos de hipofosfatasa infantil y del adulto, y al lado de las alteraciones en los huesos y tejidos ya observadas previamente, han podido demostrar en un niño de dos meses de edad, con los rasgos característicos habituales de alteraciones óseas "raquiticas", hipercalcemia y fosfatasa alcalina baja en el suero, la existencia de un cromatograma de aminoácidos, con un depósito correspondiente al de la fosfoetanolamina. Como ésta pueda actuar como substrato para la fosfatasa, consideran que la eliminación de dicha sustancia en la orina de estos enfermos indicaría una de las vías en las que está alterado su metabolismo.

#### 6.856 - 22 de enero de 1955

Correlación de los hallazgos radiológicos y anatomo-patológicos en algunas enfermedades del pulmón. J. Gough. Tratamiento de las úlceras pépticas perforadas agudas. H. D. Moore.

- \* Diagnóstico de los tumores del glomus yugular. S. Holesh.
- \* Mielopatía cervical. E. Clarke.
- \* Osteoartritis deformante de las articulaciones de Luschka. A. J. E. Cave, J. D. Griffiths y M. M. Whiteley.
- La banda onicodérmica en salud y enfermedad. R. B. Terry.
- Un antagonista de los barbitúricos. T. A. B. Harris.
- Molluscum sebaceum recidivante. J. M. Beare.
- \* Tratamiento de la intoxicación por plomo. H. McC Giles, C. J. Moore y B. Still.

**Tratamiento de la úlcera péptica perforada aguda.** — Se refiere el autor al tratamiento de 125 úlceras pépticas perforadas agudas, de las que 65 fueron tratadas por aspiración, 45 por sutura simple y 15 por gastrectomía parcial. Compara los tres métodos de tratamiento en sus casos y en lo previamente referido en la literatura en lo que respecta a mortalidad, morbilidad y dificultades. En los enfermos que están en buena situación a su ingreso: 1) La mortalidad es la misma con cualquier método que se emplee. 2) La morbilidad inmediata de la sutura simple es mucho más alta que la de la aspiración. 3) La posibilidad de úlcera recidivante persistente es muy grande en aquéllos con una historia previa larga de dispepsia. Los enfermos ilóneos deben ser sometidos a una gastrectomía parcial inmediata si han tenido una historia dispepsia previa larga, pero en caso contrario deben ser tratados por aspiración; en cambio, los enfermos que están en mala situación a su ingreso como consecuencia de los efectos de la perforación, morirán si son tratados por aspiración o por gastrectomía; la úlcera debe ser suturada e iniciar entonces un vigoroso tratamiento de resuscitación. Finalmen-

te, aquellos que a su ingreso están afectados por un proceso médico asociado, deben ser asimismo tratados por aspiración.

**Diagnóstico de los tumores del glomus yugular.**—Señala el autor que ha de pensarse en un tumor del glomus yugular si hay una historia larga de sordera unilateral progresiva, otorrea hemorrágica o un pólipo vascular en el oído; si una otorrea crónica aparentemente simple se asocia con signos neurológicos, la tomografía del peñasco demostrará los hallazgos característicos; la tomografía en la proyección anteroposterior es mucho más segura que las placas convencionales del peñasco y debe realizarse en todos los casos sospechosos. La arteriografía cerebral no está indicada si, como a menudo ocurre, el diagnóstico puede hacerse por los hallazgos clínicos y tomográficos. De los cinco casos descritos por el autor, dos fueron comprobados histológicamente y uno mostraba los hallazgos clínicos y radiológicos característicos; los otros dos casos eran con toda probabilidad tumores glómicos en vista de la larga historia clínica, el curso relativamente benigno, parálisis craneales múltiples y aspectos tomográficos característicos.

**Mielopatía cervical.**—Declara el autor que la compresión de la médula como consecuencia de una espondilosis cervical (mielopatía cervical) es un trastorno corriente. Ha observado 32 casos en los últimos quince meses y los divide en tres grupos de acuerdo con la intensidad del cuadro clínico; un cuarto grupo lo hace con enfermos con otros procesos, neurológicos o no neurológicos, que además tenían una mielopatía cervical. Termina diciendo que este proceso puede explicar algunos de los signos espúreos y rasgos neurológicos hasta ahora inexplicables que se descubren en estado de salud y enfermedad.

**Osteoartritis deformante de las articulares de Luschka.**—Describen los autores la osteoartritis de las articulaciones cervicales neurocentrales (Luschka) procedente de material anatómico y clínico, con especial referencia a su ubicuidad e incidencia de edad. La enfermedad es responsable del estrechamiento de los agujeros intervertebrales con la consiguiente angulación e irritación mecánica de las raíces medulares cervicales.

**Versenato en la intoxicación por plomo.**—Los autores describen el tratamiento con el versenato cálcico disódico de la intoxicación saturnina en un niño de dos años y medio. No se observaron efectos tóxicos debidos al servenato y la administración de cloruro amónico durante el tratamiento no aumentó la eliminación urinaria de plomo.

6.857 - 29 de enero de 1955

El diagnóstico de la enfermedad valvular reumática. C. Bramwell.  
Tuberculosis pulmonar primaria en la infancia. C. H. M. Walker.

Control inicial de la hipertensión con tartrato de pentolinium. D. W. Ashby, J. O'Neill y M. McLean  
"Vértigo epidémico" con complicación óculomotora. A. W. D. Leishman.

El pelo del seno pilonidal. F. E. Weale.  
Líquido cefalorraquídeo en la carcinomatosis de las meninges. E. F. Murphy.

Retroespinalolistesis como causa de paraplejia. R. Roaf.  
Estimulación de la inmunidad natural a las infecciones por Escherichia coli. D. Rowley.  
Hidrocortisona en el tratamiento de la conjuntivitis alérgica, renitis alérgica y asma bronquial. W. S. Foulds, D. Herxheimer y L. G. Kingdom.

**Tuberculosis pulmonar primaria en la infancia.**—El autor ha estudiado las complicaciones, origen de la infección y bacteriología en casos de complejo primario tuberculoso del pulmón, analizando el papel jugado en su tratamiento por la estreptomicina y otros antibióticos específicos, la broncoscopia y la lobectomía, con una valoración del pronóstico y la mortalidad. Este estudio confirma nuevamente el pronóstico relativamente bueno a breve plazo del complejo primario tuberculoso en

la infancia. La mortalidad es inferior al 10 por 100 en sus casos más bien seleccionados; se compara favorablemente con otros resultados y podría haberse reducido de incluir los casos "no activos"; puede argüirse que el número de casos que desarrollaron complicaciones serias y, por lo tanto, el índice de mortalidad, habrían sido inferiores si se hubieran usado más a menudo la estreptomicina y otros antibióticos específicos. Parece inverosímil que la incidencia alta de lesiones segmentarias que se observaron en estos casos fuera debida a este factor y más bien se debe a una selección inevitable de los casos más graves de acuerdo con la clasificación utilizada y con la variación individual en la terminología e interpretación de la lesión segmentaria rediológica; una revisión durante dos a cinco años ha demostrado que la mayoría de estas lesiones se resolvieron en el plazo de dos años. La incidencia extremadamente baja (4,2 por 100) de bronquiectasias confirmadas después de tales lesiones la explica por el hecho de que la dilatación bronquial resultante es generalmente asintomática y no empeora el estado general; generalmente la broncoscopia se hizo sólo en aquellos casos con mala salud persistente y hallazgos clínicos anormales y, por lo tanto, se carece de la prueba de la existencia de dichas lesiones asintomáticas, aunque parecen ser de poca importancia. La presencia de una diseminación miliar en casos de meningitis tuberculosa habla fuertemente en contra de las posibilidades de supervivencia y estas dos complicaciones del complejo primario siguen siendo los principales peligros. Esta revisión incluye la era estreptomicina precoz y hay que esperar que los casos futuros tratados con dicho y nuevos antibióticos, solos o en combinación, conseguirán una mortalidad más baja. Fué obvio el valor de la estreptomicina y del PAS en estos casos; sin embargo, en esta revisión el 60 por 100 de los niños menores de tres años, de los cuales prácticamente todos recibieron dicho tratamiento, murieron por sus procesos; insiste en la necesidad de un diagnóstico precoz e instaurar rápidamente el tratamiento, con examen de todos los contactos, particularmente de los niños menores de tres años. Aunque la broncoscopia ha tenido cierto valor en el diagnóstico y con el empleo progresivo de la B. C. G. llegará a ser probablemente todavía más, su empleo en el tratamiento es muy limitado; tuvo gran beneficio en los casos con estridor y enfisema obstructivo y la mayoría de los autores están de acuerdo de que estos hallazgos justifican la broncoscopia; las opiniones varian acerca de las otras indicaciones de esta técnica, pero ésta deberá incluir probablemente el colapso persistente masivo, particularmente de los lóbulos inferiores. La lobectomía se soporta indudablemente bien por los niños y el autor está impresionado por el corto plazo que se requiere en ellos para desarrollar después de la operación una vida totalmente activa; aunque algunos autores aconsejan la intervención quirúrgica precoz, la mayoría opina que la lobectomía debe reservarse para aquellos casos que no han respondido a un período razonable de tratamiento médico adecuado.

**Ansolisen en la hipertensión.**—Después de tres años de experiencia sobre el tratamiento de la hipertensión en el hospital y en una clínica de hipertensos, los autores han establecido un método de estabilización de los enfermos por medio del tartrato de pentolinium (ansolisen). El método exige que los enfermos deben estar de pie durante la mayor parte del día y ejercitarse antes de las determinaciones de la presión sanguínea, que se toman sentados cada dos horas. La iniciación en la práctica general del tratamiento hipotensivo con ansolisen no es aconsejable por la facilidad con que pueden presentarse reacciones graves que necesitan las medidas antagonistas con carácter de urgencia. El tartrato de pentolinium está sustituyendo rápidamente al hexametionio retard como el agente hipotensor de elección. En la hipertensión esencial y en algunos casos de hipertensión maligna es posible reducir la presión diastólica de un enfermo desde cualquier nivel a 80 mm. Hg. durante tres o cuatro horas de cada doce en varios días sucesivos antes de que el enfermo abandone el hospital;

en cambio, no es posible mantener la presión conseguida cuando el enfermo es dado de alta; pero, no obstante, las cifras de presión lograda con hexametonio y otras drogas pueden ser igualadas y la mejoría sintomática es la regla. Las tomas cada dos horas de la presión son importantes para decidir el tratamiento ulterior. Después de la comida del mediodía hay en enfermos ambulantes una caída natural de la presión que puede confundirse con un efecto terapéutico si este control cada dos horas no se realizase. El fracaso en la respuesta a una dosis de ensayo no debe desanimar para el tratamiento con ansolisen, puesto que una dosis mayor produce generalmente una respuesta satisfactoria.

**Vértigo epidémico con complicación oculomotora.**—El autor describe una pequeña epidemia de esta enfermedad, que se describe generalmente en su región como "laberintitis aguda". El brote se confinó estrictamente a una localidad, pero no pudo identificarse el origen del contacto común. Un rasgo no habitual fué la alta incidencia de trastornos oculomotores, complicación que ha sido observada ocasionalmente en una reciente epidemia en Dinamarca, y que no había sido todavía descrita en su región. Sugiere que hasta que se conozca más sobre la etiología de dicha enfermedad es preferible el título de "vértigo epidémico" al de "laberintitis aguda".

**Hidrocortisona local en el tratamiento de la conjuntivitis alérgica, rinitis alérgica y asma bronquial.**—Los autores han utilizado la hidrocortisona en solución para el tratamiento de la conjuntivitis alérgica y de la rinitis alérgica así como también aerosoles en el tratamiento del asma bronquial. Su experiencia es demasiado limitada para llegar a conclusiones definitivas sobre la dosificación óptima y el método de aplicación y del tipo de enfermos que verosimilmente se ha de beneficiar más, pero están seguros de que en dichos procesos tiene un evidente valor terapéutico. El tratamiento local tiene las ventajas de que se evita la necesidad de administrar grandes dosis generales de cortisona, con los correspondientes peligros de la terapéutica general, y al tiempo que es mucho más económico.

### British Medical Journal.

4.904 - 1 de enero de 1955

- \* Adrenalectomía para el cáncer de mama. S. Cade. Problemas que intervienen en la prevención de las complicaciones bacterianas del sarampión. G. I. Watson.
- \* Diagnóstico precoz de los tumores medulares. H. J. G. Bloom, H. Ellis y W. B. Jennett.
- Cortación de la aorta y embarazo. L. Rosenthal.
- Gangrena hemorrágica de la piel en la leucemia linfática crónica. I. Sarkany y R. M. Ransom.
- Aportación epidemiológica a la medicina obstétrica. A. M. Thomson.
- Tratamiento de los hematomas subdurales subagudos y crónicos. R. G. Robinson.
- Ruptura espontánea del esófago. J. Borrie.
- Ruptura espontánea del esófago. J. R. Boulle.
- Brucelosis como un peligro de la transfusión sanguínea. E. E. Wood.
- Lactación de la rama axilar de la mama. J. P. Roux.
- Erupción variceliforme de Kaposi. A. Fry.
- Torsión de la vesícula biliar. D. M. Bell.
- Embolectomía femoral con éxito. E. K. Althorp y J. K. N. Yearsley.
- Diagnóstico del mongolismo en la infancia. H. R. E. Wallis.

**Adrenalectomía en el cáncer de mama.**—El autor refiere una serie de 56 enfermas con cáncer diseminado de la mama en las que se realizó una adrenalectomía bilateral. Se obtuvo una supervivencia hasta la fecha superior a veinticuatro meses mediante el tratamiento de mantenimiento con cortisona. En una proporción de casos se logró una mejoría, tanto subjetiva como objetiva, que nunca se ha llegado a conseguir anteriormente por cualquier otro método de terapéutica. Después de la adrenalectomía puede observarse una desaparición del dolor en las metástasis esqueléticas, represión de las lesiones visibles y palpables, reosificación de las metástasis esqueléticas y soldadura de las fracturas patológicas.

Añade que todavía no hay un método que pueda indicarnos si una determinada enferma va a beneficiarse o no por la operación. Se lograron efectos beneficiosos en aproximadamente el 60 por 100 de las enfermas y en una proporción de ellas (23 por 100 de todos los casos) la mejoría fué muy notable y sorprendente. Subraya que el riesgo de la operación es sólo razonable y que el mantenimiento de la vida se consigue con la cortisona. Termina diciendo que no hay posibilidades de conseguir un efecto permanente, pero los resultados son alentadores, y considera justificado el aconsejar la operación en un estadio precoz de la enfermedad.

**Diagnóstico precoz de los tumores medulares.**—Declaran los autores que los enfermos comprendidos en el servicio militar llegan a la observación médica más precozmente, y en este sentido ha tenido la oportunidad de hacer comentarios, sobre el cuadro clínico precoz y el diagnóstico de los tumores medulares, basándose en un estudio de 36 casos. El promedio de demora entre la primera consulta y la operación fué de 6,4 semanas, lo que es mucho más breve que en la mayoría de los casos civiles. Los errores diagnósticos más frecuentes fueron fibrosis o reumatismo en el 28 por 100 de los casos, prolapse del disco intervertebral o ciática en el 28 por 100 y neurosis en el 25 por 100. La molestia más frecuente fué el dolor lumbar y/o dolores radiculares, que se presentaron en el 81 por 100 de los casos y en el 61 por 100 fué el síntoma inicial; en cinco casos había signos neurológicos sólo mínimos o dudosos, aunque el dolor se hallaba presente durante nueve o más meses. La neoplasia más frecuente fué el neurofibroma (41 por 100). Han encontrado un número inesperadamente grande de tumores metastásicos (22 por 100), la mayoría de los cuales eran de origen bronquial; tres de estos tumores se presentaron en enfermos entre 17 y 19 años de edad; debe sospecharse una lesión metastásica si la historia es breve y el cuadro clínico ya avanzado. Hacen referencia a las investigaciones antiguas y llaman la atención sobre el valor de la punción lumbar en el diagnóstico precoz, especialmente en los casos dudosos; se obtuvo indicio de bloqueo medular en el 76 por 100 de los casos y en los 35 enfermos en los que se estudió el líquido cefalorraquídeo estaba aumentado el contenido en proteínas. Añaden que la punción lumbar es el único método de excluir un tumor con seguridad en enfermos que presentan dolores lumbares o radiculares persistentes de los cuales no se encuentra una causa obvia; los posibles peligros del procedimiento son despreciables, excepto en los casos rápidamente progresivos y en aquellos con sospechas de tumores cervicales, en cuyo caso la investigación debe demorarse hasta que se cuente con la ayuda neuroquirúrgica.

4.905 - 8 de enero de 1955

- Tratamiento de la fenilcetonuria con una dieta en fenilaianina. L. I. Woolf, R. Griffiths y A. Moncrieff.
- Desacuerdo entre los observadores en un estudio epidemiológico de enfermedades respiratorias. R. S. F. Schilling, J. P. W. Hughes y I. Dingwall-Fordyce.
- \* Experiencia clínica de las suspensiones de insulina zinc. J. M. Stowers y J. D. N. Nabarro.
- \* Tratamiento de la diabetes mellitus con suspensión de insulina zinc. K. J. Gurling, J. A. Robertson, H. Whitaker, W. Oakley y R. D. Lawrence.
- Los gritos en infantes y niños. R. S. Illingworth.
- Un amido-nitrotiazol para la tricomoniasis. S. R. M. Bushby, R. D. Catterall y M. Williamson.
- Control de la infección cruzada por medio de una crema antiséptica para las manos. J. Murray y R. M. Calman.
- \* Ruptura de un absceso frío en el bronquio. Z. Fastner.
- Ruptura traumática de un bronquio principal. A. W. Fowler.
- Antrax humano. M. F. Hunt y P. Cook.
- Muerte súbita en el parto después de inyección de penicilina. P. E. Campbell.
- \* Hemorragia suprarrenal espontánea en la colitis ulcerosa. G. D. Owen y P. N. Coleman.

**Experiencia clínica de las suspensiones de insulina zinc.**—Describen los autores los resultados de un ensayo de las suspensiones de insulina zinc en 240 diabéticos, de los cuales 35 eran enfermos nuevos, y se consi-

guió una estabilización satisfactoria; los restantes fueron transferidos a las nuevas insulinas a causa de que su régimen previo mostraba desventajas. Más del 75 por 100 de los casos se benefició de esta transferencia. Los enfermos, sometidos previamente a una inyección única de protamina zinc insulina, necesitaron un 40 por 100 de aumento en la dosis y los sometidos a otros tratamientos con insulina de acción duradera precisaron aumentos menores. Los enfermos sometidos a tratamientos con dos o tres inyecciones de insulina soluble se equilibraron con una dosis total similar de las suspensiones de insulina zinc. Cuando los enfermos se transfieren a las nuevas insulinas es necesario tener presente el tipo de insulina que el enfermo venía utilizando para valorar la dosis inicial que debe darse de suspensión de insulina zinc. En la mayoría de los enfermos demostró ser satisfactorio el empleo de la suspensión de insulina zinc lenta con la proporción de tres partes de amorfa a siete partes de cristalina; el 14 por 100 necesitó una mayor proporción de la cristalina y el 2,5 por 100 de la amorfa. Revisan las ventajas y desventajas de las insulinas inglesas actuales y concluyen que las suspensiones de insulina zinc tienen ventajas definidas sobre los otros preparados y que probablemente más del 90 por 100 de todos los diabéticos que exigen insulina pueden controlarse satisfactoriamente por una inyección diaria única de las proporciones adecuadas de suspensiones de insulina zinc cristalina y amorfa; sin embargo, llaman la atención sobre la dificultad para obtener de nuevo el control con estos preparados si el equilibrio de la diabetes se altera por una infección intercurrente.

**Tratamiento de la diabetes mellitus con suspensión de insulina zinc.**—Los autores han tratado con suspensiones de insulina zinc a 479 diabéticos. Valoran el grado del control tanto subjetiva como objetivamente, este último desde un punto de vista absoluto y en comparación con lo que se lograba con otras formas previas de terapéutica. Sólo en menos del 7 por 100 de los casos las suspensiones de insulina zinc constituyeron un fracaso, mientras que el 31 por 100 de los adultos y el 37 por 100 de los niños previamente tratados con insulina mostraron una evidente mejoría. Consideran que la suspensión de insulina zinc constituye un preparado satisfactorio que permitirá aumentar el número de diabéticos que puedan controlarse adecuadamente con una inyección de insulina al día.

**Ruptura de un absceso frío en el bronquio.**—El autor describe un caso de espondilitis tuberculosa de la columna dorsal con un absceso frío que se rompió en un bronquio. El absceso se contaminó posteriormente con gérmenes piógenos y en el cuadro clínico predominaba la expectoración abundante. Se demostró un absceso del mediastino y la caries de la séptima y octava vértebras dorsales. La comunicación entre el absceso y el bronquio se probó mediante la inyección de rojo Congo en el absceso y el colorante se expectoró inmediatamente. El enfermo fue tratado con penicilina y estreptomicina y con mostaza nitrogenada; así, como bajo el tratamiento con antibióticos, se obtuvo una mejoría significativa del cuadro clínico, la mostaza nitrogenada fué ineficaz. El enfermo rehusó voluntariamente otros tratamientos y abandonó el hospital empeorando gradualmente, muriendo de caquexia.

**Hemorragia suprarrenal espontánea en la colitis ulcerosa.**—Los autores describen un caso de colitis ulcerosa, que en el curso de una recidiva presentó súbitamente un colapso irreversible, falleciendo en coma profundo a las pocas horas. En la autopsia se demostró la existencia de una extensa colitis ulcerosa desde el ciego al recto y al tiempo una hemorragia suprarrenal bilateral masiva; las suprarrenales estaban convertidas en sacos de sangre, persistiendo un fino anillo de tejido cortical como único remanente. Los autores piensan que la colitis ulcerosa pertenece a las enfermedades de adaptación y que se produciría una estimulación suprarrenal

lo suficientemente prolongada como para provocar la lesión celular después de la sobreestimulación exhaustiva de la glándula.

4.906 - 15 de enero de 1955

El circuito de Willis. C. Symonds.

Pancreatitis consecutiva al embarazo. R. A. Joske.

• Adenitis mesentérica tuberculosa en niños. H. R. E. Wallis.

Una comparación de la vacunación con bacilo aviario y BCG. H. W. O. Frew, J. R. Davidson y J. T. W. Reid.

• Tratamiento del papiloma de la vejiga con oro radioactivo coloidal Au<sup>198</sup>. F. Ellis y R. Oliver.

Lesiones del disco intervertebral. J. Cyriax.

• Tumores primarios del intestino delgado. T. A. Ogilvie y H. M. Shaw.

• Asociación de diverticulosis yeyunal y esteatorrea. A. P. Dick.

Espectros de sensibilidad a los antibióticos. E. P. Silberstein.

Dos casos de fabismo en Israel. S. Mansoor.

Artritis reumatoide tratada con compuestos orgánicos de cobre. T. J. O'Reilly.

Embolia grasa en las operaciones torácicas. F. McKeown.

**Adenitis mesentérica tuberculosa en niños.**—El autor llama la atención sobre la importancia de los ganglios abdominales tuberculosos como causa de fiebre y dolores abdominales en niños. Describe 20 casos, incluyendo algunos de ellos que se presentaron con dolor, fiebre, ataques similares a los de apendicitis aguda, reumatismo tuberculoso y el síndrome celiaco. Recomienda el tratamiento con 50.000 unidades diarias de Calciferol durante seis semanas como un medio de favorecer el proceso natural de curación. Investiga la incidencia de tuberculosis abdominal y concluye que en el área por él revisada es ahora casi tan frecuente como la tuberculosis pulmonar y parece ser mayor en los niños que en las niñas. Una revisión de niños escolares normales no seleccionados le permitió descubrir más casos que habían tenido síntomas análogos y en este grupo la tuberculosis abdominal fué más frecuente que la pulmonar.

**Tratamiento del papiloma de la vejiga con oro radioactivo coloidal.**—Los autores describen una técnica para el tratamiento de la papilomatosis vellosa múltiple de la vejiga por medio de 300 mc. de oro coloidal radioactivo (Au<sup>198</sup>), introducido a través de la uretra, y que permite liberar una dosis a nivel del epitelio vesical de aproximadamente 3.000 r. en tres horas; el curso que recomienda es de dos tratamientos con un intervalo de aproximadamente dos meses. El procedimiento es seguro para el enfermo y asimismo para el grupo médico si se toman las precauciones adecuadas. Consiguió la desaparición completa durante quince meses de miriadas de papilomas en un hombre de sesenta y siete años de edad, que quedó libre de síntomas. En los casos no aconsejables para el tratamiento completo por este método puede utilizarse para lograr la desaparición de pequeños tumores múltiples y detener la hemorragia. De esta manera puede hacerse un examen cistoscópico exacto y poder desvitalizar la superficie del carcinoma como preparación para una cistostomía ulterior.

**Tumores primarios del intestino delgado.**—Los autores revisan brevemente los tumores primarios de localización en el intestino delgado y revisan una serie de 16 casos observados en su hospital en los últimos diez años. El adenocarcinoma es el más frecuente de estos tumores y se presenta más habitualmente en el duodeno y yeyuno alto; los síntomas se producen tarde como consecuencia de la naturaleza líquida del contenido intestinal a dicho nivel; el pronóstico es uniformemente malo, lo que confirman por su propia experiencia; la incidencia de edad de estas neoformaciones corresponde a la habitual del cáncer y las mujeres se afectan más a menudo que los hombres. Asimismo describen las lesiones producidas por el linfosarcoma y procesos relacionados, refiriendo cinco casos, y sugieren que en aquellos en los que sea posible la resección del segmento afecto deberá realizarse, pero continuándose el tratamiento

por medio de la radioterapia. Finalmente describen el carcinoide o carcinoma argentafín, discutiendo el diferente comportamiento de este tumor cuando se presenta en el apéndice y en el ileon, y refieren un caso de esta localización.

**Diverticulosis yeyunal y esteatorrea.**—El autor describe un caso de diverticulosis yeyunal complicada por esteatorrea, anemia macrocítica y glositis. El extracto hepático crudo por vía parenteral produjo una remisión completa de la glositis y de la macrocitosis; el extracto hepático refinado por vía parenteral, el ácido fólico oral y la terapéutica masiva con vitamina B no tuvieron efecto sobre la glositis, mientras que en la macrocitosis mostró una respuesta variable al extracto hepático refinado y al ácido fólico. Se produjo una mejoría en la diarrea y en el estado general después de un tratamiento con aureomicina y la glositis y anemia continuaron en remisión sin tratamiento ulterior con extracto hepático crudo durante un período de ocho meses. Sugiere que la diverticulosis yeyunal múltiple era la responsable de la esteatorrea en este caso y que el estancamiento y la infección en los divertículos pudo haber sido el factor más importante en la producción de la disfunción del intestino delgado.

4.907 - 22 de enero de 1955

Nutrición humana y la sofisticación de los alimentos y hábitos alimenticios. B. S. Platt.

Tratamiento de la esquistosomiasis con nilodin. B. A. King.

\* Tratamiento del asma con corticotropina. J. E. G. Pearson.

\* Exanguinotransfusión como medio de extraer la bilirrubina en la enfermedad hemolítica del recién nacido. G. H. Lathe.

\* Aldosterona en la orina de hombres normales y enfermos con edema. E. J. Axelrad, J. E. Cates, B. B. Johnson y J. A. Luetzcher.

Efecto del metilandrostendiol sobre la pérdida de peso postoperatorio. D. Davies y A. Pines.

Filiación Rh rápida. F. Stratton.

Un método sencillo de filiación Rh. P. W. Harvey.

Un cuerpo extraño en el riñón. D. Macaulay y T. Moore.

Pirimetamina en la profilaxis del paludismo. R. N. Chaudhuri y N. K. Chakravarty.

Un caso fatal de agranulocitosis debida a novalgin. H. E. Hutchinson y H. Conway.

Síntoma de Thomas o heces plateadas en el cáncer de la ampolla de Vater. H. Ogilvie.

**Tratamiento del asma con corticotropina.**—Declara el autor que la ACTH es el producto más eficaz en el tratamiento del estado asmático grave y que puede salvar la vida cuando todo ha fracasado ya. Como no es necesario en tales casos un tratamiento que dure más de cinco a nueve días, caben esperarse muy pocos efectos desfavorables. Es satisfactoria una dosis inicial de 25-30 mg. cada seis horas, que debe reducirse gradualmente después de que se ha producido la mejoría, lo que tiene lugar generalmente a las cuarenta y ocho horas. Sugiere que el empleo de ACTH debe restringirse a los casos muy graves que son resistentes a otras formas de tratamiento y, si es posible, el enfermo no debe saber lo que se le está poniendo. Los enfermos profundamente infectados responden también como los otros, pero deben tratarse con mayores precauciones. No hay evidencia convincente de que se produzca una remisión de los síntomas más larga después de la terapéutica con ACTH que después de cualquier otro tratamiento que ha conseguido el éxito. La ACTH no supone la anulación de los otros métodos establecidos en la colaboración, tratamiento y cuidados del enfermo asmático. Describe el empleo de ACTH en 10 asmáticos, en ocho de los cuales obtuvo una mejoría notabilísima del trastorno respiratorio agudo que era resistente a otras formas de terapéutica. Sugiere, por último, que esta sustancia debe utilizarse en el asma sólo como una medida de urgencia.

**Exanguinotransfusión como medio de extraer la bilirrubina en la enfermedad hemolítica del recién nacido.**—El autor ha seguido las alteraciones en la concentración de los pigmentos biliares en el plasma en casos de enfermedad hemolítica del recién nacido después de

la exanguinotransfusión. Se produce un descenso del 30-50 por 100 en un período durante el cual los pigmentos biliares son lavados de los tejidos. Durante una o más transfusiones la concentración de bilirrubina puede colarse a un nivel por debajo del cual la incidencia de perfusiones a realizar depende de la rapidez con que el hígado desarrolla su capacidad para eliminar la bilirrubina. Subraya que a causa del déficit hepático, fundamental en el niño recién nacido, es muy importante utilizar sangre recientemente extraída para la transfusión. Por último, discute la significación de grandes cantidades de bilirrubina de reacción directa que se presentan en algunos casos de enfermedad hemolítica.

**Aldosterona en orina de normales y enfermos con edema.**—Declaran los autores que la cantidad de corticoides que retienen sodio que pueden extraerse de la orina por el cloroformo depende parcialmente del método de hidrolisis. De los procedimientos estudiados, el mejor es el que se obtiene de la orina después de haber permanecido durante un día a un pH 1. Se obtuvieron cantidades menores después de una exposición breve a pH 1 ó después de la incubación a 37° y pH 4.8. La betaglucuronidasa de mamífero logró una liberación ulterior del material; se observó una actividad insignificante en los extractos de orina a pH 6.5. Comparando los resultados obtenidos con cada método, la actividad de retención del sodio de los extractos urinarios era pequeña, pero todavía mensurable en sujetos sanos o con ingestión de sodio no restringida; la reducción del sodio de la dieta se siguió de un aumento en la actividad de retención de sodio. Los enfermos con insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis hepática o síndrome nefrótico mostraron una alta eliminación de dicho material cuando el sodio urinario era bajo. En todos los casos en que se hizo cromatografía de los extractos de orina el material que retenía sodio se encontró en una fracción única. El componente activo de esta fracción se demostró que era aldosterona en un caso y, en conjunto, parece muy probable que el corticoides que retiene sodio con propiedades similares, encontrado en otros casos, sea asimismo aldosterona.

4.908 - 29 de enero de 1955

Observaciones sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el momento actual. J. L. Livinstone.

Terapéutica habitual en la tuberculosis pulmonar en los Estados Unidos. H. G. Trimble.

Un caso de polilebitis de células gigantes. A. Chakravarti y G. Chakravarty.

\* Mixedema espontáneo desarrollado después de tirotoxicosis. R. Fraser y B. E. C. Nordin.

\* Síndrome de Sézary. W. E. Alderson, G. I. Barrow y R. L. Turner.

Incidencia de caries dental en niños menores de cinco años. G. L. Slack.

Un caso de fractura por fatiga bilateral de la fibula. D. A. Richmond y J. Shafar.

Intususcepción del apéndice en niños alérgicos. R. G. Mitchell.

Cirugía en octogenarios. R. W. Raven.

Curación después de una sobredosis con metilpentenol. I. M. Brown y R. A. Ellis.

Tetralogía de Fallot con anomalías congénitas múltiples. J. Wolf.

Manifestaciones nerviosas de la hepatitis infecciosa. W. F. T. McMath.

**Mixedema espontáneo desarrollado después de una tirotoxicosis.**—Los autores refieren los datos de un enfermo que en 1950 fué diagnosticado de enfermedad de Graves; asimismo muestran la evidencia de que dicho tiroides funcionaba perfectamente al final de 1952, después de un tratamiento con tiouracilo; y, sin embargo, un año después el enfermo mostró un mixedema primario avanzado, que desde entonces ha respondido a la tiroxina. No han encontrado otro caso similar de presentación de un mixedema espontáneo tan inmediatamente después de una tirotoxicosis.

**Síndrome de Sézary.**—El síndrome de Sézary se caracteriza clínicamente por rasgos muy bizarros y ana-

tomopatológico por la aparición de células mononucleares peculiares en la sangre. Los autores en este trabajo comunican dos nuevos casos de este proceso y revisan otros cinco previamente referidos. Piensan que se trata de una reticulosis local intermedia entre la reacción benigna y la malignidad franca. Creen que la cronicidad del proceso se debe posiblemente en parte a su carácter "premaligno" y por otra al órgano afectado, la piel y los ganglios linfáticos superficiales.

### La Presse Médicale.

62 - 58 - 4 de septiembre de 1954

Los heteroinjertos de cartílago. G. Ginestet.

Tratamiento del reumatismo articular por la fenilbutazona. E. Aron y J. L. Neel.

Resultados a distancia del tratamiento quirúrgico del carcinoma del esófago y del cardias. Ph. Détrie.

**Fenilbutazona en el reumatismo poliarticular agudo.** Las primeras observaciones de los autores parecen demostrar la eficacia terapéutica de la fenilbutazona (butazolidina) en el reumatismo poliarticular agudo. La hipertermia y la hinchazón de las articulaciones ceden tan rápidamente como bajo el influjo del ACTH y cortisona. Persisten las lesiones valvulares. La velocidad de sedimentación no disminuye paralelamente a la mejoría clínica. Dado el parecido de la fórmula química con la del piramidón y antipirana, se puede pensar que actúa de modo parecido por sus propiedades antiinflamatorias tisulares y por su acción central antipirética y analgésica. No creen que actúe sobre el eje hipofiso-suprarrenal. Proyectan su asociación al ACTH y cortisona.

**Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago y cardias.**—Los autores hacen un estudio de las estadísticas de GARLOCK y KLEIN, de SWEET y de NUBOER. Consideran como contraindicaciones la existencia de metástasis y la de fistulas, pero no la altura ni los dolores dorsales. Practican una intervención exploratoria previamente. NUBOER habla de exéresis conjuntas: pleura mediastínica, pericardio, diafragma, bazo, lóbulo izquierdo del hígado, cola del páncreas y glándula suprarrenal izquierda. La mortalidad operatoria varía entre un 12 y un 38 por 100. La supervivencia tras cinco años es de 12 a 27 por 100 para los carcinomas mediotráxicos y de 16 a 35 por 100 para los bajos.

62 - 59 - 11 de septiembre de 1954

Estudio de los derrames articulares por la electroforesis acoplada suero-líquido sinovial. P. Merial y cols.

Corteza suprarrenal e hipertensión arterial. J. F. Cier e Y. Houdas.

62 - 60 - 18 de septiembre de 1954

Profilaxis de las rigideces, edemas y rarefacciones óseas que quedan tras la consolidación de las fracturas, particularmente en viejos. R. Lerche.

Los aneurismas exocraneanos de la carótida interna y de la yugular interna de situación alta en el espacio subparotideo posterior. A. M. Stiffre y Aulong.

Los procesos de irritación nerviosa. P. Chauchard.

**Profilaxis de las rigideces, edemas y rarefacciones óseas tras las fracturas.**—Piensa el autor que en el tratamiento no quirúrgico de las fracturas articulares o yuxta-articulares se debe poner especial cuidado para evitar accidentes como los edemas, esclerosis periarticulares, osteoporosis epifisaria y esclerosis sinovial, que pueden prolongar el curso de la convalecencia, especialmente en viejos, y que son consecuencia de la inmovilización. Considera que estos accidentes pueden evitarse; así, por ejemplo, el edema y las rigideces son debidos a los desórdenes vasomotores post-traumáticos; piensa que las inyecciones de procaina en el foco de fractura, el bloqueo simpático y la inyección intraarterial de novocaina pueden ser de gran utilidad a estos enfermos.

**Aneurismas exocraneanos de la carótida interna y de la yugular interna en el espacio subparotideo posterior.**—Se trata de un proceso del que solamente se han publicado cinco casos en la literatura francesa; clínicamente está caracterizado por la asociación de las parálisis del X, XI y XII pares y síntomas de fistula arteriovenosa. Las condiciones topográficas han obligado al sacrificio de la carótida interna sin que haya sido posible la cirugía conservadora. Pueden presentarse accidentes consecutivos a la ligadura o exéresis de esta arteria, por lo que los autores recomiendan que previamente se pruebe la eficacia de la circulación colateral (arteriografía, ligaduras incompletas).

62 - 61 - 22 de septiembre de 1954

- \* La reacción diencéfalo-endocrina a la encefalografía gasesa. G. Boudin, J. Barbizet y J. Leprat.
- Perturbaciones de las proteínas plasmáticas en el curso de las nefropatías. M. F. Jayle, G. Lagrue y G. Bousier.
- Meningitis y meningoencefalitis a virus encontradas en Francia. R. Sohier y J. y J. Buisserie.
- Reocardiografía. Estudio clínico. J. F. Merlen, R. Vanrapenbusch y J. P. Cachera.
- Sobre los feocromocitomas. G. Ferbos.

**Reacción diencéfalo endocrina a la encefalografía.**—Los autores detallan la serie de alteraciones a que da lugar la introducción de aire en el interior de los ventrículos y entre las que figuran los trastornos de la sed y la diuresis, del sueño, de la regulación térmica; alteraciones hemáticas, entre las que figuran leucocitosis, linfopenia y eosinopenia, que traducen una respuesta suprarrenal, probablemente a la descarga de corticoestimulina hipofisaria. Hiperglicemia y modificaciones de la función sexual aún no totalmente estudiadas. Los autores sugieren la posibilidad de que la encefalografía constituya una prueba de la función del eje diencéfalo-hipofisario.

**Sobre los feocromocitomas.**—Los feocromocitomas son tumores histológicamente benignos, pero cuya evolución espontánea es fatal. Actualmente se diagnostican con una mayor frecuencia. El síntoma más típico lo constituye la hipertensión paroxística, pero ésta no es constante, ya que en la mayoría de los casos esta hipertensión es permanente y en otros no existe. Consideran de gran utilidad diagnóstica la tomografía retroperitoneal. El riesgo operatorio es cada día menor, pero, sin embargo, sigue siendo importante y nada seguro se puede decir respecto al pronóstico de un caso determinado.

62 - 62 - 25 de septiembre de 1954

- \* Aplicación de las terapéuticas anti-inflamatorias al tratamiento de las enfermedades infecciosas. A. Ravina, M. Pestel y R. Thielen.
- Se puede utilizar el plasma animal desnaturizado en lugar del plasma humano? P. Cazal.
- Propiedades antibióticas y tolerancia a la argicilina. Comparación con la gramicidina. A. Quevaupiller, A. Desvignes y S. Garbet.

**Terapéutica anti-inflamatoria.**—Los autores estudian las propiedades antitérmicas y anti-inflamatorias de los derivados pirazolados, mostrando la importancia de su aplicación fuera de las afecciones reumáticas. Exponen los resultados favorables que han obtenido en las neumopatías, en las embolias pulmonares, infecciones de faringe y vías aéreas altas, flabitis, linfangitis y enfermedad de Hodgkin. En todos los casos se produjo un rápido descenso térmico y desaparición de síntomas inflamatorios locales y generales. Rápidamente se añade la mejoría del estado general. Estos fármacos pueden disminuir la duración del tratamiento específico.

**Propiedades de la argicilina.**—Los autores estudian las propiedades antibióticas y toxicidad de la argicilina comparándolas con la de la gramicidina. De su comparación sacan las siguientes conclusiones: la gramicidina es más activa sobre el estreptococo y enterococo; en cambio, la argicilina es más activa sobre el N. cata-

rralis y el estafilococo. La argicilina tiene una toxicidad aguda menor para el ratón. "In vitro", sobre los glóbulos rojos del conejo, la argicilina es casi cuatro veces menos hemolítica que la gramicidina. Consideran los autores que, con una posología conveniente, se puede considerar el uso terapéutico de la argicilina sin que sean de temer los efectos secundarios de la gramicidina.

62 - 63 - 29 de septiembre de 1954

- \* La poliqueratosis congénita. A. Touraine.
- \* Tumores cerebrales en el curso de la esclerosis tuberosa de Bourneville. J. E. Paillas y cols. Contribución de la cinedensigráfia al diagnóstico del cáncer de pulmón. R. Kourilsky y M. Marchal.
- Osificación pulmonar masiva. H. Le Brigand y cols.
- Las hernias diafragmáticas retro-costo-xifoideas. R. Even, Ch. Sors y R. Codis.
- \* Los eczemas por guantes de caucho. E. Sidi y M. H'necky. La angiociardiografía por vía subclavicular. R. Aubaniac y colaboradores.

**Poliqueratosis congénita.**—En el amplio grupo de las queratoses hereditarias el autor aísla, bajo el nombre de "poliqueratosis congénita", una polidiplasia transmisible cuyo elemento fundamental es una tendencia a la hiperqueratinización de la piel y anexos y a la queratinización de las mucosas. Esta enfermedad se puede transmitir, bien en su forma completa o en distintas formas parciales, dando lugar a numerosos cuadros clínicos. Pueden añadirse otras anomalías dérmicas como atrofia del cuerpo mucoso, disqueratosis, acantolisis, etcétera.

**Tumores cerebrales en el curso de la esclerosis tuberosa de Bourneville.**—La esclerosis tuberosa de Bourneville, que comprende nódulos subcutáneos, crisis epilépticas, trastornos psíquicos y pequeños tumores intraoculares, puede a veces complicarse con tumores cerebrales de tipo schwanoide (espongioblastoma polar) y más raramente de tipo glioblastico. En el primer caso, generalmente único, se localiza en el trigono cerebral o en núcleo gris central y prolifera en la cavidad ventricular originando hipertensión intracraneal. Su exéresis está indicada siempre que sea posible, dada la naturaleza histológica benigna del tumor. Los autores refieren dos casos operados por ellos con una supervivencia, en uno de ellos, de seis años.

**Eczema de los guantes de caucho.**—Los autores presentan un estudio sobre 102 enfermos en el que demuestran el papel que el uso de guantes de goma tiene en la presentación y mantenimiento de numerosas dermatitis. El problema que esto plantea es principalmente social, pues al sujeto sensibilizado a cualquier producto con el que esté en contacto por su profesión le crea un grave problema si, además, se sensibiliza a los guantes de goma que podían haberle protegido. Sugieren los autores la posibilidad de fabricar guantes de goma de propiedades hipoalergicas.

#### Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux.

48 - 3 - 1955

- Comportamiento del aire residual después de comisurotomía en la estenosis mitral. A. Van Bogaert, J. Vandael, A. Van Genabeek y Van der Henst.
- \* El bulbo aórtico. R. Lutembacher.
- \* Las simpatectomías extensas en la hipertensión arterial. I. Resultados inmediatos a propósito de 122 intervenciones. R. H. Martin y M. Bonamy.
- \* Las simpatectomías extensas en la hipertensión arterial. II. Resultados lejanos. Fr. Joly, A. Mathivat y J. R. Sicot.
- \* Los canales arteriales con hipertensión pulmonar sin inversión del shunt. P. Vernant y otros.

**El bulbo aórtico.**—La onda bulbar está caracterizada por una pequeña oscilación negativa que precisa la dirección ascendente del sístole bulbar; se inscribe 0"3

a 0"5 después de la flecha rápida ventricular durante la fase de tonus del ventrículo. La onda bulbar no va seguida normalmente de una onda de tonus no por falta de éste, sino porque sus efectos eléctricos son anulados en los dos extremos de la cuerda por su sincronismo y por su intensidad igual. En este estudio el autor ha puesto en evidencia la fase de tono bulbar sobre una curva monopolar obtenida por cauterización de la extremidad superior o inferior del bulbo. Por cauterización de la extremidad superior se obtiene una curva negativa en cúpula y por cauterización de la extremidad inferior se recoge una curva positiva. La identificación de la onda bulbar antes y después de la cauterización se hace con la ayuda de relaciones cronométricas con la flecha rápida ventricular y por su desaparición después de la destrucción del bulbo.

**Las simpatectomías extensas en la hipertensión arterial. I. Resultados inmediatos a propósito de 122 intervenciones.**—Del estudio rápido de los resultados postoperatorios inmediatos en enfermos hipertensos los autores sacan las siguientes conclusiones: a) Es indispensable no operar más que enfermos con edad inferior a los cuarenta años, rigurosamente seleccionados y rodeados de un personal perfectamente entrenado para realizar una vigilancia tanto de día como de noche. b) En estas condiciones, los cursos postoperatorios, que son generalmente una prueba bastante dura, pueden ser soportados fácilmente y las complicaciones son raras y transitorias. c) La mortalidad es nula por debajo de los treinta y cinco años. Globalmente está en función ed una selección muy severa y de la experiencia del equipo que rodeará al enfermo durante la operación y después de la misma, únicos factores que permiten abordar esta cirugía sin hacer correr un riesgo notable al enfermo.

**Las simpatectomías extensas en la hipertensión arterial. II. Resultados lejanos.**—La simpatectomía extensa bilateral (intervención de Peet, de Smithwick y de Poppen) ha sido realizada por R. H. MARTIN y M. BONAMY en 122 casos no seleccionados de hipertensión arterial. Con una selección rigurosa de los casos que deben ser sometidos a este tipo de intervención, la mortalidad es inferior al 2 por 100. Se hace un estudio postoperatorio en 80 sujetos cuya edad está comprendida entre los 18 a 53 años. Veintitrés han muerto en el espacio de un mes a cinco años después de la operación. En los 57 sujetos actualmente vivos, la regresión del síndrome hipertensivo es completa en 19 casos, disociada en 17 casos y nula, parcial o transitoria en 22 casos. La duración de la observación es de dos a seis años. El comportamiento postoperatorio de las cifras tensionales es un índice imperfecto de los efectos de la simpatectomía. La reducción duradera de la hipertensión no elimina la aparición más o menos lejana del riesgo de complicaciones graves (cerebrales y renales, especialmente). Inversamente, la irreductibilidad de la hipertensión no es suficiente para probar la ineffectividad de la intervención quirúrgica. La acción de la simpatectomía sobre los parénquimas es variable según el territorio estudiado: se consigue una regresión completa de las hemorragias o edemas píleo-retinianos en 29 casos de 35, cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad; reducción de los signos radiológicos de dilatación hipertrófica y de los signos eléctricos de "sobrecarga ventricular izquierda", constante cuando la hipertensión ha sido reducida, y aproximadamente en la mitad de los casos, actualmente vivos, en los que la hipertensión ha sido irreductible; acción preventiva dudosa sobre la arteritis cerebral (accidentes neurológicos tardios en nueve casos).

El estudio de los trastornos funcionales del riñón y de las biopsias renales en 60 casos demuestra la complejidad del problema debido a la variedad de las nefropatías en la hipertensión esencial y al papel destacado que el riñón desempeña en la evolución de los hipertensos simpatectomizados.

Diferentes datos sugieren que esta neurocirugía tiene una acción estabilizadora sobre la enfermedad, pero la duración es muy variable según los sujetos. Las recidivas evolutivas se sitúan sobre todo entre el primero y cuarto años. A pesar de la inconstancia y de los límites de su acción, las simpatectomías merecen ser mantenidas entre los tratamientos de la hipertensión teniendo en cuenta que sus indicaciones son muy restrictivas.

**Los canales arteriales con hipertensión pulmonar sin inversión del shunt.**—Se han estudiado 11 casos de canales arteriales con hipertensión pulmonar, con shunt izquierda-derecha único o predominante. Todos estos casos han sido operados con un solo caso de muerte durante la intervención. En todos se realizó un cateterismo preoperatorio que demostró la existencia de hipertensión pulmonar con máxima superior a 50 mm. de Hg. La medida de presión intraoperatoria (siete casos han permitido precisar las consecuencias del cierre del canal): a) Descenso inmediato de las presiones pulmonares después de la ligadura del canal, menos en un caso de shunt cruzado. b) Elevación de la presión diastólica aórtica. c) Reducción de la hipertensión auricular izquierda. Estas medidas han suministrado precisiones hemodinámicas y conductas terapéuticas en ciertos casos en los que la clínica hacia suponer malformaciones asociadas.

El cateterismo postoperatorio (cinco casos) ha confirmado la reducción de la hipotensión pulmonar y el retorno a la normalidad de las presiones capilares. El tratamiento quirúrgico está indicado de urgencia cuando la presión pulmonar es inferior a la presión aórtica; en cambio, es discutible cuando estas presiones son iguales (un caso) y resulta peligroso cuando las presiones pulmonares son superiores a las presiones aórticas.

Los resultados clínicos, radiológicos, eléctricos y hemodinámicos han mostrado en los 10 supervivientes siete curaciones y dos mejorías (estenosis orificial de la aorta) y un fracaso.

## Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85.1.19 - 7 de mayo de 1955

La saliva. H. R. Muehlemann

El segundo symposium sobre Serpasil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Burghölzli (Zurich). W. H. Stoll.

Sobre los problemas generales actuales de la psiquiatría infantil. M. Tramer.

Hepatosis tóxica con el cuadro de la ictericia obstructiva intrahepática por tratamientos con cloropromazina (dargactil), atofán, salvarsán y metiltestosterona. C. Maier y J. R. Ruettner.

Policondritis crónica atrofianta. S. Bober y W. Czarniecki.

**Policondritis crónica atrófica.**—Los autores comunican el cuarto caso existente hasta ahora en la literatura de esta enfermedad, caracterizada por reblandecimiento y atrofia de todos los cartílagos (nariz, laringe, produciendo traqueitis y bronquitis), dolor e hinchazón en las articulaciones y aumento de la velocidad de sedimentación. La fiebre y los fenómenos inflamatorios oculares (episcleritis e iridocicitis), que se presentan por brotes también, parecen ser típicos del síndrome. El presente caso tenía de particular la bilateralidad de ambos procesos oculares, hipergammaglobulinemia y buena respuesta a la ACTH. La policondritis crónica atrófica parece ser una enfermedad del colágeno; su etiología aún no se conoce y requeriría un material más extenso para aclararla; pero el comienzo de la enfermedad, los dolores y tumefacciones articulares que la acompañan, las alteraciones típicamente reumáticas halladas en la autopsia, la episcleritis e iridocicitis, la positividad de las pruebas antiestreptolisinosa y antiestreptoquinasa, y la respuesta en este caso a la ACTH, hablan en pro de una etiología reumática.

85 - 20 - 14 de mayo de 1955

Resultados de la moderna medicina interna. O. Gsell. Alcalosis hipocalcémica en la anorexia mental (alcalosis de hambre). P. H. Rossier, D. Staehelin, A. Buenemann y A. Labhart.

- \* Sobre un caso fatal de anorexia nerviosa con hipocalcemia. R. E. Siebenmann.
- La función tiroidea en las afecciones del parénquima hepático. B. R. Scazziga, L. L. Barbieri y T. Béraud.
- La acción de los gases industriales irritantes sobre la mucosa bronquial del hombre. H. Herzog y A. Pletscher.
- \* Alteraciones circulatorias alimenticias como causa del llamado síndrome de dumping. W. Schrade y R. Heinecker.
- \* Contribución clínica a la toxoplasmosis aguda del adulto. F. Michel, W. Pulver y H. Huber.

**La función tiroidea en las enfermedades hepáticas.**—Experimentalmente se ha comprobado que la heptectomía priva a los animales de experimentación de un medio de defensa frente a las sobrecargas de hormona tiroidea. El papel del hígado en el metabolismo de la tiroxina no se refiere sólo a su excreción, pues la ligadura de las vías biliares no produce los mismos efectos que la ablación del hígado. Los autores han estudiado el metabolismo basal, la iodoproteína del plasma, la fijación del radioiodo por el tiroides y el índice de conversión en tres grupos de enfermos hepáticos. En los casos de hepatitis aumenta la iodoproteína y disminuyen la fijación del radioiodo y el índice de conversión. Estas alteraciones tienden a regresar cuando cura el enfermo. En dos casos de cáncer de hígado muy extenso con gran afectación del estado general vieron las mismas alteraciones que en la fase de estado de la hepatitis. Otros dos casos dieron valores normales, al igual que los cirróticos, a pesar de que algunos de ellos tenían pruebas de unción patológicas. Los autores opinan que cuando hay una hepatopatía suficientemente extensa falta la acción catabólica del hígado sobre la tiroxina, aumentando el nivel de ésta (iodoproteína) en la sangre. Este aumento de la hormona produce una frenación de la estimulación hipofisaria, que es la causa de que disminuya la función tiroidea (captación del radioiodo e índice de conversión). Otra explicación sería que la hipofunción hepática disminuye el metabolismo y por tanto las exigencias de tiroxina en la periferia. Secundariamente disminuiría la función tiroidea para adaptarse a los menores requerimientos.

**Patogenia del síndrome de dumping.**—Se han dado por lo menos quince explicaciones distintas de la patogenia del síndrome de dumping. Los autores resaltan la importancia de los factores circulatorios. Además de las alteraciones de riego periférico, sobre todo en el cerebro, se encuentran variaciones de la presión sanguínea tras la ingestión de alimentos, unas veces aumento, otras disminución, incluso hasta cifras de colapso, al mismo tiempo que aumenta la frecuencia del pulso. El volumen contracción y el volumen minuto puede aumentar tras la comida, como en los operados, pero más pronto y más que en los sanos, o pueden descender. El aumento se debe a una hiperemia activa en el territorio del esplácnico y la disminución a una acumulación pasiva de sangre en los órganos digestivos. Estas reacciones postprandiales se combinan con los cambios ortostáticos, acarreando el riesgo de un colapso o precolapso alimenticio. La mejoría del dumping en decúbito es de naturaleza hemodinámica y no debida a un retardo en la evacuación gástrica. La congestión activa o pasiva en el territorio del esplácnico dificulta el riego de otras zonas, sobre todo el cerebro. El síndrome de dumping puede evitarse impidiendo la hiperemia de los órganos digestivos mediante la ligadura del tronco.

**Toxoplasmosis del adulto.**—Además de la forma de toxoplasmosis congénita del niño, caracterizada por coriorretinitis, hidrocefalia y calcificación intracerebral, hay casos, muy raros por cierto, de toxoplasmosis adquirida en el adulto. La infección se hace con la mayor frecuencia por vía digestiva, también por heridas o pe-

queñas soluciones de continuidad de la piel, no por la piel intacta. El período de incubación dura sólo unos días. Clínicamente puede revestir múltiples formas o combinaciones de ellas: forma leve, gripal; afectación del sistema nervioso central; forma febril ganglionar (frecuente en los contagios de laboratorio); forma pulmonar; forma miocárdica; forma enterolítica, manifestaciones oculares o cutáneas. No da un cuadro hemático típico. Esto por lo que se refiere a los casos agudos; pero también los hay crónicos y latentes, asintomáticos. El desenlace es fatal en gran parte de los casos y en la mayoría de los restantes quedan graves lesiones permanentes. El diagnóstico puede hacerse por demostración directa del Toxoplasma gondii (difícil) en el líquido cefalorraquídeo, sangre, médula ósea, lesiones cutáneas, esputo o por punción de órganos. Más frecuentemente se hace por las pruebas de coloración de Sabin y Feldman, de neutralización y de fijación del complemento. Los autores comunican un caso en un varón de treinta y nueve años con fiebre, encefalitis, meningitis linfocitaria, neumonía bilateral, síndrome hepatorenal, miocarditis y afectación de ambos ojos. La prueba de Sabin fué positiva al 1:1.024. Merece destacarse que se curó con 1,2 gr. diarios de eritromicina durante diez días, si bien quedó ciego. Después de la curación el título de la prueba de coloración bajó al 1:64 en cuatro meses. Asimismo se normalizó el espectro proteico, que presentaba disminución de la albúmina y aumento de las globulinas alfa y gamma durante la enfermedad.

85 - 21 - 21 de mayo de 1955

- Patología clínica de la ampolla de Vater. W. Hess.
- El problema de la rinitis y el asma de los panaderos. C. Pestalozzi y U. W. Schnyder.
- Resistencia a la insulina. Th. Inderbitzin y H. Meyer.
- El problema de la terminología de las infecciones meningocócicas sobreagudas. H. K. v. Rechenberg.

**La rinitis y el asma de los panaderos.**—La gran frecuencia de rinitis alérgica y asma entre los panaderos ha sido observada y referida por numerosos autores. Los autores han hecho una investigación en serie en Zuerich, comprendiendo un total de 159 panaderos. En 42 (26 por 100) de ellos encontraron síntomas alérgicos espirotorios: los 42 tenían rinitis por alergia a la harina y seis presentaban además asma bronquial. Se encontró a menudo una disposición familiar como base de las alergias a la harina. Veinticuatro (66 por 100) de los 36 casos con rinitis sola dieron pruebas cutáneas positivas de tipo urticarial al probarlos con extractos de trigo y centeno y con harina de la propia industria. La rinitis de los panaderos es sin duda de naturaleza alérgica por sensibilización a la harina, mientras que en el

asma de los panaderos parecen entrar otros factores etiológicos además de las diversas clases de harinas.

**Resistencia a la insulina.**—Numerosos factores pueden crear una resistencia a la insulina: alteraciones de la absorción, enfermedades generales tales como pancreatitis destructivas, infecciones, enfermedades de la piel, astistolia, etc.; contrarregulación hormonal por hígados son muy resistentes a la insulina; los animales pueden hacerse resistentes por administración de glucocorticoides o extractos hipofisarios). La última posibilidad es la formación de anticuerpos frente a la insulina. Los autores comunican un caso que era hipersensible (urticaria generalizada intensa) a ciertos preparados y resistente a los demás. Los datos clínicos no hacen sospechar ninguna de las causas de resistencia anteriormente citadas ni una contrarregulación hormonal, que no explicaría la distinta acción frente a diversos preparados de insulina del factor de resistencia presente en su suero, lo que se midió sobre el ratón blanco. Sólo cabría pensar en la formación de anticuerpos anti-insulina. El tratamiento del enfermo pudo hacerse merced a una desensibilización progresiva usando el preparado al que respondía con urticaria. Los autores han podido demostrar que lo que actúa como antígeno no es la propia molécula de insulina, sino otras moléculas proteicas que la acompañan como impurezas. Esto explica el diferente comportamiento frente a preparados distintos

**Infecciones meningocócicas sobreagudas.**—Reina gran confusión en las denominaciones aplicadas a las diversas formas sobreagudas de la infección meningocócica, lo que trasciende en el sentido de determinar una falta de claridad en los conceptos. Es necesario, pues, precisar aplicando a cada caso su denominación adecuada. La "sepsis meningocócica sobreaguda" es un cuadro clínico, de curso sobreagudo fulgurante, causado por meningococemia, con o sin hemorragias cutáneas, sin alteraciones del L. C. R., con colapso intenso y signos de insuficiencia suprarrenal. La "meningitis epidémica maligna" es clínicamente igual a la anterior, pero desarrollando una meningitis purulenta: es la forma sobreaguda de la meningitis cerebroespinal. El término "infección meningocócica sobreaguda" comprende los dos anteriores. El "síndrome de Waterhouse-Friederichsen" es un concepto anatomo-patológico reservado para los casos con hemorragias en la piel y masivas bilaterales en las suprarrenales en el curso de una enfermedad aguda grave, independiente de la etiología y de la existencia o ausencia de cambios en el líquor; clínicamente, sólo puede ser sospechado, nunca diagnosticado con seguridad.