

## BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

**EL ESTOMAGO Y SUS ENFERMEDADES.** Doctores R. BÖLLER y H. G. MOGENA.—Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1956.—Un volumen de 953 páginas con 243 figuras y 8 láminas en color, encuadernado en tela, 500 pesetas.

La obra dirigida por el profesor BÖLLER, y con una amplia colaboración internacional, ha sido ya críticamente examinada en esta Revista. Se trata ahora de la edición española, que no es una mera traducción, sino que en ella han incluido algunas ampliaciones, todo ello bajo la acertada dirección del doctor H. G. MOGENA.

No hay duda de que se trata de uno de los libros más completos sobre patología del estómago, verdaderamente indispensable para todo especialista y sumamente útil para el médico.

**MANUEL DE MEDECINE.** Doctor H. PÉQUIGNOT.—Editorial Masson y Cia. París, 1955.—Un volumen de 730 páginas con 111 figuras, 3.200 francos franceses.

Pertenece este libro a esos epítomes en los que en poco espacio se quieren concretar, principalmente para repaso y exámenes de los estudiantes, materias a veces de tanta amplitud como aquí, donde se incluye toda la patología médica en unas setecientas páginas. En general, no somos partidarios de este tipo de libros, en los que, por lo general, no se aprende sino lo que ya se sabe; pero este libro está bien trazado, y aparte de las objeciones genéricas que puedan hacerse a publicaciones similares, es indudable que puede ser útil, como un cuaderno de apuntes, para los estudiantes.

**PADIATRISCHER RONTGENATLAS.** Doctor M. A. LASSRICH.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1955. Un volumen de 333 páginas con 700 figuras, 115 DM.

Son pocos los libros (como el de CAFFEY) dedicados al diagnóstico radiológico en pediatría. La mayor parte de los datos para el diagnóstico se toman de los libros de radiología del adulto, pero hay numerosas razones para que los patrones normales de los adultos no sean utili-

zables totalmente en el niño. Basta recordar las peculiaridades morfológicas de la imagen cardíaca, de los hilos y del tubo digestivo.

Este libro apenas si tiene texto; es principalmente un atlas o colección muy amplia de imágenes radiológicas típicas, normales y patológicas, de los niños.

Se divide en tres partes: órganos del tórax, órganos del abdomen y esqueleto. Cada una de estas partes va dividida en una serie de capítulos en los que primero se presentan imágenes normales y después imágenes patológicas de las enfermedades más importantes. Las reproducciones radiográficas son de una extraordinaria propiedad.

Por todo lo anterior, tenemos la evidencia de que este libro es una guía de inestimable valor para el radiólogo, y principalmente para el pediatra, así como en general para el clínico.

## LIBROS RECIBIDOS

"Journées Therapeutiques de Paris, 1956". Varios. Editorial G. Doin & Cie. París, 1956.—Un volumen de 264 páginas con figuras, 2.200 francos franceses.

"Symphatics Lymph and Lymphoid Tissue". Doctores J. Mendell y F. Colin.—Editorial Edward Arnold. Londres, 1956.—Un volumen de 510 páginas con 98 figuras, 60s NET.

"Enfermedades del hígado y de las vías biliares". Doctor S. Sherlock.—Editorial Vergara. Buenos Aires, 1956. Un volumen de 806 páginas con 198 figuras.

"Los grandes síndromes de la Medicina Interna". Doctor A. Fernández Cruz.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1956.—Un volumen de 711 páginas con 43 figuras, 390 pesetas.

"Tuberculosis osteoarticular". Dr. G. A. Girdlestone. Editorial Juventud. Barcelona, 1956.—Un volumen de 336 páginas con 182 figuras, 280 pesetas.

## B) REFERATAS

## Deutsche Medizinische Wochenschrift.

80 - 13 - 1 de abril de 1955

Posibilidades y límites de la investigación cerebral en neurología y psiquiatría. G. Peters.

\* La medida de la presión en la circulación portal por sondaje de las venas hepáticas. H. Krook y W. Overbeck. La fibroplasia retrorenal. Th. Brehme. La neurocirugía norteamericana de la actualidad. A. E. Walker.

\* Tratamiento de las trombosis cardíacas con anticoagulantes. R. Marx. Medicamentos útiles. G. Kuschinsky.

**Presión portal medida a través de las suprahepáticas.**—Los autores introducen una sonda que, pasando por la cava inferior, llega al sistema de las venas suprahepáticas. Aquí hacen dos determinaciones de presión en cada caso: en la primera determinación, el catéter está profundamente introducido en una de las vé-

nulas origen de la suprahepática, cerrando totalmente la luz de dicha vénula. En la segunda, la medida se hace libremente, sin oclusión de la luz, en una vena suprahepática. Han hecho estas mediciones en un total de 27 sujetos, de los cuales 29 no tenían clínicamente ningún signo de afectación hepática, 33 tenían una hipertensión portal de causa intrahepática y 10 un estasis hepático debido a pericarditis constrictiva o valvulopatía descompensada. Las cifras medias de presión para cada uno de estos grupos y con cada uno de los dos procedimientos fueron: presión en la vénula (presión portal transmitida a través de los senos hepáticos): normales, 5,6 mm. Hg.; cirrosis hepáticas, 20,9; estasis venoso, 16,6; presión en la vena libre: normales, 3,8; cirrosis hepáticas, 6,6, y estasis venoso, 16,7 mm. Hg. Así, pues, se ve entre ambas determinaciones una pequeña diferencia en los normales, una diferencia muy acusada en las hipertensiones portales hepatógenas y una diferencia despreciable en los estasis venosos de la circulación

general. Estos resultados, que corresponden a lo que cabía esperar, pueden significar una ayuda para distinguir entre las diferentes causas de hipertensión portal.

**Tratamiento de las trombosis cardíacas con anticoagulantes.**—El autor comprende bajo la denominación de trombosis cardíacas diferentes procesos que tienen de común la formación de trombos en el interior del corazón: trombosis o embolia coronarias con trombo parietal, trombos parietales en el estadio tromboembólico de las cardiopatías reumáticas, especialmente la estenosis mitral, y endocarditis valvular trombocerosa. Un tercio de las trombosis, que según STAEMMLER representan al menos la causa última de la muerte en un 14 por 100 de las autopsias, entran dentro de este grupo de las trombosis cardíacas. De aquí se desprende, según el autor, la importancia del tratamiento con anticoagulantes, que ha aumentado en un tercio la expectativa de vida en el infarto de miocardio y ha proporcionado el mejor medio hasta ahora conocido para actuar sobre los trombos parietales en las enfermedades valvulares. En cambio, muchas veces los anticoagulantes no están indicados en el tratamiento de la endocarditis ulcerosa bacteriana, porque pueden determinar una disminución de la resistencia capilar, ya de por sí con frecuencia disminuida en estos casos.

80 - 14 - 8 de abril de 1955

- \* Diagnóstico y tratamiento de la atresia esofágica congénita. H. Krauss y K. Betke.
- \* La hernia del hiato y su indicación quirúrgica. R. Nissen. La cirugía de la hipertensión portal. R. Wanke y H. Eufinger.
- \* La pectenosis y su tratamiento quirúrgico. E. Knigge, P. Koenig y W. Dick.
- \* Variaciones en el tratamiento de la tuberculosis urogenital. F. May.
- \* Pulmón de acero y circulación. H. Bruener, H. Hoernicke y J. Stoffregen.
- \* El defecto del tabique interauricular y el síndrome de Lutembacher. G. Griesser.
- \* La resección subtotal del páncreas para el tratamiento de un adenoma insular no demostrable en la operación. W. H. Becker.
- \* Circulación exteacorporal e hipotermia artificial. K. Dietmann.

**Atresia esofágica congénita.**—La atresia congénita del esófago no es tan rara como a primera vista parece, ya que se da un caso entre 1.000 ó 2.000 nacimientos; lo que ocurre es que muchas veces pasan con el diagnóstico de neumonía por aspiración, que es el cuadro que más a menudo presenta. Hay diversas formas de atresia: la ausencia total del esófago, el esófago formando tan sólo dos segmentos terminados en fondo de saco ciego, y la atresia con fistula esofagotraqueal, fistula que puede asentar en el segmento superior, en el inferior o en ambos. La cirugía aplicada a tiempo, sobre todo seguida de los cuidados pediátricos necesarios, permite salvar un gran número de vidas en estos casos, pero requiere un diagnóstico lo más precoz posible, diagnóstico que por esta razón debe estar en condiciones de sospechar no sólo el médico, sino también las comadronas que prestan los primeros auxilios. El diagnóstico se confirma por medio del cateterismo, introduciendo una sonda blanda de goma por la nariz, la cual sirve además para aspirar el moco, las secreciones y los alimentos ingeridos, todos los cuales causan la sofocación al pasar, haya o no fistula, a las vías respiratorias. La exploración radiológica se hará sin emplear bario como medio de contraste, pues si pasa al aparato respiratorio produce intensas necrosis. Se emplearán contrastes hidrosolubles (Perabrodil, iodurón, urografía) en cantidad de 1 a 3 c. c. introducidos por la sonda.

**Hernia del hiato y sus indicaciones quirúrgicas.**—Conocidos son los tres tipos anatomotopográficos de la hernia del hiato: hernia paraesofágica, hernia por deslizamiento y posición mediastínica permanente de la porción cardial del estómago debida a esófago corto. Sin embargo, hay tipos intermedios, sobre todo entre

el primero y el tercero. En la hernia paraesofágica la corrección quirúrgica está indicada casi siempre a causa de los peligros de encarceración, hemorragia y producción de úlcera, mientras que en los otros dos tipos de hernia del hiato hay ante todo que ver si ésta es la responsable de los síntomas clínicos. En efecto, muchas veces una hernia del hiato de estos dos tipos es un hallazgo casual en una exploración practicada por otro motivo, sin que haya ningún síntoma atribuible a la hernia misma. Tales casos no deben, desde luego, ser intervenidos y demuestran además que en los procesos de las vías biliares, del páncreas, en la úlcera gástrica o duodenal, en las alteraciones de la irrigación coronaria, etc., el hallazgo de una hernia del hiato puede originar confusión, haciendo que pase inadvertido el proceso subyacente importante. Tiene también gran importancia para el tratamiento saber que los dolores y hemorragias no son muchas veces producidos por accidentes de encarceración, sino por una esofagitis de reflujo debida al defectuoso cierre del cardias. Esta esofagitis puede llegar a producir erosiones y aun úlceras crónicas, del esófago, siendo entonces la resección con vagotomía el método de elección.

**Comunicación interauricular y síndrome de Lutembacher.**—La comunicación interauricular con estenosis mitral (síndrome de Lutembacher) o sin ella es una de las malformaciones cardíacas más frecuentes. Muy a menudo se asocia a otros vicios congénitos (estenosis pulmonar, transposición de los grandes vasos, atresia tricuspídea, etc.). Hay que distinguir entre el llamado foramen ovale abierto y el verdadero defecto del tabique. El primero se da en el 20-30 por 100 de todos los sujetos y raramente da síntomas, pues aunque falta la oclusión anatómica del agujero oval, éste está cerrado funcionalmente debido a la diferencia de presión en las aurículas. En el verdadero defecto falta la válvula semilunar, el resto del septum primum, y así se determina, según el momento del desarrollo, un defecto en el lugar del ostium primum o del ostium secundum. También puede faltar todo el tabique. Se produce una sobrecarga del corazón derecho y del círculo menor, debido al reflujo izquierda-derecha, lo que tiene por consecuencia una disminución del desarrollo y de la capacidad funcional, con tendencia a procesos broncopulmonares, siendo el promedio de vida de estos sujetos de 35 a 40 años. Actualmente se puede cerrar quirúrgicamente el defecto en los casos no complicados. El autor pasa revista a las técnicas propuestas y señala la necesidad de un estudio previo por sondaje y angiocardiografía para conocer bien el tipo de lesión y si existen o no otras asociadas.

80 - 15 - 15 de abril de 1955

- \* Jaqueca. H. Pette.
- \* Molestias después de las operaciones biliares. H. H. Berg.
- \* Simpaticotomía y parasimpaticotomía. F. Hoff y H. Losse.
- \* Límites del diagnóstico de las cardiopatías mixtas. J. Jacobl.
- \* Sobre las bases fisiológicas y fisiopatológicas del radiodiagnóstico del corazón. H. Reindell y cols.
- \* Sobre la capacidad de trabajo de los cardíopatas. R. Heglin.
- \* Los trastornos de la circulación cerebral. H.-H. Meyer.
- \* Bases del tratamiento hormonal de las hemorragias ginecológicas funcionales. K. G. Ober.
- \* El comportamiento de la esclerosis coronaria en la postguerra. R. Neth y G. Schwarting.
- \* Sobre el diagnóstico de la púrpura trombocitopénica trombótica. K. Koehn.

**Las molestias consecutivas a la cirugía biliar.**—Sobre la base de su experiencia clínica de más de veinte años, el autor hace una revisión de las molestias que se producen después de las intervenciones sobre el sistema biliar y analiza sus causas, consistentes unas veces en defectos de la técnica y otras veces en una indicación inadecuada. La causa más frecuente de los cólicos que reaparecen tras la intervención es la persistencia de un cálculo en las vías biliares. Vienen a continuación en orden de frecuencia las estricturas en el colédoco o en el hepático las pancreatitis crónicas recidivantes. Res-



pecto a las debidas a mala indicación, hay que tener en cuenta que nunca debe extirparse una vesícula sin cálculos o sin lesiones inflamatorias intensas. Las disquinesias, sean atónicas o hipertónicas, son tributarias de un tratamiento médico conservador. Ante la sospecha de un obstáculo en el flujo de la bilis debe consultarse al cirujano y no retrasar mucho la intervención debido al peligro de producción de lesiones parenquimatosas.

**Dificultades diagnósticas en las cardiopatías mixtas.** Sean congénitas o adquiridas, las cardiopatías mixtas crean dificultades diagnósticas que en ocasiones no pueden resolver ni aun los más modernos métodos exploratorios: sondaje cardíaco, medida de las presiones intracavitarias, determinación del contenido, presión parcial del oxígeno en la sangre y angiocardigrafía. El autor presenta varios ejemplos. Uno de ellos es una estenosis mitral en que el espacio retrocardíaco aparecía ocupado en dos sitios, demostrándose en la operación que se trataba de una aurícula izquierda dilatada y de una dilatación aneurismática, verosimilmente congénita de la vena pulmonar superior izquierda. La pericarditis constrictiva, casi siempre fácil de descubrir al determinar las presiones intracardiacas, aunque clínicamente sea difícil o imposible de diagnosticar (lo que no es raro cuando se combina con una estenosis mitral), puede quedar encubierta por una insuficiencia tricúspida. Una insuficiencia aórtica con fenómenos auscultatorios, pero no hemodinámicos, no contraindica la comisurotomía; sin embargo, en dos casos del autor desarrolló dicha insuficiencia actividad hemodinámica después de la operación. Las dificultades diagnósticas son extraordinariamente grandes en las anomalías de desembocadura de los grandes vasos.

**La incapacidad laboral de los cardiopatas.**—Según los americanos, el primer puesto entre las causas de incapacidad corresponde a las enfermedades cardíacas y renales. Su frecuencia como tales es doble que del reumatismo y procesos análogos y cuatro veces menor que la del cáncer y la tuberculosis. Hay diferencias a este respecto entre los diversos grupos de edad: en los jóvenes predominan las cardiopatías reumáticas, sobre todo las valvulopatías, y más raramente la miocarditis reumática, mientras que en los adultos prepondera la esclerosis miocárdica. Un tercer grupo no despreciable es el de los trastornos funcionales cardiocirculatorios. Es rara la incapacidad laboral absoluta, incluso en las cardiopatías graves, por lo que en cada caso hay que valorar el grado de invalidez parcial. Esto no es fácil, pues ha de basarse en la experiencia y en la práctica, por no disponer de métodos satisfactorios para probar el estado circulatorio, y aun el E. C. G. da datos poco precisos acerca de este punto. El infarto de miocardio, una de las causas más importantes de incapacidad, ha variado mucho en cuanto a pronóstico; actualmente, el 74 por 100 de los sujetos recuperan totalmente su capacidad de trabajo, el 14 por 100 parcialmente y sólo el 12 por 100 quedan con inutilidad absoluta. La incapacidad para el trabajo en una cardiopatía puede deberse a que ésta origine una insuficiencia cardíaca o a que exponga al riesgo de un accidente agudo, impidiendo así determinados trabajos.

**Tratamiento hormonal de las hemorragias ginecológicas funcionales.**—Se considera como funcionales aquellas hemorragias ginecológicas debidas a un trastorno de la función ovárica, de un mecanismo, por tanto, no mecánico, como es el de las hemorragias del mioma o del carcinoma. El 80 por 100 de estas hemorragias genitales se debe a una producción de estrógenos demasiado prolongada, por faltar la ovulación y no formarse en consecuencia un cuerpo lúteo eficaz. No podemos actualmente producir la ovulación con recursos terapéuticos, pero sí podemos suplir al cuerpo lúteo mediante la administración de hormonas. En los doce a catorce días de su función el cuerpo lúteo forma apro-

ximadamente 200 mg. de progesterona y unos 10 de estradiol o de otros estrógenos de acción análoga. El autor ha empleado desde hace varios años un preparado conteniendo 200 mg. de progesterona y 10 mg. de monobenzoato de estradiol, ambos en forma de cristales, cuya tamaño y por tanto su superficie están ajustados de tal manera que la acción de depósito se prolongue durante unos catorce días. En 287 enfermas así tratadas bastó una inyección para producir una normalización de las pérdidas sanguíneas, salvo en 26, de las cuales en 23 se demostró después otra causa no funcional de las hemorragias.

**Púrpura trombocitopénica trombótica.**—Los nombres propuestos para designarla son tan variados como las concepciones acerca de su naturaleza: trombosis hialina de las arteriolas terminales y de los capilares, microangiopatía trombótica, acropangiotrombosis trombótica, púrpura tromboarteriolítica, etc. Su característica principal es una marcada púrpura con o sin trombocitopenia. Hay además anemia intensa, a veces hemolítica, leucocitosis y alteraciones no características de la fórmula. El tiempo de coagulación es normal, el de hemorragia prolongado y la retracción del coágulo totalmente ausente. Casi nunca faltan episodios psico-neurológicos más o menos pasajeros. En el estudio histológico, que es generalmente el que sienta el diagnóstico, se observan lesiones en todas las arteriolas del organismo, con masas trombóticas hialinas amorfas, que llenan totalmente la luz vascular; depósitos de una sustancia análoga en la pared del vaso; infiltración edematosa de la misma; escasos infiltrados celulares e intensa proliferación endotelial. Estas alteraciones vasculares hacen pensar en una base alérgico-hiperérgica del proceso.

80 - 16 - 22 de abril de 1955

Sobre el tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal desde el punto de vista de las hemorragias de las varices. A. Guetgemann y cols.

Sobre la importancia biológica y clínica de la catalasa. K. Bingold.

\* La fisiopatología de la respiración en la silicosis. P. H. Rossier, A. Buehlmann y P. Luchsinger.

Resumen y valoración crítica de los estudios sobre los sueños. L. R. Mueller.

Sobre la etiología del reumatismo articular agudo. W. Weitz.

El método en un tiempo para la determinación del tiempo de protrombina. A. J. Quick.

Suspensiones de insulina-zinc (insulina lenta) en el tratamiento clínico de la diabetes. K. Voit y B. Knick.

La apreciación de los detalles finos en la fluororadiografía de tamaño medio. R. Janker.

\* Coriomeningitis linfocitaria y encefalitis de nódulos gliales. G. Kersting y H. Lemmartz.

\* Vómito epidémico G.—A. v. Harnack.

El tratamiento de las leucosis crónicas con fósforo radioactivo.

**Fisiopatología respiratoria en la silicosis.**—En las fases iniciales de la silicosis, la alteración de la función pulmonar es principalmente ventilatoria y no se debe tanto a la silicosis misma como a sus complicaciones: bronquitis crónica y enfisema. En las fases avanzadas es frecuente ver al mismo tiempo las consecuencias de la limitación de la superficie capilar, es decir, los trastornos de la difusión. En el conjunto de un gran material, pero no en cada caso aislado, hay cierto paralelismo entre la importancia de las lesiones pulmonares visibles a rayos X y la gravedad de los trastornos funcionales. Las pruebas de la función pulmonar proporcionan criterios objetivos para valorar la incapacidad. La prevención de la silicosis es más un problema técnico que médico. Cuando la silicosis se diagnostica a tiempo, el pronóstico en cuanto a progresión del mal e invalidez mejora mucho si se evita que el enfermo se ponga de nuevo en contacto con polvos de cuarzo. Cuando la silicosis ha dado lugar ya a una insuficiencia respiratoria, es ésta la que hay que tratar, teniendo en cuenta que su mejoría representa un tratamiento cardíaco simultáneo, pues dicha insuficiencia respiratoria crónica conduce a una hipertensión pulmonar.

**Coriomeningitis linfocitaria y encefalitis de nódulos gliales.**—La enfermedad producida en el hombre por la infección con virus de la coriomeningitis linfocitaria es, como la mayor parte de las virasis, difásica. La primera fase se caracteriza clínicamente por fiebre, síntomas gripales y malestar general, correspondiendo a la fase de generalización del virus en el organismo. Así lo demuestran las lesiones inflamatorias en los órganos internos y la posibilidad de aislar el germen del bazo, pulmones, sangre, etc. La segunda fase es la meningitis, que sólo en algunos casos sigue a la generalización, tras un breve período libre, y corresponde a la invasión efectiva de las meninges y los plexos coroides por el virus. Que no todos los casos infectados manifiestan clínicamente una meningitis, se ve por la existencia de un 11 por 100 de sujetos clínicamente sanos que tienen en su suero anticuerpos neutralizantes. Cabe la posibilidad de que este virus pueda ser el responsable de otros procesos en el hombre, y en este sentido es muy sugestivo que una raza (W.-E.) muy virulenta del mismo produzca en los monos una encefalomiелitis de nódulos gliales que es muy semejante a procesos panencefalíticos humanos de etiología aún no conocida.

**Vómito epidémico.**—El autor informa haber asistido a una epidemia que afectó a 21 de 46 niños y a 2 de 7 adultos. En todos los casos el hecho predominante fueron los vómitos intensos, que aparecieron bruscamente al comienzo de la enfermedad o precedidos de un estado nauseoso. Completaron el cuadro dolores abdominales y con menor frecuencia cefalea, vértigo, escalofríos y diarrea. Sólo en un caso hubo fiebre ligera. En el curso de uno a dos días y medio se produjo la curación sin complicaciones. No se hallaron gérmenes productores de enterotoxinas ni los del grupo tífico - paratífico - disenterico. Este cuadro corresponde al del vómito epidémico descrito por los autores ingleses y angloamericanos, presentándose generalmente en grandes epidemias escolares. El tiempo de incubación es de 1,5 a 7 días, con un promedio de 2. Se supone que el agente es un virus, pues si bien no ha podido aún ser demostrado, se logró la transmisión a voluntarios mediante ultrafiltrados. Es una enfermedad absolutamente benigna, que no tiene nada que ver con las intoxicaciones alimenticias agudas, las disenterias, la gastroenteritis tífica, la leptospirosis gripotifosa ni la mialgia epidémica.

80 - 17 - 29 de abril de 1955

Los nuevos desarrollos de la psiquiatría americana, incluyendo la psicocirugía. L. B. Kalinowsky.  
Una contribución al diagnóstico diferencial de la distensión abdominal. N. Stefanelli y F. Wewalka.  
La osteítis deformante de Paget y sus síntomas oftalmológicos. W. Stemmermann.  
Sobre el tratamiento quirúrgico de la sordera. G. v. Schulthess.  
Medidas terapéuticas en el tétanos grave. L. Eckmann.  
Tratamiento de los estados irritativos de la vejiga. E. Schmiedt.  
El tratamiento exclusivo con megafén de los cuadros dolorosos vegetativos, en especial de la neuralgia del trigémino. W. Zeh.  
Las bases experimentales del tratamiento con Crataegus. J. Doerner y H. J. Kuschke.

**Tratamiento del tétanos grave.**—Aunque el agente del tétanos es conocido desde hace setenta años y se dispone de potentes sueros antitéticos, el tratamiento causal del tétanos sigue siendo imposible. El tratamiento de todo caso de tétanos ya declarado debe ser sintomático, atendiendo a cuantos aspectos parciales sea posible. El autor ha tratado de esta forma un caso de tétanos grave mediante una combinación de medidas terapéuticas. El bloqueo vegetativo disminuyó los trastornos metabólicos de la musculatura tetanizada y la hipertermia, permitiendo además dominar complicaciones que de otro modo habrían producido la muerte; la hibernación creó condiciones favorables para la aplicación de otras medidas; la respiración artificial prolongada durante diez días permitió el tratamiento medicamentoso de la intensa contractura de los músculos res-

piratorios sin tener en cuenta la respiración espontánea y el empleo durante largo tiempo de relajantes musculares; la traqueotomía facilitó la respiración artificial y garantizó la permeabilidad de las vías respiratorias, lo que es de importancia vital; la cecostomía corrigió la intensa elevación diafragmática y determinó así la rápida regresión de una neumonía extensa; el lavado intestinal eliminó grandes cantidades de urea y otras sustancias durante una fase anúrica suburémica. En esta observación se puso de manifiesto la importancia secundaria de la sueroterapia en tales casos y la necesidad de un tratamiento tan largo y complejo como sea menester.

## Circulation.

11 - 1 - 1955

- \* Cambios metabólicos y hemodinámicos inducidos por la administración prolongada de Dextran. J. R. Jaenike y C. Waterhouse.
- ¿Puede volver la estenosis mitral después de la comisurotomía? R. P. Glover y colaboradores.
- Resucitación cardíaca tras el paro experimental por procaina y éter. M. L. Ryan, R. A. Salvador y Ch. W. White.
- \* Estudio de las enfermedades vasculares renales con el microscopio ultravioleta. S. C. Sommers, K. Crozier y S. Warren.
- Efectos en los perros de la depleción aguda de potasio. J. M. Weller y colaboradores.
- El electrocardiograma cambiante en el bloqueo de Wilson. C. Papp y K. S. Smith.
- Estudios sobre el mecanismo de la actividad ventricular. J. L. Borduas y colaboradores.
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo: estudio del criterio electrocardiográfico comparado con los hallazgos de autopsia en cien casos. R. C. Scott y colaboradores.
- Análisis de la activación del atrio humano. J. A. Abildskov, J. A. Cronvich y G. E. Burch.
- \* Efectos del hexametonio sobre la circulación cerebral y metabolismo en pacientes con hipertensión premaligna y maligna. Ch. W. Crumpton y colaboradores.
- Respuesta de la temperatura cutánea a varios agentes. L. Wertheimer y colaboradores.
- Hiponatremia e hipocloremia desconocidas. G. C. Griffith y colaboradores.
- \* Malformaciones arteriales que comprimen la tráquea y el esófago. R. E. Gross.

**Cambios por la administración de dextrán.**—Los autores estudian los efectos metabólicos que tiene la administración al hombre de grandes cantidades de dextrán. Produce una rápida expansión del volumen plasmático y disminución del valor hematocrito. En un principio hay una rápida excreción urinaria, que disminuye en seguida. Una fracción del dextrán administrado, probablemente la de mayor peso molecular, permanece durante más tiempo circulante. Las proteínas séricas parecen abandonar la circulación durante el período de expansión plasmática. La administración de suficientes cantidades de dextrán produce una prolongación del tiempo de sangría, la cual se manifiesta por una tendencia a las hemorragias. No se observó daño de la función renal.

**Estudio de las enfermedades vasculares renales con el microscopio ultravioleta.**—Los autores estudian con el microscopio ultravioleta de absorción las propiedades de las arterias y arteriolas renales en casos de nefropatía diabética, pielonefritis crónica, arterioesclerosis, nefroesclerosis arteriolar maligna, glomerulonefritis, amiloidosis, lupus eritematoso y periarteritis nudosa. En contraste con las alteraciones características de la absorción ultravioleta encontrada en los glomerulos enfermos, las cantidades en arteriolas y arterias era bastante constante. En casos de necrosis vascular en la nefroesclerosis arteriolar o en la periarteritis nudosa, la absorción ultravioleta de las paredes llegaba a ser hasta ocho veces la normal.

**Bloqueo del Wilson.**—El bloqueo de rama tipo Wilson puede tener su origen en infartos anteroseptales y posteriores. En los primeros puede representar una reliquia sin importancia pronóstica. En infartos posteriores indica una extensa afección septal. Algunos otros tipos de infarto cardíaco puede dar un electrocardiograma con los típicos signos del bloqueo de rama derecha. Pero en



todos los casos menos dos (4 por 100), este electrocardiograma estaba relacionado con alteraciones orgánicas patológicas.

**Hexametonio en la hipertensión preñaligna y maligna.** Los autores estudian en 13 enfermos con hipertensión grave los efectos del hexametonio sobre la hemodinámica cerebral y metabolismo. Sesenta minutos después de la inyección T. A. media descendió en un 39 por 100, la resistencia vascular cerebral en un 29 por 100 y la circulación cerebral disminuyó en un 16 por 100. El consumo cerebral de oxígeno se mantuvo a expensas de la menor saturación de la sangre venosa. Estos estudios parecen indicar que la presión arterial media no debe ser disminuida mediante el hexametonio en más del 30 por 100 sobre la media anterior.

**Compresión de la tráquea y esófago.**—El autor estudia algunas malformaciones vasculares del mediastino superior que pueden comprimir la tráquea o el esófago. El estudio radiológico del esófago y tráquea generalmente da un diagnóstico de la anomalía arterial siendo necesario raramente acudir a la arteriografía. Las malformaciones arteriales que pueden dar origen a este cuadro y en las cuales es de valor el tratamiento quirúrgico, son las siguientes: doble arco aórtico, arco derecho con ligamento arterioso izquierdo, arteria innominada anómala, carótida común izquierda anómala y arteria subclavia derecha aberrante.

## Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

14-12-1954.

- \* Mecanismo del control endocrino de la pigmentación melánica. A. B. Lerner, K. Shizume y J. Bunding.
- Determinación de la hormona estimulante de los melanocitos en orina y sangre. K. Shizume y A. B. Lerner.
- \* Anormalidades electroencefalográficas en el hipertiroidismo. J. V. Condon, D. R. Becka y F. A. Gibbs.
- Enfermedad de Addison hipofisaria. A. Steinberg, F. R. Schechter y H. I. Segal.
- Uso diagnóstico del  $I^{131}$ . E. M. Hanbury, J. Heslin, L. C. Stang, W. D. Tucker y J. E. Rall.
- Función renal y crecimiento de  $I^{131}$  en el hipertiroidismo y el mixedema. C. J. Hlad y N. S. Bricker.
- Crecimiento incompleto asociado con hipotiroidismo. W. H. Beierwaltes.

**Control endocrino de la pigmentación melánica.**—La hormona estimulante de los melanocitos (MSH) de la hipófisis origina oscurecimiento de la piel y de los nevi, así como formación de nuevos nevi. Cuando se dieron grandes dosis de MSH a un enfermo se observó pigmentación aumentada en unas pocas horas. Cuando se administra intramuscularmente, la MSH se excreta por la orina del 1 al 4 por 100. Tras la inyección intravenosa se excreta aproximadamente el doble. La cortisona y la hidrocortisona probablemente inhiben la liberación de MSH por la hipófisis. La adrenalina y la noradrenalina pueden bloquear la acción local de la MSH en los melanocitos. El primer factor es de significación clínica porque la cortisona y la hidrocortisona pueden prevenir el desarrollo de hiperpigmentación en enfermos sometidos a la adrenalectomía bilateral y en enfermos con Addison. La MSH parece una hormona hipofisaria distinta y la pigmentación asociada con la administración clínica del ACTH se debe probablemente a la contaminación por MSH.

**Anormalidades electroencefalográficas en el hipertiroidismo.**—De 27 casos con hipertiroidismo, 17 presentaban anomalías electroencefalográficas antes del tratamiento. En la mayoría de los pacientes, siguiendo la corrección del hipertiroidismo, el EEG alterado evolucionó hacia la normalidad. Aunque la naturaleza de los cambios EEG en el hipertiroidismo semejan los observados en la epilepsia, no se apreció la aparición de convulsiones en estos pacientes.

## Gastroenterology.

28 - 2 - 1955.

- \* Esplenopografía percutánea. M. M. Figley, W. J. Fry, J. E. Orebaugh y H. M. Pollard.
- \* Alteraciones de los líquidos intra y extracelulares y electrolitos en la cirrosis del hígado con edema y ascitis. I. H. Strub, P. J. Talso y J. E. Kirsner.
- \* Transición del hígado graso a cirrosis. H. Poper, P. E. Szanto y H. Elias.
- \* Efecto de la terapéutica esteroidea sobre los rasgos clínicos y de laboratorio de la cirrosis biliar primaria. C. T. Carman y J. E. Giansiracusa.
- Cirrosis biliar xantomatosa en el varón. Referencia de dos casos con mejoría bioquímica en uno después de la laparotomía exploradora. M. A. Spellberg y F. A. Gattas.
- El tracto biliar normal y anormal demostrado por la colecistografía y colangiografía intravenosas. J. E. Bark, H. M. Stauffer, H. Shay y R. E. Karnofsky.
- Un estudio de cuatro años en relación con la inactivación de los virus en sangre y plasma. F. W. Hartman, A. R. Kelly y G. A. LeGrippe.
- \* ACTH en el tratamiento de la hepatitis infecciosa. E. C. Johnson y H. D. Bennet.
- Efecto del clorhidrato de bentyll sobre las presiones intraluminales del estómago y duodeno. S. H. Lorber y H. Shay.
- Efectos de dos emulsiones comerciales, MYRJ 45 y MYRJ 52 sobre la acidez gástrica y la motilidad gastrointestinal de sujetos humanos. W. M. Oler y V. C. Craemer.
- \* Lobectomía hepática derecha. Referencia de un caso complicado por hepatitis postoperatoria por suero homólogo. L. Bowden y A. I. Murphy.
- Lipoma gástrico con hemorragia e isquemia miocárdica simulando un infarto miocárdico. W. L. Agey y J. L. Ponka.

**Esplenopografía percutánea.**—Señalan los autores que su experiencia con 25 intentos de esplenopografía percutánea indican que el procedimiento es técnicamente sencillo, generalmente se acompaña de éxito, rara vez perturba seriamente al enfermo y es razonablemente seguro. El principal riesgo es la hemorragia esplénica, que probablemente sólo se presenta alrededor del 1 por 100 de los casos. La esplenopografía percutánea no debe realizarse si no puede tolerarse la esplenectomía. Es útil la inyección de prueba con contraste diluido para averiguar la posición de la aguja y la recomiendan en las punciones inseguras para evitar los depósitos extraesplénicos dolorosos del contraste. Para la información máxima deben emplearse las radiografías seriadas. El mayor valor del procedimiento es la localización preoperatoria del sitio de la obstrucción portal, sea intra o extrahepática y constituye una vía directa para valorar la persistencia de un shunt portocava. Mediante este procedimiento pueden reconocerse las lesiones benignas y malignas del páncreas e hígado, aunque no pueden diferenciarse claramente. Suponen que la experiencia adquirida en el futuro establecerá un puesto para la esplenopografía en la investigación de neoplasias metastásicas en el hígado no descubribles de otra manera.

**Alteraciones de los líquidos intra y extracelulares y de los electrolitos en la cirrosis del hígado con edema y ascitis.**—Subrayan los autores que el edema y la ascitis en la cirrosis del hígado representan esencialmente expansiones isotónicas de líquido extracelular, en contraste con el edema de la insuficiencia cardíaca congestiva que se caracteriza como una expansión hipotónica de las fases intra y extracelulares. El agua y los electrolitos intracelulares y la osmolaridad intracelular no parecen estar alterados significativamente en algunos enfermos con cirrosis del hígado, edema y ascitis. La eliminación del edema y ascitis durante la terapéutica, subrayando la eliminación del sodio del organismo, refleja generalmente el movimiento del líquido extracelular isotónico. El patrón de la pérdida del líquido del edema parece ser similar durante el tratamiento con una dieta pobre en sal y resina de recambio o con un diurético mercurial. La disminución del peso corporal durante la terapéutica de "eliminación de sodio" en los enfermos de cirrosis del hígado, edema y ascitis, corresponden muy estrechamente con los descensos en el volumen del líquido extracelular. La sobrehidratación tisular puede persistir a pesar de la desaparición del edema y la

ascitis, indicando la persistencia de la causa o causas de la retención del líquido. Siguen sin explicarse la hiponatremia e hipokalemia en la cirrosis del hígado con edema y ascitis. A su juicio, la patogenia del edema y la ascitis en la cirrosis del hígado dependen de un mecanismo capaz de provocar una expansión isotónica de la fase extracelular del agua corporal.

**Transición del hígado graso a cirrosis.**—Describen los autores los diferentes grupos clinicopatológicos del síndrome nutritivo hígado graso-cirrosis y los relacionan con los estadios de formación de las membranas y septos de tejido conectivo que se desarrollan durante la transición del hígado graso a cirrosis. A su juicio, el gran hígado graso sin cirrosis, pero asociado con insuficiencia hepática fatal, representa el estadio clave para este estudio. La subdivisión por septos es el mecanismo básico de la formación de cirrosis, según se revela por la reconstrucción en tres dimensiones. De estos septos, aquellos que proceden del centro del lóbulo parecen estar relacionados con el propio acúmulo de grasa, mientras que todos los demás tipos de septos están relacionados bien con la alternancia en el tiempo y el espacio en la estructura del hígado o, más importante, con la necrosis hepática. La limitación de la necrosis hepática, gran proporción de la cual está causada por una infección intercurrente inespecífica, puede, por lo tanto, ser de importancia terapéutica igual a la de la eliminación de la grasa del hígado.

**Efecto de los esteroides en la cirrosis biliar primaria.** Comunican los autores sus observaciones clínicas y de laboratorio en un enfermo con cirrosis biliar primaria durante los periodos de remisiones logradas por la administración de hormonas corticoadrenales y durante las exacerbaciones consecutivas a la supresión de dichas hormonas. La terapéutica corticoadrenal originó una notable reducción de la fosfatasa alcalina y de los lípidos del suero, pero el proceso básico de la enfermedad no se modificó a pesar de la impresionante mejoría clínica y de laboratorio, según se pudo ver rápidamente por las exacerbaciones que se presentaron al suprimir las hormonas.

**ACTH en la hepatitis infecciosa.**—Los autores han utilizado la administración de ACTH en 54 enfermos con hepatitis infecciosa. En conjunto llegan a la conclusión de la ineficacia de la ACTH en el tratamiento de los casos corrientes de hepatitis infecciosa por suero. Al tiempo han observado complicaciones graves en algunos enfermos durante el tratamiento, que consistieron en perforación de una úlcera péptica, exacerbación de una diabetes mellitus preexistente, exacerbación de una osteomielitis, neumonitis, euforia y depresión reactiva de grado moderado. Sin embargo, encuentran aconsejable utilizar la ACTH en los enfermos con hepatitis que están en estado de suma gravedad, ya que se produjo un aumento marcado del apetito y mejoran las anormalidades de la función hepática; las recidivas ocasionales de los síntomas y de las alteraciones de la función hepática al suprimir la ACTH parecen indicar que hay un efecto directo sobre el hígado, además del beneficio que puede obtenerse al mejorar el apetito.

**Lobectomía hepática derecha complicada por hepatitis postoperatoria por suero homólogo.**—Presentan los autores la historia de un enfermo en el que se realizó con éxito, la extirpación completa del lóbulo derecho del hígado como consecuencia de la aparición de una metastásis de leiomiomasarcoma a los siete años de la supresión quirúrgica del tumor primario. Dos meses después de esta última resección el enfermo presentó los síntomas, signos y hallazgos de laboratorio por hepatitis por suero homólogo. El enfermo soportó bien esta complicación y continuó en buen estado un año después, a pesar de que sólo le quedaron de 500 a 600 gramos de tejido hepático en el lóbulo izquierdo.

## A. M. A. Archives of Internal Medicine.

95 - 2 - 1955.

- \* Estudios sobre el transporte y el metabolismo del hierro. R. Steinkamp, R. Dubach y C. V. Moore.
- \* Parahemofilia. C. A. Owen Jr. y T. Cooper.
- \* Clorpromazina como agente terapéutico en medicina clínica. J. H. Moyer, V. Kinross Wright y R. M. Finney.
- \* Planigrafía en la demostración de calcificación de las válvulas cardíacas y su significación. L. A. Soloff, J. Zaitchuk y H. Fisher.
- \* Estudios sobre la lipasa urinaria. M. M. Nothman, J. H. Pratt y A. D. Callow.
- \* Nódulos de Aschoff en los apéndices auriculares izquierdos de enfermos con estenosis mitral. B. Manchester, T. M. Scotti, C. Gables, M. L. Reynolds y W. H. Dawson.
- \* Metabolismo hidrocarbonado en la enfermedad cerebral. D. H. Menneman, M. D. Altschule y R. M. Goncz.
- \* Tratamiento en medicina interna: tratamiento de la nefritis crónica. G. W. Daugherty.
- \* Progresos en medicina interna: sífilis. H. Boerman, I. L. Schamberg, L. Nicholas y L. Katzenstein.
- \* Endocarditis estafilocócica fatal tratada con eritromicina. R. J. Roantree y L. A. Rantz.
- \* Enfermedad hemolítica autoinmune en la leucemia aguda. A. M. Frumin y A. Kohn.
- \* Un caso significativo de pneumoconiosis en un trabajador de carbón blando. L. L. Friedman.
- \* Síndrome de Felty. T. J. Fitzpatrick y L. W. Woodruff.
- \* Enfermedad periódica. E. Shwayri y N. Tutunji.
- \* Estenosis del orificio de las arterias coronarias en una niña de nueve años. N. Goormaghtigh, L. De Vos y A. B. Blancquaert.
- \* Tratamiento de la hemocromatosis por sangría masiva. R. M. Myerson e I. N. Carroll.

**Absorción de hierro radioactivo a partir de pan enriquecido con hierro.**—Señalan los autores que administrando a 32 sujetos sanos pan enriquecido con sulfato ferroso radiactivo, hierro reducido, ortofosfato férrico y pirofosfato férrico sódico, 28 de ellos absorbieron y utilizaron entre el 1 y el 12 por 100 del hierro, independientemente de la forma de éste que se administró; los otros cuatro sujetos asimilaron del 26 al 38 por 100 del  $Fe^{59}$ , pero había razones para sospechar que sus depósitos de hierro eran subóptimos. El sulfato ferroso amasado con el pan se absorbió peor que cuando se administraba la sal libre a los sujetos en ayunas; sin embargo, cuando se daba el sulfato ferroso libre con un suplemento de pan, la absorción del hierro era comparable a la absorción del pan etiquetado. Cuando se dió el polvo de hierro reducido, ortofosfato férrico o pirofosfato férrico sódico, todos radioactivos, con un suplemento de pan, el nivel de la absorción era comparable al del pan etiquetado. Al administrar pan etiquetado con los cuatro preparados de radiohierro con un suplemento de ácido ascórbico a seis sujetos sanos, aumentó la absorción del hierro de dos a tres veces. En tres enfermos con déficit de hierro a los que se dió pan enriquecido con sulfato ferroso, ortofosfato férrico y pirofosfato férrico sódico, todos radioactivos, se absorbió del 45 al 64 por 100 del hierro tomado. Concluyen diciendo que el hierro añadido al pan en el programa de fortificación de alimentos es una fuente significativa de hierro en la nutrición humana.

**Parahemofilia.**—Los autores han encontrado en un padre y sus tres chicos un defecto del mecanismo de la coagulación de la sangre correspondiente a la parahemofilia o enfermedad de Owren, que se caracteriza por un déficit en el factor lábil. El déficit fué lo suficientemente intenso como para producir hemorragia en el padre. De acuerdo con los trabajos publicados, se afectaron ambos sexos en esta familia y la herencia era directa de una generación a la siguiente, quizá como resultado de un gen dominante e incompleto. El estudio de otros diez familiares no descubrió ningún otro ejemplo de la enfermedad. Discuten el papel del factor lábil y del factor estable relacionado con la coagulación de la sangre. Un déficit de cualquier factor se refleja en un tiempo de protrombina prolongado, determinado por el método de QUICK, una situación distinta a la de hemofilia en el que el tiempo de protrombina es normal. El tratamiento de la hemorragia en la parahemofilia consiste en transfusiones de sangre fresca o de plasma, que a causa de su reciente extracción son muy ricos en el factor lábil.



**Clorpromazina en medicina clínica.**—Declaran los autores que se ha demostrado que la clorpromazina tiene una amplia aplicación en neuropsiquiatría. En grandes dosis constituye un inhibidor eficaz de la excitación y agitación psicomotora y parece tener un efecto estabilizante sobre la conducta. Tanto en casos agudos como crónicos de esquizofrenia se consigue la desaparición total de los síntomas durante por lo menos un año. En pequeñas dosis produce un marcado alivio de los síntomas de las neurosis y otros menores trastornos emocionales. También parece tener cierta actividad anticonvulsivante. Constituye además un agente antiemético eficaz en un amplio rango de procesos clínicos que se complican de náuseas y vómitos. Por último declaran que no se han observado efectos colaterales peligrosos.

**Nódulos de Aschoff en los apéndices auriculares izquierdos de enfermos con estenosis mitral.**—Los autores han revisado los protocolos de 35 enfermos operados por estenosis mitral. Han examinado las muestras de biopsia de la orejuela izquierda y encuentran nódulos de Aschoff en 13 (37 por 100). Añaden que los métodos clínicos y de laboratorios son inadecuados para el descubrimiento de una carditis reumática activa subclínica. La mortalidad y morbilidad postoperatoria, así como la mejoría clínica fueron las mismas para el grupo de casos en los que la biopsia fué positiva de nódulos de Aschoff y en el grupo en que fué negativo. La reactivación probable de la fiebre reumática se produjo con igual frecuencia, estadísticamente, en los dos grupos.

**Endocarditis estafilocócica fatal tratada con eritromicina.**—Señalan los autores que a causa de la capacidad de los estafilococos para desarrollar una resistencia a los antibióticos habituales, el tratamiento de las enfermedades estafilocócicas y especialmente de la endocarditis es sumamente difícil. En un caso recientemente observado por los autores se vió con toda claridad la aparición de una raza resistente a la eritromicina; añaden que los estudios in vitro ayudan a aclarar el problema y demuestran que pueden aparecer variantes resistentes a partir de la gran mayoría de las razas de estafilococos. El caso descrito tiene también interés por otros aspectos; entre ellos, porque el germen causal era un estafilococo blanco coagulasa-negativo, que la infección se descubrió después de una valvulotomía mitral y que la causa inmediata de la muerte fué la oclusión del orificio mitral por una gran vegetación.

**Enfermedad hemolítica autoinmune en la leucemia aguda.**—Los autores describen un caso de leucemia granulocítica aguda en el que pudo demostrarse la presencia de una enfermedad hemolítica autoinmune por medio de la reacción de Coombs, que dió un resultado en la prueba directa de 1:8 y la titulación con hermaties tripinizados de 1:16. El recuento de reticulocitos y la bilirrubina del suero no estaban elevados; no se pudieron recoger adecuadamente las heces para hacer determinaciones del urobilinógeno fecal. Por estas razones prefieren llamar a este caso de enfermedad hemolítica autoinmune más bien que de anemia hemolítica.

## The American Journal of the Medical Sciences.

22 - 3 - 1955.

El problema de la acción de la insulina.—W. C. Stadie, Psittacos en Colorado. R. H. Fitz, G. Meiklejohn y M. D. Baum.

\* La transmisión de la mononucleosis infecciosa. R. J. Hoagland.

\* Variaciones en los hallazgos histoquímicos en tejido hepático obtenido por biopsia. A. Bogoch, W. G. B. Casselman y H. L. Bockus.

\* Observaciones microscópicas in vivo de la sangre circulante en el infarto miocárdico agudo. E. H. Bloch.

\* Estudios postmortem sobre la aterosclerosis coronaria, beta-lipoproteínas del suero y somatotipos. D. M. Spain, V. A. Bradess e I. J. Greenblatt.

**Transmisión de la mononucleosis infecciosa.**—Señala el autor que la transmisión experimental de la mononu-

cleosis se ha seguido uniformemente del fracaso y acepta que posiblemente la enfermedad puede transmitirse experimentalmente mediante la inyección de sangre de enfermos que se encuentran en el período de incubación. La mononucleosis rara vez se presenta en los compañeros de cuarto o como una infección cruzada en las salas abiertas del hospital. Hay que desconfiar sobre las comunicaciones de epidemias antes del descubrimiento de los anticuerpos heterófilos, puesto que es muy inseguro si las enfermedades descritas eran en efecto mononucleosis. Las epidemias referidas desde 1932 se caracterizan por una abundancia de casos subclínicos y generalmente por una rareza de las reacciones heterófilas positivas. Presupone que estas epidemias han sido ejemplos de una enfermedad o enfermedades relacionadas, pero no idénticas, con la mononucleosis infecciosa. Los casos esporádicos de mononucleosis incuestionables en niños son raros y muy inseguras las comunicaciones de epidemias en los niños. Propone la hipótesis de que la mononucleosis se transmite principalmente por un contacto oral íntimo directo que permite el recambio salivar y que el período de incubación de la enfermedad es aproximadamente de treinta y tres a cuarenta y nueve días. Esta hipótesis explica la rara incidencia de edad, el aumento creciente de la incidencia estacional (esto es, después de las vacaciones) en colegiales, los resultados infructuosos en los intentos de transmisión experimental y la ausencia de transmisión a los compañeros de sala o de cuarto.

**Variaciones en los hallazgos histoquímicos en tejido hepático obtenido por biopsia.**—Las investigaciones de los autores les han demostrado que pueden encontrarse algunas veces apreciables diferencias en los lípidos demostrables histoquímicamente y en la vacuolización glicogénica de los núcleos en porciones de la misma muestra de tejido hepático obtenido por punción biopsia y que pueden existir variaciones similares en diferentes muestras de biopsia del mismo hígado. Añaden que el conocimiento de esta posibilidad es importante para la valoración de los hallazgos histoquímicos en el tejido hepático. Estas variaciones pueden significar qué porciones del hígado difieren en su actividad funcional en un momento determinado.

**Observaciones microscópicas in vivo de la sangre circulante en el infarto miocárdico agudo.**—El autor ha introducido una prueba microscópica in vivo para determinar la fluidez de la sangre circulante en el infarto miocárdico agudo. En esta enfermedad se encuentran agregados de hematíes que producen una embolización intermitente de las arteriolas; estos agregados no los ha podido encontrar en el grupo de sujetos controles. La concentración de protrombina muestra una relación inconstante con la fluidez de la sangre; en presencia de concentraciones de protrombina entre el 10 y 30 por 100 existían agregados de eritrocitos que redujeron intensamente la velocidad linear del flujo sanguíneo o de las arteriolas plasmificadas. Concluye diciendo que la concentración de protrombina es un indicador inseguro de la fluidez de la sangre. En vista de ello, sugiere que deberían utilizarse en el tratamiento del infarto de miocardio otras drogas que puedan impedir la formación de agregados de eritrocitos sin interferir con el mecanismo de la coagulación de la sangre.

**Estudios postmortem sobre la aterosclerosis coronaria, beta-lipoproteínas del suero y somatotipos.**—Los autores han determinado en la necropsia los patrones de beta-lipoproteínas del suero, el somatotipo dominante y el grado de aterosclerosis aórtica y coronaria en 157 individuos que habían muerto súbitamente por violencia o causas naturales. Se apreció una correlación de conjunto del 84 por 100 entre el patrón de beta-lipoproteínas del suero y el grado de aterosclerosis aórtica y coronaria; esta correlación es altamente significativa ( $p < 0,1$ ). El varón ecto mórfico demostró ser una excepción puesto que hubo una correlación positiva del 60 por 100, mientras que en los otros grupos fuera del citado hubo de un 90 a un 92 por 100 de correlación. Con-

chuyen diciendo que estos estudios ofrecen una confirmación ulterior sobre el mayor grado de aterosclerosis en el varón mesomórfico que en el ectomórfico.

## Annals of Internal Medicine.

4 - 3 - 1955.

- Enfermedades infecciosas agudas en el embarazo. C. Wesselhoef.
- Estudios recientes sobre el diagnóstico de la fiebre por arañazo de gato. S. S. Kalter, J. E. Proier y J. T. Prior.
- Efectos hipnóticos de un antihistamínico: clorhidrato de metapirileno. B. Straus, J. Eisenberg y J. Gennie.
- Una evaluación del efecto de la colina e inositol sobre el curso clínico y los lípidos del suero en enfermos con angina pectoris. R. S. Jackson, C. F. Wilkinson Jr., L. Meyers, M. S. Bruno y M. R. Benjamin.
- Efecto de la levo-tirosina, dextro-tiroxina y levo-triiodotironina sobre el electrocardiograma en el mixedema: referencia preliminar. P. Starr y R. Liebold-Schueck.
- Sobre algunos rasgos de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática según observaciones en el Instituto Cardiológico Nacional de Méjico. M. Salazar-Mallén y J. Rulfo.
- Lesiones pulmonares en el lupus eritematoso diseminado. D. C. Furnell, A. H. Baggenstoss y A. M. Olsen.
- Efectos de la respiración con oxígeno al 99,6 por 100 sobre la resistencia vascular pulmonar y el volumen cardíaco de expulsión en enfermos con enfisema pulmonar e hipoxia crónica. R. H. Wilson, W. Hoseth y M. E. Dempsey.
- Terapéutica con oro y hormonas en la artritis reumatoide. P. J. Bilka y M. H. Weil.
- Sonidos diastólicos apicales simulando la estenosis mitral. II. Diferenciación gráfica. A. A. Luisada, O. M. Haring y A. B. Zilli.
- Calcificación pericárdica y sensibilidad a la histoplasma. F. T. Billings Jr. y O. A. Couch Jr.
- Utilización del poder humano marginal psiquiátrico en el servicio militar. E. L. Caveny.
- Endocarditis fibroplástica con eosinofilia (endocarditis parietal fibroplástica de Löffler): referencia de un caso y revisión de la literatura. F. G. Hoffman, D. Rosenbaum y P. D. Genovese.
- Taquicardia paroxística ventricular en un corazón aparentemente normal. A. Ring y J. Blankfein.
- Arteritis granulomatosa con infarto miocárdico: referencia de un caso con hallazgos de autopsia. A. N. Morrison y M. Abitbol.
- Ictericia durante la administración de metimazol (tapazol). J. C. Shipp.
- Fibrinogenopenia y fibrinolisis en la leucemia mieloide aguda. A. A. Cooperberg y G. M. A. Neiman.
- Periarteritis nodosa: Referencia de un caso con afectación cerebral. Z. Sagal.
- Editorial.—Sobre la producción de estados alucinados y psicóticos.

**Lesiones pulmonares en el lupus eritematoso.**—Los autores han realizado un estudio anatomopatológico de las lesiones pulmonares macro y microscópicas en 54 casos de lupus eritematoso diseminado y tabulan los resultados en el sentido de demostrar la amplia gama de anormalidades que pueden presentarse. Han dirigido atención especial hacia el edema mucinoso vasofílico que se produce en los tejidos conectivos perivascular y peribronquiolar y de la pared alveolar; a su juicio tiene cierto interés la relativa frecuencia de esta alteración (16,6 por 100 en el grupo estudiado) y la ausencia de degeneración fibrinoide. Sugieren una posible relación histológica entre el edema mucinoso y la formación de fibrinoide, basada en la precipitación de mucopolisacáridos ácidos en la sustancia fundamental del tejido conectivo. Sobre la base de los datos presentados llegan a las siguientes conclusiones: 1) Se producen corrientemente lesiones pulmonares en los enfermos con lupus eritematoso diseminado. 2) La infección secundaria y la lesión vascular dan cuenta de las alteraciones apreciadas más frecuentemente. 3) No hay lesión pulmonar patognomónica en este síndrome. 4) El edema mucinoso vasofílico afecta a los tejidos conectivos y peribronquiolar, perivascular e intersticial del pulmón, pero también se ha descrito en los tejidos conectivos de otros órganos en este síndrome.

**Terapéutica con oro y hormonas en la artritis reumatoide.**—Los autores han administrado una combinación de oro y cortisona, hidrocortisona o corticotropina a 50 enfermos con artritis reumatoide intensa; 41 enfermos toleraron un mínimo de 500 miligramos de oro y fueron seguidos durante por lo menos tres meses. El

17 por 100 de los enfermos mantuvo una remisión completa de su enfermedad y un 39 por 100 adicional mostró una gran mejoría; el 12 por 100 exhibió una mejoría moderada y el 32 por 100 mejoró poco o nada con el oro después de suspender el tratamiento hormonal; estos resultados se aproximan estrechamente a los que se obtienen después del empleo exclusivo de oro. La incidencia de reacciones al oro fué del 46 por 100; en el 34 por 100 hubo de suspenderse a causa de su toxicidad. La terapéutica hormonal no disminuyó la necesidad de adoptar las precauciones habituales cuando se utilizan las sales de oro. Subrayan que la terapéutica combinada ofrece un medio práctico de tratar la artritis reumatoide intensamente activa. La cortisona, hidrocortisona o corticotropina pueden utilizarse para suprimir la enfermedad durante varias semanas o meses mientras se lleva a cabo el depósito del oro; entonces, puede suspenderse la hormona con la esperanza de obtener el mismo resultado terapéutico como si se administrase sólo el oro. Los enfermos que no muestran una respuesta favorable al programa combinado pueden tratarse con pequeñas dosis de mantenimiento y prolongados de la hormona o por una intensificación de las medidas conservadoras habituales de valor ya establecido en el cuidado de los enfermos con artritis reumatoide.

**Endocarditis parietal fibroplástica de Löffler.**—Los autores describen un caso de endocarditis fibroplástica con eosinofilia en un hombre de veintitrés años, muy similar en todos sus detalles a los ocho casos previamente referidos en la literatura. Las características clínicas de esta entidad consisten en un curso afebril, insuficiencia congestiva crónica progresivamente refractaria, hallazgos cardíacos desproporcionados al grado de descompensación cardíaca y una eosinofilia marcada y persistente en la médula ósea y tejidos linfoides. Discuten los posibles factores etiológicos en este proceso para llegar a la conclusión de que la etiología y patogenia de dicha entidad se desconocen por completo. Por último, se ocupan de los trastornos dinámicos que intervienen en la producción de la insuficiencia cardíaca y se muestran de acuerdo en que el endocardio engrosado y rígido se comportaría de una manera similar a lo que ocurre en la pericarditis constrictiva, ya que las alteraciones del endocardio tienden a limitar tanto la plenificación diastólica como la expulsión sistólica del ventrículo afecto.

**Arteritis granulomatosa con infarto de miocardio.**—Describen los autores un caso de arteritis granulomatosa, del tipo de la arteritis temporal, con la peculiaridad de que en la autopsia de este enfermo se apreció una afectación similar de las arterias craneales, oftálmicas y coronarias. La afectación coronaria fué precisamente la que originó un infarto que condujo a la muerte del enfermo. Añaden que la biopsia de la arteria temporal confirma generalmente el diagnóstico, pero puede llegarse a un estado de confusión en virtud de la afectación segmentaria de la arteria. Señala que no hay terapéutica específica, pero que la cortisona es digna de ensayo. Terminan diciendo que se trata del primer caso referido en la literatura de un infarto miocárdico debido a una arteritis granulomatosa demostrada anatomopatológicamente.

**Fibrinogenopenia y fibrinolisis en la leucemia mieloide aguda.**—Refieren los autores un caso de leucemia mieloide aguda con fibrinogenopenia debida a la existencia de un fibrinolisis. Consideran que ésta fué una importante causa contribuidora de los fenómenos hemorrágicos y de la muerte en este caso. Demuestran que la fibrinogenopenia "per se" no es un factor en la disolución del coágulo, y así, la presencia de disolución del coágulo es un índice adecuado de la actividad fibrinolítica. Es verosímil que la fibrinolisis y la fibrinogenopenia existan más frecuentemente en la leucemia aguda de lo que se ha reconocido hasta la fecha y esto explicaría por qué algunos casos de leucemia aguda tienen mayor tendencia que otros a sangrar con hallazgos hematológicos similares en los demás aspectos.



## Annals of Internal Medicine.

42 - 2 - 1955.

- Investigación clínica utilizando compuestos etiquetados con carbono e hidrógeno radioactivos como trazadores. G. V. Le Roy.
- \* Tratamiento de la intoxicación saturnina aguda y crónica con versenato cálcico disódico. J. F. Wade Jr. y J. W. Burnum.
  - \* Nefrocalcinosis visible por rayos X asociada con glomerulonefritis crónica. W. L. Arons, W. R. Christensen y M. C. Sosman.
  - \* Timoma: diagnóstico y tratamiento. W. Weingarten y G. Gordon.
  - Patrones de eliminación de proteínas por los riñones. S. E. King.
  - \* Hipercalcemia e insuficiencia renal secundarias a la ingestión excesiva de leche y alcalinos. E. Kessler.
  - Pólipos gástricos benignos. D. Niemetz y G. K. Wharton.
  - \* Efecto de la terramicina, con terramicina, de las afeciones faringicas estreptocócicas sobre la incidencia de fiebre reumática aguda. F. J. Catanzaro, L. Brock, R. Charnovitz, W. D. Perry, A. C. Siegel, C. A. Stetson, L. C. H. Rammelkamp Jr., H. B. Houser, B. L. Stolzer, L. W. Stolzer, L. W. Wannamaker y E. O. Hahn.
  - \* Tratamiento del edema refractario en la insuficiencia cardíaca. A. L. Rubin, H. G. Thompson Jr., W. S. Braveman y E. H. Luckey.
  - Papel de la hipertensión en la etiología y pronóstico de la oclusión coronaria. L. H. Sigler.
  - Cambios clínicos tardíos consecutivos al depósito interno de materiales radioactivos. W. B. Looney.
  - Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia aórtica. C. P. Bailey y W. Likon.
  - Encefalitis tóxica fatal presentada durante la terapéutica con iproniazida en tuberculosis pulmonar. R. S. Mitchell.
  - \* Manchas pigmentadas de la mucosa oral, labios y dedos asociados con poliposis gastrointestinal. A. I. Bortz y F. H. Bethell.
  - Granuloma lipoideo masivo del pulmón y su tratamiento. S. Stonehill y G. R. Bodon.
  - Síndrome de Waterhouse-Friderichsen: referencia de un caso con curación. D. Bahr y C. Levy.
  - Trastorno de tipo mineralocorticoide asociado con metástasis suprarrenales de un carcinoma broncogénico. W. B. Spaulding, W. A. Oille y A. G. Gornall.
  - Paniculitis no supurada nodular febril recidivante (síndrome de Weber-Christian): referencia de un caso con respuesta a la radioterapia y fracaso de la cortisona. S. H. Sandifer.
- Editorial.—Algunos aspectos del metabolismo del hierro.

**Versenato cálcico disódico en la intoxicación saturnina.**—Los autores refieren el éxito obtenido en el tratamiento de cinco enfermos con intoxicación saturnina aguda o crónica por medio de la administración de versenato cálcico disódico (Ca EDTA). Con dicha droga se produjo un marcado aumento en la eliminación urinaria de plomo, que fué máxima durante las doce primeras horas de la terapéutica. La pérdida del plomo corporal por la orina se acompañó de una mejoría rápida y sorprendente de todos los signos y síntomas, incluyendo el cuatro de "abdomen agudo", desaparición del ribete gingival y retorno a los valores normales de las células con punteado basófilo y de la bilirrubina indirecta del suero, aunque no se vió una revisión inmediata del descenso de la fragilidad osmótica de los hematíes. No se observaron efectos tóxicos por la droga y concluyen que el Ca EDTA proporciona un medio muy eficaz para la terapéutica de la intoxicación saturnina aguda y crónica.

**Nefrocalcinosis con glomerulonefritis crónica.**—Los autores presentan cuatro casos poco corrientes de nefrocalcinosis que se asociaban con glomerulonefritis crónica. En tres de ellos la calcificación apreciada en las radiografías se confirman en su mayor parte a la corteza renal, originando un cuadro radiológico sorprendente, mientras que en el cuarto enfermo la calcificación estaba distribuida difusamente por todo el riñón, aunque en el examen histológico se apreció que en su mayor parte estaba en la corteza. Este último caso, sin embargo, exhibió unos hallazgos clínicos y anatomopatológicos además de la glomerulonefritis crónica que le diferenciaban de los otros tres casos y explicaban su diferente aspecto radiológico. En tres de los cuatro casos, así como en dos casos previamente referidos, había una historia de ingestión excesiva de calcio que podía haber proporcionado un factor etiológico adicional en el proceso de calcificación. La nefrocalcinosis que afecta fun-

damentalmente a la corteza renal sugiere una glomerulonefritis crónica de base, puesto que no han notado otro trastorno que se asocie con este patrón radiológico de calcificación renal. En contraste con la glomerulonefritis crónica, otros trastornos que se asocian con nefrocalcinosis, como el hiperparatiroidismo, la acidosis hipercloremica, la intoxicación con vitamina D y la sarcoidosis, todos los cuales tienen de común el aumento en la eliminación urinaria de calcio, provocan un depósito de calcio que en el examen radiológico se aprecia es más marcado en las pirámides medulares; esta distribución también origina un cuadro radiológico notablemente típico.

**Timoma.**—Señalan los autores que los timomas pueden ser asintomáticos y encontrarlos en las radiografías rutinarias del tórax o bien pueden ser sintomáticos dando origen a manifestaciones en relación con la compresión de las estructuras mediastínicas. Asimismo, la miastenia gravis constituye una de las manifestaciones en el 15 por 100 de los casos. Presentan cuatro casos como ejemplo de la dificultad que puede existir en ocasiones para el diagnóstico del timoma y la conveniencia en todo caso dudoso de recurrir a una toracotomía precoz.

**Hipercalcemia e insuficiencia renal secundarias a la ingestión excesiva de leche y alcalinos.**—Presenta el autor tres casos de un síndrome caracterizado por hipercalcemia sin hipercalcemia o hipofosfatemia, calcinosis e insuficiencia renal, que se presenta en enfermos con una historia prolongada de ingestión excesiva de leche y alcalinos absorbibles. Después de revisar los rasgos de todos los casos referidos hasta la fecha, subraya el autor que ha podido lograrse una mejoría en la función renal y una corrección parcial de las anomalías químicas en algunos casos, colocando a los enfermos en una dieta pobre en calcio y alcalinos absorbibles. El pronóstico depende de la duración e intensidad de la enfermedad renal.

**Efecto de la terramicina sobre las infecciones faringicas estreptocócicas en relación con la incidencia de fiebre reumática aguda.**—Presentan los autores los resultados del tratamiento de 506 enfermos con faringitis exudativa estreptocócica por la administración de terramicina durante cinco días; 480 enfermos que no recibieron terapéutica específica sirvieron como controles. En la dosificación empleada, la terramicina redujo el grado de portadores estreptocócicos convalecientes al 55 por 100 en comparación con el grupo control. Además, el promedio de la respuesta de antiestreptolisina de los enfermos tratados fué del 49 por 100, menor que lo observado en los enfermos controles. Se produjo una inhibición máxima en la producción de anticuerpos en los enfermos tratados en los cuales se eliminó el germen infectante. Se presentó la faringitis recidivante con mayor frecuencia en el grupo no tratado, particularmente en aquellos enfermos que seguían siendo portadores. La segunda enfermedad clínica se desarrolló generalmente a las dos o tres semanas después de haber suspendido la terapéutica. Fueron raras las complicaciones supuradas en ambos grupos. Se presentó la fiebre reumática a los treinta y cinco días del comienzo de la infección estreptocócica en 12 enfermos del grupo control y en cinco del grupo tratado con terramicina. Se redujo la proporción de ataques, desde un 2,94 por 100 en el grupo control al 0,99 por 100 en el tratado con terramicina.

**Tratamiento del edema refractario en la insuficiencia cardíaca.**—En la experiencia de los autores la mayoría de los enfermos con edema refractario no tienen un desequilibrio electrolítico antes de un vigoroso tratamiento. En este estudio, en nueve episodios de edema refractario debido a insuficiencia cardíaca congestiva, la restauración de la respuesta a los diuréticos mercuriales se consiguió mediante la producción de una acidosis hipercloremica. Para producir esta acidosis hipercloremica se utilizó el diamox o una combinación de esta droga con cloruro amónico, no apreciándose en este estudio

efectos desfavorables de la hipercloremia o de la acidosis. En los enfermos que no responden a los diuréticos mercuriales, el diamox es asimismo ineficaz como diurético; sin embargo, se produce una moderada acidosis hiperclorémica por el diamox independientemente de la respuesta diurética. Cuando se administra el mismo día diamox y un diurético mercurial no se produce una respuesta diurética óptima, consiguiéndose la diuresis máxima administrando el diurético mercurial dos días después de haber suspendido el diamox.

**Síndrome de Jeghers.**—Los autores refieren un caso de este síndrome en una niña de catorce años, con los rasgos típicos de poliposis gastrointestinal y manchas de melanina en la mucosa oral, labios, dedos de las manos y de los pies. Sugieren que el hallazgo en esta enfermedad de las manchas melánicas típicas asociadas con poliposis gastrointestinal, demostrada radiológica y gastroscópicamente, apoya la creencia de que este síndrome constituye una entidad independiente. Llamen la atención sobre la principal alteración de la enferma, la anemia; consideran, que frente a una anemia en un enfermo que tiene las pigmentaciones antes descritas, con y sin molestias abdominales significativas, debe sugerir la poliposis del tracto gastrointestinal como origen de la pérdida de sangre. Aunque este síndrome se ha referido en la literatura con frecuencia progresiva en los últimos años, hay la evidencia de que se trata de una entidad muy rara; una revisión con el fin de descubrir casos de poliposis intestinal en el Estado de Michigan no ha demostrado, antes de referir este caso, ningún otro de poliposis asociada con pigmentación melánica del tipo descrito por JEGHERS.

## The Journal of the American Medical Association.

157 - 10 - 5 de marzo de 1955.

Algunos aspectos del tratamiento médico de los cálculos renales. V. Vermooten.

Tratamiento de los cálculos prostáticos. H. P. McDonald, W. E. Upchurch y C. E. Sturdevant.

Resultados de la pericardiectomía radical para la pericarditis constrictiva. E. Holman y F. Willett.

Diseccción radical de las estructuras del cuello. ¿Cuán radical debe ser? O. H. Beahrs.

Dificultades diagnósticas en la evaluación de las masas mediastínicas-pulsailes. C. K. Donegan y D. C. Nouse.

Standardización y eficacia de la vacunación con BCG contra la tuberculosis. S. R. Rosenthal.

Cuidado médico de los veteranos. Un ejemplo para los ciudadanos. R. B. Robins.

Tratamiento del asma. C. Bernstein y S. D. Klotz.

Problemas de la alergia a drogas. E. A. Brown.

Errores de las pruebas cutáneas en alergia. M. M. Peshkin.

**Tratamiento médico de los cálculos renales.**—Subraya el autor que el tratamiento médico de los cálculos renales adquiere importancia solo o cuando el tratamiento quirúrgico no es aconsejable o en la prevención de la recidiva de los cálculos. Antes de intentar el tratamiento médico debe determinarse la naturaleza de los cálculos, así como la existencia y naturaleza de cualquier infección. El factor más importante en el control de los cálculos renales estriba en conseguir un volumen urinario adecuado. La dieta juega sólo un papel secundario, pero puede ser útil en casos de calculosis hiperexcretoria; a esto colabora ulteriormente la medicación impidiendo la fosfatúria excesiva. El control del pH urinario desempeña un papel pequeño, pero significativo. Añade que sigue sin conocerse el mecanismo por el cual se produce la disolución de un cálculo después de la extirpación de un adenoma paratiroides. Termina diciendo que cuando se lleguen a conocer y comprender estos problemas se habrá remontado la mayor dificultad en el tratamiento y control de los cálculos renales.

**Pericardiectomía radical para la pericarditis constrictiva.**—Los autores han realizado una pericardiectomía radical en 26 enfermos con pericarditis constrictiva. Murieron cuatro enfermos, de ellos uno a los cinco días de la operación y otro a los cuarenta, ambos por insuficiencia miocárdica; otro, cuatro meses después de la ope-

ración, con obstrucción intestinal no relacionada con la compresión cardíaca, y el restante dos años y medio después de la operación por enfermedad cardiorrenal, diabetes y neumonía; un quinto enfermo, que murió después de la exploración por suponerse una compresión cardíaca, se demostró que tenía un infarto miocárdico masivo con un pericardio normal. Catorce enfermos con engrosamiento pericárdico no tuberculoso están bien; tres muestran una actividad limitada o moderada a consecuencia de una fibrilación auricular, una estenosis pulmonar congénita asociada y una estenosis mitral concomitante. Una vez que se establece el diagnóstico de pericarditis constrictiva, demostrándose un pericardio calcificado, está indicada la pericardiectomía para evitar la compresión cardíaca progresiva y la incapacidad. El peligro de la pericardiectomía aumenta con la edad, pero ésta no constituye contraindicación para la operación. Los ocho enfermos con pericarditis tuberculosa, en seis de los cuales se cultivaron bacilos tuberculosos, curaron después de la operación y están bien; tres tienen una actividad ligeramente limitada, insuficiencia miocárdica moderada en uno, tuberculosis pulmonar curada en otro y pleuritis tuberculosa asociada en el tercero; solo un enfermo que era tuberculoso requirió una pericardiectomía secundaria. La primera decorticación se realizó en presencia de fiebre alta y empeoramiento cardíaco progresivo; a pesar de la gran mejoría temporal, se hizo una decorticación del pulmón derecho al cabo de un año y dieciocho meses después una segunda pericardiectomía. Todos los enfermos, salvo dos, tuvieron un descenso notable y rápido en la presión venosa; los dos enfermos que no mostraron este descenso eran tuberculosos; el enfermo al que antes se hacía referencia tuvo un descenso satisfactorio en la presión venosa después de la segunda pericardiectomía y el último enfermo está todavía en insuficiencia cardíaca leve. Añaden que el empleo de los antibióticos ha originado la excelente curación con carácter uniforme que siguió a todas las operaciones. La pericardiectomía debe ser radical para mostrar su eficacia y, en el orden de que puedan liberarse todas las áreas críticas, la decorticación debe extenderse más allá del borde izquierdo, borde derecho y borde inferior, con liberación de las venas cavas inferior y superior y la base del corazón.

**Tratamiento del asma.**—Señalan los autores que el tratamiento de los enfermos con asma bronquial depende finalmente de su causa. El tratamiento de urgencia se dirige habitualmente para mejorar solo un síntoma y el requisito primordial de la terapéutica inmediata es el procurar rápida y seguramente una ventilación adecuada. La adrenalina sigue siendo todavía la droga de elección para la mejoría rápida; la aminofilina va muy bien para la relajación bronquial y el yoduro potásico es un remedio aprobado por el tiempo cuando se requiere una acción expectorante y de liquefacción; puede ser necesario utilizar temporalmente el oxígeno. Debe prohibirse el empleo de morfina y sólo muy raramente se empleará el demerol, pero los sedantes son de gran valor. La ACTH y cortisona representan adiciones importantes en el tratamiento de los enfermos alérgicos y particularmente en el estado asmático. Los antihistamínicos deben emplearse sólo en enfermos con asma "húmedo"; entre otros remedios cita a los aerosoles, la piritoterapia, el piromen, la tripsina, los respiradores mecánicos y los ejercicios respiratorios. Añade que los factores psicógenos y la psicoterapia ocupan posiciones prominentes en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos con asma. Además debe hacerse una investigación completa médica y alérgica. El mejor tratamiento para los enfermos con asma bronquial es la prevención, tratando el estado precursor antes de que se produzca el asma. El tratamiento eficaz para el asma es ahora polifásico y se emplean un amplio rango de modalidades: Farmacológicos, endocrinos, antibióticos, psicológicos y fisioterapéuticos. Termina diciendo que, como una guía para la orientación básica en este campo, debe recordarse que no sólo la unión de la alérgica y la reagina es la responsable de toda la serie de hechos que se conocen como asma bronquial.



157 - 11 - 12 de marzo de 1955.

- Bacteriemia después de la tonsilectomía. P. S. Rhoads, J. R. Sibley y C. E. Billings.
- \* Tolerancia a la ergotamina en enfermos con jaqueca. A. P. Friedman, P. Brazil y T. J. C. von Storch.
- \* Demostración de hongos por la tinción con el ácido periódico de Schiff en los granulomas pulmonares. J. W. Peabody Jr., J. D. Murphy y J. H. Seabury.
- Tumores raros de la sinovial. V. E. Martens.
- \* Nefrostomía percutánea con trocar en la hidronefrosis. W. E. Goodwin, W. C. Casey y W. Woolf.
- \* Complicaciones generales tardías de la terapéutica con apresolona. J. C. Miller, C. L. Rast Jr., W. W. Pryor y E. S. Orgain.
- Xerorradiografía. J. F. Riach y H. E. Hilleboe.
- Apoio de las escuelas médicas y el médico.
- Hechos acerca de los estudiantes médicos. E. L. Turner.
- \* Respuesta dramática a la terapéutica con cortisona en un caso de neuritis sérica. H. Smith y H. Smith Jr.
- Un nuevo signo radiológico de malignidad en el nódulo pulmonar solitario. L. G. Rigler.
- Una prueba rápida de amilasa en el suero. L. Fishman y H. Doubilet.
- Dermatitis de contacto por clorpromazina. G. M. Lewis y H. H. Sawicky.
- Aparato de drenaje variable. D. V. Pecora.
- Tumor testicular oculto. G. S. Slater, H. Schultz y W. B. Kreutzmann.
- El médico como un estudiante permanente. D. D. Volland.
- Fines y programa de la asociación nacional de tuberculosis. J. E. Perkins.

**Tolerancia a la ergotamina en enfermos con jaqueca.** Declaran los autores que la terapéutica con ergotamina continúa siendo el tratamiento de elección en la jaqueca. Sin embargo, hoy se sabe que tiene ciertos peligros el empleo de esta medicación. Refieren varios casos e indican la existencia de un peligro adicional no incluido entre los efectos tóxicos bien conocidos aunque raros del cornezuelo. Este peligro parece residir en una evocación de una paradoja médica; esto es, en algunos enfermos el empleo de la ergotamina hace desaparecer las cefaleas por las cuales se administra, pero al mismo tiempo conduce a un aumento en la frecuencia de dichas cefaleas. Esta frecuencia aumentada debe relacionarse con el desarrollo por el enfermo de tolerancia a la ergotamina. Terminan diciendo que el problema de la posible habituación a la ergotamina debe investigarse en el futuro y que, si se demuestra que existe, debe prestársele la atención adecuada.

**Demostración de los hongos en los granulomas pulmonares por la tinción con el ácido periódico de Schiff.** Subrayan los autores que la tinción con el ácido periódico de Schiff es el método más seguro y satisfactorio para demostrar los hongos en el tejido. De su experiencia con dicha tinción están convencidos que las micosis profundas son más frecuentes de lo que generalmente se cree. Dicho método debe utilizarse más ampliamente, en especial para el diagnóstico de los llamados tuberculomas y granulomas inespecíficos del pulmón, para los que la tinción habitual con hematoxilina y eosina es totalmente inadecuada. Refieren dos casos diagnosticados clínicamente de tuberculoma pulmonar en los que pudieron demostrar la existencia de innumerables *Histoplasma capsulatum*, después que la tinciones habituales y los estudios del cultivo demostraron su negatividad.

**Nefrostomía percutánea con trocar en la hidronefrosis.**—Los autores después de una comunicación previa sobre sus experiencias con la pielografía anterior, en los que los pielogramas se hacían por punción lumbar de grandes hidronefrosis seguida de aspiración de la orina e inyección del contraste, han decidido ulteriormente utilizar la nefrostomía con trocar para el desagüe de grandes hidronefrosis. Han utilizado este procedimiento dieciocho veces en 16 enfermos; en cinco de ellos fracasaron en su intento, en tres, después de un corto período de drenaje no se obtuvo beneficio, en cuatro hubo de hacerse ulteriormente una nefrostomía, viéndose que la función renal no podía mejorar con el drenaje, y en cuatro (dos bilateralmente) se utilizó con éxito para la diversión temporal de la orina con el fin de realizar la cirugía conservadora y preservar la función renal. Después de pasar revista a las indicaciones y complicacio-

nes y peligros del procedimiento, señalan que la nefrostomía con trocar puede constituir un método útil de diversión temporal urinaria en casos seleccionados de grandes hidronefrosis, precisándose una evaluación ulterior de dicha técnica.

**Complicaciones generales tardías de la terapéutica con apresolona.**—Los autores han observado una reacción de tipo colagenósico en siete (13 por 100), de 53 enfermos a quienes se les administró apresolona durante periodos de cuatro a veintitrés meses. En seis enfermos dicha enfermedad simulaba una artritis reumatoide y desapareció al suspender la apresolona y en el enfermo restante se desarrolló un cuadro grave caracterizado por fiebre, artritis, pericarditis, pleuresia con derrame y la aparición de células L. E.; esta enfermedad simulaba exactamente un lupus eritematoso generalizado agudo y desapareció sólo después de la terapéutica hormonal con ACTH y cortisona. Los estudios de las células L. E. obtenidos en cinco enfermos con reacción a la apresolona demostraron la presencia de dichas células en dos enfermos; también se observaron tales células en otros dos enfermos que estaban asintomáticos durante la administración de apresolona. Añaden que puede presentarse una depresión de la función de la médula ósea durante la administración de dicha droga y desaparecer al suprimirla. En vista de la incidencia y tipo de reacciones que resultan de la administración de apresolona, consideran que debe reservarse para aquellos enfermos con estados hipertensivos graves en los que la morbilidad y mortalidad pueden sobrepasar a los peligros potenciales que resulten de los efectos de la propia droga.

**Cortisona en la neuritis sérica.**—Refieren los autores que la neuritis sérica es una complicación de la administración terapéutica y profiláctica de sueros y vacunas, que ha sido difícil de tratar en tiempos pasados. Como tales neuritis son consideradas como el resultado de una reacción alérgica, con edema e isquemia de los nervios, teóricamente la ACTH y cortisona constituirían los agentes terapéuticos ideales. Y así en el caso que refieren en este trabajo se apreció una mejoría rápida y dramática después de la administración de cortisona.

157 - 12 - 19 de marzo de 1955.

- Diagnóstico diferencial de la fiebre reumática en la práctica privada. B. G. Wedum y P. H. Rhodes.
- Control comunal de la fiebre reumática. W. H. Bunn y H. N. Bennett.
- \* Tratamiento de la fiebre tifoidea con synnematin B. L. Benavides V., B. H. Olson, G. Varela y S. H. Holt.
- \* Diagnóstico y tratamiento del hombro doloroso. M. E. Knapp y J. P. Engel.
- Valor actual de la diatermia ultrasónica. J. F. Lehmann, D. J. Erickson, G. M. Martín y F. H. Krusen.
- \* Tratamiento a largo plazo de la hipertensión con tartrato de pentolinium (ansolis). A. Agrest y S. W. Hoobler.
- Fotofluorografía en un astillero naval de Estados Unidos. W. R. Guild.
- Artritis consecutiva al empleo de doca y cortisona. L. M. Hursh.
- Trastornos de la conducta provocados por drogas en el hombre. L. Lasagna, J. M. von Felsinger y H. K. Beecher.
- El médico y la agencia sanitaria voluntaria.

**Sinematina B en la fiebre tifoidea.**—Los autores han realizado un ensayo clínico con la sinematina B en 15 enfermos con fiebre tifoidea y uno con paratífica A, demostrándose que este antibiótico tiene un efecto específico en dichas enfermedades. Hubo tres recidivas y un caso persistente, en todos los cuales se llegó a la curación. Dos enfermos que habían mostrado recidivas pertenecían al grupo de dosis exploratoria. No se produjeron hemorragias o perforaciones intestinales, ni muertes. Desaparecieron las salmonellas de la sangre y heces de todos los enfermos durante el período de tratamiento. Al cabo de tres meses de finalizar la terapéutica no se había desarrollado ningún portador. No se observaron efectos tóxicos de la droga, excepto ligeros escalofríos con uno de los lotes de la misma.

**Hombro doloroso.**—Comienzan diciendo los autores que los síntomas y los signos clínicos de los diversos factores causales de la inmovilidad de la articulación escapulohumeral, son frecuentemente tan similares que es difícil llegar a un diagnóstico correcto. Clasifican las causas más habituales del hombro doloroso de acuerdo con el dolor y según haya o no restricción de la movilidad de dicha articulación. Desde el punto de vista terapéutico es necesaria la movilización de la articulación escapulohumeral con estabilización manual de la escápula durante los ejercicios activos o pasivos. Han observado una recuperación óptima de la función del hombro en aquellos enfermos que recibieron un tratamiento intensivo hasta por lo menos 80° grados de movimiento escapulohumeral y 110° de movimiento toracohumeral.

**Ansólisis en la hipertensión.**—Los autores han tratado 31 enfermos consecutivos con hipertensión grave o complicada por medio de ansólisis administrado por vía oral, añadiendo o no reserpina y apresolína. Encuentran que constituye un régimen simple y seguro para el tratamiento ambulatorio de los hipertensos. Se obtuvo una reducción de 38 mm. Hg. en la presión sanguínea durante el día en posición directa y de 23 en posición tumbada. Se observó una mejoría notable en las manifestaciones de la insuficiencia cardíaca congestiva y de la retinopatía hipertensiva. El efecto del tratamiento sobre las complicaciones cerebrovasculares fué menos seguro, pero pareció beneficioso. No se vió una mejoría marcada de la uremia o de la angina pectoris.

157 - 13-26 de marzo de 1955.

Cardiología para el médico general. G. E. Burch.

Mortalidad comparada de la poliomiéltis en familias con casos únicos o múltiples. M. Siegel y M. Greenberg.

Fiebre faringoconjuntival. J. A. Bell, W. P. Rowe, J. I. Engler, R. H. Parrott y R. J. Huebner.

Ensayo clínico controlado de los efectos del aleveaire sobre los niños prematuros. W. A. Silverman y D. H. Andersen.

Prevención y tratamiento de la artritis gotosa crónica. A. B. Gutman y T. F. Yü.

Errores diagnósticos y terapéuticos en ciertas dermatosis de la vulva. E. P. Schoch Jr. y C. H. McCuistion.

Significación clínica de la vértebra lumbosacra transicional. F. E. Stinchfield y W. A. Sinton.

Hipotensión intracraneal secundaria al desgarro de los manguitos de los nervios lumbares. W. A. Nosik.

Pancreatitis con ruptura del bazo y derrame pleural hemorrágico. B. F. Byrd Jr. y O. A. Couch Jr.

Alteraciones de la conducta en el hombre provocadas por drogas. J. M. von Felsinger, L. Lasagna y H. K. Beecher.

Objetivos y contenido de la educación médica postgraduada. D. D. Vollen.

**Fiebre faringoconjuntival.**—Declaran los autores en primer lugar que el virus APC-3 invade los tejidos de personas infectadas, existe en una lesión independientemente de su presencia en otros tejidos, no se presenta en personas sanas incluso aunque sean contactos íntimos del enfermo con el proceso, se le encuentra exclusivamente durante la enfermedad aguda y muy raramente después del comienzo o tras la recuperación, se asocia con un síndrome clínico particular y no con otras enfermedades habituales y se le ha encontrado en enfermedades clínicas similares en tres epidemias distintas y en casos esporádicos distribuidos ampliamente en el área estudiada. La enfermedad se caracteriza fundamentalmente por fiebre, a menudo, llegando en pico a 40° y generalmente de cuatro a seis días de duración; faringitis, corrientemente con molestias leves en la garganta y conjuntivitis de tipo no purulento, folicular, frecuentemente monocular y de una a tres semanas de duración. Aunque la fiebre se presentó en las nueve décimas partes de los casos, la faringitis en las dos terceras a tres cuartas partes y la conjuntivitis en una tercera a dos terceras partes de los casos, estos síntomas se manifestaron bien aisladamente o en cualquier combinación. Hasta que se hagan estudios ulteriores estiman que de una cuarta a dos quintas partes de los casos no son clínicamente diagnosticados si se ven aisladamente y no en asociación con casos típicos. La enfermedad se presentó en forma epi-

démica localizada o esporádica, afectando a todos los grupos de edad, pero, predominantemente en niños de ambos sexos. El modo de presentación sugiere que los seres humanos infectados son la fuente habitual de la infección; la infección produce generalmente la enfermedad (siempre en su experiencia); los portadores sanos no son fuente importante de infección; la enfermedad es altamente infecciosa para los contactos jóvenes; las personas mayores son más inmunes que los niños, presumiblemente por un ataque previo; las piscinas contaminadas son un origen de infección sospechoso, pero no demostrado. Las observaciones indican que el período de incubación es probablemente de cinco a seis días y que el período de contagiosidad, indicado por la presencia del virus, disminuye del 100 por 100 durante los primeros días de la enfermedad a prácticamente cero después del noveno día. La existencia habitual de la enfermedad no se conoce, aunque se sabe su existencia desde 1943. Se ha presentado en el invierno con un tipo leve de conjuntivitis y probablemente es una enfermedad respiratoria difusa habitual. No se han realizado estudios sobre prevención o tratamiento, pero han obtenido la impresión clínica de que los diferentes antibióticos utilizados no influyen en el curso de la enfermedad. El estudio de los atributos clínicos, etiológicos y epidemiológicos de una nueva entidad recientemente reconocida como enfermedad contagiosa debe hacer el planteamiento para su diferenciación del conjunto más definido de enfermedades respiratorias indiferenciadas generalmente conocidas como catarro común, fiebre catarral, faringitis estreptocócica o enfermedad respiratoria aguda. Y finalmente sugieren que dicha enfermedad debe denominarse como fiebre faringoconjuntival.

**Tratamiento de la artritis gotosa crónica.**—Manifiestan los autores que la artritis gotosa crónica es atribuible a un balance de ácido úrico positivo mantenido o intermitente. El principal objetivo de tratamiento por lo tanto, es provocar un estado de balance úrico negativo y mantenerlo el mayor tiempo posible. Un régimen designado para este propósito incluye la regulación dietética, la administración diaria de un agente uricosúrico (generalmente el probenecid) y disminuir al máximo la recidiva de una artritis gotosa aguda subreimpuesta por medio de la administración profiláctica regular de colchicina. En 30 enfermos con incapacidad debida a artritis gotosa crónica que los autores han observado durante un período de ocho meses a cuatro años fué posible aliviar el dolor y la rigidez articular y disminuir el tamaño de los tofos en la mayoría de los casos. No aparecieron nuevos tofos cuando el tratamiento se mantuvo adecuadamente. Terminan diciendo que ahora es posible prevenir el desarrollo de artritis gotosa crónica en sujetos predispuestos y mejorar las deformidades establecidas, como asimismo las incapacidades, en la mayoría de los casos, por medio del tratamiento médico.

**Pancreatitis con ruptura del bazo y derrame pleural hemorrágico.**—Presentan los autores el caso de un enfermo con ruptura del bazo que se asoció con un derrame pleural hemorrágico; la ruptura esplénica debidas a episodios repetidos de pancreatitis. El derrame pleural hemorrágico concomitante es único en la literatura médica y no se ha referido hasta el presente la asociación de ruptura esplénica y pancreatitis.

### The Journal of Clinical Investigation.

34 - 1 - 1955.

Emigración transcápilar de agua pesada y tiocianato en la circulación pulmonar de sujetos normales y pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. L. S. Lillienfeld y colaboradores.

Efecto del vidrio sobre la actividad de varios factores plasmáticos de la coagulación. S. I. Rapaport y colaboradores.

Mecanismo de la eliminación de amoníacos durante la acidosis por cloruro amónico. F. C. Rector y colaboradores.

Contenido en aminotripeptidasa del líquido sinovial en enfermedades articulares. Morris Ziff y colaboradores.



- Distribución y eliminación de bromosulfoftaleína marcada con  $S^{35}$  administrada a perros por infusión continua. R. W. Brauer y colaboradores.
- Capacidad de fijación de tiroxina por la alfa-globulina del suero en sujetos hipotiroideos, eutiroideos e hipertiroideos. Edwin C. Albright y colaboradores.
- Estudios con isótopos de la colesteroína plasmática de origen endógeno y exógeno. L. Hellman y colaboradores.
- \* Mecanismos de control de la concentración de cationes en las células humanas: efecto del yodoacetato sobre el recambio del Na y K en el eritrocito. W. D. Love y colaboradores.
- \* Estudios sobre la utilización del hierro radioactivo y vida de los eritrocitos marcados en ratas después de una injuria térmica. W. M. Davis y colaboradores.
- Estudio de la gamma-globulina en la artritis reumatoide. J. H. Vaughan y colaboradores.
- Efecto de la infusión simultánea o previa de azúcares sobre el destino de los hidrolizados de caseína inyectados. H. N. Christensen y colaboradores.
- Ensayos sobre la función tiroidea con yodo radioactivo. I. Bases físicas del estudio de la primera fase del metabolismo del yodo. II. Cálculo rutinario de los factores renales y tiroideos. T. H. Oddie y colaboradores.
- Efectos hemodinámicos de la hidralazina en pacientes con hipertensión arterial. G. G. Rowe y colaboradores.
- Hemodinámica cerebral en pacientes con insuficiencia cardíaca asociada a hipertensión y su respuesta al tratamiento. J. H. Moyer y colaboradores.
- Actividad de la transaminasa en la sangre humana. A. Karmer y colaboradores.
- Un método ventajoso para la determinación simultánea del Na y K corporal cambiante. C. V. Robinson y colaboradores.
- \* Origen de la creatina urinaria en la distrofia muscular progresiva. J. D. Benedict.

**Mecanismo de la eliminación de amoníaco durante la acidosis por cloruro amónico.**—Los autores estudian la amoniuria en ratas, colocadas en condiciones standard de alimentación y temperatura, bajo una sobrecarga constante de cloruro amónico en relación con la actividad de la glutaminasa renal.

Demuestran que el incremento de la amoniuria en estas condiciones corre paralelo al aumento de la glutaminasa renal (fermento que desdoblando la glutamina en el interior de las células tubulares formaría ácido glutámico y amoníaco), pareciendo indicar que la actividad de los enzimas productores de amoníaco por la administración de sustancias acidificantes aumenta la eliminación de amoníaco por aceleración de la producción de éste en las células tubulares. La actividad de la glutaminasa renal fué proporcional a la cantidad de cloruro amónico administrado, pero fué independiente de las modificaciones en la reserva alcalina y concentración de K intracelular que aquella sobrecarga pudo originar.

**Contenido en aminotripeptidasa del líquido sinovial en enfermedades articulares.** Morris Ziff y cols.—En este trabajo se estudia el contenido en aminotripeptidasa del líquido sinovial de 98 pacientes afectos de distintos tipos de artropatía. Fueron agrupados según la activi-

dad del proceso inflamatorio en tres grupos: enfermedades degenerativas articulares (no inflamatorias); artritis reumatoides (profundamente inflamatorias) y por último un grupo intermedio formado por la gota, fiebre reumática, artritis gonocócica, etc. Los valores obtenidos fueron más altos en el primer grupo que en el segundo, mientras que los del tercero fueron variables. Los autores sugieren que el contenido en amino tripeptidasa sinovial puede ser un índice del estado de inflamación articular que sirva para controlar la evolución de la misma y quizá pueda tener algún valor diagnóstico.

**Mecanismos de control de la concentración de cationes en las células humanas: efecto del yodoacetato sobre el recambio del Na y K en el eritrocito.**—El estudio de los mecanismos que controlan el contenido intracelular de electrolitos es de gran importancia, dado que en numerosos estados patológicos sobrevienen anomalías en la distribución de éstos.

El metabolismo de los electrolitos tisulares puede ser estudiado por biopsia muscular, pero este método no es de aplicación clínica. Por ello se está estudiando el metabolismo de iones en los hematíes, con la esperanza de que pueda servirnos de orientación sobre el estado de este metabolismo en otras células. Por el momento no hay ninguna prueba confirmatoria. Los hematíes, como el resto de las células, tienen una alta concentración de potasio y baja de sodio a despecho del intercambio continuo que de estos iones se realiza continuamente entre las células y el plasma. Se ha sostenido que existen en el hematíe mecanismos activos que sostienen este desequilibrio de concentración, y que estos mecanismos son potenciados por la glucólisis. Los autores inhiben la glucólisis eritrocítica por medio del yodoacetato sódico y objetivan un acusado paso de Na dentro de los hematíes y un escape del K en sentido contrario, con lo que apoyan la tesis apuntada.

**Efectos hemodinámicos de la hidralazina en pacientes con hipertensión arterial.**—Los autores estudian el efecto de esta droga en 17 pacientes con H. A., encontrando una disminución de la resistencia vascular periférica y pulmonar, con descenso de la presión arterial sistémica acompañado generalmente de un aumento del gasto cardíaco. Cuando el descenso tensional es muy notable, el gasto cardíaco permanece invariable o desciende. El trabajo del ventrículo izquierdo desciende cuando el efecto hipotensor es muy notable; en otro caso permanece inalterado. En 14 pacientes sobrevino una reacción hiperventilatoria con descenso del  $CO_2$  arterial y de la diferencia arteriovenosa de  $CO_2$ . No se objetivaron cambios en el consumo de  $O_2$ , producción total de  $CO_2$ , o cociente respiratorio.