

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

**PETITE CHIRURGIE. PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE CURANTE.** Doctor J. MAISONNET.—Editorial G. Doin y Cia. Paris, 1954.—Un volumen de 1.126 páginas con 758 figuras, 5.200 francos franceses.

En esta sexta edición de la conocida obra del doctor MAISONNET se añade mucho y se modifica el texto anterior, poniéndose en muchos aspectos a la fecha de su publicación. Es práctica y clara, útil para el auxiliar sanitario o el practicante, pero también útil para el estudiante o el joven médico que tiene que tomar decisiones y conocer detalles prácticos de inmediata aplicación que no siempre se aprenden en las aulas.

**ENDOCRINOLOGIA (3.<sup>a</sup> edición).** Doctor R. Q. PASCUALINI.—Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1955.—Un volumen de 834 páginas con figuras.

Es notablemente satisfactorio que uno de los mejores tratados de Endocrinología que se han publicado lo sea en nuestro idioma y por un distinguido y reputado profesor de la Universidad argentina.

Con esta obra se pone en la mano del médico y del estudiante de medicina, en forma sistemática, la Endocrinología en su aspecto biológico, pero principalmente en el clínico. Ello se hace en forma ordenada y sucinta, si bien todos los temas tratados lo son a la altura del actual y formidable avance que esta disciplina médica ha experimentado en los últimos años. Es bien conocida y universalmente estimada la contribución argentina en este progreso y la personalidad del profesor PASCUALINI es sin duda una de las más destacadas en él.

El libro traduce una experiencia personal que se expresa en parte en la variada y acertada iconografía, así como en la firmeza de las opiniones. Es seguro que este libro prestará amplia utilidad a los médicos.

**UNTERSUCHUNG UND BEURTEILUNG DES HERZKRANKEN.** Doctor H. KNIPPING.—Editorial Ferdinand Enke. Stuttgart, 1955.—Un volumen de 461 páginas con 265 figuras.

El examen funcional del aparato circulatorio y respiratorio, que hace treinta años comenzó a avanzar in-

tensamente, lo ha seguido haciendo; pero, sobre todo, las técnicas y los datos obtenidos han adquirido un nuevo valor desde el momento que no son solamente útiles para el diagnóstico y pronóstico, sino principalmente como base de la terapéutica y, aun de modo más concreto, para establecer indicaciones y perspectivas de intervenciones quirúrgicas. Seguramente ningún libro recoge de un modo tan completo y útil el estado de la cuestión como éste de que nos estamos ocupando.

Después de una introducción sobre la función circulatoria y el enfermo del corazón, así como de los síndromes principales, se van analizando los resultados que pueden obtenerse por la radiología, electrocardiografía, ventilografía, etc. En un ulterior segmento del libro se estudia el diagnóstico preoperatorio especial para las angiopatías congénitas o adquiridas, procesos pericárdicos, coronarios, etc. Un valor especial tienen los capítulos dedicados a la descripción de técnicas y funcionamiento de aparatos de moderna exploración cardiorespiratoria en el laboratorio.

### LIBROS RECIBIDOS

"Die Lebenkrankheiten". Dr. K. Beckmann.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 253 páginas con 74 figuras, 36 DM.

"Orthopadische Gymnastik". Dr. G. Hohmann.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 138 páginas con 217 figuras, 19,50 DM.

"Angiopatia diabética. Tratamiento conservador en la gangrena diabética". Dr. Max Bürger.—Editorial Noguer. Barcelona, 1956.—Un volumen de 198 páginas con 81 figuras, 225 pesetas.

"Die Pathogenese des Morbus Haemolyticus neonatorum". Dr. G. Martius.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 70 páginas, 9,60 DM.

"Allergie". Varios.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 1.212 páginas con 305 figuras, 187 DM.

### B) REFERATAS

#### Circulation.

11 - 2 - 1955.

- \* Efectos circulatorios de la reserpina. E. G. MacQueen, A. E. Doyle y F. H. Smirk.
- \* Tratamiento de la hipertensión con reserpina, con reserpina y pentapirrolidinum y con reserpina en combinación con alcaloides del veratrum. A. E. Doyle, E. G. MacQueen y F. H. Smirk.
- \* Terapéutica combinada Rauwolfia-hidralazina en enfermos hipertensivos. Ch. F. Naegle, R. H. Rosenman, Ch. L. Hoffman y M. Friedman.
- \* Acciones cardiovasculares del nitroprussiato sódico en animales y enfermos hipertensos. I. H. Page y colaboradores.
- Endocarditis bacteriana experimental por estreptococo mitis. I. Método de producción. R. A. Rabens y colaboradores.

- Endocarditis bacteriana experimental por streptococcus mitis. II. Anatomopatología de las lesiones valvulares y secundarias. R. A. Rabens y colaboradores.
- Hipertrofia del ventrículo derecho. I. Relación entre la hipertrofia ventricular derecha aislada en el electrocardiograma y en los hallazgos de autopsia. I. C. Walker y colaboradores.
- Hipertrofia ventricular derecha. II. Relación de la hipertrofia ventricular derecha en el electrocardiograma y los hallazgos anatómicos. I. C. Walker y colaboradores.
- Efecto del sistole ventricular sobre el ritmo auricular en el bloqueo aurícu-ventricular. M. B. Rosembaum y E. Lepeschkin.
- \* Actividad venomotor refleja en personas normales y en pacientes con hipotensión postural. E. B. Page y colaboradores.
- Efectos del hexametonio intravenoso sobre la presión venosa en pacientes normo e hipertensos con y sin insuficiencia cardiaca congestiva. R. R. Burch.
- Efectos de las defunciones vitamínicas sobre el corazón y la circulación. M. A. Blankenhorn.

**Efectos circulatorios de la reserpina.**—Los autores estudian los efectos hipotensores de grandes dosis de reserpina en 33 hipertensos y en 12 normales. En los primeros la tensión descendió, en algunos casos, hasta los límites normales. En los normotensos, mucho menos. La caída de la tensión se acompañaba de vasodilatación cutánea, la cual, en los animales de experimentación, no se producía mediante la extirpación de la cadena simpática cervical, lo que demuestra que la acción de la reserpina se verifica a través del sistema nervioso simpático. Sin embargo, es evidente que, en el hombre, también tiene una acción vasodilatadora periférica directa.

**Tratamiento de la hipertensión con reserpina.**—La reserpina sola y a dosis que no produzcan efectos tóxicos, sólo mejoran a 10 de 40 enfermos. La administración de alcaloides del veretrum a enfermos que ya estaban tomando reserpina, no produce efectos hipotensores significativos, a no ser que se den dosis tóxicas. La administración de reserpina con pentapirrolidinium mejoró la acción hipotensora, con reducción de los efectos colaterales del bloqueo simpático. Concluyen los autores que la combinación de reserpina y pentapirrolidinium es el método mejor de tratar la hipertensión grave.

**Terapéutica de la hipertensión con rauwolfia-hidralazina.**—En la mayoría de los enfermos con hipertensión ligera o moderada encuentran una mejoría considerable, y, frecuentemente, también en pacientes con hipertensión grave. Con las dosis que se emplearon en este estudio, sólo se observaron efectos tóxicos en pacientes con hipertensión grave o afectación renal. La administración previa de rauwolfia prevenía en gran parte los efectos secundarios de la administración de la hidralazina, la cual, además, podía ser suministrada a dosis mayores que si se daba sola. Concluyen los autores que la administración de estas dos drogas es de gran utilidad.

**Acciones cardiovasculares del nitroprusiato sódico.**—Se describen ciertas cualidades químicas y farmacológicas del nitroprusiato sódico. Esta droga es barata y fácil de obtener. Es un potente hipotensor cuando se administra por vía intravenosa a pacientes hipertensos. No es más eficaz que el tiocianato sódico, que se forma a partir de ella cuando se administra por vía oral. La infusión prolongada de nitroprusiato sódico ha probado ser muy eficaz en el tratamiento de la encefalopatía hipertensiva.

**Actividad venomotora refleja.**—Los autores estudian la actividad venomotora refleja midiendo la presión en segmentos de venas superficiales. Se acusan fuertes contracciones al experimento de Valsava, al inclinar el cuerpo del sujeto, al exponerlo a reducidas temperaturas y con ejercicios de hiperventilación. Tras la maniobra de Valsava y tras inclinar el cuerpo del sujeto, hay una breve elevación de la presión venosa central. Todo esto puede ser interpretado como la consecuencia de una extensa venoconstricción con desplazamiento central de la sangre. En los individuos con hipotensión postural, estos estímulos provocan poca o ninguna respuesta en la presión venosa periférica central. Esto indica una deficiente actividad venomotora refleja.

### Gastroenterology.

28 - 3 - 1955.

- \* Observaciones experimentales sobre la etiología del carcinoma gástrico. I. Un análisis teórico del problema. A. C. Ivy.
- \* Observaciones experimentales sobre la etiología del carcinoma gástrico. II. El efecto del calor, grasas sobrecaletadas ennegrecidas, colorantes, alimenticios e hidrocarburos carcinógenos sobre la mucosa gástrica. A. C. Ivy.
- \* El problema de la nutrición después de la gastrectomía total. A. H. Johnson, H. J. McCarkle y H. A. Harper. Un cambio aparente de la incidencia del cáncer del estómago. R. S. Boles y W. S. Baum.
- Errores en el diagnóstico del carcinoma gástrico. F. E. Templeton.
- Carcinoma primario del duodeno. P. P. Weincraft.
- Alteraciones degenerativas en la mucosa de los pólipos gástricos artificiales en perros. M. K. Barrett, T. Lefco y W. H. Hansen.
- \* Análisis gástrico sin sonda con un compuesto de recambio de iones con azurite A. H. L. Segal, L. L. Miller y E. J. Plum.
- Comidas de prueba controladas sin sonda. G. Behr y H. Lawrie.
- Incidencia familiar de colitis ulcerosa e ileitis. J. Feisen y W. Wolarsky.
- Notas sobre la función hepática de 1 a 3 decenios después de un episodio de ictericia durante la infancia. L. Zieve y E. Hill.
- \* Amiloidosis del estómago simulando un carcinoma gástrico. B. I. Shnider y F. Burkhardt.
- \* Gastritis eosinofílica infiltrativa primaria, enteritis y peritonitis. Manifestaciones clínicas y anatomopatológicas de hipersensibilidad. J. M. Swarts y J. M. Young.
- Granuloma eosinófilo del estómago. C. S. Judd Jr., W. H. Civin y M. L. McIlkenny.
- Tiempo necesario para el desarrollo de hipertrofia muscular pilórica en un adulto. E. C. Raffensperger.

**Etiología del carcinoma gástrico.**—A juicio del autor, el carcinoma gástrico puede estar determinado exclusivamente por los genes y en ningún modo se relaciona con agentes ambientales externos o internos o el carcinoma gástrico resulta de una susceptibilidad heredada más la acción de un agente o agentes que específica o inespecíficamente irritan las células de la mucosa gástrica para producir la alteración maligna. La evidencia demuestra claramente que la incidencia de carcinoma gástrico está influenciada por el medio ambiente; así, la hipótesis de que el carcinoma gástrico está exclusivamente determinado por los genes y que nada puede hacerse en cuanto a su prevención debe rechazarse por completo. Asimismo demuestra que, aunque los pólipos gástricos pueden experimentar una alteración maligna, ello no ocurre con una frecuencia suficiente para originar la mayoría de los carcinomas gástricos; la heterotopia congénita también se presenta demasiado infrequentemente como para reducir consideración. La gastritis crónica y la úlcera gástrica son las manifestaciones gástricas restantes de una irritación o anormalidad crónicas; ambos procesos que afectan por factores ambientales y la evidencia circunstancial indica que dichos procesos o su causa contribuyen a la génesis del carcinoma gástrico. Concluye que en presencia de células de la mucosa gástrica genéticamente susceptibles a la inducción de un cambio maligno: a) Irritantes inespecíficos pueden provocar una alteración maligna en las células actuando sobre las mismas en el margen de una úlcera gástrica u originando las alteraciones observadas en la gastritis crónica o, b) actúa un carcinógeno gástrico específico sobre las células en la mucosa normal, en el margen de una úlcera o en la mucosa gástrica para iniciar una alteración maligna. Termina diciendo que en vista del volumen del carcinoma gástrico y del problema intimamente relacionado del carcinoma del colon, es urgente una investigación de los irritantes o carcinógenos inespecíficos y específicos.

**Etiología del carcinoma gástrico.**—Siguiendo la línea del trabajo anterior en el que se demostraba que los factores ambientales intervienen indudablemente en la etiología del carcinoma gástrico, los autores han hecho una serie de investigaciones de las que se ocupan en esta comunicación. Declaran que si los irritantes inespecíficos por sí mismos, actuando durante un largo período de tiempo en presencia de una susceptibilidad genética, no provocan un carcinoma gástrico como respuesta a la lesión en adición a una úlcera gástrica crónica y gastritis crónica, entonces hay que llegar a la conclusión de que interviene un carcinógeno específico. Los estudios experimentales hasta la fecha demuestran que la secreción mucosa y el desprendimiento de las células mucosas superficiales de la mucosa gástrica protegen al epitelio de los carcinógenos dietéticos que son insolubles en agua y no pueden penetrar profundamente en las criptas de los túbulos glandulares para afectar a las células primitivas que sirven para preparar y regenerar la mucosa gástrica. Hay sólo dos situaciones en las que el estómago permitiría la puesta en contacto de los carcinógenos insolubles en agua durante un período de

tiempo con las células mucosas primitivas en las criptas de las glándulas; una de ellas es la úlcera gástrica crónica y la otra, la gastritis crónica con intestinalización de las células. Un carcinógeno hidrosoluble podría por absorción penetrar en las criptas de los túbulos glandulares y al tiempo incitar en ellas una alteración maligna. Independientemente de la intervención de irritantes inespecíficos o carcinógenos hidrosolubles o insolubles en agua, la primera alteración morfológicamente definida es la lesión seguida de una hiperplasia inespecífica de las células mucosas; ésta se sigue de una hiperplasia proneoplásica de tipo adenomatoso; a continuación hay evidencia de invasión. Así, en el estómago humano una hiperplasia local de células mucosas debe ser sospechosa como un origen posible del carcinoma. La evidencia experimental y clínica apoya fuertemente el punto de vista de que a menos que exista un carcinógeno hidrosoluble, la prevención de la gastritis y la preventión y tratamiento precoz adecuado de la úlcera gástrica diminuiría notablemente la incidencia de carcinoma gástrico. Añaden que aunque el carcinoma gástrico no ha podido ser reproducido experimentalmente por medios dietéticos, los resultados de los experimentos realizados tienen mucho valor para aclarar el problema en el hombre. A causa de la marcada resistencia de los animales de laboratorio al carcinoma gástrico, todas las sustancias dietéticas que pueden ser sospechosas de irritantes gástricos o carcinógenos, deben inyectarse subcutáneamente en ratas y ratones para determinar si poseen potencia carcinogénica por dicha ruta; deberían también ser tomados por vía oral en concentraciones relativamente altas a causa de que puede existir un carcinógeno dietético específico para la mucosa gástrica y no para el tejido subcutáneo. La grasa sobrecalentada (350° C.), contiene un carcinógeno de bajo grado activo cuando se administra subcutáneamente a las ratas; por esta razón y porque produce gastritis en dichos animales cuando se alimentan con una dieta media durante varios meses, la grasa sobrecalentada debe ser sospechosa de intervenir en la génesis del carcinoma en el estómago del hombre. Por la misma razón, ciertos colorantes alimenticios certificados deben ser también sospechosos. Algunas personas (10 por 100 en su estudio), pueden ingerir bebidas calientes y alimentos a tal temperatura que lesionan el estómago y por esta razón y porque el carcinoma de la piel puede presentarse en la cicatriz de quemaduras curadas, las bebidas y los alimentos calientes deben ser sospechosos. Terminan diciendo que la investigación de los carcinógenos dietéticos revelará indudablemente sustancias dietéticas que contribuyen a la presentación de gastritis crónica en el 80 por 100 de las personas de cuarenta o más años de edad.

**Nutrición después de la gastrectomía total.**—Los autores han realizado estudios clínicos y de laboratorio en 36 enfermos que habían sufrido una gastrectomía total y han experimentado en 116 perros la misma operación. Observan que el tiempo de alimentación está disminuido después de una gastrectomía completa y la cantidad de hidratos de carbono, grasas y proteínas absorbidas es considerablemente menor que lo normal. Hay una tendencia a recuperar cierto peso y mantener una mejor nutrición cuando se mantiene la continuidad del esófago y del duodeno. Esto puede realizarse bien por anastomosis directa del esófago y del duodeno o por una anastomosis isoperistáltica de un segmento del yeyuno o colon entre el esófago y el duodeno. En los sujetos humanos la digestión y la nutrición son mejores en los enfermos que tienen un trasplante segmentario del colon isoperistáltico y este procedimiento es digno de un ensayo ulterior, incluso aunque técnicamente es más difícil de realizar.

**Análisis gástrico sin sonda por medio de un compuesto de recambio de iones con azur A.**—Los autores describen la preparación de un compuesto indicador de cationes contenido azur A como ión exógeno indicador y refieren su empleo en una prueba sin sonda para de-

terminar la acidez gástrica libre. Las pruebas "in vitro" han demostrado que el catión azur A existente en el compuesto puede ser desplazado por los iones hidrógeno que existen en el ácido clorhídrico libre a la concentración del jugo gástrico. Los experimentos in vivo han demostrado que la presencia de acidez clorhídrica libre, su ausencia o una secreción en los límites pueden descubrirse apreciando la alteración de color en la orina después de la administración oral de dos gramos del compuesto azur A.

**Amiloidosis del estómago simulando un carcinoma gástrico.**—Los autores presentan un caso de amiloidosis con macroglosia secundaria a un mieloma múltiple y afectación secundaria del estómago originando una obstrucción pilórica completa. Discuten brevemente los rasgos clínicos y la gran similaridad en la imagen radiológica que presenta con el carcinoma gástrico y terminan subrayando la importancia de investigar la presencia de un mieloma múltiple en todo caso de amiloidosis primaria con macroglosia, hiperglobulinemia, albuminuria (en ausencia de nefrosis) y anemia.

**Gastritis, enteritis y peritonitis eosinófila infiltrativa primaria.**—Los autores describen en detalle dos casos de gastroenteritis eosinófila infiltrativa primaria y un caso de peritonitis eosinófila. Revisan la literatura referente al problema, prestando especial atención a las características clínicas y anatomo-patológicas. Añaden que las manifestaciones clínicas principales son el resultado de la obstrucción si la afectación es principalmente intramural o el acúmulo de líquido en la cavidad peritoneal si se afecta la serosa. Subrayan el hecho de que se trata de expresiones locales de una enfermedad generalizada, que los autores creen consiste en un estado de hipersensibilidad. Existe siempre en algún momento durante el curso de la enfermedad un aumento en el número de los eosinófilos circulantes, así como un aumento de los eosinófilos en la médula ósea, en una enfermedad que se caracteriza crónicamente por remisiones y recidivas espontáneas. Consideran en detalle las características anatomo-patológicas, subrayando las diferencias que existen entre este tipo de lesiones y otras que en el pasado fueron incluidas dentro de ellas incorrectamente. Dan especial relieve a las dificultades diagnósticas de estos procesos y subrayan que aunque el diagnóstico solamente puede establecerse por biopsia, lo cual obliga generalmente a una laparotomía, lo principal es que no debe realizarse nunca una resección.

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

95 - 3 - 1955.

Factores renales en la regulación del balance electrolítico. L. G. Welt.

\* El problema de la hipokalemia. T. S. Danowski.

\* Síndrome hiponatrémico. E. V. Newman.

\* Problemas del balance de electrolitos y agua en el síndrome nefrótico. J. A. Luestcher Jr.  
Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. D. W. Seldin.

Terapéutica con corticoides en las enfermedades oculares. W. Q. Wolfson, J. R. Quinn y W. F. Spearman.

\* Función adrenocortical durante la terapéutica a largo plazo con cortisona. E. W. Fredell, H. P. Johnson, M. A. Krupp, E. P. Engleman y A. K. McGrath.  
Origen de las razas eritromicin-resistentes de estafilococos en las infecciones. R. I. Wise, A. E. Voigt, M. V. Collin y C. L. Cranny.

\* Endocarditis estafilocócica. A. M. Fisher, H. N. Wagner Jr. y R. S. Ross.

\* Ovalocitosis hereditaria (eliptocitosis) con hiperesplenía. H. E. Wilson y M. J. Long.

\* Biopsia renal en la pielonefritis. G. P. Kipnis, G. G. Jackson, F. D. Dallenbach y J. A. Schoenberger.

\* Síndrome de leche-alcalinos. D. A. Scholz y F. R. Keating Jr.

Angioqueratoma corporal difuso universal (Fabry). P. Fessas, M. M. Wintrobe y G. E. Gartwright.

Tratamiento en medicina interna: Tratamiento de las anemias macrocíticas. R. W. Vilter.

**El problema de la hipokalemia.**—Declara el autor que la discusión del problema de la hipokalemia se ha simplificado indicando que la dilución, la transferencia

al interior de las células y las pérdidas externas, todas ellas pueden producir grados comparables de descenso de las cifras de potasio extracelular. El hecho de que sea esporádica la presentación de los factores fisiológicos conocidos que acompañan a la hipokalemia, esto es, las alteraciones electrocardiográficas, las parálisis musculares, la necrosis tisular, el ileo paralítico y las interrelaciones de la hipopotasemia y la hipocalcemia o la intoxificación digitalítica, todas indican que se precisa una nueva definición de los factores condicionantes. Entre tanto, es deseable evitar o corregir los déficits del potasio corporal y del potasio celular en particular, independientemente de las cifras del potasio del suero.

**Síndrome hiponatrémico.**—Subraya el autor que el síndrome hiponatrémico del enfermo cardíaco edematoso está causado primariamente por un fracaso de los mecanismos para el mantenimiento de las proporciones adecuadas de sodio, cloruros, potasio y agua en todos los compartimientos corporales de líquido. Su comienzo puede acelerarse merced a la intervención de las dietas pobres en sodio, los diuréticos mercuriales y una ingestión alta de agua. Los mecanismos que fallan son aquellos que controlan selectivamente la ingestión, fundamentalmente la sed y el apetito, los que controlan las excreciones renales selectivas y los que preservan las estructuras internas de las células. Añaden que realmente no hay solución para el problema y no puede ofrecerse ninguna terapéutica que sea específica siendo el mejor tratamiento el evitar su presentación. Algunos casos son irreversibles y representan en el enfermo con insuficiencia cardíaca una disolución final de los mecanismos para regular la estructura de los líquidos corporales. Termina diciendo que hay otras situaciones hiponatrémicas que no deberían ser confundidas con la anterior, en lo que se refiere a origen y mecanismo.

**Problemas del balance de electrolitos y agua en el síndrome nefrótico.**—Refiere el autor que algunos enfermos con síndrome nefrótico muestran anomalías en la concentración de sodio en el suero, que pueden estar relacionadas con su enfermedad o bien con las medidas terapéuticas encaminadas al control del edema. También pueden presentarse, aunque con mucha menos frecuencia, trastornos del balance del potasio, pero su desarrollo se hace tan rápidamente, llegando a un nivel que origina trastornos neuromusculares y cardíacos. Es por ello, que en el tratamiento de estos estados, sobre todo desde las grandes diuresis que se consiguen con el tratamiento hormonal, deben tenerse presentes las citadas alteraciones, para evitar que la mejoría clínica del enfermo en un sentido se desvirtúe por las consecuencias electrolíticas que tiene la gran diuresis obtenida por dichos medios. Es, pues, necesario tener presentes estas alteraciones para poder, en todo momento, controlar el estado clínico y metabólico del enfermo.

**Función adrenocortical durante la terapéutica mantenida con cortisona.**—Los autores han estudiado 19 enfermos en los que se suprimió la actividad de la corteza suprarrenal mediante el tratamiento continuo con cortisona; ahora bien, la corteza permanecía responsable a la estimulación con ACTH. No saben con seguridad si el grado de supresión funcional se aumentaría al prolongar el período de terapéutica con cortisona. Añaden que debe tenerse presente constantemente la posibilidad de que pueda desarrollarse una incapacidad de la corteza suprarrenal inhibida en su función para responder totalmente a la ACTH, en lo enfermos que están recibiendo continuamente cortisona. En vista de ello en cualquier enfermedad o lesión que constituya un stress debe tenerse en cuenta la necesidad de administrar cantidades adicionales de cortisona exógena. Finalmente declaran que la terapéutica a largo plazo con cortisona no demostró la producción de alteraciones características de la función tiroidea o de los electrolitos del suero.

**Endocarditis estafilocócica.**—Declaran los autores que la alta incidencia de razas de estafilococos resistentes a los antibióticos representa uno de los grandes proble-

mas en la terapéutica de las infecciones estafilocócicas en el momento actual. Despues de evaluar y discutir algunos de los criterios diagnósticos para la endocarditis estafilocócica, los autores revisan los datos correspondientes a 38 casos, de los que 13 se vieron durante el período de cinco años, entre 1948 y 1953 inclusive. En este último grupo la incidencia de gérmenes resistentes a la penicilina fué del 42 por 100 y la supervivencia del grupo del 54 por 100. Añaden que la recuperación no mostró una evidente correlación con la sensibilidad de los estafilococos a la penicilina; pero, sin embargo, parece estar en íntima dependencia con la administración de dosis masivas de dicho agente con eritromicina u otros antibióticos, independientemente de los resultados de las pruebas *in vitro* para la sensibilidad a la penicilina.

**Ovalocitosis hereditaria con hiperesplenía.**—Los autores presentan dos casos de ovalocitosis hereditaria. Estos dos hermanos exhibían una pancitopenia, esplenomegalia e hiperplasia de la médula ósea. A uno de ellos se le hizo una esplenectomía, con lo cual se consiguió la desaparición de la pancitopenia; sin embargo, aparecieron numerosos microbios de diversos tamaños y formas en la sangre periférica. Terminan diciendo que la hipótesis de Björkman de una circulación esplénica separada les parece una explicación plausible del cuadro citológico que precede y sigue a la esplenectomía.

**Biopsia renal en la pielonefritis.**—Los autores han evaluado cuidadosamente a 20 enfermos con infecciones urinarias persistentes o frecuentemente recidivantes, por métodos clínicos y bacteriológicos y algunos de ellos por medio de la biopsia renal y técnicas de aclaramiento renal con respecto a la presencia de pielonefritis crónica. Aproximadamente el total de los enfermos mostraba una anormalidad anatómica conocida que contribuía a la infección urinaria. El cuadro clínico era variable; la mayoría de los enfermos no presentaban síntomas generales sino simplemente disuria, polaquiuria y dolores lumbares. Un enfermo presentó una pielonefritis aguda. Se realizó la biopsia renal en 13 enfermos y el tejido obtenido se utilizó para el estudio histológico y bacteriológico. El aspecto microscópico de las biopsias renales fué en ocasiones normal, pero en otras concordante con la pielonefritis. Los cultivos bacteriológicos del parénquima renal fueron negativos en todos menos en dos de los enfermos. No se encontraron complicaciones. La correlación de la morfología renal y la función del mismo fué relativamente buena y permitió la clasificación de los enfermos con orina infectada en tres categorías, según sigue: 1) Enfermos con morfología y función renales normales, 2) enfermos con alteraciones anatomo-patológicas características de una pielonefritis crónica activa asociada con disminución de la función renal, y 3) enfermos con estructura renal anormal diferente o añadida a la pielonefritis, en ocasiones asociada con una función glomerulo-tubular desproporcionada. El principal defecto funcional observado en los enfermos con una pielonefritis crónica fué una disminución efectiva del flujo pámstico renal; el ritmo de filtración glomerular y la masa tubular estaban reducidas proporcionada e igualmente. En un enfermo con un riñón retráctido, probablemente una pielonefritis curada, se observó un trastorno tubular selectivo.

**Síndrome de leche-alcalinos.**—Los autores revisan los hallazgos clínicos y de laboratorio en ocho casos del llamado síndrome de leche-alcalinos. El síndrome se caracteriza por hipercalcemia, insuficiencia renal y uremia y, ocasionalmente, por alcalosis. El proceso es diferenciable del hiperparatiroidismo primario por la ausencia de hipercaliuria y por la rapidez con la que desaparecen la azotemia e hipercalcemia al suprimir la leche y los antiácidos que contienen alcalinos absorbibles. Finalmente discuten los rasgos de este proceso en cuanto se relacionan con el diagnóstico diferencial de los trastornos del calcio y con el tratamiento de los enfermos que presentan una úlcera duodenal.

## The American Journal of the Medical Sciences.

229 - 4 - 1955.

- \* Efectos de la clorpromazina en trastornos psiquiátricos. I. M. Cohen.
- \* Clorpromazina en el tratamiento del alcoholismo agudo. E. H. Mitchell.
- \* Afectación multivalvular en la cardiopatía reumática con referencia particular a la cirugía cardiaca. J. B. Wallace, L. Lukash y A. A. Angrist.
- La prueba de polimerización en la enfermedad reumática activa. S. Losner y B. W. Volk.
- Valor de la reserpina parenteral en la hipertensión aguda. F. A. Finnerty Jr. y J. G. Sites.
- Possible valor terapéutico de la colecistectomía en la enfermedad de Adams-Stokes. G. A. McLemore Jr. y S. A. Levine.
- Efectos de un bloqueante adrenérgico, regitina, sobre la curva de tolerancia a la glucosa en enfermos con úlcera péptica. M. H. Edwards y T. K. Rathmell.
- Actividad esterasa y lipasa de los leucocitos y hemáticas en salud y enfermedad. E. B. Hardin, W. N. Valentine, J. H. Follette y J. S. Lawrence.
- \* Agammaglobulinemia adquirida con hiperesplenia. Referencia de un caso. R. J. Rohn, R. H. Behnke y W. H. Hond.
- Conferencia clínico-patológica. H. W. Ostrum, P. Gyorgy y J. I. Brody.

**Clorpromazina en psiquiatría.**—Comienza diciendo el autor que la variabilidad en la respuesta clínica y el amplio rango de efectos han hecho difícil la evaluación de la clorpromazina como agente terapéutico en psiquiatría. Desde un punto de vista nosológico, el espectro de esta droga incluyó enfermedades psiquiátricas de todas las clasificaciones; sin embargo, la experiencia en mil casos de procesos psiquiátricos de etiología tanto funcional como orgánica, ha indicado que es más eficaz si hay evidencia de agitación, ansiedad o agresión, independientemente de la entidad diagnóstica específica en que la manifestación pueda aparecer. En aproximadamente el 60 por 100 de los casos se consiguió la mejoría, que varió de grado, desde una simple reducción en la intensidad de los síntomas hasta la aparente resolución completa de la enfermedad; sólo la observación prolongada hará posible determinar si esto último representa una remisión temporal o la curación absoluta. La dosificación necesaria es también muy variable y debe individualizarse, determinándose estrictamente sobre la base de la respuesta clínica. Cree que algunos de los fracasos de la clorpromazina pueden atribuirse al empleo de dosis inadecuadas. En sus casos la dosificación efectiva para los neuróticos osciló entre 200 y 600 miligramos diarios, mientras que los psicóticos precisaron de 400 a 800. Ha podido administrar hasta 2.250 miligramos diarios sin advertir efectos tóxicos. En casi todos los enfermos se presentaron efectos colaterales de una u otra clase, pero sólo raramente exigieron la suspensión de la terapéutica. Los que aparecieron muy precozmente fueron generalmente transitorios y no relacionados con la dosificación, mientras que los que aparecieron tardíamente se debían a que las dosis eran persistentemente muy altas. Ha observado complicaciones por parte de sistemas orgánicos ampliamente disociados, pero todos fueron benignos, a pesar de que inmediatamente presentaban proporciones alarmantes. Aunque se ha referido en la literatura recientemente la presentación de agranulocitosis fatal, el autor no la ha podido observar en sus casos.

**Clorpromazina en el alcoholismo agudo.**—El autor ha cogido 400 casos de alcoholismo agudo y los divide en dos grupos: uno tratado con clorpromazina y el otro con barbitúricos. En el grupo de clorpromazina, administró al comienzo 50 miligramos intramusculares o intravenosos; después da 50 a 100 miligramos orales cada cuatro horas; los enfermos del grupo barbitúrico recibieron inicialmente 250 miligramos intravenosos de secobarbital y 60 miligramos de butobarbital y 100 miligramos de mafenesina cada tres horas hasta el momento de acostarse. De los que recibieron clorpromazina se apreció una leve hipotensión postural en 43 (21 por 100) e hipotensión intensa con síncope en otros siete (3,5 por 100); la hipotensión intensa se controló con éxito descendiendo la dosis de clorpromazina, excepto en un ca-

so en que se trataba de un enfermo cardíaco grave con hígado cirrótico y que murió a los dos días del ingreso. Se observó taquicardia en 22 casos (11 por 100) y el ritmo cardíaco se normalizó al suspender la clorpromazina. Considera que la clorpromazina constituye un elemento terapéutico útil en la detoxificación del alcohólico agudo, habiendo conseguido una sedación efectiva en el 85 por 100 de los 200 casos observados. Con dicha droga se simplificaron los cuidados generales para el enfermo, que se mostraba más susceptible a sugerencias de enfermeras y personal médico, se vieron pocas caídas de la cama, los enfermos retuvieron más pronto los alimentos y, finalmente, en comparación con el grupo de barbitúricos, estuvieron en condiciones de ser dados de alta del hospital en un promedio de veinticuatro horas antes.

**Afectación multivalvular en la cardiopatía reumática.**—En 292 casos autopsiados de cardiopatía reumática, la incidencia de estenosis mitral aislada fué del 58 por 100, la estenosis aórtica aislada del 11 por 100, estenosis mitral y aórtica combinadas del 31 por 100; así, sobre la base de los casos observados por los autores, el 31 por 100 representa el aumento máximo adicional de los enfermos que pueden beneficiarse de la corrección quirúrgica de estas lesiones multivalvulares. Discuten el posible papel de las vegetaciones trombóticas no bacterianas embólicas que se desprenden de las cúspides valvulares y subrayan este aumento potencial en la frecuencia de émbolo durante estas manipulaciones operatorias tan extensas.

**Agammaglobulinemia adquirida con hiperesplenia.**—Los autores presentan un caso de agammaglobulinemia adquirida en el adulto con pancitopenia de origen hiperesplénico. A su juicio la hiperesplenia sería el resultado de una hiperplasia compensadora e hiperfunción de los elementos fagocíticos del sistema reticuloendotelial. La extirpación del bazo ocasionó la normalización de las cifras de plaquetas, granulocitos y hemáticas. Muestran las alteraciones en el patrón electroforético y su respuesta a las inyecciones de dosis diversas de gammaglobulina y sugieren una dosificación intramuscular de 20 centímetros cúbicos de gammaglobulina cada catorce días, como más óptima para el tratamiento de dicho enfermo.

## Annals of Internal Medicine.

42 - 4 - 1955.

- Abebiasis:** Estudios lineares controlados sobre las formas hepáticas no disentéricas y leves en egipcios. H. L. Jones Jr., G. Cassis, T. M. Floyd y N. S. Mansour.
- Clasificación de las reacciones alérgicas. C. J. Sullivan.
- Estudio del volumen total de hemáticas y supervivencia de los eritrocitos utilizando cromo radioactivo en enfermos con tuberculosis pulmonar avanzada. J. W. Hollingsworth y D. R. Hollingsworth.
- \* Tratamiento de la artritis reumatoide con cloruro de hexametonio: Referencia preliminar. W. D. Platt Jr. e I. H. Steinberg.
- Algunas observaciones sobre los sedimentos urinarios telescopados. G. E. Schreiner.
- \* Terapéutica con cortisona de la fiebre hemorrágica epidémica precoz: Referencia preliminar. W. J. Sayer, G. Entwhistle, B. Uyeno y R. C. Bignall.
- \* Origenes de las hemorragias gastrointestinales altas en la cirrosis hepática. A. Dagradi, D. Sanders y S. J. Stempien.
- Feocromocitoma. Referencia de dos casos con reacciones no corrientes y revisión general. C. F. Wingo, J. P. Williams y F. A. Wade.
- Arterias coronarias aberrantes: Experiencias en el diagnóstico con referencia de tres casos. W. C. Swann y S. Werthammer.
- \* Flutter auricular crónico. J. B. Hoffman y M. Pomerance.
- \* Meningitis tuberculosa: La significación diagnóstica y pronóstica de la glucosa y cloruros del líquido cefalorraquídeo. H. W. Gierson y J. I. Marx.
- Tratamiento de las enfermedades inducidas emocionalmente en la práctica médica general por una técnica audiovisual. J. A. Schindler.
- Sarcoma de Kaposi consecutivo a angeitis alérgica. J. T. McGinn, J. J. Ricca y J. F. Currin.
- Trastorno de la tolerancia a la glucosa, una consecuencia del consumo excesivo de carbohidratos. S. Alpert.
- Quilurias: Referencia de un caso y revisión de la literatura. D. W. Johnston.
- Insuficiencia cardíaca de repetición con tamponada debida a derrame pericárdico; mejoría después de la fenestración pleuropericárdica. F. A. Silverstone.

Neuritis periférica como secuela de la asfixia con óxido de carbono. H. Renfert Jr. y A. Drew. Conferencia clínico-patológica. J. F. Kuzman, L. R. Limerzzi, W. W. Spink, W. M. Fowler y J. M. Lubitz. Editorial: Resistencia de los estafilococos a los antibióticos.

**Cloruro de hexametonio en la artritis reumatoide.**—Los autores han tratado con cloruro de hexametonio durante un periodo de dos a nueve meses a 9 enfermos con artritis reumatoide pura y otros tres con artritis reumatoide más artritis hipertrófica. Se observaron 28 respuestas a la terapéutica. Han tratado de modo similar a tres enfermos con espondilitis reumatoide y dos con artritis hipertrófica pura. Consideran que la terapéutica origina una mejoría sintomática en la artritis reumatoide sin alterar el curso de la enfermedad y que los resultados del tratamiento son lo suficientemente alentadores para exigir su empleo ulterior. Finalmente proponen una teoría que compara la artritis reumatoide y las distrofias simpáticas reflejas y ofrece una explicación posible de la respuesta a la terapéutica con hexametonio en la artritis reumatoide.

**Cortisona en la fiebre hemorrágica epidémica precoz.**—Revisan los autores el fundamento para el empleo de cortisona como terapéutica coadyuvante en la fiebre hemorrágica epidémica precoz. Administran lactosa o cortisona a 68 enfermos sospechosos de tener dicha enfermedad sobre la base de los criterios clínicos standard, iniciándose el tratamiento antes de las setenta y dos horas de la enfermedad. La dosis total y la duración de la terapéutica con cortisona en 34 enfermos fué de 1.100 miligramos durante un periodo de cinco días. No se observaron secuelas desfavorables atribuibles a la cortisona y la mayoría de los enfermos así tratados progresaron siguiendo las fases habituales de la enfermedad; además, la mortalidad final de los enfermos tratados con cortisona o lactosa fué esencialmente la misma y, por lo tanto, puede decirse que la cortisona no ejerce un efecto terapéutico específico, pero tampoco una influencia perniciosa en la enfermedad. Sin embargo, se vieron algunos efectos beneficiosos de la cortisona, como una mejoría en el estado clínico tóxico-febril, así como reducciones significativas de la intensidad y duración de la albuminuria y de la uremia; también han apreciado que la insuficiencia renal y el colapso cardiovascular se influencian favorablemente con la terapéutica cortisónica precoz. Los resultados que presentan son interpretados como suficientes para justificar estudios posteriores sobre los efectos de la cortisona cuando se administra precozmente en el curso de la fiebre hemorrágica epidémica.

**Origen de la hemorragia gastrointestinal alta en la cirrosis hepática.**—Señalan los autores que los orígenes más frecuentes de hemorragia gastrointestinal alta en la cirrosis hepática son las varices esofágicas, la gastritis hemorrágica y la úlcera duodenal. La gastritis hemorrágica tiene una frecuencia casi igual a la de las varices como causa frecuente de hemorragia en la cirrosis hepática. Añaden que el diagnóstico diferencial de las hemorragias en la cirrosis del hígado debe incluir todas las lesiones hemorrágicas habituales de enfermos no cirróticos además de las varices esofágicas y gástricas y terminan diciendo que la esofagoscopia y la gastroscopia son las más importantes para el estudio diagnóstico de la hemorragia gastrointestinal alta en la cirrosis del hígado.

**Flúutter auricular crónico.**—Revisan los autores la literatura sobre el flúutter auricular crónico (persistente) y presentan casos con esta alteración. Recalcan la rareza de los casos referidos en la literatura y la escasez de información sobre el problema. Una de las razones para la rareza de casos de flúutter auricular es que con frecuencia se confunde el diagnóstico; cuando hay un grado variable de bloqueo cardíaco, la fibrilación auricular puede diagnosticarse clínicamente e incluso electrocardiográficamente. Cuando el ritmo ventricular es lento y regular, la impresión clínica puede ser la de un

ritmo sinusal regular. Por medio del electrocardiograma particularmente con la llamada derivación auricular se encubren casos de flúutter crónico que quedan enmascarados bajo otros diagnósticos. Es importante saber si la persistencia del flúutter auricular favorece el desarrollo de insuficiencia cardiaca congestiva y complicaciones tromboembólicas, pero todavía no hay datos utilizables para sacar conclusiones satisfactorias. En sus casos, tres enfermos murieron súbitamente y el examen post-mortem en uno de ellos no mostró evidencia de tromboembolia; un enfermo con flúutter auricular grosero ha podido seguir trabajando durante ocho años a pesar de una historia previa de insuficiencia congestiva y tromboembolias. Todavía está sin determinar el tratamiento ideal del flúutter auricular crónico; en los enfermos sin cardiopatía orgánica debe hacerse un intento para restaurar el ritmo sinusual regular, como se ha sugerido para la fibrilación auricular; esto constituye un fin generalmente no obtenible y en la mayoría de los casos es necesario tratar individualmente a cada enfermo y no por una fórmula general.

**Significación diagnóstica y pronóstica de la glucosa y cloruros del líquido cefalorraquídeo en la meningitis tuberculosa.**—Los autores han analizado 231 casos de meningitis tuberculosa observados en el Los Angeles County General Hospital para averiguar la significación diagnóstica y pronóstica del azúcar y de los cloruros en el líquido cefalorraquídeo. En la mayoría de los casos había un descenso de dichos dos factores, pero en un número significativo de casos uno y otro eran normales en el momento del examen inicial y permanecieron así durante el periodo diagnóstico. En sus casos la glucorraquia no reflejó la meningitis tuberculosa más a menudo que la cifra de cloruros. Así, pues, ni la glucosa ni los cloruros proporcionan un índice pronóstico sensible, pero de los dos, encuentran que los cloruros son algo más dignos de confianza. Recomiendan, por lo tanto, que la determinación de los cloruros debe formar parte del análisis habitual del líquido cefalorraquídeo en la meningitis tuberculosa.

### Surgery, Gynecology and Obstetrics.

101 - 1 - 1955.

- Valoración clínica preliminar del Hypaque en la urografía descendente. R. M. Lowman, H. Shapiro, A. Lin, L. Davis, F. E. Korn y H. R. Newman.
- Venografía y cirugía del síndrome prostflebitico. G. F. Johnson.
- La fractura intertrocantérica inconstante. R. H. Cram.
- Estudios de cuatro años respecto al uso de los antoinjertos experimentales de vena cava usados para corregir defectos aórticos. R. A. Nabatoff, A. S. W. Touroff y M. Gross.
- Tratamiento del linfedema. W. T. Foley.
- Estudios de los aminoácidos y aminoconjugados plasmáticos en enfermos con graves heridas de guerra. S. M. Levenson, J. M. Howard y H. Rosen.
- Valoración postoperatoria de tres a siete años de 76 enfermos con hipertensión grave tratada mediante simpatectomía toracolumbar. H. A. Zintel, A. M. Sellers, W. A. Jeffers, J. A. Mackie, J. H. Hafkenschiel y M. A. Lindauer.
- Estudio de diez años del carcinoma esofágico. D. P. Shedd, L. G. Crwoley y G. E. Lindskog.
- Títulos de gonadotropina en embarazos patológicos. E. H. Hon y J. McL. Morris.
- Tromboflebitis de las venas superficiales de la mama y pared anterior del tórax. (Enfermedad de Mondor). J. H. Farrow.
- Patogenia y tratamiento del megalococon adquirido. A. Raia. Indicaciones y resultados de la prostatectomía repropública. O. A. Nelson.
- Hemorragia, necrosis y formación de quistes en la glándula tiroides. N. Johnson.
- Quemaduras térmicas en el hombre-V. Volumen cardiaco durante el tratamiento precoz. J. D. Hardy, W. A. Neely, F. C. Wilson, J. R. Lovelace y E. Jabbour.
- Pronóstico de las boranquectasias después de la resección quirúrgica. R. L. Ginsberg, J. C. Cooley, A. M. Olsen, J. W. Kirklin y O. T. Clagett.

**Venografía y cirugía del síndrome postflebitico.**—Cree el autor que es sumamente interesante la venografía preoperatoria en estos casos de extremidades con síndrome postflebitico ya que la visualización de las venas

puede originar al cirujano hacia el tipo y localización de intervención necesaria o, por el contrario, determinarla al tratamiento conservador de estos casos crónicos.

**Tratamiento del linfedema.**—El uso fisiológico de la fuerza de la gravedad, compresión, masaje y deshidratación es de gran valor para reducir el edema de los brazos debido a interferencia quirúrgica con los linfáticos y el edema de las piernas debido a linfedema precoz, así como para mantener tal mejoría durante muchos años. La hialuronidasa en dosis muy altas repetidamente inyectadas no consiguen la reducción del edema, así como tampoco las suturas enclavadas en el tejido celular subcutáneo y extendidas desde las regiones edematosas a áreas normales.

**Hipertensión tratada mediante simpatectomía toracolumbar.**—76 enfermos con hipertensión esencial grave fueron sometidos a esta intervención, haciéndose una valoración de los resultados obtenidos mediante la determinación de niveles de presión arterial, ECG., tamaño cardiaco, retinopatía, función renal, cefalea, angor pectoris, accidentes vasculares cerebrales, asistolia congestiva, hipotensión postural y necesidad de un tratamiento adicional, médico o quirúrgico. La mortalidad operatoria fué de 0,65 por 100 y la postoperatoria durante tres-siete años fué del 30 por 100. La contraindicación más importante de la operación es la baja función renal. Entre los 53 supervivientes, ha mejorado la asistolia en 88 por 100 y el angor pectoris y la cefalea en el 93 por 100. No es frecuente la mejoría progresiva de la función renal y no ha aparecido la mejoría definitiva de dicha función. Los datos de supervivencia indican que este tipo de operación alargan la supervivencia por encima de lo obtenido con métodos no operatorios de tratamiento.

**Enfermedad de Mondor.**—Se describe la aparición de tromboflebitis de las venas superficiales de la mama y paredes anterior y lateral del tórax en 43 enfermos, un varón y 42 hembras. En cuatro casos surgió después de un traumatismo, en otro tras una úlcera de la piel y postoperatoriamente en otros 14. No se determinó la etiología en 24, aunque parece que la existencia de masas grandes y péndulas en mujeres de edad media son particularmente favorables para su aparición. No se observa relación aparente con lesiones benignas o malignas de la mama. Los síntomas principales, el dolor y tensión locales son muy ligeros o faltan. El vaso trombofleítico aparece como un cordón tenso y firme y su elevación produce una deformidad con retracción de la piel que a veces puede inducir a confusión con el cáncer de mama. Se puede hacer biopsia en casos dudosos, pero generalmente los hallazgos físicos son suficientes para hacer el diagnóstico. Rara vez se precisa tratamiento activo, pues la tromboflebitis suele desaparecer espontáneamente y sin recurrencias, complicaciones ni deformidad.

**Megacolon adquirido.**—Esta afección está muy extendida en el Brasil, creyendo el autor que la explicación etiológica más plausible se hace sobre la base de una deficiente nutrición, lo más probable una avitamínosis B, crónica, pensando que la patogenia puede explicarse por una modificación de la teoría de Hurst de la achalasia. Existe un asincronismo entre los movimientos peristálticos del colon y el segmento terminal del sigma y recto que originan un estasis fecal. Se han revisado dos procedimientos quirúrgicos de tratamiento, la esfinterectomía y la rectosigmoidectomía, pareciendo que el mejor es el segundo, practicado en 2 ó 3 tiempos, según la técnica de Swenson. Se resalta que después de la intervención el enfermo debe recibir un suplemento adecuado de vitaminas para evitar el desarrollo de lesiones del plexo mesentérico que puede causar una recurrencia del megacolon.

## The Journal of the American Medical Association.

157 - 14 - 2 de abril de 1955.

- \* Naturaleza de la fibrilación auricular espontánea en el hombre. M. Prinzmetal, L. Rakita, J.-L. Borduas, E. Flamm y A. Goldman.
- \* Localización de lesiones intracraneales por la exploración con arsénico emisor de positrones. W. H. Sweet y G. L. Brownell.
- Empleo terapéutico del frío. W. Bierman.
- Drogas utilizadas en el tratamiento de enfermos con epilepsia de petit mal. F. T. Zimmerman y B. B. Burge-meister.
- Traumatismo de la columna. G. J. Garceau.
- El accidente cerebrovascular leve. W. C. Alvarez.
- Síntomas nasales persistentes en niños. S. H. Sanders.
- Un estudio clínico comparativo de varios enemas. S. G. Page Jr., C. R. Riley y H. B. Haag.
- Paraplegia consecutiva a cifoescoliosis intensa. P. C. Bu-  
cy y H. Gokay.
- Fisiología y funciones de los leucocitos. J. S. Lawrence.

**Naturaleza de la fibrilación auricular.**—Señalan los autores que el mecanismo de la fibrilación auricular según se presenta en el hombre puede determinarse estudiando las aurículas fibrilantes expuestas de los enfermos. Las derivaciones directas y la cinematografía en color con alta velocidad han sido los métodos registradores de las aurículas de 15 enfermos con fibrilación auricular espontánea antes de la comisurotomía mitral. Estos métodos directos de observación revelaron un trastorno caótico de la actividad auricular totalmente distinto de lo que se observa durante otras arritmias. La fibrilación consistía en ondas heterorrítmicas grandes y pequeñas presentadas simultáneamente a ritmos rápidos e irregulares; no se encontró el movimiento circular en las aurículas fibrilantes de los 15 enfermos. Hacen una comparación entre la fibrilación auricular, el flúter, la taquicardia, los extrasístoles y el ritmo si-nusal en el hombre. En el ritmo normal, así como en todas las arritmias auriculares, excepto la fibrilación, las ondas eléctricas y mecánicas siguen un curso ordenado desde su punto de origen a las extremidades de las aurículas. La fibrilación auricular representa una rotura completa de esta actividad ordenada y la naturaleza de la despolarización y contracción en las aurículas fibrilantes es totalmente diferente de lo que ocurre en el ritmo normal o en las arritmias lentas. La fibrilación auricular en el hombre comienza generalmente con un episodio de flúter o con un sólo extrasistole; si la fibrilación se precede de flúter, puede atribuirse a una rotura de la actividad ordenada, que ocurre cuando un foco ectópico descarga impulsos tan rápidamente que la aurícula no puede responder de manera coordinada: el ritmo al cual se produce esta rotura lo denominan como el "umbral de fibrilación". La fibrilación puede comenzar después de un extrasistole si las aurículas están ya trastornadas e irritables, como las personas de edad avanzada, y en aquellos con hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca o tono neurógeno anormal; en estos casos, el extrasistole, presentándose durante el período vulnerable del ciclo cardíaco, precipita presumiblemente una rotura completa de la actividad ordenada. La frecuente presentación de fibrilación inexplicada en personas de edad avanzada sugiere que la tendencia a mantener la actividad auricular ordenada puede disminuir con la edad; la fibrilación se desarrolla, así, en los enfermos de edad avanzada, sin cardiopatía orgánica ni otros procesos específicos etiológicos, mientras que raramente se presenta en personas jóvenes, incluso en presencia de factores profibrilares. Aunque la fibrilación auricular se presenta generalmente en relación con una cardiopatía orgánica, es también una complicación habitual de trastornos funcionales como tirotoxicosis o tono neurógeno anormal; estos diversos procesos pueden dar origen a tipos diferentes de focos auriculares ectópicos, cada uno de los cuales es capaz de producir la fibrilación. Parece improbable que la gran variedad de trastornos profibrilatorios puedan inicialmente circular movimientos autoperpetuos que requieran una combinación específica de circunstancias relacionadas con el estado del miocardio, la longitud de la vía circulatoria, el período refractario, la velocidad de conducción

y las ondas hijas. Para la perpetuación de la fibrilación auricular es esencial que exista un foco ectópico de descargas rápidas, al menos en algunos enfermos. La quinidina lentifica gradualmente el ritmo de la descarga del foco, revertiendo por lo tanto el proceso de rotura que caracteriza el comienzo de la fibrilación; las ondas ordenadas del flutter sustituyen a la actividad fibrilar desorganizada conforme el ritmo desciende por debajo del umbral de fibrilación y aparece el ritmo sinususal normal cuando el foco se hace finalmente inactivo. Esta secuencia de hechos puede observarse en la mayoría de los enfermos durante la terminación inducida por la quinidina de la fibrilación si se registran los electrocardiogramas a intervalos frecuentes. Observaciones clínicas y farmacológicas recientes se muestran incompatibles con la teoría de que las drogas antiarrítmicas cierran el punto excitables de una vía circular y parece más verosímil que las drogas detienen o lentifican las arritmias auriculares deprimiendo un foco ectópico. Los ritmos normales reaparecen si se inactiva el foco; la lentificación del ritmo auricular es la consecuencia de la disminución del ritmo de descarga a partir del foco. La quinidina y procaínamida parecen deprimir los focos ectópicos aumentando el umbral de excitabilidad o lentificando el período refractario. Esta teoría puede ser también aplicable a las arritmias de origen ventricular. La acción antiarrítmica de las drogas en el hombre puede explicarse más sencilla y racionalmente y más en concordancia con la teoría del foco ectópico que por la del movimiento circular.

**Localización de las lesiones intracraneales por medio de arsénico emisor de positrones.**—Los autores por medio de una técnica para el registro automático de la cabeza después de la inyección intravenosa de  $\text{As}^{74}$ , emisor de positrones en forma de sal sódica, obtienen simultáneamente dos tipos de datos, que han denominado positrocefalograma y asimetrogammaagrama. Sus ventajas son la ausencia de molestias, no ser perjudicial y su sencillez: los datos indican automáticamente y su preparación e interpretación requieren sólo pocos minutos. Además, la localización en el plano sagital es más precisa que la que se puede obtener cuando sólo se cuenta la radiación gamma total. De esta forma, guian correctamente al cirujano para la exposición, eliminando la necesidad de una arteriografía o neumoencefalografía en un crecido número de casos. En cuanto a su exactitud, encuentran aproximadamente el 75 por 100 para los tumores y 83 por 100 para los abscesos. Sólo el 17 por 100 de los enfermos con trombosis o hemorragia cerebral tenían registros anormales.

**Drogas en el petit mal.**—Con el fin de asegurar una valoración seriada de las drogas para enfermos idénticos con petit mal, los autores han introducido una variedad de drogas y placebos como criterios de eficacia rotando sistemáticamente el orden de las drogas. Los resultados indican que todas las drogas administradas tenían una buena acción anticonvulsivante si se utilizaba para valorar los hallazgos un amplio rango en el grado de control de los ataques (5 a 100 por 100). Si como criterio de éxito se introduce el alto standard en la reducción de ataques, tal como el control práctico (un mínimo de 80 a 99 por 100), entonces el PM 396 y la trimetadiona son evidentemente las drogas de elección. En un largo período de tratamiento de dos años no se vieron diferencias en el ritmo de ataques semanales si las drogas se dieron en orden directo o inverso y en ambos grupos se redujeron los ataques por semana casi al 50 por 100 al final del experimento; sin embargo, el orden de las drogas era importante durante intervalos leves de tiempo. Sus hallazgos sugieren que los medicamentos subsiguientes tienden a mostrar un nivel igual o más alto de control de los ataques después de una droga eficaz y se confirma lo señalado por otros autores. Utilizando una dosis standard en todos los casos, han introducido un nivel de dosificación adecuado para la trimetadiona, fenobarbital, PM 396 y PM 449; pero no se vieron resultados favorables con el milontin, en el que se precisa óptimamente una dosis media más alta. No se

observaron fenómenos tóxicos serios con cualquiera de las drogas y los hallazgos hematológicos y urinarios continuaron en límites normales. Tratando estadísticamente sus datos y fraccionando los resultados en categorías a juzgar por el grado de control, han hecho intentos para demostrar la ventaja de la especificidad en la definición para juzgar la eficacia de la medicación para referir los resultados en conjunto. Sus hallazgos puntualizan también la necesidad de una revisión periódica sobre la base de un largo intervalo de tiempo, de forma que pueda obtenerse una mayor exactitud en relación con el valor relativo de la medicación para los enfermos con petit mal independientemente de su tipo.

157 - 15 - 9 de abril de 1955.

- Correlación del tamaño del campo y dosis cancerígena en la radioterapia del cáncer cutáneo. K. D. A. Allen y J. H. Freed.  
 Tratamiento de los estados psicóticos con clorpromazina. D. Goldman.  
 Solución de clorofila en la desodorización del carcinoma avanzado de la cabeza y cuello. A. H. Kutscher, R. Ranckow, J. D. Piro, E. V. Zegarelli y N. W. Chilton.  
 Torticolis neonatal. W. B. Kiesewetter, P. K. Nelson, S. Palladino y C. E. Koop.  
 \* Ictericia causada por clorpromazina. L. R. Loftus, K. A. Huizinga, M. H. Stauffer, H. P. Rome y J. C. Cain.  
 Investigación pediátrica en la edad del hombre común y el niño excepcional. C. A. Janeway.  
 Factores psicológicos en hombres que exhiben transformación del sexo. F. G. Worden y J. T. Marsh.  
 Clorpromazina en el tratamiento de los niños malajustados emocionalmente. R. L. Gatski.  
 \* Empleo de la fludrocortisona en dermatosis. R. C. V. Robinson.

**Ictericia por clorpromazina.**—Los autores han observado cuatro enfermos en los que produjo una ictericia durante la terapéutica con clorpromazina. En uno de los casos se realizó la biopsia hepática. Los hallazgos clínicos, de laboratorio e histológicos son similares a los que se presentan en la ictericia como consecuencia del tratamiento con metiltestosterona. Llaman la atención sobre dicho fenómeno, subrayando que se tenga presente antes de someter a la terapéutica quirúrgica un enfermo en el que aparece la ictericia durante la terapéutica con clorpromazina.

**Fludrocortisona en las dermatosis.**—Señala el autor que en un estudio preliminar de 96 enfermos con diversas dermatosis, tratadas localmente con ungüentos o lociones de fludrocortisona, encuentra que esta droga origina una respuesta terapéutica adecuada a concentraciones tan bajas como 0,1 por 100. Administrada generalmente a los enfermos, en los que se restringió la ingestión de sodio y se administró potasio suplementario, no se presentaron síntomas tóxicos atribuibles directamente a la droga durante un período de diez a quince días. Observa que la fludrocortisona tiene una potencia terapéutica veinticinco veces superior a la de la cortisona.

157 - 16 - 16 de abril de 1955.

- \* Intoxicación por ácido cítrico. J. P. Bunker, J. B. Stettson, R. C. Coe, H. C. Grillo y A. J. Murphy.  
 \* Comisurotomía transventricular en la estenosis aórtica. W. Likoff, D. Berkowitz, C. Denton, H. Goldberg y A. Reale.  
 \* Mecanismo de la albuminaria postural. T. Greiner y J. P. Henry.  
 Psiquiatría y el futuro de la instrucción médica. F. J. Braceland.  
 El arte de los cuidados médicos. L. P. Leone.  
 Reducción efectiva de las muertes semanales innecesarias en hospitales. H. N. Nundesen.  
 Desarrollos de la analgesia después de un siglo de anestesia. J. S. Lundy.  
 \* Feocromocitoma enmascarado como preelampsia. L. Wallace y J. D. McCrary.  
 \* Gran hematuria como síntoma de presentación de una mononucleosis infecciosa. D. C. Lindsey y W. P. Chishman Jr.

**Intoxicación por ácido cítrico.**—Los autores han medido en el suero el citrato, calcio, proteínas totales, magnesio y potasio en 130 enfermos durante la transfusión de volúmenes moderados o grandes de sangre citratada. En algunos casos se vieron elevaciones marcadas en la

cifra de citrato del suero, suficientes para deprimir intensamente el nivel de calcio ionizado. Se observaron concentraciones muy altas de citrato durante transfusiones múltiples en enfermos con hepatopatías u obstrucción mecánica de la circulación hepática y en todos los enfermos, con o sin hepatopatía, durante infusiones extremadamente rápidas o prolongadas de sangre o plasma citratados. Las sales cárnicas administradas por vía intravenosa no fueron muy satisfactorias en el tratamiento de los enfermos con intoxicación por el ácido cítrico y sugieren que debe evitarse la sangre citratada en aquellos casos donde existe el peligro de una intoxicación por ácido cítrico. Parecen ser más útiles otros preparados como la sangre decalcificada recogida por el paso a través de una resina de cambio de cationes y los hematies concentrados o resuspendidos.

**Comisurotomía transventricular en la estenosis aórtica.**—Los autores han tratado quirúrgicamente y seguido durante tres a veinte meses después de la operación a 79 enfermos con estenosis aórtica. La mortalidad operatoria aumentó en presencia de insuficiencia aórtica significativa, edad superior a cincuenta años, mal estado funcional y angina pectoris. Se observó una notable mejoría en los síntomas clave de fatigabilidad, disnea y angina, al compararlo con el estado crónico de incapacidad que existía durante el tratamiento médico persistente. Creen que la evaluación de los síntomas clínicos sigue siendo un medio importante de determinar la mejoría después de la comisurotomía aórtica. Las exploraciones clínicas se acompañaron de modificaciones en los trazados de la arteria braquial y de los hallazgos auscultatorios, sugiriendo la mejoría en la función valvular.

**Mecanismo de la albuminuria postural.**—Los autores provocan albuminuria en seis hombres normales al exponerlos a una temperatura ambiente de 50° C. almacenando sangre en los brazos y piernas o utilizando una flexión de la cabeza de 70°. A la albuminuria acompaña una oliguria, pero no descendió la presión arterial media. No se produjo la albuminuria con el mismo calor por la lordosis en posición tumbada con su aumento consiguiente en la presión venosa normal o por la inclinación 70° si las piernas eran presionadas mecánicamente para impedir el estancamiento de la sangre. Sugieren que la albuminuria postural depende de una vasoconstricción renal, iniciada reflejamente por un descenso en el contenido en sangre de las viscera torácicas.

**Feocromocitoma presentado como preeclampsia.**—Los autores presentan un caso de feocromocitoma presentado durante el embarazo y es el primer caso de la literatura en el que tuvieron lugar tres embarazos normales en presencia de dicho tumor. La sintomatología era sugestiva de eclampsia y fué estudiada bajo este diagnóstico. Aceptan una posible relación entre el embarazo y la actividad del feocromocitoma. Terminan diciendo que la importancia de descubrir la existencia del feocromocitoma tiene gran importancia, puesto que su extirpación puede conducir a la curación definitiva.

**Hematuria como síntoma de presentación de la mononucleosis infecciosa.**—Comienzan diciendo los autores que una hematuria grande puede ser el rasgo fundamental en el curso clínico de la mononucleosis infecciosa. Así, es posible confundir este proceso con una glomerulonefritis aguda, pero la diferencia reside en que los hallazgos urinarios anormales y la elevación de la presión persisten durante un mayor período de tiempo en este último proceso; la urea en sangre está generalmente aumentada y hay cierto grado de oliguria y anuria en la glomerulonefritis, pero faltan en la mononucleosis infecciosa. La diferenciación de las dos enfermedades es importante, puesto que la glomerulonefritis requiere una gran convalecencia y exige un pronóstico reservado, mientras que en la mononucleosis infecciosa el pronóstico es bueno y la convalecencia muy breve. Refieren la historia y los datos clínicos de una niña de

dieciocho años con mononucleosis infecciosa cuya manifestación primordial fué la presentación de una gran hematuria.

157 - 17 - 23 de abril de 1955.

- \* Rasgos clínicos, anatomía patológica y terapéutica de la hemocromatosis. M. S. Kleckner Jr., R. M. Kark, L. A. Baker, A. Z. Chapman, E. Koplan y T. J. Moore. Problemas no resueltos en el estudio y control de las enfermedades microbianas. R. J. Dubos.
- \* Terapéutica de la hiperplasia suprarrenal virilizante con acetato de hidrocortisona: Exito de la terapéutica con inyecciones intramusculares no frecuentes. A. Segaloff, D. Gordon y B. N. Horwitt. Responsabilidades de la medicina militar. H. G. Moseley. Situación de vida, patrones de conducta y eliminación renal de líquidos y electrolitos. W.W. Schottstaedt, W. J. Grace y H. G. Wolff. Carcinoma metastásico del ombligo. H. M. Schiebel, H. De H. Cleaver y J. S. Jackson. Prevención de la colección subcutánea de líquidos postoperatoria por aspiración. J. E. Connolly. Vendajes para heridas con curación retardada. P. J. Burnham.

**Hemocromatosis.**—Señalan los autores que hay 3 tipos de hemocromatosis, esto es, hemocromatosis primaria, hemocromatosis heredofamiliar y hemocromatosis asociada a anemia refractaria crónica. El mejor medio para confirmar un diagnóstico de hemocromatosis es la punición biopsica del hígado. Las hemocromatosis primaria y heredofamiliar se caracterizan por el desarrollo de signos y síntomas en el quinto o sexto decenios de la vida, predominio en el hombre, cirrosis del hígado, diabetes mellitus, pigmentación de la piel y manifestaciones diversas de hipoplasia sexual. Las posibilidades de vida se evalúan en aproximadamente cuatro años y la muerte se debe con la mayor frecuencia a insuficiencia hepática o asistolia congestiva. La hemocromatosis asociada con una anemia crónica refractaria se caracteriza por su aparición en adultos jóvenes en los que se ha hecho un diagnóstico de anemia; las mujeres se afectan más frecuentemente y las posibilidades de vida están en unos cinco años, produciéndose la muerte por insuficiencia cardíaca congestiva más comúnmente. Los datos de laboratorio en los tres tipos de hemocromatosis demuestran sólo una evidencia ligera de disfunción hepática o pancreática en el curso clínico de la enfermedad. Las complicaciones corrientes de la hemocromatosis son el hepatoma, varices esofágicas y bronconeumonía. La hemocromatosis se caracteriza anatomicamente por un tipo específico de cirrosis hepática, atrofia del páncreas, pigmentación de la piel, melanosis de las viscera abdominales y la presencia de cantidades abundantes de hierro en el hígado, páncreas, sistema reticuloendotelial, miocardio, glándulas gástricas y todas las glándulas endocrinas. El tratamiento de las hemocromatosis primaria y heredofamiliar consiste en la terapéutica dietética de la cirrosis, tratamiento de la diabetes mellitus y flebotomías masivas múltiples. En el tratamiento de la hemocromatosis asociada con anemia refractaria crónica en lugar de las flebotomías se emplearán transfusiones múltiples de sangre.

**Hidrocortisona en la hiperplasia suprarrenal virilizante.**—Los autores comunican el tratamiento de 5 casos con hiperplasia virilizante suprarrenal con hidrocortisona. Basados en que administrado el acetato de hidrocortisona por vía intramuscular se absorbe muy lentamente del sitio de la inyección, los autores han utilizado la vía intramuscular en lugar de la vía oral, pero administrando la hormona en cantidades de 250 miligramos una vez a la semana. Los efectos obtenidos con este método son muy notables y una vez conseguida la remisión clínica y de laboratorio las inyecciones pueden espaciarse con intervalos más amplios.

157 - 18 - 30 de abril de 1955.

- Papel de la escuela médica en la América industrial. W. Darley.
- Jalones de la industria en la educación médica. R. E. Wilson.
- Medicina en la industria. H. A. Vonachen.
- \* Estudio clínico de una nueva droga tranquilizante. L. S. Selling.

- \* Estudio del efecto del Miltown (2-metil-2-N-propil-1, 3-propanediol dicarbamato) sobre estados psiquiátricos. J. C. Borrus.
- Diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial idiopática (parálisis de Bell). F. B. Moor.
- El médico y la librería médica. E. J. Pulaski y E. Brodmann.
- Libertad y progreso en la instrucción e investigación médica a mediados del siglo XX. H. W. Wolzman.
- Lesión nodular pulmonar. J. F. Higginson y D. B. Hinsaw.
- Control de las jeringas de insulina. D. E. Yochem.
- \* Tratamiento del herpes zóster con gamma globulina. I. I. Weintraub.

**Estudio clínico sobre una nueva droga tranquilizante (Miltown).**—Señala el autor que el Miltown (2-metil-2-N-propil-1, 3-propanediol dicarbamato) es un depresor del sistema nervioso central práctico, seguro y clínicamente útil, que no provoca hábito. El Miltown tiene su mayor valor en la llamada aneurosis de ansiedad, especialmente cuando su síntoma primario es la tensión. También es útil para colocar a los alcohólicos en estado sereno después de haberse completado la supresión y además tiene mucho valor para realizar la supresión con un mínimo de molestias. Asimismo se han obtenido resultados favorables en procesos neurológicos de la piel, en el desconfort abdominal y en diversas clases de cefalea. El Miltown es un hipnótico eficaz y tiene algunas ventajas sobre los sedantes convencionales excepto en los enfermos psicóticos. Relaja al enfermo para el sueño natural más bien que le esfuerza al sueño.

**Efectos del Miltown en estados psiquiátricos.**—El autor declara que el Miltown ha demostrado ser más efectivo en los estados de ansiedad y tensión, reduciendo la tensión, disminuyendo la irritabilidad y la inquietud, provocando un sueño más reposado y una relajación muscular generalizada. Es menos eficaz en las psicosis, aunque puede ser de valor y es ciertamente digno de ensayo en esquizofrénicos ambulatorios. Asimismo ofrece promesas en cuanto a la investigación ulterior en enfermedades como la epilepsia y el Parkinson. En el 68 por 100 de todos los casos estudiados y en el 78 por 100 de los estados de ansiedad se vieron resultados favorables en términos de mejoría de los síntomas y retorno a una productividad social. La ausencia de toxicidad, tanto subjetiva como objetivamente, es un rasgo importante en favor del Miltown y además no presenta fenómenos de supresión al suspender la terapéutica, tanto si se hace rápida como lentamente.

**Gamma globulina en el herpes zóster.**—El autor ha empleado gamma globulina para el tratamiento de seis enfermos con herpes zóster. Con la excepción de un enfermo, al que se dió una dosis inicial de 20 c. c. de gamma globulina, todos los demás recibieron 10 c. c. por vía intramuscular, continuándose con 5 c. c. un día sí y otro no hasta que cesó el dolor y las vesículas comenzaron a desaparecer. En cuatro de los seis enfermos se consiguió una dramática mejoría del dolor en las primeras veinticuatro horas y no se vieron progresar las lesiones cutáneas. En todos los casos desapareció el halo rojo inflamatorio después de la primera inyección. La curación completa de las lesiones cutáneas progresó en la forma habitual y exigió de una a tres semanas. El ritmo de curación de las lesiones superficiales varió con la duración de las lesiones antes de la primera inyección de gamma globulina. En un caso con neuralgia postherpética el enfermo no se modificó. No se observaron complicaciones o secuelas.

### The Journal of Clinical Investigation.

34 - 2 - 1955.

- Relación de la grasa neutra con la lactescencia del suero. M. J. Albrink y colaboradores.
- \* Tolerancia al amoniaco en las enfermedades hepáticas: observaciones basadas en la cateterización de las venas hepáticas. Sheila Serlock y colaboradores.
- Infusión intravenosa de principio fibrinolítico estreptocócico (estreptoquinasa) en pacientes. W. S. Tillett y colaboradores.
- La captación y unión del yodo, funciones del tiroides. S. A. Berson.

- \* Neutralización de ácidos infundidos en perros nefrectomizados. R. C. Swan y colaboradores.
- Comparación de la presión tomada en una vena hepática por cateterismo y la presión portal en sujetos con cirrosis. T. B. Reynolds y colaboradores.
- Transferencia humana de sensibilidad cutánea retardada a la sustancia M estreptocócica y a la tuberculina con leucocitos destruidos. H. S. Lawrence.
- Respuesta extrarrenal a trastornos agudos del equilibrio ácido-base de origen respiratorio. G. Giebisch y colaboradores.
- Regulación fisiológica y farmacológica de la concentración de electrolitos en saliva humana; con discusión de la concentración electrolítica en otras secreciones. A. G. White y colaboradores.
- Efecto de la fenilbutazona en el metabolismo del ácido úrico de dos sujetos normales. J. B. Wyngaarden.
- Concentración de la betaglucoronidasa en líquido sinovial anormal humano. R. F. Jacox y colaboradores.
- \* Respuesta renal a la acidosis respiratoria crónica. W. J. Sullivan y colaboradores.
- Efecto de una dosis única de acetazolamida en enfermedad renal. M. Kayne.
- Metabolitos alfa-cetónicos urinarios procedentes hormonas corticales administradas a sujetos con insuficiencia cortical. E. M. Richardson.
- \* Trastornos del metabolismo de la cistina en enfermedades hepáticas. J. M. Walshe y colaboradores.
- Estudio de las reacciones bacterianas transfusionales de sangres refrigeradas. A. I. Braude y colaboradores.
- Experiencia con homotransplantación renal en el hombre. Comunicación de nueve casos. D. M. Hume.

**Tolerancia al amoniaco en las enfermedades hepáticas: observaciones basadas en la cateterización de las venas hepáticas.**—Los autores estudian el N amoniaco en sangre venosa periférica (a los tres minutos de extraída) en 21 sujetos normales encontrando un valor promedio de 0,79 gammas/c. c. con una desviación standard de 0,09.

Estudiaron en 51 sujetos (normales, cirróticos, hepáticos, etc.) las curvas de amoniemia tras sobrecarga de 3 gr. de cloruro amónico por vía oral en sangre venosa periférica y en sangre de vena hepática. El incremento de la amoniemia en sujetos normales fué moderado. En enfermos con hepatitis el incremento de aquella se realizó de una manera más acusada en la vena suprahepática, mientras que en los cirróticos, sobre todo con circulación colateral manifiesta, el aumento de la amoniemia fué mucho más intenso en la circulación periférica. Con ello apuntan los autores la importancia que la circulación colateral, aparte del estado de la función hepática, tiene en la hiperamoniemia de estos enfermos.

**Neutralización de ácidos infundidos en perros nefrectomizados.**—Los autores producen en perros nefrectomizados intensa acidosis por infusión de 9 a 10 mm. de ácido clorhídrico en un período de dos horas. Estudian los cambios iónicos extracelulares a través de la valoración del Na, K, Cl y bicarbonato plasmáticos, llegando a la conclusión de que aproximadamente un 40 por 100 del ácido infundido es neutralizado por el bicarbonato extracelular, un 10 por 100 por los tampones eritrocíticos y un 50 por 100 por la difusión de Na y K a los líquidos extracelulares.

**Comparación de la presión tomada en una vena hepática por cateterismo y la presión portal en sujetos con cirrosis.**—Los autores comparan en 19 casos de cirrosis hepática las presiones en venas hepáticas tomadas por cateterismo y las presiones portales tomadas en el momento de la intervención quirúrgica (anastomosis porto-cava). Las cifras tensionales con ambas técnicas guardan una relación bastante aproximada. En diez determinaciones simultáneas las tensiones portales superaron en un 20 por 100 a los suprahepáticas. En cinco pacientes las diferencias tensionales a favor del sistema porta fueron de un 15 por 100. Estos datos demuestran que la determinación de la presión en la vena suprahepática en enfermos con presunta hipertensión portal puede ser un índice bastante aproximado de la cuantía de dicha hipertensión.

**Respuesta renal a la acidosis respiratoria crónica.**—Los autores hicieron una serie de estudios sobre el comportamiento renal ante la acidosis respiratoria crónica en ocho perros, encontrando que la reabsorción tubular de bicarbonato, que se encuentra en relación directa

con la concentración de anhidrido carbónico en la sangre y no con la modificación del pH, es más elevada, para una misma concentración de carbónico, en los estados de acidosis crónica que en los agudos. De ello deducen que el incremento de la reabsorción de bicarbonato es una función directa de la duración de la acidosis, creciendo más rápidamente durante las primeras 24 a 48 horas. Los autores sugieren la posible participación de mecanismos hormonales, de origen probablemente suprarrenal, que con carácter de adaptación, harían más eficaz el ahorro de bases en los estados de acidosis crónica que en los agudos.

**Trastornos del metabolismo de la cistina en enfermedades hepáticas.**—Los autores estudian la concentración plasmática de cistina y la cistinuria de 24 horas en sujetos normales y en enfermos con afecciones hepáticas agudas y crónicas. Los valores de cistina plasmática en 15 sujetos normales oscilaron entre 6,7 y 14,4 gammas/c. c., y en 17 enfermos hepáticos se encontraron valores comprendidos entre 5,6 y 43,2. En general, los valores obtenidos guardaron relación con el grado de afectación del parénquima hepático.

En las determinaciones de la eliminación de cistina en 24 horas se obtuvieron en 25 sujetos normales valores que oscilaban entre 28 y 70 mg., mientras que en un grupo de 19 enfermos hepáticos las determinaciones arrojaron valores comprendidos entre 32 y 234 mg. El aumento de la cistinuria en estos enfermos hepáticos está en relación con el incremento de la cistinemia y no con alteraciones del aclaramiento renal.

Fueron estudiadas igualmente por los autores las curvas de cistenemia tras la ingestión de 3 gr. de clorhidrato de cisteína, encontrando, en comparación con los controles, una acusada elevación y lenta recuperación a los valores normales.

#### The American Journal of Clinical Pathology.

25 - 2 - 1955.

- Aspectos médicolegales del cáncer. W. C. Hueper.
- Cáncer ocupacional. G. M. Bonser y colaboradores.
- Patología clínica de la fiebre amarilla. N. W. Elton.
- La historia natural de los tumores peculiares de las glándulas salivares. D. Davidson y colaboradores.
- Incidencia de enfermedad hepática latente en dadores de sangre. D. R. Fitchy y colaboradores.
- Sensibilización de los hemáties de carnero por sueros humanos anormales. G. S. Tewil.
- Test de fijación de complemento para la triquinosis. V. N. Tompkins, y colaboradores.
- Tuberculosis de los órganos genitales femeninos. M. Haine y colaboradores.

**Historia natural de los tumores peculiares de las glándulas salivares.**—En un estudio que hacen los autores de 129 tumores de estas glándulas encuentran 85 benignos y 44 malignos. Desde el punto de vista de su evolución clínica fueron agrupados de la siguiente manera: 1.º Tumores benignos. Adenoma plomórfico, cistoadenoma papilar linfomatoso, papiloma intraductal y lesiones linfoides benignas. 2.º Tumores malignos de curso clínico lento. Tumor mixto maligno, carcinoma cilindromatoso y carcinoma mucoepidermoide. 3.º Tumores ma-

lignos de curso clínico rápido. Carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma indiferenciado. 4.º Tumores incidentales no peculiares de las glándulas salivares.

**Incidencia de enfermedad hepática latente en dadores de sangre.**—El hecho de que Neefe y Stokes hayan encontrado portadores de virus de la hepatitis en dadores de sangre que provocaron la transmisión de la enfermedad en los que se encontraron pruebas de función hepática positivas, sugirió a los autores de este trabajo realizar tales pruebas sistemáticamente en dadores de sangre para detectar a los portadores de tales virus.

Los autores estudian 3.655 dadores de sangre aparentemente normales por medio de un grupo de pruebas de función hepática, encontrando que cerca de un 30 por 100 de los dadores fueron clasificados como anormales. Alrededor de un 17 por 100 tenían sólo ligeras desviaciones de lo normal, siendo clasificados como dudosos. El 12 por 100 restante mostró anomalías que igualó en severidad a las encontradas en las enfermedades hepáticas moderadas. El test más comúnmente anormal fué el de turbidez al timol, que fué clasificado como dudoso en un 9 por 100 y como positivo en un 6 por 100. Por estas conclusiones deducen los autores que no todos los portadores asintomáticos de virus de la hepatitis serán rechazados como dadores de sangre en un estudio con test de función hepática.

**Sensibilización de los hemáties de carnero por sueros humanos anormales.**—El autor estudia, por medio de la modificación que BALL hizo de la reacción de Rose, el suero de enfermos con artritis reumatoide, otros procesos patológicos y sujetos normales. El fin de este trabajo fué investigar la mayor o menor especificidad de esta reacción para aquella enfermedad. De 88 sujetos normales, 72 dieron la reacción de Rose negativa y los 16 restantes dieron reacciones positivas al 1/8 ó al 1/32. De 48 casos de artritis reumatoide, el 21 por 100 dió reacción de Rose negativa o a un título inferior a 1/32; el 79 por 100 restante la dió positiva a un título mayor de 1/32, no habiéndose encontrado notables diferencias en la altura del título de aglutinación y el estado de actividad de la enfermedad. En 15 enfermos renales la reacción fué positiva a un título mayor de 1/32 en 10 casos. Entre 40 cardiopatías reumáticas con insuficiencia cardiaca, 34 dieron la reacción de Rose positiva por encima de 1/32. Positividades al mismo título dieron 15 enfermos hepáticos. Dos pacientes con lupus eritematoso dieron reacción positiva al 1/16 y 1/32, respectivamente. Todo ello demuestra que aunque la reacción es útil en el diagnóstico de la artritis reumatoide, no es específica.

**Test de fijación del complemento para la triquinosis.**—Los autores estudian esta reacción en un grupo de 70 casos de triquinosis comprobada y obtienen un 100 por 100 de positividad considerándola como altamente específica, sobre todo cuando los títulos de positividad son altos, en las formas de infección reciente.

La positividad de la reacción persiste sólo de 6 a 18 meses después de la infección.