

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TUMORES INTRACRANEALES. S. OBRADOR ALCALDE y J. SANZ IBÁÑEZ.—Monografía del Instituto Nacional de Oncología.—Madrid, 1955.—Distribución: Editorial Paz Montalvo.

Los doctores OBRADOR ALCALDE y SANZ IBÁÑEZ han recogido en este volumen, pulcramente impreso por Paz Montalvo, las conferencias presentadas en el Curso sobre tumores cerebrales organizado por la Sección de Ciencias Biológicas de la Universidad Internacional "Menéndez Pelayo", de Santander, en el verano de 1955. El libro está dividido en cuatro partes, constando cada una de una serie de trabajos encomendados a diversos autores, donde se estudian los múltiples aspectos de los tumores cerebrales. La primera está dedicada a una introducción histórica a cargo del profesor SANZ IBÁÑEZ y el doctor OBRADOR ALCALDE. El primero considera la aportación de la escuela española de Histología al conocimiento de la neuroglia en sus tres aspectos embriológico, fisiológico y anatómico, con su inmediata repercusión sobre la comprensión, clasificación, etc., del grupo más importante de los tumores intracraniales: los gliomas. A continuación, el doctor OBRADOR hace un estudio de la evolución histórica de la Neurocirugía, que sin tratar de ser exhaustiva ni demasiado prolija, señala los jalones más importantes de la misma.

Le suceden los tres apartados que comprenden la Patología, el Diagnóstico y la Clínica y Tratamiento de los tumores cerebrales. Cada una de estas partes consta de varios trabajos que por estar encomendados a destacadas figuras de la especialidad, nacionales y extranjeras, son de gran interés. El libro no sigue un programa completo como podría corresponder a un libro de texto, pero en sus diversos capítulos están comprendidos los problemas más importantes que debe conocer el médico que se enfrenta con los tumores del cerebro. La relativa independencia de los capítulos, que no obliga a un orden en su lectura, hace que ésta sea más fácil. La mayor utilidad del libro la vemos dentro del ámbito del internista, ya que éste puede completar fácilmente, leyendo los di-

versos capítulos de la obra, su formación sobre el tema. Como en muchos de los trabajos puede comprobar el lector, el diagnóstico precoz o la sospecha de los procesos expansivos intracraniales, casi siempre labor del médico general, tiene tanta importancia para el futuro de la Neurocirugía como el propio esfuerzo del neurocirujano. El libro, en suma, pone a disposición del médico, en forma fácil, los conocimientos actuales sobre los tumores intracraniales en sus tres aspectos: patológico, clínico y terapéutico.

CURSO DE INICIACION PSIQUIATRICA. M. PAREJO MORENO, J. J. PÉREZ Y PÉREZ, C. PINTO GROTE y A. SERRANO SALAGARAY.—Santa Cruz de Tenerife, 1956.

El Instituto de Fisiología y Patología de Tenerife, que apenas fundado ha comenzado a dar magníficas señales de vida, publica esta monografía, en la que bajo la dirección del doctor PAREJO, distinguido y conocido psiquiatra, y con la colaboración de varios autores, se recoge este curso de iniciación psiquiátrica celebrado en dicho Instituto. La obra es de fácil lectura e indudable interés para el estudiante o el médico que se inicia. Tanto las conferencias, como el Instituto donde el curso se realizó, merecen calurosas felicitaciones por la labor realizada.

LIBROS RECIBIDOS

"Métodos seleccionados de análisis clínicos".—Editorial Aguilar. Madrid, 1956.—Un volumen de 206 páginas con figuras, 90 pesetas.

"La broncografía". Doctores E. Stutz y H. Vieten.—Editorial Alhambra. Madrid, 1956.—Un volumen de 246 páginas con 181 figuras, 395 pesetas.

B) REFERATAS

La Presse Médicale.

63 - 7 - 29 de enero de 1955.

* Valor del cito-diagnóstico de los derrames sero-sanguinolentos del pezón. A. Sicard, E. Flabeau y C. Marsan.

* La mucosa gástrica de los tuberculosos pulmonares. J. Vague, H. Bonneau y M. Legré.

Roentgenterapia de las estafilococias cutáneas. P. Pizón.

Valor del cito-diagnóstico de los derrames sero-sanguinolentos por el pezón.—Los autores hacen el estudio citológico de once casos en los que había un exudado sero-sanguinolento en el pezón. De estos, nueve fueron intervenidos y estudiados histológicamente. Dos frotis que habían sido positivos, correspondían a cánceres. De siete negativos, seis correspondían a lesiones benignas. Así, pues, el frotis negativo no tiene un valor absoluto, mientras que el positivo impone la intervención. Simple, no traumatizante, fácil de estudiar, el examen citológico merece ser estudiado sistemáticamente.

La mucosa gástrica en los tuberculosos pulmonares.—Los autores estudian en 103 tuberculosos la mucosa gástrica mediante el sondaje-biopsia, así como su secre-

ción. Sacan las siguientes conclusiones: 1) La mitad de los enfermos tienen lesiones de gastritis. 2) Con frecuencia casi igual tiene la forma de una gastritis inflamatoria pura y de predominio atrófico. 3) Los trastornos dispepticos, la hipo o aclorhidria están estrechamente ligados, aunque no absolutamente, a las lesiones de gastritis. 4) Las lesiones y trastornos gástricos son tanto más frecuentes cuanto que la tuberculosis es más antigua, más evolutiva y más secretante. En el mecanismo que conduce a estas lesiones debe jugar algún papel la deglución de los esputos.

63 - 8 - 2 de febrero de 1955.

* Sobre la significación de las reacciones serológicas de la toxoplasmosis en la clínica humana. M. Lelong y G. Desmonts.

* Enfermedad de Buerger y tífus exantemático. J. L. Néel. Nueva técnica del tratamiento psiquiátrico por la aplicación de la convulsoterapia durante el sueño neuropléxico. O. Emboaba.

Reacciones serológicas de la toxoplasmosis en la clínica humana.—Los autores consideran que una reacción serológica positiva en un niño de menos de dos años

permite afirmar la existencia de toxoplasmosis congénita, a excepción de los primeros meses de la vida en que puede tratarse de anticuerpos transmitidos por la madre. En un niño de más edad, la reacción positiva no es tan segura. El diagnóstico de la toxoplasmosis adquirida no puede basarse únicamente sobre una reacción serológica. Los autores consideran indispensables la práctica del "test" de Sabin-Feldman. Es necesario repetir las reacciones y comprobar el progresivo aumento de anticuerpos para que se pueda dar como seguro el diagnóstico de toxoplasmosis.

Enfermedad de Buerger y tífus exantemático. — El autor presenta un caso de típica enfermedad de Buerger consecutiva a un ataque tífico que, en doce años, originó 12 brotes de flebitis segmentaria superficial, una claudicación intermitente y una gangrena parietaria distal del dedo pequeño del pie. Considera si se debe considerar a la tromboangiitis como entidad nosológica definitiva y las posibles relaciones entre el tífus y el ataque arterial. Considera que a toda tromboangiitis juvenil se le deben aplicar los "test" biológicos modernos que permitan el diagnóstico a distancia del ataque tífico.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85 - 22 - 28 de mayo de 1955

- Nuevos caminos de la histología. K. S. Ludwig.
- Avitaminosis D y osteomalacia renal. H. Uehlinger.
- * Tiroiditis no supuradas y tiroidosis. N. Bonstein.
- * La anatomía patológica de la anorexia nerviosa. R. E. Siebmann.
- La acción de la butazolidina sobre los cultivos de tejido conjuntivo "in vitro". O. Bucher.
- * Lesiones renales con necrosis cortical en las ratas tratadas con 5-oxi-triptamina. Chr. Hedinger y H. Lange-mann.

Tiroiditis no supuradas y tiroidosis. — Las tiroiditis no supuradas son poco frecuentes y se clasifican en cuatro tipos: tiroiditis de Quervain, aguda, subaguda o crónica (tiroiditis simple, tiroiditis pseudotuberculosa de células gigantes), tiroiditis crónica leñosa de Riedel (tiroiditis fibrosa, estruma leñoso), tiroiditis crónica de Hashimoto (tiroidosis de Hashimoto, bocio de Hashimoto, estruma o bocio linfomatoso), tiroiditis crónica atrófica de Simmonds (atrofia fibrosa del mixedema adquirido). Las tiroiditis de Quervain y Riedel son propiamente inflamatorias, mientras que las de Hashimoto y Simmonds son expresión de un trastorno endocrino. El autor ha observado 16 tiroiditis de Quervain, 17 de Hashimoto (9 linfocitarias y 8 plasmocitarias) y 6 de Simmonds. El diagnóstico diferencial entre todas ellas puede ser muy difícil, sobre todo en los casos avanzados, siendo necesario en ocasiones recurrir al examen histológico, que puede hacerse mediante biopsia por punción, que aunque tiene algún riesgo evita la tiroidectomía, no siempre indicada. Asimismo es difícil a veces distinguir si se trata de una tiroiditis supurada o no supurada; en este sentido ayuda mucho la existencia de adenopatías. Los focos de necrosis y reblandecimiento no son signo indudable de supuración: pueden formarse por necrosis estéril por isquemia.

Anatomía patológica de la anorexia nerviosa. — El diagnóstico clínico entre la anorexia nerviosa y la insuficiencia prehipofisaria es muy difícil. Durante mucho tiempo la existencia de la anorexia nerviosa fué desconocida, incluyéndose todos los casos, sobre todo en la literatura alemana, dentro de la caquexia hipofisaria de Simmonds, el cual consideró el adelgazamiento y la caquexia como los síntomas principales del hipopituitarismo anterior; la diferenciación entre ambos procesos era frecuente en los autores franceses y más aún en los anglosajones. Por otra parte, se pensó erróneamente durante mucho tiempo que la anorexia nerviosa determinaba a su vez una insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis, llegando a decir SELYE que la causa fundamental de los síntomas de la anorexia nerviosa era un hipopituitarismo secundario. El autor llevó a cabo una

autopsia muy cuidadosa, con especial atención al sistema endocrino, en una mujer de veintisiete años muerta de anorexia nerviosa, encontrando una atrofia de los genitales internos como único signo morfológico seguro de alteración endocrina. Este hallazgo proporciona una base anatomopatológica para el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Simmonds y la anorexia nerviosa. Al examen microscópico se vió atrofia del ovario y signos de hipofunción tiroidea e hiperfunción suprarrenal. En el lóbulo anterior de la hipófisis sólo se vió un ligero aumento de células acidófilas. En resumen, las alteraciones endocrinas no son la causa de la anorexia nerviosa, sino expresión de un mecanismo de adaptación de las regulaciones endocrinas.

Lesiones renales por oxitriptamina. — La 5-oxi-triptamina tiene una acción disminuidora de la diuresis, acompañada de un descenso de la eliminación de cloruros por la orina, a diferencia de la hormona antidiurética hipofisaria. Para producir estos efectos bastan dosis de diez a veinte veces menores que las necesarias para disminuir la presión arterial, por lo que no puede ser éste el mecanismo de acción. Parece ser que la 5-oxi-triptamina determina ante todo una contracción de la musculatura lisa, a la que son especialmente sensibles los vasos renales, que responden con estrechamiento de la luz del vaso aferente y, por tanto, disminución del filtrado glomerular. Los autores han hecho estudios en el riñón de las ratas intoxicadas aguda y crónicamente con 5-oxi-triptamina. Casi sin excepción se ven lesiones renales que afectan sobre todo a la cortical. En la clínica lo más saliente son los campos cicatriciales con atrofia cortical acusada. En ambos casos el tipo de la lesión habla en pro de un origen vascular de las mismas, a pesar de que en los vasos mismos no se ven cambios, por lo que creen los autores que el mecanismo primario es un vasoespasmo intenso y prolongado, suficiente para provocar la necrosis de la corteza y de la zona medular más extensa. Se plantea la cuestión de si la 5-oxi-triptamina será capaz de producir análogas lesiones en el hombre. Con fines terapéuticos las dosis dadas son muy pequeñas, incapaces de actuar perjudicialmente, pero no ocurre lo mismo en los casos de carcinoma del tracto gastrointestinal con formación de grandes cantidades de 5-oxi-triptamina, que se libera a la sangre y se elimina por la orina en forma de ácido 5-oxi-indolacético. En algunos de estos casos la diuresis es muy baja, pero esto puede deberse también a otras complicaciones del carcinoma: metástasis hepáticas, insuficiencia cardíaca (síndrome típico del carcinoma metastatizante con lesiones de la válvula tricúspide y estenosis pulmonar). En algunos casos se han visto cicatrices renales en la autopsia. Es necesario un mayor estudio de la función y lesiones renales en estos enfermos.

85 - 23 - 4 junio 1955.

- * Diagnóstico y tratamiento del hipogonadismo masculino. A. Labhart.
- * Contribución al tratamiento y etiología de la esclerosis múltiple. H. Tschabitscher, Th. Wanko, H. Schinko y B. Fust.
- Tratamiento de la fractura reciente del primer metacarpo. H. Nigst y P. Walbel.
- Tratamiento con jabón de ácido láurico de los cálculos inadvertidos del colédoco. B. Fraenkel y G. E. Gruenfeld.
- * El empleo terapéutico de un antipalúdico (difosfato de cloroquina, aralén) en la esclerodermia. Z. Lewitus.

Hipogonadismo masculino. — Antes de sentar un diagnóstico de hipogonadismo en el varón hay que cerciorarse de que no se trata de alteraciones funcionales del aparato genital masculino ni de variantes constitucionales en el desarrollo y conformación del cuerpo, sin trastorno hormonal, sino de una verdadera endocrinopatía. Los medios diagnósticos más importantes son la determinación de hormonas y la biopsia del testículo. Estas permiten distinguir, por una parte, el hipogonadismo primario, hipergonadotrófico, susceptible solo de tratamiento sustitutivo con testosterona, del hipogonadismo secundario, hipogonadotrófico, que requiere el empleo

de gonadotrofina coriónica, y, por otra parte, diferencial las formas de insuficiencia secretora, incretora y mixta. La azoospermia con biopsia testicular normal puede tratarse quirúrgicamente, restableciendo la permeabilidad de las vías seminales. Hay casos de oligospermia sin alteraciones hormonales y con cuadro histológico testicular normal, siendo su tratamiento generalmente poco eficaz; únicamente puede ser útil el llamado "rebote espermatogénico", es decir, el aumento del número de espermatozoides tras su disminución con administración masiva de testosterona.

Etiología y tratamiento de la esclerosis múltiple.—Partiendo de la mejoría observada en el cuadro neurológico de una enferma de esclerosis múltiple tratada con isoniazida por padecer al mismo tiempo una coroiditis tuberculosa, los autores comenzaron a tratar con los modernos tuberculostáticos a 79 enfermos de esclerosis múltiple, obteniendo mejoría neurológica en 47 de 58 tratados con isoniazida y en 15 de 21 que recibieron iproniazida. En 25 de los enfermos investigaron la presencia de bacilos acidorresistentes en el líquido cefalorraquídeo, concentrándolos previamente por un método de filtración. El hallazgo (confirmado en algunos casos mediante el microscopio electrónico y las preparaciones histológicas) fué positivo en 14, dudoso en ocho y negativo en tres de los 25 casos, mientras que sólo fué positivo en tres de otros 25 líquidos de otros procesos neurológicos (uno de meningitis tuberculosa, uno de tumor cerebral, uno de epilepsia jacksoniana de origen desconocido). Los bacilos hallados pueden ser clasificados como micobacterias, pero no hay ningún dato que demuestre su naturaleza tuberculosa. De 100 enfermos de esclerosis múltiple probados con tuberculina antigua de Koch, 77 reaccionaron positivamente a concentraciones entre 1×10^{-6} y 1×10^{-8} , pero en 71 de ellos había signos radiológicos de tuberculosis presente o preexistente.

Aralen en la esclerodermia.—Basándose en los buenos resultados comunicados con el empleo del aralen en diversas enfermedades mesenquimales, el autor ha empleado este medicamento en tres casos de esclerodermia que habían resistido a todos los tratamientos anteriores. En los tres se produjo una rápida mejoría tanto subjetiva como objetiva. El hecho de que en esta enfermedad sean frecuentes las remisiones espontáneas hace difícil valorar cualquier terapéutica; no obstante, el autor piensa que las condiciones en que se produjo la mejoría en estos tres casos son muy sugestivas y alentadoras. El mecanismo de acción es desconocido. El aralen tendría sobre la ACTH y cortisona las ventajas de su sencillez, economía y escasa toxicidad.

85 - 24 - 11 junio 1955.

- * Cefalea vasomotora como síntoma de epilepsia larvada. H. Heyck y R. Hess.
- * Experiencia con la prueba previa de tuberculina en la vacunación BCG. Th. Baumann.
- * Nuevos métodos serológicos para la demostración de sensibilizaciones a alérgenos. R. Hoigné, W. Grossmann y H. Storck.
- * Estudios en animales sobre un nuevo derivado muy activo de la oxicumarina de acción breve: Sintrom (G 233550). C. Montigel y R. Pulver.
- * Experiencia clínica con un nuevo derivado de la 4 oxi-cumarina: Sintrom (Geigy 23450). S. Moeschlin y H. Sehorn.

Cefáleas y epilepsia.—Los autores hacen un estudio electroencefalográfico de 248 casos de cefalea: 48 jaquecas típicas y 200 cefaleas vasomotoras. De las 48 jaquecas sólo el 50 por 100 dieron trazados normales; 20 por 100 tenían disritmias generalizadas inespecíficas casi siempre ligeras; 8,3 por 100 alteraciones focales en su mayoría asociadas con parálisis, y 16,6 por 100 hipersincronías paroxísticas con ondas theta, altas y lentas, unas en el trazado de reposo y otras tras estímulo luminoso. En 10 por 100 de las cefaleas vasomotoras vieron hipersincronías paroxísticas como las de la jaqueca y en otro 5 por 100 las mismas alteraciones pero de intensidad menor, no equivalente a las de la epilepsia. Estas

alteraciones son más frecuentes en la mujer que en el varón (3:1). Toca en los límites de la epilepsia: por una parte no se han podido demostrar de forma convincente relaciones hereditarias con formas más típicas de epilepsia y por otra parte, las drogas antiepilépticas suelen tener buen efecto, indicando que estas cefaleas dependen de trastornos centrales de naturaleza epiléptica. El interés de esta comunicación radica en que demuestra las relaciones con la epilepsia no sólo de la jaqueca, lo cual ya era conocido, sino también de formas de cefalea habitual no paroxística.

Un nuevo método para demostrar la sensibilización a los alérgenos.—Además de los métodos habituales para demostrar la presencia de anticuerpos frente a los alérgenos (pruebas cutáneas, transferencia pasiva, fijación del complemento en algunos casos, aglutinación de partículas portadoras del alérgeno, como hemáties o partículas de colodión) los autores habían descubierto desde hace cinco años la prueba de la aglutinación de las plaquetas "in vitro" al añadir el alérgeno. Todas estas pruebas, incluso la última, tienen entre otros inconvenientes el de ser muy trabajosas y requerir mucho tiempo, por los cuales han estudiado la posibilidad de detectar cambios mensurables al añadir el alérgeno sea a plasma con plaquetas sea a suero sin participación de éstas. Ahora comunican la posibilidad de hacerlo mediante un nefelómetro ideado por ellos con el que miden la intensidad de la difracción que se produce al atravesar un haz luminoso la mezcla de alérgeno y suero del enfermo, mezcla en la que se produce una turbidez ligerrísima, no apreciable a simple vista ni por turbidimetría. Esta turbidez se debe a la acción de un factor I, dializable, contenido en el plasma o suero de los individuos sensibilizados, que es muy específico para el alérgeno en cuestión (inhalación, ingestión, medicamentos) y otro factor II, no dializable, demostrable en el suero humano, equino, vacuno y de cobaya y ausente del suero de carnero, conejo, rata y pollo.

Experiencias en animales con un nuevo cumarínico.—Se siguen introduciendo variantes en la molécula de los anticoagulantes de la serie cumarínica con objeto de reforzar su acción y evitar sus inconvenientes. Los autores emplean ahora un nuevo preparado, el Sintrom (Geigy 23350) cuyas propiedades estudian sobre animales de laboratorio (conejos, ratones y ratas). Químicamente es la 3-(α -[4'-nitrofenil]- β -acetil-til)-4-oxi-cumarina. Es activo a pequeñas dosis, siendo su actividad unas 40 veces mayor que la del tromexano. Administrado por la boca es casi insípido, bien tolerado y poco tóxico, no observándose lesiones hepáticas ni otras acciones colaterales ni aún después de un empleo muy largo. Su acción anticoagulante comienza muy pronto, dura de veinticuatro a cuarenta y ocho horas y rápidamente se recuperan los valores normales. Esta cualidad lo hace muy apto para los tratamientos prolongados, cuyo control simplifica porque permite mantener un nivel constante sin peligro de efectos acumulativos. Por esta misma razón (rápido cese de sus efectos) el empleo de vitamina K, como antagonista se limita a los accidentes graves, lo que es una ventaja, pues la administración de vitamina K, dificulta mucho el empleo ulterior de cumarínicos.

Experiencia clínica con un nuevo cumarínico.—Los autores han ensayado en la clínica el nuevo anticoagulante cumarínico (Sintrom, G 23350) de que trata la referencia precedente. Se emplea en pastillas insípidas de 4 miligramos. La dosis inicial es generalmente de 12 a 14 miligramos, que se reduce el segundo día a 4-8 miligramos, según el nivel de protrombina alcanzada. La dosis de mantenimiento es habitualmente de 2 a 3 miligramos, aunque hay marcadas diferencias individuales. El tiempo de Quick se hará a diario la primera semana y posteriormente cada 2-4 días. La duración de sus efectos es de 48-72 horas, más larga que la del tromexano y menor que la de otros cumarínicos. Es de fácil manejo por las propiedades dichas y porque se puede dar toda la dosis diaria de una vez, lo que junto con su perfecta toleran-

cia y falta de toxicidad, son cualidades que recomiendan su empleo para tratamientos prolongados, no habiendo observado los autores efectos colaterales ni aún después de seis meses de tratamiento permanente.

85 - 25 - 18 junio 1956.

- * Fibrosis pulmonar intersticial difusa progresiva (síndrome de Hamman-Rich). U. Haemmerli.
- * Reacciones de aglutinación y fijación del complemento en el serodiagnóstico de la brucelosis de Bang humana. H. Brodhage y W. Wey.
- * El comportamiento del cuadro leucocitario en la encefalitis postvacunal. F. Puntigam y K. Berger.
- * Eczema por inhalación. H. Storck.
- * Antrenyl Duplex, una nueva forma de aplicación oral con acción de depósito. H. Herzog, H. Kaufmann, E. Lang y P. Speiser.
- * Profilaxis del contagio de la hepatitis en las transfusiones de plasma. A. Haessig, R. Heiz y K. Stampfli.

Síndrome de Hamman-Rich.—El síndrome de Hamman-Rich en una neumonía difusa intersticial que evoluciona a una fibrosis igualmente difusa e intersticial. Afecta a individuos adultos de ambos sexos. Puede comenzar en forma aguda o solapada con prodromos no característicos y lleva una evolución progresiva hasta la muerte en insuficiencia respiratoria. Clínicamente hay tres síntomas constantes: tos, disnea y cianosis, pero puede haber otros muchos: fiebre, expectoración hemoptoica, dolores cervicales o torácicos, pérdida de peso. Pueden desarrollarse acropaquias, cor pulmonale y policitemia. A rayos X se ven sombras micronódulo-reticulares difusas simétricas en ambos pulmones, con aumento a lo sumo ligero de los ganglios hiliares. Se desconoce la etiología de este proceso, que puede mostrar variantes, en formas atenuadas o limitadas a un solo lóbulo pulmonar. Actualmente está muy difundido el criterio de considerar como una característica del síndrome la progresión de los síntomas, de tal manera que el sujeto muere del proceso pulmonar mismo y no de sus consecuencias. Sin embargo, es uno de los casos de la descripción original de Hamman y Rich el proceso pulmonar era ya inactivo y el enfermo murió de insuficiencia derecha. El caso comunicado por el autor murió de una superinfección pulmonar y en el estudio histológico se observó fibrosis, pero casi sin signo alguno inflamatorio activo.

Aglutinación y fijación del complemento para el diagnóstico de las brucelosis.—El aislamiento de las brucelas de la sangre de los enfermos es muy difícil, por lo que tienen gran importancia diagnóstica las reacciones serológicas: aglutinación, fijación del complemento y floculación. Los autores han llevado a cabo las dos primeras en más de 2.000 sueros, encontrando que es más útil la de aglutinación, pues de los casos que dieron alguna reacción positiva lo fueron las dos en el 58,4 por 100, la de aglutinación sola en el 37,6 por 100 y la de desviación de complemento sola en el 2,8 por 100. Además, la aparición de la positividad es más precoz en la aglutinación, pues la fijación del complemento no se hace positiva hasta un mes, por lo menos, después de la aparición de los síntomas. Asimismo persiste positiva la aglutinación durante más tiempo: hasta diez años después de la infección. Consideran positivas las reacciones de aglutinación de título igual o mayor que 1:80 y las de fijación del complemento con inhibición completa de la hemólisis a las diluciones de 1:10 o mayores. En algunos casos se vieron reacciones de aglutinación débiles (inferiores al 1:80) con desviación de complemento negativa.

El cuadro hemático en la encefalomiелitis postvacunal.—En la literatura se encuentran datos contradictorios, por lo que se señala generalmente que el cuadro sanguíneo no tiene nada de característico en la encefalomiелitis postvacunal. El número total de leucocitos se comporta igual que en la primovacunaación antivariólica no complicada, pasa por un mínimo entre el octavo y el décimo día y por un máximo entre el doce y el catorce. La fórmula leucocitaria en los casos de encefalo-

mielitis se diferencia de los no complicados porque en los primeros se produce un aumento significativo de los neutrófilos y una disminución de los linfocitos, comparados con las cifras en los primovacunados sin complicación de la misma edad. Estos datos no aclaran si la encefalitis postvacunal está producida por el virus de la vacuna solo o si interviene un segundo virus, pues no disponemos de datos valorables acerca de la acción sobre el cuadro sanguíneo de la asociación de dos infecciones virales.

Una nueva forma de espasmolítico de acción prolongada.—Los autores han ensayado un nuevo tipo de grageas del espasmolítico Antrenyl. Cada una de estas grageas contiene dos dosis: una periférica que empieza a actuar poco después de su ingestión y otra que forma el núcleo central de la gragea y que va envuelta y separada de la anterior por una capa acidorresistente, que sólo se destruye en el intestino delgado al cabo de unas horas. Se obtiene así una acción en dos tiempos, que resulta especialmente beneficiosa en los casos de úlcera duodenal con dolores nocturnos o en ayunas.

85 - 26 - 25 junio 1955.

- * Balistocardiografía. A. O. Fleisch.
- * Curas con Serpasil en psiquiatría. K. Huchtemann y G. Pflugfelder.
- * Sobre un flemón estafilocócico espinal epidural fugaz. A. Lehner.
- * Comparación morfológica de lesiones experimentales en las ratas jóvenes con alteraciones espontáneas análogas en animales viejos. P. Loustalot.
- * Manifestaciones atípicas en la parotiditis, en especial la meningoencefalitis urliana. L. Hloucal y K. Záček.

Balistocardiografía.—Después de exponer las curvas normales, su valoración y el significado de los distintos trazados patológicos, el autor se extiende sobre la utilidad de este examen. El balistocardiograma nos orienta sobre la quinética cardíaca y vascular, sobre la fuerza del miocardio y el comportamiento de la pared vascular. En las personas de más de cincuenta años aparecen, debido a la esclerosis senil fisiológica de los vasos, ciertas alteraciones del trazado que resulta, por tanto, muy difícil de valorar por sí solo, siendo necesario tener en cuenta todos los demás datos clínicos y exploratorios. Cuando el balistocardiograma es muy anormal tiene valor incluso en los viejos, sospechándose sobre todo una insuficiencia coronaria. El balistocardiograma normal en un sujeto de edad excluye prácticamente con seguridad una cardiopatía, especialmente la insuficiencia coronaria, el infarto reciente y la cardiopatía hipertensiva. En los jóvenes un trazado normal puede coexistir con una valvulopatía o una miocarditis reumática, siendo de tipo patológico cuando la función cardíaca está alterada en el sentido de una insuficiencia energética-dinámica o de una esclerosis coronaria incipiente.

Flemón epidural fugaz.—El autor comunica un caso en el que en el curso de una sepsis estafilocócica se produjo un cuadro meníngeo sin bacterias en el líquido cefalorraquídeo. El líquido lumbar era xantocrómico y mostraba un gran aumento de células y proteínas, mientras que el suboccipital sólo al principio tenía pleocitosis e hipeproteinorraquia discretas, aproximándose rápidamente a los valores normales. El líquido lumbar no se había normalizado aún completamente al cabo de cinco semanas. Tratado con aureomicina y cloromicetina para su proceso general, el enfermo mejoró también de su cuadro de meningismo y compresión. Este cuadro puede explicarse por la producción de un flemón difuso epidural fugaz que sin llegar a la formación de pus (no se obtuvo pus en ninguna de las punciones practicadas a distintos niveles) determinó por una parte, el cuadro compresivo, y por otra, la intensa reacción inflamatoria del líquido, sin infección del espacio aracnoideo. Este proceso no se habría ni siquiera sospechado si, como es lo corriente, no se hubiese estudiado comparativamente el liquor lumbar y el suboccipital.

Meningoencefalitis y otras manifestaciones atípicas en la parotiditis.—El virus de las paperas es pantotrópico.—Su mayor afinidad es por las glándulas salivales, pero puede orientarse también a otros tejidos. Es frecuente la participación testicular, así como la pancreática. Puede causar también alteraciones miocárdicas y hepáticas, aunque raramente. La frecuencia de la afectación neurológica varía entre el 1 y el 66 por 100 según los autores. Esto depende en parte de las diferencias entre unas epidemias y otras, pero sobre todo, del criterio adoptado para juzgar sobre la participación o no del sistema nervioso central. Es muy frecuente una ligera pleocitosis en el L. C. R., pero esto, a juicio de los autores, no se debe interpretar como meningitis si no se acompaña de aumento de las proteínas. No se puede separar tajantemente la meningitis de la meningoencefalitis urliana según el criterio anatomopatológico, aunque generalmente es posible hacer desde el punto de vista clínico. La participación nerviosa puede aparecer unos días antes, simultáneamente o unos días después de la afectación parotídea, cuando ésta existe y entonces es con toda seguridad, causada directamente por el virus. Para los casos que aparecen en la segunda o tercera semana se ha discutido si se trata de una etiología directamente infecciosa o de un proceso neuroalérgico, como otros fenómenos alérgicos (glomerulonefritis benigna, dolores articulares, exantema multiforme, diátesis hemorrágica) que pueden también producirse. En los casos sin paperas los datos epidemiológicos facilitan el diagnóstico: deben explorarse también las glándulas salivares menores, que pueden ser las únicas afectadas. El hallazgo del virus en la saliva, sangre o LCR, aunque posible, no es fácil ni puede muchas veces intentarse. De la mayor utilidad son las reacciones serológicas, cuando demuestran un aumento por lo menos cuádruple del título de desviación de complemento o de inhibición de la hemaglutinación en el curso de la enfermedad. La obtención (por ultracentrifugación) de los dos antígenos V (virus) y S (soluble), permitirá, en muchos casos, el diagnóstico más temprano, porque los anticuerpos anti-S suelen aparecer más pronto que los anti-V. Para el tratamiento se emplearán antibióticos (que impiden una sobreinfección bacteriana), gammaglobulina hiperinmune y calcio (disminuye los fenómenos alérgicos e inflamatorio-exudativos).

Archives of Neurology and Psychiatry.

72 - 2 - 1955.

- Factores neurohumorales en la emoción (imposium).
Introducción. R. A. Clehorn y colaboradores.
Mecanismos hipotalamohipofisarios. G. W. Harris.
Datos experimentales del papel del hipotálamo en los mecanismos de la conducta emocional. W. R. Hess.
* El sistema límbico (cerebrovisceral) y la conducta emocional. P. D. MacLean.
Secreción de hormona antidiurética en respuesta a estímulos nocivos. I. A. Mirsky.
Discusión del simposium. R. R. Grinker.
* Estudios electroencefalográficos en las encefalopatías.
Estudios seriados en meningitis meningocócicas. R. C. Turrell y colaboradores.
Los aminoácidos del líquido cefalorraquídeo. B. S. Walter y colaboradores.
* Estudios sobre las cefaleas. Variaciones en la eliminación hidroeléctrica asociada con cefalea vascular de tipo migrañoide. W. W. Schottstaedt y colaboradores.
* Plexo coroide y pulso arterial del líquido cefalorraquídeo. E. A. Bering.
* Embolismo cerebral recurrente como causa de encefalopatía crónica. A. Towbin.
* Hipofisectomía con fosfato crómico radioactivo en el tratamiento del cáncer. S. F. Rothenberg y colaboradores.
Neuritis de la rama profunda del nervio cubital. K. R. Magee.
Efectos de las lesiones subcorticales sobre el EEG en los gatos. J. R. Knott.
Encefalitis postvacunal. V. B. Dolgopel y colaboradores.
* Efectos del largactil sobre la espiestividad y el electromiograma. J. V. Basajian y colaboradores.
* Fenómeno de la mejoría por hiperemia en la esclerosis múltiple. R. M. Brickner.
Espacio extracelular en el sistema nervioso central. J. N. Allen.

El sistema límbico (cerebrovisceral) y la conducta emocional.—El autor, basándose en los trabajos expe-

rimentales de estos dos últimos años, sugiere que el sistema límbico, que anatómicamente es común al cerebro de todos los mamíferos, fisiológicamente representa igualmente un común denominador de reacciones viscerosomáticas y emocionales. En este trabajo se presta especial atención a los estudios bioeléctricos sobre la parte del sistema límbico contenida en el hipocampo, que parecen demostrar que esta parte del cerebro está íntimamente relacionada con los sistemas sensoriales e interviene en la elaboración de la emoción.

Estudios electroencefalográficos en las encefalopatías. Estudios seriados en meningitis meningocócica.—Los autores estudiaron de una manera seriada las modificaciones del electroencefalograma en 50 meningitis meningocócicas con el propósito de encontrar correlaciones electroclínicas y contrastan las alteraciones electrocerebrales de esta enfermedad con las vistas en las meningitis meningocócicas.

Encontraron que en la fase inicial de la enfermedad el electroencefalograma es difusamente lento con máxima actividad delta en las regiones occipitales y temporales posteriores. Lo más característico de estos hallazgos fué la normalización del trastorno electroencefalográfico a los pocos días de un tratamiento específico, y según los autores esta recuperación electrocerebral rápida puede ser un dato de ayuda en el diagnóstico de la meningitis meningocócica, ya que no se presenta en ningún tipo de meningitis purulenta. El retardo en la normalización del electroencefalograma (más de catorce días) indicaría, según los autores, la intervención de otros factores etiológicos a la aparición de complicaciones cerebrales.

Estudios sobre la cefalea. Variaciones en la eliminación hidroeléctrica asociada con cefalea vascular tipo migrañoide.—Los autores basándose en las alteraciones del balance hidrosalino y la distribución de líquidos que han sido comunicados por otros autores en los enfermos con jaqueca (hinchazón de la cara, edema periorbitario o en regiones frontoparietales, etc.), estudiaron en ocho pacientes afectos de este tipo de cefalea la magnitud y naturaleza de estas alteraciones antes, durante y después de 26 ataques de jaqueca.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 1) Disminución en la primera fase de la cefalea migrañoide de la eliminación de agua, sodio, potasio y creatinina. 2) Aumento de la eliminación de agua, sodio y potasio al finalizar la crisis. 3) La eliminación de creatinina volvió a valores normales al final de la crisis, excepto en cuatro ocasiones, en una de las cuales la eliminación de potasio fué alta; y 4) El aumento de peso precediendo a la crisis de jaqueca fué común, aunque no constante, y a veces precedió en varios días a la aparición de aquélla.

Plexo coroide y pulso arterial del líquido cefalorraquídeo.—El autor estudia en el presente trabajo los efectos del latido cardíaco, por medio del latido cardíaco, por medio de manómetros eléctricos, que le han permitido considerar la configuración de las ondas de presión en el líquido cefalorraquídeo, en comparación con las variaciones de la presión intraventricular e intracarotídea. Llega a la conclusión de que el lugar de transmisión del pulso arterial al líquido cefalorraquídeo está en los plexos coroideos intraventriculares, que actuando a la manera de una bomba pulsátil sin válvulas crea, con cada latido, un gradiente de presión que se transmite a lo largo de dicho líquido forzándolo a salir fuera de los ventrículos cerebrales. La pulsación del líquido cefalorraquídeo contribuye al incremento de la presión intracraneal, y en ciertas condiciones patológicas como en la hipertrofia o en los tumores de los plexos coroideos, es el principal origen del aumento de dicha presión.

Embolismo cerebral recurrente como causa de encefalopatía crónica.—El autor encuentra 16 casos de encefalopatía crónica por embolismo cerebral recurrente en 525 autopsias consecutivas practicadas en un Instituto neuropsiquiátrico. De estos casos, 11 tenían lesio-

nes de infarto de miocardio con trombosis mural; cinco, cardiopatía valvular reumática con trombosis auricular izquierda, y uno, endocarditis abacteriana trombótica.

Dado que según el autor es frecuente la aparición de estas encefalopatías en la experiencia psiquiátrica, propone se preste una especial atención a la profilaxis de estos accidentes embólicos, ya que muchos de ellos, por ser de poca intensidad o aparecer en zonas cerebrales mudas, pasan inadvertidos al diagnóstico clínico, conduciendo, sin embargo, su reiterada incidencia a la demencia progresiva de los pacientes.

Hipofisectomía con fosfato crómico radioactivo en el tratamiento del cáncer.—Los autores comunican los primeros resultados obtenidos en pacientes con enfermedades neoplásicas diseminadas por medio de la hipofisectomía con inyección local de fosfato crómico coloidal radioactivo. Este proceder terapéutico fué empleado en tres carcinomas de mama, dos de tiroides y uno de próstata. A todos ellos se les administró cortisona en el postoperatorio para evitar la insuficiencia adrenocortical. Todos los pacientes necesitaban altas dosis de narcóticos para aliviar sus dolores. La recuperación quirúrgica fué excelente en cinco de ellos (el sexto murió de edema agudo de pulmón en el segundo día del postoperatorio), desapareciendo o mejorando notablemente los dolores hasta el punto de que una paciente con cáncer de mama metastático pudo reanudar su actividad ordinaria sin ningún analgésico durante tres meses. Se observó en estos pacientes cierta tendencia a una anemia normocromica y leucopenia, que los autores consideran secundaria a insuficiencia endocrina más que a depresión de la médula ósea.

Efectos del Largactil sobre la espasticidad y electromiograma.—Los autores comunican el efecto del Largactil sobre la espasticidad de 13 pacientes afectados de parálisis de la neurona motora superior. Administrando 50 mg. de Largactil por vía intravenosa se produjo una notable mejoría de la espasticidad en 11 de dichos pacientes, normalizando los reflejos tendinosos, disminuyendo la zona reflexógena y demás signos clínicos y electromiográficos de espasticidad sin afectar a la motilidad voluntaria.

Fenómeno de la mejoría por hiperemia en la esclerosis múltiple.—El autor describe el efecto que las drogas vasodilatadoras tienen sobre los fenómenos vasculares retinianos de los enfermos con esclerosis plaquar. Esta mejoría por hiperemia en la esclerosis en placa se ha demostrado que no es privativa de las lesiones retinianas, y los autores demuestran que gran parte de los fenómenos sintomáticos de 69 pacientes de esclerosis múltiple pudieron mejorar con esta terapéutica vasodilatadora siempre y cuando pulsen síntomas de aparición reciente.

The American Journal of Medicine.

18 - 4 - 1955.

- Mecanismo del dolor en la úlcera péptica. Una réplica. Palmer W.
- * Estudio cuantitativo del gas intrapulmonar en el enfisema. Blair E., Hickam J.
- Aparato para la determinación de la capacidad residual funcional del pulmón mediante el método del circuito abierto. Curtis J., Emanuel D., Rasmussen H.
- Efecto del inhibidor de la anhidrasa carbónica "6063" (Diamox) sobre la respiración y metabolismo electrolítico de los enfermos con ácidos respiratoria. Bell A., Smith C., Andrae E.
- Irrupción espontánea de aire desde los pulmones. I. pneumomediastino. Chapman J. S.
- Recaída después de la resección pulmonar durante un tratamiento prolongado con estreptomina y PAS de la tuberculosis pulmonar. Capel L., Mitchell R.
- * Síndrome de la vena cava superior. Consideraciones terapéuticas. Schechter M. y Ziskind M.
- * Crítica del concepto del síndrome de Bernheim. Selzer A., Bradley H., Willett F.
- * Síndrome de Adams-Stokes. Tratamiento de la asistolia ventricular, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular asociada con bloqueo completo del corazón. Robbin, S., Goldfein, S., Schwartz, M. y Dack, S.

- * Pericarditis recurrente idiopática. Comparación con el síndrome postcoronariotomía. Consideraciones sobre la etiología y tratamiento. Dressler W.
- * Tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda con hemocultivo negativo. Feder I.
- * Enfermos eutiroides con signos oculares precoces de enfermedad de Graves. Su respuesta a la 1-triiodotironina y a la tirotrófina. Werner S. C.
- Relación entre los electrolitos del suero y del l. c. r. en condiciones normales y anormales. Cooper E., Lechner E., Bellet S.
- * Evaluación de la terapéutica del shock después de un infarto agudo de miocardio. Eider y colaboradores.
- * Desórdenes hereditarios hemolíticos asociados con hemoglobinas anormales. Singer K.
- Un caso de dolor persistente en el tobillo a pesar del tratamiento ortopédico adecuado. Clínica sobre problemas psico-somáticos.
- Esfuerzo físico extremo en el calor del verano seguido del colapso, estupor, púrpura ictericia y azotemia. Conferencia clínico-patológica.
- * Cloroma y cloroleucemia. Ross R.
- * Tiroiditis subaguda. Dos casos. Benjamín Z.

Estudio cuantitativo de la mezcla gaseosa intrapulmonar en el enfisema.—Mediante un método sensible de circuito abierto, en el que usan el helio como gas test, los autores estudian la mezcla de gases en el interior de los pulmones de 61 enfermos afectados de enfisema. Comprueban que existe, como ya se había demostrado por otros autores, una defectuosa mezcla de gases en ciertas regiones de los pulmones, que denominan "espacios lentos", encontrando con frecuencia que un volumen pulmonar superior a la mitad del volumen pulmonar total de reposo goza de una ventilación reducida, incluso menor de la décima parte de la ventilación normal. En estos casos la capacidad funcional residual fué de 5 l., o aun más, demostrando la existencia de un volumen total pulmonar muy superior a lo normal. Los autores discuten las posibles consecuencias que pueden deducirse para la fisiopatología del enfisema de estos resultados.

Síndrome de la vena cava superior.—Se estudian 21 enfermos que presentaron en vida obstrucción de la vena superior, 19 de los cuales se estudiaron después también en la necropsia. En la mayor parte de los casos la obstrucción estaba determinada por la infiltración carcinomatosa de la pared de la vena por un carcinoma bronquial. En estos casos el tratamiento quirúrgico no está indicado y la radioterapia y quimioterapia pueden ser útiles por actuar sobre el tumor primitivo e impedir la afectación neoplásica de las venas colaterales. En los casos en los que la obstrucción se debe a una compresión extrínseca, como por ejemplo, por un aneurisma, la extirpación quirúrgica puede conseguir la desaparición del síndrome, a menos que existiera obstrucción trombótica secundaria del vaso. En cualquier caso se puede evolucionar a la mejoría progresiva del síndrome por formación de colaterales.

Crítica del concepto del síndrome de Bernheim.—Se comunica el caso de un hipertenso con cardiopatía coronaria que presentaba un síndrome de insuficiencia congestiva sin haber nunca padecido disnea, ortopnea ni congestión pulmonar, y en cuya autopsia se encontró un septo interventricular desviado a la derecha, hasta el punto de estenotar el ventrículo derecho. Presentaba, pues, todos los datos del síndrome de Bernheim, pero, sin embargo, los estudios hemodinámicos revelaron la existencia de insuficiencia ventricular izquierda, hipertensión pulmonar y fracaso del ventrículo derecho. Basándose en estos hallazgos, y en datos experimentales y anatomopatológicos, los autores niegan la existencia real de dicho síndrome y piensan que estos casos son simplemente ejemplos de insuficiencia cardíaca en los cuales la disnea y otros síntomas de congestión pulmonar son poco intensos.

Síndrome de Adams-Stokes.—Se comunican las historias de cuatro casos de este síndrome como ejemplos de los dos tipos diferentes del mismo: el debido a parada ventricular y el originado por taquicardia extrema o fibrilación ventricular.

Hasta ahora se ha aceptado que la adrenalina era el tratamiento de elección en los casos pertenecientes al

primer grupo, estando contraindicada en los casos de taquicardia ventricular. En estos casos, el fármaco de elección es la quinidina o el pronestyl. Sin embargo, tanto la adrenalina como la quinidina o el pronestyl pueden ser peligrosos, especialmente cuando estas dos últimas drogas se emplean en casos de taquicardia ventricular asociada a bloqueo cardíaco completo. Entonces pueden dar lugar a fibrilación ventricular. Por esta razón, es muy importante el haberse demostrado que la isopropil-nor-adrenalina, o isuprel, está desprovista de los peligros de las otras drogas, pudiendo emplearse en los casos en que exista duda acerca del mecanismo real de producción del síndrome de Stokes-Adams, a la dosis sublingual de 10-15 mg., 4-5 veces al día, o mayor. Los autores comprueban en dos de sus casos los efectos satisfactorios obtenidos con este medicamento.

Pericarditis recurrente idiopática.—Se comparan las manifestaciones clínicas observadas en 12 enfermos de pericarditis idiopática recurrente (que presentan un total de 42 episodios agudos) con las de 74 enfermos de síndrome postcomisurotomía (que presentaron 72 ataques en total), señalando el parecido existente entre ambos síndromes. En ambos existe pericarditis y también frecuentemente pleuresía, neumonitis y miocarditis (con ritmo de galope, dilatación cardíaca, fibrilación auricular transitorio e insuficiencia cardíaca). La fiebre y el dolor de tipo pleuropericárdico es similar en ambos grupos de enfermos, así como también la tendencia a las recidivas y el pronóstico benigno. Como actualmente se piensa que el síndrome postcomisurotomía es de etiología reumática, el autor cree que la pericarditis idiopática responde a la misma causa, basándose para ello en el parecido clínico entre los dos síndromes, la presencia frecuente de otros síntomas reumáticos en los casos de pericarditis idiopática (presentes en los dos tercios de sus casos) y en el efecto beneficioso proporcionado por los salicilatos en estos enfermos. La pericarditis idiopática recurrente se da predominantemente en los adultos y es bien conocido el hecho de ser la fiebre reumática de características atípicas cuando recae en esta edad.

Tratamiento de la endocarditis bacteriana subaguda con hemocultivos negativos.—La concentración más rápidamente bactericida de penicilina es por regla general dos a diez veces superior a la concentración que inhibe el crecimiento de los gérmenes en la placa de cultivo. Como la mitad de la penicilina circulante va unida a las proteínas plasmáticas, la concentración de la penicilina en el foco tisular, esto es, la que ha difundido hasta él, es sólo la mitad de la concentración sérica. Por esta razón la concentración sérica de penicilina debe ser 5-20 veces superior a la necesaria para inhibir "in vitro" el crecimiento del germen. Pero, además, KEEFER ha demostrado que la difusión de la penicilina a través de las vegetaciones endocárdicas se halla disminuida por la capa de fibrina que recubre a los gérmenes y, por tanto, en términos generales debe obtenerse una concentración sérica de penicilina que sea diez veces superior a la necesaria para inhibir el crecimiento en la placa de cultivo. Por esta razón, el autor emplea dosis muy altas de penicilina, especialmente en aquellos casos en los que el hemocultivo resulta negativo. Comienza administrando 10 millones de unidades por vía intravenosa disueltos en un litro de glucosa al 5 por 100 en agua, al cual se añaden 10 mg. de heparina para impedir la trombosis en el sitio de la inyección. Ocasionalmente se administra además Benemid y estreptomycin. A las 48-72 horas la fiebre desciende y los hemocultivos se tornan negativos. Si fueron negativos desde el principio, prolonga la infusión continua intravenosa de penicilina durante unas cinco semanas. Si la temperatura no se normaliza a las 48-72 horas, duplica la dosis de penicilina y administra simultáneamente Benemid. Si la mejoría no es satisfactoria totalmente se añade al tratamiento una mezcla de tres sulfonamidas, y si no se aprecia ningún resultado se suspende el tratamiento y se comienza de nuevo con otros antibióticos. Se des-

criben las historias de tres casos así tratados, en los que se obtuvo la curación, permaneciendo bien después de cuatro meses a dos años.

Enfermos eutiroides con signos oculares precoces de enfermedad de Graves.—Estudia el autor 10 enfermos que presentando los signos oculares propios del hipertiroidismo tenían normales todas las pruebas de función tiroidea. En ellos estudió la toma de iodo radioactivo por el tiroides antes y después de la administración de triiodotironina, y antes y después de la administración de tirotrofina. Esta prueba descrita por el autor se manifiesta en los normales como un aumento en la toma de iodo radioactivo después de la tirotrofina y como una disminución después de la triiodotironina y no varía en cambio en los hipertiroides. En los 10 enfermos estudiados la respuesta a la triiodotironina y a la tirotrofina fué igual a la encontrada en los hipertiroides, por lo cual el autor piensa que dichos enfermos eran realmente hipertiroides.

Evaluación de la terapéutica del shock después de un infarto agudo de miocardio.—Partiendo de la base de que es necesario un criterio uniforme para clasificar los enfermos de infarto con shock, con el objeto de valorar el efecto conseguido por los distintos métodos terapéuticos, se analizan los resultados obtenidos en un grupo de 82 enfermos, de los cuales 22 fueron tratados con morfina, oxígeno y otras medidas generales y 35 con plasma o sangre intravenosa o intraarterialmente con neosinefrina, metoxamina o efedrina. Los restantes 32 enfermos fueron tratados con levarterenol en infusión intravenosa gota a gota como método principal. De este estudio concluyen que la administración de levarterenol es el proceder de elección en los casos de shock por infarto de miocardio, sin que la transfusión intravenosa ni intraarterial reduzca la mortalidad en los casos de shock severo.

Desórdenes hemolíticos hereditarios asociados a la presencia de hemoglobinas anormales.—Desde el descubrimiento fundamental de PAULING de que el fenómeno de la drepanocitosis se producía por la existencia en los hematíes de una Hb. anormal (Hb. S), se han descubierto otros tipos de hemoglobinas anormales que corresponden a otros tantos tipos de procesos hemolíticos. Los procedimientos para diferenciar unos de otros estos distintos tipos de Hb. consisten en el estudio electroforético fundamentalmente, y además en la resistencia a ser desnaturalizada la Hb. por los álcalis, solubilidad y formación de tactoides, diferencias espectroscópicas y otros menos importantes. Así es como se ha podido demostrar la existencia de los siguientes tipos de Hb.: Hb. normal del adulto (Hb. A); hemoglobinemia fetal (Hb. F), presente en la drepanocitosis, en la anemia de Cooley y en otras anemias hemolíticas; la Hb. de la drepanocitosis, o Hb. S, que puede darse en forma homocigótica o en forma heterocigótica, resultando entonces un estigma hereditario sin anemia cuando coincide con la Hb. A, o procesos hemolíticos menos graves cuando coincide con otras Hb. anormales (S-C, S-talasemia y S-D); Hb. C, que puede presentarse también en forma pura, homocigótica (C-C), o bien en forma heterocigótica (C-A, C-S y C-talasemia); Hb. D, que se ha observado en casos en que coincide con la Hb. S (enfermedad Sickle-Hb. D) o con la A (D-trait) y Hb. E, que puede darse en forma pura o (E-E) o en combinación con otras Hb. (E-A, E-trait y E-talasemia). Finalmente, el autor ha denominado con el nombre de Hb. M. a la existente en los hematíes de los enfermos afectos del proceso descrito por HORLEIN y WEBER con el nombre de methemoglobinemia hereditaria.

Cloroma y cloroleucemia.—Se denomina cloroma a un tumor de coloración verdosa localizado en la región subperiosteal de los huesos, especialmente en los que forma la órbita, que suele asociarse a un proceso leucémico (leucemia aguda monocítica o mieloide). Junto a la sintomatología propia del proceso leucémico suele existir exoftalmos, adenopatías y anemia intensa, afec-

tándose por el proceso no sólo los huesos del cráneo, sino también el esternón, costillas, vértebras, senos paranasales y no raramente los huesos largos. Se revisa la literatura sobre el cloroma, señalando la falta de conocimiento que actualmente tenemos sobre el origen del color verde de la tumoración. Ultimamente se piensa que se debe a una porfirina íntimamente asociada al citocromo, consecuencia de un trastorno en las células del cloroma en la síntesis del citocromo. Se describe la historia de un caso que padecía una cloroleucemia monocítica.

Tiroiditis subaguda.—Se estudian dos casos de tiroiditis subaguda que se había manifestado clínicamente por el cuadro clásico de dolor de garganta, irradiado a los oídos, y aumento discreto del tiroides, con cefalea, malestar general y fiebre. En estos casos el tratamiento cortisónico suele ser de excelentes resultados: en uno de los casos del autor así sucedió, pero en el segundo no se obtuvieron efectos apreciables con la cortisona y fué necesario recurrir a la radioterapia.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 4 - 1955.

Mensaje inaugural. E. J. Donovan.
Mensaje del presidente saliente. A. T. Martin.
Citación y presentación de la Medalla Académica a A. O. Whipple. E. J. Donovan.
Cerca del control de la poliomiéltis por métodos inmunológicos. T. Francis.
Introducción sobre la presentación de la XXI Middleton Goldsmith Lecture. C. T. Olcott.
Patogenia, anatomopatología celular y nomenclatura de la enfermedad. E. L. Opie.

The Practitioner.

173 - 1.035 (septiembre) - 1954.

Sobre el "sentirse mal del hígado". A. Abrahams.
Hepatitis infecciosa. C. Wilson.
Ictericia en el recién nacido. A. V. Neale.
* El problema de la colecistitis. C. Hardwick.
* Amebias del hígado. W. H. Hargreaves.
* Tumores del páncreas. K. Blanck.
Diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas en la práctica general. J. Gould.
Diferenciación clínica de los ritmos cardíacos anormales. R. J. Vakil.
Viomicina. J. V. Hurford.

El problema de la colecistitis.—El autor pasa revista a los distintos procesos que se pueden confundir con una colecistopatía y originar dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Estos son las enfermedades duodenales atípicas, la pancreatitis recurrente, la apendicitis crónica y alteraciones de tipo funcional; menos frecuentemente algunos procesos renales, el absceso amebiano de hígado y algunos procesos de la base del pulmón derecho. Considera que, en ausencia de cálculos, raramente es la vesícula causa del dolor de esta localización.

Tumores del páncreas.—Los enfermos con tumores del páncreas raramente sobreviven más de seis u ocho meses desde que se diagnostican. La cirugía sólo puede ser algo más que paliativa cuando el diagnóstico es precoz. Se suele presentar dolor abdominal alto, en la espalda, anorexia, pérdida de peso y, a veces, ictericia. Nos dará la pista diagnóstica los ataques de hipoglucemia, que se pueden presentar con sintomatología muy variada algunas horas después de las comidas y se alivian con la ingestión de carbohidratos.

173 - 1.036 (octubre) - 1954.

Avances en medicina. E. J. Wine.
Avances en cirugía. D. H. Patey.
Avances en obstetricia y ginecología. B. Tenney.
Avances en pediatría. J. Craig.
Avances en el tratamiento de las enfermedades de la piel. H. R. Vickers.
Avances en cardiología. I. G. W. Hill.
Avances en el tratamiento de las enfermedades de la sangre. L. J. Witts.

Avances en neurología. D. Williams.
Avances en oftalmología. A. McKie Reid.
Avances en el tratamiento de las enfermedades del oído, nariz y garganta. F. C. W. Capps.
Avances en las inoculaciones preventivas. H. J. Parish.
Avances en la anestesia. F. T. Evans.
Avances en el tratamiento de las enfermedades tropicales. A. W. Woodruff.
Avances en cirugía torácica. T. Holmes Sellers.
Avances en ortopedia. B. McFarland.
Avances en la práctica general. G. O. Barber.
Agentes antimicrobianos en cirugía general. J. E. Dunphi.

British Medical Journal.

4.913 - 5 de marzo de 1955

* Tratamiento de la fiebre reumática aguda en niños. Joint Rep. del M. R. C. y Am. Herat Ass.
* Bloqueo aurículoventricular y volumen cardíaco de expulsión. J. H. Burn, E. M. V. Williams y J. M. Walker.
Toxoplasmosis adquirida. J. K. A. Beverley, E. Skipper y S. C. Marshall.
Anticolinesterásicos y relajantes musculares. B. G. B. Lucas y S. Miles.
Hidronefrosis familiar. R. B. Raffle.
Un caso raro de parálisis general juvenil. M. L. E. Espir y C. W. M. Whitty.
Shock anafiláctico como complicación de la terapéutica con coma insulínico. C. Rose y J. Barron.
Determinación de la hidrazida del ácido isonicotínico en el suero sanguíneo y líquido cefalorraquídeo. G. Hunter.
Retraso en el paso de un tubo de Ryle ingerido accidentalmente. W. Wilson.
Necrosis cálcica profesional de la piel. P. H. Nash.

Tratamiento de la fiebre reumática aguda en niños.—Seis centros del Reino Unido, cinco de los Estados Unidos y uno del Canadá han colaborado en un ensayo sobre los méritos relativos de la ACTH, cortisona y aspirina en el tratamiento de la fiebre reumática aguda y la prevención de la cardiopatía reumática. El presente trabajo se refiere a niños menores de dieciséis años y compara los efectos de las tres drogas sobre el curso agudo de la enfermedad y sobre la persistencia y desarrollo de la cardiopatía reumática en el año subsiguiente. Presentan los protocolos de 497 enfermos. Cada tratamiento se dió durante seis semanas y se realizaron exámenes ulteriores a intervalos variables, llegándose a un examen final a las 61 semanas desde el comienzo del tratamiento. En el 51 por 100 de los enfermos se comenzó el tratamiento a los catorce días del comienzo del ataque; en aproximadamente las dos terceras partes no había historia de ataque previo o evidencia de cardiopatía reumática preexistente. Los tres grupos contruidos al azar sobre la base del tratamiento con ACTH (162 casos), cortisona (167 casos) y aspirina (168 casos) eran notablemente similares en la mayoría de los aspectos al comienzo del ensayo. Se valoraron los resultados de los tratamientos en relación con manifestaciones separadas de la enfermedad, principalmente la temperatura, ritmo del pulso durante el sueño, velocidad de eritrosedimentación, afectación articular, corea, eritema marginado, nódulos y aspectos del estado corazón como tamaño, conducción aurículoventricular, soplos y, en particular, aquellos que indica ya una enfermedad seria como la insuficiencia congestiva y la pericarditis. No se ha obtenido evidencia de que cualquiera de los tres agentes ocasionara una terminación uniforme de la enfermedad y en todos los tratamientos algunos enfermos desarrollaron manifestaciones floridas durante los mismos. El tratamiento con una de ambas hormonas motivó un control más rápido de ciertas manifestaciones agudas, pero esta desaparición más rápida se equilibraba por una mayor tendencia para la reaparición de las manifestaciones agudas en un período limitado después de suspender el tratamiento. La terapéutica hormonal consiguió también una desaparición más rápida de los nódulos y de los soplos sistólicos suaves apicales. Al cabo de un año no se vieron diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento en cuanto al estado del corazón. Durante el período del tratamiento, y la observación en el espacio de un año, se vieron sólo seis muertes entre los 497 casos menores de dieciséis años seleccionados para este estudio.

Bloqueo auriculoventricular y volumen cardíaco de expulsión.—Los autores han realizado un estudio sobre el efecto de la aceleración del ritmo por estimulación eléctrica del ventrículo y sobre el volumen cardíaco de expulsión en el preparado corazón-pulmón. Conforme aumentaba el ritmo de estimulación, también aumentaba el ritmo ventricular, descendiendo el volumen de expulsión; en algunos preparados el volumen cayó a 0. Entonces aparecía el bloqueo, viéndose que algunas contracciones auriculares no se transmitían a los ventrículos y entonces el volumen de expulsión aumentaba rápidamente. Acelerando el ritmo de estimulación aumentaba progresivamente el bloqueo hasta que se hace 2:1, en cuyo punto se detuvo, haciéndose muy rara vez superior a ritmos de 550 por minuto. Durante el período consecutivo al comienzo del bloqueo se mantuvo bien el volumen de expulsión. El bloqueo actúa como un mecanismo por el cual se controla el ritmo ventricular y se mantiene el volumen cardíaco de expulsión y no constituye necesariamente un signo de empeoramiento de la función cardíaca. En experimentos en los que se hizo una infusión con acetilcolina, la estimulación provocó una aceleración ventricular y el comienzo de ésta originó un aumento en el volumen de expulsión.

4.914 - 12 de marzo de 1955

- Medicina en relación con la sociedad. A. E. Clark-Kennedy.
El retraso del enfermo canceroso en ser estudiado. J. Aitken-Swan y R. Paterson.
Detección precoz del cáncer y educación. J. Walter y E. C. Atkinson.
* Progresos recientes en el tratamiento del absceso cerebral. W. Lewin.
* Ulceras crónicas de la pierna en la púrpura no trombocitopénica. A. R. Horler y S. C. Truelove.
Depresión recidivante postpuerperal. A. B. Hegarty.
* Déficit de alfa-protromboplastina (hemofilia) de diferentes grados en una madre y su hijo. P. Fantl y J. Margolis.
Epididimitis no tuberculosa y tuberculosa. D. Messent y R. Schackman.
Erupción purpúrea medicamentosa originada por el carbromal. P. Borrie.
Hematemesis paradójica en la atresia esofágica. E. R. Lecutier.
Un caso de melanoma maligno y embarazo. H. Stewart.
Hipoglicemia en el alcoholismo crónico. J. S. Taylors.

Progresos recientes en el tratamiento del absceso cerebral.—Señala el autor que el advenimiento de los antibióticos, el reconocimiento más perfecto de los signos precoces de la infección intracraneal y el empleo de los métodos clásicos de investigación como la angiografía y electroencefalografía, han contribuido a mejorar los resultados en el tratamiento del absceso cerebral. Refiere 36 casos observados en los últimos cuatro años, donde hubo siete muertes, una mortalidad del 19,4 por 100. Añade que, sin embargo, la prevención es mejor que la curación y en este respecto subraya las diferentes guías por lo que esto puede lograrse. La aspiración intermitente del absceso combinada con antibióticos locales y generales, habitualmente penicilina, es lo que debe recomendarse como tratamiento de elección en el estadio agudo, pero en ciertos casos puede requerirse la descompresión. Discute también las indicaciones para la excisión del absceso, tanto en el estadio agudo como en el tardío. Los métodos conocidos de investigación son útiles tanto para el diagnóstico diferencial como para el tratamiento del absceso cerebral, pero es prudente recordar que en algunos casos los resultados son más bien equívocos y que frente a una infección intracraneal es esencial una apreciación clínica sensata del caso. Subraya que quedan por lo menos dos grandes problemas para estudio ulterior. Uno es el tratamiento del absceso metastásico, especialmente el del tórax, frecuentemente múltiples, a menudo multiloculares, no fáciles de diagnosticar o localizar ni necesariamente presentados en sitios accesibles fácilmente al cirujano, continúa suponiendo una gran dificultad para el cirujano. El otro problema es la alta incidencia de epilepsia (45 por 100) entre los supervivientes de abscesos cerebrales; puede ser que su incidencia en el futuro descienda con la mejoría de los métodos de tratamiento en el estadio

agudo, pero las posibilidades de excisión quirúrgica con la ayuda de la electrocortografía, particularmente en la región frontal, merecen una atención ulterior. Termina diciendo que los recientes avances en el tratamiento del absceso cerebral deben constituir un estímulo para disminuir la mortalidad aún más y mejorar la cualidad de los resultados.

Ulceras crónicas de la pierna en la púrpura no trombocitopénica.—Los autores describen 3 casos con úlceras de las piernas coincidiendo con púrpura no trombocitopénica. La etiología de la púrpura era diferente en los 3 casos, puesto que uno era un ejemplo clásico del tipo de Schönlein-Henoch, otro una púrpura tóxica presumiblemente debida a la fenilbutazona y el restante posiblemente una manifestación de un estado alérgico oscuro.

Déficit de alfa-protromboplastina (hemofilia) del diferente grado en una madre y su hijo.—Los autores han observado una madre con tendencia hemorrágica congénita, de intensidad moderada, en la que pudo demostrarse que se debía a un déficit parcial de alfa-protromboplastina en su sangre. La hija no tenía tendencia hemorrágica, pero el hijo la mostraba muy intensa; la sangre de este último estaba completamente carente de alfa-protromboplastina.

4.915 - 15 de marzo de 1955

- Exanguinotransfusión en la enfermedad hemolítica del recién nacido. W. Walker y G. A. Neligan.
Estudio de la acción de cloruro de triciclamol. P. Aylett y A. H. Douthwaite.
* Efectos de la maniobra de Valsalva sobre la circulación normal e insuficiente. E. P. Sharpey-Schafer.
* Pulso venoso en el defecto del septo auricular: Un signo clínico. J. Reinhold.
Fracturas del cuello del fémur. I. M. Stewart.
Sulfamoglobinemia. T. B. Begg.
Aumento de la velocidad de sedimentación a temperatura baja de laboratorio. K. D. Gupta.
Dolor lumbar bajo tratado por manipulación. A. B. Coyer y I. H. M. Curwen.
Amiotrofia debida a hipoglicemia. C. J. Williams.
* Síndrome de Foster Kennedy producido por nódulos mielomatosos en el cráneo. W. K. Morgan.

Efectos de la maniobra de Valsalva sobre la circulación normal e insuficiente.—Señala el autor que la maniobra de Valsalva origina una reducción aguda en la presión efectiva de plenificación del corazón y la ha utilizado para estudiar la circulación en 62 sujetos normales y 63 enfermos con insuficiencia cardíaca. Los registros arteriales continuos mostraron diferencias evidentes en los dos grupos. En los sujetos normales el descenso en la presión del pulso arterial se siguió de un aumento de la presión diastólica; en el corazón insuficiente no hubo generalmente cambios en la presión del pulso y tampoco aumento de la presión diastólica. En los restantes casos graves la presión del pulso aumentó y se siguió de un descenso en la presión diastólica. Los resultados en sujetos normales y en insuficiencia cardíaca son compatibles con la teoría general de las respuestas baroreceptoras a las alteraciones agudas de la presión del pulso; así, la disminución de la presión del pulso se sigue de vasoconstricción y el aumento de la presión del pulso de vasodilatación. La no alteración de la presión del pulso no tiene efecto periféricamente. La maniobra de Valsalva, según el autor, parece ser el método más sencillo utilizable por el momento con el fin de estudiar las diferencias entre la circulación normal y desfallecimiento y puede utilizarse clínicamente por la apreciación del pulso.

Pulso venoso en el defecto del septo auricular.—Declaran los autores que la inspección de las venas del cuello en niños con defecto septal auricular revela una presión venosa aumentada y la exageración de una de las ondas del pulso venoso; la auscultación simultánea identifica esta gran onda, por sus relaciones en el tiempo con el segundo tono cardíaco, como la onda v. Cuando existe hipertensión pulmonar en estos enfermos también la onda se hace mayor que lo normal. El registro

del pulso venoso en 25 enfermos con defecto septal auricular comparado con el de 16 niños normales ha confirmado estos hallazgos; también ha demostrado que hay una exageración del colapso sistólico normal en estos enfermos y ello contribuye a la prominencia de la gran onda v. Han realizado un intento para explicar la hemodinámica de estas alteraciones en el pulso venoso y creen que la gran onda v en el defecto septal auricular es un signo clínico útil, particularmente para diferenciar este proceso de la estenosis pulmonar.

Síndrome de Foster Kennedy producido por nódulos mielomatosos en el cráneo.—El autor describe un caso de mielomatosis con numerosos nódulos en el cráneo, curiosamente presentado en un hombre de 34 años. La peculiaridad del caso estribaba además en que se presentó un síndrome de Foster Kennedy con anosmia, atrofia óptica primaria y papiloedema contralateral; para que el síndrome fuera completo faltaba el escotoma central.

4.916 - 26 de marzo de 1955

- * Factores ambientales en el cáncer cervical. E. L. Wynder.
- * Fenómenos psíquicos en la epilepsia del lóbulo temporal y las psicosis. S. Karagulla y E. E. Robertson.
- * Dolor crónico en la fosa ilíaca derecha. S. H. Wass.
- * Osteoartropatía hipertrófica generalizada en asociación con carcinoma bronquial. T. Semple y R. A. McCluskie.
- * Carcinoma del bronquio asociado con tuberculosis pulmonar activa. A. Sakula.
- * Ictiosis adquirida en la enfermedad de Hodgkin. I. B. Sneddon.
- * Fibroelastosis fetal. J. F. Horley.
- * Algunos efectos del escaló a grandes altitudes. D. S. Matthews, B. P. Tribedi, A. R. Roy, R. Chatterjee y A. Ghosal.
- * Dermatomiositis. H. G. Smith.
- * Eosinofilia pulmonar tropical en un africano oriental. O. A. Finn.

Fenómenos psíquicos en la epilepsia temporal y las psicosis.—Los autores han realizado una comparación entre ciertos fenómenos alucinatorios o, mejor dicho, el modo de percibir los enfermos ciertos fenómenos alucinatorios en la epilepsia temporal y en la esquizofrenia. La definición popular actual de una alucinación, que implica la localización de la percepción anormal externa asimismo, es criticada por los autores, mostrándose conformes en que las percepciones internas anormales pueden también incluirse bajo el nombre de aluciones; sin embargo, esta designación carece de precisión y es de esperar que en el futuro se formulen términos más precisos para cubrir las diferentes variedades de la percepción anormal. Describen cinco casos de epilepsia temporal en los que la descarga epiléptica evocaba, respectivamente: a) Pensamientos mal definidos o "amorosos". b) Ideas formuladas o "cristalizadas". c) Una voz localizada en la cabeza. d) Una voz localizada en el abdomen; y e) Una voz oída del medio externo; la estimulación cortical reprodujo los fenómenos a, b y c; tabulan brevemente gradaciones similares en este tipo de experiencia alucinatoria, obtenida por el interrogatorio de enfermos que padecen de esquizofrenia. Asimismo describen cuatro casos de alucinaciones visuales en la epilepsia temporal; en dos de ellos la experiencia visual fué acaparada en la mente del enfermo y en el tercero se sobreimpuso por el medio externo (esta última se reprodujo por estimulación cortical). En un cuarto caso el enfermo experimentaba la transformación de todas sus ideas en imágenes externas vividas, lo que supone cierta analogía con el fenómeno bien conocido de "eco del pensamiento" que se observa en la esquizofrenia. Piensan que estas diversas gradaciones de las "ideas" a las alucinaciones externas auditivas y visuales representan modos diferentes de percibir derivados anormales del pensamiento o alucinaciones del pensamiento; como parte del pensamiento normal consiste en la evocación de las imágenes visuales y de las palabras, arguyen que una alución del pensamiento pueden presentarse bien como "pensamiento" o como una imagen visual o verbal de diferentes grados de intensidad. El hallazgo de que la descarga epiléptica y la estimulación cortical pueden evocar gradaciones en la experiencia alucinatoria similar a lo que se encuentra en

la esquizofrenia, sugiere que esta última enfermedad puede tener también una base neurofisiológica.

Osteoartropatía hipertrófica generalizada en asociación con carcinoma bronquial.—Señalan los autores que el carcinoma bronquial debe señalarse ahora como la causa principal de la osteoartropatía pulmonar hipertrófica generalizada y en este sentido presenta una revisión de 24 enfermos con este síndrome observados durante los últimos siete años. Revisan la patogenia de la osteoartropatía a la luz de sus estudios clínicos, trabajo experimental anterior y la "curación" dramática e invariable que sigue a la extirpación del tumor. Subraya que tales enfermos son tratados frecuentemente por reumatismo o artritis reumatoide durante varios meses y pueden llegar a quedar invalidados en cama antes de que se sospeche la presencia de un tumor pulmonar silente. Se sometieron a la resección pulmonar 15 enfermos, de los sólo cuatro sobreviven. Termina diciendo que los resultados operatorios en este tipo de tumor deben mejorar en cuanto se aprecia debidamente la significación de tales síntomas articulares.

Carcinoma bronquial asociado con tuberculosis pulmonar activa.—El autor describe 6 casos en los que el carcinoma del bronquio se asociaba con una tuberculosis pulmonar activa en hombres de más de cuarenta años. En tres de ellos se desarrolló el carcinoma insidiosamente en casos conocidos de tuberculosis pulmonar crónica y en los otros tres el carcinoma del bronquio se complicó por la presencia de una tuberculosis pulmonar activa. Discuten las interrelaciones de las dos enfermedades y los problemas de su diagnóstico, presentando la incidencia de las dos enfermedades cuando concurren, y sugieren que posiblemente esta asociación se vaya encontrando ahora con mayor frecuencia que anteriormente.

Fibroelastosis fetal.—El autor presenta 3 casos de fibroelastosis acompañada de estenosis o atresia de la aorta. Añade que el estudio de estos casos y de otros publicados en la literatura demuestra que la fibroelastosis en el primer año de la vida puede dividirse claramente en dos grupos, para los cuales sugiere los términos de fibroelastosis fetal e infantil. La primera, que se manifiesta al nacimiento, se caracteriza por la muerte precoz, estenosis aórtica, hipoplasia ventricular izquierda e hipertrofia ventricular derecha. La segunda, habitualmente no descubierta hasta los tres o más meses de edad, no presenta defectos valvulares y muestra un aumento muy considerable en el peso del corazón, debido a la gran hipertrofia ventricular izquierda. Sobre base morfológica, la anoxia del músculo cardíaco durante el desarrollo del corazón ofrece la explicación más aceptable de las alteraciones que se encuentran en el examen postmortem en la fibroelastosis fetal infantil. Termina discutiendo la conexión entre ambos tipos de fibroelastosis y la esclerosis endocárdica que se encuentra en los adultos.

The Lancet.

6.852 - 5 de marzo de 1955

- La patología de la rehabilitación. P. B. S. Fowler.
- * Las arterias digitales de las manos en la enfermedad de Raynaud. R. B. Lynn, R. E. Steiner y F. A. K. Van Wyk.
- * Neuropatía en la diabetes mellitus. J. D. Matthews.
- * Hidrocortisona en las lesiones de los tejidos blancos. E. J. Crisp y P. H. Kendall.
- Ligadura de la vena poplítea para las úlceras de la pierna. H. D. Moore.
- Fosfato de estilbestrol y carcinoma prostático. D. Brandes y G. H. Bourne.
- Aneurisma disecante de la aorta. A. P. Thomson y F. G. W. Marson.
- * Un caso de sarcoidosis y tres casos de tuberculosis atípica en una familia. D. Van Zwanenberg y M. Barry.
- Embolia gaseosa fatal asociada con ruptura del útero. J. W. F. Scrimgeour y J. E. Carrick.
- Hidrotórax complicando a la ascitis. P. A. Emerson y J. H. Davies.
- * Efecto hipoglucémico del BAL en enfermos quemados y en diabéticos con hiperglicemia resistente a la insulina. W. J. H. Butterfield.

Las arterias digitales de las manos en la enfermedad de Raynaud.—Los autores han realizado arteriogramas de las arterias digitales de las manos en 23 enfermos que presentaban espasmos y alteraciones de color de los dedos con carácter intermitente. A juzgar por sus resultados distinguen dos grupos de enfermos: 1) Los que muestran arterias digitales anatómicamente normales; y 2) Aquellos con obliteración de las arterias digitales. Estos dos grupos son clínicamente separables, puesto que los que muestran obliteración arterial presentan alteraciones nutritivas en los dedos. Añaden que el término de fenómenos de Raynaud debe conservarse para designar el espasmo intermitente de las arterias digitales sin complicación clínica y con un aspecto arteriográfico normal de dichas arterias. Por último, subrayan que el término de "enfermedad trombótica de las arterias digitales" es más expresivo cuando existen alteraciones nutritivas locales y hay evidencia arteriográfica de obliteración de las arterias digitales.

Neuropatía en la diabetes mellitus.—El autor ha encontrado signos de neuropatía en el 37 por 100 de 545 diabéticos. La incidencia de neuropatía estaba en relación con la edad del enfermo, la duración, intensidad y control de la diabetes, y con la coexistencia de enfermedad vascular. Subraya que el control defectuoso es el factor más importante en el desarrollo de la neuropatía en la diabetes: el 64 por 100 de 237 enfermos con mal control tenía neuropatía, mientras que sólo la presentaba el 17 por 100 de 308 enfermos con control adecuado; y el 89 por 100 de 55 enfermos con edad inferior a los 50 años que mostraban neuropatía, en los cuales era inverosímil la existencia de una neuropatía senil, estaban también mal controlados. Pone de manifiesto argumentos que demuestran que la neuropatía en los diabéticos no está causada por un déficit en vitamina B₁₂ o por enfermedad vascular de los vasa nervorum y que la neuropatía se debe probablemente al trastorno del metabolismo que existe en la diabetes.

Hidrocortisona en las lesiones de los tejidos blandos. Los autores han tratado con hidrocortisona 209 casos de lesiones de los tejidos blandos por medio de inyecciones locales. Este tratamiento provocó una resolución completa de los síntomas en el 80 por 100 de los casos y fué eficaz en el 10 por 100. Se apreció un promedio de recidivas del 10 por 100 durante una revisión de nueve meses y la mayoría de las recidivas se presentaron en los tres primeros meses. Termina diciendo que la combinación con la hidrocortisona de procaína al 2 por 100 y hialuronidasa ha demostrado en sus manos ser una adición de gran utilidad.

Un caso de sarcoidosis y tres de tuberculosis atípica en una familia.—Los autores han podido examinar a cuatro hermanos, de un total de siete, de los cuales tres semejaban una sarcoidosis y en otro se demostró histológicamente esta enfermedad. En tres de los casos la prueba de Mantoux fué negativa con 100 unidades de tuberculina y en ninguno de los cuatro se encontraron células gigantes o bacilos tuberculosos. Curiosamente, el caso que más beneficio obtuvo de la quimioterapia antituberculosa fué el de la sarcoidosis confirmada. A su juicio, parece razonable sugerir que la presentación de cuatro casos similares en hermanos se debía a una infección por el mismo agente etiológico. Si la tuberculosis era responsable, las lesiones en los hermanos podían ser transicionales entre la sarcoidosis y la tuberculosis.

Efecto hipoglicémico de Bal en enfermos quemados y en diabéticos con hiperglicemia resistente a la insulina. Se ocupa en primer lugar el autor de la observación de 15 enfermos con quemaduras e hiperglicemia. Al lado del estudio de la tolerancia a la glucosa, y a la glucosa con insulina, determina también las cifras de cetoácidos en sangre. Al parecer, la resistencia a la insulina del estado diabético de los quemados es más pronunciada en las tres primeras semanas después de la injuria y

menos desde la tercera a la trece semanas, y que la diabetes se hace insensible si dura más de trece semanas; este último hallazgo puede relacionarse con la lesión observada en las células beta del páncreas de animales hechos diabéticos por una hiperglicemia mantenida. Las cifras de cetoácidos en los quemados con hiperglicemia estaban aumentadas, modificándose después de la administración de glucosa sola o con insulina. Estos hallazgos hacen verosímil que el trastorno del metabolismo hidrocarbonado se asocia con un defecto en algún punto distinto o añadido a las reacciones iniciales en el momento donde la glucosa penetra en el metabolismo celular. Se ha sugerido que los efectos de la actividad corticosuprarrenal aumentada en los animales puede estar en relación con un metabolismo tióico alterado, y como varios sistemas enzimáticos con grupo SH intervienen en la glicolisis y el ciclo de Krebs, ha decidido estudiar el efecto del BAL, otro compuesto SH, sobre la tolerancia a la glucosa de los enfermos quemados con tratamiento corriente o con ACTH. La administración de 250 mg. de BAL mejora ligeramente la tolerancia a la glucosa en la fase precoz, de gran resistencia a la insulina, y al tiempo aumentan ligeramente las cifras de cetoácidos en sangre. En los diabéticos resistentes a la insulina hace un tratamiento similar con BAL y llega a la conclusión de que esta droga, en conjunción con la insulina, puede mejorar la tolerancia a la glucosa, especialmente en enfermos con grandes necesidades de insulina que sugieren una resistencia a la misma. En los dos estudios realizados no se ha visto evidencia de laboratorio de depresión concomitante de la actividad corticosuprarrenal. La intensidad de la glucosuria durante el período control no se mostró tan estrechamente relacionada con el efecto del BAL como con las necesidades de insulina del enfermo. Está ahora realizando intentos para analizar el trastorno en el metabolismo de la glucosa que puede corregirse por el BAL.

6.863 - 12 de marzo de 1955.

- Salud mental y valores espirituales. G. Vickers.
Efectos de la aterosclerosis sobre la circulación coronaria. J. B. Duguid y W. B. Robertson.
* Tratamiento de la disentería amebiana crónica con antibióticos en combinación con otras drogas. I. Singh.
Frenillo congénitamente corto del labio superior y lengua. M. C. Oldfield.
Parálisis del nervio mediano asociada con infecciones agudas de al mano. D. Bailey y J. F. B. Carter.
* El metabolismo basal durante el sueño. R. Fraser y R. E. C. Nordin.
Ruptura de las heridas de laparotomía. A. Standeven.
Infección con *Cryptococcus neoformans* en el hombre. A. Beck, M. W. Hutchinson, A. R. Makey e I. M. Tuck.
* Ictericia prolongada con pigmento no identificado en las células hepáticas. A. Klajman y P. Efrati.
Atrofia amarilla aguda consecutiva a intoxicación por fósforo con recuperación. J. P. Caley e I. A. Kellock.
* Aplasia eritrocítica pura tratada con éxito por cobalto. J. R. Fountain y M. Dales.

Tratamiento de la disentería amebiana crónica.—El autor ha elegido 32 casos de disentería amebiana crónica en que habían fracasado todas las terapéuticas y los tratan con una combinación de aureomicina, carbarsona, diiodohidroquinolona y cloroquina durante seis días, seguidos a continuación por un tratamiento con estas dos últimas drogas durante catorce días. En 23 casos los síntomas desaparecieron antes de finalizar el curso del tratamiento o poco después. Cuatro casos mostraban una diarrea residual, que en tres era debida presumiblemente al efecto de la aureomicina y desaparición espontáneamente en 6-14 días después de completar el tratamiento; en el cuarto caso, desaparición tras de una apendicectomía. En los cinco casos restantes continuaban dolorosos el ciego y el colon descendente, demostrando el éxito un curso adicional de aureomicina, carbarsona y mepacrina. Así, finalmente, todos los casos estaban curados al final de una revisión a los tres meses por medio de pruebas clínicas, examen de heces, sigmoidoscopia y hemorragias ocultas en las heces. La revisión ulterior de 20 casos a los ocho meses a dos años demostró que la curación fué permanente.

El metabolismo basal durante el sueño.—Los autores administran pentobarbitona sódica intravenosa a 73 enfermos para la determinación del metabolismo basal durante el sueño. Encuentran que es anormalmente alto en los enfermos tiorotóxicos; en los límites normales en los enfermos eutiroides y "nerviosos", y bajo en el mixe-dem. También han provocado el sueño con amilobarbitona sódica por vía oral en 53 enfermos y se obtuvieron resultados similares.

Ictericia prolongada con un pigmento no intensificado en las células hepáticas.—Los autores refieren un caso de una nueva enfermedad hepática, descrita por primera vez por DUBIN y JOHNSON en 1954. Se trataba de una mujer joven, quien durante seis años había tenido ictericia continua sin afectar para nada a un estado general excelente. El examen clínico no reveló nada anormal, excepto la ictericia y un ligero aumento de tamaño del hígado. El examen de laboratorio demostró una cifra aumentada de bilirrubina en el suero, principalmente de tipo directo, y aumento en la retención de bromosulfaleína: la vesícula biliar no se llenificó con el colorante opaco. La enfermedad pudo diagnosticarse por biopsia hepática, que demostró el característico pigmento moreno en las células hepáticas.

Aplasia eritrocítica pura tratada con éxito por cobalto.—Los autores describen un caso de aplasia eritrocítica pura en una mujer de cuarenta y nueve años, en la que se produjo una recuperación hematológica completa al cabo de dos meses de tratamiento con cloruro de cobalto. El tratamiento previo con hierro, extractos hepáticos, vitamina B₁₂, ácido fólico, factor citrovorum, estrógenos, extracto tiroideo y ACTH y cortisona fué totalmente ineficaz y las transfusiones sanguíneas consiguieron solamente un beneficio temporal. La esplenectomía provocó un aumento en los precursores de los hematíes en la médula ósea, pero no de la hemoglobina y hematíes de la sangre periférica.

6.864 - 19 de marzo de 1955

- Instinto y acoplamiento para la lactancia. M. Gunther.
- * Tratamiento de la artritis reumatoide por estimulación prolongada de la corteza suprarrenal. H. F. West y G. R. Newns.
- * Presión intrarrenal en la necrosis tubular experimental. H. E. de Wardener.
- Infección estafilocócica en un recién nacido tratada con eritromicina. J. O. Forfar, A. F. Maccabe, C. L. Balf, H. Wright y J. C. Gould.
- * Enfermedad celiaca. J. W. Gerrard, C. Ross y J. M. Smellie.
- Estigma falciforme en el sur de Turquía. M. Aksoy.
- Reflujo esofágico y la acción de los carminativos. B. Creamer.
- Efecto de los derivados de la piperazina sobre ciertos helmintos intestinales. T. L. Dunn.
- Trombocitopenia debida a aglutininas para las plaquetas en el recién nacido. J. Vandenbroucke y M. Verstraete.
- Intoxicación por nitrato sódico tratada con exanguinotransfusión. N. G. Kirby.
- Ruptura del muñón duodenal después de la gastrectomía. G. F. Henson.
- Supresión de la orina en la intoxicación por aspirina. R. Miller.

Tratamiento de la artritis reumatoide por estimulación prolongada de la corteza suprarrenal.—Los autores han tratado continuamente a 11 enfermos de artritis reumatoide durante un plazo de uno a dos años mediante una moderada estimulación suprarrenal con ACTH. Han advertido que con la ACTH de acción retardada y a una dosis que provoque una eliminación urinaria diaria de 20-35 mg. de 17-cetoesteroides, se influye favorablemente el curso de la artritis reumatoide moderadamente intensa. Como consecuencia, creen que deben hacerse esfuerzos para extender este ensayo terapéutico y encontrar un estimulante suprarrenal más satisfactorio para empleo a largo plazo que los actuales preparados de corticotropina.

Presión intrarrenal en la necrosis tubular experimental.—Los autores han medido la presión intrarrenal por medio de un barómetro introducido en la sustancia del riñón. Hacen isquémico el riñón izquierdo durante tres

a cuatro horas y media durante dos a cuatro días antes de medir la presión intrarrenal. Miden simultáneamente la presión intrarrenal en el riñón izquierdo (necrosado) y en el derecho (control) y encuentran que la presión en ambos era similar, excepto que en algunas áreas del riñón necrosado había grandes fluctuaciones en la presión. Ocluyendo súbitamente la aorta torácica descendente, la presión intrarrenal de ambos riñones cayó a niveles muy bajos y cesaron las fluctuaciones. La decapsulación del riñón necrosado no mostró efectos sobre la presión intrarrenal. Concluyen que la isquemia renal mantenida de la necrosis tubular se debe a una vasoconstricción más bien que a un aumento de la presión renal intersticial.

Enfermedad celiaca.—Los autores han investigado el efecto de una dieta libre de gluten de trigo en 18 niños y adolescentes que habían sido diagnosticados de enfermedad celiaca, de tres a catorce años, previamente y no habían recuperado con dietas que contenían harina de trigo. Durante los períodos de 4 a 25 meses con dicha dieta se vió una notable aceleración del crecimiento, del peso y de la altura, acompañadas de desaparición de la esteatorrea. Concluyen que una dieta que no contenga gluten de trigo es beneficiosa en las fases activas y latentes de la enfermedad celiaca.

6.865 - 26 de marzo de 1955

- Valoración de las pérdidas de sangre en los traumas civiles. R. Clarke, E. Topley y C. T. G. Flear.
- * Tratamiento de la sarcoidosis pulmonar con estreptomina y cortisona. C. Hoyle, J. Dawson y G. Mather.
- Paraplejia espástica de la edad media. J. Marshall.
- * Tetraciclina en la fiebre tifoidea. K. C. Watson.
- Patrón de la lengua humana. B. T. Squires.
- * Absceso hepático secundario a úlcera duodenal. E. P. Antia y F. Marker.
- Atrófia óptica después de la administración de isoniazida con PAS. P. H. Sutton y P. H. Beattie.
- Poliomielitis neonatorum. W. F. T. McMath.
- Técnica para demostrar material neurosecretor en el hipotálamo humano. C. W. M. Adams y J. C. Sloper.

Tratamiento de la sarcoidosis pulmonar con estreptomina y cortisona.—Los autores han tratado 30 casos de sarcoidosis pulmonar con estreptomina y PAS y otros 20 casos en los que además se administró cortisona. Los enfermos cuya enfermedad existía durante más de dos años rara vez mejoraron (1 de cada 9) durante el tratamiento con estreptomina y PAS, mientras que mejoraron con mayor frecuencia los sujetos con una historia más breve (11 de 21). El tiempo de comienzo de la mejoría radiográfica y el de su mayor extensión fué similar al de la tuberculosis pulmonar crónica tratada de la misma forma. Tres de los 12 enfermos que respondieron al tratamiento recidivaron ulteriormente. Cuando se administró además cortisona, 17 de 20 enfermos mejoraron radiográficamente. La regresión de los folículos sarcoideos en el hígado se demostró en ocho enfermos con biopsias seriadas. La mejoría tuvo lugar más rápidamente que con la estreptomina sola y fué también más frecuente y más completa en aquellos con enfermedad reciente. Después del tratamiento, 11 enfermos recidivaron por completo y cuatro parcialmente. El tratamiento prolongado, hasta un año, ha sido en sus manos seguro y eficaz.

Tetraciclina en la fiebre tifoidea.—El autor ha tratado seis enfermos con fiebre tifoidea mediante la administración de tetraciclina. La respuesta observada fué mala y concluye que para el tratamiento de esta enfermedad la tetraciclina es considerablemente menos útil que el cloranfenicol.

Absceso hepático secundario a una úlcera duodenal.—Los autores describen un caso de úlcera duodenal en un hombre de cincuenta y ocho años que tras de penetrar en el hígado llegó a originar un absceso hepático. Como sintomatología, el enfermo manifestaba hematemesis y melenas, pero el diagnóstico estuvo en duda hasta que se realizó la laparotomía. Se presentó la recuperación después de una gastroenterostomía.