

V CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUESTRIA

Del 25 al 28 de abril de 1957 se celebrará en Salamanca el V Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, según acuerdo tomado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en el que se desarrollarán cinco ponencias y comunicaciones libres.

El temario de las ponencias será el siguiente:

La de Psiquiatría: "Problemas actuales de la Psiquiatría experimental".

La de Neurología: "Estudio neurológico de las manifestaciones psiquiátricas en la epilepsia".

La de Psiquiatría forense: "Psicopatología de la peligrosidad".

La de Neurocirugía: "Radioisótopos y tumores cerebrales".

La de Psiquiatría infantil: "Los factores influyentes en la delincuencia infantil".

La Agencia de Viajes Meliá (Vázquez Coronado, 2, Salamanca) se encargará en exclusiva del alojamiento de los congresistas y a ella deberán dirigirse todas las peticiones de información y reserva de alojamiento.

Los que deseen más información sobre este Congreso pueden dirigirse al Presidente de la Comisión organizadora, Profesor A. Domínguez Borreguero, o al Secretario de la misma, Profesor Doctor M. Cruz Hernández, dirigiendo su correspondencia a la Facultad de Medicina de Salamanca.

BODAS DE PLATA. PROMOCIÓN MEDICA MADRID 1932-1957.

Se ruega a todos los compañeros de esta promoción manden su adhesión, para la organización de los actos, antes del día 1 de marzo, a la Comisión organizadora, Doctores Morales, Milicua o Cavanillas, Conde de Xiquena, 5, Madrid.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO, DE BARCELONA

Servicio de Broncología.

Director: Profesor A. Castella Escabrés.

VI Curso de Broncología y Broncoscopia.

Dirigido por el Doctor A. Castella Escabrés con la colaboración de los Doctores Doctor J. Abelló Roset, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de San Pablo. Profesor A. Azoy Castañer, Catedrático de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Barcelona. Doctor A. Caralps Massó, Jefe del Servicio de Cirugía Cardiopulmonar del Hospital de San Pablo. Doctor J. Cornudella Capdevila, Jefe del Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital de San Pablo. Profesor A. Fernández Cruz, Catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Barcelona. Profesor P. Martínez García, Catedrático de Pediatría y Jefe del Servicio de Infancia del Hospital de San Pablo, y con carácter extraordinario de los Doctores Doctor J. M. Dubois de Montreynaud, de Reims, y Profesor P. Mounier-Kuhn de Lyon.

Del 3 al 13 de abril de 1957.

Notas:

1. Las prácticas broncoscópicas se harán todos los días a las 9,30 y a las 19,30. Todos los Médicos matriculados al cursillo dispondrán de material para ejercitarse en el manejo del instrumental broncoscópico.

2. Con las prácticas broncoscópicas se harán demostraciones sobre la posibilidad fotográfica y cinematográfica de las diversas lesiones y disfunciones bronquiales.

3. Queda abierta la inscripción en la Administración del Hospital y en la Secretaría del Servicio.

4. El precio de la matrícula es de 1.000 pesetas, imprescindible para las prácticas broncoscópicas.

5. Al final del Curso se entregará a cada cursillista el correspondiente diploma.

6. Secretario del Curso: Doctor F. Coll Colomé, Médico del Servicio de Broncología.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. M. M. RAMOS LOPES.—Un volumen de 296 páginas en cuarto. Coimbra, 1955.

La cátedra del profesor JOAO PORTO es sin duda uno de los más importantes centros de Europa en el estudio de la cardiología. Su distinguido colaborador, el doctor RAMOS LOPES, ha escrito esta interesantísima monografía sobre la asistolia, en la que apoyándose sobre cifras y observaciones personales presenta los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la asistolia.

En una introducción son descritos los métodos; a continuación los principios de la fisiología y los mecanismos de compensación; se analiza luego la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca, siendo criticadas las concepciones expuestas; un interés especial se presta al estudio del balance hidroelectrolítico, dedicando dentro de este aspecto una parte a la exposición de sus hallazgos personales, con lo que se cierra una tentativa de interpretación patogénica en las sobrecargas derecha e izquierda. Al final, basándose en la anterior exposición, se obtienen deducciones terapéuticas sobre los diferen-

tes medicamentos, tonicardiacos, diuréticos, etc., partiendo de que la perturbación del metabolismo hidro-salino ofrece una importancia esencial en la producción del cuadro clínico. Esta alteración del balance sería debida en gran parte a la disfunción endocrina que crea la baja absoluta o relativa de la expulsión cardiaca.

El libro es expresión de un trabajo personal y un conocimiento profundo de la bibliografía y al mismo tiempo de las nuevas orientaciones que este complejo viene tomando.

LIBROS RECIBIDOS

"Manual de Urología de urgencia". Dr. R. Benlloch Navarro.—Editorial Facta. Valencia, 1957.—Un volumen de 144 páginas con 46 figuras.

"Las hemorragias del postpartum inmediato". Dr. S. Dexeu Font.—Editorial Facta. Valencia, 1957.—Un volumen de 72 páginas.

B) REFERATAS

La Presse Médicale.

63 - 9 - 5 de febrero de 1955

Minimum circulatorio vital en los miembros en vías de gangrena arterítica. R. Leriche.
Las particularidades del metabolismo del fósforo en la malnutrición y en el Kawashiorok. K. Holemans, A. Lambrechts y H. Martin.
Senilidad precoz y nanismo progeria de Gilford. R. Clément.

63 - 10 - 9 de febrero de 1955

- * Lesiones broncopulmonares y modificaciones circulatorias. J. Delarue, Ch. Sors, J. Mignet y J. Pailas.
- La topometría craneo-encefálica. A. Delmas y B. Pertuiset.
- Las metrorragias: Signo de flebitis pélvicas latentes. Bret, Duperrat y Grenier.
- El prúigo buloso. A. Carteaud, J. Hewitt y J. Tabernat.
- Examen de las células leucémicas al microscopio electrónico por el método de cortes. M. Bessis y J. Breton-Gorius.
- * Falsas imágenes cavitarias por bronquitis dispersa. C. Scarinci.
- Formas biliares de las úlceras duodenales. G. Albot y colaboradores.

Lesiones broncopulmonares modificatorias circulatorias.—Los autores observan la hiperplasia del sistema arterial bronquial y el desarrollo de numerosas anastomosis entre los sistemas arteriales bronquial y pulmonar, cuya estructura histológica particular responde a los llamados por VON HAYEC "segmentos de paro". El método empleado permite por vez primera estudiar el mecanismo de reblandecimiento de las lesiones caseosas, el cual depende exclusivamente de condiciones circulatorias especiales. Las investigaciones se realizan sobre la tuberculosis pulmonar, las dilataciones bronquiales y los cánceres bronquiales primitivos.

Falsas imágenes cavitarias por bronquitis dispersa.—Por bronquitis dispersa debe entenderse, según SOULAS, el ataque a diversos orificios de varios bronquios, bien sean lobares o segmentarios. La bronquitis dispersa se observa sobre todo en bronquiectasias. La broncografía lipiodolada revelará la presencia de sectores bronquiéticos, mientras que la broncoscopia pondrá en evidencia la inflamación bronquial dispersa. El autor presenta una observación personal de bronquitis dispersa simulando un síndrome seudotuberculoso por la presencia de tres falsas imágenes cavitarias sintomáticas de enfisema obstructivo, dependiendo de trastornos de la ventilación en relación con alteraciones endocanalículares superficiales.

63 - 11 - 12 de febrero de 1955

Nueva orientación en el tratamiento del mal de Pott en el adulto. S. de Sèze y J. Debeyre.
Nuevas incidencias endocrino-biológicas de la neumonoccefalografía. R. Turon y R. Giaccardi.
Las complicaciones pleurales de las estafilococias pulmonares del niño. J. Lubetzki.

63 - 12 - 16 de febrero de 1955

La prevención del reumatismo articular agudo. D. D. Rutstein.
Excitabilidad neuromuscular. Balance iónico (K y Ca) y óptimo térmico del funcionamiento tisular. H. Laborit y colaboradores.
La hiperexcitabilidad acetilcolinica del pulmón. R. Triffeneau.
Consideraciones sobre la epilepsia refleja. J. A. Chavany, G. Lobel y D. Hagenmuller.

63 - 13 - 19 de febrero de 1955

- * Las nefropatías de la enfermedad periódica. R. Cattan.
- Vía de acceso al nervio auditivo en las malformaciones de la articulación occipito-vertebral. G. Lanzorthes y J. Coll.
- * Sobre un nuevo "tratamiento del 'mal de mar'" confirmado. A. J. Monnier.

Nefropatías de la enfermedad periódica.—Las nefropatías son las que ensombrecen el pronóstico de la enfermedad periódica. Estas toman formas clínicas diversas: albuminuria aislada, nefrosis lipoidea, nefritis crónica azotémica, nefritis hematórica e infarto renal. Llama el autor la atención sobre la frecuente presentación familiar de la nefropatía. Frecuentemente aparecen de forma tardía, aunque también lo pueden hacer precozmente. El autor cree que se han de recordar los estudios de REILLY y cols. sobre la repercusión renal de la excitación simpática, así como las nefritis anafiláticas. Todo conduce a pensar que la enfermedad periódica es el resultado de un conflicto antígeno-anticuerpo.

Nuevo tratamiento del "Mal de mar".—El autor trata la naopatía con una mezcla de alcaloides de la belladonna con escopolamina, fenobarbital y d-anfetamina. Los supositorios son tan rápidos y eficaces como las inyecciones. Con este tratamiento encuentran un 74 por 100 de curaciones y un 24 por 100 de mejorías. Esta combinación de drogas obra de una manera espectacular aun en presencia de síntomas violentos. Sus únicos efectos secundarios consisten en sequedad de boca y una midriasis más o menos intensa.

63 - 14 - 23 de febrero de 1955

- * Interés terapéutico de la tetraciclina. A. Ravina y cols.
- Conceptos actuales de la nefrosis lipoidea y su tratamiento. J. Chaptal y cols.
- * Vaginitis a tricomonas. J. Bonhomme.

Interés terapéutico de la tetraciclina.—Los autores exponen su experiencia con este nuevo e interesante antibiótico. Consideran que cierto número de infecciones pleuropulmonares, urinarias y algunas estafilococias han sido tratadas por la tetraciclina, la cual ha mostrado ser el más eficaz de los recientes antibióticos. Es de administración fácil, acción rápida y posee un amplio espectro antimicrobiano que comprende la mayor parte de las razas de estafilococos. Da pocos accidentes secundarios, que suelen ser benignos.

Vaginitis por tricomonas.—El autor considera esta afección como muy frecuente, habiéndose hecho más común después de la guerra, lo que considera que es debido a la importación durante ésta por la raza anglosajona. Cada día se propone una nueva medicación, habiéndose llegado a establecer más de 200, lo que constituye la mejor prueba de que ninguna de ellas es eficaz. Los éxitos parecen depender más de la técnica de aplicación que de la medicación en sí misma. El autor expone los caracteres y naturaleza del germen, la sintomatología clínica y los nuevos métodos de tratamiento que, en su opinión, son los más eficaces.

63 - 15 - 24 de febrero de 1955

- * Tabaco y óxido de carbono. L. Binet y M. Bochet.
- * Corazón y sarcoidosis de Besnier - Boeck - Schauman. J. Brun y cols.
- Encefalitis y meningitis herpética humana. J. Cambier.

Tabaco y óxido de carbono.—Los autores, en el presente trabajo, dejan de lado la intoxicación tabáquica por el alquitran y la nicotina para ocuparse del desprendimiento de óxido de carbono por el tabaco en combustión. Los autores realizan sus experiencias con un "fumador artificial", que es una campana herméticamente cerrada, en la cual se consumen los cigarrillos. La introducción de un pájaro en este fumador conduce a su muerte en dos minutos. El análisis de una muestra del aire contenido en esta campana demuestra la existencia de una proporción de 0,65 por 100 de óxido de carbono. De todas estas experiencias concluyen los autores que el fumador carga el aire no sólo de nicotina, sino también de óxido de carbono, lo cual le perjudica y perjudica a las personas que le rodean.

Corazón y sarcoidosis de Besnier-Boeck-Schuman.—Los autores estudian las lesiones cardíacas en el curso de esta enfermedad. Este puede estar interesado indirectamente por una fibrosis pulmonar extensa, que dificulta su funcionamiento, o directamente por una invasión de sus fibras musculares por el tejido sarcoidósico. Los accidentes cardíacos que se pueden tener en cuenta en el curso de la sarcoidosis son los trastornos del ritmo benignos y fugaces o persistentes y de la mayor gravedad, al desfallecimiento cardíaco progresivo o la muerte súbita o bien, mucho más raramente, la endocarditis sarcoidósica.

Schweizerische medizinische Wochenschrift.

Recientes trabajos sobre la secreción de la corteza suprarrenal. I. E. Busch.

- Estudio del índice de conversión del iodo radioactivo (I^{131}) como prueba de la función tiroidea. L. L. Barbieri. Infección micótica del tracto urinario con nefrolitiasis transitoria durante la inmovilización prolongada. F. Meloni. Tratamiento combinado de la tuberculosis experimental H37Rv con isoniazida y PAS. S. Moeschlin y P. A. Douvres.
- Sobre la prevención de reacciones no hemolíticas en las transfusiones de sangre completa mediante "Sandosten Calcium Sandoz". B. y Ch. von Ruette-Voelki.

Indice de conversión del I^{131} como prueba de función tiroidea.—Entre las numerosas pruebas funcionales del tiroides empleando el iodo radioactivo figura el índice de conversión del iodo radioactivo (ICIR), que es la relación entre la cifra de iodo radioactivo total circulante en la sangre tras sobrecarga con dosis trazadoras de I^{131} y su fracción proteica radioactiva. Informa sobre la utilización del iodo por el tiroides para formar su hormona. Es más útil que la curva de fijación del I^{131} por el tiroides, ya que ésta es sólo una primera fase de la formación de la hormona tiroidea. Todos los autores concuerdan en que ICIR está aumentado en los hipertiroides y disminuido en los hipotiroides, pero las cifras dadas para definir los estados normal y patológico son muy divergentes. Como el I^{131} inyectado sigue circulando y participando por tanto en los procesos ana y catabólicos, el ICIR no alcanza el valor de 100 por 100 hasta varios días después de la inyección, que es cuando todo el I^{131} está ligado a las proteínas, es decir, forma parte de las hormonas (tiroxina y triiodotironina). El estudio se hace midiendo la radioactividad de una cantidad dada de plasma y del precipitado por ácido tricloroacético de otra cantidad igual. El autor ha observado que el ICIR se hace de 100 por 100 a las 72 horas en los normotiroides, a las 24-48 horas en los hipertiroides y a las 48 horas en los distónicos vegetativos. En los hipotiroides no se alcanza este valor ni aun después de tres días.

Tratamiento de las reacciones transfusionales no hemolíticas.—Los autores han ensayado el producto "Sandosten Calcium Sandoz", que es la suma de un compuesto orgánico de calcio y un antihistamínico (teno-fenopiperidina). Es útil para prevenir y tratar las reacciones transfusionales de naturaleza alérgica y las debidas a priogenosa. No impide las reacciones por incompatibilidad de grupos, por lo que su empleo no excluye el estudio serológico previo y minucioso. Se debe emplear por vía venosa, y tanto antes como después de la transfusión en los casos de enfermedades de los órganos hematopoyéticos, anemias por tumores y trastornos del metabolismo proteico, así como en los sujetos que ya anteriormente hayan tenido otra reacción de este tipo. En los casos quirúrgicos, en los cuales son más raras las reacciones transfusionales, basta inyectar el producto al aparecer los primeros síntomas.

85 - 28 9 de julio de 1955

Experiencia clínico-quirúrgica sobre la radiología del esófago patológico y operado. R. Nissen.

- Experimentos sobre el metabolismo de las grasas. T. H. Inderbitzin.

Los síntomas indirectos y a distancia del estreñimiento derecho. J. Stephani.

Cifras de salicelimia obtenidas tras la administración de un nuevo derivado del ácido acetilsalicílico. E. C. Bonnard y G. Barbezat.

Polvo de plomo en el aire. L. Jecklin.

Algunos fenómenos del metabolismo de las grasas.—No sólo los polisulfósteres de los carbohidratos macromoleculares (heparina, levan, plisulfóster de dextrano), sino también los mismos hidratos de carbono de molécula grande (glucógeno, goma arábica) inyectados intravenosamente influyen sobre el metabolismo graso del perro en hiperlipemia alimenticia, determinando dos fenómenos: una rápida disminución del número de quilomicrones circulantes y la liberación de un factor capaz de aclarar "in vitro" un suero lipídico: los quilomicrones desaparecidos de la circulación van a acumularse en el territorio capilar del pulmón, lo que no es sino la exageración de un proceso fisiológico. Cuando se hace en los perros reiteradamente una sobrecarga grasa en la alimentación se produce una hiperlipemia crónica al mismo tiempo que alteraciones pulmonares bronconeumáticas. No cabe duda, pues, de que los pulmones juegan un papel en el metabolismo de las grasas y cabe pensar que ciertas alteraciones de éste tengan como substrato una hipofunción metabólica de aquéllos. Los dos fenómenos señalados se producen también durante el choque anafiláctico; es muy verosímil que en éste aparezcan en la sangre carbohidratos macromoleculares, que serían a su vez la causa de la citopenia más bien que las reacciones antigeno-anticuerpos intracelulares.

Iromina, nuevo derivado acetilsalicílico.—Entre todos los medicamentos antirreumáticos últimamente aparecidos, el ácido acetilsalicílico sigue destacando por su gran utilidad en una mayoría de los casos. Incluso administrado durante años se tolera bien, sin influir, como hacen los derivados del piramidón, sobre la fórmula sanguínea. Dosis de 2 a 3 gr. de aspirina se toleran perfectamente, salvo la aparición de gastralgias, que son las que más a menudo restringen su uso. Los autores han ensayado un nuevo derivado, la Iromina, que es el acetilsalicilato doble del calcio y urea, muy soluble en agua y tolerado a dosis mucho mayores: la dosis de 7 y 9 gr. diarios se tolera perfectamente y proporciona niveles sanguíneos altos y mantenidos, fraccionando la dosis en las 24 horas. Sólo obtuvieron fenómenos de intolerancia con dosis de 13 gr., que dan salicilemias de 400 a 600 mg. En los agudos y subagudos, basta este tratamiento; en las poliartritis crónicas dan fenilbutazona tres días de cada semana e Iromina los cuatro restantes. Se puede añadir un tratamiento de base con sales de oro.

85 - 29 - 16 de julio de 1955

El moderno tratamiento de la gota. F. Koller. Gota verdadera en la mujer. P. Kaegi.

Estudios sobre la deshidratación con Diamox en la cirrosis hepática. E. Rissel, H. Schnack y F. Wewalka.

- A propósito de algunas formas de síncope. E. Moeri.

Síncope.—Las definiciones dadas para el síncope distan de ser concordantes. Generalmente se define como parada de los latidos cardíacos, suspensión de los movimientos respiratorios y pérdida de conocimiento, pero el autor prefiere caracterizarlo por la pérdida súbita del conocimiento y del movimiento, la palidez de la piel y la suspensión más o menos completa de la respiración, correspondiendo a una parada o a una debilitación considerable de la circulación sanguínea. Resulta así un concepto más amplio, que encierra, entre otros, el síncope de esfuerzo de la estenosis aórtica, el bloqueo auriculoventricular completo (síndrome de Morgagni-Stokes-Adams), los síncope tisígenos (ictus de los bronquíticos) y los del cor pulmonale crónico. El síncope de esfuerzo de la estenosis aórtica se produce por una isquemia de miocardio que determina un menor volumen de expulsión y por tanto una anoxia cerebral que produce el síncope; en efecto, éste va a menudo precedido de una crisis anginosa. En el bloqueo auriculoventricular completo se trata de una supresión de los latidos del ventrículo hasta que éstos se recobran y toman su rit-

mo propio; la consecuencia es también una anoxia cerebral transitoria. Los ictus de los bronquíticos no sólo se desencadenan por la tos, sino también por la risa o cualquier cosa que aumente la presión intratorácica, impidiendo el retorno venoso y por tanto el llenamiento cardíaco durante el diástole. En el cor pulmonale crónico puede tratarse de una verdadera intoxicación por el anhídrido carbónico, que origina desde el sincope hasta el coma, de una anoxia aguda secundaria a una infección, a la que estos enfermos son muy sensibles, de las complicaciones de la oxigenoterapia en los enfermos con hiperventilación, de un enfisema crónico que actúa por el mecanismo señalado para los síncope tisiogénos, o del síndrome de esfuerzo en los sujetos con hipertensión arterial pulmonar primitiva.

85 - 30 - 23 de julio de 1955

- El tratamiento de la meningitis tuberculosa con medicamentos tuberculostáticos asociados a la cortisona. F. Michel y W. Pulver.
- Experiencia clínica con acromicina. O. Gsell y F. Kesslring.
- Cincuenta años de Neurología. A. Stern.
- Vacunación antipoliomielítica. Linneweh.
- Tratamiento de la ciática. W. Zehntner.

Cortisona en la meningitis tuberculosa.—El autor ha tratado desde 1954 ocho enfermos de meningitis tuberculosa, asociando la cortisona (empezando por 100-200 mg. al día para terminar suprimiéndolo al cabo de tres a cinco semanas) a los tuberculostáticos conocidos: estrepto o dihidroestreptomicina, sólo por vía intramuscular, isoniazida oral (5-10 mg. por kilo de peso) y en los primeros casos también intratecal (20-30 mg. por inyección) y en algunos enfermos PAS transitoriamente. La duración total del tratamiento fué de cuatro a siete meses, no prolongándose la vía lumbar más de dos a cinco meses. Todos los enfermos se encuentran en la actualidad sin síntomas. Las complicaciones neurológicas existentes al comienzo del tratamiento retrogradaron. En seis de los enfermos el líquor se normalizó y en los otros dos quedaba aún una ligera pleocitosis, pero con glucorraquia normal. En ningún caso se reactivaron focos tuberculosos curados o no ni hubo manifestaciones viscerales, antes al contrario, se apreció mejoría e incluso curación clínica de procesos hiliares o pulmonares activos. El principal efecto de la cortisona parece ser antiinflamatorio, determinando una intensa regresión de los síntomas neurológicos.

Acromicina.—La acromicina (tetracilina) se diferencia de la aureomicina y de la terramicina por la falta de un cloro y un oxidrilo, respectivamente. Su estabilidad química es mayor que la de estos otros dos antibióticos: la acromicina en solución se conserva útil durante más de tres semanas, la aureomicina 24 a 48 horas y la terramicina una semana. También los niveles de antibiótico en sangre son más rápidos, más elevados y más prolongados con la tetracilina. Pasa a la orina, a la bilis y al líquido cefalorraquídeo. La forma de aplicación más frecuente es la oral, en cápsulas o grageas, siendo la dosis habitual para adultos de 0,1 gr. diarios, aunque en caso necesario se puede llegar a 2,0 ó 2,5 durante unos días. Por vía intravenosa la dosis es menor (0,4-0,5 gr.). Se recomienda emplear la solución al 1 por 1.000 en venoclisis, ya que la inyección al 1 por 100 es dolorosa. De 100 casos tratados por los autores curaron 70, mejoraron 16, obtuvieron resultados inciertos en ocho y nulos en seis. Los casos tratados con éxito comprendían infecciones urinarias agudas y crónicas; neumonías bacterianas, atípicas, psitasosis y fiebre Q; infecciones biliares; sepsis, erisipela, brucellosis, salmonellosis e infecciones por pertussis; diversas formas de meningitis no tuberculosas; infecciones bucofaríngeas y piodermitis. La tolerancia es buena, siendo muy raros los casos de reacción alérgica o de irritación gástrica. Lo más frecuente son las diarreas, que aparecieron en 18 de los casos, siendo en cinco debidas a *proteus* o *escherichia coli* resistentes. Por esto se recomienda dar la acromicina en ciclos cortos, de tres a cuatro días, y suspirla en cuanto aparezcan diarreas.

85 - 31 - 30 de julio de 1955

- Hipogonadismo en los muchachos. A. Prader.
- Nefritis crónica intersticial por abuso de analgésicos con fenacetina. H. U. Zollinger.
- Valoración crítica y estudio comparativo de 1.374 casos de carcinoma de 1926 a 1946. F. Roth.
- Sobre una acción antialérgica de la reserpina, alcaloide de la rauwolfia. F. Polak.
- Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la disbacteriosis.

Nefritis crónica intersticial y fenacetina.—Ha impresionado al autor el aumento del número de casos de nefritis crónica intersticial. No ha podido encontrar una etiología común a todos los casos, pero ha investigado los posibles factores causales en cada uno, llegando a la conclusión de que el abuso de analgésicos que contienen fenacetina es uno de los más importantes, y explica el aumento de la frecuencia de esta enfermedad, porque también el hábito de tomar analgésicos está aumentando en forma alarmante. De 62 casos de nefritis crónica intersticial encontró en la anamnesis de 19 un abuso de estos productos (8 y más tabletas diarias durante año y medio a 22 años), los cuales pueden ser así perjudiciales no sólo por crear habituamiento psíquico, sino también por causar lesiones renales orgánicas. Esto debe tenerse en cuenta no sólo para investigar este factor etiológico en esta enfermedad, sino también en un sentido profiláctico. El autor no pretende con esto condenar el uso de estos analgésicos, sino el abuso que de ellos hacen muchas personas fuera del control del médico.

Hipogonadismo puberal masculino.—Bajo esta denominación entran diversos procesos que es necesario diferenciar. Ante todo, la insuficiencia testicular puede ser primaria, hipergonadotrófica, o secundaria, hipogonadotrófica; por otra parte, la insuficiencia puede ser de los tubos o de las células de Leydig. Es fisiológico un hipogonadismo hipogonadotropo prepupal, por lo que no se puede hablar de hipogonadismo en sentido patológico antes de los trece años. Cuando pasada esta edad falta el desarrollo puberal, se trata en la mayoría de los casos de un trastorno sin importancia, que se corrige espontáneamente. Hay que distinguir entre la adiposidad prepupal, inofensiva y la verdadera distrofia diposogenital de Froehlich, así como entre el simple retraso del desarrollo y el enanismo hipofisario y entre la pubertad tardía y el eunuquismo idiopático. La anorquía o "castración funcional prepupal" es una forma, no rara, de hipogonadismo. Para la diferenciación de estos procesos se requiere no sólo la exploración general, sino también la observación del crecimiento, del desarrollo óseo y de los caracteres sexuales primarios y secundarios, como ocurre en el síndrome adenogenital, en la criptorquidia bilateral, en el seudohermafroditismo masculino y en la degeneración esclerosante de los túbulos (síndrome de Klinefelter). Es importante distinguir la ginecomastia de este síndrome de la que se presenta en la pubertad sin consecuencias. Antes de los trece años no se debe dar ni gonadotropinas ni testosteronas, excepto en ciclos cortos para tratar de corregir una criptorquidia. Pasada esta edad, sólo se darán cuando se pueda demostrar una auténtica endocrinopatía, generalmente nunca antes de los 17 años.

Acción antialérgica de la reserpina.—Se supone que es a través de los centros vegetativos del hipotálamo como la reserpina desarrolla su compleja acción: sedación, disminución de la actividad motora, descenso de la presión arterial, enlentecimiento del pulso, disminución de la temperatura corporal, aumento de la motilidad intestinal, etc. Además de éstas, el autor ha podido comprobar en varios casos una acción antialérgica. Se trata de cinco enfermos con manifestaciones alérgicas cutáneas, en los cuales, gracias a la cronicidad del proceso o a la frecuencia de recidivas, pudo hacer en cuatro de ellos un estudio comparativo entre los efectos de la reserpina y los de los antihistamínicos Plimasin y Piribenzamina. Los cinco mejoraron tanto subjetivamente (supresión del prurito y del insomnio) como objetivamente. En tres, la acción de la reserpina y de los antihistamí-

nicos fué similar; en uno, la de aquéllas fué superior a la de éstos. Si la reserpina actúa por mecanismo anti-histamínico u otro, habrá de ser aclarado experimentalmente.

Circulation.

11 - 3 - 1955.

- * Aspectos cardiovasculares del síndrome de Marfan: Una alteración hereditaria del tejido conjuntivo. V. A. McKusick.
- * Tratamiento de la fiebre reumática aguda en los niños. United Kingdom and United States Joint Report.
- * Chasquido de apertura de la válvula tricúspide: Un signo físico de estenosis tricúspide. C. E. Kossman. Valoración crítica del criterio radiológico del aumento del ventrículo derecho. M. L. Sussman y G. Jacobson. Demostración tomográfica del aumento atrial derecho. B. H. Pastor, G. T. Wohl y L. T. Lawrence. Hemodinámica en el conducto arterioso persistente sin soplo. J. T. Shepherd y cols.
- * Mejoría del edema persistente por la utilización de un fenómeno de sumidero. F. R. Schemm y A. A. Camara. Mecanismos del bigeminismo ventricular persistente. R. Langendorf, A. Pick y M. Winteritz. Mecanismos del bigeminismo ventricular persistente. R. Langendorf y A. Pick. Efectos de la protoveratrina intravenosa sobre el volumen del pulso digital y sobre la temperatura cutánea digital y pacientes hipertensivos. J. H. Currens y colaboradores. Gasto cardíaco y volumen central determinado por las curvas de dilución de colorante. A. A. Kattus y colaboradores.
- * Hemangioendoteliosarcoma primario del corazón diagnosticado por angiografía. T. O. Cheng y D. C. Sutton. Diagnóstico radiológico de las enfermedades congénitas del corazón. M. H. Wittenborg y E. B. D. Neuhauser. Arteritis primaria del arco aórtico. N. W. Barker y J. E. Edwards.

Síndrome de Marfan.—Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Marfan se presenta como una atrofia de todos los elementos del tejido conjuntivo. Sus manifestaciones cardiovasculares resultan de defectos de la media aórtica, defectos valvulares, comunicación interatrial y pecho excavado. El defecto de la media aórtica se manifiesta por aneurisma disecante, difuso o ambos. Los defectos del septo interatrial son menos frecuentes de lo que se ha considerado. Los autores extraen todas sus observaciones del estudio de 50 familias en los cuales se ha dado por lo menos un caso indudable de síndrome de Marfan.

Tratamiento de la fiebre reumática.—Se hace un amplio estudio comparativo sobre la eficacia relativa del ACTH, aspirina y cortisona en el tratamiento de la enfermedad reumática aguda en niños, especialmente en lo que respecta al desarrollo de lesiones cardíacas. No fué evidente que ninguno de los tres fármacos consiguiera una curación total de la enfermedad, pues con todos los tratamientos los enfermos desarrollaron lesiones frescas durante ellos. Con el tratamiento hormonal se consiguió una desaparición más rápida de los síntomas, pero también reaparecieron antes las manifestaciones al cesar su administración. Después de un año no había diferencias significativas entre los tres grupos respecto al estado del corazón.

Chasquido de apertura de la válvula tricúspide.—El autor presenta dos casos en los cuales era perfectamente audible un chasquido breve, al principio del sístole, localizado en la región xifoidea. Excepto por su localización, los caracteres del soplo eran similares al chasquido de apertura de la mitral. En uno de los pacientes se pudo demostrar en la necropsia la existencia de una estenosis tricúspide; en el otro era evidente, desde un punto de vista clínico y hemodinámico, la existencia de una lesión orgánica de la válvula tricúspide. Concluye el autor que el chasquido de apertura de la válvula tricúspide es un signo físico de valor diagnóstico indudable.

Mejoría del edema resistente.—Los autores tratan 14 casos de edema periférico con hidrotórax y/o ascitis,

que se habían mostrado resistentes a otros tratamientos, mediante aspiraciones repetidas del líquido del espacio pleural o peritoneal. Las repetidas aspiraciones no disminuyeron los niveles séricos de proteínas o sodio. En algunos casos el peso de los líquidos perdidos llegó a constituir el exceso que el paciente debía perder para restituir su peso normal. Los líquidos intersticiales parecían filtrar sin dificultad a los espacios de que había sido aspirado el líquido; este espacio actuaba como una especie de "sumidero". Los autores consideran que puede ser de una indudable utilidad la utilización de este fenómeno de "sumidero".

Hemangioendoteliosarcoma primario del corazón.—Los autores describen un caso de hemangioendoteliosarcoma primario del corazón. El diagnóstico pudo hacerse antes de la muerte en virtud de la demostración angiográfica de un defecto de repleción en el interior del atrio derecho. En este caso había algunas manifestaciones clínicas que podían haber hecho sospechar la existencia de este tumor. Este es el segundo caso de hemangioendoteliosarcoma diagnosticado en vida y el primero demostrado por angiografía.

Gastroenterology.

28 - 4 - 1955.

- * **Symposium sobre úlcera péptica-secreción y motilidad:** Mecanismo de la estimulación vagal de la secreción de ácido gástrico. L. Pevsner y M. I. Grossman. Efectos comparativos de la pamina, bantina y placebo sobre la motilidad gastrointestinal. I. Estudio radiográfico en ocho adultos probados en ayunas y después de la administración de agentes durante tres semanas. W. P. Chapman, S. M. Wyman, J. O. Gagnon, J. A. Nelson, C. M. Jones y C. Sexton. Efectos comparativos de la pamina, bantina y placebo sobre la motilidad gastrointestinal. II. Estudio radiográfico en ocho adultos probados en ayunas y después de la administración de una comida standard. W. P. Chapman, S. M. Wyman, J. O. Jacques, O. Gagnon, J. A. Benson, C. M. Jones y C. Sexton. Efecto de un inhibidor de la carbónico anhidrasa, acetazolamida, sobre la secreción gástrica en el hombre. Referencia de su empleo por separado y en unión a los anticolinérgicos. E. C. Texter Jr. y C. J. Barborka.
- * **Symposium sobre el páncreas:** Observaciones relativas al puesto de la cirugía en la pancreatitis aguda. J. W. Baker y T. Boles. Alteraciones en la diastasa del suero y cifras de albúmina en el déficit de proteínas. J. F. Sullivan, R. J. Healey y W. A. Knight Jr. Empleo de albúmina sérica humana en el tratamiento de la pancreatitis aguda. Observaciones experimentales y clínicas. D. W. Elliott, R. M. Zollinger, R. Moore y E. H. Ellison. Una evaluación de la prueba de la benzidina para las hemorragias ocultas en las heces. G. H. M. Thornton y D. G. Illingworth. Amebiasis: Su historia precoz. G. G. Stilwell.
- * Linfosarcoma del intestino delgado y su mesenterio. S. Richman, H. Goodman y S. Russi. Importancia de los granulomas microscópicos (seudotubérculos) en el diagnóstico de la esquistosomiasis de Manson. O. F. de Gouveia y W. D. Beamer.
- * Efecto del bromuro de metil-homatropina sobre la actividad motora gastrointestinal humana. W. A. Hadfield Jr. Estudios sobre la motilidad gastrointestinal. E. M. Goldberg, I. F. Stein Jr. y K. A. Meyer. Empleo de la hipnosis para vencer la incapacidad de tolerar la retención del tubo de Levin. W. B. Singer.

Mecanismo de la estimulación vagal de la secreción gástrica de ácido.—Declaran los autores que la infusión de acetilcolina en las arterias del fundus gástrico del perro permite la estimulación de la secreción gástrica con dosis bajas y la supresión con dosis altas. La infusión de acetilcolina en las arterias de la porción pilórica del estómago origina la estimulación de secreción ácida por las glándulas del fundus sin invertir su efecto con dosis altas. Después de la extirpación de la porción pilórica del estómago y de todo el intestino delgado se produce una copiosa respuesta secretora de ácido a la hipoglucemia insulínica. Considerando los resultados de sus propios estudios, así como los referidos por otros autores, concluyen que en el perro la estimulación vagal de la secreción gástrica de ácido está mediatisada fundamentalmente por una acción colinérgica directa sobre las glándulas del fundus.

Efecto del diamox sobre la secreción gástrica.—Señalan los autores que el diamox a la dosis de 1 gr. en 24 horas ejerce un efecto inhibitorio significativo, sobre la producción de ácido clorhídrico, sin influir el volumen de la secreción gástrica. Estos mismos efectos inhibitorios se aprecian con la probantina a la dosis de 15 mg., cuatro veces al día, y con pathilón, 25 y 50 miligramos, cuatro veces al día. Añaden que no pueden sacarse conclusiones estadísticamente significativas sobre las observaciones preliminares con el diamox en combinación con los anticolinérgicos, pero que sus estudios apoyan el concepto de que la carbónico anhidrasa en la célula parietal juega un importante papel en el proceso de la secreción ácida del estómago.

Cirugía en la pancreatitis aguda.—Declaran los autores que el pronóstico de la pancreatitis aguda depende del grado de necrosis pancreática: esto se determina por la extensión de la primera extravasación explosiva de enzimas pancreáticos y por el grado de digestión tríptica de los vasos sanguíneos locales. El mismo fenómeno obstructivo, bien sean cálculos o espasmo del esfínter o primariamente en el propio conducto pancreático, puede originar un edema ligero o una necrosis grave del páncreas; por lo tanto, intervienen otros factores al lado de la obstrucción, siendo posible que el más importante lo constituya el empeoramiento en el aporte local de sangre. La cirugía más precoz no ofrece nada específico para combatir esta patogenia; el mantenimiento adecuado del volumen sanguíneo y la corrección de las alteraciones electrolíticas y de los carbohidratos tienen un papel más establecido que la cirugía en la fase aguda de la pancreatitis. Sin embargo, si hay dudas diagnósticas o si existe evidencia suficiente de una colecistitis aguda u obstrucción del coléodo asociados, entonces sí tiene su puesto la cirugía precoz; la corrección de la enfermedad relacionada, que es la responsable de la cirugía precoz, compensa los riesgos de esta cirugía. Si por estas razones o por confusión se opera precozmente en la crisis aguda y se encuentra la pancreatitis, entonces deben insertarse drenajes en la fosa abdominal superior. Además, deben extraerse los cálculos y descomprimir el tracto biliar. En el caso de que no haya cálculos en la vesícula, a pesar de que se dude de la eficacia de la descompresión, todavía los autores se muestran en favor de la colicistostomía. Los pocos minutos precisos para colocar un pequeño catéter de Pezzer en la vesícula proporciona un medio para hacer una colangiografía postoperatoria, que permite el descubrimiento de cálculos pequeños, así como la obstrucción extrínseca del conducto biliar y una prueba de un canal común como la base para la cirugía futura si recidivan los ataques. Esto no debe aplicarse cuando la necrosis hemorrágica es extensa y el control futuro tiene muy poca representación frente a la supervivencia inmediata.

Linfosarcoma del intestino delgado.—Los autores presentan tres casos demostrativos de tipos diversos de afectación del intestino delgado por linfosarcoma. En uno de los enfermos, el ciego y el colon ascendente mostraban un proceso similar. Describen un caso de linfosarcoma y del intestino delgado y su mesenterio con la formación de una fistula ileo-mesentérica; este enfermo está vivo y aparentemente libre de su enfermedad a los siete años de la extirpación quirúrgica de la lesión. Otro enfermo con linfosarcoma del intestino delgado fué intervenido pudiéndose extirpar parte del tumor, pero quedando una cantidad considerable en su sitio; después de la cirugía se aplicó una cantidad moderada de radioterapia; el enfermo murió antes de los tres años de la operación. El último enfermo con afectación del intestino delgado rehusó la exploración quirúrgica y murió a los cincuenta y seis días de haberse notado los primeros síntomas; en la autopsia, la enfermedad estaba generalizada por todo el organismo.

Efecto del bromuro de metil-homatropina sobre la motilidad gastrointestinal.—El autor ha estudiado los efectos de la introducción del bromuro de metil-homatropi-

na, un anticolinérgico, en el estómago e intestino en cantidades más grandes de las que habitualmente se han utilizado y evalúan las actividades motoras por medio de registro con balón en el estómago humano, intestino delgado y sigma. Además, el compuesto se administró en dosis diversas durante períodos prolongados de tiempo con el propósito de valorar los efectos colaterales. Se observaron diversos grados de supresión de la actividad motora del antrum gástrico después de la instilación de 20-30 mg. de la droga en el duodeno en ocho sujetos; del intestino delgado alto en cuatro de seis sujetos después de la instilación de la droga en el intestino delgado y del sigma en 15 de 18 experimentos sobre 17 sujetos después de la ingestión oral del compuesto. Comparando los efectos del bromuro de metil-homatropina con los de la bantina y atropina, encuentran que en la dosis utilizada el compuesto es aproximadamente tan eficaz como la bantina y algo más que la atropina. La actividad anticolinérgica del compuesto fué suficiente para prevenir los efectos colinérgicos habituales de una inyección subcutánea de 10 mg. de urecholina. La incidencia de efectos colaterales que recibieron diversas dosis durante diferentes períodos de tiempo variaron directamente con el volumen de las dosis individuales; entre ellos cita la sequedad de boca, emborronamiento de la visión y raramente retención urinaria. Concluye diciendo que los datos obtenidos sugieren que la dosis segura y más eficaz para la administración oral de bromuro de metil-homatropina en adultos es de 30 mg. cuatro veces al día, descendiendo dicha cantidad si aparecen efectos desfavorables.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

95 - 4 - 1955.

- * Experiencia ulterior con la terapéutica persistente con anticoagulantes. W. T. Foley, E. McDevitt, C. Symos e I. S. Wright.
- Anormalidades del agua, sodio, potasio y magnesio del organismo. G. B. Myers y L. T. Iserl.
- * Efectos de la reserpina administrada por vía parenteral. E. L. Rea y J. F. Fazekas.
- Enfermedad y estigma de células falciformes en tuberculosis pulmonar. R. Rosenblum, B. Kabakow, H. C. Lichtman y H. A. Lyons.
- Tratamiento de los estados trombocitopénicos. M. Stefanini.
- * Reestenosis reumática de la válvula mitral. V. A. McKusick.
- * Reserpina parenteral en el tratamiento de las urgencias hipertensivas. W. M. Hughes, J. H. Moyer y W. C. Daeschner Jr.
- * Tromboflebitis idiopática. L. Weinstein y R. H. Meade de III.
- * Embolización de la arteria basilar por fragmento miocárdico. H. I. Harder y A. F. Brown.
- * Déficit de vitamina B₁₂ después de la gastrectomía total. W. R. Pitney y M. F. Beard.
- Metabolismo hidrocarbonado en las enfermedades cerebrales. D. H. Henneman, M. D. Altschule, R.-M. Goncz y P. Davis.
- Tratamiento en Medicina interna: Tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. W. M. Kirkendall y J. W. Culbertson.
- * Mixoma de la aurícula izquierda simulando una estenosis mitral. C. E. Thompson y Z. A. Malhas.
- * Nefrosis amiloidea secundaria a la enfermedad de Hodgkin. M. J. Sherman, J. B. Morales, E. D. Byrd y W. D. Schiernan.
- * Resección masiva del intestino delgado y grueso. J. E. Arata, R. B. Wilson y C. G. McEachern.

Tratamiento duradero con anticoagulantes.—Los autores han realizado en 85 enfermos con procesos caracterizados por episodios tromboembólicos un tratamiento duradero con anticoagulantes durante períodos de uno a ocho años, con un total de 3.552 enfermos-meses. Se trajeron enfermos con los siguientes diagnósticos: Cardiopatía reumática, tromboflebitis de repetición, infarto miocárdico y ciertas enfermedades con diversos diagnósticos. Se produjeron 31 episodios hemorrágicos, la mayoría de ellos leves; un enfermo murió después de una hemorragia cerebral. En los 85 enfermos observados durante un total de 3.663 enfermos-meses sin anticoagulantes se presentaron 290 episodios tromboembólicos. Durante un período de 3.552 enfermos-meses con terapéutica anticoagulante, estos mismos enfermos experimentaron sólo 32 complicaciones tromboembólicas.

Efectos de la reserpina por vía parenteral.—Los autores han administrado reserpina por vía parenteral, en dosis de 4 a 15 mg., a nueve enfermos con procesos psíquicos agudos; en dos de ellos se apreció una hipotensión ortostática y otro murió en shock; el electrocardiograma en este último demostró alteraciones sugestivas de toxicidad miocárdica, un hallazgo que pudo explicar en parte la hipotensión irreversible. Señalan que se ha observado la presentación de diarreas después de la reserpina intravenosa en perros, pero no en otros animales; la pérdida de líquido y electrolitos concomitante a la diarrea pudo también contribuir al desarrollo del síndrome de shock. El enrojecimiento generalizado de la piel y el trastorno respiratorio apreciado en uno de los sujetos con hipotensión ortostática sugiere la posibilidad de una reacción alérgica a la droga. Terminan diciendo que la administración parenteral de reserpina en el tratamiento de los alcohólicos agudos no es aconsejable en vista de la falta de respuesta terapéutica y las complicaciones graves que pueden presentarse ocasionalmente.

Reestenosis de la válvula mitral después de la valvulotomía.—El autor describe un caso de reestenosis mitral reumática confirmada en la autopsia. Se produjo la muerte por edema pulmonar nocturno agudo a los 57 meses de la operación. Consideran que los factores principales en la producción de la reestenosis fué la actividad reumática latente en el momento de la valvulotomía y lo inadecuado de la profilaxis con sulfonamidas.

Reserpina en las urgencias hipertensivas.—Los autores han tratado tres grupos de hipertensos con reserpina parenteral sobre una base de administración breve. El primer grupo consistía en 14 enfermos con cardiopatía hipertensiva progresiva grave, de los que 10 tenían una hipertensión maligna y cuatro benigna intensa; todos los enfermos mostraron una depresión significativa de la presión sanguínea y en nueve enfermos (64 por 100) la depresión máxima en la posición supina llegó a estar a los niveles normotensos; 6 de los 10 hipertensos malignos salieron de la fase maligna y están ahora regulados bien con la terapéutica oral; existía uremia en los cuatro enfermos como resultado de la uremia y uno muestra una uremia grave en el momento actual. Los enfermos con cardiopatía hipertensiva benigna intensa están vivos y regulados con la terapéutica oral. El segundo grupo consistía en seis enfermas con toxemia de embarazo, cuatro con preeclampsia intensa y dos con enfermedad vascular hipertensiva benigna y preeclampsia intensa asociada. En todas las enfermas se consiguieron niveles normotensos y todas ellas curaron; no se observaron complicaciones fetales. El tercer grupo consistía en ocho niños con glomerulonefritis aguda; siete de los ocho enfermos obtuvieron una reducción significativa de la presión y seis de ellos se hicieron normotensos; curaron seis enfermos, uno progresó a un estadio subagudo de nefritis y otro murió por insuficiencia cardiaca congestiva. La presión sanguínea disminuyó lentamente después de un período latente de una a cuatro horas después de la administración parenteral de reserpina y alcanzó la depresión máxima a las dos o cinco horas después de la administración; el descenso se manifestó tanto en la posición tumbada como en la errecta; fué muy rara la hipotensión excesiva. Los efectos colaterales consistieron en sedación, bradicardia, astenia, sueño e inyección conjuntival. Aparecieron temblores musculares al cabo de varios días de la terapéutica con dosis altas (5-10 mg.) administradas a intervalos de cuatro a ocho horas y en un enfermo se desarrolló un síndrome parkinsonoide que desapareció por completo después de la suspensión de la droga. Concluyen diciendo que la reserpina administrada parenteralmente es un agente efectivo y seguro para el tratamiento de las urgencias hipertensivas sobre una base de acción rápida.

Tromboflebitis idiopática.—Los autores describen dos casos en los que tras síntomas prodromicos de dolor lumbar aparecieron intenso dolor en los muslos y pa-

torrillas, fiebre y leucocitosis sin signos de flebitis en la fase aguda. La recuperación se produjo espontáneamente y pocos meses después se presentó una oclusión venosa completa en las piernas. En un enfermo tuvo lugar la canalización de los vasos ocluidos, que fué completa a los 7-8 meses desde el comienzo de su enfermedad; en el otro, se requirió la ligadura venosa y extirpación un año después, a causa de las varicosidades de ambas piernas. Señalan que la tromboflebitis idiopática es una entidad bien definida, de la que se han descrito varias formas con gran diversidad de nombres en relación con la localización anatómica, intensidad y resultado final, pero que probablemente son sólo variantes cuantitativas del mismo síndrome. Los casos referidos en este trabajo constituyen probablemente un nuevo síndrome en la tromboflebitis idiopática, por la falta de signos de flebitis en la fase aguda de la enfermedad, el largo período de latencia entre el comienzo de la enfermedad y la aparición de los signos de oclusiones venosas y el fracaso para descubrir cualquier proceso fundamental responsable de la afectación venosa.

Embolización de la arteria basilar por fragmento miocárdico.—Los autores describen un caso en el que se alojó en la arteria basilar un émbolo que contenía músculo cardíaco. Señalan que este fenómeno no se ha referido hasta ahora en la literatura. El hecho de que el émbolo se alojara en la arteria basilar, se debía a la presencia de una dilatación congénita de una de las arterias vertebrales.

Déficit de vitamina B₁₂ después de la gastrectomía total.—Los autores han realizado determinaciones de la concentración de vitamina B₁₂ en el suero en un enfermo al que se había realizado una gastrectomía total. Las cifras mostraron una tendencia progresivamente decreciente y eran ya subnormales a los diecisésis meses de la operación, pero el enfermo no desarrolló una anemia megaloblástica. Han demostrado por medio de la vitamina B₁₂ radioactiva la dificultad en la absorción de la vitamina B₁₂ administrada por vía oral. Concluyen diciendo que después de la gastrectomía total se debe dar a los enfermos inyecciones a ciertos intervalos de vitamina B₁₂.

Mixoma de la aurícula izquierda simulando una estenosis mitral.—Los autores presentan un caso de mixoma de la aurícula izquierda que simulaba una estenosis mitral. El hecho diagnóstico aislado más significativo fué la insuficiencia cardíaca inexorable que se desarrolló en un breve plazo, junto con la ausencia de otros datos diagnósticos de enfermedad mitral reumática. Añaden que los cambios bruscos de la postura de los enfermos con tumores intracardiacos polipoideos pueden agravar los signos y síntomas clínicos, lo que se apreció en este caso en el momento de la operación. Subrayan que cuando se sospechan los tumores cardíacos es de recomendar que se utilicen los cambios de posición como parte del estudio clínico, así como la visualización angiográfica de las cámaras cardíacas.

Nefrosis amiloidea en la enfermedad de Hodgkin.—Señalan los autores que en un siglo de literatura médica se han descrito 40 casos de amiloidosis secundaria al Hodgkin y desde 1949 han podido describirse siete casos adicionales. En el caso que presentan el cuadro era de un síndrome nefrótico secundario a una extensa amiloidosis renal. Después de la muerte se descubrió la existencia de una enfermedad de Hodgkin, afectando a los ganglios supraclaviculares periaorticos, al hígado y al bazo. La causa actual de la muerte se consideró que era la nefrosis amiloidea. La enfermedad de Hodgkin, como tal, no dió síntomas clínicos, pero indudablemente tuvo importancia primaria en relación con la amiloidosis. Señalan que en el diagnóstico diferencial del síndrome nefrótico, cuando la etiología es oscura, falta la hipertensión, los hallazgos urinarios son escasos, fuera de la albúminuria, y la enfermedad es progresiva, debe tenerse presente a la enfermedad de Hodgkin complicada por amiloidosis renal.

Resección masiva del intestino delgado y grueso.—Los autores refieren un caso en el que se hizo una resección de todo el yeyuno menos las ocho pulgadas proximales, todo el ileon, el colon ascendente y la mitad del transverso. Este enfermo ha llegado a estabilizar su peso y permanece en un estado de salud razonablemente bueno a los veintitrés meses de la operación. Después de una breve discusión, incluyendo casos similares previamente referidos, los autores insisten en que después de una extensa resección del intestino delgado es aconsejable evitar una dieta rica en grasas, a causa de la pérdida excesiva del calcio en las heces cuando se utiliza dicha dieta en estos enfermos.

The American Journal of the Medical Sciences.

229-5 - 1955.

Peligros de la inactividad durante el viaje en automóvil.
A. Soffer.

Estudios sobre el virus del herpes simple. VI. Observaciones sobre los enfermos con lesiones herpéticas redicivantes infectados con virus del herpes o sus antígenos. E. Jawetz, M. F. Allende y V. R. Coleman.

Hexametonio, hidralazina y rauwolfia serpentina en la hipertensión. M. Markovitz, J. V. Koik, F. K. Hick y R. L. Grissom.

Nuevo acercamiento al tratamiento de las molestias gastrointestinales. E. Roberts.

Manifestaciones neurológicas de la enfermedad por arañazo de gato. L. Weinstein y R. H. Meade.

Mecanismos fisioco-quinicos en la patogenia de ciertas anemias hemolíticas. J. R. Sharpsteen Jr.

Patrones electrocardiográficos en el diagnóstico diferencial de la distrofia muscular progresiva. J. Schott, M. Jacobi y M. A. Wald.

Diagnóstico de la hipertrofia cardiaca en la ancianidad: Correlaciones clínico-patológicas en 55 individuos. M. Rodstein.

Hexametonio, hidralazina y rauwolfia serpentina en la hipertensión.—Subrayan los autores las fuertes limitaciones en el empleo de la respuesta de la presión sanguínea para la evaluación de la terapéutica de la enfermedad vascular hipertensiva. De 26 enfermos con hipertensión benigna tratados con rauwolfia serpentina sola durante un promedio de 10,5 meses, 14 consiguieron una reducción en la presión diastólica de 15 mms. de Hg. o más. Diecinueve enfermos con hipertensión grave tratados con hexametonio, hidralazina y rauwolfia serpentina durante un promedio de 14 meses consiguieron una reducción media en la presión (en pie) de 45 mms. de Hg. sistólicos y 25 diastólicos. Trece enfermos con hipertensión maligna se trataron con hexametonio, hidralazina y rauwolfia serpentina; de los seis enfermos que viven, cinco son mujeres blancas que tenían inicialmente una urea aproximadamente normal; los cuatro hombres negros en este grupo murieron. El hexametonio demostró dificultades en 12 enfermos, después de la simpatectomía, como consecuencia de episodios repetidos de sincopal. En 66 enfermos de todos los tipos hubo 10 muertos, de los cuales siete eran varones negros. Terminan diciendo que así como la terapéutica es drástica en alguno de los enfermos y la reducción de la presión sanguínea empeoró el estado clínico de bienestar de algunos enfermos, se obtuvieron en cambio algunas mejorías dramáticas, incluyendo la desaparición del papiloedema.

Manifestaciones neurológicas de la fiebre por arañazo de gato.—Los autores describen un caso de encefalomielitis grave complicando a la enfermedad por arañazo de gato. El diagnóstico se basó en la presencia de las heridas en la mano, una historia sugestiva de linfadenopatía axilar y subpectorale, una reacción cutánea positiva con el antígeno, signos de irritación meníngea, alteraciones del líquido cefalorraquídeo, trastorno emocional marcado, paraplejia espástica, pérdida del sensorio y reflejos plantares en extensión. Añaden que la enfermedad por arañazo puede complicarse por la afectación del sistema nervioso, siendo hasta ahora los síndromes referidos correspondientes a encefalitis, mielitis y radiculitis o encefalomielitis. Se desconocen los mecanismos de los trastornos neurológicos que se presentan en esta

enfermedad, pero admiten como posible la invasión del sistema nervioso por el "virus" o una reacción de tipo alérgico.

Patogenia de ciertas anemias hemolíticas.—De los estudios realizados por el autor se llega a las siguientes conclusiones: 1) Hay variaciones diarias normales en la actividad osmótica del plasma. 2) El hematíe está en equilibrio osmótico con su plasma. 3) La presión osmótica de las proteínas intracelulares está aumentada en los hematíes de los enfermos con esferocitosis congénita. 4) La presión osmótica de las proteínas intracelulares está disminuida en los hematíes con anemia de células falciformes. 5) La presión osmótica intracelular es normal en los hematíes de enfermos con estigma falciforme y en los hematíes de enfermos con anemia hemolítica adquirida. 6) La fragilidad osmótica de los eritrocitos en las anemias hemolíticas congénitas depende de la presión osmótica de las proteínas intracelulares y no de variaciones en la potencia tensil de la membrana celular. 7) En la anemia hemolítica adquirida la hemólisis es aparentemente el resultado de alteraciones en la potencia tensil de la membrana de los eritrocitos.

Patrones electrocardiográficos en el diagnóstico diferencial de la distrofia muscular progresiva.—Presentan los autores nueve casos de distrofia muscular progresiva con referencia especial a los hallazgos electrocardiográficos; de dichos nueve casos, seis correspondieron al tipo infantil o pseudohipertrófico. El rasgo electrocardiográfico más notable en estos casos era la presentación uniforme de QRS de alto voltaje en una o más de las derivaciones precordiales. En cuatro de los seis casos estos voltajes superaron a los normales máximos publicados; en los otros dos casos se aproximaban mucho al máximo. El análisis de los trazados en otros casos publicados de esta forma de enfermedad demostraban complejos similares de alto voltaje. Estas alteraciones no se presentaron en los tres casos con distrofia que no correspondía al grupo pseudohipertrófico (facio-escápulo-humeral); los QRS en estos casos se aproximaban a los valores medios normales publicados. Este hallazgo lo interpretan los autores como otro rasgo diferencial en la distinción clínica entre los dos grupos de dicha enfermedad.

Annals of Internal Medicine.

42-5 - 1955.

Incidencia de anticuerpos contra el tifus epidémico en individuos nacidos en Europa Oriental. G. L. Schaefer, M. Friedman y C. Lewis.

Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar. M. L. Bassis y J. A. Sheinkopf.

Experiencias con balistocardiografía. I. D. Fagin y K. E. McIntyre.

Ulceras duodenales como factor etiológico ocasional en la ictericia obstructiva. W. J. Snape.

Cortisona en el tratamiento de la hepatitis infecciosa. T. E. Huber y A. T. Wiley.

Coincidencia de úlcera gástrica benigna y enfermedad pulmonar crónica. J. M. Weber y L. A. Gregg.

Hipoglicemia funcional y el síndrome de hiperventilación: Un estudio clínico. W. L. J. Edwards y W. F. Lummus.

Infarto arterial del riñón. J. G. Teplick y M. W. Yarrow.

Alcaptonuria: Referencia de 12 casos. W. J. Martin, L. O. Underdahl, D. R. Mathieson y D. G. Pugh.

Sicklemia. N. Ende, P. Pizzolato y J. Ziskind.

Tuberculosis del sistema nervioso central: Remisión y referencia de cuatro casos tratados con éxito mediante cirugía y quimioterapia. M. Schwartz, R. A. Gilman, J. S. Robey, J. Settle y L. E. Paddock.

La respuesta de los diversos tipos de carcinoma broncogénico a la mostaza nitrogenada. B. Levine y A. S. Weisberger.

Una prueba positiva falsa de lupus eritematoso. A. G. Jacobs.

Insuficiencia renal aguda postraumática complicada por hipernatremia. P. D. Doolan, C. C. Shaw, W. W. Shreeve y H. A. Haroer.

Tratamiento de un enfermo con lupus eritematoso y tuberculosis pulmonar con ACTH, estreptomicina y ácido para-aminosalicílico. J. R. Johnson y W. N. Davey.

Púrpura trombocitopénica inducida por quinidina complicando a la terapéutica con dicumarol. R. D. Gittler, M. Kissin y J. Litwinski.

* Hipertensión asociada con aneurisma de la arteria renal y mejorada por nefrectomía. B. H. Pastor, R. M. Myerson, G. T. Wohl y P. V. Rouse.
Mixedema y saturnismo crónico coexistentes. H. U. Kramer y M. N. Frank.
Editorial. La gota procede de la edad.

Ictericia obstructiva por úlcera duodenal.—Declara el autor que la úlcera duodenal puede constituir un factor etiológico en ciertos casos de ictericia obstructiva. Presenta los protocolos de seis casos, de los que en tres se confirmó en la exploración: uno, sangró por su úlcera y después se puso icterico; uno, tuvo dos recidivas con biopsia hepática en cada una, demostrando evidencia de fenómenos obstructivos asociados con colecistogramas negativos. En cuanto al mecanismo, añade que la reflexión sobre la anatomía del área adyacente al duodeno sugiere que la úlcera duodenal puede originar la oclusión del colédoco de la siguiente manera: 1) La úlcera o su reacción inflamatoria puede incindir sobre la papila biliar, como ocurrió en el caso 4; sin embargo, éste es probablemente el modo menos frecuente de obstrucción. 2) Como en el 75 por 100 de los individuos el colédoco cursa por detrás de la porción superior del duodeno y en el interior del páncreas, la inflamación y edema de este órgano, resultante de una úlcera penetrante posterior, podría comprimir el colédoco en dicha región; los casos 1, 2 y 3 representan ejemplos de dicha situación. Finalmente, las úlceras penetrantes profundas o perforantes pueden afectar al ligamento gastrohepático y causar allí la obstrucción en las porciones más proximales del colédoco.

Cortisona en la hepatitis infecciosa.—Los autores presentan los datos correspondientes a un estudio realizado durante 17 meses en más de 200 casos de hepatitis infecciosa. Utilizan un grupo control al que no tratan con cortisona y otro en el que se administró esta droga. Los resultados de su estudio indican que la cortisona origina un aclaramiento más rápido de la ictericia que en los controles; también la cortisona hace reaparecer más pronto el apetito, lo que motiva que los enfermos ingieran más alimentos y se origine un mayor aumento de peso. La prueba de la bromosulfaleína en los enfermos tratados con cortisona se hicieron normales en menor tiempo que en los controles. Consideran que la cortisona tiene un valor definido en el tratamiento de la hepatitis, y aunque no la recomiendan como terapéutica de rutina, creen que es de gran valor en aquellos casos de hepatitis que no responden al tratamiento habitual.

Coincidencia de úlcera gástrica y enfermedad pulmonar crónica.—Los autores refieren 70 casos de úlcera gástrica benigna, en el 43 por 100 de los cuales coexistía una enfermedad pulmonar crónica. Discuten las posibles relaciones causales de las dos enfermedades, puesto que no puede atribuirse a la casualidad este tanto por ciento tan elevado de coincidencia. En cuanto al mecanismo de producción de la úlcera, puesto que es lógico pensar que una úlcera gástrica no pueda condicionar una enfermedad pulmonar, hacen intervenir, por un lado, al trastorno en el recambio gaseoso en los pulmones y la consiguiente hipoxemia, o bien a un posible efecto de la disfunción respiratoria, la hipercapnia, que podría posiblemente acelerar la producción de ácido clorhídrico en la mucosa gástrica por un aumento en la producción local de ácido carbónico por la carbónico anhidrasa en las células parietales.

Infarto arterial del riñón.—Con motivo de la presentación de dos casos de oclusión arterial del riñón, los autores declaran que este proceso es una entidad clínica nada rara; generalmente se produce en un enfermo cardíaco, especialmente en los de fibrilación auricular, y también puede ocurrir por traumas. El cuadro clínico es uniforme en la mayoría de los casos; el comienzo es brusco, con dolor abdominal y en los flancos, de gran intensidad y sin remisiones, que dura de dos a cuatro días; existe hematuria en aproximadamente la mitad de los casos y generalmente se encuentra albuminuria; se presenta fiebre y leucocitosis en las primeras

cuarenta y ocho horas; todos los síntomas y hallazgos desaparecen gradualmente en el infarto unilateral. El riñón afecto pierde su función y no se plenifica en la pielografía intravenosa, pero la pielografía retrógrada demuestra un tracto urinario normal, aunque del lado afecto sale poco o nada de orina; en la mayoría de los casos no se recupera jamás la función renal. La aortografía puede confirmar la no replección de los vasos renales afectos. Como la oclusión no se debe generalmente a émbolos sépticos, se origina una autonefrectomía estéril con atrofia progresiva de los elementos renales; por lo tanto, la cirugía no está generalmente indicada y si se presenta hipertensión la nefrectomía consigue curar al enfermo. Debe distinguirse el infarto por oclusión de la vena renal del consecutivo al tipo arterial; la trombosis venosa es generalmente secundaria a sepsis, tromboflebitis e infecciones entreocólicas, las últimas especialmente en infantes y niños; el comienzo es agudo, con dolor en el flanco, fiebre, sepsis y hematuria y el riñón está muy aumentado de tamaño y doloroso; como demuestra una pelvis renal estrechada o completamente ocluida, a menos que se realice la nefrectomía, se presenta la muerte por sepsis. Sus dos casos de oclusión arterial renal presentaban los rasgos clínicos descritos: ambos tenían fibrilación auricular, comienzo y síntomas idénticos, presentaron fiebre y leucocitosis y mostraron un riñón no funcionante por la urografía venosa y de la pielografía retrógrada fué completamente normal. Los dos enfermos curaron sin cirugía; sólo se vió hematuria en uno de ellos y la aortografía demostró la oclusión vascular.

Alcaptonuria.—Señalan los autores que de 12 enfermos con alcaptonuria ocho mostraron ocrrosis, de los que seis eran varones. Los enfermos oscilaron entre 10 y 54 años, pero de los que mostraban ocrrosis el más joven tenía 21 años. Presentan los datos que apoyan el carácter familiar de la enfermedad. Los rasgos más característicos y diferenciales de la alcaptonuria son la tinción urinaria de las ropas, un diagnóstico supuesto de diabetes en algún momento, demostración en la orina de la sustancia reductora que no es glucosa y que se identifica como ácido hemogentisílico con la prueba de Fishberg. En cuanto a la ocrrosis, se caracteriza por la presencia de alcaptonuria, presentación de una forma intensa de osteoartritis a una edad más precoz de la habitual, dolores lumbares, pigmentación de las escleróticas y de los cartílagos de la oreja y alteraciones radiológicas características de la espondilitis ocrrotica. Añaden que es importante hacer un diagnóstico seguro de alcaptonuria porque hay que informar al enfermo de su pronóstico y especialmente en cuanto a la complicación probable de ocrrosis y además que es necesario que el enfermo sepa que esta enfermedad es heredada, por lo que debe prohibirse el casamiento con una persona afectada similarmente, y, por último, porque debe evitarse en todo caso un diagnóstico erróneo de diabetes mellitus.

Respuesta del carcinoma broncogénico a la mostaza nitrogenada.—Los autores han tratado con mostaza nitrogenada a 32 casos de carcinoma broncogénico inoperable. De los 10 enfermos con carcinoma de células pequeñas, siete mostraron signos objetivos de mejoría y dos un beneficio subjetivo. De los 22 enfermos restantes con otros tipos celulares de carcinoma broncogénico, sólo tres mostraron una ligera mejoría subjetiva, y uno, cuyo tipo celular no se determinó, mostró mejoría en los signos neurológicos consecutivos a la metástasis cerebral.

Tratamiento de un enfermo con lupus eritematoso y tuberculosis pulmonar con ACTH, estreptomicina y PAS.—Describen los autores un caso de lupus eritematoso coincidiendo con una tuberculosis pulmonar activa y avanzada. Lo trataron con ACTH, estreptomicina y PAS durante siete meses y ulteriormente con estreptomicina y PAS. Se produjo la remisión inmediata del lupus eritematoso, que ha persistido dieciocho meses después de haber terminado con la terapéutica por ACTH. La tu-

berculosis experimentó una rápida regresión e inactivación. Discuten finalmente la importancia de conocer exactamente si la ACTH y la cortisona ejercen efectos perjudiciales sobre la tuberculosis humana a pesar de la terapéutica antimicrobiana.

Púrpura trombocitopénica por quinidina complicando a la terapéutica por dicumarol.—Los autores describen un caso de púrpura trombocitopénica inducida por la quinidina; como esta droga se venía administrando simultáneamente al dicumarol durante el curso de un infarto de miocardio, los fenómenos hemorrágicos se achacaron primeramente al anticoagulante. Sólo al corregir el déficit de protrombina y ver que persistía el defecto en la coagulación, los estudios demostraron la verdadera naturaleza de la hemorragia, a lo que contribuyó la prueba de consumo de protrombina en el suero.

Hipertensión por aneurisma de la arteria renal curada tras la nefrectomía.—Refieren los autores un caso de hipertensión asociada con aneurisma de la arterial renal en un adulto joven. Se demostró la lesión por aortografía translumbar. Después de la nefrectomía la presión sanguínea se hizo normal y así continuaba aproximadamente un año después de la operación, permaneciendo el enfermo además asintomático, salvo la persistencia del cuadro de claudicación intermitente que presentaba con anterioridad.

The Journal of the American Medical Association.

158 - 1 - 7 de mayo de 1955.

Tuberculosis en médicos. J. A. Myers, H. S. Diehl, R. E. Boynton y H. L. Horns.
Prueba de tuberculina en masa para los niños escolares. W. C. Gray.

Reserpina (serpasil) en el tratamiento de los enfermos mentales. R. H. Noce, D. B. Williams y W. Rapaport.
Estudio epidemiológico y psicológico de la intoxicación saturnina en niños. R. B. Mellins.

Evaluación médica de un sistema de prostitución legalizada. W. Lentino.

* Recientes avances en el tratamiento quirúrgico del tumor cromófobo de la hipófisis. E. S. Gurdjian, J. E. Webster, F. R. Latimer, S. P. Klein y J. E. Lofstrom.

* Papel de las secreciones gástricas en la activación de las úlceras pépticas por la corticotropina (ACTH). B. I. Hirschowitz, D. H. P. Streeten, H. M. Pollard y H. A. Boldt Jr.

Ileostomía con injerto de mucosa en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa. R. B. Turnbull Jr. y G. Crile Jr.

Un dispositivo para la mejoría del linfedema. B. E. Brush y T. J. Heldt.

Retractor rectal operatorio basado en un nuevo principio. I. Rapfagel.

* Persistencia de nuevos canales vasculares después de la cardiopericardiopexia. M. S. Mazel.

Avances en el tratamiento quirúrgico de los tumores cromófobos de la hipófisis.—Señalan los autores que el tratamiento quirúrgico de los tumores cromófobos de la hipófisis consigue actualmente un éxito mayor mediante la utilización de los recientes conocimientos de los déficit endocrinos en el hipopituitarismo y su tratamiento preoperatorio y de la terapéutica sustitutiva postoperatoria. En presencia de un tumor quístico, se utiliza exclusivamente la escisión operatoria, mientras que frente a un tumor sólido se utiliza postoperatoriamente la radioterapia adicional. Está indicada la neurocirugía en el tratamiento de los tumores cromófobos en aquellos casos en que hay signos de compresión de estructuras importantes. En algunos casos se emplean la angiografía y la neumografía para evidenciar la extensión de la masa tumoral. Puede utilizarse efectivamente la cirugía con preparación preoperatoria, puesto que el peligro de presentación del shock pituitario no es tan grande cuando se emplea la terapéutica sustitutiva para combatir el stress de la operación. También está indicada la terapéutica sustitutiva después de la cirugía o de la radiación, tras una evaluación clínica cuidadosa y examen repetido de la sangre y otras anomalías hipofisarias y de los órganos receptores.

Papel de las secreciones gástricas en la activación de las úlceras pépticas por la ACTH.—Los autores han administrado corticotropina-gel a cinco sujetos normales, durante cinco días, viendo que se producía un aumento en las concentraciones medias de ácido clorhídrico y pepsina y una reducción marcada y uniforme en la viscosidad y el contenido de moco visible en el jugo gástrico. Aumentó abruptamente la eliminación urinaria de pepsinógeno (uropepsina) por la administración de ACTH y permaneció este nivel elevado durante su administración, a pesar de la ausencia de alteraciones en la concentración de pepsinógeno en el plasma. En el sexto sujeto de la experimentación se produjo una exacerbación aguda de una úlcera duodenal postbulbar, cuyas respuestas gástricas fueron estudiadas antes, durante y después de la administración de ACTH. En este sujeto no se produjo un aumento anormal en la acidez gástrica y la pepsina o en las cifras de pepsinógeno en plasma o en la orina antes de exacerbarse la úlcera al cabo de cuatro días de administración de ACTH, indicando que a la actividad péptica excesiva no podía achacarse la presentación de la úlcera o de su exacerbación. Añaden que una reducción marcada de la viscosidad y del contenido en moco visible del jugo gástrico precediendo a la exacerbación de la úlcera y un aumento pronunciado en la viscosidad y el moco durante el período subsiguiente de curación, sugieren que las alteraciones o el ritmo de producción de moco gástrico pueden jugar un papel importante, tanto en la exacerbación como en la curación de las úlceras pépticas. Poco después del comienzo de los síntomas y durante el proceso de curación hubo una divergencia sorprendente entre el aumento progresivo de las cifras de pepsinógeno en plasma y orina por un lado y una desaparición casi completa de la pepsina (y del ácido) del jugo gástrico por otro. Esto indica que la eliminación urinaria de pepsinógeno puede ser interpretada erróneamente como un índice de la secreción de pepsina gástrica en las personas a las que se administra corticotropina.

Persistencia de los nuevos canales vasculares después de la cardiopericardiopexia.—El autor refiere un caso de enfermedad coronaria crónica tratado por medio de la cardiopericardiopexia. Dicho enfermo falleció a los quince meses de la operación a consecuencia de la ruptura de un aneurisma aórtico. En la sección pudo demostrarse que los canales vasculares provocados por la operación continuaban permeables al cabo de dicho tiempo.

158 - 2 - 14 de mayo de 1955.

Tratamiento de las quemaduras resultantes de desastres. J. L. Enyart y D. W. Miller.

Causas de quemaduras en niños. E. E. Bleck.
Empleo de hipnosis en el tratamiento de los enfermos con quemaduras. H. B. Craslineck, J. A. Stirman, B. J. Wilson, E. J. McCranie y M. J. Fogelman.

* Cateterización hepática y hemorragia gastrointestinal alta en la hipertensión portal. D. C. Browne y G. E. Welch.

* Tratamiento de 200 psicóticos perturbados con reserpina. J. A. Barsa y N. S. Kline.

* Ictericia y agranulocitos con muerte consecutivas a la terapéutica con clorpromazina. H. H. Hodges y G. D. La Zerte.

Panel de enfermedades hepáticas. A. M. Snell, R. Kark, H. R. Butt, V. Sborov y C. M. Jones.

Cateterización hepática y hemorragia gastrointestinal alta en la hipertensión portal.—Declaran los autores que para el tratamiento de la hemorragia por varices digestivas es necesario conocer la presión portal y que para su medición constituye un medio válido la cateterización de las vénulas portales. En sus estudios determinan simultáneamente la presión en la vena y vénulas hepáticas junto con la medida directa de la presión en la porta en la exploración quirúrgica y confirman trabajos previos, ya que encuentran una relación directa entre las presiones en las vénulas hepáticas y la presión de la vena porta extrahepática. Añaden que este método tiene aplicación clínica para diferenciar la hipertensión portal intra de la extrahepática y puede utilizarse para determinar si los shunts de la porta per-

sisten permeables y funcionan efectivamente. Subrayan que deben explorarse las posibles relaciones entre la hipertensión portal intrahepática y el desarrollo de ascitis, y en este sentido continúan estudiando el efecto de dicho proceso "per se" sobre los linfáticos, así como los electrolitos antes y después de haber realizado el shunt.

Tratamiento de la psicosis con reserpina.—Los autores declaran que la reserpina tiene un valor definido en el tratamiento de los psicóticos crónicamente perturbados. De un total de 200 enfermos, 22 por 100 mejoró lo suficiente como para juzgarlo en condiciones de abandonar el hospital. El 86 por 100 de los enfermos mostró cierto grado de mejoría y el 61 por 100 cursó mejor con la reserpina que con el electroshock. Aunque en los enfermos tratados se observaron ciertos efectos tóxicos de la reserpina (incluyendo el parkinsonismo y convulsiones), ninguno de éstos fueron permanentes, desapareciendo al reducir la dosis de reserpina. Hay evidencia en el sentido de que en algunos enfermos el efecto terapéutico de la reserpina sólo dura el tiempo de la administración de la droga; sin embargo, en el 78 por 100 la mejoría se mantuvo después de haber suspendido la medicación.

Ictericia y agranulocitosis seguidas de muerte consecutivas a la terapéutica con cloropromazina.—Los autores describen un caso de ictericia persistente y agranulocitosis fatal presentada después de la terapéutica con cloropromazina. La ictericia era de tipo obstructivo, sin evidencia de lesión de la célula hepática, y motivó una laparotomía exploradora. La lesión hepática fué identificada como "colestasis intrahepática" sin obstrucción biliar intrahepática.

158 - 3 - 21 de mayo de 1955.

- Dinámica y psicoterapia de la depresión. D. C. Wilson.
- Enfermedad maníaco-depresiva en niños. J. D. Campbell.
- El niño ligado a su casa. H. M. Wallace, R. S. Siffert, G. Deaver y E. Pingitore.
- Artroplastia de la cadera con molde de vitalio. G. Hammon, H. R. Crawford y G. E. Haggart.
- Ensajos clínicos preliminares con prednisona (metiocorten) en enfermedades reumáticas. J. R. Dordick y E. J. Gluck.
- El banco de tejidos y la medicina militar. E. B. Coyl y R. G. Kindred.
- Terapéutica con hidrocortisona en el control del prurito anogenital. R. Turell.
- Dientamoeba fragilis, un patógeno intestinal. M. A. Sverlow y R. B. Burrows.
- Evaluación de la derivación I como técnica en la detección de enfermedades cardíacas. H. J. Weintraub.
- Infarto miocárdico precipitado por la prueba de los dos escalones de Master. L. A. Grossman y M. Grossman.
- Calzado de esponja de goma para el eczema varicoso y úlceras varicosas. W. G. Gasner y M. J. Costello.
- Aguja intravenosa con llave. A. Bloxson.
- Aparato portátil para la tracción intermitente de la cabeza en posición sentada. W. B. Hamby.

Prednisona en las enfermedades reumáticas.—Los autores han administrado por vía oral el nuevo esteroide cristalino sintético prednisona (metiocorten) a 12 enfermos con artritis reumatoide activa y a un enfermo, respectivamente, de lupus eritematoso diseminado, carditis reumática activa y artritis gotosa aguda con lesiones tofáceas sobrepuertas. La dosis supresora fué corrientemente de 30 mg. diarios y la de mantenimiento osciló entre 5 y 20 mg. diarios. Con dichas dosis se lograron beneficios óptimos tanto subjetivos como objetivos, demostrando que la prednisona es un agente antiarreumático y antiinflamatorio eficaz. Los estudios de los electrolitos del suero y de la orina demostraron que no se produjo una significativa retención de sodio y depleción de potasio en 14 enfermos; los estudios con sobrecarga de sal, en cuatro casos confirmaron dicha conclusión. Los efectos colaterales de la prednisona fueron transitorios, reversibles y no graves. Añaden que aunque la cortisona, la hidrocortisona y la prednisona son cualitativamente idénticas en la supresión de la artritis reumatoide activa, la prednisona es cuantitativamente superior y libre de perturbaciones significativas meta-

bólicas, acuosas o electrolíticas. Miligramo a miligramo la prednisona es aproximadamente cuatro a cinco veces más potente que la cortisona o hidrocortisona.

Hidrocortisona en el tratamiento del prurito anogenital.—El autor ha utilizado el acetato de hidrocortisona como único tratamiento en aplicación tópica para los enfermos con prurito anal intratable; es completamente ineficaz en los enfermos refractarios, pero sin alteraciones cutáneas, así como tampoco en el prurito causado por pediculosis, oxiuriasis y leucemia. Subraya la importancia de conocer la actividad de la hidrocortisona en diferentes tipos de prurito anogenital para no emplearlo indiscriminadamente. Añade haber empleado recientemente la fludrocortisona, pero no ha visto superioridad sobre el acetato de hidrocortisona.

Dientamoeba fragilis, un patógeno intestinal.—Declaran los autores que la frecuencia con que se encuentra la dientamoeba fragilis en el apéndice, su preferencia por los hemáties y la presentación concomitante de fibrosis en la pared del apéndice en todos los casos de infección por dicha ameba del apéndice, les hace llegar a la conclusión de que en realidad se trata de un patógeno. Aproximadamente la mitad de los casos observados eran niños, edad a la cual raramente se ve un apéndice fibrótico. Terminan diciendo que como dicha ameba origina diversos síntomas clínicos, ingiere hemáties y origina alteraciones tisulares en el huésped, las infecciones por ella deben tratarse una vez que se hayan demostrado.

158 - 4 - 28 de mayo de 1955.

- Investigación médica legal científica en el currículum médico de no graduados. A. R. Moritz.
- Un experimento para transformar el hospital en un centro médico de graduados. H. Jeghers, J. O'Brien y J. Butler.
- La base de los standards altos de cuidados médicos. H. G. Weiskotten.
- El médico y el enfermo. L. J. Regan.
- El médico y la ley. G. E. Hall.
- Clorhidrato de tripelenamina para la anestesia uretral tópica. R. J. Fitzpatrick y D. M. Orr.
- Empleo del dioctilo sodiosulfosuccinato (aerosol O. T.) para el estreñimiento intenso. J. L. Wilson y D. G. Dickinson.

Dioctilo sodiosulfosuccinato en el estreñimiento.—Los autores han utilizado este producto sintético durante los últimos doce años en el tratamiento del estreñimiento en diversos tipos de enfermos, incluyendo aquellos intensamente perturbados con impacto fecal asociado con megacolon, fisura anal, atresia anal postoperatoria y en enfermos encamados de diferentes tipos, incluyendo los convalecientes de poliomielitis y algunos ancianos inválidos. En las formas leves y moderadas de estreñimiento crónico, dicho producto era muy eficaz por sí mismo. Han encontrado excelente su empleo combinado con aceite mineral en el tratamiento precoz del estreñimiento más intenso. La experiencia con varios cientos de casos no ha podido revelar evidencia de toxicidad de ninguna clase. Un número limitado de estudios de absorción indican que dicha droga no interviene afectando a la absorción de grasas o proteínas en el intestino. En su opinión, presenta una amplia utilidad en el tratamiento del estreñimiento a causa de su buen efecto terapéutico, sin peligro de toxicidad o de disminución de su eficacia, incluso cuando se emplea regularmente durante períodos indefinidos de tiempo.

The Journal of Experimental Medicine.

100 - 1 - 1955.

- Reacciones tisulares a estímulos anafilácticos y anafiláctoides: Proteólisis y liberación de histamina y heparina. G. Ungar y cols.
- Efectos de las drogas sobre una respuesta tisigena producida en conejillos de Indias expuestos a aerosoles de antígenos específicos. Ch. A. Winter y cols.

Un efecto citopatogénico no transmisible del virus de la influenza en cultivos tisulares acompañados por la formación de hemaglutininas no infecciosas. G. Henle y colaboradores.

Resistencia a la infección del virus fibroma. Papel de los inmuno-leucocitos y de los inmuno-macrófagos. R. Ginder.

Efecto de factores metabólicos sobre la susceptibilidad de ratones albinos a tuberculosis experimental. J. Dubos y colaboradores.

Correlaciones inmunológicas entre las proteínas del mieloma. J. Slater y cols.

Estudios inmunoquímicos de la antitoxina producida en sujetos normales y alérgicos hiperinmunizados con toxoide diftérico. W. J. Kuhns.

Reacciones tisulares y estímulos anafilácticos y anafilactoides; proteólisis y liberación de histamina y heparina.—La adición de antígenos específicos a cortes de hígado o pulmón tomados de conejillos de cobayas, o la adición de agentes anafilactoides (octadecilamina, morfina, etc.) a cortes de tejidos procedentes de animales normales, o la perfusión pulmonar con estos agentes, han demostrado los autores que producen proteólisis y liberación de histamina y heparina. La estrecha relación entre estos fenómenos suscita la pregunta de cuál es el mecanismo causal. La supresión de la liberación de histamina y heparina por inhibición de la proteólisis sugiere que esta última es la reacción fundamental, no obstante, la esencia del fenómeno en el momento actual nos es desconocida. La proteólisis se sabe que depende de la acción de una proteasa tisular presente en los tejidos en forma de proenzima que necesita el recurso de una kinasa para convertirse en activa.

Efectos de las drogas sobre una respuesta tisúgena graduada en conejillos de Indias expuestos a aerosoles de antígenos específicos.—Los autores describen una técnica para el registro semiautomático del número de movimientos tisúgenos que se producen en cobayas sensibilizados a antígenos específicos por medio de aerosoles y el efecto que diversas drogas tienen sobre esta tos. Demuestran que las drogas antitusigenas (codeína y propadrina) no inhiben, cortándola sin embargo los agentes antialérgicos como la cortisona y las drogas antihistamínicas. La tos es inhibida también por la narcotina, que es la única droga que tiene efecto tanto en las toses producidas por mecanismo irritante como aquellas originadas por antígenos específicos. La acción de la cortisona y de las drogas antihistamínicas demuestran los autores que es sinergista.

Correlaciones inmunológicas entre las proteínas del mieloma.—Los autores hacen un estudio inmunológico de los sueros de 21 pacientes con mieloma. Separaron 10 proteínas por caracterización detallada, y cada una de las proteínas del mieloma estudiadas fué inmunológicamente diferente, indicando su especificidad individual. Las proteínas del gamma-mieloma fueron comparables a la gamma-globulina normal o a una fracción de ésta, aunque inmunológicamente cada una de ellas fué diferente de las otras. Las proteínas del beta-mieloma fueron asimismo comparables las unas a las otras, aunque individualmente específicas, algunas de ellas relacionadas con las proteínas del primer tipo de mielomas, aunque la mayoría fueron diferentes.

Estudios inmunoquímicos de la antitoxina producida en individuos normales y alérgicos hiperinmunizados con toxoide diftérico.—Este estudio lo llevan a cabo los autores con suero de ocho sujetos hiperinmunizados con toxoide diftérico que desarrollaron una reactividad cutánea inmediata a dicho toxoide asociada a la aparición de antitoxinas no precipitantes. Con el uso del test cutáneo del conejo, la técnica de difusión en agar y tres diferentes métodos de transmisión cutánea pasiva les fué posible a los autores obtener datos cualitativos y cuantitativos de estas antitoxinas séricas. Se encontró que los sueros de seis individuos contenían solamente antitoxina cutáneo-sensibilizante. En dos sueros se comprobó que no existía ningún paralelismo entre los titu-

los antitoxina obtenidos por el test cutáneo del conejo y el test cutáneo humano. Presumen los autores que en estos sueros existen dos variedades de antitoxinas no precipitantes y que solamente una de ellas era cutáneo-sensibilizante.

The Journal of Clinical Investigation.

34 - 3 - 1955.

- Efecto de los cambios de posición del cuerpo sobre el volumen pulmonar y la mezcla de gases intrapulmonares en sujetos normales. E. Blair y cols.
- La anemia en las enfermedades hepáticas: Observaciones sobre su mecanismo. J. H. Jandl.
- La influencia de la radiación ionizada sobre los compartimentos líquidos corporales en enfermos con linfoma maligno. J. Greeberg y cols.
- Efecto de la trombina, concentración de plaquetas y retracción del coágulo sobre la anchura de los tractos de fibrina. R. W. Green.
- Alcalosis metabólica aguda: Su efecto sobre la eliminación de potasio y ácidos. M. A. Holliday y cols.
- Efecto de la formación de una fistula arteriovenosa sobre el volumen sanguíneo. F. H. Epstein y cols.
- Estudios sobre diuresis alcohólica. I. Efecto de la ingestión de alcohol etílico sobre el agua, los electrolitos y el metabolismo ácido-base. M. E. Rubini y cols.
- Estudios sobre diuresis alcohólica. II. Valoración del alcohol etílico como inhibidor de la neurohipofisis. Ch. R. Kleeman y cols.
- Restricción de potasio y sodio en sujetos normales. R. A. Womersley y cols.
- Destino del ácido láctico circulante en el pulmón humano. A. M. Mitchell y cols.
- Interacción entre el oleato y las lipoproteínas en el suero humano. R. S. Gordon.
- Efecto del ACTH y del incremento patológico de la función adrenocortical sobre los alfa-cetoesteroideos urinarios. F. C. Dohan y cols.
- Cambios hemodinámicos durante la anestesia con thiopenal: Gasto cardíaco, volumen de expulsión, resistencia periférica total y volumen sanguíneo intratorácico. B. Etsten y cols.

La anemia en las enfermedades hepáticas: Observaciones sobre su mecanismo.—El autor estudia los posibles factores patogénicos que determinan la anemia en 20 cirróticos en los que no existen antecedentes hemorrágicos, encontrando que en 16 de ellos existían signos de hemólisis extracorporeal (reticulocitosis permanente, hipertrofia eritroide medular, aumento en la eliminación de urobilinógeno). El mecanismo de la hemólisis parece estar en relación con un incremento de la actividad hemocaterética esplénica. La producción de hemoglobina, a pesar de la anemia persistente, apenas excede en dos o tres veces la cifra normal, lo cual sugiere una sensibilidad a la anoxia disminuida.

El autor cree que la reducida capacidad de neiformar hemoglobina, en algunos de estos cirróticos, puede estar en relación con la toma de bebidas alcohólicas, ya que en algunos casos la mera supresión de éstas produce un aumento en los niveles de hemoglobina que está más en relación con el incremento de formación de la misma que con un descenso en la destrucción de hematies.

Solamente en cuatro pacientes se encontró deficiencia en ácido fólico.

Alcalosis metabólica aguda: Su efecto sobre la eliminación de potasio y ácidos.—Los autores someten un grupo de ratas a una dieta pobre en Na, K y Cl durante varios días, realizando después una diálisis peritoneal que las deja en situación de cloropenia y alcalosis. Estudian la eliminación de cationes el día que precede a la diálisis y tres después de ésta; al final de este período se toman muestras de suero y músculo para análisis.

En contraste con los controles, las ratas alcalóticas perdieron grandes cantidades de potasio por la orina, que se acompañó de un notable descenso del potasio intracelular con aumento del sodio.

La ingestión de sodio aumentó la eliminación de potasio y acentuó los cambios celulares (músculo).

La alcalosis, en las condiciones del experimento, no influyó notablemente sobre la eliminación de amoniaco ni acidez titulable en orina.

The American Journal of Pathology.

31 - 1 - 1955.

- Naturaleza de los gliomas revelada por experimentación animal. H. M. Zimmerman.
- Afectación vírica "in vitro" de una célula epitelial maligna humana. W. F. Scherer.
- Patología del cerdo expuesto a la radiación total de cueros gamma de una bomba atómica. J. L. Tullis y cols.
- Osfificación heterotópica en neoplasias intestinales. H. Terry van Patter y cols.
- Necrosis y trombosis suprarrenal en necropsias de rutina. A. Plaut.
- Reparación de la íntima en la aorta de un conejo después de un trauma experimental. J. T. Prior y cols.
- Cultivo de tejido procedente de un carcinoma de mama. M. F. Orr y cols.
- Afectación de los ganglios mamarios internos en el carcinoma de mama. J. P. Wyatt y cols.
- El papel de la oxihemoglobina y sus derivados en la patogénesis de la nefrosis hemoglobinúrica experimental. J. J. Lalich.
- Histopatología de las lesiones glomerulares experimentales que simulan la glomeruloesclerosis diabética humana. J. M. B. Bloodwort y cols.
- Efectos patológicos de los antimetabolitos. S. P. Hicks.

Osfificación heterotópica en neoplasias intestinales.— Los autores presentan tres casos de adenocarcinomas intestinales que en el estudio anatomo-patológico de las neoplasias y de sus metástasis se encontraron imágenes claras de osificación. Discuten los factores locales que predisponen a la osificación heterotópica en general y consideran que, aparte de la anoxia tisular, el retardo en la circulación linfática, el edema y las zonas de necrosis que clásicamente se han considerado como facilitantes de este fenómeno, deben considerarse como estímulos osteogénicos en estos tumores: las placas de calcificación y los infiltrados de mucina.

Necrosis y trombosis suprarrenales en necropsias de rutina.— En 129 autopsias que sin previa selección revisa el autor, encuentra necrosis de las glándulas suprarrenales en once ocasiones. En siete de ellas existe trombosis de las venas suprarrenales y en otros dos casos en los que no existía imagen de necrosis había trombosis venosa. El autor no encontró ninguna lesión en el sistema arterial. Tampoco halló correlación alguna entre los hallazgos anatomo-patológicos y la edad, tipo de enfermedad o tratamiento aplicado.

Dada la elevada necesidad de oxígeno que tienen las glándulas suprarrenales, es posible que la deficiencia de aquél en los últimos momentos de la vida sea la responsable de dichas necrosis por un mecanismo parecido al que origina la necrosis del lóbulo anterior de la hipófisis en el síndrome de Sheehan.

Afectación de los ganglios mamarios internos en el carcinoma de mama.— Los autores estudian por disección el grado de afectación de los ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna en 60 casos de mastectomía radical por neoformación maligna. Estas investigaciones demostraron que en 19 casos existía crecimiento metastático en los ganglios de dicho cadena, lo que viene a probar que, aparte de los ganglios axilares, la cadena de la mamaria interna es una vía importante de diseminación cancerosa. Los autores creen que este hecho anatomo-patológico explica en parte el fracaso que la mastectomía tipo Halsted-Meyer tiene en muchos cánceres de mama.

Papel de la oxihemoglobina y sus derivados en la patogénesis de la nefrosis hemoglobinúrica experimental.— El autor estudia el efecto de la inyección endovenosa de metahemoglobina en conejos colocados en distintas situaciones metabólicas para provocarles el cuadro de la nefrosis hemoglobinúrica que describió MALLORY en casos de shock traumático. Obtiene, de acuerdo con este autor, la conclusión de que la anuria y la uremia solamente se presentan en aquellos casos en que se encuentra en la necropsia acúmulos pigmentarios (nefropatía pigmentaria). Encontró cilindros pigmentarios con carácter obstructivo en la mitad de los casos que hicieron el cuadro completo de la nefrosis y en el resto no se objeti-

varon, lo que demuestra que la concepción patogénica de OLIVER y cols. sobre el papel que la obstrucción tubular por cilindros pigmentarios tiene en el determinismo de la anuria no es aplicable a todos los casos. Estudió igualmente la relación entre los acúmulos de hematina y hemosiderina, por una parte, y el cuadro nefrótico por otra, encontrando que todos los conejos muertos con aquel proceso tenían grandes acúmulos de hematina en los riñones, mientras que la concentración de hemosiderina no guardaba relación con la evolución anúrica.

The American Journal of Clinical Pathology.

25 - 3 - 1955.

- Diagnóstico citológico en el cáncer pulmonar sospechado. N. C. Foot.
- Fibromatosis pseudosarcomatosa subcutánea. B. E. Konwaler y cols.
- Estudios de estructura pulmonar por radiografía de bajo voltaje. G. J. Cunningham.
- Algunos factores epidemiológicos y test de diagnóstico en la blastomicosis, coccidiomicosis e histoplasmosis. J. Schwartz y cols.
- EDTA en la hemosiderosis por transfusión. T. J. Greenwalt y cols.
- Lipomas en el tracto gastrointestinal. T. Weimberg y colaboradores.
- Eritroleucemia (una enfermedad mieloproliferativa). J. A. Shively.
- Tiroditis. Revisión. Parte I. J. B. Hazard.
- Diagnóstico patológico de la diabetes mellitus. E. T. Bell.

Fibromatosis pseudosarcomatosa subcutánea.— Los autores presentan una enfermedad pseudotumoral, subcutánea y circunscrita, que consideran como una fibromatosis pseudosarcomatosa; esta lesión también ha sido llamada "fasciitis". En el estudio microscópico de estas lesiones frecuentemente se encuentran estructuras de aspecto sarcomatoso que conducen a actitudes terapéuticas radicales (quirúrgicas). La impresión de los autores es que se trata de una lesión benigna, no neoplásica, resultado de una respuesta esclerosante angiomatosa a agentes irritantes variados. No obstante, este concepto necesita confirmación en otros trabajos.

EDTA en la hemosiderosis por transfusión.— Basándose en la acción beneficiosa que muestra la sal cárdena disódica del ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) en ciertas intoxicaciones por metales pesados, y concretamente en la hemocromatosis, los autores estudian su efecto en cuatro casos de anemias arregenerativas tratados con transfusiones sanguíneas repetidas y, por lo tanto, con sobrecargas reiteradas de hierro. Se administra el preparado por vía oral e intravenosa. La terapéutica oral ofrece resultados inconstantes, mientras que la administración intravenosa aumenta notablemente la eliminación urinaria de hierro (llegando en un caso a aumentarla diez veces su valor normal). Los autores llegan a la conclusión de que el uso de compuestos de este tipo en las sobrecargas de hierro necesita ulteriores estudios, ya que su administración oral no ofrece resultados concordantes y la terapéutica intravenosa prolongada no es práctica.

Lipomas del tracto gastrointestinal.— Los autores, entre 1.319 necropsias, encuentran la incidencia de lipomas del aparato digestivo en un 5,8 por 100, proporción mucho más elevada a la encontrada en otras estadísticas.

De la revisión de estos casos llegan a la siguiente conclusión: a) Que la mayoría de los lipomas digestivos son asintomáticos. b) Algunos de ellos se diagnosticaron por complicaciones clínicas que requirieron tratamiento quirúrgico (invaginación, obstrucción, ulceración, etcétera). c) Su localización preferente es el intestino delgado y grueso. d) En un 27 por 100 de los casos la lipomatosis fué múltiple. e) La mayoría de los lipomas no se diagnosticaron antes de la intervención quirúrgica o de la necropsia, ya que aunque el tumor puede ser demostrado en estudio roentgenográfico, su imagen es similar a la de otros tumores benignos.

Diagnóstico patológico de la diabetes mellitus.—El autor cita como datos anatomopatológicos, que permiten el diagnóstico retrospectivo de la diabetes mellitus en un 85 por 100 de los casos, los tres siguientes: la hialinización de los islotes pancreáticos, la desaparición de los gránulos beta en las células del páncreas endocrino y la glomeruloesclerosis intercapilar.

La hialinización está más en relación con la edad del paciente que con el grado o duración de la enfermedad. No puede considerarse como la causa de la insuficiencia insular y su presencia solamente es un dato presuntivo.

Existe una relación muy estrecha entre la cantidad de gránulos beta y el contenido pancreático en insulina, por lo que su desaparición es un dato casi cierto de diabetes.

El diagnóstico muchas veces se puede hacer por el estudio histológico de los riñones. Las lesiones nodulares intercapilares descritas por KIMMELSTEIN y WILSON, junto con la esclerosis intercapilar difusa, son los hallazgos más patognomónicos. El diagnóstico diferencial de la glomeruloesclerosis intercapilar diabética con las lesiones intercapilares que pueden aparecer en la glomerulonefritis se puede hacer por el estudio de las arteriolas glomerulares aferentes, que siempre muestran fenómenos de hialinización en la diabetes y raras veces en las glomerulonefritis.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

96 - 3 - 1955.

Influencia de la hormona hipofisaria del crecimiento sobre el crecimiento y formación de metástasis del sarcoma transplantable del ratón. J. Summer Wood y colaboradores.

- * Estudios sobre el modo de acción del citrato en el raquitismo. E. R. Yendt y J. Eager Howard.
- * Síndrome de Cushing con hiperplasia adrenal bilateral: un estudio de los 17-hidroxicorticosteroides y la respuesta a ACTH. M. M. Grumbach y colaboradores.

Tratamiento con citrato del raquitismo.—Se ha visto que las mezclas de ácido cítrico y citrato sódico curaban el raquitismo a pesar de que las concentraciones de fósforo y calcio sérico permanecían por debajo de los límites normales. Los autores observan que cortes de cartílago de rata raquíatica tratada con citrato se calcifican en medios cálcicos más bajos en Ca que otros cortes pertenecientes a ratas que no han sido tratadas. Lo mismo sucedía con los cartílagos de animales a los cuales se había suministrado fosfato por vía intraperitoneal. Sugieren los autores que una vez que el proceso de calcificación ha comenzado, éste continúa aunque las concentraciones séricas de calcio estén por debajo de la normalidad.

Síndrome de Gushing.—Los autores estudian el valor del estudio de los 17-hidroxicorticosteroides libres y conjugados para obtener un índice de la actividad adrenocortical. En dos enfermos con síndrome de Cushing por hiperplasia adrenal bilateral comprueban un aumento de la respuesta a la inyección intravenosa de ACTH. Esto se evidenció por un aumento anormal de los 17-hidroxicorticosteroides plasmáticos. Los resultados se comparan con los que se obtienen en los mismos enfermos tras la resección subtotal así como en casos de enfermedad de Addison y síndrome adiposigenital. Se describe la importancia de esta prueba.

96 - 5 - 1955.

Estudio clínico anatomico del pulmón del recién nacido con membranas pseudohialinas. E. F. Latham, R. E. L. Nesbitt y G. W. Anderson.

- * Desensibilización del cobaya al anticuerpo de Forssman. G. S. Spear.
- * Casos de lupus eritematoso diseminado diagnosticados de púrpura trombocitopénica hemorrágica. S. L. Eversole.

Desensibilización del cobaya al anticuerpo de Forssman.—Los experimentos del autor permiten demostrar la posibilidad de desensibilizar al cobaya al anticuerpo de Forssman, mediante inyecciones progresivas del an-

tisero, que se iniciaron con un cuarto o la mitad de la dosis letal y que, en muchos casos, se han podido llegar hasta 80 dosis letales sin que el animal muestre más que ligeros y transitorios síntomas. La reacción cutánea en el animal desensibilizado estaba marcadamente disminuida, aunque no totalmente eliminada.

Lupus eritematoso diseminado.—El autor presenta seis casos que fueron considerados como de púrpura trombocitopénica hemorrágica. El diagnóstico de lupus eritematoso diseminado fué establecido en la autopsia, o con el hallazgo de las lesiones histológicas características de esta enfermedad en el bazo, a continuación de la esplenectomía. El autor acentúa la importancia que tiene, en todos los casos que se diagnostican de púrpura trombocitopénica hemorrágica, considerar la posibilidad de que se trate de un lupus eritematoso diseminado.

A. M. A. Archives of Pathology.

59 - 3 - 1955.

Heridas por bala. B. Steinberg.

Envenenamiento agudo fatal fulminante por tetracloruro de carbono. R. B. Jennings.

Contenido en colesterina de la aorta en relación con la gravedad de la ateroesclerosis. G. C. McMillan, L. Horlick y G. L. Duff.

Análisis crítico de 221 glándulas tiroides. O. H. Hull.

Enfermedad vascular necrosante en la rata. S. Koltosky.

Estudios biofísicos del tejido óseo en perros con raquitismo experimental. B. Engfeldt y R. Zetterström.

Distribución venosa en hígados. H. Elias y H. Popper.

Neurofibromatosis plexiforme del corazón y del cuello. S. Pung y E. F. Hirsch.

Estudios histoquímicos del infarto miocárdico precoz experimental. H. O. Yokoyama, R. B. Jennings, G. F. Clabaugh y W. B. Wartman.

* Hemocromatosis exógena. W. A. Morningstar.

Neoplasias neuroestodérmica organoides de la piel. R. J. Peace.

Ruptura fatal de un aneurisma gástrico. M. Millard.

Tumores de células de Hürthle del tiroides. L. W. Gardner.

* Fibrosis intersticial difusa de los pulmones. C. Pokorny y C. A. Hellwig.

Resultados de la inyección intraperitoneal del medio de contraste sulfato de bario. S. Kay y S. H. Choy.

Hemocromatosis exógena.—Se refieren tres casos de hemocromatosis exógena en los que se habían practicado numerosas transfusiones sanguíneas. El grado de pigmentación, así como el de fibrosis, parecieron ser una función directa del número de transfusiones, de modo que un sujeto que había recibido 254 transfusiones exhibió todos los signos de la hemocromatosis idiosincrática.

Fibrosis intersticial difusa de los pulmones.—Se presenta un caso de este proceso con datos clínicos y anatomicopatológicos similares a los señalados por HAMMAN y RICH. La enfermedad puede ser explicada sobre la base de uno o más ataques de neumonitis aguda intersticial que termina en organización en lugar de resolución. Un trastorno de la fibrinolisis puede explicar la fibrosis intersticial difusa mejor que la suposición de un virus específico o un agente químico.

59 - 4 - 1955.

Anatomopatología de la parálisis cerebral. A. Towbin.

Tiroïditis granulomatosa con material cristalino anisotrópico. S. Gross.

Ateroesclerosis. E. F. Hirsch y R. Nailor.

Respuestas del hígado a un trastorno agudo. J. Hoffman, M. B. Himes, S. Lapan, R. Riszki y J. Post.

Estructura fina del glomérulo renal revelada por el microscopio electrónico. J. F. Rinehart.

Aneurismas arterioescleróticos múltiples de las arterias coronarias. W. E. Loring.

Lipogénesis por células de la córnea. D. G. Cogan y T. Kuwabara.

Displasia fibrosa poliostótica del hueso. J. V. Denko y T. L. Perrin.

Conexión anómala de las venas pulmonares con el drenaje venoso pulmonar normal. L. M. Becu, N. Tauxe, J. W. Bushane y J. E. Edwards.

Localización radioautográfica del Na^{24} en el riñón de ratas. J. S. Krakusin y R. B. Jennings.

Estudios sobre la viscosidad del citoplasma de las células del tumor ascítico de Ehrlich del ratón. E. T. Nishimura, J. A. Di Paolo y W. T. Hill.
Efectos anatopatológicos de pirógenos administrados intravenosamente a animales grandes. J. H. Rust, S. L. Hord y C. L. Comar.

Tiroiditis granulomatosa.—El síntoma más frecuente de estos casos es el dolor difuso en la región tiroidea, siendo menos frecuente la disfagia y la elevación de temperatura. El examen físico mostró un tiroides aumentado de tamaño, lo más frecuentemente difuso, a veces unilateral. En los 14 casos se encontró en las piezas resecadas un material cristalino anisotrópico (monohidrato de oxalato cálcico) dentro y fuera de los acini. Los cristales probablemente guardan relación con la reacción granulomatosa y la presencia de células gigantes multinucleadas. Veinticinco casos de entre 29 de procesos no granulomatosos diagnosticados como "tiroiditis crónica", "estruma de Hashimoto", "estruma de Riedel", "bocio linfadenoide" y "tiroides con hiperplasia e involución" no contenían cristales, mientras en otros cuatro fueron vistos algunos y de éstos en tres se presentaban los hechos típicos del bocio linfomatoso, así como células gigantes multinucleadas y unos pocos granulomas, mientras en el cuarto el diagnóstico fué "hiperplasia del tiroides con involución".

Metabolism.

4 - 3 - 1955.

Recientes adelantos en la nutrición de importancia para la higiene pública. N. Jolliffe.

Exceso de insulina en el tratamiento de la diabetes. H. J. John.

* Relaciones entre los carbohidratos y grasa de la dieta y la cetonuria en normales y diabéticos. G. T. Perkoff y M. Rosecan.

Estudios sobre el metabolismo de los acetatos en el síndrome hereditario obesidad-diabetes de la rata utilizando acetato C^{14} . W. Parson y K. R. Crispell.

Contenido y distribución en los adultos de potasio y cloro. D. Ikkos y cols.

* Relaciones entre la alcalosis aguda y el metabolismo del potasio. Ch. R. Kleeman y cols.

* Fracaso de las pruebas de tolerancia al calcio como ayuda diagnóstica en la enfermedad maligna osteolítica. L. E. Meiselas y M. G. Goldner.

Papel del hígado en la patogenia de la hiperlipemia nefrótica experimental. W. Heymann y D. B. Hackel.
Antagonismo tiroídes-cortisona en ratas medida por el crecimiento, peso de órganos y alimentación. S. M. Grenberg.

Carbohidratos y grasa de la dieta y cetonuria.—Los autores estudian la respuesta de la cetonuria a la variación en el contenido de carbohidratos y grasa en dietas isocalóricas en diabéticos y normales. Las dietas con mucha grasa se asociaron a mínimos aumentos en la cetonuria en diabéticos bien regulados. En los no regulados aumentaron considerablemente. Las dietas con muchos carbohidratos disminuyeron considerablemente la cetonuria de todos los diabéticos menos uno y en dos de los tres normales. Consideran que los cambios en la cetonuria son debidos a alteraciones en la producción de cetona mejor que a defectos de su utilización.

Alcalosis aguda y metabolismo del potasio.—La administración intravenosa rápida de 1.600 mEq. de bicarbonato sódico a un paciente con envenenamiento agudo por alcohol etílico produjo una alcalosis metabólica aguda y una depleción de potasio. La depleción de potasio potenció la alcalosis metabólica original. La orina era ácida, a pesar de la grave alcalosis extracelular. Los autores consideran que la alcalosis secundaria a la depleción de potasio se asocia a una acidosis intracelular y que esta aciduria paradójica potencia, pero no es la causa, de la alcalosis hipokálmica.

Prueba de tolerancia del calcio en las enfermedades osteolíticas.—Los autores observan las excreciones urinarias de calcio antes, durante y después de una sobrecarga intravenosa de calcio en 14 enfermos con y sin cáncer. La hipercalciuria de los enfermos con cáncer, durante las veinticuatro horas siguientes a la administración de la sobrecarga, fué considerablemente mayor que en los enfermos controles, que habían permanecido en las mismas condiciones, particularmente en prolongado reposo en cama. No se encontraron diferencias entre la excreción de enfermos con enfermedades osteolíticas malignas y los que tenían cáncer sin enfermedad osteolítica.