

B I B L I O G R A F I A

A) CRITICA DE LIBROS

TUMORES DEL PANCREAS. Dr. M. A. CASAL.—Editorial Aecius. Buenos Aires 1956.—Un volumen de 179 páginas con 18 figuras.

El diagnóstico de las enfermedades del páncreas es uno de los grandes problemas que la clínica diaria plantea. Por eso existe tanta ambigüedad sobre la frecuencia de las enfermedades pancreáticas. Dentro de éstas, la mayor parte de los tumores "acaban" por ser diagnosticados, pero generalmente en una fase tardía. La frecuente invasión linfática que originan estos tumores y su marcada tendencia a la metástasis hacen que, aun con una buena exploración, el diagnóstico sea demasiado tardío.

La creación de una nueva cirugía del cáncer de páncreas tropieza en la práctica con estos inconvenientes: situación profunda del órgano, carácter vago de sus síntomas iniciales y dificultad en el diagnóstico funcional. Por eso, la supervivencia de los casos en los que se logró hacer una extirpación se ha demostrado pequeña. Es indudable la necesidad de encontrar métodos que permitan un diagnóstico más temprano.

La monografía del Dr. Casal reúne una amplia bibliografía y expone en sus capítulos sucesivos los aspectos clínicos y de examen funcional de los tumores pancreáticos. Constituye un resumen del estado de la cuestión y puede ser útil al médico bajo este aspecto y también como un estimulante para el trabajo futuro sobre este gran problema.

ANATOMIE RADIOLOGIQUE NORMALE. Dr. H. TILLIER.—Editorial G. Doin & Cie. París 1955.—Un volumen de 258 páginas con 375 figuras, 2.600 francos franceses.

El médico tiene más información de la patología radiológica intensa que de los aspectos normales, y, sin embargo, no hay duda de que los diagnósticos precoces y los juicios finos sólo pueden derivar de un conocimiento mejor de esa difícil frontera entre lo normal y lo patológico, sobre lo que algunos libros, por ejemplo el excelente de Kohler, se han ocupado. Facilita el conocimiento de lo normal la comparación de lo que se ha aprendido en la anatomía y lo que aparece en el estudio radiológico en la clínica. La multiplicación del esfuerzo en pro de un mejor conocimiento de la anatomía radiológica normal, tal y como aparece con los métodos de que actualmente disponemos, es indudablemente de gran importancia y su estudio muy fructífero. Esta segunda edición del libro de Tillier que, sobre todo, en lo que se refiere a la radiología visceral ha sido ampliado, constituye en este sentido una obra altamente recomendable.

Algunas cátedras de anatomía se han ocupado ya de dar en la enseñanza a los estudiantes un relieve a esta anatomía viva (radiológica) en cotejo con la anatomía muerta de la sala de disección; pero creemos que es necesario seguir impulsando esta orientación.

Las diferentes partes del esqueleto, como aparecen en las radiografías, según las proyecciones, van siendo expuestas (extremidades, tórax, pelvis, cabeza) y a continuación también corazón, pulmón, tubo digestivo, aparato urinario y genital. Es un libro completo, sencillo bien expuesto a base de numerosos esquemas ingeniosos y bien trazados, destinado a prestar gran utilidad en el sentido de ese expuesto vacío.

L'ETAT SEPTICEMIQUE. Dr. A. RAYBAUD.—Editorial G. Doin & Cie. París 1955.—Un volumen de 392 páginas con figuras, 2.000 francos franceses.

Tiene originalidad y atractivo el plan de exposición de este libro, en el que, bajo el título de "El estado septicémico", se trata en realidad lo referente a las enfermedades infecciosas de diferentes tipos, en las que más que la especificidad del germe tienen valor decisivo en el determinismo del cuadro clínico las vías y localización de la infección y el tipo de respuesta orgánica.

Lo más original del libro está en el análisis de los estados infecciosos que tienen un foco primitivo con generalización bacteriémica ulterior y, por consiguiente, en el capítulo referible al hígado, el riñón, el corazón, el pulmón infecciosos.

Dentro de su carácter elemental y esquemático la cuestión está, no obstante, bien expuesta y con evidente sentido clínico.

LIBROS RECIBIDOS

"Röntgendiagnostik". Dr. H. R. Schinz.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart. 1957.—Un volumen de 590 páginas con 550 figuras, DM. 139.

"Handbuch der Orthopädie". Dr. G. Hohmann.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart. 1957.—Un volumen de 1.185 páginas con 637 figuras, DM. 178.

"Diccionario inglés-español de Medicina". Dr. F. Ruiz Torres.—Editorial Alhambra. Madrid. 1957.—Un volumen de 377 páginas, Ptas. 155.

"Manual de diagnóstico diferencial". Dr. H. Th. Hyman.—Editorial Labor. Barcelona. 1957.—Un volumen de 595 páginas, Ptas. 220.

"Operaciones ginecológicas". 3.ª edición. Dr. H. Matius.—Editorial Labor. Barcelona. 1957.—Un volumen de 416 páginas con 450 figuras, Ptas. 380.

"Diagnóstico diferencial roentgenológico". Tomo II. Dr. W. Teschendorf.—Editorial Labor. 1956.—Un volumen de 939 páginas con 1.1610 figuras, Ptas. 600.

B) REFERATAS

Circulation.

11 - 4 - 1955

- Ciertos estados clínicos y cambios patológicos asociados a ondas T invertidas en el electrocardiograma precordial. R. D. Pruitt y cols.
- Factores mecánicos y miocárdicos en la enfermedad cardíaca reumática con estenosis mitral. R. M. Harvey y colaboradores.
- Diagnóstico de la insuficiencia tricúspide. G. Sepúlveda y D. S. Lukas.
- Mejoría quirúrgica de la estenosis aórtica por medio de la anastomosis valvular apical-aórtica. S. J. Sarnoff y colaboradores.
- Dipaxin-2-difenilacetil-1,3-indandiona: Valoración clínica de un nuevo anticoagulante. J. B. Field y cols.
- Observaciones sobre la hiponatremia tras la valvulotomía mitral. A. V. N. Goodyer y W. W. L. Glenn.
- Contenido en norepinefrina y epinefrina de los corazones humanos sanos y enfermos. W. Raab y W. Gigee.
- Uso del hexametonio en el tratamiento de la arterioesclerosis obliterante. J. H. Windesheim, G. M. Roth y R. W. Gifford.
- Ánalisis diferencial de opacificación en angiocardografía. J. Lind, R. Spencer y C. Wegelius.
- Estudios sobre electrolitos en la insuficiencia cardíaca. L. T. Iseri y cols.
- Efectos del shock hemorrágico sobre el corazón y circulación en el perro intacto. D. B. Hackel y W. T. Goode.
- Resultados clínicos de las primeras 500 valvuloplastias por estenosis mitral. L. B. Ellis y D. E. Harken.

Ondas T invertidas en el electrocardiograma.—La presencia de ondas T profundamente invertidas en las derivaciones centrales terminales centradas en la posición 3 y sin alteraciones significativas de los complejos QRS, estuvo relacionada en 38 de 62 pacientes (61 por 100) a la evidencia clínica de infarto de miocardio o a grave insuficiencia coronaria. Si esta alteración era transitoria y reversible, estaba casi siempre relacionada con una grave insuficiencia coronaria. En casi todos los casos que mostraban la primera anomalía electrocardiográfica y que fueron autopsiados, se encontró un infarto subendocárdico en la pared del ventrículo izquierdo.

Enfermedad reumática cardíaca con estenosis mitral. Los autores estudian 16 enfermos con enfermedad cardíaca reumática y estenosis mitral pura con objeto de demostrar la importancia relativa del bloqueo mitral y de la insuficiencia miocárdica en esta enfermedad. Pueden dividir a sus enfermos en dos grupos: uno, caracterizado por la hipertensión pulmonar de grado variable y respuesta subnormal del gasto cardíaco al ejercicio, y el otro, en el cual no hay hipertensión pulmonar y que el gasto cardíaco no aumenta con el ejercicio. En este último grupo la insuficiencia miocárdica era la lesión más importante. El reconocimiento de esta situación tiene gran importancia práctica, ya que estos últimos enfermos no mejoran con la comisurotomía.

Diagnóstico de la insuficiencia tricúspide.—De 146 enfermos con enfermedad reumática cardíaca, 60 tenían afectación tricúspide, demostrada por cateterización, y sólo en un 23 por 100 de los casos este diagnóstico se había hecho clínicamente. Los signos clínicos más constantes fueron: fibrilación auricular, hepatomegalia persistente, historia de insuficiencia derecha y aumento radiológico de atrio derecho. En un 60,4 por 100 de los casos se podía apreciar un complejo pequeño en la derivación V del electrocardiograma. Los clásicos caracteres clínicos de insuficiencia tricúspide eran relativamente infrecuentes y se mostraban predominantemente en enfermos con presiones en el atrio derecho superiores a 10 mm. Hg.

Dipaxin, un nuevo anticoagulante.—Los autores estudian el Dipaxin (difenilacetil-1, 3-indandiona), un nuevo anticoagulante que emplean en 200 sujetos. En 48 a 72 horas induce una hipoprotrombinemia eficaz, que

sostienen con dosis repetidas hasta 18 meses en algunos enfermos. Sus propiedades anticoagulantes se venen rápidamente con vitamina K, siendo más eficaz la natural que la sintética. El control de la terapéutica anticoagulante con este fármaco es muy fácil, no habiéndose presentado ninguna clase de fenómenos tóxicos ni complicaciones hemorrágicas. Este agente parece estar especialmente indicado en los casos en que hay que mantener, durante mucho tiempo, la terapéutica anticoagulante, y no es fácil realizar frecuentes determinaciones de protrombina.

Hexametonio y arterioesclerosis obliterante.—Los autores suministran dosis progresivas de 10 a 50 mg. de hexametonio subcutáneamente a un grupo de 11 enfermos con arterioesclerosis grave de las extremidades inferiores. Dos respondieron con un moderado aumento de la temperatura cutánea. Otros dos mostraron ligera vasodilatación en la extremidad menos afectada, pero no en la otra. De su estudio deducen los autores que el hexametonio no es eficaz en el tratamiento de la arterioesclerosis obliterante grave. Ya que a la inyección de la droga sigue una hipotensión, se considera que la vasodilatación responsable ocurre sólo en los vasos sanos.

Estenosis mitral y valvuloplastia.—Los autores consideran los resultados por ellos obtenidos en las primeras 500 valvuloplastias que han hecho en estenosis mitrales. La mortalidad fué de menos del 3 por 100, y puede llegar hasta 1 por 100. La operación parece proteger contra embolias posteriores. De 442 pacientes, 440 han sido seguidos durante períodos variables entre seis meses y cinco años. De todos los supervivientes, mejoraron el 2 por 100, y en la mayoría, esta mejoría fué sostenida; al 31 por 100 han tenido uno o más ataques de un síndrome post-operatorio caracterizado por dolor precordial y fiebre, pero sólo un 7 por 100 han mostrado síntomas de fiebre reumática activa. Objetivamente las mejorías fueron mucho menos notables que subjetivamente.

Gastroenterology.

28 - 5 - 1955

- Estudios radiológicos del paso esofágico en enfermos con disfagia debida a función motora anormal. S. H. Lorber y H. Shay.
- Correlación de los potenciales gástricos humanos con la fisiología gástrica. I. Katzka, H. M. Lemon y F. Jackson.
- Efecto antiemético de la cloropromazina en enfermos de cáncer. S. Fink y W. A. Winslow.
- La localización de las úlceras duodenal y prepilórica. Correlación de los hallazgos radiológicos y gastroscópicos con muestras resecadas en la operación. P. H. Davis, E. S. Finckh e I. J. Wood.
- Utilidad clínica de la ACTH y cortisona en las enfermedades del hígado. V. M. Sborov, L. W. Bluemle Jr., J. R. Neefe y P. Gyorgy.
- Evaluación de los factores que influencian la eficacia discriminativa de un grupo de pruebas de función hepática. I. La utilización de las medidas múltiples en medicina. L. Zieve y E. Hill.
- Evaluación de los factores que influencian la eficacia discriminativa de un grupo de pruebas de función hepática. II. Límites normales de once pruebas hepáticas representativas. L. Zieve y E. Hill.
- Evaluación de los factores que influencian la eficacia discriminativa de un grupo de pruebas de función hepática. III. Eficacia relativa de las pruebas hepáticas en la cirrosis. L. Zieve y E. Hill.
- Manifestaciones clínicas de la pancreatitis. S. G. Meyers, J. R. Brown, R. Boone y H. Henderson.
- Glándulas de tipo Brunner en la enteritis regional. C. A. Kawel Jr. y H. Tesluk.
- Progresos y problemas en el estudio de las infecciones entéricas. A. V. Hardy.
- Un método práctico para la tinción de los protozoos intestinales en el laboratorio clínico. L. S. Suter y C. F. Vaughan.
- Carcinoma del colon en la colitis ulcerosa crónica. I. Gelber, H. R. Hawthorne y A. Gelb.
- Pancreatitis redicidante con pseudoquiste del páncreas y derrame pleural contenido enzimas. M. H. Kalser, J. L. A. Roth y H. L. Bockus.

- Cáncer del divertículo de Meckel demostrado a rayos X. E. E. Foltz y J. E. Karns.
• Pólips duodenales asociados con poliposis múltiple del colon. J. M. Allen y C. M. Seamans.
Cálculos biliares conteniendo gas. H. Fulton.

Paso esofágico en los enfermos con disfagia.—Los autores han estudiado el paso esofágico de una mezcla de bario con agua en 40 enfermos con disfagia. Señalan que a partir de las alteraciones observadas en el paso mediante la estimulación o depresión parasimpática pueden dividir dichos enfermos en dos grupos: uno, con cardioespasmo, y otro, al que proponen denominar disritmia del esófago. Las características del cardioespasmo son la dilatación esofágica y la retención de mezcla de bario en el esófago durante el período control; el espasmo del esófago interior, frecuentemente asociado con dolor subesternal y vómitos, se presentó en este grupo después de la administración de urecholina. La dibuline relajó el espasmo provocado por la urecholina y ocasionó un mejoramiento en vaciamiento esofágico; la nitroglicerina fué la droga más eficaz para promover la evacuación esofágica en el grupo de cardioespasmo. Los enfermos con disritmia tienen una mayor intermitencia de los síntomas y no se encuentra en este grupo la dilatación del esófago; se encontró hernia del hiato y/o constricción anular del esófago inferior en 16 de 23 de este grupo y esofagitis en aproximadamente el 25 por 100; las características de los enfermos con disritmias fueron la desorganización de las ondas motoras esofágicas; la administración de urecholina ocasionó una mejoría en el vaciamiento esofágico y, en cambio, la dibuline aumentó la retención. En conclusión, sus resultados indican que puede provocarse un paso esofágico anormal, al lado de las lesiones anatómicas obstructivas, por uno de estos dos trastornos: uno, el cardioespasmo, resultado de la lesión o ausencia de los plexos parasimpáticos del esófago inferior, incluyendo los esfínteres y/o el vestíbulo, y el otro, debido a una función motora desorganizada del esófago a la que sugieren el nombre de disritmia del esófago. Estas dos variedades pueden separarse por sus respectivas respuestas farmacológicas a los parasimpátmiméticos y parasimpaticolíticos. La respuesta a estas drogas no sólo permite un diagnóstico diferencial del tipo de paso anormal esofágico, sino que también proporciona una base para la terapéutica.

Efecto antiemético de la cloropromazina.—Los autores han estudiado el efecto de la cloropromazina como agente antiemético y antinauseoso con controles a base de placebo en 15 enfermos crónicos. Encuentran que la droga demostró una gran eficacia, sobre pasando grandemente a la de los placebos, para combatir las náuseas y los vómitos debidos a la uremia y a la terapéutica por radiación. En presencia de una obstrucción intestinal parcial, la cloropromazina consiguió generalmente hacer desaparecer las náuseas, pero no en cambio los vómitos. Los efectos colaterales se limitaron a somnolencia y ligera xerostomía y no exigieron la interrupción de la terapéutica.

Localización de las úlceras duodenal y prepilórica.—Con el fin de determinar la exactitud del diagnóstico radiológico de la úlcera péptica en el antró gástrico, región pilórica o la primera parte del duodeno, los autores han hecho una comparación de los datos obtenidos antes de la operación con el contraste de bario y los hallazgos encontrados en las muestras de resección quirúrgica en 50 casos. La presencia de un nicho ulceroso o deformidad significativa del bulbo duodenal, piloro o antró fué suficiente para hacer un diagnóstico correcto de úlcera péptica en 48 de los 50 casos estudiados, tomado en conjunción con los rasgos clínicos de cada caso. Sin embargo, se vieron nichos ulcerosos en menos de la mitad de los enfermos en los que se demostró la presencia de úlcera péptica. La localización exacta de la úlcera no fué posible a menudo desde el punto de vista radiológico, constituyendo la principal dificultad la localización en el piloro. Se encontraron úlceras múltiples en 17, pero no habían sido diagnosticadas en ninguno de ellos antes de la resección. La deformidad duodenal observa-

da en el examen radiológico puede deberse a la contracción alrededor de una o más úlceras que han producido un divertículo secundario. Añaden que pueden existir úlceras gastroscópicas negativas y, en efecto, en los casos objeto de esta comunicación el gastroscopista falló a menudo su descubrimiento.

ACTH y cortisona en las enfermedades del hígado.—Partiendo de los datos presentados por los autores, llegan a la conclusión de que el empleo rutinario de ACTH y cortisona no está indicado en cualquier forma de enfermedad hepática. Los resultados hasta la fecha con dicha terapéutica son imposibles de predecir. De su experiencia actual parece verosímil que la ACTH y/o cortisona están indicadas en enfermos con enfermedad hepática aguda de origen viral cuando la ictericia es profunda y mantenida durante varias semanas; en estos enfermos se puede esperar una rápida disminución de la bilirrubina del suero. Probablemente también está indicada la terapéutica con esteroides en los enfermos con hepatitis aguda que han presentado una recidiva espontánea de su enfermedad. Por otro lado, en el enfermo corriente con hepatitis viral que permanece icterico durante tres a cinco semanas, la ACTH no demuestra utilidad a menos que estudios ulteriores demuestren un acortamiento significativo del período de convalecencia por los corticoesteroides. La recuperación habitual del bienestar y el apetito y la mejoría continuada de la función hepática como consecuencia del empleo de ACTH y cortisona en ciertos casos de hepatitis viral crónica señalarián como aconsejable un ensayo con dichas sustancias, particularmente en aquellos casos donde ha fracasado la terapéutica conservadora; sin embargo, debe recordarse que la retención de sodio y agua que puede acompañar al empleo de los corticoesteroides complicaría el tratamiento en tal grado que forzaría a la suspensión de la medicación. De modo similar, en la cirrosis hepática puede esperarse la mejoría de la función en ciertas circunstancias, y también debe aceptarse la posibilidad, además de la retención de sal y agua, de precipitar las hemorragias por varices esofágicas; si pudiera demostrarse que la administración de grandes cantidades de potasio impediría la retención de sodio y agua en los enfermos con hepatopatía crónica, sería aconsejable el ensayo adicional y quizás más energético con ACTH y cortisona. Añaden que una supresión brusca de los corticoesteroides puede precipitar una recidiva en cualquier forma de enfermedad hepática; por otro lado, la administración de estas sustancias no ha causado perjuicios demostrables en lo que se refiere a la propia enfermedad hepática. A su juicio, no les convence la evidencia en favor del empleo de ACTH y cortisona en el coma hepático, pero, sin embargo, en vista del pronóstico fatal de esta situación puede estar indicado el empleo de ACTH y cortisona en colaboración con las medidas habituales.

Límites normales de las pruebas de función hepática.—Los autores han realizado 11 pruebas, representativas de la función hepática en 720 hombres sanos, con el fin de determinar los límites normales y la zona de transición de anormalidad dudosa. La concentración de bilirrubina del suero en un minuto fué de 0.11 ± 0.05 miligramos por 100 y la zona de transición de 0,20 a 0,25. La bilirrubina total del suero normal fué de 0.62 ± 0.25 mg por 100 y la zona de transición de 1,0 a 1,5. La prueba de turbidez del timol dió un valor medio de 3.1 ± 1.5 unidades y la zona de transición de 5 a 8 unidades. Los valores para la turbidez del sulfato de zinc fueron, respectivamente, 8.2 ± 2.4 y 12 a 15 unidades. Los ésteres de la colesterina dieron 75.1 ± 2.0 por 100 con zona de transición inferior de 72 a 70 por 100 y superior de 78 a 80. Se apreció una relación curvilinea entre la retención de bromosulfaleína y el peso corporal, que ascendía a 0,49; sin ajuste de peso, el valor medio fué de 4.7 ± 2.7 por 100 y la zona de transición de 8 a 14 por 100; después del ajuste para el peso, las cifras respectivas fueron de 4.2 ± 2.7 por 100 y de 7 a 13 por 100. La cantidad media de ácido hipúrico eliminado en una hora fué de 1.17 ± 0.21 gr., con zona de anormalidad dudosa entre 0,90 y 0,60, viéndose también una zona de probable hi-

perexcreción de 1,40 a 1,60. El valor medio para la prueba de tolerancia a la galactosa dió 15.9 ± 8.8 mg. por 100 en una hora con zona de transición de 30 a 42 miligramos por 100. Se obtuvo un valor medio de 1.4 ± 1.1 miligramos diario en la eliminación urinaria de urobilinógeno con zona de transición de 3,0 a 5,5. La eliminación de coproporfirina urinaria se influenciaba por el consumo de alcohol, viéndose una eliminación diaria de 166 μ g. para los no bebedores y de 232 para los que consumían grandes cantidades de alcohol; la zona de transición estaba entre 110 y 80 en un sentido y 275 a 360 por el otro.

Eficacia de las pruebas de función hepática en la cirrosis.—Los autores han evaluado la eficacia relativa de nueve pruebas representativas de función hepática en la diferenciación entre un grupo de enfermos con cirrosis y otro de sujetos normales. Como prueba aislada, la más efectiva fué la de la bromosulfaleína; las pruebas de tolerancia a la galactosa y del ácido hipúrico tenían aproximadamente tres cuartas partes de sensibilidad; la turbidez de sulfato de zinc, la coproporfirina urinaria en veinticuatro horas y la esterificación de la colesterina aproximadamente 3/5 partes, y el urobilinógeno urinario en veinticuatro horas, la turbidez del tímol y la bilirrubina total del suero unas 2/5 partes. Sólo cuatro pruebas (bromosulfaleína, turbidez del zinc, ácido hipúrico y coproporfirina urinaria) contribuyeron independientemente a la discriminación entre los grupos normal y cirrótico; las otras cinco pruebas añadieron poco a lo demostrado por las anteriores.

Manifestaciones clínicas de la pancreatitis.—Los autores han revisado 127 casos de pancreatitis. Se asoció una colecistopatía en el 31 por 100 de los casos, existía alcoholismo en el 34 por 100 y la reacción de Wassermann era positiva en el 18 por 100; no se descubrió la etiología en el 30 por 100. El dolor y los vómitos fueron los dos síntomas más habituales y el dolorimiento abdominal con espasmo muscular, disminución o desaparición de los ruidos intestinales y el dolorimiento a la descompresión fueron los hallazgos que con mayor frecuencia condujeron al diagnóstico de pancreatitis. Los datos de laboratorio más útiles en el estadio precoz de la enfermedad fueron la elevación de la amilasa del suero y la hiperglicemia o glucosuria; más tarde, aumentó la amilasa en el líquido peritoneal, descenso del calcio en el suero y curva de glucemia de tipo diabético. La radiología es de gran ayuda al diagnóstico; signos precoces, como el ileo centinela y la atelectasia basal, sugieren fuertemente la posibilidad de pancreatitis, y más tarde calcificaciones pancreáticas, despliegamiento del duodeno, desplazamiento del estómago y colon y vesícula no funcional. La mortalidad médica en la pancreatitis aguda fué del 16 por 100 en sus casos.

Glándulas de tipo Brunner en la enteritis regional.—Los autores estudian una serie de casos de enteritis regional y confirman las observaciones previas de que se encuentran en ocasiones glándulas aberrantes de tipo Brunner en el ileon resecado; encuentran tales alteraciones en 16 de 34 casos estudiados. Sugieren una aplicación clínica en cuanto al pronóstico, puesto que en tales casos la recidiva ulterior fué del 67 por 100, mientras que no hubo recidivas en los 18 casos que no exhibían dicho tipo de glándulas en el área resecada.

Pancreatitis recidivante con pseudoquiste del páncreas y derrame pleural contenido enzimas.—Los autores presentan un caso de pancreatitis recidivante asociada con un pseudoquiste y derrame pleural. Existían concentraciones muy altas de amilasa y lipasa en el suero y en el líquido del pseudoquiste y del derrame pleural, no pudiéndose demostrar, en cambio, tripsina activa. El origen de los enzimas estaba en el páncreas y postulan que los enzimas coleccionados en el quiste pancreático emigraban a la sangre y al derrame pleural a través de los linfáticos. La concentración de los enzimas en los diversos líquidos estaba regulada primariamente por el ritmo de fabricación y secreción de los enzimas por el pán-

creas y por el ritmo de eliminación renal. El drenaje externo del pseudoquiste motivaba la reabsorción del derrame pleural; sin embargo, el líquido volvía a acumularse ulteriormente, consiguiéndose la curación aparente por medio de una cistoenterostomía.

Pólips duodenales asociados con poliposis múltiple del colon.—Declaran los autores que la presencia de pólipos en una porción del tracto gastrointestinal exige una observación detallada de todo él. Presentan un caso con pólipos duodenales en el que pudo demostrarse por sigmoidoscopia la presencia de 20 a 25 pólipos en el recto y en la operación se apreciaron más pólipos en el ciego y colon transverso. En la historia familiar de este enfermo se encontró una alta incidencia de neoplasias gastrointestinales a una edad tan precoz que conduce a sospechar una forma hereditaria de poliposis gastrointestinal.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

95 - 5 - 1955.

- Epidemia de hepatitis infecciosa. J. A. Barondess, M. E. Drake, W. J. Bashe Jr., J. Stokes Jr., H. U. King, J. J. McCroan y W. J. Murphy.
- Efecto de la endocarditis bacteriana subaguda curada sobre la dinámica cardiaca. W. S. Priest y J. M. Smith.
- Nitrofurantoina. B. A. Waishren y W. Crowley.
- Empleo de la hialuronidasa por iontoporesis en el tratamiento del linfedema. M. S. Schwartz.
- Disfunción hepática aparente en el lupus eritematoso. S. Kofman, G. C. Johnson y H. J. Zimmerman.
- Agentes terapéuticos en la carditis reumática. B. L. Stoller, H. B. Houser y E. J. Clark.
- Xantomatosis normocolesterinémica fulminante (histiocitosis X). M. G. Goldner y B. W. Volk.
- Mieloma múltiple. E. G. Brownell.
- Déficit en precursor de la tromboplastina del plasma. B. Ramot, B. Angelopoulos y K. Singer.
- Control del derrame neoplásico por quimioterapia con fosfocamida. J. G. Bateman, B. Moulton y N. J. Larsen.
- Aplicación local de adrenalina en el seno carotídeo. P. Kezdi y R. R. J. Hilker.
- Contribución al estudio de la enfermedad de Wilson. V. Gilsanz, J. M. Segovia y H. C. Mendoza.
- Tratamiento en Medicina interna: Tratamiento de la pancreatitis. M. W. Comfort.
- Progresos en Medicina interna: Función metabólica de la hormona hipofisaria de crecimiento. R. Weil.

Epidemia de hepatitis infecciosa.—Los autores describen una epidemia de hepatitis infecciosa que se presentó en una población combinada urbana y rural y que afectó fundamentalmente a los grupos de edad joven. La difusión pareció producirse por el contacto de persona a persona. El período de incubación en esta epidemia fué aproximadamente de 30 a 33 días. Se apreció una frecuencia de ataques secundarios en las familias muy alto y más del 64 por 100 de los casos se produjo en niños escolares. Han podido apreciar la eficacia profiláctica de la gammaglobulina humana normal y con ella se ha visto una reducción de la frecuencia de ataques secundarios en las familias de los casos. Consideraron y exploraron la posibilidad de que la epidemia pudo haberse originado en un portador fecal crónico del virus, aunque esta persona no pudo asociarse con seguridad a la génesis de la epidemia. Subrayan la importancia de los estudios orientados hacia la determinación del método más eficaz de administración de la gammaglobulina en las epidemias de hepatitis infecciosa.

Efecto de la endocarditis bacteriana subaguda curada sobre la dinámica cardiaca.—Sobre la base del estudio de 16 enfermos que vivían aproximadamente diez años después de la curación de una endocarditis bacteriana, los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1) La endocarditis bacteriana tratada adecuadamente no es tan perniciosa para el corazón como se creía previamente. 2) El destino final de la gran mayoría de los enfermos curados de endocarditis bacteriana está determinado no por los residuos del proceso bacteriano, sino por la intensidad o naturaleza de la lesión cardiaca o anomalía preexistente y la presencia o ausencia ulterior de actividad reumática, arteriopatía coronaria e hipertensión. 3) La intensidad de la miocarditis incidente de la fase activa de la endocarditis bacteriana juega un mayor pa-

pel en la determinación del futuro empeoramiento cardíaco que la lesión valvular residual. 4) La duración de la actividad del proceso infeccioso anterior a la terapéutica no parece influenciar el pronóstico futuro. 5) El estudio radiológico cuidadoso en cuatro proyecciones más la valoración clínica exacta proporcionan prácticamente tanta información concerniente a la intensidad de la lesión cardíaca preexistente y ulterior como la cateterización cardíaca. 6) La cateterización cardíaca es necesaria cuando existe el problema de un diagnóstico anatómico exacto o cuando la intensidad de los síntomas subjetivos es exagerado en proporción a los hallazgos físicos, radiológicos y electrocardiográficos.

Nitrofurantoína. — Los autores han hecho estudios "in vitro" de la actividad antibacteriana de la nitrofurantoína y encuentran que tiene un espectro antibacteriano amplio, es relativamente bactericida y no provoca mutaciones resistentes. Demostró ser particularmente eficaz contra el *M. pyogenes* y *Proteus* e ineficaz contra la *P. aeruginosa*. Han tratado con nitrofurantoína a 60 enfermos con infecciones del tracto urinario. Los resultados fueron satisfactorios en 27 casos, malos en 12 e indeterminados en 21. En 14 de los 27 casos cuyo tratamiento fué eficaz, se había administrado previamente otra terapéutica con antibióticos sin éxito. En su opinión, estos resultados son iguales o superiores a los que podían haberse obtenido con cualquier otro antimicrobiano aislado. En nueve enfermos se presentaron grados diversos de náuseas y vómitos, pero no se encontró diarrea ni otra evidencia de toxicidad.

Función hepática en el lupus eritematoso. — Los autores han estudiado la función hepática en 25 enfermos con lupus eritematoso. En todos ellos fué anormal la turbidez del timol en algún momento durante el curso de la enfermedad; en cambio, fué menos frecuente y generalmente de menor grado la anormalidad de la eliminación de la bronosulfaleína. La prueba de la floculación de la cefalina fué anormal con mayor frecuencia que esta última, pero menor que la de turbidez del timol. En la cuarta parte de los enfermos se encontró una hiperbilirrubinemia, en la mayoría del tipo indirecto. Los resultados de estos estudios, así como la evidencia obtenida por biopsia y en la autopsia, les lleva a la conclusión de que la disfunción hepática aparente representa en la mayoría de los enfermos el patrón anormal de las proteínas del plasma y no una anormalidad actual del parénquima hepático. En cuatro enfermos parecía existir una anormalidad hepática actual. Entre otros fenómenos de laboratorio con resultado anormal citan la demostración de pruebas serológicas de sífilis positivas falsas, así como de crioglobulinas y de aglutininas al frío y prueba positiva de Coombs en varios enfermos.

Agentes terapéuticos en la carditis reumática. — Los autores han observado los efectos comparativos en el tratamiento de la carditis reumática con ácido acetilsalicílico (52 enfermos), cortisona (38 enfermos) y ACTH (38 enfermos). El menor número de enfermos con soplos significativos a los catorce meses del período de observación se presentó en el grupo tratado con cortisona; 18 por 100 en contraste con el 34 por 100 en los enfermos tratados con aspirina o ACTH. Parece ser que la cortisona impide la aparición de soplos sistólicos apicales y origina la desaparición de los soplos sistólicos apicales existentes durante el período de tratamiento en un mayor grado que lo hacen la aspirina o el ACTH. Esta diferencia durante la terapéutica se reflejó en la valoración a los catorce meses. El efecto más favorable de la cortisona fué también evidente al considerar los soplos diastólico, aórtico y mesodiastólico apical, aunque los números de estos casos fueron pequeños. Las diferencias observadas entre los tres grupos de tratamiento no permiten extraer una conclusión definitiva en cuanto a si la cortisona y la ACTH son superiores a la aspirina en la prevención de la lesión valvular reumática.

Xantomatosis normocolesterinémica fulminante. — Los autores presentan una remisión del concepto unificado

de las enfermedades del sistema reticular, mostrándose de acuerdo en que la enfermedad de Hand-Schüller-Christian, la enfermedad de Letterer-Siwe y el granuloma eosinófilo del hueso deben considerarse como fases diferentes y manifestaciones distintas de una entidad nosológica única y no como enfermedades independientes. El concepto se basa en la interrelación funcional de las lesiones histológicas en estos tres procesos. La nueva entidad ha sido denominada como granuloma xantomatoso normocolesterinémico eosinófilo (THANNHAUSER) o histocitosis X (LICHENSTEIN). A continuación refieren el curso clínico y los hallazgos de autopsia de un caso de esta enfermedad en una paciente de edad avanzada. Este caso presentaba los rasgos de por lo menos dos de los procesos componentes y demuestra la realidad del nuevo concepto.

Mieloma múltiple. — El autor revisa 61 casos de mieloma múltiple confirmado anatomiopatológicamente. Desde el punto de vista diagnóstico, la confirmación más segura reside en el estudio de la médula ósea por punción esternal. De los 61 casos, 48 mostraban síntomatología y hallazgos típicos; cinco, un cuadro atípico, de los que tres se presentaron como anemia refractaria; uno, como macroglosia, y otro, como una atrofia indolora; los restantes ocho casos consistían en una leucemia de células plasmáticas y siete mielomas solitarios. En la estadística, el signo más constante de todos los ya referidos clásicamente fué la aceleración de la velocidad de la sedimentación (93 por 100), seguida de la anemia (84 por 100), albuminuria (80 por 100), dolores (79 por 100), lesiones radiológicas de los huesos (72 por 100), hiperglobulinemia (52 por 100), pérdida de peso (34 por 100), formación de rouleaux (31 por 100), inmadurez mieloide (26 por 100), células plasmáticas en la sangre periférica (23 por 100), albuminuria de Bence-Jones (16 por 100), formación de tumor (15 por 100), hemorragias (10 por 100) e hipercalcemia (10 por 100).

Déficit de antecedente tromboplástico del plasma. — Describen los autores tres enfermos que exhibían el síndrome de deficiencia de PTA. Clínicamente, el proceso se manifestó por una tendencia a hemorragias intensas después de procedimientos quirúrgicos, pero no se presentaban hemorragias "espontáneas". En dos mujeres, los hallazgos de laboratorio consistían en tiempo de coagulación prolongado y tiempo de protrombina del plasma normal, pero anormal en el suero. Este patrón, siempre que se pueda excluir la presencia de un anticoagulante circulante, es casi característico del déficit de PTA cuando se encuentra en mujeres. En el tercer enfermo, un hombre, el déficit de PTA pudo sólo demostrarse por la prueba sensible de generación de la tromboplastina. A su juicio, el PTA es un constituyente definido del plasma, esencial para la formación de la tromboplastina completa de la sangre.

Contribución al estudio de la enfermedad de Wilson. — Los autores presentan los resultados del estudio de una familia en la cual dos miembros mostraban los síntomas clínicos y metabólicos de la enfermedad de Wilson y un tercero tenía aminoaciduria como único síntoma. En los dos primeros casos había un aumento evidente en la formación de amoníaco en el riñón; este hallazgo, junto con el aumento de la fosfatasa alcalina (sobre la cual no tiene influencia una sobrecarga con vitamina D) y la aminoaciduria, muestra una cierta semejanza con el síndrome de Toni-Fanconi, pero la similaridad entre este último síndrome y la enfermedad de Wilson es sólo en el citado hallazgo, pero en nada más; es dudoso, en su opinión, que la aminoaciduria sea un síntoma de nefropatía en sentido amplio. La corticotropina originó un gran aumento en la eliminación de aminoácidos sin alteración en la eliminación de cobre. Por otro lado, el BAL aumentó la eliminación de cobre sin afectar a la aminoaciduria. Esta falta de paralelismo entre la eliminación de aminoácidos y del cobre después de la administración de la ACTH y BAL es muy interesante y demuestra claramente, en su opinión, que el cobre no se elimina por el riñón ligado a los aminoácidos, como al-

gunos autores han pretendido. Este es otro punto en apoyo de la tesis de UZMAN de que el cobre se elimina unido a oligopeptídos y no a aminoácidos.

The American Journal of the Medical Sciences.

229 - 6 - 1955.

Evaluación del ensayo en 1954 de la vacuna contra la poliomielitis: Resumen del reportaje. T. Frasch Jr. y R. F. Korns.

Observaciones sobre la circulación regional durante la hipertensión inducida farmacológicamente. E. F. Hueber.

Empleo clínico de ACTH y corticoesteroides suprarrenales en la terapéutica del edema intratable. G. H. Heidorn y F. R. Schemm.

Correlación entre función e histología del riñón. A. E. Parrish, N. H. Rubenstein y J. S. Howe.

Influencias hormonales y electrolíticas en la insuficiencia cardíaca congestiva. M. N. Frank, L. S. Dreifus y S. Bellet.

Relación del predominio de las lesiones en el pulmón derecho frente al izquierdo con el pronóstico de la tuberculosis pulmonar avanzada antes de la quimioterapia. R. S. Mitchell.

Enfermedad por hemoglobina C en gemelos idénticos. R. D. Lange y P. S. Hagen.

Estudios clínicos sobre un agente vasopresor: Metaraminol (aramine). I. Observaciones en sujetos normotensos. M. H. Weil y W. W. Spinik.

Factor inhibidor de la hemaglutinación inespecífica en el suero humano. M. Fine, M. Flocks y T. V. Feichtneir.

Resultados en el tratamiento de la corea de Huntington con clorhidrato de procainamida. J. A. Lazarte, C. W. Baars y J. S. Pearson.

ACTH y corticoesteroides suprarrenales en el edema intratable.

Los autores han utilizado la ACTH y los corticoesteroides suprarrenales con éxito en el tratamiento de ocho enfermos con síndromes nefróticos, 18 enfermos con edema refractario de origen cardíaco y dos enfermos cardíacos que exhibían el síndrome de dilución de sodio. El empleo con éxito de los corticoesteroides suprarrenales en el tratamiento del síndrome de dilución de sodio demuestra el principal mecanismo por el que la ACTH y los corticoesteroides suprarrenales ejercen su efecto beneficioso en el edema refractario. Los experimentos en animales en el pasado revelaron el profundo efecto de los corticoesteroides suprarrenales sobre el metabolismo acuoso; ejercen un efecto diurético que se opone al antidiurético de la hormona antidiurética de la hipófisis posterior. Los estados de edema refractario, especialmente aquellos con el síndrome de dilución del sodio, exhiben con frecuencia aumento de la hormona antidiurética en el suero y en la orina; también los enfermos con descompensación cardíaca de larga duración exhiben insuficiencia suprarrenal manifiesta. La administración de corticosteroides suprarrenales a dos enfermos cardíacos con el síndrome de dilución del sodio restauró el equilibrio normal de agua y sodio. La administración de ACTH y corticoesteroides suprarrenales originan a menudo una recuperación de la "sensibilidad" tubular renal a los diuréticos mercuriales en los enfermos que previamente eran refractarios a su empleo. Añaden que no se han podido establecer hasta el momento los criterios para la selección adecuada de los enfermos más que la refractoriedad a las medidas terapéuticas habituales y terminan diciendo que se requiere una experiencia posterior basada en el ensayo, errores y experimentos para determinar el verdadero valor de estos compuestos en la terapéutica del edema.

Correlación entre función e histología renal.—Los autores han medido la función renal en 31 casos mediante el aclaramiento de inulina y el $T_{m,PAH}$ y la comparan con la histología renal estudiada tras la biopsia por punición. Encuentran que hay sólo una correlación grosera entre ambos aspectos. En la glomerulonefritis hay una mejor correlación entre la función glomerular y las alteraciones histológicas en los glomérulos. Han visto que pequeñas alteraciones histológicas en los glomérulos son más capaces de producir un trastorno funcional que las pequeñas alteraciones histológicas en los túbulos, sugiriendo que los primeros son funcionalmente más importantes que los últimos.

Influencias hormonales y electrolíticas en la insuficiencia cardíaca congestiva.—Señalan los autores que la administración de tanato de pitresina en aceite durante períodos prolongados de tiempo a enfermos cardíacos provoca un cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva con dilatación venosa, edema y aumento de peso; se observa un aumento en los solutos totales de la orina y en la eliminación de sodio con una reducción de los solutos del suero y concentración del sodio; el aumento de peso no podía explicarse por la disminución en el volumen urinario y fué adscrito a la sed y a la subsiguiente ingestión de agua. Al suspender la pitresina se vió una pérdida del peso y del líquido del edema; el sodio y los solutos totales del suero volvieron a los niveles de antes del tratamiento, apareciendo una orina diluida en gran cantidad; además los solutos totales de la orina y las concentraciones de sodio fueron menores de lo que cabría esperar si se hubiera eliminado el líquido extracelular en concentraciones isotónicas. La administración de cortisona después de haberse conseguido la estabilización del peso con pitresina originó mayor edema y aumento de peso; sin embargo, no se vió un descenso ulterior en los solutos totales del suero y en las concentraciones de sodio frente a la retención acuosa. Esto supone por lo menos dos mecanismos separados, esto es, la retención de agua debida a la pitresina y la retención de sodio debida a la cortisona seguida de la retención acuosa.

Enfermedad por hemoglobina C en gemelos idénticos.

Los autores refieren las historias y hallazgos de laboratorio de una enfermedad por hemoglobina C en gemelos negros idénticos. El diagnóstico pudo sospecharse por la presencia de esplenomegalia, anemia, reticulocitosis, numerosas células en diana y ausencia del fenómeno falciforme, pero para la confirmación fué esencial el estudio electroforético de la sangre. Los estudios de supervivencia de los hemáties demostraron un tiempo de supervivencia marcadamente acortado de las células autotransfundidas, indicando la presencia de un proceso hemolítico. Desde un punto de vista clínico, en sus enfermos el proceso era aparentemente benigno.

Estudios sobre la aramina.—Los autores han administrado inyecciones únicas de metaraminol (aramina) a sujetos normotensos en un estudio clínico preliminar de este nuevo agente vasopresor. Tanto como las observaciones presentes lo permiten, la droga es un agente presor potente y no es tóxico. Su valor clínico potencial se refleja en su seguridad con respecto a los tejidos en el sitio de la inyección y a su efecto prolongado. Terminan diciendo que el poder contar con un agente presor eficaz para empleo intravenoso y subcutáneo ofrece ciertas ventajas en el tratamiento de los enfermos en shock.

Procainamida en la corea de Huntington.—Los autores han tratado con procainamida (pronestil) a dos enfermos con corea de Huntington y administran un placebo a otro enfermo. Señalan que en contraste con los hallazgos en un trabajo previo, no han apreciado mejoría en la realización de las pruebas objetivas de destreza motora en las películas antes y después de la medicación o en la observación clínica.

Annals of Internal Medicine.

42- 6 - 1955.

Disfagia ilusoria: Aspectos clínicos en el adulto. E. D. Palmer.

Un estudio de la colecistectomía. B. F. Byrd Jr. y J. H. Griscom.

Tratamiento de la moniliasis génitourinaria con nistatina administrada por vía oral. A. B. Sarewitz.

Un estudio clínico de la poliomielitis en los trópicos. J. P. Utz.

Observaciones sobre el tratamiento de la esquistosomiasis mansoni con fuadina. C. L. Spingarn y M. H. Edelman.

Endocarditis bacteriana en el anciano. J. B. Wallach, M. Glass, L. Lukash y A. A. Angrist.

El soplo en "arrullo de paloma" y soplos auscultados a distancia de la pared torácica. D. Groom y J. A. Boone.

- * Flujo preponderante de izquierda a derecha a través de un defecto septal ventricular en presencia de estenosis pulmonar. F. Bashour y P. Winchell.
- * Invasión neoplásica del corazón y pericardio. G. U. Cohen, T. M. Perry y J. M. Evans.
- Hemoptisis, erosión bronquial y bronquitis. A. E. Anderson Jr., H. A. Buechner y M. M. Ziskind.
- Trastornos endocrinos y su fundamento dietético en desnutridos en Méjico. S. Zubirán, F. Gómez-Mont y J. Laguna.
- Errores en el cuidado de los cardíacos. S. A. Levine.
- Crisis addisoniana y apendicitis. H. O. Haar, M. E. Silverstein, X. C. Callas, A. Small y T. H. McGavack.
- Cáncer gástrico episódico. I. L. Stoloff y T. J. Lattimore.
- Enfermedad quística no parasitaria del hígado. R. A. Sifre, H. W. Phelps, N. J. Cole y C. H. Kimball.
- Granuloma eosinófilo del fémur y pulmones. J. H. Chilvers, J. W. Middleton y M. Schneider.
- * Asociación de púrpura trombocitopénica trombótica y lupus eritematoso diseminado. M. H. Laszlo, A. Alvarez y F. Deldman.
- * Enfermedad de Gaucher con ascitis: Referencia de un caso con hallazgos de autopsia. A. N. Morrison y M. Lane.
- Editorial. Rabia en murciélagos.

Nistatina en la moniliasis genitourinaria.—El autor ha administrado a cinco enfermas con moniliasis genitourinaria un potente fungicida, la nistatina, por vía oral. Todos los casos respondieron con una mejoría rápida de los síntomas, aunque la mejoría objetiva fué en algunos casos menos rápida y completa. Se ha visto una alta incidencia de recidivas al suspender la medicación, pero el nuevo tratamiento tuvo el mismo éxito que los cursos iniciales de terapéutica. Como observación incidental cita un ejemplo de desaparición de una queilosis crónica de origen indeterminado, pero posiblemente moniliásica. No se han apreciado reacciones adversas frente a la droga.

Flujo preponderante de izquierda a derecha a través de un defecto septal ventricular en presencia de estenosis pulmonar.—Los autores refieren tres casos de una variante fisiológica de la tetralogía de Fallot, en la que el shunt preponderante en reposo era de izquierda a derecha. El factor más importante en la determinación del gradiente de presión, y de aquí la dirección del flujo a través del defecto consistía en la intensidad de la estenosis pulmonar. El shunt puede invertirse con el ejercicio, puesto que el aumento del volumen de expulsión en presencia de una resistencia fijada al flujo ventricular derecho eleva la presión en esta cavidad a un nivel en exceso al del ventrículo izquierdo. Las variaciones cíclicas en el gradiente de presión a través del defecto septal pueden explicar la ligera insaturación arterial en reposo, aunque el flujo mayor sea de izquierda a derecha. Terminan diciendo que esta combinación de anomalías es desde un punto de vista teórico completamente corregible por las técnicas quirúrgicas actualmente en uso.

Invasión neoplásica del corazón y pericardio.—Los autores revisan la literatura sobre los tumores metastásicos del corazón y pericardio, describiendo los rasgos clínicos que exhiben. En un análisis de 1.007 autopsias consecutivas realizadas durante un período de 57 meses, se encontraron 65 tumores metastásicos del corazón y pericardio o ambos entre 315 tumores malignos de todas las clases, lo que supone una incidencia del 20,6 por 100. El diagnóstico fué hecho antes de la muerte en tres enfermos y se sugirió en otros dos. Los tumores de la mama, bronquio, el grupo de los linfomas y el melanoma maligno eran responsables de las tres cuartas partes de los casos con metástasis cardiaca, lo que se halla de acuerdo con la experiencia de otros autores. El desarrollo de uno o todos los aspectos de la triada de insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas o compresión cardíaca, en los enfermos que padecen una enfermedad maligna, debe sugerir la posibilidad de metástasis en el corazón o pericardio. Deducen, a partir de este trabajo y de otros estudios reciente citados en la literatura, que la invasión neoplásica del corazón es más frecuente de lo que se creía previamente y debe tenerse presente para el diagnóstico diferencial de las cardiopatías.

Crisis addisoniana y apendicitis.—Los autores refieren un caso de supervivencia de un paciente con enfer-

medad de Addison que tuvo simultáneamente una insuficiencia suprarrenal aguda y una apendicitis purulenta perforada. El diagnóstico diferencial se complicó por una mejoría marcada del estado general y de los hallazgos locales después del tratamiento activo de la insuficiencia suprarrenal.

Asociación de púrpura trombocitopénica trombótica y lupus eritematoso diseminado.—Los autores presentan un caso de púrpura trombocitopénica trombótica asociada con lupus eritematoso diseminado. El diagnóstico de este último proceso se confirmó antes de la muerte sobre la base de un fenómeno L. E. positivo. La autopsia demostró también la existencia de trombos de plaquetas. En este caso se encontró la triada de púrpura trombocitopénica, anemia hemolítica y manifestaciones cerebrales. A causa de la asociación de las dos enfermedades, sugieren que la púrpura trombocitopénica trombótica puede incluirse en la categoría de las enfermedades del colágeno.

Enfermedad de Gaucher con ascitis.—Los autores describen un caso de enfermedad de Gaucher de larga duración. Además de las características habituales de la enfermedad, el enfermo tenía una ascitis muy marcada y pruebas de función hepática muy deficientes. Atribuyen la ascitis a la invasión del hígado por el proceso y empeoramiento de la función del mismo. Un hallazgo incidental fué la presencia de células de Gaucher en el lóbulo posterior de la hipófisis.

The Journal of the American Medical Association.

158 - 5 - 4 de junio de 1955.

- Drogas recientemente introducidas para la hipertensión. K. S. Grimson.
- Factores que intervienen en el dolor de la inyección. J. Travell.
- Evacuación aérea de los enfermos con poliomielitis. H. T. Wilson y G. B. Schroering.
- Un método para medir las necesidades de los médicos con valoración de los métodos previos. G. W. Bachman.
- Pielles de visón y cadillacs. R. R. Newell.
- * Síndrome consecutivo a la suspensión brusca de la terapéutica prolongada con cortisona. P. H. Henneman, D. M. K. Wang, J. W. Irwin y W. S. Burrage.
- * Bufferin en el tratamiento de la artritis reumatoide. P. Fremont-Smith.

Síndrome consecutivo a la suspensión brusca de la terapéutica prolongada con cortisona.—Los autores suprimieron bruscamente la terapéutica prolongada con cortisona en 19 enfermos de asma. A las veinticuatro horas, aproximadamente, todos los enfermos presentaron cefaleas, náuseas, vómitos, inquietud y dolores musculares y articulares. Estos síntomas desaparecieron espontáneamente al cabo de dos a cinco días. El estado clínicamente alarmante de estos enfermos no se asoció con alteraciones significativas en los signos vitales o en las pruebas de laboratorio realizadas. Terminan diciendo que en el momento actual desconocen la causa de dichos síntomas. Añaden que recientemente han visto un caso de síntomas sugestivos de una laberintitis aguda consecutiva a la terapéutica con cortisona.

Bufferin en el tratamiento de la artritis reumatoide.—Señala el autor que el 70 por 100 de un grupo de enfermos con artritis reumatoide que mostraron intolerancia gastrointestinal a la aspirina corriente, toleraron el bufferin (ácido acetilsalicílico con buffer de glicinato aluminico y carbonato magnésico) con beneficio analgésico moderado. Añade que los enfermos de artritis reumatoide tienen una incidencia de intolerancia gastrointestinal a la aspirina dos veces y media a nueve veces superior que lo señalado en la población general de enfermos. Una explicación parcial de esta diferencia en el efecto tóxico puede consistir en que los enfermos con artritis reumatoide requieren una medicación continua con una dosis relativamente más alta que en los enfermos corrientes no reumáticos. Es interesante que algu-

nos enfermos que requieren un tratamiento de mantenimiento con salicilato alivian sus síntomas de intolerancia gástrica con bicarbonato sódico, pero en no pocos casos esta ingestión continuada de sodio extra agravó los síntomas preexistentes de enfermedad cardiorrenal. Termina diciendo que el empleo de aspirina tamponada de absorción rápida que se tolera bien remonta una de las principales dificultades en el empleo terapéutico de los salicilatos en la artritis reumatoide.

158 - 6 - 11 de junio de 1955.

- Proclamación de la verdad en Medicina. E. Hess.
Aspectos clínicos de la respiración glosofaringea. C. W. Dail, J. E. Affeldt y C. R. Collier.
Hemólisis en las colecciones de sangre para la preparación de plasma. W. P. Murphy Jr., M. T. Sproul y E. J. Getz.
Efectos de la prednisona (meticorten) sobre las manifestaciones de la artritis reumatoide. H. M. Margolis, J. H. Barr Jr., B. L. Stolzer, C. H. Eisenbeis Jr. y E. W. Martz Jr.
Efectos desfavorables consecutivos a la prednisolona y prednisona. A. J. Bollet, R. Black y J. J. Bumim.
Esterilización tubárica puerperal. H. Prystowsky y N. J. Eastman.
Sífilis en la industria. J. G. Downing.
Adenitis de inmunización. J. H. Robinson Jr. y J. Tuason.
Prednisona en el tratamiento de dermatosis seleccionadas. H. M. Robinson Jr.
Hidrocortisona terciaria-butilacetato por inyección intraarticular. J. L. Hollander, E. M. Brown Jr., R. A. Jessor, L. Uddell, N. M. Smulker y M. A. Bowie.
Hemorragia esplénica consecutiva a la esplenoportografía percutánea. T. B. Reynolds, W. Mikkelsen y A. G. Redeker.
Un calculador sencillo para la conversión directa de valores químicos. C. A. Sarnoff.

Prednisona en la artritis reumatoide.—Declaran los autores que la prednisona es una droga antirreumática eficaz y probablemente el agente terapéutico más efectivo actualmente en uso. En su estudio a corto plazo han podido ver claramente la superioridad de la prednisona sobre la cortisona e hidrocortisona. Cuando se administra la prednisona en lugar de la cortisona o hidrocortisona en enfermos que recibían estos últimos esteroides en dosis terapéuticas, se vió en cada caso un refuerzo notable del efecto terapéutico, evidenciado por aumento de la capacidad funcional y reducción de las manifestaciones objetivas de inflamación articular. Además, esto se logró con una dosis más baja de prednisona y presentándose efectos colaterales menos intensos y en menor número que lo que ocurre con cantidades comparables de otros esteroides. No se hizo ningún intento para averiguar la mejoría máxima posible aumentando dosis de prednisona hasta la tolerancia. Con la terapéutica a corto plazo los efectos colaterales fueron pocos y generalmente mínimos; fué impresionante la ausencia de evidencia clínica de retención de agua con la dosis utilizada. Añaden que van a investigar la incidencia y relación de la dispepsia con la terapéutica por prednisona. No se atreven a llegar a conclusiones sobre la base de este estudio a corto plazo en relación a la persistencia del efecto antirreumático de la prednisona, su efecto sobre la progresión del proceso anatomo-patológico o el desarrollo de efectos colaterales con la terapéutica prolongada. Sin embargo, subrayan que para el enfermo con artritis reumatoide este agente terapéutico efectivo debe formar parte de un programa total de tratamiento, incluyendo el reposo, la dieta adecuada, la fisioterapia y las medidas ortopédicas preventivas y correctoras.

Efectos desfavorables de la prednisolona y prednisona. En una serie de 18 enfermos con artritis reumatoide tratados durante siete meses con prednisolona o prednisona, los autores han observado cierto número de efectos colaterales. Refieren tres enfermos que presentaron evidencia radiológica de úlcera péptica y un enfermo con una reducción en la tolerancia hidrocarbonada. El hecho de que las úlceras en estos enfermos eran asintomáticas indica la necesidad de una observación cuidadosa de los enfermos a los que se administraron dichas drogas con el fin de evitar una perforación asintomática o una hemorragia. Esta alta incidencia de efectos colaterales tan graves en enfermos a los que se administra prednisona

o prednisolona sugiere la conveniencia de la administración rutinaria concomitante de un gel de hidróxido aluminico. Por último, añaden que la aparición de una reacción psicótica indica la necesidad de precauciones en la selección de los enfermos adecuados para la terapéutica esteroidea.

Prednisona en dermatosis.—Comienza diciendo el autor que la prednisona en un esteroide sintético que posee aparentemente la actividad fisiológica de una hormona corticosuprarrenal; hay una disminución significativa en el número total de eosinófilos circulantes después de la administración de dicha droga. Constituye un agente antiinflamatorio eficaz; se ha apreciado mejoría subjetiva y objetiva en el tratamiento del lupus eritematoso diseminado agudo, pénfigo vulgar, dermatitis exfoliativa y dermatitis atópica. En dichos procesos la prednisona es aproximadamente cuatro a cinco veces más activa que la cortisona, hidrocortisona o ACTH, sin producir efectos colaterales desfavorables más frecuentes o intensos. Los estudios de laboratorio en los enfermos indican que no existe retención de sodio y no hay pérdida de potasio o nitrógeno; el cociente albúmina-globulinas no mostró alteraciones significativas en ninguno de los enfermos estudiados ni tampoco se produjo glucosuria. Despues de apreciarse la mejoría inicial fué posible reducir la dosis del esteroide de una manera gradual hasta una dosis de mantenimiento, pero si aún se reducía más la dosis los síntomas recidivaron en todos los enfermos.

Hidrocortisona terciaria-butilacetato por inyección intraarticular.—Declaran los autores que realizando una comparación clínica de la eficacia relativa antiartrítica de dosis idénticas de acetato de hidrocortisona e hidrocortisona terciaria-butilacetato en inyección intraarticular, se desprende que en aproximadamente el 60 por 100 de 171 casos de artritis reumatoide u osteoartritis, la última droga produjo un período de alivio más intenso y de mayor duración. En aproximadamente el 35 por 100 de los casos no se vió diferencia apreciable en el efecto de los dos preparados, y en el 5 por 100 el acetato de hidrocortisona fué superior en actividad. A causa de las variaciones en la respuesta individual en favor de uno u otro éster, es dudoso que el butilacetato de hidrocortisona sustituya totalmente al acetato de hidrocortisona para empleo intraarticular, pero que encontrará su principal indicación en aquellos enfermos refractarios al preparado antiguo. Los resultados no son de ningún modo espectaculares e indican sólo que está abierta una vía para el hallazgo de un preparado más eficaz y de mayor duración de hidrocortisona para empleo intraarticular.

158 - 7 - 18 de junio de 1955.

- * Antihistamínicos en el tratamiento de las reacciones transfusionales no hemolíticas. C. R. Stephen, R. C. Martin y M. Bourgeois-Gavardin.
* Antihistamínicos para las reacciones alérgicas y pirógenas de la transfusión. R. E. Wilhelm, H. M. Nutting, H. B. Devlin, E. R. Jennings y O. A. Brines.
Un cirujano da un segundo vistazo a la cirugía. I. S. Ravdin.
Tendencias actuales en el tratamiento de los traumatismos craneocerebrales. E. Seletz.
Significación de las lesiones esqueléticas en infantes simeles a las de origen traumático. P. V. Woolley Jr. y W. A. Evans Jr.
Parálisis de las cuerdas vocales consecutiva a la tiroidectomía. E. J. Ranke y P. H. Holinger.
* Papel del citodiagnóstico en el cáncer preclínico de la próstata. S. A. Gunn y J. E. Ayre.
Prevención de la dependencia prolongada de los enfermos poliomielíticos del respirador. J. L. Wilson y D. G. Dickinson.
Valor de los exámenes psicométricos en el diagnóstico médico y tratamiento. G. R. Kamman y C. Kram.
* Empleo del riñón artificial en el tratamiento de la psicosis por tiocianato. L. E. Danzig y A. J. Krings.
* Fósforo radioactivo en el diagnóstico de los tumores de la piel. F. K. Bauer y C. G. Steffen.
Intoxicación fatal con pastillas de clorhidrato de dibucaina (nuporal). W. U. McClenahan.

Antihistamínicos para las reacciones transfusionales no hemolíticas.—Declaran los autores que los antihista-

mínicos proporcionan una protección farmacológica contra las reacciones liberadoras de histamina. En la terapéutica con transfusiones, la administración profiláctica de piribenzaina reduce significativamente la incidencia de reacciones pirógenas y las de tipo alérgico. Esta protección puede lograrse con dosis de la droga consideradas como clínicamente seguras.

Antihistamínicos para las reacciones transfusionales alérgicas y pirógenas.—Comienzan diciendo los autores que la adición de 50 mg. de benadryl a una unidad de sangre total no origina una hemólisis significativa. El benadryl elimina las reacciones transfusionales alérgicas, pero no tiene efecto aparente sobre la incidencia de reacciones pirógenas. Terminan diciendo que el benadryl, el chlor-trimeton y la piribenzamina no impidieron las reacciones pirógenas en conejos a los que se habían administrado pirógenos de acción conocida.

Papel del citodiagnóstico en el cáncer preclínico de la próstata.—Subrayan los autores que la citología aplicada adecuadamente puede ayudar al descubrimiento del cáncer de la próstata en un estado preclínico. Así, se hizo el estudio citológico habitual en 618 enfermos clínicamente normales y sin manifestación alguna, viéndose que en 37 casos el citodiagnóstico dió insospechadamente un resultado positivo, lo que condujo a la investigación y valoración clínica ulterior.

Riñón artificial en la psicosis por tiocianato.—Los autores refieren que la psicosis por tiocianato se acompaña de una mortalidad alta y deben adoptarse medidas activas para eliminar lo más rápidamente posible la droga del organismo. Presentan un caso con psicosis por dicha droga, utilizada en el tratamiento de la hipertensión, en el que se hizo un tratamiento por diálisis con el riñón artificial. Por este medio se redujo marcadamente la cifra de tiocianato del suero, desde 24,8 a 1,5 mg. por 100 c. c., durante una diálisis de seis horas, y aproximadamente 22 horas después el estado mental del enfermo mejoró notablemente y hizo una recuperación completa de su psicosis ulteriormente.

Fósforo radioactivo en el diagnóstico de los tumores de la piel.—Declaran los autores que cuando se administra por vía intravenosa el fósforo radioactivo en dosis de 100 a 150 mC. en enfermos con una variedad de tumores cutáneos y se recuenta las lesiones con el tubo de Geiger-Mueller tres horas después, se encuentra que en las lesiones superficiales se obtienen diferencias significativas en los contejos. Los melanomas malignos pueden diferenciarse de los nevi benignos por las concentraciones aumentadas significativamente del P³². Los carcinomas de células basales y los escamosos no pueden diferenciarse de las lesiones cutáneas benignas con seguridad por el procedimiento descrito.

158 - 8 - 25 de junio de 1955.

- * Win 8.077 en el tratamiento de la miastenia gravis. R. S. Schwab, C. K. Marshall y W. Timberlake.
- * Desplenismo secundario a leucemia crónica o linfoma maligno. E. H. Reinhard y V. Loeb Jr.
- * Eficacia de la bantina en la terapéutica del colon inestable. J. Lichstein, J. De C. Mayer y E. W. Hauch. Principios en el parto vaginal de casos obstétricos complicados. W. B. Harer.
- Una epidemia de blastomicosis norteamericana. J. G. Smith Jr., J. S. Harris, N. F. Conant y D. T. Smith.
- Púrpura trombocitopénica en el embarazo. F. M. Newmark.
- * Enterotoxina producida por estafilococos en casos de enteritis después de la terapéutica con antibióticos. M. J. Surgalla y G. M. Dack.
- * Empleo de la posición de Trendelenbug en el diagnóstico de la hemorragia intraperitoneal. V. A. Gilbertsen.
- Una modificación de la tracción de la pierna. W. L. Salzman.
- Leucemia en dos niños gemelos. R. C. Anderson y H. W. Hermann.

Win 8.077 en la miastenia gravis.—Los autores han utilizado una nueva droga eficaz en la miastenia gravis y la ensayan en 50 enfermos. Esta droga, el Win 8.077, diferente químicamente de la neostigmina o de los fos-

fatos alquilicos, es la N,N'-bis (2-dietilaminoetil) oxamida bis-2-clorobenzil-cloruro. Es algo más potente y aproximadamente de duración doble que la neostigmina o el mestinon y tiene menos efectos desfavorables sobre el tracto gastrointestinal. Del total de 50 enfermos, 41 siguen utilizando el Win 8.077 y han obtenido más beneficio con él que con la medicación previa. Las posibilidades de sobredosificación, ocasionando trastornos gastrointestinales, son mínimas con dicho droga y las necesidades de los enfermos varían tremadamente, lo que hace obligatorio grandes cuidados y supervisión adecuada. El empleo parenteral de la droga sugiere una proporción de 1/30 a 1 de la dosis oral con un efecto prolongado de aproximadamente tres horas, pero como la experiencia en este tipo de administración es todavía inadecuada y muy insegura, no es recomendable dicha vía.

Desplenismo secundario a leucemia crónica o linfoma maligno.—Declaran los autores que el hecho de que un enfermo con leucemia linfocítica crónica o linfoma maligno tiene un proceso capaz de lesionar la médula ósea y ocasionar anemia, trombocitopenia o leucopenia, no debe hacer olvidar al clínico la posibilidad de que la depresión de uno o más de estos elementos celulares en la sangre puede estar mediatisada por un mecanismo esplénico. Si puede demostrarse que el enfermo está destruyendo los hematies a un ritmo anormalmente rápido o si el enfermo tiene una trombopenia o granulopenia a pesar de que la médula parece capaz de producir dichas células en números adecuados, debe pensarse seriamente en la esplenectomía. En ocasiones, esta terapéutica puede tener un valor significativo desde un punto de vista paliativo, incluso aunque el enfermo tenga una enfermedad maligna ya muy avanzada.

Bantina en el colon irritable.—Los autores han estudiado el papel de la bantina en el tratamiento a largo plazo de las molestias gastrointestinales crónicas en 39 enfermos. Valorando sobre la base de malestar epigástrico, inquietud peristáltica, diarrea y estreñimiento alternantes, distensión, fatiga y molestia abdominal generalizada, no se vió una superioridad apreciable de la bantina sobre la terapéutica standard o la administración de placebos. Sin embargo, la bantina mostró un efecto clínico beneficioso invariable en los episodios agudos de diarrea de naturaleza psicógena que se presentaron en el curso de las enfermedades crónicas.

Enterotoxina estafilocócica en casos de enteritis post-antibióticos.—Subrayan los autores que el hecho de que existían estafilococos productores de enterotoxinas en el tracto intestinal en 30 de 32 enfermos de enteritis tras la terapéutica antibiótica, apoya considerablemente la hipótesis de que la enterotoxina se produce "in vivo" por razas de estafilococos resistentes a los antibióticos y contaminadores de los alimentos. Las dos razas coagulasa negativas no productoras de enterotoxina encontradas en estos casos no excluyen la producción de enterotoxina "in vivo", puesto que sería posible la existencia conjunta en el mismo enfermo de razas que son enterotoxigénicas y las que no lo son, en cuyo caso podría una de estas últimas ser la recogida; si sólo existe una raza no enterotoxigénica, no se producirá la enteritis. En la intoxicación alimenticia estafilocócica la enterotoxina se produce en el alimento fuera del organismo, y cuando se ingiere el alimento contaminado no hay producción interior de enterotoxina "in vivo". Así, parte de la toxina que no ha sido absorbida es probablemente eliminada por los vómitos y la diarrea. En el caso de la enteritis estafilocócica consecutiva a la terapéutica antibiótica, la enterotoxina puede continuar produciéndose mientras el antibiótico suprime la flora normal. En la literatura puede encontrarse amplio apoyo para el concepto de que los estafilococos suelen ser los predominantes en el intestino sólo cuando se suprime la flora normal. Así, la presentación habitual de colis resistentes a los antibióticos y otras bacterias intestinales junto con la posibilidad de predominio de los estafilococos no enterotoxigénicos pueden explicar el pequeño número de enfermos

que desarrollan enteritis. Los que presentan enteritis estafilocócica pueden ser aquellos cuya flora intestinal normal es sensible a los antibióticos empleados, pero existiendo una raza resistente de estafilococo enterotoxígenico. Finalmente señalan que la enterotoxina puede producirse en los enfermos bajo tratamiento antibiótico en otros sitios que no sea el tracto intestinal.

Empleo de la posición de Trendelenburg para el diagnóstico de la hemorragia intraperitoneal.—El autor señala que el colocar al enfermo en posición de Trendelenburg puede favorecer el contacto de la sangre intraperitoneal con el diafragma y así facilitar el diagnóstico de una posible hemorragia abdominal aunque ésta sea mínima. Es posible que otros líquidos intraperitoneales anormales, como la orina, exudados purulentos y jugo gástrico, si están presentes en cantidad suficiente puedan conducir a la producción de dicho fenómeno, pero su experiencia, sin embargo, está limitada al líquido hemorrágico. La sencillez y facilidad de aplicar dicha prueba sugiere que puede incluirse en el examen del enfermo con un abdomen agudo sin que suponga un retraso o un riesgo para el mismo. El fenómeno consiste en la producción de dolor que se irradia fundamentalmente al hombro y al colocar al enfermo en la posición citada la irritación del diafragma supone un aumento o la aparición del dolor antes mencionado.

The Journal of Experimental Medicine.

100 - 2 - 1955.

- Ictericia en los ratones debida a anomalías en el tracto biliar. A. M. Pappenheimer y cols.
- Metabolismo proteico en el riñón de los mamíferos. H. Eliasch y cols.
- Estudios comparativos histológicos e inmunológicos en conejos por hipersensibilidad sérica inducida. F. G. Germuth y cols.
- Mecanismo de la penetración de la pared celular por los virus. T. T. Puck y cols.
- El papel de la homocistina en la protección de perros deplecionados de proteínas a las dosis fatales de cloroformo. G. P. Vennart y cols.
- Maduración del virus de la encefalomielitis equina del Oeste. H. Rubin y cols.
- Cambios intracelulares debidos al rojo neutro revelados en el páncreas y riñón del ratón por el microscopio electrónico. J. M. Weiss.

Ictericia en los ratones debido a anomalías en el tracto biliar.—Los autores describen una enfermedad de los ratones, desconocida hasta la actualidad, que se caracteiza por la aparición de ictericia progresiva durante el período de lactación. Estudios anatopatológicos demostraron que la causa de la misma era: 1) La ausencia congénita del segmento terminal del conducto biliar; y 2) La ausencia de los conductos intrahepáticos. Se encontraron en el parénquima hepático áreas de necrosis, probablemente debida a un trastorno en la arterialización del parénquima, lesiones inflamatorias de los conductos biliares y, por último, cirrosis biliar.

Metabolismo proteico en el riñón de los mamíferos.—Los autores determinan la concentración de aminoácidos y N polipeptídico en la aorta, vena renal y vena cava inferior de seis conejos, demostrando que las concentraciones de aminoácidos y polipéptidos en la vena renal son notablemente más elevados que en la aorta y en la vena cava. Discuten los posibles factores que pueden justificar estos hallazgos en el metabolismo proteico del riñón, que hipotéticamente podrían ser: 1) Formación de aminoácidos y polipéptidos en el riñón a expensas de la rotura de moléculas proteicas o grandes moléculas polipeptídicas. 2) Autodestrucción de las proteínas estructurales renales; y 3) Posible existencia de un componente metabólico en la fase absortiva de la proteinuria con subsiguiente catabolismo de dichas proteínas reabsorbidas en los tubos contorneados próximos.

El papel de la homocistina en la protección de perros deplecionados de proteínas a la dosis fatales de cloroformo.—En perros sometidos a dietas hipoproteicas y

flebotomías prolongadas, la inhalación de cloroformo durante treinta minutos produjo la muerte dentro de las cuarenta y ocho horas por destrucción hepatocelular masiva. Los autores comprobaron que la administración oral de 2 gr. de homocistina, dos horas antes o dos horas después de la administración del cloroformo, protegió a estos perros de la acción letal del cloroformo, que quedó reducida a inconstantes modificaciones en el fibrinógeno y en el índice icterico como señal de afectación hepática ligera.

Cambios intracelulares debidos al rojo neutro revelados en el páncreas y riñón del ratón por el microscopio electrónico.—El autor ha estudiado con el microscopio electrónico el efecto de dosis subleales de rojo neutro sobre la estructura de las células del páncreas exocrino y sobre las mitocondrias del túbulos renal distal, encontrando que el rojo neutro es un tóxico citoplasmático que produce cambios característicos en el citoplasma, los gránulos de cimógeno, las mitocondrias y probablemente el aparato de Golgi. La membrana ergastoplasmática y los gránulos de cimógeno se definen ópticamente peor; continuándose insensiblemente con la matriz citoplasmática, las mitocondrias se transforman en vacuolas que contienen soluciones de rojo neutro en alta concentración y aumenta el número de gránulos de Golgi.

The Journal of Clinical Investigation.

34 - 4 - 1955.

- Análisis de la respuesta a la inhalación de anhídrido carbónico en estados clínicos de hipercapnia. J. K. Alexander y cols.
- Modificación de la respuesta respiratoria al anhídrido carbónico por los salicilatos. J. K. Alexander y cols.
- El efecto acidificante del rubidio en ratas normales y en ratas alcalotícas con deficiencia de potasio. A. S. Relman y cols.
- Estudio de la relación entre el aclaramiento de sodio radioactivo y el flujo sanguíneo directamente medido en el músculo bíceps del perro. T. C. Prentice y cols.
- Efecto de la proveratrina en el gasto cardiaco y en algunas circulaciones regionales en el hombre. S. W. Houbler y cols.
- Estudios sobre fenilcetonuria. M. D. Armstrong y cols.
- Efecto de la heparina sobre las lipoproteínas en las hiperlipemias. F. S. M. Herbst y cols.
- Valor calórico de los tejidos corporales lábiles en los sujetos obesos. V. P. Dole y cols.
- Mecanismo del incremento de la excreción de sodio subsiguiente a la infusión de Manitol en el hombre. T. F. Williams y cols.
- Efectos cardiodinámicos de la congestión venosa de las piernas o de la flebotomía en pacientes con o sin insuficiencia cardíaca congestiva. W. E. Judson y cols.
- La fijación cerebral y periférica de amoniaco en pacientes con enfermedades hepáticas y una hipótesis sobre el mecanismo del coma hepático. S. P. Bessman y cols.
- Flujo sanguíneo a través de cada pulmón en el hombre durante la hipoxia unilateral. A. P. Fishman y cols.

Análisis de la respuesta a la inhalación de anhídrido carbónico en estados clínicos de hipercapnia, anoxia y trastornos del equilibrio ácidobase.—Los autores estudian la respuesta a la inhalación de carbónico de 12 sujetos normales y 21 pacientes desde el punto de vista de la sensibilidad de los mecanismos nerviosos de regulación respiratoria, encontrando que en seis pacientes con enfisema pulmonar crónico y cor pulmonale existe una marcada disminución de la sensibilidad a este estímulo comparada con sujetos normales.

Argumentan varios mecanismos que expliquen la respuesta ventilatoria disminuida al carbónico en estos pacientes: a) Una capacidad aumentada de amortiguación por tampones del plasma de estos sujetos asociada con la elevación del bicarbonato plasmático o de la policitemia. b) Incapacidad de responder a los estímulos adecuados del sistema nervioso por parte del fuerte pulmonar. c) Presencia de insuficiencia cardíaca congestiva, anoxemia crónica, acidosis o hipercapnia. En el trabajo se discute cada uno de estos mecanismos.

Modificación de la respuesta respiratoria al anhídrido carbónico por los salicilatos.—Los autores estudian la sensibilidad de los mecanismos de regulación nerviosa

de la respiración en tres sujetos normales antes y después de la ingestión de salicilatos, atendiendo a la ventilación alveolar efectiva, a la tensión arterial de carbónico y a la concentración de hidrogeniones. Con niveles de salicilemia que oscilan entre los 12 y 16 mg. por 100 encuentran que la sensibilidad a los estímulos de carbónico aumenta de un 84 a un 307 por 100. El mecanismo de esta hiperventilación salicilica quizás esté en relación con un efecto estimulante directo sobre el centro respiratorio de este fármaco o a través de una acidosis metabólica resultante de los productos de degradación del salicilato.

Efecto de la proveratrina en el gasto cardíaco y en algunas circulaciones regionales en el hombre.—En el estudio que hacen los autores para descubrir en dónde reside la acción hipotensora que clínicamente tiene la proveratrina administrada intravenosamente, llegan a la conclusión de que ésta produce una moderada disminución del gasto cardíaco, una marcada limitación del trabajo cardíaco y a veces un descenso en las resistencias vasculares periféricas. El reflujo renal sanguíneo no se modificó, pero la filtración glomerular descendió débilmente y la eliminación urinaria marcadamente en los experimentos agudos.

Efectos de la heparina sobre las lipoproteínas en las hiperlipemias.—La acción de la heparina sobre la alfa y beta globulina (lipoproteínas) en la hiperlipemia idiopática y alimenticia es estudiada por los autores por análisis electroforético de estas dos lipoproteínas. Este estudio, después de su separación clínica, reveló en ambos tipos de hiperlipemia que la inyección intravenosa de heparina producía un aumento de la movilidad electroforética de ambas lipoproteínas. Los autores llegan a la conclusión de que el componente prealbúminico que han observado en los trazados electroforéticos de suero total en patos pacientes tras la inyección de heparina representa las alfa-lipoproteínas. No tienen evidencia por los hallazgos de este estudio para ratificar el actual concepto de que la administración de heparina produce una transformación de las beta-lipoproteínas en alfa-lipoproteínas.

El incremento de la movilidad electroforética de estas globulinas en la hiperlipemia puede ser explicada por el efecto lipolítico de la heparina y la resultante fijación de los ácidos grasos por las alfa y beta lipoproteínas.

Efectos cardiodinámicos de la congestión venosa de las piernas o de la flebotomía en pacientes con o sin insuficiencia cardíaca congestiva.—El objeto de este trabajo es intentar aclarar la respuesta hemodinámica a la reducción aguda del volumen sanguíneo circulante en el hombre. Los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1) En sujetos normales, pacientes con enfermedad cardiovascular compensada y pacientes con cor pulmonale con o sin insuficiencia, la reducción del volumen sanguíneo de una manera brusca produce un descenso del gasto cardíaco. 2) En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva debida a enfermedad valvular, hipertensiva o coronaria, habitualmente tienen un débil aumento, ocasionalmente ningún cambio y más raramente un descenso de dicho gasto. 3) La respuesta del gasto cardíaco no fué necesariamente acompañada de cambios en la presión diastólica intraventricular. 4) No se observó de una manera constante la reducción de la presión arterial pulmonar. El descenso en el gasto cardíaco de algunos pacientes puede explicar la caída de la presión pulmonar cuando ésta se presenta.

Fijación cerebral y periférica del amoniaco en las enfermedades hepáticas y una hipótesis del mecanismo del coma hepático.—Los autores estudian las concentraciones de amoniaco sanguíneo arterial y venoso por el método de Conway en sujetos normales, pacientes hepáticos y enfermos en coma hepático.

Los resultados obtenidos demuestran que la amoniemia en enfermos hepáticos puede estar elevada y los niveles que alcanza guardan relación grosera con la profundidad del coma.

El cerebro fija amoniaco cuando el nivel en sangre sobrepasa la concentración de 1 gamma por c. c. y esta fijación guarda relación con la concentración de amoniaco arterial.

Una determinación simultánea de la amoniemia venosa periférica, la arterial y la de los sistemas venosos cerebrales, muestra una fijación paralela del amoniaco por el músculo cuando los niveles de amoniaco arterial aumentan.

Los autores formulan una hipótesis del coma hepático considerándolo como un trastorno del metabolismo intermedio a nivel del ciclo de Krebs al desviarse el ácido alfa-cetoglutarico para detoxicar al organismo de un exceso de amoniaco formando ácido glutámico y glutamina.

The American Journal of Pathology.

31 - 2 - 1955.

- Patología de la fiebre hemorrágica.** A. Steer.
Células en anillo del carcinoma de la vejiga urinaria. G. Saphir.
Vasospasmo renal selectivo y necrosis renal isquémica producida experimentalmente con toxina estafilocócica. A. Thal.
Neumonitis urémica. H. C. Hopps y cols.
Lesiones glomerulares de tipo nodular y graso en conejos por efecto de la cortisona. S. L. Wilens y cols.
Lesiones del cuerpo calloso a consecuencia de traumatismos mecánicos bruscos en la cabeza. L. Lindenberg y colaboradores.
Histoplasmosis del sistema nervioso central. J. L. Shapiro.
Patogénesis de la enfermedad quística del páncreas. R. A. Allen y cols.
Actividad de la dehidrogenasa succínica en el infarto de miocardio y en la necrosis miocárdica inducida. W. Wachstein y cols.
Un caso de reticulendothelirosis leucémica en la rata. C. Harris y cols.

Vasospasmo renal selectivo y necrosis renal isquémica producida experimentalmente con toxina estafilocócica.—El autor comprueba que la inyección intravenosa de una cantidad standard de toxina producida por la raza Wood de estafilococo dorado a conejos adultos determina un espasmo selectivo de las venas renales con hiperemia pasiva e isquemia funcional. Este efecto, que aparece a los quince o veinte minutos, persiste durante un período de tiempo de tres a seis horas. Los estudios microscópicos de una gran parte de estos riñones mostraron, aparte de un mayor o menor grado de congestión, imágenes de vacuolización e incremento de la granulación protoplasmática de las células de los túbulos contorneados. En los que la isquemia fué más duradera se encontró imágenes de necrosis cortical bilateral.

Estas observaciones demuestran que la profundidad de los cambios anatómicos depende del grado de isquemia y duración de la misma y prueban la especial reactividad del sistema vascular renal a la toxina circulante, evidenciando que la necrosis cortical simétrica puede ser debida a una isquemia inducida por un espasmo de los vasos renales.

Neumonitis urémica.—Los autores estudian anatómopatológicamente los pulmones de 107 pacientes que murieron de uremia, encontrando en un 62 por 100 de ellos alteraciones que justifican la aplicación del término de neumonitis urémica.

Estos hallazgos consisten en la existencia de focos alveolares con relleno de líquido muy rico en proteínas precipitados proteicos amorfos o granulares, acumulados de fibrina, ausencia de granulocitos y presencia de macrófagos.

Los autores no encuentran relación estricta entre estos cuadros pulmonares y el grado de asistolia izquierda, creyendo que guardan más relación con el grado de acidosis juzgada por el descenso de la reserva alcalina.

Lesiones del cuerpo calloso a consecuencia de traumatismos mecánicos bruscos en la cabeza.—Los autores estudian 51 casos de traumatismos craneales bruscos, encontrando que un 16 por 100 de los mismos presentan lesiones del cuerpo calloso, que dividen en hemorragi-

cas, hemorrágicas y necróticas y necrosis anémicas, en relación con la duración del a supervivencia y la reacción a la injuria. Las lesiones ocurrieron con o sin fractura esquelética. La teoría más plausible sobre su patogénesis es la de que son causadas por fuerzas de distensión y repliegue que actúan bruscamente en el momento del impacto, debidas a la deformación elástica del esqueleto y el cerebro.

Patogénesis de la enfermedad quística del páncreas.— Los autores comprueban en un estudio practicado en ocho casos de enfermedad fibroquística del páncreas, por secciones seriadas de la cabeza del páncreas y de la papila de Vater, las siguientes malformaciones: en dos casos, el conducto pancreático principal era anormal. En uno de ellos se encontraba atrésico en la musculatura duodenal y en el otro existía una estrechez a nivel de la papila de Vater. En ambos existía además atresia de múltiples conductos interlobulares. En los seis casos restantes, el conducto principal era normal, pero existían atresias de muchos conductos interlobulares e interlobulares.

Estos hallazgos demuestran que el defecto fundamental de la enfermedad fibroquística del páncreas reside en la malformación del sistema ductal.

Un caso de reticuloendoteliosis leucémica en la rata.— Los autores presentan el primer caso de reticuloendoteliosis leucémica en una rata, para ser mantenida por transferencia, obtenida por administración de metilcolantreno disuelto en aceite de oliva durante la lactancia.

La característica de muchas de las células leucémicas es la presencia de gránulos azurofílos grandes o cuerpos en el citoplasma que sirve para identificar la célula leucémica con las formas linfocítica o monocítica más que con la serie mieloide.

Aunque muchas de las células leucémicas parecen mieloblastos, se sugiere que la llamada leucémica monocítica mielógena no es una enfermedad originada específicamente de la médula ósea, como supuso NAEGELE, sino más bien el resultado de la transformación anaplásica del sistema reticuloendotelial.

The American Journal of Clinical Pathology.

25 - 4 - 1955.

- Anatomía patológica del carcinoma de útero. J. D. Wheeler y cols.
- Proposición para la distribución de un certificado "standard" para uso en hemoglobimetria. R. K. Cannan.
- Diagnóstico de las reacciones transfusionales hemolíticas. Davidshon y cols.
- Sensibilización Rh-Hr en Hawaii. L. E. Mermad.
- Tiroditis. Parte II. J. B. Hazard.
- Inflamación granulomatosa. W. D. Forbus.
- Evaluación de la tromboelastografía. P. de Nicola y cols.
- Aparición accidental de células endoteliales en extensiones de sangre periférica. J. N. Shanberge.

Evaluación de la tromboelastografía.— Durante la transformación del fibrinógeno en fibrina se desarrolla una fuerza elástica en relación con las modificaciones estructurales de las moléculas de fibrina. El propósito de la tromboelastografía es medir las variaciones elásticas del trombo durante el proceso de la coagulación en condiciones que son constantes y reproducibles. Los tromboelastogramas están caracterizados por el tiempo de reacción y variaciones de la elasticidad durante la coagulación sanguínea y fibrinolisis. Las variaciones más típicas de aquéllos aparecen en la hemofilia y síndromes pseudohemofílicos, trombocitopenias, fibrinolisis y condiciones trombofílicas.

Aparición accidental de células endoteliales en extensiones de sangre periférica.— La aparición de células endoteliales en sangre periférica ha sido señalada en algunas enfermedades (endocarditis bacteriana subaguda, malaria, fiebre recurrente, leucemia linfática y mielóide, tuberculosis, anemia perniciosa, etc.). Al autor le sorprendió que durante una larga temporada encontraba en extensiones de sangre de enfermos muy diversas células endoteliales de aspecto completamente normal.

La sangre de estas extensiones era tomada por punción venosa (para ser utilizada en otras investigaciones) y extensión de una gota de sangre, a través de la aguja, sobre los portas. Las células endoteliales sólo aparecían en una de las extensiones de cada enfermo y siempre localizadas en una zona extrema del porta. El autor comprobó que eran estructuralmente idénticas a las del endotelio venoso de cada paciente estudiado y que se arrancaban y aspiraban de aquél por medio de agujas de punción que no fueran de buena calidad. Con agujas finas y afiladas no aparecieron estas células endoteliales.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

96 - 6 - 1955.

- Fracaso de la hormona adrenocorticotropa o de la cortisona para influenciar la fiebre producida por la apinefrina en el conejo. T. L. Bennett.
- Estudios sobre la tensión de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre arterial en la parálisis respiratoria de la poliomielitis. D. Carroll.
- Hermafroditismo, género y precocidad en el hiperadrenocorticalismo: Hallazgos psicológicos. J. Money.
- Aparición genital hermafrodita y erotismo en el hiperadrenocorticalismo. J. G. Hampson.
- Balance de magnesio en los enfermos mixdematosos tratados con triyodotironina. D. F. Tapley.

Aspectos psicológicos del hiperadrenocorticalismo.— El autor estudia, desde el punto de vista psicológico, 30 niños y adultos, entre los que se incluyen 39 hembras hiperadrenocortáreales. El papel del género, tanto en el sexo masculino como en el femenino, se encontró que estaba en relación con la educación, excepto en tres casos, y no automática o instintivamente determinado por los cromosomas, gonadas u hormonas. Doce hembras y diez machos hipercorticales se estudiaron, viéndose que a pesar de su desarrollo precoz, desde el punto de vista psicológico, estaban en la infancia.

Balance de magnesio en los enfermos tratados con triyodotironina.— La dieta deficiente en magnesio produce en el hombre un cuadro que recuerda al hipertiroidismo: vasodilatación, hiperirritabilidad, arritmias cardíacas, etcétera. Por otra parte, el exceso de magnesio produce cambios no muy distintos de la extirpación del tiroides. El autor observa que origina un balance de magnesio negativo en dos mixdematosos, mediante la administración de l-triyodo-tironina. Acentúa la importancia de la similaridad entre la tirotoxicosis y el déficit de magnesio, así como del mixedema y el exceso de magnesio.

Metabolism.

4 - 6 - 1955.

- El problema del hiperinsulinismo funcional atribuido a causas nerviosas. I. Relaciones entre el laboratorio y la clínica. II. Factores dietéticos y neurológicos. Sugerencias diagnósticas y terapéuticas. M. Fabrykant.
- Acción de la administración prolongada de hormona de crecimiento sobre las células alfa del páncreas en ratas normales e hipofisectomizadas. E. W. Volk, M. G. Golden y H. Frank-Crowley.
- Acción de grandes dosis de insulina soluble y de insulina libre de glucagón sobre la glucemia de conejos tratados previamente con cortisona, ACTH y hormona de crecimiento. B. W. Volk, S. S. Lazarus y H. Lew.
- Herencia directa de la alcantururia. R. A. Mich.
- Acción de una ración baja en fósforo sobre el metabolismo del calcio en la rata, con producción de cálculo urinario de citrato cálcico. R. H. Sager y B. Spargo.
- Estudios sobre el mecanismo de la síntesis de la colesterolina en la nefrosis. D. P. Sadhu y S. Moorkerjea.
- Estudios de alimentación y saciedad en ratones con obesidad producida por la tiogluco-oro y síndrome hereditario de obesidad-diabetes. G. Hollifield, W. Parson y K. R. Crispell.
- Eliminación por la orina de 17-hidroxicorticoides en perros alimentados con DDD. J. H. U. Brown, J. Griffin y R. B. Smith.
- Conferencia clínica sobre problemas metabólicos: Yodo-mixedema.

Acción de grandes dosis de hormona de crecimiento sobre las células alfa del páncreas en ratas normales e hipofisectomizadas.— La administración diaria de grandes dosis de hormona de crecimiento purificada a ratas normales e hipofisectomizadas produce una hiperplasia

de los islotes pancreáticos con un aumento del cociente alfa/beta después de un período de tres semanas. Las células alfa se visualizaron histológicamente con la técnica de Gomori y una modificación del método de plata de Davenport. La administración diaria de hormona de crecimiento a ratas normales e hipofisectomizadas durante seis semanas dió lugar a una disminución absoluta y relativa de las células alfa. Las células beta de estos animales mostraron degranulación y necrosis en algunos casos. Las ratas hipofisectomizadas mantenidas en vida durante cuatro meses y medio después de la extracción de la hipófisis no mostraron modificaciones de las células alfa y el cociente alfa/beta fué normal. Esto parece indicar que en la rata la hipófisis no influye en la morfología de las células alfa del páncreas. Por otra parte, la administración de grandes dosis de hormona de crecimiento a animales normales e hipofisectomizados produce cambios histológicos de estas células. Se discute el posible modo de actuar de la hormona de crecimiento sobre las células alfa.

Acción de grandes dosis de insulina soluble y de insulina libre de glucagón sobre la glucemia de conejos tratados previamente con cortisona, ACTH y hormona de crecimiento.—Un tratamiento previo con cortisona potencia el efecto hiperglucémico inicial de la insulina soluble. Igualmente, la insulina considerada libre de glucagón provoca hiperglucemia cuando se inyectan dosis altas de 200 a 500 unidades. Esta acción hiperglucémica, debida según se cree al glucagón presente en insulinas aparentemente libres de esta sustancia, parece reflejar un marcado acúmulo de glicógeno que bajo la influencia de la cortisona se produciría en el hígado. La acción hipoglucémica más clara se obtiene tanto en el animal normal como en el tratado previamente con cortisona cuando la dosis de insulina es pequeña, alrededor de las 10 unidades. Estas observaciones se interpretan suponiendo que el efecto antagonista de insulina adscrito generalmente a la cortisona puede ser sólo aparente y de-

bido a la potenciación de la acción hiperglucémica del glucagón existente en los preparados de insulina. La administración de grandes dosis de insulina soluble a animales tratados con ACTH produce una pequeña hiperglucemia de corta duración. Esta diferencia de la respuesta glucémica, según haya sido el animal tratado previamente con ACTH o con cortisona, puede ser debida a una insuficiente producción endógena de cortisona provocada por el ACTH. Los animales tratados con hormona de crecimiento presentan una potenciación de la hiperglucemia por glucagón, aunque en menor grado que el que se observa en los animales pretratados con cortisona. En este caso se produce también una reducción de la hipoglucemia insulínica, indicando una sensibilidad disminuida a la insulina. Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que los conejos tratados previamente con cortisona pueden ser utilizados para estudiar el contenido en glucagón de las diferentes insulinas.

Acción de una ración baja en fósforo sobre el metabolismo del calcio en la rata con producción de cálculo urinario de citrato cálcico.—Ratas adultas sometidas a una dieta pobre en proteínas y normal en calcio desarrollan cálculos urinarios de citrato cálcico cuando se les da una ración baja de fósforo. Los exámenes radiológicos del esqueleto, los estudios de balance y medida de las paratiroides, indican que la ración pobre en fósforo aumenta la cantidad de calcio absorbida en el intestino. El calcio de la sangre no ligado a la fracción proteica aumenta y el efecto se intensifica con la hipoproteinemia secundaria al déficit proteico. El citrato es obtenido de los procesos metabólicos aparentemente como un mecanismo compensador que permite combinar el exceso del calcio en la sangre y mantener el calcio ionizado dentro de límites normales. La eliminación renal, tanto de calcio como de citrato, está aumentada. En la orina se produce una concentración alta de calcio y citrato que permite la formación de cálculos de citrato cálcico.