

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

TOMOGRAFIA LATERAL DEL TORAX. SU UTILIDAD CLINICA. Doctores MELQUIADES CABAL y M. ROIZ NORIEGA.—Gráficas Summa. Oviedo, 1957.—Un volumen de 143 páginas con 97 figuras.

Los autores describen la tomografía lateral y, con la presentación de casos personales, analizan la semiología y el interés clínico de esta exploración, que actualmente va siendo cada vez más tenida en cuenta.

Se trata de un trabajo muy meritorio, bien informado y estimulante para el médico y especialistas.

LES ICTERES PAR RETENTION. DIAGNOSTIC MEDICO-CHIRURGICAL. Doctor J. CAROLI, con la colaboración de los doctores A. CHARBONNIER, J. ETEVE, A. PARAF y P. RICORDEAU.—Editorial Masson y Cia. París, 1956.—Un volumen de 480 páginas con 328 figuras y 2 láminas.

El doctor CAROLI y cols. han realizado una monografía llena de interés, con el sabor de la buena información básica y de la auténtica experiencia personal. Era necesario un libro que reuniera a la vez datos clínicos, anatomopatológicos y métodos de exploración cuya semiología está elaborándose, como la esplenopografía, la laparoscopia, la biopsia, etc.

El libro está muy bien editado y contiene excelentes y muy demostrativas figuras. El diagnóstico diferencial se considera en etapas sucesivas: primeramente, el aspecto clínico (análisis de los signos físicos); después, los datos de exploración de laboratorio (etapa biológica); más adelante, la etapa radiológica; a continuación, la etapa laparoscópica, y luego las histológica y radioquirúrgica.

Es, en suma, un libro muy documentado, de moderna orientación y de indudable utilidad práctica.

TECNICA ROENTGENOLOGICA. Tomos I y II. Doctor HERBERT SCHOEN.—Editorial Científico - Médica. Barcelona, 1955.—Los dos volúmenes constan en total de 575 páginas con 693 figuras. Precio, 525 pesetas cada tomo.

Se trata de un libro especializado principalmente para los radiólogos o para el médico general que practica la Radiología. Desde estos puntos de vista, su utilidad es

considerable, pues se analizan sucesivamente las técnicas radiológicas, describiéndose muy bien, por fotografías, esquemas y dibujos, las posiciones. Todos los detalles de técnica están descritos con la suficiente amplitud y visión práctica. El primer tomo está dedicado al esqueleto y órganos internos. El segundo tomo comprende el estudio de aparatos, fundamentos físicos y todo lo referente a la obtención de radiografías, fotografías, etcétera.

Es de celebrar la publicación en español de esta obra, que pone al alcance de los médicos que no manejan el alemán esta guía útil y eficaz.

MANUAL DE BIOQUIMICA FUNCIONAL. Doctor M. SPINETTI.—Editorial Científico - Médica. Barcelona, 1955.—Un volumen de 445 páginas con 70 figuras, 196 pesetas.

El autor titula su libro accidentalmente, además de bioquímica funcional, bioquímica clínica. En efecto, esta monografía constituye la base para las interpretaciones de laboratorio y para la institución de exámenes funcionales basados sobre métodos bioquímicos. No obstante la dificultad de realizar un empeño tan amplio, la gran información del autor y su buen criterio de selección hacen que el libro tenga un valor auténtico como guía para el médico en este sentido de bioquímica aplicada.

LIBROS RECIBIDOS

"Via Triumphalis", Dr. R. Erckmann y cols.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 296 páginas, 135 pesetas.

"Retropneumoperitoneum und Pneumomediastinum".—Doctor M. Cocchi.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 226 páginas con 142 figuras, 67,50 DM.

"Die Prognose der Wirbelsäulenleiden". Dr. J. E. W. Brocher.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 67 páginas con 33 figuras, 12,80 DM.

"Chirurgie du Pancreas". Dr. L. Léger.—Editorial Masson et Cie. París, 1957.—Un volumen de 504 páginas con 154 figuras, 4.800 francos.

B) REFERATAS

Metabolism.

5 - 1 - 1956.

* Protección de la diabetes aloxánica por un producto de condensación de glucosa y acetoacetato. M. C. Nath y V. K. Sahu.

* Protección de la acción diabética de la aloxana por un producto de condensación de glucosa y acetoacetato. II. M. C. Nath y E. P. M. Baattathiry.

Protección de la diabetes producida por el ácido dehidroascórbico con la sal de sodio resultante del producto de condensación de la glucosa y la acetoacetato. M. C. Nath, V. K. Sahu y R. M. Behki.

* Estudios sobre el Cu en el metabolismo hidrocarbonado. La oxidación de la glucosa en el sujeto diabético. W. W. Shreeve, N. Baker, M. Miller, R. A. Shipley, G. E. Incefy y J. W. Craig.

Actividad insulínica de los constituyentes del plasma humano. I. Descripción y valoración de un ensayo biológico para el estudio de la actividad insulínica. P. M. Beigelman, F. C. Goetz, H. N. Antoniades y G. W. Torn. Actividad insulínica de los constituyentes del plasma humano. II. Ensayo biológico de las fracciones del plasma humano en su actividad insulínica. P. M. Beigelman, H. N. Antoniades, F. C. Goetz, A. E. Renold, J. L. Oncley y G. W. Torn.

* Función renal en la ascitis experimental. H. Gilder, G. N. Cornell y H. J. Mannix.

* Paradoja asociada con insuficiencia cardíaca y con cirrosis hepática. P. J. Talso, N. Spafford, G. Ferenzi y H. O. Jackson.

La hemoglobina total del niño y su relación con las necesidades calóricas y de hierro. W. W. Hauwkins, V. G. Leonard y E. Speck.

* Actividades metabólicas del tejido adiposo. B. Shapiro y E. Vertheimer.

Protección de la diabetes aloxánica por un producto de condensación de glucosa y acetoacetato. I.—En un grupo de ratas se estudia la acción que tiene sobre la diabetes aloxánica la administración previa de glucosa seguida de una cantidad equimolecular de acetoacetato sódico, así como la acción de la sal sódica del producto de su condensación. Las proporciones en que se emplean la glucosa, acetoacetato y aloxana son de 2:1,375:1. La glucosa seguida inmediatamente por el acetoacetato evitan la acción diabética de la aloxana cuando se administra 45 minutos antes que ésta. La misma acción tiene el producto de condensación de la glucosa y el acetoacetato cuando se administra la cantidad equimolecular. La curva de glucemia de los animales protegidos con estas sustancias es normal, mientras que los animales tratados sólo con aloxana muestran la típica curva trifásica. Los animales tratados solamente con aloxana muestran alteraciones en los valores de glutación en la sangre, mientras que los protegidos muestran unos valores normales de glutación durante todo el período de observación. Cuando estas sustancias protectoras se administran después de la aloxana, continúan ejerciendo un pequeño efecto protector sobre el glutación sanguíneo. Se ha podido demostrar una reacción in vivo entre la glucosa y el acetoacetato, y el hecho de que la glucosa evite, en parte, el efecto que el acetoacetato tiene descendiendo los valores de glutación en la sangre, parece que es debido a una reacción entre ambos compuestos. También se sugiere que el producto de condensación de la glucosa y el acetoacetato se combina con la aloxana para producir un compuesto no diabético.

Protección contra la diabetes aloxánica de un producto de condensación de glucosa y acetoacetato. II.—El producto de condensación de glucosa y acetoacetato (endiol glucosa) en forma de su sal sódica, puede evitar la diabetes aloxánica en el 50 por 100 de los conejos inyectados intravenosamente cinco minutos antes de la dosis diabética de aloxana. Si se aumenta la dosis administrada se aumenta también el porcentaje de animales protegidos. La endiol glucosa se combina con la aloxana in vitro a un pH de 7,2, incluso en ausencia de enzimas. La aurea y la fosfatasa alcalina de la sangre que, como es sabido, aumentan en la diabetes aloxánica, se mantienen en límites normales en los animales protegidos. Se ha sugerido que la endiol glucosa existe en la sangre normal y que se combina con la aloxana tanto in vitro como in vivo para aumentar un compuesto no diabético que es el ácido aloxánico, y que por este mecanismo la endiol glucosa o sus precursores evitan la diabetes aloxánica. El fundamento para suponer la formación de ácido aloxánico durante la reacción entre la endiol glucosa y la aloxana está en la comprobación de la formación de urea, que es uno de los productos derivados del ácido aloxánico en la mezcla reactiva.

Estudios con el C_{14} en el metabolismo hidrocarbonado. En un grupo de ocho sujetos diabéticos se determina la concentración del C_{14} en la glucosa de la sangre y el carbónico espirado después de inyectar glucosa etiquetada con este C. Así se mide la cantidad de glucosa libre, su volumen de distribución y el grado de oxidación. Entre cinco diabéticos estabilizados que desarrollan hiperglucemia, pero no cetosis como resultado de la supresión de insulina hay tres casos cuyos valores por ciento del carbónico eliminado a partir de la glucosa, no difieren de los obtenidos en un grupo de individuos normales. Los otros diabéticos estabilizados junto con otros tres diabéticos lábiles todos los cuales desarrollan cetosis al suprimir la insulina dan valores de carbónico eliminado, por debajo de los del grupo normal. El grado de oxidación de la glucosa en gramos por kilo y por hora estaba descendido por debajo de los valores normales en uno de los diabéticos estabilizados con cetosis y en dos de los diabéticos lábiles. La parte del cuerpo en que la glucosa se distribuye se calcula que representa el 24 por 100 del peso del cuerpo en los sujetos normales, el 26 por 100 en los diabé-

ticos estables y el 30 por 100 en los lábiles. El grado medio del "Turn over" fué de 0,085 gramos por kilo y por hora en el sujeto normal, de 0,10 gramos en los diabéticos estables y de 0,19 gramos en los diabéticos lábiles. La porción de glucosa no calculada que puede representar el carbón usado para efectos de síntesis puede ser alrededor de 0,031 gramos por kilo y hora para los sujetos normales, y de 0, ó por debajo del nivel normal en dos de los cinco enfermos con cetosis y en dos de los tres enfermos sin cetosis. En dos diabéticos lábiles con cetosis y en un diabético estable con cetosis esta porción de glucosa excede el nivel normal.

Función renal en la ascitis experimental.—En unos perros controles y en otros con ascitis producida por la ligadura parcial de la vena cava por encima de la vena hepática, se hace un estudio de la función renal y de la eliminación de orina y de sodio. En los animales con ascitis se comprueba una evidente reducción de la cantidad de sangre circulante por el riñón y de la circulación glomerular. La orina y el sodio eliminados se reducen hasta un 10 por 100 de los valores obtenidos en los perros controles. Los resultados en los animales con ascitis son similares a las observaciones hechas por otros enfermos con cirrosis y ascitis. Los factores hormonales que se supone intervienen en estas experiencias son los mismos a los que se atribuye un papel en la ascitis humana, es decir, la hormona cortical reguladora del sodio y la antidiurética de la hipófisis. La evacuación de la ascitis no actúa sobre el aclaramiento renal, pero va seguida de un gran aumento en la eliminación de sodio y de un aumento algo menor en la eliminación de orina.

Paradójica asociada con insuficiencia cardíaca y cirrosis hepática.—En 18 sujetos normales se estudia el agua del cuerpo y el sodio difusible. El mismo estudio se realiza en cinco sujetos cirróticos, 11 con insuficiencia cardíaca y 13 con hiponatremia. Los valores medios para el agua total del cuerpo en enfermos con insuficiencia cardíaca y en los cirróticos eran algo superiores a los del grupo control. En ambos grupos de enfermos el sodio arrojaba valores por encima de lo normal. En los sujetos con hiponatremia el sodio intercambiable estaba aumentado por encima de los valores controles, pero no difería gran cosa de los valores encontrados en los cirróticos y en los cardíacos que presentaban concentraciones normales de sodio. Estos datos indican que la hiponatremia puede ocurrir en presencia de un exceso de sodio asociado a un aumento del agua del cuerpo ligero o a un contenido normal del mismo.

Actividad metabólica del tejido adiposo.—Hoy sabemos que el tejido adiposo no es un órgano inerte; su actividad respiratoria depende del estado nutritivo. En el tejido adiposo de los perros y de los gatos bien alimentados no se encuentra depósito de glucógeno, pero cuando a estos animales se les ceba después de agotar sus reservas de grasa, aparece el glucógeno depositado en el tejido adiposo. Todos los medios que provocan aumento de grasa, como es la inyección de insulina producen un depósito de glucógeno en el interior de las células adiposas, pero no en los espacios intercelulares. La capacidad del tejido adiposo para la síntesis del glucógeno ha sido bien demostrada "in vitro", así como la síntesis de la grasa a partir de los carbohidratos. El depósito de la grasa a partir de los carbohidratos. El depósito de la grasa en el tejido adiposo y su movilización ulterior es uno de los procesos más importantes en el metabolismo energético del organismo animal. El sistema nervios autónomo juega un importante papel en el depósito y movilización de la grasa. La influencia de las suprarrenales sobre el depósito de la grasa es evidente, como lo demuestra el hecho de que la desaparición de los depósitos de grasa en los animales adrenalectomizados es mucho más rápida que en los animales normales cuando ambos son puestos en una dieta restringida. El extracto del lóbulo anterior de hipófisis provoca una disminución

del contenido de grasa en el cuerpo al tiempo que un aumento en el contenido proteico. La actividad del tejido adiposo en sus diferentes funciones exige la presencia de numerosos sistemas enzimáticos no bien estudiados todavía, entre los cuales sabemos intervienen el adenosin trifosfato, aldolasa y ácido fosfoglicérico.

The American Journal of Medicine.

19 - 1 - 1955.

- * Endocarditis bacteriana subaguda: Duración óptima del tratamiento. Beeson, P. B.
- * Influencia de las hormonas gonadales sobre la relación proteínas-lípidos en el plasma humano. Russ, E. M., Eder, H. A. y Barr, D. P.
- * Concentraciones séricas de lipoproteínas y colesterol en individuos centro y norteamericanos con diferentes hábitos dietéticos. Mann, G. V., Muñoz, J. A. y Scrimshaw, N. S.
- * Análisis de 177 casos de enfermedad vascular hipertensiva con papiloedema: 126 enfermos tratados con dieta de arroz. Newberg, B. y Kempner, W.
- * Efectos de la restricción dietética de grasa y colesterol sobre los lípidos y lipoproteínas séricas en enfermos con hipertensión. Hatsch, F. T., Abell, L. L. y Kendall, F. E.
- * Efecto del sitosterol sobre los lípidos séricos. Best, M. M., Duncan, C. H., Van Loon, J. y Wathen, J. D.
- * El patrón lípido del suero en el hipertiroidismo, hipotiroidismo y aterosclerosis coronaria. Jones, R. J., Cohen, L. y Corbus, H.
- * El síndrome de la comida nocturna. Stunkard, A. J., Grace, W. J. y Wolff, H. G.
- * Los quelatos metálicos de la orina y su relación con la formación y crecimiento de los cálculos. Boyce, W. H., Garvey, F. K. y Norfleet, Ch. M.
- * Metabolismo de los carbohidratos. Stetten, W. y Topper, Y. J.
- * Obesidad. Columbia University College of Physicians and Surgeons.
- * Insuficiencia cardíaca derecha durante sucesivos embarazos, policitemia y colapso vascular periférico repentino. Conferencia clínico-patológica.
- * Neumografía retroperitoneal en el diagnóstico de las neoplasias linfomatosas retroperitoneales. Myerson, R. M. y Wohl, G. T.
- * Rotura de un aneurisma aórtico en la arteria pulmonar. Presentación de un caso con demostración mediante cateterismo cardíaco. Buttross, D. y Salatch, J.

Endocarditis subaguda bacteriana. Óptima duración del tratamiento.—Después de doce años de experiencia en el tratamiento de las endocarditis, han quedado establecidos algunos puntos fundamentales: 1) Por regla general, la penicilina es el antibiótico más efectivo. 2) Debe emplearse en dosis moderadamente grandes, y 3) La duración del tratamiento debe ser suficientemente larga. Este último es, acaso, el más importante. En general, es útil la combinación de penicilina y estreptomycin, ya que HUNTER demostró que la estreptomycin potencia la acción bactericida de la penicilina sobre el enterococo y sobre otros estreptococos no hemolíticos. Las dosis masivas de penicilina—que en casos de gérmenes resistentes son necesarias—, en la mayor parte de los enfermos, no sólo no son necesarias, sino que suelen resultar perjudiciales: KING, en un grupo de ocho enfermos, observó que la administración diaria de 14.000.000 de unidades durante diez días proporcionaba efectos desastrosos, ya que solamente uno de ellos se curó; la causa del fracaso radica probablemente en un efecto paradójico de zona, según el cual, cuando la concentración de penicilina excede un cierto nivel óptimo el efecto bactericida disminuye rápidamente. En cuanto a la duración del tratamiento, el autor concluye, de su experiencia en 18 enfermos tratados con penicilina más estreptomycin, que, por lo general, basta con tratamientos de dos-cuatro semanas, especialmente cuando se comienza precozmente, cuando el germen responsable es muy sensible y cuando se asiste a una mejoría rápida al comenzar el tratamiento. En cambio, en los casos en que el tratamiento se comienza tarde, cuando el germen sea poco sensible, o en los casos en los que el hemocultivo es negativo, el tratamiento debe ser de mayor duración.

Influencia de las hormonas gonadales sobre la relación proteínas-lípidos en el plasma humano.—Los autores comunican los resultados obtenidos con la admi-

nistración de estrógenos y andrógenos, por separado, y combinados, sobre la concentración y distribución de los lípidos y lipoproteínas plasmáticas, usando el método de micro-fraccionamiento de Cohn. Los estrógenos reducen los niveles anormalmente altos de beta-lipoproteínas, y los andrógenos las elevan tan persistentemente que el efecto estrogénico, cuando ambas hormonas se dan juntas, desaparece. Los estrógenos, corrigen, pues, el patrón lipoproteico anormal de enfermos que tuvieron un infarto miocárdico, y de un enfermo con xantomatosis hipercolesterinémica primaria, mientras que la testosterona exagera la anomalía de las concentraciones respectivas de las lipoproteínas, y la produce en los individuos normales. Estos datos explican la relativa inmunidad de las mujeres jóvenes para la arteriosclerosis, y sugiere que el tratamiento con metiltestosterona de la arteriosclerosis puede resultar perjudicial. Sin embargo, el tratamiento estrogénico de los enfermos arterioscleróticos no suele ser útil, por los efectos secundarios, psíquicos y fisiológicos, que obligan por lo general a suspenderlo.

Concentración de colesterol y lipoproteínas en el suero en individuos centro y norteamericanos con diferentes hábitos alimenticios.—Se comparan las concentraciones séricas de colesterol y lipoproteínas de individuos centroamericanos del área rural, sometidos a una alimentación vegetariana, pobre en grasa, con los de los norte y centroamericanos de las ciudades, cuya ingestión de grasa es liberal. En los primeros, el nivel de colesterol es más bajo que en los segundos, pero no existe diferencia en cuanto al nivel de lipoproteínas. Existe, por tanto, en estos individuos una disociación entre las concentraciones séricas de colesterol y lipoproteínas que permite estudiar cuál de estos dos factores es más importante en la aterogénesis.

Análisis de 177 casos de enfermedad vascular hipertensiva con papiloedema, 106 tratados con dieta de arroz.—Se comunica el resultado obtenido durante cinco años con la dieta de arroz en un grupo de hipertensos. Todos ellos tenían neurorretinopatía, lo cual hubiera conducido a una supervivencia muy corta sin tratamiento. La duración de éste osciló entre uno y ciento diecisiete meses. En 83 enfermos cuya eliminación de PSP en dos horas era inferior al 55 por 100, la supervivencia fué de un año en el 57 por 100, y de cuatro en el 31 por 100, mientras que en los que tenían un PSP de 56 por 100 o mayor, el 92 por 100 sobrevivieron un año, y el 70 por 100 vivían todavía a los cuatro años de comenzar el tratamiento. El efecto de la dieta de arroz sobre la retinopatía se estudió en 100 enfermos, encontrando que en 92 el papiloedema había desaparecido completamente. Se estudian también los efectos de la dieta sobre la presión sanguínea, colesterol sérico, nitrógeno no proteico en sangre, T, del e. c. g., relación cardiotorácica y función renal, concluyendo que cuanto más estrictamente se haya seguido la dieta de arroz, mejores son los resultados obtenidos.

Efectos de la restricción dietética de grasa y colesterol sobre los lípidos y lipoproteínas séricas en enfermos hipertensos.—Ampliando trabajos anteriores, los autores estudian el efecto de la restricción de lípidos en la dieta mediante la dieta de arroz de Kempner, sobre los lípidos y lipoproteínas séricas de un grupo de hipertensos hospitalizados, demostrando que 1) la restricción dietética de grasa y colesterol no reduce nunca el nivel de lípidos y lipoproteínas por debajo de los valores normales. Los hidratos de carbono, y las proteínas de la alimentación, sirven de fuente para la síntesis endógena de los lípidos del suero. 2) Muchos enfermos, presentaron una disminución ligera en el nivel sérico de los ésteres de la colesterolina, y no, en cambio, en la colesterolina libre y en los fosfolípidos. En algunos casos se produjo un aumento en la grasa neutra del suero. Las lipoproteínas Sf 12-20, no disminuyeron significativamente, mientras que las Sf 20-100 aumentaron. 3) La causa de estas altera-

ciones en el nivel de lípidos séricos es la restricción de grasa dietética, en lugar de la restricción de la colestera de la dieta.

Efecto del sitosterol sobre los lípidos del suero.—Con el fin de encontrar un medio contra la aterosclerosis, que disminuya los lípidos séricos, los autores estudian los efectos del beta-sitosterol, un esteroide vegetal, cuya fórmula estructural sólo difiere de la de la colestera en la existencia de un grupo etílico sobre el carbono 24, por lo cual, impide la absorción de colestera a través del tracto intestinal, mediante un mecanismo de competición. Administran 20-25 gramos diarios de sitosterol a 14 individuos, y encuentran que la colestera sérica, los lípidos totales, y grasa neutra presentan una disminución de un 20 por 100, disminuyendo también, aunque algo menor, los fosfolípidos y las lipoproteínas de Sf 3-10, 10-30 y 30-100. Estos resultados hacen deseables ulteriores estudios sobre el problema.

El patrón de los lípidos séricos en el hipertiroidismo, hipotiroidismo y aterosclerosis coronaria.—Se estudian los lípidos séricos mediante el análisis químico convencional y el fraccionamiento con ultracentrifuga en un grupo de hipertiroides y de hipotiroides, y en enfermos con hipercolesterinemia idiopática, con objeto de averiguar si la hiperlipemia del mixedema es cualitativamente igual o no a la de los enfermos afectados de aterosclerosis coronaria, y, por tanto, dilucidar si el hipotiroidismo juega en realidad un papel en la patogenia de la aterosclerosis. En los 17 hipotiroides estudiados, los lípidos totales, la colestera y los fosfolípidos eran muy superiores a los hallados en los 25 hipertiroides. Las beta-lipoproteínas eran mucho mayores en los primeros que en los segundos, y en cambio, las alfa-lipoproteínas no demostraron diferencias apreciables. En comparación con la hipercolesterinemia idiopática, las beta-lipoproteínas están más elevadas en los hipotiroides, por lo cual los autores piensan que la hipercolesterinemia de la aterosclerosis se produce por mecanismos diferentes al del mixedema.

El síndrome de la comida nocturna.—Entre 25 enfermos obesos enviados a una clínica especializada, los autores encuentran 20, que presentan los que ellos denominan "síndrome de la comida nocturna", y que consiste en hiperfagia nocturna, insomnio, y anorexia matutina. Dicho síndrome no lo presentó ninguno de los 38 sujetos normales que sirvieron de control. Los enfermos que presentaron este síndrome tuvieron grandes dificultades para adelgazar un régimen restrictivo, y por regla general habían pasado por situaciones "stress". Los autores discuten los probables factores etiológicos del síndrome.

Los quelatos metálicos de la orina y su relación con la formación y crecimiento de los cálculos.—Se demuestra que la matriz orgánica del cálculo juega un importante papel en la formación y crecimiento del mismo. El uromucoide, o mucoproteína anormal existente en la orina de los litiasicos forma quelatos con el calcio, dando lugar a micelas relativamente insolubles de partículas coloidales de mucoproteína-calcio. Este es el primer paso en la formación del cálculo, y se sigue de la cristalización de sales cálcicas, de tal modo que alternan en capas concéntricas zonas cristalinas de sales cálcicas y zonas de mucoproteína.

Neumografía retroperitoneal en el diagnóstico de las neoplasias linfomatosas retroperitoneales.—El diagnóstico de los tumores retroperitoneales es a menudo difícil, ya que, por lo general, la explotación física, y los estudios de laboratorio y radiológicos habituales son poco elocuentes. Los autores emplean la técnica de Ruiz-Rivas, de insuflación retroperitoneal por vía presacra, introduciendo una modificación en el método, consistente en el empleo de un catéter de polietileno para la insuflación del gas. A continuación realizan radiografías y laminografías, con lo que diagnostican

cuatro casos de tumores linfomatosos retroperitoneales, tres de Hodgkin abdominal y uno de leucemia linfóide con nódulos retroperitoneales.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

31 - 7 - 1955.

- * Cortisona, ACTH e infección. L. Thomas. Complicaciones de la terapéutica con antibióticos. L. Weinstein.
- Pirogoff en la campaña de Crimea (1854-1855). B. M. Fried.
- Inhibición selectiva de la multiplicación de virus por productos químicos sintéticos. I. Tamm.
- Transferencia celular pasiva de sensibilidad al suero. M. M. Tremaine.

Cortisona, ACTH e infección.—Al cabo de cinco años de experiencia con estas drogas se ha señalado la presencia de manifestaciones de periarteritis nodosa y lupus eritematoso en enfermos con artritis reumatoide después de interrumpir el tratamiento con grandes dosis de cortisona, y en dos casos se desarrolló un cuadro florido de periarteritis nodosa que condujo a la muerte. Otros dos casos desarrollaron sepsis generalizada durante la terapéutica con cortisona, y en la autopsia se encontró trombosis glomerular y necrosis tubular similares a lo encontrado en riñones de conejos tratados con cortisona después de endotoxina. Es difícil explicar estos hallazgos, pero se deben tener en cuenta en el futuro al administrar estos productos.

American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.

71 - 5 - 1955.

- El metabolismo carbónico del bacilo tuberculoso. Estudios con carbono isotópico. E. R. Long, R. J. Anderson, D. Rittenberg, M. L. Karnovsky y H. J. Henderson.
- Derrame pleural serofibrinoso primario en personal militar. W. H. Roper y J. J. Waring.
- * El problema de la tuberculosis mediastínica. H. A. Lyons y C. F. Storey.
- Biopsia pulmonar. D. B. Effler, H. S. Van Orstrand, L. J. McCormack y H. A. Gancedo.
- Cambios funcionales uni y bilaterales después de la frenicotomía sin y con neumoperitoneo concomitante. A. A. Siebens, C. F. Storey, M. M. Newman, N. R. Frank y E. W. Swenson.
- * Respiración positiva intermitente bajo presión en sujetos con enfermedades broncopulmonares crónicas. N. Wu, W. F. Miller, R. Cade y P. Richburg.
- Aislamiento, identificación y clasificación de las proteínas de la tuberculina y del bacilo tuberculoso. F. B. Seibert, E. Sota Figueroa y E. H. Du Four.
- Costo de la energía durante varias actividades físicas en enfermos tuberculosos convalecientes. E. E. Gordon y A. Haas.
- Estudios sobre la estabilidad de la isoniazida. E. Lewin y J. G. Hirsch.
- Efecto de la estreptomina sobre el *M. smegmatis* que crece en presencia de putrescina o sulfato amónico. L. S. Van Orden y W. F. Kirchheimer.
- La primera investigación clínica de la estreptomina en tuberculosis humana. K. H. Pfuetze, M. M. Pyle, H. C. Hinshaw y W. H. Feldman.
- * Caso raro de hemotórax espontáneo. L. V. Di Cara.

El problema de la tuberculosis mediastínica.—La tuberculosis mediastínica es una afección bastante frecuente, aunque a menudo no se la reconoce. Sus manifestaciones clínicas secundarias eclipsan frecuentemente la causa primaria y a menudo desvían la mente del médico hacia algún otro proceso. La tuberculosis del mediastino, ya por su reacción inflamatoria granulomatosa activa o por su proceso proliferante curativo puede afectar a las vías aéreas traqueobronquiales, al esófago o al tejido vascular del mediastino. La invasión puede producir numerosas formas de infección del parénquima pulmonar, oclusión de la vena cava superior o disfagia esofágica. El tratamiento se resuelve en dos fases: primera, esfuerzos terapéuticos encaminados al problema primario de la infección tuberculosa, y segunda, terapéutica destinada al alivio de los síntomas surgidos secundariamente a consecuencia de la oclusión bronquial, vascular o esofágica. El tratamiento es, por consiguiente, tanto médico como quirúrgico.

Respiración positiva intermitente bajo presión.—Los estudios destinados a valorar los efectos beneficiosos de la respiración positiva intermitente bajo presión se han visto complicados por la administración simultánea de broncodilatadores. Se emprendió esta investigación con miras a diferenciar los efectos de la respiración positiva intermitente bajo presión sola de aquellos de los broncodilatadores administrados simultáneamente y a comparar los efectos del broncodilatador nebulizado solo, con los del broncodilatador administrado con la respiración positiva intermitente bajo presión. Los resultados de los estudios revelaron que: 1) La respiración positiva intermitente sola, aparte de los efectos inmediatos del oxígeno administrado, no posee valor en las afecciones broncopulmonares crónicas. 2) La respiración intermitente de oxígeno realza la eficacia del aerosol broncodilatador administrado simultáneamente a consecuencia de la mejor distribución del broncodilatador inhalado y a la mejor evacuación de las secreciones bronquiales. 3) En tanto que la respiración positiva intermitente de oxígeno bajo presión, combinada con el broncodilatador nebulizado ofrece muy buenos resultados cuando el exceso de secreciones o la grave insuficiencia ventilatoria constituyen un problema importante, la nebulización de broncodilatadores con oxígeno por medio de técnicas perfeccionadas, pero sin respiración positiva intermitente bajo presión, da resultados iguales en la mayor parte de los casos.

Hemotórax espontáneo.—Se presenta un caso de hemotórax espontáneo en un enfermo que padecía púrpura trombocitopénica y tuberculosis pulmonar. Se consideró muy importante evitar todo procedimiento violento en el tratamiento inicial del caso. La extracción de sangre puede y debe ajustarse al estado general del enfermo y llevarse a cabo lo antes posible. En este caso, la varidasa parece que ayudó considerablemente a impedir la aparición de fibrotórax y a la resolución completa del espacio pleural derecho. El empleo precoz de ejercicios respiratorios después del restablecimiento reviste importancia primordial en la obtención de la función pulmonar máxima. La etiología del hemotórax espontáneo radica probablemente en la rotura de alguna adherencia o flictenas que afectan forzosamente a los conductos vasculares.

The Practitioner.

174 - 1.039 - enero 1955.

- Producción de penicilina 1929-1954. A. L. Bacharach.
Preparados de penicilina. K. R. Capper.
Penicilina parenteral. K. Ball.
* Penicilina oral. R. W. Fairbrother.
Antibióticos alternantes. F. C. O. Valentine.
* Penicilina o sulfonamida. J. Ronald.
Efectos tóxicos de la penicilina. K. McLean.
Sensibilidad a la penicilina. K. H. Hughes.
El problema de la resistencia. R. Cruickshank.
La penicilina como profiláctico. M. Mitman.
Penicilina en Pediatría. A. G. Watkins.
Penicilina en Venereología. G. L. M. McElligott.
Desarrollo reciente de la aplicación práctica de los enzimas. H. J. Tagnon.

Penicilina oral.—Dos son las razones que han valorizado el uso oral de la penicilina; en primer lugar, la incomodidad de las inyecciones repetidas, y en segundo, la rareza por esta vía de manifestaciones tóxicas. En cuanto a la primera, tenemos en la actualidad las penicilinas de depósito, y en cuanto a la segunda, se han podido también comprobar fuertes reacciones alérgicas a la administración oral de la penicilina. Tiene la desventaja de la inseguridad de su absorción y de los niveles que se obtienen en sangre. Con dosis de 600.000 unidades suelen obtenerse niveles útiles, pero esto no es constante, por lo que nos abstendremos de su uso al principio de las infecciones graves. En cualquier caso cuando se vaya a realizar un tratamiento con penicilina por vía oral, debe administrarse una primera dosis parenteral y, posteriormente, bajo vigilancia, se seguirá con la administración oral.

¿Penicilina o sulfamidas?—Las sulfamidas son estables y efectivas por vía oral. Peligrosas en enfermos sensibles, viejos o enfermedad cardiovascular o renal. La penicilina está libre de estos riesgos, pero en cambio es menos estable, rápidamente excretada, no penetra en el sistema nervioso y no es activa frente a infecciones mixtas. Produce el máximo de su efecto a las seis horas, mientras que las sulfamidas lo hacen a las veinticuatro. Cuando hay una colección purulenta, las sulfas son ineficaces, no así la penicilina. Aparte de las indicaciones precisas de una y otra droga, se puede decir que las sulfamidas se pueden usar en presencia de organismos sensibles, en una infección de intensidad media y cuando lo pide la comodidad del enfermo.

174 - 1.040 - febrero 1955.

- * Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. G. Bourne.
* Terapéutica química en la hipertensión. A. E. Doyle.
Enfermedad cardíaca hipertensiva. J. Wright.
Hipertensión en el embarazo. E. W. L. Thompson y P. B. B. Gatenby.
Hipertensión en la infancia. D. MacCarthy.
Actualidad de la cirugía prostática. S. G. Tuffil.
* Tratamiento de la anemia perniciosa con la insuflación de vitamina B₁₂. R. O. Gillhespy.
Tratamiento de la depresión con preparados simpáto-miméticos. G. de H. Rudolf.
Ultrasonidos. I. H. M. Curwen.

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión.—Considera el autor que el esfigmomanómetro mas es un instrumento de error que de beneficio, teniendo un pernicioso efecto sobre la psique de los supuestos hipertensos. Su uso sólo tiene dos aspectos prácticos: estimación del factor nervioso por el desproporcionado aumento de la presión sistólica y juzgar la existencia, ausencia o progreso de una verdadera hipertensión por un significativo aumento de la presión diastólica. Para el diagnóstico y pronóstico son más interesantes los datos suministrados por el oftalmoscopio, rayos X y electrocardiografía. Hay una gran cantidad de estos enfermos que, a juicio del autor, no requieren tratamiento.

Terapéutica química en la hipertensión.—Muchas de las manifestaciones de la enfermedad vascular hipertensiva pueden retroceder gracias al tratamiento y, en la hipertensión maligna, se puede prolongar la vida del enfermo. De los muchos agentes hipotensores hoy en uso, los más eficaces son la combinación de reserpina y pentapirrolidinium. Sólo mediante un tratamiento cuidadosamente controlado pueden obtenerse buenos efectos. El grado de eficacia de la terapéutica depende en gran medida del juicio clínico, atención a los detalles y cooperación del paciente.

Tratamiento de la anemia perniciosa.—En 36 enfermos con anemia perniciosa son satisfactoriamente controlados con distintas sustancias hemopoyéticas, son tratados con cianocobalamina por inhalación, directamente desde el dorso de la mano, a dosis de 100 gammas a la semana. Durante un periodo de doce a dieciocho meses no se observaron recaídas hemotológicas o nerviosas. También respondieron satisfactoriamente a esta terapia siete casos nuevos. Se concluye que la cianocobalamina (vitamina B₁₂) dada por inhalación es tan eficaz como la terapéutica parenteral para el tratamiento de la anemia perniciosa, siempre que los enfermos sigan bien las sencillas instrucciones para su uso.

British Medical Journal.

4.926 - 4 de junio de 1955.

- El 80 cumpleaños de sir Henry Dale:
Contribución de sir Henry Dale a la fisiología. Lord Adrian.
Saludo a Henry Hallett Dale. O. Loewi.
Contribución de sir Henry Dale a la terapéutica. J. H. Burn.
Sir Henry Dale: Su influencia sobre la ciencia. H. S. Gasser.
* Edema pulmonar. G. W. Hayward.

Tratamiento del dolor intratable con grandes dosis de morfina y diamino-feniltiazol. F. H. Shaw y A. Shulman.
Cifras de colinesterasa sanguínea en el diagnóstico precoz de la exposición excesiva a los insecticidas fosforados. J. C. Gage.
Una prueba para la determinación de la colinesterasa en sangre total humana. D. R. Davies y J. D. Nicholls.
Circunscisión femenina y edad de la menarquia. D. C. Wilson e I. Sutherland.

Edema pulmonar.—Declara el autor que los estudios sobre la formación y eliminación de líquido de edema en el pulmón demuestran que en las enfermedades cardiovasculares no se produce el edema pulmonar a menos que las presiones en la aurícula izquierda y capilar pulmonar superen por un considerable margen a la presión osmótica efectiva del plasma. El ejercicio en los enfermos con estenosis mitral o insuficiencia ventricular izquierda produce alteraciones circulatorias idénticas a las que se encuentran durante los ataques de edema pulmonar agudo. El hecho de que no se produzca necesariamente el edema pulmonar agudo en presencia de una hipertensión capilar pulmonar sugiere que el líquido no puede escapar hacia el tejido intersticial del pulmón y las vías aéreas por alteraciones estructurales en la pared capilar y epitelio-alveolar, o bien que rápidamente es eliminado por el extenso sistema linfático pulmonar. En los ataques agudos de edema pulmonar, además de la hipertensión capilar pulmonar algunos factores desconocidos, posiblemente neurógenos, pueden bruscamente aumentar la permeabilidad capilar. Todos aquellos procedimientos que son eficaces en el tratamiento del ataque clínico agudo disminuyen la presión capilar pulmonar, que está invariablemente aumentada durante el mismo. El edema pulmonar subagudo debido a la uremia, hipertensión maligna, poliarteritis nodosa y el "pulmón reumático" se caracteriza por la coagulación y organización del exudado intersticial y alveolar y probablemente está causado por una combinación de insuficiencia ventricular izquierda y alteración de la permeabilidad capilar. El aumento en la rigidez del pulmón que se produce con el ejercicio en los enfermos con insuficiencia cardíaca y es responsable del aumento en el esfuerzo respiratorio cuando el enfermo está disneico y el bajo volumen minuto de ventilación están causados más por el edema intersticial del pulmón que por la congestión capilar pulmonar.

4.927 - 11 de junio de 1955.

La evolución del tratamiento de la anemia addisoniana. L. Whitby.
Sustitución arterial por tela de orlón. J. B. Kinmonth, G. W. Taylor y R. H. Lee.
Sensibilidad a cinco antibióticos de otras 200 razas de estafilococo pyogenes aisladas de enfermos ambulatorios. E. G. Rees, R. A. Shooter y G. D. H. Shawe.
Tratamiento del síndrome premenstrual. G. I. M. Swyer.
Síndrome del tibial anterior consecutivo a embolia arterial. D. C. Watson.
El papel de las sulfonamidas en las diarreas infecciosas de niños africanos. L. G. Macdougall.
Hemorragia rectal crónica debida a la leche. F. P. Antia y S. H. Cooper.
Isquemia de la extremidad inferior como causa de accidentes de moto. F. L. Davies.

Sensibilidad a los antibióticos de los estafilococos.—Los autores han probado la sensibilidad a la penicilina, estreptomycin, terramicina, cloranfenicol y eritromicina de 200 razas de estafilococos aislados en enfermos ambulatorios con infecciones estafilocócicas agudas de la piel y de los tejidos subcutáneos. De las razas probadas, el 21,5 por 100 era resistente a la penicilina; sólo una raza probada, el 21,5 por 100 era resistente a la penicilina; sólo una raza fué resistente al cloranfenicol y ninguna a los restantes antibióticos. La comparación de estos resultados con los obtenidos en una investigación similar llevada a cabo hace tres años, demuestra que ha habido un ligero aumento en la proporción de las razas resistentes a la penicilina, pero que no se ha visto virtualmente ningún aumento en las razas resistentes a los otros antibióticos.

Tratamiento del síndrome premenstrual.—El autor ha realizado un ensayo clínico con etisterona y mefenesin, solas y en combinación para el tratamiento de los síntomas premenstruales; lo lleva a cabo de forma que pudieron compararse los efectos de diversos tratamientos entre sí y con la administración de un placebo. Añade que, así como el mefenesin produjo una mejoría completa con mayor frecuencia que la etisterona, el análisis de conjunto sugiere que hay muy pocas diferencias entre ambas; cada sustancia por sí sola fué útil en el 60 por 100 de las enfermas, pero una combinación de las dos no fué más eficaz; en cambio una u otra tuvo cierto valor en aproximadamente el 90 por 100 de las enfermas.

Síndrome del tibial anterior consecutivo a embolia arterial.—El autor describe dos casos en los cuales se presentó el síndrome del tibial anterior después de una embolia arterial. Añade que sus casos ayopan el punto de vista de que el síndrome del tibial anterior tiene su origen en una inadecuación vascular; el espasmo arterial profundo es un fenómeno concomitante bien reconocido de la oclusión arterial embólica. La aparición del síndrome después de un intervalo de dos o tres días pudo deberse a una mejoría tardía, bien aparecida espontáneamente o como resultado del tratamiento, en el aporte sanguíneo a los músculos de la pierna; esto causaría la hinchazón de los músculos y en el compartimiento tibial anterior el aumento de la tensión pudo muy bien provocar la interferencia con el flujo sanguíneo.

Hemorragia rectal crónica debida a la leche.—Describen los autores el caso de una mujer de treinta y ocho años, con una historia de hemorragia rectales diarias durante siete años. Se pudo descartar cualquier posibilidad de proceso maligno por la observación de un punteado hemorrágico sobre la superficie del colon, lo que les llevó a la creencia de que se trataba probablemente de una manifestación alérgica y se sospechó como causante a la leche. Se suspendió toda la dieta, excepto el agua y los jugos de frutas, y por primera vez en siete años se detuvo la hemorragia. Las pruebas ulteriores demostraron que se iniciaba nuevamente la hemorragia cada vez que la enferma tomaba leche. El plazo de veinticuatro-cuarenta y ocho horas que duraba entre las hemorragias y el comienzo o suspensión de la leche se explicaría por ponerse en contacto los productos de la digestión de la leche por la mucosa del colon. Finalmente, añaden que la enferma ha sido aparentemente desensibilizada para la leche mediante el aumento gradual de la cantidad en una gota diaria.

4.928 - 18 de junio de 1955.

* Efectos de las proteínas de la dieta, factores lipotrópicos y la realimentación sobre los lípidos hepáticos totales y su distribución. C. H. Best, W. S. Hartroft, C. C. Lucas y J. H. Ridout.
* El problema del glioma del cerebro. G. F. Rowbotham, L. P. Lassman, A. C. Jenkins y M. E. Bousfield.
* Beriliosis: Referencia de un caso. I. B. Sneddon.
Tonsilectomía por guillotina y raspado de las adenoides bajo anestesia con cloruro de etilo. J. C. Campbell y D. H. Smith.
Reacciones de ansiedad en la hipnosis. A. Meares.
Ruptura traumática del páncreas. W. Burnett.
Clorhidrato de clorpromazina en cirugía intraocular. A. B. Nutt y H. L. J. Wilson.
* Lesión hepática y eosinofilia consecutivas a la terapéutica con clorpromazina. B. S. Hartnett.
Anestesia subsiguiente a clorpromazina oral a largo plazo. J. A. Scanlon.
Coma prolongado en la enfermedad de Simmonds. A. Bloom y F. W. G. Wolff.

Efectos de las proteínas de la dieta, factores lipotrópicos y realimentación sobre los lípidos hepáticos totales y su distribución.—Señalan los autores que en las ratas alimentadas con dietas que contenían una cantidad moderada de grasa y un 9 por 100 o menos de proteínas, la colina suplementaria no pudo impedir completamente el acúmulo de grasa en las regiones periportaes del hígado. El efecto de proteínas adecuadas resultó en la aparición de grasa en las áreas pe-

riportales, mientras que el déficit de colina (o sus precursores) originó un acúmulo de grasa en las células que bordean la vena central. La inadecuación proteica no produjo el acúmulo masivo de lípidos en el hígado que se ve en el déficit de colina. Al transferir las ratas a una dieta "adecuada", conteniendo 18 por 100 de caseína y 0,5 por 100 de cloruro de colina, después de un período de ración baja de proteínas (3 por 100 de caseína) se vio la aparición dramática de un hígado graso transitorio (lípidos totales 18 por 100), presentándose la grasa sólo en las regiones periportales. En las tres semanas siguientes, con la misma ración, los lípidos hepáticos se normalizaron. Otras ratas alimentadas pareadamente con las mismas cantidades de una ración comercial no desarrollaron hígados grasos, de forma que la aparición transitoria de la grasa periportal no se debe por completo al aumento de la ingestión alimenticia.

El problema de los gliomas del cerebro.—Revisan los autores su experiencia con 700 neoplasias cerebrales, de las que 466 eran gliomas. La mayoría de estas neoplasias eran altamente malignas y condujeron a la muerte en el plazo de dos años. Subrayan que es muy importante el diagnóstico precoz; los síntomas y signos iniciales consisten en hipertensión intracraneal, epilepsia, alteraciones mentales y signos neurológicos, aunque es generalmente imposible basar un diagnóstico exclusivamente en la evidencia clínica. Los rayos X, la electroencefalografía y la punción lumbar son ayudas diagnósticas útiles, pero cuando fracasan será necesario utilizar la encefalografía por aire, la ventriculografía o la angiografía, para decidir si existe una lesión ocupante de espacio. Resumen y discuten los métodos quirúrgicos de tratamiento, subrayando que debe evitarse la descompresión subtemporal. De los 405 enfermos operados, siete están curados, 23 volvieron a una vida útil durante un período de dos a cinco años y 52 fueron mejorados de síntomas desfavorables como los dolores intensos y los vómitos.

Un caso de beriliosis.—El autor describe el caso de una joven que llevaba una pulsera con una aleación al 2 por 100 de berilio con cobre. Al cabo de tres años y medio de llevarla se le presentó una granulomatosis de tipo sarcoidótico en sus manos y antebrazos, precisamente en las zonas que se habían puesto en contacto con el metal. En esta situación se encontró que existía una granulomatosis pulmonar, similar, clínicamente, a la neumonitis química tardía que se debe al berilio. El caso llevaba todos los requisitos para el diagnóstico de beriliosis generalizada y, en particular, se vio la hipersensibilidad eczematosa al berilio mediante pruebas de contacto positivas con una alta dilución de sales de berilio y una reacción sarcoidótica tardía en la piel utilizando las pruebas de contacto.

Lesión hepática y eosinofilia por la terapéutica con clorpromazina.—El autor describe un caso de hepatitis presentada en una enferma sometida a la medicación con clorpromazina durante doce días a la dosis total de 1,5 gramos. Se hizo una intervención quirúrgica pensándose que se trataba de una ictericia obstructiva, no encontrándose nada de este tipo en la operación. Lo curioso del caso es que la enferma dió un recuento leucocitario de 15.300, de los cuales el 49 por 100 eran eosinófilos. La supresión de la clorpromazina condujo a una mejoría y curación total, no sólo del cuadro icterico, sino, al tiempo, de la eosinofilia. Suponen que la eosinofilia pudo ser indicativa de una reacción alérgica fundamental que motivó también la afectación hepática.

Efectos del electroshock modificado sobre el electrocardiograma. R. Green y A. Woods.
Física y el examen de entrada en la escuela primaria. R. W. Parnell, G. E. Peierls, C. C. Standley y C. K. Westropp.
Favus: Referencia de siete casos relacionados. J. Hansell y B. M. Partridge.
Una prueba con tabletas de sangre en la orina. E. J. Watson-Williams.
Mixoma de la aurícula. C. F. J. Cropper y D. P. Winstanley.
Muerte operatoria brusca debida a embolia tumoral. A. H. B. Masson y A. W. Branwood.

Infusión intravenosa de corticotropina en los procesos reumáticos.—Describen los autores la aplicación de una técnica para la terapéutica con corticotropina en procesos reumáticos mediante infusiones intravenosas espaciadas. Encuentra este procedimiento seguro, económico y libre de efectos colaterales como el hipercorticismismo, retención de sodio o trastornos permanente del metabolismo hidrocarbonado. Registran observaciones sobre los efectos de esta terapéutica en conjunción con el tratamiento general, físico y de rehabilitación en 425 enfermos. Los resultados obtenidos en los diferentes procesos tratados fueron: Artritis reumatoide, 329 enfermos (90 varones y 239 hembras); artropatía psoriásica, cuatro hembras; espondilitis anquilosante, 13 enfermos (7 varones y 6 hembras); osteoartritis, 48 enfermos (4 varones y 44 hembras). En el grupo de artritis reumatoide se obtuvo una mejoría de cierto grado en el 89 por 100 de los casos y una mejoría máxima hasta la capacidad funcional completa en el 15 por 100 de los casos.

Hidrocortisona en la periartrosis del hombro.—Discuten, en primer lugar, los autores la patología de la periartrosis del hombro y los efectos teóricos de la hidrocortisona en sus diversos estadios. Describen a continuación la técnica del tratamiento mediante la inyección local de hidrocortisona, hialuronidasa y procaina. De los casos agudos tratados con este método, el 72 por 100 progresó hasta una recuperación completa en siete a catorce días y mejoró otro 22 por 100. Del grupo de "hombro congelado", el 56 por 100 obtuvo una función completa en cuatro a seis semanas tras las inyecciones de hidrocortisona y ejercicios de la articulación; mejoró además el 22 por 100. Terminan diciendo que consideran que el empleo de la hidrocortisona es un notable avance en el tratamiento de las lesiones de los tejidos blandos del hombro.

Hidrocortisona local en la enfermedad de De Quervain.—Esta enfermedad consiste en una tenosinovitis estenosante a nivel de la estiloides radial, cuyos síntomas fundamentales es el dolor en la región de la muñeca. El autor revisa los diferentes métodos de tratamiento y llama la atención sobre el hecho de que una estenosis análoga se puede producir en cualquier otro sitio. Ha tratado 20 casos con inyección local de 1 c.c. (25 miligramos) de una suspensión de acetato de hidrocortisona y 1 c. c. de procaina al 2 por 100; trata 10 controles con una inyección de 1 c. c. de procaina al 2 por 100 sola. Los resultados demuestran una ventaja indudable en favor de la inyección local de hidrocortisona, puesto que el 70 por 100 de los enfermos han permanecido libres de síntomas durante periodos que superaron los tres meses después de una inyección. Termina diciendo que los resultados de esta pequeña serie de casos son muy alentadores y merecen que se haga un ensayo ulterior de la hidrocortisona en la enfermedad de Quervain y en la tenosinovitis que se produce en otros sitios.

The Lancet.

6.875 - 4 de junio de 1955.

Interpretación de las lesiones en los desastres aéreos de los Comet. J. A. Armstrong, D. I. Fryer, W. K. Stewart y H. Whittingham.
* Complicaciones de la terapéutica con clorpromazina en 800 enfermos mentales. J. Lomas, R. H. Boardman y M. Markowe.
Técnicas condicionantes en el tratamiento del calambre de los escritores. L. A. Liversedge y J. D. Sylvester.

4.929 - 25 de junio de 1955.

- Para que no olvidemos. T. C. Routley.
- * Terapéutica con infusión intravenosa de corticotropina en los procesos reumáticos. J. W. Beattie y S. J. Hartfall.
- * Tratamiento de la periartrosis del hombro con hidrocortisona. E. J. Crisp y P. H. Kendall.
- * Hidrocortisona local en la enfermedad de De Quervain. B. G. B. Christie.

- Radiografía preoperatoria rutinaria del tórax. R. E. Loder.
Obstrucción respiratoria en la leucemia aguda. V. B. Levison.
Transfusión intraarterial en el coma diabético. R. M. Kalbag y J. M. Naish.
Angitis por hipersensibilidad. J. R. Edge, S. Fazlillah y J. Ward.
Hernia diafragmática congénita. C. L. Clinton-Thomas.

Complicaciones de la clorpromazina.—Clasifican los autores las complicaciones apreciadas en el curso del tratamiento con clorpromazina de 800 enfermos mentales en efectos colaterales y reacciones tóxicas. De los efectos colaterales la hipotensión es el único que exige precauciones especiales y solamente si se trata de enfermos ancianos y con disfunción cardiovascular. Entre las manifestaciones tóxicas incluyen la ictericia, discrasias hemáticas, reacciones cutáneas y edema, fiebre y ataques epilépticos. De ellas, la ictericia y las discrasias hemáticas pueden llegar incluso a ser fatales y se señalan como contraindicaciones absolutas para continuar el tratamiento con clorpromazina; la disfunción hepática previa puede predisponer a la ictericia y, por lo tanto, debe señalarse también como contraindicación para dicho tratamiento. Con la excepción de los ataques epilépticos, el momento de presentación de todas las manifestaciones tóxicas tiene una definida relación con la duración del tratamiento, pero no con la dosificación en el momento o con la dosificación total de clorpromazina. En vista de este hallazgo y la presentación de eosinofilia en algunos casos, las reacciones tóxicas se deben probablemente a una sensibilización. Los ataques epilépticos se presentaron fundamentalmente en enfermos después de la leucotomía y sólo en un caso no se descubrieron factores predisponentes; por lo tanto, la clorpromazina puede tener propiedades epileptógenas que pueden manifestar los ataques en los sujetos susceptibles.

Obstrucción respiratoria en la leucemia aguda.—El autor describe dos casos de leucemia aguda que se presentaron clínicamente con un cuadro de obstrucción respiratoria con disnea y cianosis y signos de obstrucción mediastínica superior. El tipo de leucemia aguda correspondía al de la leucosarcomatosis de Sternberg. En ambos casos se produjo una mejoría completa y permanente de la obstrucción mediante el tratamiento con pequeñas dosis de rayos X. Subraya que la radioterapia está, en general, completamente contraindicada en la leucemia aguda, pero que en estos casos que comienzan con obstrucción respiratoria puede conseguir la desaparición del cuadro, aunque debe administrarse con grandes precauciones.

Angeitis de hipersensibilidad.—Los autores refieren un caso en que se desarrolló una angeitis generalizada como resultado de la sensibilización a la penicilina, estreptomycin e isoniazida. Se produjo la muerte súbitamente en esta enferma por insuficiencia aguda cardiovascular durante el tratamiento con cortisona y los autores se muestran de acuerdo con el trabajo experimental de RICH y colaboradores de que tales enfermos deben tratarse con ACTH y no con cortisona, en vista de la posible acción nefrotóxica de esta última.

6.876 - 11 de junio de 1955.

- Insuficiencia respiratoria. A. C. Dornhorst.
Efecto de la hidergina sobre la acción uterina. T. N. A. Jeffcoate y J. K. Wilson.
Acción uricosúrica del etil biscumacetato. R. Sougin-Mibashan y M. Horwitz.
Dapsona en la dermatitis herpetiformis. J. K. Morgan, C. W. Marsden, J. G. Coburn y J. M. Mungavin.
Dapsona en el tratamiento de la dermatitis herpetiformis. J. O'D. Alexander.
Sexo químico de la piel en la agenesia "ovárica". P. E. Polani e I. A. Magnus.
Disnea incapacitante con curación. S. E. Slade.

Acción uricosúrica del etil biscumacetato.—Señalan los autores que el anticoagulante etil biscumacetato (tromexano), refuerza notablemente la eliminación renal de ácido úrico en el hombre, rata y perro. Esta acción uricosúrica se debe, como en el caso del pro-

necid, salicilato, atofán y agentes similares, a un empeoramiento reversible de la reabsorción de uratos en los túbulos proximales con el consiguiente aumento del aclaramiento de uratos. En este respecto, el tromexano parece tener una potencia uricosúrica por lo menos comparable a la del probenecid. Una dosis única de 1,2-1,8 gramos de tromexano produce en el hombre un descenso sorprendente de las cifras de uratos en el suero y aumenta grandemente los cocientes de aclaramiento uratos-creatinina; este efecto se produce una o dos horas después de la ingestión de la droga, en contraste con el largo plazo que exige la depleción de los factores de coagulación. El descenso del ácido úrico del suero persiste durante el curso del día, fluctuando según los cambios en la dosis, pero no va directamente paralela a la cifra protrombínica. La presencia de evidente enfermedad renal complicando a la gota no abole la acción uricosúrica del tromexano. Esta droga, al igual que el probenecid, refuerza el aclaramiento de uratos en el perro mestizo y en el de Dalmacia, que tiene un mecanismo de transporte tubular de los uratos invertido, con secreción activa además del filtrado glomerular; ambas drogas reducen el aclaramiento de uratos anormalmente grande. Se sabe que los uricosúricos inhiben en diversos grados la secreción tubular de un grupo de compuestos que utilizan el mismo proceso de transporte como la reabsorción activa de los uratos; los datos preliminares indican que el tromexano empeora similarmente el transporte del P. A. H. y P. S. P. y puede afectar ligeramente la secreción de penicilina. Discuten la importancia de estos hallazgos y examinan las relaciones farmacológicas entre los uricosúricos, anticoagulantes y antirreumáticos a la luz de la acción nuevamente descubierta del tromexano y la necesidad de relacionar sus mecanismos bioquímicos respectivos. Comentan las estructuras moleculares que determinan la participación en el transporte tubular y sugieren que las propiedades respecto a valencia asociadas con el tautomerismo o con la insaturación carbónica son tan importantes en las reacciones celulares como un sustitutivo llave particular. Añaden que los estudios de los compuestos cumarínicos relacionados pueden llevar al hallazgo de un nuevo agente uricosúrico con poca o ninguna actividad anticoagulante para el tratamiento de la gota. Terminan diciendo que es interesante que se ha hecho intervenir a los uratos en la cardiopatía coronaria y que la acción uricosúrica del tromexano hace especular sobre si el papel de las drogas cumarínicas en el infarto miocárdico serían explicables por completo a través de su efecto anticoagulante.

Dapsona en la dermatitis herpetiformis.—Los autores refieren los resultados del tratamiento de 28 casos de dermatitis herpetiformis con dapsona (4:4'-diaminodifenil sulfona) durante tres a once meses. Con una dosis diaria de 50-150 miligramos se logró un buen control en 23 enfermos (82 por 100) y aceptable en los cinco restantes (18 por 100). Una comparación con la sulfapiridina previamente administrada sugiere que la dapsona fué generalmente más eficaz. No se han observado efectos tóxicos serios; en varios casos se desarrolló precozmente cierto grado de anemia, pero no apareció ictericia ni disfunción hepática; se evidenciaron pequeñas anormalidades por las pruebas de función hepática en seis enfermos y otro desarrolló una sulfahemoglobinemia. El estudio bioquímico en cuatro enfermos demostró que no existía una concentración selectiva de la droga en la piel. Añaden que aunque la dapsona aparece ahora como la droga de elección en la dermatitis herpetiforme, la sulfapiridina es de igual valor en algunos casos y puede ser más eficaz en unos pocos. La semejanza en la configuración química entre ambas drogas es más aparente que real y creen que esta semejanza superficial no explica su capacidad comparable para controlar dicha enfermedad.

6.877 - 18 de junio de 1955.

- Salud mental a pesar de retraso mental. A. F. Alford.
Acido glutámico en el coma hepático. J. M. Walshe.
Fetor hepático. F. Challenger y J. M. Walshe.

Tratamiento de la eclampsia (inminente o actual) por analgesia de conducción continua. R. Bryce-Smith y E. O. Williams.

* Desequilibrio muscular como causa de escoliosis. H. F. V. Riddle y R. Roaf.

Reducción del error del observador en un Servicio de radiografías de tórax de 70 mms. para los médicos generales. P. Stradling y R. N. Johnston.

Esterilización de las sábanas con bromuro de cetil trimetilamina. R. Blowers y K. R. Wallace.

Determinación de la saturación de oxígeno de la sangre. C. P. Handforth.

Proctitis granulosa idiopática. C. F. J. Cropper.

Acido glutámico en el coma hepático.—El autor refiere los resultados obtenidos con el glutamato sódico intravenoso (o sódico y potásico) en el tratamiento del coma hepático. Se hizo el tratamiento en cinco enfermos con hepatopatía crónica en uno o más episodios de coma; de ellos tres respondieron favorablemente, pero uno murió poco después de la hemorragia gastrointestinal masiva; y dos respondieron sólo parcialmente, muriendo más tarde por insuficiencia hepática progresiva. Dos casos de necrosis hepática masiva no mostraron respuesta al tratamiento. Discute el papel del amoniaco en la patogenia del coma hepático. A su juicio la integridad del mecanismo de ligazón intracelular del amoniaco es probablemente más importante que la cifra de amoniaco en el plasma. Una hiperamoniemia puede ser bien tolerada en aquellos casos de hepatopatía en los que mecanismo de ligazón continúa intacto y los trastornos de esta función pueden conducir al desarrollo del coma incluso antes de que se eleve la amoniemia. Describe ciertos trastornos del metabolismo sulfurado en el coma hepático. Considera que grandes dosis orales de metionina pueden precipitar el coma, refiriéndose a ciertas acciones tóxicas de la metionina y compuestos relacionados. Termina diciendo que probablemente no hay una causa única de coma hepático que sea común para todos los casos y que probablemente es preferible referirse a "comas hepáticos".

Fetor hepático.—Declara el autor haber aislado el metilmercaptano de la orina de un enfermo con necrosis hepática masiva, considerando que posiblemente existía cierta cantidad de dimetil disulfuro. Cabe esperar que en el organismo, el metil mercaptano pueda ser oxidado a dimetildisulfuro o metilado a dimetilsulfuro. Cree que el fetor hepático está causado por la eliminación de uno o más de estos compuestos por la respiración. Añade que se conoce muy poco sobre la farmacología de estos compuestos, pero que por la analogía con compuestos íntimamente relacionados, posiblemente se trata de sustancias tóxicas.

Desequilibrio muscular como causa de escoliosis.—Los autores han investigado la actividad muscular por electromiografía en 59 enfermos con escoliosis. En la gran mayoría de éstos, especialmente en los casos paralíticos, los músculos espinales eran significativamente más potentes en el lado convexo del vértice de la curva. Probablemente en casi todas las curvas paralíticas y algunas de las idiopáticas, la falta de oposición de los músculos espinales profundos origina la rotación vertebral e inicia la deformidad. Si el desequilibrio muscular inicia la deformidad, sería posible detener el progreso de la misma debilitando los músculos más potentes. Un modo sencillo de hacerlo es escindir alternativamente las láminas y las apófisis transversas en el vértice de la curva en su lado convexo.

6.878 - 25 de junio de 1955.

* Incidencia de leucemia en la espondilitis anquilosante tratada con rayos X. W. M. Court Brown y J. D. Abbott. Linfadenitis tuberculosa periférica asociada con un foco primario visible. F. J. W. Miller y J. Cashman. Empleo de hematies etiquetados con isótopos para demostrar incompatibilidades "in vivo". P. L. Mollison y M. Cutbush.

* Aumento de la eliminación de aldosterona inmediatamente después de la operación. J. G. Llauro. Un respirador de presión positiva-negativa. G. T. Smith-Clarke y J. F. Galpine.

* Hipoglicemia fatal en la hepatitis infecciosa precoz no icterica. B. E. Tomlinson.

Nutrición y líquidos y equilibrio electrolítico durante el tratamiento del tétanos. G. Wilson y A. D. Care.

* Leiomiomas del estómago. J. F. Horley.

Leiomioma del estómago. H. R. Ker.

Incidencia de leucemia en la espondilitis anquilosante tratada con rayos X.—Los autores han hecho una investigación sobre la mortalidad por leucemia en enfermos con espondilitis anquilosante tratados con rayos X. Analizan 9.364 enfermos tratados desde 1940 a 1954, inclusive, y calculan el número de muertes por leucemia en dichos casos sobre la base de la mortalidad específica por leucemia en Inglaterra y Gales durante 1953. Las muertes observadas por leucemia son, por lo menos, cinco veces, y posiblemente hasta diez veces el número esperado de tales muertes, y entre los enfermos a los que se dió más de un curso de radioterapia la mortalidad fué probablemente por lo menos nueve veces más que lo esperado. Se ha sostenido que los enfermos con espondilitis anquilosante pueden ser anormalmente susceptibles al desarrollo de leucemia, pero también es verosímil que la incidencia de leucemia esté aumentada apreciablemente en aquellos enfermos a los que se da más de un curso de radioterapia. Revisando los anteriores hallazgos a la luz de varias comunicaciones en la literatura, los autores concluyen que algunos, si no la mayoría, de los casos observados de leucemia pueden atribuirse a la radioterapia.

Aumento en la eliminación de aldosterona inmediatamente después de la operación.—El autor ha podido demostrar la existencia de aldosterona en la orina de los enfermos inmediatamente después de las intervenciones quirúrgicas. Algunos enfermos eliminan dicho factor antes de la operación, pero, en todos los casos, la eliminación después de la misma era mucho más alta que antes. Este aumento en la eliminación de aldosterona se acompaña de una fuerte pérdida de potasio, y la retención precoz de sodio que son rasgos corrientes de la respuesta normal a la cirugía. Las cifras de eliminación de este corticoide se relacionan cualitativamente con el cociente Na/K en la orina de los enfermos antes y después de la operación. Añade que el aumento en la producción de aldosterona puede ser uno de los factores responsables de las alteraciones electrolíticas en el período postoperatorio inmediato. También refiere los resultados de los ensayos con aldosterona cristalina pura; este esteroide es 100 veces más potente que la deoxicortona cuando se prueba en términos de la desviación urinaria Na/K en la rata por el método que utiliza.

Hipoglicemia fatal en la hepatitis infecciosa precoz no icterica.—Describe el autor el desarrollo de una hipoglicemia fatal en el estadio preictérico de una hepatitis infecciosa, presumiblemente relacionado con una intensa infiltración grasa del hígado, un hallazgo muy raro en esta enfermedad. A su juicio esta infiltración grasa representa posiblemente una alteración preneocrótica en las células hepáticas en un caso que por otro lado presentaba los rasgos histológicos de una hepatitis leve.

Leiomiomas del estómago.—El autor refiere un caso de leiomiomas del estómago con perforación en la cavidad peritoneal. Añade que el leiomioma del estómago se diagnostica actualmente con mayor frecuencia y puede que no sea tan raro como se supone. Tales casos son muy agradecidos al diagnóstico, puesto que el pronóstico es bueno después de la extirpación quirúrgica.

La Presse Médicale.

63 - 32 - 4 de mayo de 1955.

* Medicamentos y curas "neurolépticas" en terapéutica psiquiátrica. J. Delay y cols. Papel del laringólogo en las formas respiratorias de la poliomielitis. P. Aboulker.

Investigaciones sobre la cirugía del confluente biliar superior y de los canales hepáticos. C. Couinaud.
* La epilepsia abdominal. M. Jay.

Curas "neurolépticas" en terapéutica psiquiátrica.— Los autores realizan un estudio comparativo entre la clorpromazina y la reserpina. La reserpina parece más lenta en su acción y más irregular en sus efectos terapéuticos, pero dotada de una notable inocuidad. En el tratamiento de los síndromes mentales graves proponen el uso de la clorpromazina, reservando la reserpina para los fracasos, mientras que en los casos leves, neurosis, es conveniente probar primero la reserpina, más fácilmente administrable. A pesar de sus diferencias químicas y fisiológicas, los dos medicamentos tienen una acción similar, que los autores proponen llamar "neuroléptica".

La epilepsia abdominal.—En ella lo fundamental es el dolor abdominal, bien aislado, bien acompañado de trastornos digestivos. El polimorfismo y carácter paroxístico de estos dolores plantea frecuentes problemas diagnósticos-diferenciales de gran interés. Pensando en este proceso, se puede despistar mediante un interrogatorio minucioso, buscando otros equivalentes epilépticos, como mioclonias, pérdida de orina, etc., que hayan pasado desapercibidos, o bien crisis convulsivas lejanas. El electroencefalograma puede proporcionar la prueba definitiva, aunque su negatividad no tiene un valor exclusivo definitivo.

63 - 33 - 7 de mayo de 1955.

Un año de experimentación clínica de la spiramicina en patología infecciosa. A. Darbon y R. Crosnier.
Las algias cervico-braquiales por traumatismo del miembro superior. L. Stuhl, S. Hanoune y R. Martinache.

63 - 34 - 11 de mayo de 1955.

* La moniliasis en el curso del tratamiento por los antibióticos. P. Rimbaud y J. A. Rioux.
Nuevos aspectos de la cirugía preprotética en el desdentado total. L. Lebourg.
* Tratamiento de la meningitis tuberculosa con isoniazida a dosis eficaces. A. Ramos y L. Torres-Marty.

Moniliasis en el curso del tratamiento por antibióticos. La gran utilización de los antibióticos, especialmente de los oralmente administrados, ha traído como consecuencia una recrudescencia de las micosis por *Candida albicans*, saprofito banal de nuestro organismo hasta ahora raramente patógeno. Los autores aducen los siguientes argumentos para explicar este fenómeno: a) la alergia medicamentosa (sensibilización local de la mucosa con respecto al antibiótico). b) El desequilibrio micótico-bacteriano (permitiendo el comienzo de la virulencia de las levaduras). c) La destrucción de la flora con poder vitamino-sintético elevado (generadora de arriboflavinosis local y general).

Tratamiento de la meningitis tuberculosa.—Dos años y medio de tratamiento con isoniazida administrada exclusivamente por vía bucal, han demostrado la eficacia de esta medicación. Sin embargo, hay que administrar dosis suficientes, alcanzando 40 a 50 miligramos por kilo de peso y por día. La mortalidad es todavía grande en los niños de menos de dos años, tanto por el contagio masivo como por el diagnóstico tardío. En la mayoría de los casos la curación es completa y sin secuelas. En determinados casos, la becegetarapia puede constituir una terapéutica complementaria interesante.

63 - 35 - 14 de mayo de 1955.

* Concentraciones sanguíneas y meníngeas de la isoniazida en el niño administrada por vía rectal. R. Laplane y colaboradores.
Técnica de la linfadenectomía pélvica con histerectomía radical en el tratamiento del cáncer de cuello uterino. A. Brunschwig.
* A propósito del tratamiento del dolor en los cancerosos. F. Fabris.

Concentraciones de la isoniazida administrada por vía rectal.—Los autores estudian las curvas de concentración sanguínea y meníngeas obtenidas o administrando al niño la isoniazida por vía rectal. Una dosis cotidiana de 0,010 a 0,015 por Kg., repartida en dos o tres supositorios, asegura una concentración sanguínea mínima de dos a cinco gammas por c. c., alcanzando hasta las siete a nueve gammas. Triplicando la dosis, aumentan las concentraciones máximas, pero la concentración base no se modifica. La concentración meníngea alcanza los dos tercios de la sanguínea, siguiendo paralelamente a ella. En todos los casos, las concentraciones son más elevadas que las obtenidas por vía oral.

Tratamiento del dolor de los cancerosos.—El autor trata 32 casos de neoplasias dolorosas por la asociación prometazina-clorpromazina, como complemento al tratamiento analgésico. Esta asociación parece ser, en los cancerosos, el tratamiento electivo del dolor por su eficacia y ausencia de toxicidad. Los tumores ulcerosos infectados a causa de las irradiaciones y de las reacciones dolorosas de vecindad, son las formas que más se benefician de esta terapéutica.

63 - 36 - 18 de mayo de 1955.

Hipotensión cerebral ortostática aislada, causa desconocida de los vértigos y de las cefaleas. P. Delore y cols.
Los "lobelons" pulmonares. R. M. Garreaud.
El glucagón, hormona hiperglicémica glucogenolítica del páncreas. R. Clément.

63 - 37 - 21 de mayo de 1955.

¿Existe una fórmula proteica característica de la enfermedad ulcerosa? R. Dupuy y cols.
Las alteraciones electroforéticas observadas en los quemados. F. Lagrot, G. Antoine y G. Cesaire.
Importancia y valor relativo de los diferentes caracteres citológicos de malignidad celular. G. Castelain y C. Castelain.
Efectos del tabaco y del alcohol sobre el sistema cardiovascular. A. Ravina.
Problemas planteados por la vacunación antipoliomielítica. P. Goube.

63 - 38 - 25 de mayo de 1955.

El ritmo, tiempo y espacio en el recién nacido y en el lactante. Automatismos subcorticales y corticales. André-Thomas y Mlle. Autgaerden.
* Problemas terapéuticos de las estafilococias pleurales del lactante. R. Clément y cols.
Comunicaciones arteriovenosas anormales de las extremidades de los miembros: Su puesta de manifiesto. R. Legrand y cols.
Cáncer primitivo del pericardio. J. Tapic y cols.
* Sobre tres deformaciones del antro prepilórico. R. Dupuy y colaboradores.
Exploración digital de las cavidades cardíacas y soplos mitrales. R. Lutembacher.
El análisis inmuno-electroforético: Primeros resultados obtenidos con sueros patológicos. P. Grabar y P. Burtin.

Estafilococias pleuro-pulmonares del lactante.—La localización pleuro-pulmonar de las estafilococias en el lactante presenta una gravedad especial que plantea problemas médico-quirúrgicos de muy difícil solución. Puede ser muy útil la terapéutica antibiótica, juiciosamente dirigida y controlada por el antibiograma. Ha de asociarse el tratamiento general y las punciones y lavados de pleura. Cuando éstos son insuficientes, es necesario el drenaje quirúrgico. Los accidentes que acompañan al enfisema bulloso y a los pionesumotórax sofocantes exigen una terapéutica de urgencia: punción, aspiración y drenaje. A veces hay que llegar a la toracotomía de urgencia.

Tres deformaciones del antro prepilórico.—El diagnóstico diferencial de las anomalías antrales representa un difícil e interesante problema, dada la frecuencia de localización en esta región de los tumores. Los autores presentan tres observaciones, con cuyo motivo repasan todos los procesos que han de manejarse en este diagnóstico diferencial. Son éstos, principalmen-

te, los espasmos, antritis y fibrosis que acompañan a las úlceras de la curvatura menor, las atresias fibromusculares del antro y las hipertrofias musculares del píloro, la gastritis del antro y, por último, ciertas modificaciones de origen extrínseco.

63 - 39 - 28 de mayo de 1955.

La evolución de las sincinesias en el niño. Lugar de las sincinesias en el cuadro de debilidad motriz. J. de Ajuaguerra y Stambac.

Interés terapéutico del stigmasterol. H. Thiers.

El síndrome de Wegener y las formas respiratorias de la periarteritis nodosa. J. Cambier.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

85 - 40 - 1 de octubre de 1955.

Oxitriptamina (serotonina) como nueva hormona. H. Langemann.

* Las pruebas de resistencia a los antibióticos y su interpretación recta. E. Wiesmann.

Dosificación de los 17-hidrocorticosteroides plasmáticos. A. F. Mueller y cols.

Diagnóstico precoz de la oligofrenia fenilpirúvica. W. Frischknecht.

Valoración de las pruebas de resistencia a los antibióticos.—Las pruebas de sensibilidad o resistencia a los antibióticos están sujetas a numerosas fuentes de error, por lo que sólo deberán ser realizadas en laboratorios especializados. Sólo debe probarse la resistencia a los antibióticos de aquellos gérmenes de los que se sepa que tienen una significación etiológica, que son o pueden ser patógenos. Es de desear tener el germen cultivado en su completa pureza y, a ser posible, bien identificado. De los dos métodos disponibles, el de las diluciones y el de las placas, sólo el primero da resultados precisos, indicando exactamente las concentraciones de antibiótico en las cuales una determinada cepa bacteriana puede multiplicarse o deja de hacerlo. Es la única técnica que se puede emplear tratándose del bacilo de Koch. En las pruebas de rutina, frente a agentes de infecciones banales, el método de las placas da una orientación suficiente para la práctica, indicando de qué antibióticos se puede esperar una acción terapéutica y de cuáles no. Las pruebas de antibióticos están indicadas, sobre todo, en las infecciones por estafilococos patógenos y por enterobacteriaceas (coli salmonelas, klebsiellas, proteus), según la experiencia del autor. El médico no debe esperar, para instaurar el tratamiento antibiótico, a conocer el resultado de la prueba de resistencia, sino que ésta debe venir a ilustrar si el bacteriostático elegido con un criterio clínico-bacteriológico es o no el adecuado.

85 - 41 - 8 de octubre de 1955.

* Las mediaciones de refuerzo de la quimioterapia anti-infecciosa. G. Bickel.

* Diuréticos mercuriales: Punto de ataque y mecanismo de acción, medicación oral y efectos secundarios. R. Richerich Van Baerle y H. M. Lemon.

Observaciones clínicas en una intoxicación aguda con alfa-fenil-alfa-etil-glutarimida (Doriden). P. Gerster, W. Scholer y M. Zueger.

* Nuevas experiencias con Demecolcin en el tratamiento de las leucosis y tumores. F. Zbinden.

* Estudio experimental de la prednisona en la rata intacta y suprarrenalectomizada. P. Ducommun, S. Ducommun y M. Baquiche.

* Estudio clínico de la prednisona. A. F. Muller. Farmacología de la sal compleja calcio-disódica y de la sal disódica del ácido etilendiaminotetraacético. P. Marquardt y Hh. Schumacher.

Tratamiento del asma bronquial con Asthmon. F. Kowalski.

Tratamiento de la gastritis con proteinasas activas en medios débilmente ácidos. H. Fahrlaender.

Mediaciones de refuerzo de los tratamientos anti-infecciosos.—Los medicamentos anti-infecciosos han progresado grandemente, a pesar de lo cual tienen aún algunas limitaciones en su eficacia, impuestas, de una parte, por la aparición de manifestaciones tóxicas o de

hipersensibilidad que limitan o impiden su empleo, y de otra parte, a la naturaleza de los gérmenes causales, las localizaciones del proceso, el tipo histológico de las lesiones, la evolución aguda o crónica, el desarrollo de los fenómenos inmunitarios, en una palabra, factores que dependen del organismo enfermo. Esto obliga, en muchos casos, a recurrir a métodos que refuercen la acción anti-infecciosa de la droga. Tales son, principalmente, las asociaciones medicamento-sas en las infecciones mixtas y superinfecciones, y para evitar o retardar la formación de resistencias; la intervención quirúrgica sobre los focos; la dieta hipoproteica e hipervitaminada; la piroterapia en las infecciones locales mal delimitadas; la inmunización con vacunas, sueros o gammaglobulina; la cortisona en los casos graves de meningitis tuberculosa, de septicemia estafilocócica, de fiebre tifoidea y de endocarditis bacteriana resistente a los antibióticos solos, y, por último, los gangliopléjicos, y sobre todo, el largactil, en los síndromes infecciosos malignos hipertóxicos.

Diuréticos mercuriales.—Aunque los compuestos orgánicos de mercurio con acción diurética se viene empleando desde hace tiempo, en los últimos años se han planteado cuestiones acerca de su acción y de los accidentes que pueden producir y han aparecido nuevas formas de los mismos. Los diuréticos mercuriales parecen actuar sobre la porción proximal del túbulo, donde producen una inhibición de uno o varios de los fermentos que intervienen en la reabsorción, como se ha podido demostrar bio e histoquímicamente, interviniendo en este fenómeno una inactivación de los grupos sulfhidrilos necesarios para la actividad enzimática. Ahora es posible emplear los diuréticos mercuriales por vía oral, especialmente la 3-cloromercurio-2-metoxi-propilurea, cuya acción es menor que la de los administrados por vía parenteral, por lo que se preferirán éstos en los casos graves, quedando aquellos como terapéutica de sostén una vez eliminados los edemas. El tratamiento intenso y prolongado con diuréticos mercuriales acarrea a menudo trastornos del metabolismo electrolítico, sobre todo cuando se asocian a dieta pobre en sal y recambiadores de cationes. Se manifiesta, generalmente, por la aparición súbita de un estado refractario a los siuréticos, expresión de una alcalosis hipoclorémica que se corrige fácilmente dando cloruro amónico. Más raramente puede aparecer hiponatremia, hipocaliemia o hipocalcemia.

Demecolcin en los tumores.—El autor hace una segunda comunicación de su experiencia con el empleo de Demecolcin, alcaloide del Colchicum autumnale, en el tratamiento de las neoplasias y estados afines. Es activo por vías oral y parenteral. Su actividad antimitótica es, aproximadamente, de la misma intensidad que la del Myleran y menor que la del TEM, teniendo sobre éste la ventaja de su menor toxicidad. Los mejores resultados los obtuvo en los enfermos de leucosis mieloide crónica. No ha tenido ocasión de tratar enfermos de leucosis mieloide aguda, en la que otros autores refieren buenos resultados. En las leucemias linfáticas es útil, pero expone al riesgo de provocar una agranulocitosis. En el Hodgkin es un buen medicamento para las fases de intervalo, superior al arsénico; las que mejor responden son las metastasis pulmonares. Es ineficaz en el mieloma. En algunas neoplasias vieron una acción favorable, pero fugaz, sobre el tumor o las metastasis y el estado general. La tolerancia general es buena; pero, en todo caso, hay que vigilar el cuadro hemático, pues tiene una acción leucopenizante, ejercida, principalmente, sobre los granulocitos. El descenso del cociente linfocitos/mo-nocitos es un síntoma que indica amenaza de leucopenia.

Estudio experimental de la prednisona.—Se ha conseguido obtener por síntesis dos cuerpos, que sólo se diferencian de la cortisona y de la hidrocortisona por la existencia de un doble enlace entre los carbonos 1 y 2. Esta ligera alteración imprime a estas hormo-

nas sintéticas diferencias con relación a las naturales: poseyendo una intensa actividad antiinflamatoria, carecen de acción sobre los electrolitos; tienen escasa acción catabólica sobre las reservas proteicas del organismo y un fuerte poder inhibidor de la secreción de ACTH. Parecen disminuir la tolerancia a la glucosa más que la cortisona. Los estudios hechos por los autores en ratas intactas y suprarrenoprivas los han llevado a la conclusión de que la acción antiinflamatoria es 4-5 veces mayor que la de la cortisona; de que, al igual que ésta, la prednisona produce pérdida de peso, atrofia de los órganos linfoides y depósito de glucógeno en el hígado, y de que las ratas sin suprarrenales que no reciben CINA son capaces de soportar el frío si se les da las dosis de Prednisona superiores a las 100 gammas diarias.

Prednisona en la clínica.—Según la experiencia del autor y los datos de la literatura, la prednisona tiene, a dosis cuatro veces menores, la misma acción antiinflamatoria que la cortisona. Esto haría pensar en una disminución de los efectos secundarios; sin embargo, se conocen casos de hipercorticalismo consecutivo a tratamientos con prednisona, así como de trastornos psíquicos, aunque unos y otros son poco frecuentes. Mayor importancia tienen las complicaciones gástricas (molestias digestivas, hiperclorhidria, úlceras y hemorragias) que contraindican formalmente el uso de la prednisona en los sujetos con antecedentes digestivos y obligan a suspender su administración tan pronto como aparezcan los primeros síntomas de este orden. La prednisona no actúa sobre el metabolismo hidroelectrolítico, lo que facilita su empleo, sobre todo, en los cardíacos, en los hipertensos y en los ancianos. Esta misma propiedad hace a la prednisona inútil como terapéutica sustitutiva en la insuficiencia suprarrenal.

85 - 42 - 15 de octubre de 1955.

El problema del suicidio en Medicina legal. J. Im Obersteg. ¿Hay que tener en cuenta en la profilaxis de la caries con flúor las reacciones sobre el tiroides? H. Korrodi y colaboradores.

Estudio del metabolismo hepatobiliar de la hormona tiroidea en el hombre por medio del iodo 131. B. R. Scanziga, Th. Béraud y A. Vannotti.

La frecuencia de los tumores gástricos malignos en las autopsias de 1902 a 1952 en el Instituto Patológico de la Universidad de Zurich. A. Hunziker.

Dos casos de síndrome de Turner. R. Kaufmann.

Flúor y función tiroidea.—Se admite hoy generalmente que el flúor es útil para prevenir la caries, aunque no hay acuerdo respecto al mecanismo de esta acción. Según unos, el flúor incorporado al esmalte dentario haría a éste resistente a la caries; según otros, el flúor contenido en la saliva actuaría en sentido enzimático sobre la flora de la boca, disminuyendo el ataque de los carbohidratos por la misma. Ahora bien; se plantea la cuestión de si el flúor dado con fines profilácticos en tabletas o en el agua de bebida podría tener una acción desfavorable sobre el tiroides, pues se ha afirmado que el flúor tiene una acción antagónica sobre el metabolismo del iodo y sobre la función tiroidea, lo que no todos admiten. Los autores han visto que el flúor aumenta en la rata la captación de iodo por el tiroides, pero carece de efecto bociógeno. La administración diaria de 2 mg. de flúor, durante tres meses, no altera la función tiroidea, la cual disminuye al aumentar la dosis a 5 mg. Es decir, que las dosis de flúor profilácticas de la caries, de 1 a 2 mg. diarios, no afectan para nada la función del tiroides.

Metabolismo hepatobiliar de la hormona tiroidea.—La tiroxina no sólo se fija electivamente en el hígado, sino que penetra realmente en las células hepáticas, pasa a la bilis y, finalmente, a las heces. Además, parece haber una circulación enterohepática de la misma, en virtud de la cual parte de la tiroxina es absorbida de nuevo en el intestino para volver al hígado y ser otra vez segregada. La tiroxina, eliminada por la bilis, lo

es principalmente en forma de un compuesto glucuroconjugado. Así, pues, el hígado juega un papel importante en la regulación del nivel de hormona tiroidea en la sangre, lo que va de acuerdo con las observaciones clínicas. Los autores han estudiado este problema mediante cromatografía del plasma tras administración de I^{131} . En la obstrucción biliar aparecen en el plasma glucuroconjugados de la tiroxina formados en el hígado que se encuentran normalmente en la bilis. En la ictericia de la hepatitis epidémica sólo excepcionalmente se encuentran estos compuestos en el plasma, lo que hace pensar que la lesión hepatocelular impide la conjugación de la tiroxina con el ácido glucurónico, lo que se confirma por la ausencia de glucuroconjugados en la bilis de los mismos enfermos.

85 - 43 - 22 de octubre de 1955.

Importancia fisiológica y patológica de la circulación de linfa. I. Ruzsnyák, M. Foeldi y G. Szabó.

* Diabetes insípida enmascarada en la insuficiencia prehipofisaria. E. Herrmann.

* La hidrazinofthalazina en el tratamiento de las glomerulonefritis consecutivas a sepsis focales. E. Flaschi, B. Grassi y G. Andres.

* Tratamiento de la hepatitis epidémica con cortisona. W. Siegenthaler y L. Suter.

Diabetes insípida y prehipofisis.—El cuadro clínico completo de la diabetes insípida sólo puede darse cuando el lóbulo anterior de la hipófisis está intacto. Los dos lóbulos de la hipófisis actúan antagónicamente sobre el metabolismo del agua, sin que, no obstante, se haya podido encontrar nunca una hormona diurética prehipofisaria, por lo que se supone que la hipófisis actúa indirectamente por medio de las suprarrenales o del tiroides. El autor ha visto dos muchachos con una diabetes insípida típica, en los cuales se desarrolló lentamente una insuficiencia prehipofisaria, lo cual hizo que la diabetes insípida de uno de ellos desapareciera completamente y la del otro se atenuase notablemente. En ambos casos, la diabetes insípida se puso nuevamente de manifiesto al dar ACTH o cortisona. Así, pues, la regulación del metabolismo del agua depende de la correlación entre los lóbulos anterior y posterior de la hipófisis, por una parte, y las glándulas subordinadas a la hipófisis, por otra.

Hidrazinofthalazina y función renal.—En 12 casos de glomerulonefritis, en su mayoría focales consecutivos a sepsis focales orofaríngeas, el masaje de los focos determinó una reducción aguda del filtrado glomerular y a menudo también del flujo de sangre y plasma por el riñón, lo que se demuestra estudiando el aclaramiento del tiosulfato sódico y del para-aminohipurato sódico. Estas alteraciones, que no se producen en sujetos con riñones sanos, pueden evitarse, o al menos disminuirse mucho, en los nefrópatas, dando hidrazinofthalazina por vía oral: 50 mg. de apresolina divididos en cuatro tomas consecutivas en los casos de masaje de los focos, y en los de extirpación de los mismos 25 mg. una hora antes de la intervención y otras dos dosis iguales 3 y 10 horas después. Los simpaticolíticos y los bloqueantes ganglionares son ineficaces en este sentido. Verosíblemente las toxas procedentes de los focos actúan sobre las estructuras mioneurales de los vasos renales, pues éste es el punto de acción de la hidralazina. Este hallazgo resulta de una gran importancia para la práctica clínica.

Tratamiento de la hepatitis con cortisona.—Los autores presentan un grupo de 50 enfermos de hepatitis epidémica, de los cuales 25 fueron tratados con cortisona (100 miligramos de hidrocortisona diarios por vía oral durante diez días) y otros 25 no, que sirvieron como control. La cortisona modifica indudablemente el curso de la hepatitis. El estado general mejora de forma muchas veces espectacular y la bilirrubinemia disminuye rápidamente. En varios casos vieron recidivas de la hepatitis al suspender la cortisona, que respondieron rápidamente a un segundo ciclo de la misma. Esto indica que esta hormona impide el des-

arrollo de los procesos inmunológicos habituales en la enfermedad, por lo que no debe ser empleada como un tratamiento de rutina, sino reservada para casos graves, y asociada en todo caso al tratamiento habitualmente empleado en la hepatitis.

85 - 44 - 29 de octubre de 1955.

El riñón artificial. R. Hoigné.

Las lesiones nerviosas por inyección intraglútea de irgápirina y una sugerencia para evitarlas. F. Luethy.

La linfadenitis subaguda de la nuca y cuello de Piringer-Kuschinka. H. Bauler y G. V. Schulthess.

La importancia de los ganglios paraesternales (ganglios mamaros) para la extensión y pronóstico del cáncer de mama. E. Kaiser.

Contribución al diagnóstico de los cuadros clínicos hemolíticos. H. G. Wolff y W. Swoboda.

Un caso de anuria postoperatoria con degeneración hidrópica de los túbulos renales por depósito de azúcar. R. Lanz y H. U. Zollinger.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

1 de julio de 1955.

* Reconocimiento y tratamiento del pseudohermafroditismo. W. Appel y cols.

* Experiencia del tratamiento con cortisona de la hepatitis por virus. L. Heilmey.

Hipopituitarismo (síndrome de Sheehan) con hiperlipemia y xantomas. N. Zollner.

* Alimentación carencial y depósito de hierro en el hígado. H. Brüge.

Acerca de la técnica de valoración de la prueba del éter. H. A. Kuhn y cols.

* Terapéutica cardíaca con lanatósido. A. A. Donhardt y colaboradores.

Hemoglobina. E. Schulze.

Acerca del tema anticuerpos Rh y transfusión sanguínea. O. Preisler.

Reconocimiento y tratamiento del pseudohermafroditismo.—Como el reconocimiento del pseudohermafroditismo femenino, se suele hacer, la mayor parte de las veces, en una fase de la enfermedad en que ya existen trastornos irreparables, los autores recuerdan en el presente trabajo, los síntomas iniciales de la enfermedad a fin de poder hacer un diagnóstico precoz y que la enferma pueda beneficiarse con las ventajas de un tratamiento cortisónico, cuyos resultados en la fase inicial de la enfermedad puedan ser espectaculares.

Experiencia del tratamiento con cortisona de la hepatitis por virus.—Los autores comunican el resultado del tratamiento de la hepatitis vírica con cortisona o ACTH en 50 pacientes en comparación con otro grupo control de otros 50 enfermos que presentaban grandes anomalías clínicas con el anterior.

La duración media de la enfermedad, considerada desde el comienzo de la ictericia hasta que la labilirrubinemia descendió a valores comprendidos entre 1,5-1 mg, por 100, fué de cincuenta y seis días en los enfermos tratados con cortisona y de 69 en los casos control. El estado general de los enfermos mejoró con mayor rapidez. Las pruebas de funcionamiento hepático se influyeron comparativamente muy poco con este tratamiento.

De nueve enfermos comatosos tratados con esta droga, solamente se consiguió salvar a uno combinando el tratamiento cortisónico con la infusión endovenosa de levulosa, extracto de corteza suprarrenal, colina, etcétera.

Alimentación carencial y depósito de hierro en el hígado.—Los autores investigaron en 241 pacientes hipoadministrados el depósito de hierro histológicamente demostrable, previa punción laparoscópica, encontrando una correlación estadísticamente significativa entre la cantidad de aquel depósito y el grado de hipoadministración. Los autores comentan, que aunque por el momento es completamente desconocido el papel que puede jugar el hierro depositado en la fisiología hepática, debe presentarse atención a este hallazgo, ya que en un hígado sano no se puede demostrar histológicamente depósitos de hierro o, a lo sumo, éstos son muy discretos.

Terapéutica cardíaca con lanatósido A.—Los autores comentan a través de la experiencia adquirida en 500 cardiopatas, que la introducción de los glucósidos puros de la digital, permite matizar en cada caso el tratamiento aprovechando la diferente duración del efecto de cada glucósido.

El efecto del lanatósido A, está situado entre el de la digitoxina que se acumula mucho y el del lanatósido C que se acumula poco. La absorción del lanatósido A es como la de la digitoxina, pero como se acumula menos que ésta, el efecto tóxico es menor. Según los autores el lanatósido A es singularmente apropiado para toda digitalización duradera, dada su amplia zona manejable.