

# INFORMACION

## MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 3 de abril de 1957 por la que se modifican las oposiciones anunciadas por Orden de 26 de mayo de 1955 (*Boletín Oficial del Estado* de 18 de junio de dicho año) para la provisión, en propiedad, de la cátedra de

Química Orgánica de la Facultad de Medicina de Cádiz, correspondiente a la Universidad de Sevilla, se entienden convocadas para la cátedra de Química Orgánica 1.ª y 2.ª y Bioquímica (para desempeñar Química General) de la citada Facultad y Universidad. (*Boletín Oficial del Estado* de 26 de abril de 1957.)

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

MONTAÑA Y LOS ORIGENES DEL MOVIMIENTO SOCIAL Y CIENTIFICO DE MEJICO. Doctor J. J. IZQUIERDO.—Editorial Ciencia. Méjico, 1955.—Un volumen de 442 páginas con 58 figuras.

El profesor IZQUIERDO, que aparte de sus trabajos de honda y objetiva investigación fisiológica cultiva con una devoción y exactitud notables el estudio de la historia de la Medicina, contribuye con esta monografía, llena de datos, al conocimiento de una época difícil del tránsito de la medicina desde un período empírico, parasitado por las doctrinas, a una medicina objetiva que comienza a alborear en cuanto ciencia parejamente a los progresos realizados en la botánica, en la física y en la química.

El análisis de la interesante figura que fué MONTAÑA, que llevó a Méjico el impulso renovador ya dado en la península por el P. FELJOÓ, GASPARD DEL CASAL, etc., está lleno de interés. A través de sus dificultades, en gran parte inherentes a razones políticas, campea su honestidad mental, su pasión científica y su noble conducta. Todos estos incidentes, y el análisis de la repercusión de su obra sobre el movimiento social y científico de Méjico, son tratados en atractiva forma.

TRAITEMENT DE L'ATHERO-SCLEROSE. Doctor J. LOEPER.—Editorial G. Doin & Cie. París, 1955.—Un volumen de 134 páginas con figuras, 930 francos.

En esta serie de terapéutica médica, la monografía presente, dedicada a la arterioesclerosis, llena ingeniosamente un capítulo tan difícil e inseguro. Una primera parte expone de modo abreviado las bases posibles de esta terapéutica, quizá excesivamente influida por la conmoción que ha supuesto en los últimos años el re-estudio del papel de la colesteroína. Ulteriormente analiza el autor los medicamentos actualmente empleados con diversos objetivos en la arterioesclerosis. A nuestro

juicio, el mayor interés lo ofrece el capítulo de tratamiento de las localizaciones de la arterioesclerosis, en el que es posible moverse dentro de límites más concretos.

### LIBROS RECIBIDOS

"La gastrectomie pour ulcere". Dr. R. de Vernejoul.—Editorial Masson et Cie. París, 1957.—Un volumen de 210 páginas con 96 figuras, 3.000 francos.

"El médico de Empresa". Dres. H. Bour y G. Sienriü. Editorial Morata. Madrid, 1957.—Un volumen de 462 páginas con figuras, 300 pesetas.

"Moral profesional del ayudante técnico sanitario. I, II y III Curso". Por Juan Rey, S. I.—Editorial Sal Terrae. Santander, 1957.—Un volumen de 471 páginas.

"La influencia del tratamiento antibiótico y quimioterápico sobre el cuadro morfológico de la tuberculosis en vías de curación". Dr. H. Lühtrath.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 108 páginas con 42 figuras, 160 pesetas.

"Traitement d'urgence des intoxications". Dr. R. Fabre y cols.—Editorial G. Doin y Cie. París, 1957.—Un volumen de 650 páginas, 5.200 francos.

"Aktuelle Diabetesfragen". Dr. F. Bertram.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 80 páginas, 5,70 DM.

"Actividades de la O. M. S. en 1956".—Editado por la O. M. S. Ginebra, 1957.—Un volumen de 233 páginas con 16 láminas, 2 dólares.

## B) REFERATAS

## Deutsche Medizinische Wochenschrift.

8 de julio de 1955.

- Experiencias clínicas con cambiadores de iones. H. Balterheimer.  
Tres años de experiencia con anestesia local sin adrenalina. H. Killian.  
El tratamiento de las leucemias mieloides con Myleran y Demecolcin. W. Pribilla y cols.  
El tratamiento abierto con polvos de aluminio en las quemaduras. G. Griesser.  
Experiencia con un nuevo hipnótico de la serie piperidínica en psiquiatría. H. Kemper.  
Experiencia con el preparado mixto de sulfamidas Dosulfín. F. Zbinden y cols.  
El tratamiento de la insuficiencia cardíaca con un preparado compuesto a base de Oleander. C. G. Bär y cols.  
Errores diagnósticos con laparoscopia y punción hepática. J. Ulbricht y cols.  
Hambre y trastornos hepáticos. H. A. Kühn y cols.  
El diagnóstico serológico de la poliomielitis. W. Hennessen.  
Progreso en el diagnóstico de la difteria mediante enriquecimiento de las cepas en los caldos de cultivo. K. A. Primavesi.  
Cantidad y calidad de las proteínas en los distintos tipos de alimentos y dietas de hambre. W. Liupzel.  
Efectos hormonales sobre el desarrollo de la mama. H. E. Voss.  
Cortisona y ACTH en las transfusiones sanguíneas. Acerca de la profilaxis de las reacciones por incompatibilidad. F. Mainzer.

**El tratamiento de las leucemias mieloides con myleran y demecolcin.**—Los autores comunican su experiencia en el tratamiento de enfermos con leucemia mieloide crónica con myleran (10 casos) y demecolcin (6 casos). Ambos medicamentos inhibe predominantemente la mielopoyesis, por lo que están especialmente indicado en este tipo de leucosis no produciendo efectos secundarios, si se dosifican cuidadosamente, pudiéndose administrar ininterrumpidamente varios meses. El efecto terapéutico, según la experiencia de los autores, fué más seguro con el myleran que con el demecolcin.

**El tratamiento abierto con polvos de aluminio en las quemaduras.**—El autor comunica las ventajas del tratamiento al descubierto de las quemaduras con polvos de Medargal, que es fácil de realizar y actúa rápidamente, sin descuidar el tratamiento general. Se obtiene un alivio del dolor, evitándose la pérdida de plasma y la reabsorción de toxinas al mismo tiempo que se facilita la cicatrización.

Como ventaja principal está la posibilidad de iniciar el tratamiento en el mismo lugar del accidente, con lo que se conserva una esterilidad natural de la lesión y se alivia rápidamente el dolor.

**Experiencia con el preparado mixto de sulfamidas dosulfín.**—Los autores refieren la experiencia favorable que tuvieron con el dosulfín, en el tratamiento de 412 enfermos que padecían infecciones inespecíficas del sistema urogenital y procesos neumónicos. El dosulfín es un preparado en el que están mezclados, a partes iguales, una sulfamida de absorción rápida y otra de absorción y eliminación lenta. La tolerancia fué casi siempre buena y solamente en seis casos hubo de ser interrumpido el tratamiento por la presentación de síntomas de intolerancias (náuseas, vómitos, exantema tóxico etc.). Una ventaja de este preparado es la poca dosis que hace falta para obtener un resultado eficaz. En neumonías sin complicaciones bastaron 12 comprimidos de 0,75 gm. repartidos en cuatro días.

**El tratamiento de la insuficiencia cardíaca con un preparado compuesto a base de oleander.**—Los autores comentan los resultados favorables que obtuvieron en el tratamiento de sostén de cardiopatías seniles con un preparado (Oleandril) que contiene, además de sustancias de acción digitalica extraídas del oleander, un compuesto nitroso extraordinariamente activo y ácidos bi-

liares. Con este tratamiento se obtuvieron efectos benéficos, no solamente sobre la disnea, sino también sobre los dolores estenocárdicos y la disnea.

**Hambre y trastornos hepáticos.**—Los autores comunican un grave caso de edema de hambre en el que la punción hepática reveló una degeneración grasa, acúmulos férricos y algunas necrosis celulares. Después de un tratamiento durante tres meses se normalizaron las proteínas totales del plasma, mientras que cada día estaban más alteradas las pruebas de función hepática. Una nueva punción realizada al terminar el tratamiento mostró una regresión de la degeneración grasa, pero, sin embargo, aumentó el conectivo. Los acúmulos férricos no se modificaron.

Esta observación confirma el punto de vista de KALK de la importancia de la hipoalimentación en la génesis de enfermedades hepáticas irreversibles.

**Cortisona y ACTH en las transfusiones sanguíneas. Acerca de la profilaxis de las reacciones por incompatibilidad.**—El autor comunica que se pudo evitar en una enferma de cincuenta y cinco años con mielosis aleucémica las reacciones posttransfusionales de incompatibilidad en el curso de 30 transfusiones de 200 a 300 c. c. de sangre fresca, merced al tratamiento previo con cortisona (75 a 150 mg. diarios) ó ACTH (30 a 60 U./día).

El autor comunica que el mecanismo de acción profiláctica de estas sustancias consiste en inhibir la formación de anticuerpos (autoaglutininas y hemolisinas) o impedir la puesta en marcha de una aglutinación o una hemólisis cuando tales anticuerpos existen.

La experiencia clínica debe decir si también estas hormonas pueden tener utilidad en el tratamiento de una complicación por transfusión de sangre incompatible.

22 de julio de 1955.

- El llamado carcinoma superficial de laporcio. H. Runge y colaboradores.  
Endocarditis bacteriana subaguda y embarazo. H. Deuning y cols.  
La importancia del lipidograma electroforético sobre papel en el pronóstico de las enfermedades hepáticas. F. H. Franken y cols.  
Sobrecarga grasa alimenticia y arterioesclerosis. G. Schettler y cols.  
Tipos de poliomielitis en Alemania occidental. H. Leunhardt y cols.  
Sobre la fimosis. H. Meurer.  
Las recidivas en las meningitis tuberculosas del adulto. H. Südhof.  
Acerca del diagnóstico precoz del cáncer de estómago. B. W. Muller.  
Acerca del tratamiento de las meningitis bacterianas. Investigaciones sobre el paso de los antibióticos de la sangre al líquido cefalorraquídeo. K. Seelemann.  
Acerca del tratamiento combinado con solusupronal y penicilina intravenosa. H. Stemberg.  
El tratamiento de la erisipela. F. W. Schembra.  
Acerca de la psicoterapia minor para la dificultad en conciliar el sueño. F. Pethy.  
La radioterapia del cáncer de pulmón. M. Meier-Siem.

**Endocarditis bacteriana subaguda y embarazo.**—Los autores comunican dos casos de embarazo en dos enfermas, una padeciendo endocarditis crónica y otra tres meses después de haberla padecido. Ambas curaron con tratamiento antibiótico; el embarazo parto y puerperio fueron normales, los niños nacieron completamente sanos. Teniendo en cuenta la experiencia de los autores americanos a este respecto, se sacan las siguientes conclusiones: 1.) la endocarditis lenta, sea evolutiva o sobrepasada, no constituye por sí misma indicación de interrupción del embarazo o esterilidad, sólo el grado de descompensación cardíaca nos orientará a este respecto; 2.) no está indicado el aborto provocado mientras existan signos de actividad endocárdica; 3.) las enfermas deben ser tratadas con do-

sis suficientes de antibióticos; 4.ª) el parto puerperio y todas las intervenciones quirúrgicas que se realicen deben protegerse con un tratamiento antibiótico, y 5.ª) después de padecida una endocarditis lenta debe evitarse una nueva concepción hasta después de pasado un año por lo menos.

**Sobrecarga grasa alimenticia y arterioesclerosis.**—Los autores investigan los lípidos del suero y las curvas de quilomicrones durante cinco horas, después de la administración de mantequilla (medio gramo por kilogramo de peso), en jóvenes sanos, viejos sanos y arterioescleróticos.

Después de esta sobrecarga no se modifica en ninguna de las edades ni la colesterolina ni los fosfolípidos. En cambio los ácidos grasos esterificados con glicerina están más elevados en los arterioescleróticos que en los viejos, y en éstos más que en los jóvenes. Los quilomicrones son más bajos en los jóvenes sanos que en los viejos sanos y arterioescleróticos, sin existir diferencias entre estos dos últimos grupos.

**Acerca del tratamiento de las meningitis bacterianas.**—Investigaciones sobre el paso de los antibióticos de la sangre al líquido cefalorraquídeo. Los autores estudian las concentraciones comparativas de distintos antibióticos (aureomicina, terramicina, cloromicetina y acromicina) administrados por vía oral en sangre y l. c. r. de 34 niños.

Las tres tetraciclinas no mostraron ninguna diferencia entre sí y su concentración en liquor fué por término medio de 1/4 a 1/2 de la concentración en sangre. Fué curioso el hallazgo de la extraordinaria capacidad de difusibilidad que tiene la cloromicetina, que casi siempre arrojó valores en liquor iguales a los de sangre y en alguna ocasión incluso superiores.

Los autores abogan por el tratamiento combinado de dos antibióticos, en las meningitis purulentas, uno de los cuales sea siempre la cloromicetina.

**Acerca del tratamiento combinado con solusupronal y penicilina intravenosa.**—El autor comunica los resultados favorables obtenidos con la administración intravenosa de solusupronal y penicilina (2 gramos de solusupronal en 400.000 u. de penicilina) en el tratamiento de 89 casos con infecciones bacterianas diversas (endocarditis bacterianas, neumonía lobar, colangitis, etcétera).

El buen efecto de la administración intravenosa de estos fármacos se debe al sinergismo de ambos componentes que determina un amplio espectro de acción antibiótica a la mayor concentración de la penicilina, debido a su menor eliminación urinaria.

**La radioterapia del cáncer de pulmón.**—El autor considera que la roentgenterapia sigue ocupando un primer plano en el tratamiento paliativo del cáncer de pulmón, habiendo sido posible últimamente mejorar la técnica, aumentar la dosis focal y evitar los efectos secundarios.

Si se hace el diagnóstico precoz sigue siendo de mayor utilidad el tratamiento quirúrgico.

Con la radioterapia puede conseguirse un 40 por 100 de mejorías, sobre todo con pacientes con estasis de flujo por comprensión de la vena cava superior o en aquellas en que por invasión de la pared torácica existen intensos dolores.

## Circulation.

11 - 6 - 1955.

\* Alternancia eléctrica en la efusión pericárdica. M. McGregor y E. Baskind.

\* Pericarditis crónica con derrame. S. Contro y cols. Sobre el sonido cardiovascular. Posteriores observaciones por medio de la fonocardiografía espectral. V. A. McKusick y cols.

\* Significado de la actividad de la transaminasa glutámico oxalacético en el plasma tras el infarto agudo de miocardio. J. S. La Due y F. Wróblewski.

\* Estudio arterial directo de la respuesta de la presión sanguínea al frío en sujetos normotensos e hipertensos antes y durante el tratamiento con varias drogas hipotensoras. J. H. Windesheim y cols.

\* Respuesta de la presión sanguínea a la maniobra de Valsalva en enfermos cardíacos con y sin insuficiencia congestiva. W. E. Judson y cols.

\* Estudios del tiempo de circulación durante la prueba de Valsalva en normales y en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva. P. Stucki y cols.

\* Oclusión arterioesclerótica de las arterias cerebrales: Mecanismo y consideraciones terapéuticas. W. L. Bruetsch. Promedios normales de la amplitud del balistocardiograma calibrado por fuerza. I. Starr.

\* Trazado electrocardiográfico de la hipertrofia ventricular derecha en el cor pulmonale crónico. R. C. Scott y colaboradores.

\* Medida y significado de los potenciales de cierre en el sujeto humano. E. Frank.

\* Efectos de la estimulación cardíaca eléctrica repetida en perros con corazón normal, bloqueo cardíaco completo y paro cardíaco experimental. T. E. Starzl y cols.

\* Tumores primarios del corazón. H. P. Goldberg e I. Seimberg.

**Alternancia eléctrica en los derrames de pericardio.**—Los autores encuentran que la alternancia eléctrica o una fluctuación del voltaje no debida a la respiración, se presenta con frecuencia suficiente en el derrame de pericardio como para ser de valor diagnóstico. Sólo en casos de derrames pericárdicos se han encontrado alteraciones simultáneas de los complejos auriculares y ventriculares. Sugieren que estas fluctuaciones del voltaje (tanto regulares como irregulares) sean debidas a movimientos del corazón dentro del líquido que llena el saco pericárdico.

**Pericarditis crónica con derrame.**—Los autores presentan un caso de derrame pericárdico crónico, asintomático, en un niño. A pesar de todas las investigaciones efectuadas, no se pudo encontrar ningún factor etiológico. Una revisión de la literatura, sólo ha puesto de manifiesto dos o tres casos similares. Los autores consideran la posibilidad de que exista un síndrome definido de derrame pericárdico crónico.

**Estudio de la respuesta de la presión arterial al frío.**—Los autores estudian la respuesta al frío de la presión arterial, registrándola tres veces a intervalos de quince minutos en 65 normales y 60 hipertensos antes y durante el tratamiento con drogas hipotensoras. La tensión arterial la registran directamente en la arteria radial. En los hipertensos, los agentes bloqueantes ganglionares producen una marcada reducción de la respuesta a la estimulación por el frío, efecto que no demuestran varias combinaciones de hidralazina, proteratrina y reserpina.

**Oclusión arterioesclerótica de las arterias cerebrales.**El autor examina histológicamente 20 cerebros con encefalomalacia arterioesclerótica, no observando verdaderas trombos. Da más importancia al depósito de lípidos en la parte fibroblástica de las placas arterioesclerosas. Da importancia a la presencia de "focos embrionarios de proliferación celular. En las pequeñas arterias señala de existencia de una proliferación endotelial. Esta proliferación endotelial de las pequeñas arterias, así como la proliferación fibroblástica de las placas arterioesclerosas en las grandes, ocurre en un momento de la vida del individuo en que varios tipos celulares muestran cierta tendencia a un crecimiento anormal.

## Gastroenterology.

29 - 1 - 1955.

\* Fenilbutazona (butazolidina). Estudios sobre la estimulación de la secreción gástrica y la formación de úlcera duodenales en perros. J. B. Kirsner y H. Ford.

\* Fenilbutazona (butazolidina). Efecto sobre la secreción gástrica basal y la producción de ulceraciones gastro-duodenales en perros. J. B. Kirsner y H. Ford.

\* Presiones en reposo y con la deglución en la región faringo-esofágica. F. E. Fyke Jr. y C. F. Code.

\* Secreción de un inhibidor de la tripsina en el jugo pancreático. M. H. Kalser y M. I. Grossman.

\* Evaluación de suspensiones de líquidos antiácidos y de tabletas en relación con la dinámica secretora. R. A. Lehman y L. Pollack.



- \* Amiloidosis del hígado. Correlación de los hallazgos clínicos y anatomopatológicos. M. S. Kleckner y J. Magidson.
- \* Determinación de la masa hepática por la bromosulfaleína en los conejos con hepatectomía parcial. S. Talleisnik.
- \* Eliminación urinaria de aminoácidos en la necrosis hepática difusa. V. Rapp de Eston, B. L. Wajchenberg, T. Eston y C. Pagano.
- \* Un nuevo procedimiento demostrativo para el estudio "in vivo" de la mucosa gástrica en los perros. V. Varro y T. Javor.
- \* Terramicina en la amebiasis. Estudios de laboratorio y clínicos, incluyendo un estudio comparativo con diodoguina. Y. A. El-Ghaffar y M. A. El-Ghaffar.
- \* Tumores polipoides benignos del duodeno. W. L. Alsbrook.
- \* Poliposis intestinal asociada con pigmentación de los labios, mucosa bucal y dedos. J. H. Stewart y C. F. Storey.
- \* Enfermedad de Whipple. Glicoproteínas, lipoproteínas y otros estudios bioquímicos antes y después del tratamiento con éxito por cortisona. F. Schaffner y A. L. Scherbel.
- \* Un caso posible de enfermedad de Whipple. B. G. Oren y R. M. Fleming.

**Estudios con fenilbutazona sobre la estimulación de la secreción gástrica y la formación de úlcera péptica en el hombre.**—Los autores, tras su estudio, llegan a las siguientes conclusiones: La fenilbutazona en dosis únicas tanto por vía oral como intramuscular puede aumentar la acidez gástrica basal en el hombre; en cambio, el agua simple, el suero salino isotónico, la cortisona, la ACTH, la colchicina y el salicilato sódico en dosis únicas generalmente no estimulan la secreción gástrica basal. El ácido acetilsalicílico por vía oral puede aumentar la acidez gástrica, pero no cuando se administra a pH neutro. Las dosis únicas de fenilbutazona no disminuyen significativamente los recuentos de eosinófilos. Como la fenilbutazona por vía oral puede aumentar la secreción gástrica en enfermos vagotomizados, la respuesta no depende necesariamente de un mecanismo vagal intacto, y como estimula la acidez gástrica en enfermos adrenalectomizados, la respuesta no está mediada necesariamente siguiendo la vía de la corteza suprarrenal. Los enormes volúmenes de secreción de ácido clorhídrico tras la administración de Histalog (3-beta-aminoetilpirazol) sin eosinopenia concomitante en personas con y sin úlcera péptica y en enfermos adrenalectomizados, indican que la secreción gástrica en el hombre puede estimularse tremendamente sin activación de la corteza suprarrenal. La administración de fenilbutazona puede complicarse por la formación o recidiva de úlcera péptica con hemorragia y perforación. Terminan diciendo que no se conoce el mecanismo del aumento de la acidez gástrica y la patogenia de las úlceras después de la administración de fenilbutazona, aunque aceptan que puede constituir un factor importante la lesión local de la mucosa gastroduodenal.

**Efecto de la fenilbutazona sobre la secreción gástrica basal y la producción de ulceraciones gastroduodenales en perros.**—Los autores han podido ver en seis perros con diferentes bolsas gástricas que la fenilbutazona intramuscular no altera demostrativamente la secreción gástrica en ayunas. Dicha droga en dosis únicas de 200 miligramos orales estimuló la secreción gástrica basal temporalmente en 5 de 12 estudios; el efecto se observó en animales en las fases cefálica, gástrica e intestinal de la secreción y animales que sólo conservaban la fase intestinal. En un perro con una bolsa gástrica total, a pesar de un aumento transitorio en el volumen de secreción de ácidos, la inyección intramuscular prolongada de fenilbutazona no aumentó el volumen de secreción en veinticuatro horas de ácido clorhídrico, pero el animal sucumbió por una úlcera gástrica crónica con hemorragia. En un perro la fenilbutazona no originó lesiones gastrointestinales, pero se demostraron en la autopsia erosiones y ulceraciones gastroduodenales en siete perros intactos a los que se dieron 3,6 a 35,2 gramos de fenilbutazona intramuscular durante períodos de diez a ciento tres días. Terminan diciendo que se desarrollaron lesiones similares en dos de tres perros totalmente adrenalectomizados después de la fenilbutazona intramuscular.

**Secreción de un inhibidor de la tripsina en el jugo pancreático.**—Declaran los autores que existe en el jugo pancreático un inhibidor de la tripsina, cuyas propiedades son similares a las del inhibidor cristalino de la tripsina preparado del tejido pancreático por Kunitz. Un extracto de la mucosa duodenal inactiva a este inhibidor del jugo pancreático. Añaden que probablemente el inhibidor de tripsina se segrega por las células acinares, más bien que por las células ductales del páncreas. La cantidad de inhibidor de la tripsina en el jugo está relacionada con la actividad proteolítica total del jugo activado; sin embargo, la capacidad del páncreas para aumentar la secreción del inhibidor de la tripsina en respuesta a la estimulación máxima es muy limitada en comparación con su habilidad para aumentar la secreción de proteasa. Terminan diciendo que en algunas muestras de jugo pancreático existen pequeñas cantidades de proteasa activa.

**Amiloidosis hepática.**—Declaran los autores que el diagnóstico de la amiloidosis hepática debe hacerse histológicamente tras la biopsia hepática por punción y no por la utilización de las pruebas de función hepática. Desde el punto de vista clínico, el aumento de tamaño del hígado y del bazo, la ascitis, los edemas, la retención de bromosulfaleína, la hipoproteinemia, la hiperglobulinemia, la reacción anormal de la floculación de cefalina-colesterina y la reacción positiva del rojo congo son los rasgos clínicos y de laboratorio sugestivos de amiloidosis hepática. En ninguno de sus enfermos con este proceso pudo demostrarse insuficiencia hepática; la ictericia se observa con mayor frecuencia en la amiloidosis primaria que en cualquier otro tipo. No han visto relación entre el grado de afectación de la amiloidosis hepática y el resultado de las pruebas de función; tampoco se observó relación entre la duración de la enfermedad asociada y el grado de afectación amiloidea del hígado. Desde el punto de vista histológico, existen depósitos de amiloide en los sinusoides y vasos sanguíneos en las triadas portales; en la amiloidosis hepática extensa puede existir una infiltración amiloide parenquimatosa pronunciada que origine la atrofia y comprensión del parénquima hepático.

**Eliminación urinaria de aminoácidos en la necrosis hepática difusa.**—Los autores han realizado el análisis de ocho casos de necrosis hepática difusa y han podido ver en el cromatograma urinario, incluso cuando se hace solo en una dimensión, datos de gran ayuda diagnóstica y denotadores de diferentes grados de lesión hepática. Señalan que en dos casos con una necrosis hepática fulminante masiva y difusa sugiriendo una hepatitis viral, con un proceso predominantemente necrótico en el estudio histopatológico, mostraron una elevación muy alta en la eliminación de aminoácidos y péptidos, siendo predominante en ambos casos la presencia de prolina en la orina. Un caso de degeneración hepática fulminante masiva y difusa con necrosis y un caso de necrosis hepática fulminante zonal (centrolobular con degeneración del resto del lóbulo) y difusa mostraron también una eliminación muy aumentada de aminoácidos y péptidos, pero sin la presencia predominante de prolina. El estudio incluye dos casos de necrosis lenta zonal y masiva y difusa, de los que uno mostró un ligero aumento en la aminoaciduria y el otro tenía un cromatograma urinario prácticamente normal; el estudio histopatológico de este último caso demostró evidencia de regeneración. Un enfermo con necrosis hepática fulminante masiva y difusa con ligera regeneración en células aisladas tenía a su ingreso un cromatograma que era casi normal. Un caso de necrosis hepática fulminante difusa mostró una aminoaciduria intermedia. En cinco de los enfermos a los que se administró cortisona y/o ACTH se vió un aumento en la aminoaciduria después de la administración de dichas hormonas. En un caso de cirrosis y en otro de absceso hepático múltiple la eliminación urinaria de aminoácidos y péptidos era normal.

**Terramicina en la amebiasis.**—Los autores han estudiado el efecto de la terramicina sobre la E. histolyti-

ca "in vitro" y encuentran que concentraciones de 1:2.000 la inhiben, mientras que las concentraciones inferiores al 1:10.000 estimulan las amebas; a estas concentraciones, tanto sobre los efectos inhibidores como estimulantes, se debían a una acción directa sobre el parásito. Han determinado las concentraciones de terramicina en las heces a 18 enfermos a los que se administraron 0,25 gramos cada seis horas, a 22 casos con 0,5 gramos cada seis horas y a ocho casos con 0,5 gramos cada cuatro horas; las determinaciones se hicieron al cuarto, octavo y duodécimo día en los dos primeros grupos y en el cuarto y octavo día, en el tercero. Encuentran que las dosis de 0,5 gramos, cada seis horas durante doce días ó 0,5 gramos cada cuatro horas durante ocho días consiguen concentraciones en las heces por encima de la concentración amebicida eficaz en el 100 por 100 de los casos; las dosis de 0,25 gramos cada seis horas durante doce días, 0,5 gramos cada seis horas durante ocho días ó 0,5 gramos cada cuatro horas durante cuatro días proporcionaron una concentración en las heces al mismo nivel o por encima de la concentración amebicida efectiva; las dosis de 0,25 gramos cada seis horas durante cuatro días o 0,5 gramos cada seis horas durante cuatro días produjeron concentraciones en las heces por debajo de la efectiva en un buen porcentaje de casos, por lo que esta dosificación no debe nunca administrarse por el peligro de estimular a las amebas. Han administrado terramicina a 72 enfermos con amebiasis intestinal sintomática crónica en dosis de 0,5 gramos cada seis horas durante ocho días y al tiempo diodoquina a 58 enfermos del mismo tipo en dosis de 0,63 gramos tres veces al día durante veinte días. A los siete meses se vió un 42 por 100 de recidivas en el grupo tratado con terramicina y el 32 por 100 en el grupo de diodoquina; sin embargo, la terramicina sobrepasó a la otra droga en el control de los síntomas. Terminan diciendo que la terramicina falló en dos casos de absceso amebiano del hígado.

**Poliposis intestinal asociada con pigmentación de los labios, mucosa bucal y de los dedos.**—Los autores presentan un caso que exhibía los rasgos típicos del síndrome de Peutz, esto es, poliposis intestinal asociada con pigmentación de los labios, de la mucosa bucal y de los dedos. Sin embargo, esta enferma representaba una excepción a la habitual tendencia heredofamiliar de dicho trastorno.

**Enfermedad de Whipple.**—Los autores presentan un caso de enfermedad de Whipple en el que se obtuvo una notable y permanente respuesta a la terapéutica con cortisona. Añaden que los diferentes estudios bioquímicos de los polisacáridos del suero y los estudios electroforéticos de las proteínas, lipoproteínas y glicoproteínas sugieren que esta enfermedad es una manifestación rara de una "enfermedad del colágeno" generalizada, o bien, más verosimilmente, una bizarra inflamación primaria de los linfáticos mesentéricos. La anomalía bioquímica fundamental parece consistir en la presencia de una gamma-globulina rica, tanto en carbohidratos como en lípidos, y aparentemente el depósito de lípidos es secundario a las alteraciones inflamatorias.

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

96 - 1 - 1955.

- \* Tipos de muerte en el infarto miocárdico agudo. N. W. McQuay.
- \* Aspectos nutritivos y metabólicos de la insuficiencia cardíaca congestiva. M. G. Wohl.
- \* Embolia pulmonar. S. Krause.
- \* Efecto de la irradiación con un millón de voltios sobre el tracto gastrointestinal. I. B. Brick.
- \* La personalidad en la úlcera péptica. H. P. Roth.
- \* Bocios adenomatosos y el yodo precipitable del suero. W. V. Baker.
- \* Actividad de la fiebre reumática determinada por dos métodos correlativos. R. K. Skillman.
- \* Evaluación clínica de la puromicina en la enfermedad neoplásica humana. J. C. Wright.

Tratamiento en Medicina interna: Tratamiento de la hemorragia gastrointestinal masiva en las salas del Boston City Hospital. N. Zamcheck.  
Progresos en Medicina interna: Enfermedades infecciosas. H. A. Reimann.  
\* Enfermedad por hemoglobina-C. H. H. Orvis, P. B. Holly y N. E. Smith.

**Tipo de muerte en el infarto miocárdico agudo.**—Los autores han realizado un análisis de 133 casos de infarto miocárdico agudo que murieron durante su estancia en el hospital; en todos los casos se hizo la necropsia, estudiándose también la edad, sexo y tipo, y localización del infarto agudo y la incidencia de infarto miocárdico previo. Los tres tipos fundamentales fueron la insuficiencia miocárdica, que se produjo en el 43 por 100 de los casos; la insuficiencia coronaria, en el 23 por 100, y la ruptura del corazón, en el 15 por 100. Un factor que influyó la presentación de insuficiencia miocárdica fué el infarto previo; la insuficiencia coronaria, terminó empleando para designar un síndrome de dolor recidivante después del infarto agudo, pero sin infarto recidivante, se produjo en el 23 por 100 de los enfermos, y en este grupo el infarto agudo fué de tipo subendocárdico en un número mayor de casos que para la serie total; la ruptura del corazón (del septo ventricular en seis casos y de la pared libre en 14) se observó sólo en enfermos que tenían un infarto transmural. Predominaron las mujeres entre los enfermos que mostraron la ruptura del corazón. La diferencia en la incidencia de esta complicación entre los enfermos a los que se administraba terapéutica anticoagulante y aquellos a los que no se les administró dicha terapéutica no fué significativa. Se produjeron grandes embolias en el 6 por 100 de los enfermos; la mitad de ellas eran pulmonares y la otra mitad generales.

**Aspectos metabólicos y nutritivos de la insuficiencia cardíaca congestiva.**—Comienza diciendo el autor que la capacidad del corazón para realizar su función en el mantenimiento de la circulación puede influenciarse materialmente por la dieta. Mediante una regulación apropiada de la dieta, utilizando comidas subcalóricas en la insuficiencia aguda, se reduce el trabajo del corazón y aumentando al tiempo el flujo sanguíneo, descendiendo la presión arterial, lentificando el ritmo cardíaco, aumentando la capacidad vital y provocando diuresis. La restricción del sodio de la dieta es un paso básico para evitar la retención de líquidos como consecuencia del empeoramiento en la eliminación renal de sodio. Deben realizarse esfuerzos para asegurar depósitos adecuados de potasio en los tejidos por la administración periódica de sales potásicas en los casos de insuficiencia crónica. Se requiere una terapéutica suplementaria con vitaminas, según se demuestra por la presencia de depósitos escasos de vitaminas en los tejidos en la insuficiencia cardíaca y los grandes ritmos de eliminación de vitaminas durante la diuresis. Termina diciendo que es necesario asegurar una ingestión proteica adecuada con el fin de evitar los fenómenos de la malnutrición proteica que aparecen eventualmente en algunos de dichos enfermos.

**Embolia pulmonar.**—En los últimos años varios autores han subrayado que la embolia pulmonar se diagnostica escasamente. Los autores son de esta misma opinión y creen que el primer requisito para aumentar el diagnóstico es pensar en dicha complicación; particularmente, es significativa la frecuencia de la embolia pulmonar como complicación de insuficiencia cardíaca congestiva. Como es aconsejable diagnosticar la embolia pulmonar con hallazgos mínimos antes de que se produzca un ataque, creen que la expresión de aprensión, ansiedad y sus concomitantes debe considerarse como síntomas premonitores de la embolia pulmonar. Estos signos, a menudo confirmados por estudios electrocardiográficos, deben conducir a la institución de un tratamiento profiláctico vigoroso y apropiado. En este sentido, subrayan que los electrocardiogramas deben obtenerse inmediatamente y compararlos con trazados controles, ya que pueden ser diagnósticos o sugestivos de embolia pulmonar cuando faltan



todavía los signos físicos. Es, por lo tanto, concebible que en el futuro, con técnicas mejoradas, podrá realizarse un mayor número de extirpación de émbolos de la arteria pulmonar principal.

**Bocios adenomatosos y el yodo precipitable del suero.** Los autores han evaluado el estado de la función tiroidea en 90 enfermos con bocios adenomatosos. Algunos enfermos eran de edad avanzada (promedio de edad para el grupo de 64,1 años) y la mayoría padecía enfermedades distintas de las tiroideas; no se ha incluido en este análisis ningún paciente con enfermedad de Graves. Al final del estudio se catalogaron como eutiroides al 65 por 100 (59 enfermos); en ellos el yodo precipitable del suero varió de  $2,5 \mu$  a  $6,9 \mu$  por 100 c. c. de sangre (promedio de  $5,0 \mu$ ). El 91 por 100 de sus enfermos sin enfermedad tiroidea dieron un yodo precipitable entre  $3,5 \mu$  a  $7,0 \mu$  (promedio de  $5,1 \mu$ ). Se catalogaron como hipertiroides a 23 enfermos; más de la mitad (15) tenían sólo elevación mínima del yodo precipitable, esto es, valores entre  $7,0$  y  $9,0 \mu$  por 100 c. c. Sus estudios indican que es raro encontrar un enfermo hipertiroides con un yodo precipitable inferior a  $7,0 \mu$  por 100 c. c., y todavía más raro por debajo de  $6,5 \mu$ ; además, el hallazgo de un yodo precipitable por encima de  $7,0 \mu$  indica generalmente hipertiroidismo. Como la mayoría de los enfermos tirotóxicos con bocios adenomatosos exhiben elevaciones mínimas del yodo precipitable del suero, incumbe al médico no ignorar incluso valores ligeramente elevados. Es su impresión que los mecanismos que controlan normalmente la función tiroidea están intactos en los enfermos hipertiroides con bocios adenomatosos.

**Actividad de la fiebre reumática determinada por dos métodos correlativos.** — Comienzan diciendo los autores que el principio de la reacción antígeno-anticuerpo ha sido la base de numerosas pruebas para identificar las enfermedades infecciosas. Se ha demostrado también que los eritrocitos que han sido cubiertos con un antígeno se aglutinan con un antisuero preparado con este antígeno; cuando se añade el complemento a este sistema se produce la hemólisis bajo ciertas condiciones. Como la fiebre reumática se asocia con una reacción tisular a los estreptococos betahemolíticos del grupo A, ha sido el propósito de este estudio determinar si un medio de identificar un antígeno bacteriano específico, o los anticuerpos despertados por él, podrían servir para averiguar la actividad de la fiebre reumática. Han empleado dos métodos; en uno de ellos utilizan como fuente de anticuerpos el suero de enfermos reumáticos; como fuente de antígeno, los hematíes de carnero cubiertos con estreptococos betahemolíticos del grupo A muertos por el calor que habían sido aislados de enfermos con fiebre reumática activa, y se añade el complemento para producir la hemólisis. El otro método utiliza como fuente de anticuerpos el antisuero contra los estreptococos betahemolíticos del grupo A obtenidos de conejos y como fuente de antígeno los hematíes de enfermos con fiebre reumática expuestos al antígeno "in vivo". En la mayoría de los casos el método de la hemólisis utilizando el suero del enfermo como fuente de antígeno fué algo más sensible; en ambos métodos, el tratamiento de los eritrocitos con papaina reforzó la reacción. Los estudios de control de 77 enfermos diversos, incluyendo aquellos en los que se asimilaron estreptococos alfa y betahemolíticos, no mostraron ejemplos en los que otras enfermedades interfirieran con ambos métodos, lo que indica una especificidad excelente de dichas pruebas en la fiebre reumática activa. Se obtuvieron relaciones clínicas en 78 enfermos con fiebre reumática, la mayoría de los cuales fué probada a intervalos durante el proceso de la enfermedad. Los títulos en ambos métodos estaban elevados en los primeros días del proceso activo en la mayoría de los casos, para descender después gradualmente y desaparecer conforme el proceso se hacía inactivo. Los resultados también indican una relación excelente entre los resultados de la prueba y estado clínico de la enfermedad, aunque la altura del título no era indicativa de la intensidad del proceso. Conclu-

yen que estos métodos son de valor práctico para averiguar la actividad o la quiescencia de una fiebre reumática, así como para distinguir la fiebre reumática de otros procesos con manifestaciones clínicas similares.

**Enfermedad por hemoglobina-C.**—Los autores describen el caso de un enfermo que mostraba síntomas intermitentes sugestivos de una colecistopatía, esplenomegalia, anemia leve, aumento de la bilirrubina de reacción indirecta, reticulocitosis, numerosas células en diana, ausencia de fenómeno falciforme, disminución de la fragilidad osmótica y una hiperplasia normoblástica de la médula ósea. La electroforesis en papel demostró la existencia de un 100 por 100 de hemoglobina-C. La mayoría de estas características existían en los casos previamente descritos, pero, además, su enfermo mostraba un aumento en las globulinas, una prueba positiva de floculación de la cefalina y disminución en la concentración de protrombina. Parece inverosímil que estos rasgos se asocien con la enfermedad por hemoglobina-C, pero sería interesante ver repetidas estas pruebas en otros casos. La observación durante seis años de este enfermo indica que sus valores hematológicos han permanecido prácticamente constantes; no se ha visto nada sugestivo de crisis y en su caso confirma la impresión general de que la enfermedad por hemoglobina-C homocigótica es una anemia hemolítica leve relativamente estable.

## The American Journal of the Medical Sciences.

230 - 2 - 1955.

- Efectos interactivos de la sanidad pública, fertilidad y economía general sobre los standards de vida. I. Investigación analítica conductora al desarrollo de un "índice de situación" de una región. A. Langer y P. S. Henshaw.
- Influencia de la clorpromazina y del alcohol sobre la hemodinámica y metabolismo del cerebro. J. F. Fazekas, S. N. Albert y R. W. Alman.
- \* Efectos comparativos de cuatro bloqueantes ganglionares sobre el sistema cardiovascular del hombre. T. Winsor.
- \* Significación de los cuerpos de Heinz en las anemias de etiología oscura. B. Fisher.
- \* Las ondas T en la hiperpotasemia. H. A. Braun, B. Surawicz y S. Bellet.
- \* Un estudio de ciertos factores sexuales y el tratamiento hormonal en el carcinoma broncogénico. K. B. Olson.
- \* Amilasa y lipasa del suero en la parotiditis. W. R. Warren.
- \* Evaluación clínica de la terapéutica medicamentosa en la hipertensión. J. L. Denney, W. G. Frasher y D. D. Hoytt.
- \* El electroencefalograma en la atrofia cerebral. A. Bales-trieri, L. Greenstein y H. Strauss.
- \* Estudios de balance nitrogenado en la hepatitis viral aguda. I. C. Plough, B. T. Forsyth, P. E. Teschan y V. M. Shorov.
- Una noria motorizada: Un método para valorar cuantitativamente la claudicación intermitente. W. S. Collens, M. A. Altman y A. B. Stern.
- \* Insuficiencia aórtica en adultos jóvenes. W. Ruberman y M. J. Hoffman.

**Efectos comparativos de cuatro bloqueantes ganglionares sobre el sistema cardiovascular del hombre.**—Los autores han estudiado los efectos hipotensores y bloqueantes ganglionares de cuatro agentes de bloqueo ganglionar. El más eficaz fué el SU 3.088, que se mostró capaz de bloquear los ganglios autonómicos cuando se administraba en dosis diurnas de cerca de 200 miligramos; el efecto colateral más desfavorable de este agente fué el trastorno de la claridad de la visión que, sin embargo, servía para la regulación de la dosificación. El hexametonio, el azametonio y el SC 1950 fueron bloqueantes ganglionares menos eficaces, ya que se requirieron dosis mayores para descender la presión sanguínea o producir vasodilatación.

**Significación de los cuerpos de Heinz en las anemias de etiología oscura.**—Declara el autor que el examen de preparaciones de sangre en fresco correspondientes a dos enfermos con síntomas de anemia hemolítica, demostró la presencia de cuerpos de Heinz en el interior de los hematíes. Con esta evidencia objetiva fué posible

interrogar a estos enfermos más profundamente en relación a su contacto con sustancias químicas. Y, en efecto, pudo establecerse que ambas enfermas habían tomado derivados fonólicos con el fin de interrumpir supuestos embarazos.

**Las ondas T en la hiperpotasemia.**—Los autores han hecho una tentativa para diferenciar las ondas T de la hiperkalemia de ondas T similares en otros procesos. Con el fin de obtener descripciones objetivas de las ondas T se determinaron los siguientes factores: El intervalo QT, el punto oT (esto es, el comienzo de T, definido como el punto del segmento RS-T más distante en la línea que conecta la unión RS-T con el vértice de T), el punto T/2 (esto es, punto medio de T, definido como el punto en la fase ascendente de T cuando se alcanza la mitad de la amplitud de T) y el punto aT (esto es, el vértice de T). Estos factores sirvieron para definir las siguientes características de las ondas T: La altura es la relación entre la amplitud de T y la amplitud de QRS; largura es la distancia entre oT y el fin de T; hay simetría si la perpendicular en aT divide la longitud en componentes iguales. Ascendencia es la relación entre amplitud y el intervalo de oT a aT; agudeza es la relación entre el intervalo de T/2 a aT y la longitud; su utilidad es la relación entre amplitud y longitud. Las características así definidas se compararon en los siguientes tres grupos de enfermos: Grupo A, consistente en individuos normales; grupo B, enfermos con hiperkalemia, y grupo C, enfermos sin desequilibrio electrolítico, pero con ondas T similares a las encontradas en la hiperkalemia. La altura, ascendencia, agudeza y delicadeza fueron más pronunciadas en los grupos B y C que en los individuos normales. Sólo dos de las características de las ondas T en la hiperkalemia eran de valor para diferenciarlas de ondas T similares en personas sin desequilibrio electrolítico; estas dos características fueron la frecuente restricción de la largura y la combinación de altura, ascendencia y agudeza marcadas con restricción de la largura. La ligadura terminal de QRS o una onda S sin gran alargamiento de QRS fueron una demostración frecuente en las derivaciones I y V<sub>6</sub> en los hiperkalémicos; estas características de QRS pueden ser de ayuda para evaluar las ondas T en casos con sospecha de hiperkalemia. La hiperkalemia inducida en perros por infusión confirma el concepto de que las alteraciones de la onda T en este proceso son primarias y no secundarias a la alteración de QRS. Terminan discutiendo los factores que causan dificultades en el diagnóstico electrocardiográfico de la hiperkalemia.

**Factores sexuales y tratamiento hormonal en el carcinoma broncogénico.**—A pesar del gran predominio de los varones en la mayoría de los casos referidos de cáncer broncogénico, no hay datos que demuestren que la hormona sexual es un factor significativo en el desarrollo de estos tumores. Los datos disponibles parecen indicar que factores ambientales, como la ocupación y los hábitos de los enfermos, son epidemiológicamente más importantes que su sexo. Los autores han demostrado que la eliminación de 17-cetoesteroides se mantenía en límites normales en el 90 por 100 de un grupo de 25 hombres con cáncer broncogénico. No se obtuvo ninguna mejoría objetiva en 19 casos tratados con estilbestrol o testosterona; en dos enfermos se notó cierto alivio de las molestias, tras la radioterapia, con testosterona.

**Amilasa y lipasa del suero en la parotiditis.**—Señala el autor que en una serie de 44 casos típicos de parotiditis la amilasa del suero se encontraba aumentada en el momento de la presentación en el 81,8 por 100 de los enfermos; la lipasa del suero estaba aumentada en el 72,7 por 100. Se llega a la conclusión de que cada una de ellas y todavía más la combinación de ambas determinaciones ofrece una firme base diagnóstica en casos dudosos de esta enfermedad. El nivel inicial de amilasa del suero mostraba relación con la intensidad de la enfermedad, la altura de la fiebre, el tamaño de la parótida y la frecuencia de náuseas y vómitos. Las

determinaciones seriadas de amilasa revelaron una reducción de rapidez variable (dependiente de los valores máximos) con fluctuaciones sin relación pronunciada con el curso del proceso; parece, por lo tanto, que la determinación es de poco valor práctico en cuanto al criterio pronóstico. El origen de esta hiperamilasemia parece residir en las parótidas y en las glándulas intestinales, pero el aumento de la lipasemia parece provenir exclusivamente de las glándulas intestinales. Avanza el concepto de que la parotiditis puede considerarse como una infección de las glándulas serozimógenas en todas las partes del cuerpo y que las cifras elevadas de los enzimas en el suero se derivan variablemente de los diferentes orígenes.

**Evaluación clínica de la farmacoterapia en casos de hipertensión.**—Los autores han hecho experiencias con 130 hipertensos, tratados con placebos, reserpina, hidralazina, hexametonio y hexametonio más hidralazina en combinación y llegan a las siguientes conclusiones: 1.ª) Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la terapéutica con placebos y cada una de las terapéuticas con agentes activos. 2.ª) La reducción media de la tensión es escasa y los casos individuales muestran un amplio espectro de variaciones. 3.ª) Se produjeron reducciones excelentes de la tensión en casos individuales con cada uno de los fármacos empleados. 4.ª) La respuesta específica generada por una droga específica no podía predecirse ante un ensayo práctico. 5.ª) La producción de reducción significativa de la tensión no fué una característica de la mayoría de los casos. 6.ª) Los vértigos no fueron utilizables como criterio de la eficacia del tratamiento con hexametonio. Terminan diciendo que la terapéutica medicamentosa en la hipertensión es todavía empírica y los beneficios máximos son solamente obtenibles tras periodos prolongados de experimentación con diferentes dosis y con diversos agentes en cada caso individual.

**Electroencefalograma en la atrofia cerebral.**—Los autores han estudiado 100 casos de atrofia cerebral demostrada por neumoencefalografía y los datos neumoencefalográficos y clínicos los relacionan con los hallazgos electroencefalográficos. Se encontró un encefalograma anormal en 51 casos, en 30 de los cuales esta anormalidad era difusa y en 21 sólo focal. En 12 de los registros con anormalidades focales, éstas se manifestaban por irregularidades de las ondas delta; en cada uno de estos casos los enfermos tenían historias de accidentes cerebrovasculares y de traumas cerebrales; se demostró un alto grado de anormalidades electroencefalográficas en los casos de cuatro enfermos que padecían ataques epilépticos. No se obtuvo registro de foco de actividad irregular de las ondas delta combinados con un alto grado de anormalidad en casos de atrofia cerebral sin accesos epilépticos. Luego, la presentación de este tipo de registro en un enfermo que no padece de ataques epilépticos sugiere fuertemente la existencia de una lesión expansiva, lo mismo si la historia del enfermo refiere un trauma cerebral o la probabilidad de un accidente cerebrovascular.

**Balance nitrogenado en la hepatitis viral aguda.**—Se acepta generalmente que una dieta rica en proteínas es beneficiosa en la cirrosis y se ha demostrado que dicha dieta abrevia el curso de la hepatitis aguda. Para dilucidar los posibles mecanismos de este último efecto, los autores han estudiado cinco enfermos de hepatitis aguda por medio de la técnica de balance de nitrógeno, comenzando durante la primera semana de ictericia. Se emplearon cantidades bajas y moderadas de proteínas para poner a prueba los mecanismos de conservación de las proteínas. La absorción de nitrógeno era normal. Las variaciones observadas en el balance del nitrógeno fueron explicables como respuestas normales a factores como el cambio en la ingestión de proteínas y el cambio en la actividad y como una respuesta catabólica a la infección. Los enfermos parecían conservar el nitrógeno tan eficazmente como



los individuos normales. No se vieron indicios de cambios en el balance del nitrógeno asociados con alteraciones en la intensidad de la enfermedad. Consiguientemente es probable que las proteínas ejercen su efecto benéfico restaurando un déficit de proteínas que podía ser preexistente o haberse desarrollado en la primera fase de la enfermedad.

**Insuficiencia aórtica en adultos jóvenes.**—Señalan los autores que un análisis de los casos correspondientes a 61 reclutas aceptados por la Armada estadounidense a pesar de la existencia de la lesión valvular reumática, indicaba que el 54 por 100 de ellos tenía insuficiencia aórtica. Este hecho es una ilustración de la dificultad de apreciar el soplo diastólico que es característico de esta lesión. La tercera parte de los enfermos exhibía signos periféricos de regurgitación, mientras que el 3 por 100 mostraba un aumento de tamaño del ventrículo izquierdo. Así, las dos terceras partes de los enfermos tenían solamente el soplo como signo de la lesión. Añaden que la auscultación debe ser realizada en un ambiente tranquilo, con el enfermo inclinado hacia delante tras una espiración máxima; los médicos deben ser especialmente precavidos siempre que se obtengan historias de fiebre reumática. En los presentes casos, el 70 por 100 de los enfermos con insuficiencia aórtica contaban dicha historia.

## Annals of Internal Medicine.

43 - 2 - 1955.

- \* Evaluación del hierro en el suero en la enfermedad del hígado. C. M. Stone Jr., J. M. Rumball y C. P. Hassett.
- \* Parálisis periódica asociada con hipertiroidismo: Referencia de tres casos. M. A. Linder.
- Formas micelares de coccidiodis immitis en el esputo y tejidos del huésped humano. M. J. Fiese, S. Cheu y R. H. Sorensen.
- Resultados de las 2-hidroxiestilbamidina en la coccidiodis micosis diseminada. I. Snapper, L. A. Baker, B. D. Edidin y D. S. Kushner.
- Quimioprolifaxis de la infección. L. Weinstein.
- Resistencia bacteriana a los antibióticos. M. H. Lepper.
- \* Tratamiento de las infecciones del tracto urinario. E. N. Cook.
- \* Revalorización de la terapéutica con sulfonamidas. E. M. Yow.
- Reacciones alérgicas a las sulfonamidas y antibióticos. F. C. Lowell.
- \* Actividad transaminasa oxalacético glutámico del suero como un índice de la lesión celular hepática: Referencia preliminar. F. Wróblewski y J. S. La Due.
- Diagnóstico electrocardiográfico de la isquemia miocárdica aguda. G. B. Myers y F. N. Talmers.
- \* Estudios clínicos de la amiloidosis secundaria en tuberculosis. M. H. Waid.
- \* Dos casos de hipertensión pulmonar primaria con muerte súbita asociada con la administración de barbitúricos. S. R. Inkley, L. Gillespie Jr. y R. K. Funkhouser.
- \* Amiloidosis primaria con ruptura espontánea del bazo y muerte súbita. J. Fl. Drapiewski, S. B. Sternlieb y R. Jones.
- \* Enfermedad falciforme con hemoglobina-C. E. F. Hays y R. L. Engle Jr.
- Coartación de la aorta abdominal con muerte por ruptura de un aneurisma de una arteria cerebral. S. F. Kaufman y J. W. Markham.
- Aneurisma congénito del ventrículo izquierdo. C. A. Bertrand y R. N. Cooley.
- Reacción tóxica a la mercaptomerina. R. L. Segal.

**Hierro del suero en las enfermedades del hígado.**—Señalan los autores que la redistribución del hierro en el organismo es un proceso efectuado a través del suero. En este proceso el hígado tiene una importante función. Los estudios referidos en la literatura indican que en las enfermedades del hígado el nivel del hierro en el suero es normal en los enfermos de cirrosis con o sin ictericia e igualmente en los enfermos con obstrucciones biliares extrahepáticas. Por otro lado, el nivel del hierro en el suero está elevado en los casos de hepatitis aguda; esta enfermedad es la única infección aguda en que tal alteración ha podido demostrarse. El presente trabajo se basa en el estudio de 61 casos de enfermedad hepática demostrada por examen histológico; en estos 61 casos se hicieron 147 determinaciones de hierro sérico, y además, se estudió también en 25 sujetos normales. En éstos, el hierro del

suero variable entre 70 y 170  $\mu\text{g}$ . por 100 con un valor medio de 108,4; en 34 enfermos con cirrosis, el valor medio correspondiente era 102; en 10 enfermos con ictericia era 116, pero en 17 enfermos con hepatitis, el valor medio fué de 240. La determinación del hierro se realizó por una modificación del método descrito por BARKIN y WALKER; no se vió relación entre los valores de hierro sérico y los resultados de las pruebas de función hepática. Los autores opinan que los valores altos del hierro sérico en la hepatitis están causados por una necrosis de las células hepáticas, lo que origina la retroemisión del hierro hacia el suero. Han registrado gráficamente los resultados de las determinaciones en serie del hierro sérico y de otras pruebas de función hepática correspondientes a dos casos seleccionados; en uno se trataba de un enfermo con una convalecencia prolongada de hepatitis y el otro representaba un curso típico de la enfermedad. Llegan a la conclusión de que la determinación del hierro sérico es útil para el diagnóstico diferencial de la ictericia, y que esta determinación deberá sustituir a las pruebas de carácter poco específico. La presentación tardía en el aumento máximo del nivel del hierro sérico en la hepatitis aguda indica un curso prolongado.

**Parálisis periódica asociada con hipertiroidismo.**—Declara el autor que la literatura médica ha referido cerca de 450 casos de parálisis periódica, predominantemente de tipo familiar, y que desde 1902 varios autores han referido 35 casos de parálisis periódica asociada con hipertiroidismo. Ambos tipos se caracterizan por ataques de parálisis flácida, principalmente de las extremidades, con un nivel anormalmente bajo de potasio en el suero; en muchos casos, los ataques típicos pueden inducirse por la administración de una comida rica en hidratos de carbono *per se* o combinada con dosis subcutáneas de insulina o adrenalina. Hay controversia en cuanto al mecanismo exacto que conduce a la presentación de un ataque, y se han emitido muchas teorías, que son objeto de discusión en el presente trabajo. No obstante, la teoría más aceptable establece una conexión entre la enfermedad y la pérdida o el consumo de potasio en el metabolismo gliogénico. Como este metabolismo está profundamente afectado por el hipertiroidismo, es muy plausible el postular una relación entre las dos entidades. En todos los casos, los síntomas de la parálisis desaparecen cuando se controla adecuadamente el hipertiroidismo, sin relación con el tipo de terapéutica empleado. Presenta tres casos de varones adultos jóvenes que desarrollaban parálisis periódica al tiempo que su hipertiroidismo se hacía manifiesto. En estos casos no ha habido recidivas de la parálisis durante periodos entre 5 y 40 meses después de la tiroidectomía subtotal. Concluye diciendo que hay una gran probabilidad de que las dos entidades mencionadas coexistan más comúnmente de lo que los trabajos previos han indicado.

**Tratamiento de las infecciones del tracto urinario.**—Plantea el autor la necesidad de comprobar la presencia de una infección, y una vez establecida se deben obtener ciertas informaciones en relación con el tipo de infección de que se trata. Se debe siempre recordar que muchas infecciones de las vías urinarias son consecuencia de entidades patológicas coexistentes que pueden bloquear la eficacia de cualquier tratamiento directo de la infección. La valoración exacta de la historia de cada caso individual y la recogida y examen correctos de una muestra de orina debe obtenerse por cateterización, y en los hombres utilizar los vasos después de haber limpiado el glande y el meato externo. Una vez recogida la muestra, se centrifuga, y el sedimento se examina al microscopio. Si se encuentran gérmenes en el sedimento, es fácil separar los bacilos y los cocos, puesto que aquéllos son Gram-negativos y éstos Gram-positivos. Si el caso se caracteriza por síntomas asociados que parecen indicar una lesión coexistente en las vías urinarias, deberá realizarse inmediatamente un estudio urológico completo. La penicilina ejerce hoy su mayor efecto sobre los estrepto-



cocos, sin incluir el fecalis. La estreptomycinina raramente está indicada en el tratamiento de las infecciones urinarias. La polimixina es una droga de toxicidad extremada y deberá usarse solamente en casos de infecciones urinarias causadas por gérmenes del género *pseudomonas* y cuando el enfermo está grave. Después de operaciones prostáticas, ejecutadas no importa por qué método, hay, generalmente, un cierto grado de residuo de uretritis posterior y prostatitis en la parte remanente de la cápsula prostática; en todos los casos la orina revela frecuentemente la presencia de piuria, sintoma que puede persistir durante largos años, pero sin que sea causa de verdaderas dificultades. El lavado de la vejiga y la instalación de una proteína con plata es frecuentemente de ayuda inmediata cuando la infección en cuestión es aguda. Además, cuando las enfermas son mujeres con trigonitis y uretritis pueden obtenerse buenos resultados por instilaciones de argiro, lavado de la vejiga, empleo de supositorios uretrales y dilataciones. A veces este programa demuestra su eficacia cuando los antibióticos no tienen valor.

**Revaloración de las sulfonamidas.**—Declara el autor que el valor de los antibióticos está limitado hoy en día por tres problemas importantes: 1) La frecuencia creciente de reacciones graves y a veces mortales de hipersensibilidad 2) El desarrollo de superinfecciones en el curso del tratamiento. 3) La frecuencia creciente de infecciones por estafilococos resistentes a los antibióticos y por bacilos Gram-negativos. El descubrimiento de las sulfamidas solubles ha eliminado prácticamente el efecto tóxico previamente más frecuente de estas drogas, esto es, la formación de cristales en los túbulos renales con la consiguiente hemorragia y obstrucción. La frecuencia de los otros efectos desfavorables de las sulfonamidas es, probablemente, del mismo rango que la frecuencia de tales efectos en asociación con terapéutica antibiótica. Aunque las sulfonamidas son agentes antibacterianos menos potentes que los antibióticos, tienen la evidente ventaja de que producen alteraciones menos drásticas en la flora normal del cuerpo y en las superinfecciones posteriores. Las sulfonamidas son tan eficaces como los antibióticos en el tratamiento de infecciones meningocócicas, disenteria bacilar, chancroide y tracoma; generalmente son eficaces en la mayoría de las infecciones de las vías respiratorias y en las infecciones no complicadas de las vías urinarias. Son también de valor en combinación con los antibióticos en el tratamiento de actinomicosis, meningitis neumocócica, infecciones por *hemophilus influenzae* y neumonía de Friedlaender. El empleo de sulfonamidas en pequeñas infecciones originadas por gérmenes sensibles puede retardar el desarrollo de razas bacterianas resistentes a los antibióticos y permitir así reservar los agentes más potentes para su uso en las infecciones graves.

**Actividad transaminasa oxalacético glutámico del suero como índice de la lesión celular hepática.**—Señalan los autores que la transaminasa oxalacético glutámico está extensamente distribuida en los tejidos animales; esto ocurre en concentraciones mayores en el músculo cardíaco, y en orden progresivamente inferior, en los músculos esqueléticos, cerebro, hígado y riñones. Todos los sueros humanos ensayados por los autores mostraron una actividad transaminasa oxalacético glutámico, y en el caso de los sueros normales, la actividad variaba entre 5 y 40 unidades. La actividad enzimática debe determinarse espectrofotográficamente por un método rápido y sencillo. El nivel de transaminasa oxalacético glutámico del suero está marcadamente elevado después de las lesiones agudas de las células hepáticas causadas por intoxicaciones con tetracloruro de carbono, por la hepatitis infecciosa y por la hepatitis de suero homólogo. Se observaron alteraciones significativas en enfermos con obstrucción biliar extrahepática, con cirrosis y con neoplasias primarias o metastásicas del hígado. El nivel de la transaminasa oxalacético glutámico del suero parece ser un índice de lesión de las células hepáticas, y exceptuando los casos de evidentes lesiones del tejido hepá-

tico o del músculo cardíaco o esquelético, el nivel en el suero no se mostraba elevado en enfermos con procesos infecciosos, neoplásicos, degenerativos, metastásicos, reactivos o congénitos. Terminan diciendo que, utilizada como ayuda en el laboratorio, la determinación de la transaminasa oxalacético glutámico del suero parece ser una técnica prometedora en el estudio de las enfermedades hepáticas experimentales y clínicas.

**Amiloidosis secundaria en la tuberculosis.**—El autor comunica el estudio clínico de 30 casos de amiloidosis secundaria a tuberculosis. El intervalo entre la declaración de la tuberculosis y el descubrimiento de la amiloidosis se estimó en 4,6 años. Se observó una retención superior al 90 por 100 del rojo congo en un momento u otro del curso de todos los enfermos. Casi sin excepción existían albuminuria y hepatomegalia, fenómenos de gran importancia diagnóstica. Se observó una frecuencia considerable de anomalías hepáticas; las bases de esta observación fueron especialmente una disminución en la esterificación de la colestera, inversión del cociente albúmina-globulina y cifras altas de la prueba de floculación de la cefalina; en ciertos casos, otras pruebas funcionales dieron resultados anormales. No era corriente la disfunción renal con uremia, sino una eliminación perturbada de la fenolsulfotaleína y resultados correspondientes en otras pruebas funcionales del riñón, pero fué rara la presencia clásica de los síntomas de nefrosis; no había edemas o eran mínimos en la mayoría de los casos, y cuando existían, no mostraban relación con la hipoproteinemia o la albuminuria; tampoco era corriente la hipercolesterolemia. Añade que las variaciones de las proteínas del plasma son, aparentemente, el resultado combinado del efecto estimulante de la infección sobre la formación de globulinas, de la pérdida de albúminas a través del riñón y de la depresión de ambas fracciones proteicas como consecuencia del funcionamiento inadecuado. Sus datos indican claramente el efecto benéfico que los recientes progresos en la terapéutica antituberculosa han ejercido sobre el pronóstico de la amiloidosis. Describe en detalle dos casos de regresión aparente de la amiloidosis con cierta imperfección residual del riñón y/o del hígado.

**Hipertensión pulmonar con muerte súbita por administración de barbitúricos.**—Fué notable en estos dos casos descritos por los autores de hipertensión pulmonar que los enfermos murieran poco después de la administración intravenosa de barbitúricos. Se habían hecho estudios de cateterización en ambos enfermos y la presión de la arteria pulmonar era marcadamente elevada en estado de reposo. El segundo caso se caracterizaba también por la presencia de policitemia; en este caso, la sangre arterial exhibía una oxigenación incompleta, lo que se había desarrollado en un periodo avanzado de la vida como consecuencia de un foramen oval patente con derivación de derecha a izquierda. En ambos enfermos existían síntomas de fatiga con malestar general del tipo observado en la neurastenia. Los autores opinan que la muerte súbita asociada con la administración de barbitúricos estaba posiblemente conexada con el volumen cardíaco reducido y el aumento de la resistencia periférica que otros investigadores han demostrado como efecto de las drogas mencionadas. Postulan que una reducción adicional podría producir la isquemia con alteraciones irreversibles en el miocardio. Añaden que en enfermos con este proceso es necesario tratar la cuestión de la anestesia con precauciones extremadas, siendo preferible el empleo de anestesia local o raquídea.

**Amiloidosis primaria con ruptura espontánea del bazo y muerte súbita.**—Señalan los autores que la ruptura espontánea del bazo en la amiloidosis es rara y solamente se han descrito dos casos en la literatura. El presente trabajo se refiere a un hombre de 52 años que, súbitamente, experimentó intensos dolores abdominales y mostró los signos correspondientes a un abdomen agudo. El enfermo murió a los 90 minutos

de este cuadro, y en la autopsia se demostró un hemoperitoneo y una amiloidosis que afectaba al hígado, suprarrenales y bazo con ruptura de este último órgano. Como faltaban los signos de otra enfermedad, la amiloidosis se clasificó como primaria.

**Enfermedad de células falciformes y enfermedad por hemoglobina C.**—Los autores refieren un caso de enfermedad de células falciformes más hemoglobina C en un adulto negro. Los aspectos interesantes del caso eran: Curso asintomático, examen físico normal y demostraciones de laboratorio de anemia leve, porcentaje alto de células sanguíneas en forma de ojo de peridiz, resistencia a las soluciones hipotónicas aumentada, alteraciones radiológicas de naturaleza esclerótica en los huesos largos y las costillas y emigración de carácter diagnósticamente anormal de la hemoglobina en los estudios electroforéticos en papel de filtro. Los recuentos sanguíneos y los exámenes electroforéticos de la hemoglobina fueron también ejecutados en otros miembros de la misma familia. Estos estudios demostraron que la mujer del enfermo tenía hemoglobina adulta normal. Los hijos de estos padres (madre normal y padre con enfermedad de células falciformes más hemoglobina C) tenían combinaciones de hemoglobina adulta normal con hemoglobina de células falciformes o hemoglobina C. Todos estos individuos se encontraban en buen estado de salud.

## The Journal of the American Medical Association.

158 - 14 - 6 de agosto de 1955.

### Symposium sobre poliomielitis:

- Consideraciones en la preparación y empleo de la vacuna contra el virus de la poliomielitis. J. E. Salk.
- Consecuencias para la salud pública en un programa de vacunación contra la poliomielitis. L. A. Scheele y J. A. Shannon.
- Ensayo general de una vacuna para la poliomielitis en 1954. T. D. Dublin.
- Evaluación del ensayo general de la vacuna contra la poliomielitis en 1954. T. Francis Jr.
- Control de la poliomielitis mediante la vacunación. L. A. Scheele.
- Discusión general sobre las ideas para el control de la poliomielitis.
- Preguntas y respuestas.
- Pinza endocervical para la evaluación del factor cervical en la esterilidad. A. Palmer.

158 - 15 - 13 de agosto de 1955.

- Cateterización venosa y venografía transhepáticas. H. R. Bierman, K. H. Kelly, L. P. White, A. Coblenz y A. Fisher.
- Rehabilitación total del inválido por artritis reumatoide. E. W. Lowman, P. R. Lee y H. A. Rusk.
- Hipogammaglobulinemia asociada con una infección grave de una herida. E. O. Latimer, E. J. Fitzsimons y P. S. Rhoads.
- Hiperplasia tiroidea en niños pequeños. G. H. Klinck.
- Estudios sobre el metabolismo del hierro y del cobalto. R. G. Holly.
- Estudios sobre la función tiroidea en niños a los que se administra terapéutica con cobalto. C. H. Jaimet y H. G. Thode.
- Cloruro de cobalto y metabolismo del yodo de ratas normales y portadores de tumor. K. G. Scott y W. A. Reilly.
- Internos y residentes extranjeros en los Estados Unidos. J. E. McCormack y A. Feraru.
- Policitemia asociada con miomas uterinos. A. Horwitz y W. P. McKelway.
- Una nueva técnica combinando la aspiración y alimentación para empleo en cirugía gástrica. I. R. Trimble y J. Nouri.

**Cateterización venosa y venografía transhepáticas.**—Declaran los autores que en 144 punciones transhepáticas de la porta realizadas en 73 enfermos graves no se encontraron complicaciones serias, aunque en tres ocasiones se aspiró contenido gastrointestinal y en dos sangre de la arteria hepática. Añaden que la circulación portal puede demostrarse radiológicamente mediante la inyección de medios radio-opacos directamente en la vena porta. Para diversos estudios pue-

den obtenerse muestras seriadas durante periodos prolongados tras la cateterización de la vena porta. La experiencia obtenida con esta técnica, durante los dos últimos años, les indica que la venipuntura portal puede emplearse seguramente como una ayuda clínica e investigadora de gran utilidad.

**Hipogammaglobulinemia asociada con una infección grave de una herida.**—Los autores comunican el caso de una mujer adulta con hipogammaglobulinemia demostrada que exhibió una resistencia notablemente baja a una celutitis originada por un estafilococo dorado. La celutitis no respondió a la terapéutica hasta que se añadió al régimen la administración de gamma globulina. Subrayan que, como la gamma globulina contiene las sustancias inmunes del suero, debe prestarse más atención a esta fracción en los enfermos cuyas infecciones no responden al tratamiento.

**Hiperplasia tiroidea en niños pequeños.**—Señala el autor que en 10 casos de hiperplasia tiroidea en niños comprobó que cinco recibían cloruro de cobalto y sulfato ferroso. Pone de manifiesto que sobre la base de las observaciones en número tan pequeño de casos no puede establecerse con seguridad la actividad bociógena del cobalto, por lo que se precisan estudios ulteriores que comprendan mayor número de casos.

**Estudios sobre el metabolismo del hierro y del cobalto.** Realiza el autor una investigación en animales y mujeres embarazadas, utilizando como control un grupo de 55 embarazadas normales. En este grupo había una disminución en la cifra media del hierro en el suero y aumento en la protoporfirina de los hematíes. A un segundo grupo de 94 mujeres embarazadas se les dió un suplemento de hierro en la dieta. A un tercer grupo de 58 embarazadas se les dió un preparado de hierro y cobalto. El suplemento de hierro o de hierro y cobalto evitó eficazmente la reducción en la cifra media de hemoglobina y de hematocrito durante el embarazo. En un cuarto grupo de 20 embarazadas a las que se les daba sólo cloruro de cobalto, no se impidió la disminución de la hemoglobina y del hematocrito. No se vieron manifestaciones tóxicas después de la administración de cobalto en 78 embarazadas, y todos los niños procedentes de estos embarazos eran normales. Un pequeño porcentaje de las enfermas se quejó de intolerancia gastrointestinal. El rash cutáneo observado en una mujer bajo terapéutica con cobalto desapareció al suspender esta droga. Los estudios de función hepática eran esencialmente normales en 11 embarazadas a las que se daba cobalto. En ninguna de las mujeres de los diferentes grupos aumentó de tamaño el tiroides. Añaden que así como el propiltiuracilo suprime la función tiroidea en el ratón, la administración de grandes dosis de cloruro de cobalto no tiene efecto. Se observaron aumentos en las cifras de hemoglobina y de eritrocitos en las ratas a las que se daba cobalto o cobalto y hierro, no observándose alteraciones histológicas demostrables en los tiroides de estas ratas. Todos los órganos y tejidos examinados eran normales con la excepción del riñón; se vió una necrosis tubular renal sólo en algunos de los animales a los que se les daban dosis excesivas intraperitoneales de cobalto. Por último, cita que la administración de cobalto o de cobalto y hierro al ratón, ratas y mujeres embarazadas no motivó la formación de bocio.

**Estudios de la función tiroidea en niños bajo terapéutica con cobalto.**—Declaran los autores que la administración de un preparado de cobalto y hierro en dosis que aportaban 1, 2, 4 y 6 miligramos de cloruro de cobalto por kilo de peso y día durante diez semanas, no originó alteraciones significativas en la función tiroidea de 17 niños; los estudios incluyeron el acaparamiento del yodo ligado a proteínas de la saliva. En ninguno de los casos se produjo aumento de tamaño del tiroides y no apareció hipotiroidismo clínico. Los resultados indican que el cobalto utilizado en cantidades superiores a 6 miligramos por kilo de peso y día durante diez semanas no afecta a ninguna fase de la



función tiroidea. Como el cobalto "in vitro" inhibe la yodinasas de la tirosina, la falta completa de efecto antitiroideo del cobalto en sus experimentos, sugiere que el cobalto no permeabiliza las células del tiroides in vivo en suficiente grado como para afectar a la función de la glándula. Sin embargo, sus resultados no excluyen la posibilidad de una rara idiosincrasia o la posibilidad de alguna enfermedad que colocaría a las células del tiroides en un estado permeable al cobalto.

**Cloruro del cobalto y metabolismo del yodo en ratas normales y portadoras de tumor.**—Los autores manifiestan que la adición de cloruro de cobalto al agua de bebida de ratas con el fin de mantener una ingestión diaria de 60 miligramos por kilo de peso no tiene efecto apreciable sobre su metabolismo del yodo. Se obtuvieron resultados similares con una mezcla de cloruro de cobalto (60 miligramos por kilo) y sulfato ferroso (57 miligramos por kilo). Con las dosificaciones citadas se observó una policitemia pronunciada al cabo de cuarenta y cuatro días de la administración de cobalto, pero no se observó efecto pernicioso sobre la función o el crecimiento del tiroides. Terminan diciendo que la administración de cloruro de cobalto a las dosis utilizadas en este estudio lentificaron significativamente el crecimiento de un fibrosarcoma transmisible.

**Policitemia asociada con mioma uterino.**—Los autores comunican el segundo caso referido en la literatura de policitemia secundaria que curó por la extirpación de un gran mioma uterino. También refieren un caso de policitemia que no curó tras una histerectomía por mioma. Postulan la posibilidad de un shunt arteriovenoso en el tumor como causa de la policitemia secundaria.

158 - 16 - 20 de agosto de 1955.

- El problema de las enfermedades contagiosas en los Estados Unidos. T. J. Bauer.
- Empleo de la anestesia con esteroides en cirugía. F. J. Murphy, N. P. Guadagni y F. De Bon.
- Una mirada al futuro de la Medicina interna. H. P. Lewis.
- Carcinoma invasor del cérvix en mujeres jóvenes. D. G. Decker, R. E. Fricke y J. H. Pratt.
- Peligros de la radiación en radiología diagnóstica. I. E. Kirsh.
- Diagnóstico del derrame pleural intrapulmonar. J. W. Wilson.
- Beriliosis pulmonar crónica. P. A. Theodos, H. Brieger y R. T. Cathcart.
- Tratamiento de la pieloureterocistitis quística con neomicina. R. S. Cox Jr., W. A. Soanes y E. C. Lowry.
- Displasia ectodérmica presentada como fiebre de origen desconocido. F. C. Stiles y J. R. Weir.
- Recidiva postoperatoria del cáncer del colon debida a células malignas descamadas. A. P. Pomeranz y J. H. Garlock.
- Quimioterapia y pulmones evanescentes. I. Rappaport.
- Papel de la cirugía en la terapéutica de la hipersecreción adrenocortical. H. H. Le Veen y A. R. Pruitt.
- Portaagujas cardiovascular para suturas delicadas. A. P. Gianini.

**Anestesia con esteroides en cirugía.**—Sobre la base de sus experiencias con la administración del viadril (21-hidroxipregnanediona sodio succinato), un nuevo esteroide para la anestesia, los autores concluyen que se trata de un verdadero agente anestésico, según ha evidenciado por su capacidad para controlar el dolor, abolir los reflejos, producir relajación y provocar el sueño, todo ello sin depresión de las funciones vitales. La mayoría de los resultados satisfactorios se obtuvo al administrar el compuesto junto con óxido nítrico (75 por 100) y oxígeno (25 por 100); en algunos casos fué necesario o ventajoso añadir demerol, otros agentes o relajantes. También han notado que las últimas drogas son efectivas en dosificaciones considerablemente inferiores a las que se hubieran empleado si el enfermo hubiera recibido la combinación de tiopental sódico-óxido nítrico-oxígeno. Creen que el viadril ofrece posibilidades útiles definidas en anestesiología y que merece un ensayo clínico ulterior. Su administración es razonablemente segura y tiene un alto índice terapéutico. Han realizado estudios preliminares electro-

cardiográficos y electroencefalográficos, junto con pruebas de función del riñón y del hígado y exámenes hematológicos. Terminan diciendo que están continuando estas observaciones y que comunicarán ulteriormente sus resultados.

**Diagnóstico del derrame pleural intrapulmonar.**—Comienza diciendo el autor que la incidencia del derrame pleural intrapulmonar es en su experiencia mucho mayor de lo que cree habitualmente. Añade que el diagnóstico exacto de este proceso puede establecerse mediante el empleo de los procedimientos radiográficos adecuados, especialmente las radiografías en diferentes posturas. Considera que hay dos factores básicos en el mecanismo del confinamiento del líquido en el espacio pleural intrapulmonar, como son la mayor presión intratorácica negativa en el espacio por encima del diafragma y la mayor elasticidad de la base del pulmón. Subraya que aunque la cantidad de líquido acumulada sea incluso pequeña, la incapacidad respiratoria suele ser muy marcada. Recomienda la toracentesis si hay cualquier síntoma de dificultad respiratoria.

**Beriliosis pulmonar crónica.**—Los autores describen un caso de beriliosis pulmonar crónica, cuyas manifestaciones clínicas aparecieron a los ocho años de haber cesado la exposición al berilio. El diagnóstico definitivo se estableció mediante la biopsia pulmonar. El tratamiento con cortisona produjo una detención temporal de la enfermedad.

**Neomicina en la pieloureterocistitis quística.**—Señalan los autores que un enfermo con pielonefritis crónica y pieloureterocistitis quística debidas al aerobacter aerógenos fué tratado con neomicina por vía intramuscular durante dos años, produciéndose una remisión completa de los síntomas clínicos, desaparición de la piuria, esterilización de la orina y regresión de las lesiones quísticas. Ulteriormente se controlaron pequeñas recidivas con dosis únicas y pequeñas intermitentes de neomicina y no han apreciado efectos tóxicos significativos de la droga.

**Cirugía en la terapéutica de la hipersecreción adrenocortical.**—Manifiestan los autores que un caso de hirsutismo suprarrenal que forme parte de cualquiera de los rasgos de la hiperfunción corticosuprarrenal (enfermedad de Cushing) debe tratarse como si el virilismo fuera lo suficientemente prominente para sugerir el diagnóstico de síndrome adrenogenital. Este último no tiene ninguno de los rasgos de la hiperfunción adrenocortical. La adrenalectomía subtotal es la terapéutica de elección para la hiperfunción adrenocortical y para aquellos casos de síndrome adrenogenital que no responden a la cortisona.

158 - 17 - 27 de agosto de 1955.

- Evaluación de una oficina medicolegal. H. W. Turkel.
- Efectividad y complicaciones de la biopsia por punción del hígado. D. A. J. Morey, R. L. Means y K. Plummer.
- Visualización de los conductos biliares por inyección intravenosa de un nuevo medio de contraste. A. J. Lonk, R. K. Parida, J. Heydemann y R. M. Kark.
- Carcinoma oculto de la próstata. L. F. Greene y H. B. Simon.
- Arteriografía femoral en el diagnóstico de la arterioesclerosis obliterante segmentaria. C. M. Greenwald, F. A. Lefevre, J. C. Root y A. W. Humphries.
- Relaciones clínicas y angiográficas en la estenosis arterial. Geza de Takats.
- Efectos comparativos de la prednisona y cortisona. F. Demartini, R. H. Boots, A. I. Snyder, J. Sandson y C. Ragan.
- La rotura de la barrera del sonido y sus efectos sobre el público. J. M. Talbot.
- Síntomas similares a la uremia y no debidos a ella en las heridas en el combate. W. H. Meroney.
- Hematuria por el fútbol. A. W. Boone, E. Haltiwanger y R. L. Chambers.
- Insuficiencia adrenocortical grave tras la manipulación articular. E. E. Harnagel y W. G. Kramer.
- Dolor lumbar bajo agudo. R. P. Kelly y J. T. Johnson.
- Estertores basales en el infarto miocárdico. J. M. Kaufman y N. T. Caputo.

**Eficacia y complicación de la biopsia por punción del hígado.**—Señalan los autores haber realizado 139 biopsias por punción del hígado en 119 enfermos, de las que 120 se realizaron por vía abdominal y 19 por la transtorácica. En el 86,2 por 100 de las biopsias el diagnóstico fué exacto. Se confundió la cirrosis portal en el 4,6 por 100 del total y los carcinomas en el 45,2 por 100. La mortalidad total fué del 0,72 por 100 (un caso). Se produjo una hemorragia postbiopsia en cuatro casos, incluyendo el mortal, una incidencia del 2,9 por 100. Manifestaron dolor localizado transitorio 16 enfermos (11,5 por 100). En tres de los cuatro casos de hemorragia pudo achacarse la causa a un tiempo de protrombina bajo, por lo que subrayan que la corrección antes y después de la biopsia es muy importante. En un enfermo con leucemia mieloide crónica que sangró postoperatoriamente, la única anomalía en el mecanismo de coagulación fué un tiempo bajo de consumo de protrombina, por lo que este método debe realizarse siempre que se sospeche una discrasia hemática. Terminan diciendo que la vía transtorácica es un factor significativo en la incidencia de complicaciones.

**Visualización de los conductos biliares por la inyección intravenosa de un nuevo medio de contraste.**—Los autores han utilizado en 21 enfermos un nuevo medio de contraste radiológico para el estudio del sistema biliar; se trata del cholografín o sal disódica del ácido N,N'-adipil-bis (3 amino-2, 4, 6-triiodobenzoico). En 15 de los 21 enfermos se obtuvo una visualización radiológica adecuada de los grandes conductos biliares después de la inyección intravenosa de la droga. Los seis enfermos en los que no se visualizaron los conductos tenían una intensa disfunción hepática o mostraban aire en los conductos como consecuencia de la cirugía previa. No se presentaron reacciones serias después de la inyección lenta del compuesto. La toxicidad baja de la droga se confirmó por medio de pruebas seriadas de la función hepática, que no se alteraron después de la inyección del preparado. Terminan diciendo que esta droga constituye un adjunto útil para el diagnóstico de las enfermedades biliares y en especial de la patología intraductal.

**Carcinoma oculto de la próstata.**—Revisan los autores los protocolos de algo más de 2.000 casos de carcinoma de la próstata y encuentran 83 casos de carcinoma oculto en los que el tratamiento consistió en una resección prostática transuretral. La expectación debida para los cinco y diez años fué aproximadamente del 95 y 85 por 100 del normal, respectivamente. Un 80 por 100 de los enfermos permaneció libre de síntomas que podrían atribuirse al carcinoma prostático. Atribuyen el pronóstico favorable en cuanto a la supervivencia y morbilidad a: 1) Bajo grado del carcinoma. 2) Pequeño tamaño del carcinoma, con la posibilidad en algunos casos de su extirpación total; y 3) Grado bajo de malignidad del carcinoma oculto, relacionado posiblemente con su origen en las glándulas periuretrales. La terapéutica con dietilestilbestrol no influencia favorablemente el pronóstico. Por último, señalan que en vista de las estadísticas presentadas queda planteada la conveniencia de una prostatectomía radical después de que la resección prostática ha demostrado el carcinoma oculto.

**Efectos comparativos de la prednisona y cortisona.**—Los estudios clínicos referidos demuestran que la prednisona tiene las siguientes propiedades biológicas: 1.ª Eficacia anti-inflamatoria y antirreumática, demostradas en hombres y ratas. 2.ª Interferencia con la utilización de la glucosa. 3.ª Capacidad para suprimir la elaboración de 17-hidrocorticoides por la corteza suprarrenal después de la administración intravenosa de ACTH; y 4.ª La propiedad anti-inflamatoria es cuantitativamente, miligramo a miligramo, mayor que la cortisona y, por lo tanto, permite una menor retención de sodio y de agua y diuresis de potasio a las dosis necesarias para controlar los síntomas de la artritis reumatoide. Crean los autores que cualitativamente el

mecanismo de su acción anti-inflamatoria y antirreumática es similar a la cortisona y que es preferible la prednisona a la cortisona como agente anti-inflamatorio.

**Estertores basales en el infarto miocárdico.**—Declaran los autores que la congestión pulmonar y el hidrotórax en el lado derecho son acompañantes habituales de la insuficiencia congestiva, pero que en una investigación de los estertores pulmonares en 200 casos consecutivos de infarto miocárdico encontraron que el 53 por 100 de los enfermos tenía estertores unilaterales izquierdos, el 20 por 100 bilaterales y el 8 por 100 del lado derecho, con un 19 por 100 sin estertores. Consideran que los estertores del lado izquierdo son sugestivos como ayuda diagnóstica útil en casos atípicos de infarto miocárdico.

## The Journal of Clinical Investigation.

34 - 7 - 1955.

- Estudios sobre fisiología respiratoria en el recién nacido. C. D. Cook.
- Preparación de una solución estable de proteínas plasmáticas humanas. D. J. Mulford y cols.
- Cierre fisiológico del conducto arterioso en el recién nacido. F. L. Eldridge y cols.
- Participación del hueso en el metabolismo sódico total en la rata. W. H. Bergstrom y cols.
- Propiedades mecánicas de los pulmones en el enfisema. J. Mead y cols.
- Efecto de las proteínas y de la glucosa administradas por vía oral sobre el flujo sanguíneo esplácnico y la utilización de oxígeno en sujetos normales y cirróticos. J. L. Brandt y cols.
- La absorción de las grasas en un niño con quilotórax. J. H. Van de Kamer y cols.
- Observaciones sobre la eliminación del cloruro sódico de la dieta en individuos hipertensos y normotensos. R. Renwick y cols.
- Funciones tiroideas probadas con iodo radioactivo. III. Resultados de los test clínicos y límites diagnósticos para las constantes. T. H. Oddie y cols.
- Observaciones sobre el mecanismo renal de aclaramiento de  $I^{131}$ . N. S. Bricker y cols.
- Deficiencia en ácido pantoténico inducida en el hombre. W. B. Bean.
- Efectos del sueño y la falta de sueño sobre la circulación cerebral y el metabolismo de jóvenes normales. R. Mangold y cols.
- Efectos de la aritmética mental sobre la circulación cerebral y el metabolismo. L. Sokoloff.
- Hemodinámica renal y eliminación de sodio y agua en el ejercicio en posición de supino en sujetos normales y en pacientes cardíacos. O. W. Freeman y cols.
- Cambios en el contenido de oxígeno de la sangre venosa hepática durante el ejercicio de pacientes con cardiopatía reumática. J. M. Bishop y cols.
- Determinación biosintética con sulfuro radioactivo del ciclo de varias proteínas plasmáticas en sujetos normales y cirróticos. W. Volwiler y cols.
- Correlaciones de las lipoproteínas plasmáticas humanas: en la cirrosis biliar, ictericia obstructiva y hepatitis aguda. H. A. Ederly y cols.

**Cierre fisiológico del conducto arterioso en el recién nacido.**—Los autores estudian el momento del cierre funcional del conducto arterioso del recién nacido, por medio de la determinación comparativa del contenido de oxígeno, en muestras de sangre obtenidas en extremidades superiores e inferiores de 60 niños, en un período de tiempo comprendido entre los cuarenta minutos y los once meses después del nacimiento. En la mayoría de niños de menos de tres horas de edad y en gran parte de los de menos de tres días, la saturación de oxígeno arterial en pies es notablemente menor que en manos. De los estudios practicados deducen los autores que el conducto arterioso permite un shunt venoarterial de magnitud considerable en un número crecido de niños que se encuentran por arriba de las setenta y dos horas de vida; la presión arterial pulmonar está elevada en el recién nacido y persiste mientras existe el shunt; el cese del shunt venoarterial es debido probablemente a la caída de la presión arterial pulmonar por debajo de la aórtica más que a un cierre real del ductus.

**Efecto de las proteínas y de la glucosa administradas por vía oral sobre el flujo sanguíneo esplácnico y la utilización de oxígeno en sujetos normales y cirróticos.**—Se estudia en el presente trabajo, por los autores, el



efecto comparativo de la alimentación proteica e hidrocarbónica sobre la circulación esplácica, la utilización de oxígeno y las diferencias de oxigenación arteriovenosa en el sistema hepático entre un grupo de sujetos normales y 25 cirróticos.

Los resultados fueron los siguientes: 1.º) En los grupos la alimentación proteica aumentó la circulación esplácica, el consumo de oxígeno y las diferencias arteriovenosas de oxígeno comparándolas con los niveles en algunas; no obstante, estos efectos fueron menos marcados y más tardíos en los enfermos cirróticos. 2.º) El efecto de la glucosa oral sobre estos aspectos fué menos evidente. 3.º) La pequeña diferencia arteriovenosa de oxígeno que existe en los sujetos cirróticos con ictericia en ayunas aumenta con la ingestión de proteínas.

Los autores igualmente comprobaron que los niveles de N. amínico en sangre venosa periférica y hepática eran más altos después de la alimentación proteica en enfermos cirróticos que en sujetos normales.

**Observaciones sobre la eliminación del cloruro sódico de la dieta en individuos hipertensos y normotensos.**—Para la realización de esta experiencia, los autores cogieron a seis sujetos normales y seis hipertensos, sometiéndolos a una dieta virtualmente exenta de cloruro sódico.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas de este régimen se observó un descenso del peso corporal sin diferencias apreciables entre los dos grupos. Siguiendo con esta dieta descendió la eliminación de cloro y sodio por la orina e igualmente sobrevino un déficit corporal de ambos iones, hechos que no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos. Durante el tiempo en que fué disminuyendo la eliminación de sodio por la orina se observó un progresivo aumento de la eliminación de potasio, tanto en los sujetos normotensos como en los hipertensos, hecho que fué interpretado como un aumento de la actividad suprarrenal como respuesta a la falta de aporte de sal (hiperaldosteronismo secundario).

**Deficiencia en ácido pantoténico inducida en el hombre.**—Sometiendo a tres sujetos normales a una dieta carente en ácido pantoténico, a la que se asoció un antagonista de éste, el ácido omega, los autores describen el cuadro clínico y bioquímico carencial. En el aspecto clínico sobresalieron los trastornos neuromotores, la inestabilidad cardiovascular, sobre todo en la posición erecta, las molestias digestivas, las repetidas infecciones y la depresión psicofísica de los sujetos. Todo este cuadro no cedió rápidamente con la adición de ácido pantoténico a la dieta.

En el aspecto bioquímico se observaron cambios en las proteínas plasmáticas (aumento de las globulinas

alfa-1 y alfa-2 y del fibrinógeno, al mismo tiempo que disminuía la gamma-globulina), en el metabolismo hidrocarbonado (trastornos de la acetilación y aumento de la sensibilidad a la insulina), disminución de la colesteroína sanguínea, disminución 17-cetoesteroides por la orina y falta de respuesta eosinopénica al ACTH.

**Correlaciones de las lipoproteínas plasmáticas humanas en las cirrosis biliar, ictericia obstructiva y hepatitis aguda.**—En el presente trabajo estudian los autores las proteínas plasmáticas de enfermos hepáticos con cirrosis biliar, ictericia obstructiva y hepatitis aguda por medio del método de Coohn y analizan igualmente las fracciones lipoproteicas, encontrado que la fracción lipídica de las proteínas es notablemente diferente de la de los sujetos normales o de la de otros enfermos.

En la fracción IV + V + VI existe aproximadamente dos veces más fosfolípidos que colesteroína, tal como normalmente se encuentra en esta fracción. Sin embargo, casi toda la colesteroína está sin esterificar. Las lipoproteínas en esta fracción tienen las propiedades de las beta-lipoproteínas, mientras que normalmente son alfa-lipoproteínas.

Las lipoproteínas en la fracción I + III, como normalmente ocurre, tienen las características físicas de las beta-lipoproteínas; sin embargo, su proporción de colesteroína esterificada es menor y la relación colesteroína-fosfolípidos muy baja.

En conclusión, en estas tres enfermedades existen dos tipos de lipoproteínas anormales situadas en las fracciones IV + V + VI y I + III de Coohn, que en las fases de recuperación son sustituidas por lipoproteínas anormales.

**Hemodinámica renal y eliminación de sodio y agua en el ejercicio en posición de supino en sujetos normales y en pacientes con cardiopatía reumática.**—Los autores presentan un trabajo practicado en 15 sujetos normales y dos cardíacos, en el que estudian el flujo plasmático renal, la filtración glomerular y la eliminación de sodio y agua durante la práctica de ejercicios en posición supina. No observan ninguna diferencia apreciable en la eliminación de sodio ni en la filtración glomerular entre mujeres normales o cardíacas compensadas durante la prueba. En pacientes cardíacos más severos, la circulación plasmática, la filtración glomerular y la eliminación de sodio disminuyen notablemente durante el ejercicio.

Sugieren los autores que la disminución en la eliminación de sodio durante el ejercicio en cardíacos descompensados, sin la concomitante reducción en el aclaramiento de insulina que pudiera comprobar, fué un efecto postural.