

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Resolución de la Dirección General de Sanidad por la que se convoca oposición libre para ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares para la provisión en propiedad de plazas de la plantilla del mismo. (*Boletín Oficial del Estado* de 18 de junio de 1957.)

Anuncio del Patronato Nacional Antituberculoso por el que se convoca concurso de traslados para proveer una plaza de Médico Ayudante y resultados en el Dispensario Antituberculoso de Hospital, de esta capital. (*Boletín Oficial del Estado* de 29 de junio de 1957.)

ADMINISTRACION LOCAL

Odontólogo de la Beneficencia Municipal.

Anuncio por el que se convoca la provisión de plaza en el Ayuntamiento de Sevilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 18 de junio de 1957.)

Anuncio de la Diputación Provincial de Ciudad Real por el que se convoca concurso restringido de méritos para proveer en propiedad la plaza de Médico-Pediatra del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial. (*Boletín Oficial del Estado* de 27 de junio de 1957.)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLINICAS Y MEDICAS

Clinica de Nuestra Señora de la Concepción.

Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Curso pre-clínico para alumnos de Medicina que hayan aprobado los dos primeros Cursos de la carrera.

El próximo mes de octubre se iniciará en este Instituto dicho Curso, comprendiendo las siguientes asignaturas: 1. Fisiología y Farmacología clínica. 2. Bioquímica y Ciencia de la Nutrición. 3. Patología y Anatomía patológica general. 4. Patología aplicada a la clínica (Química, Bacteriología, Citología y Hematología). Se dará además un Curso monográfico de Semiología y Propedéutica clínica y otro de Terapéutica física.

Las solicitudes para dicho Curso, en el cual se admiten 15 alumnos, deberán dirigirse al Doctor don Miguel Bañón Penalba, Secretario general del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Avenida de los Reyes Católicos, núm. 2, Ciudad Universitaria, Madrid (España), acompañando a la solicitud el expediente académico y una relación de los méritos que consideren que pueden hacerse valer para la selección de los aspirantes. El plazo de admisión de solicitudes se cierra el 15 de septiembre.

Cursos clínicos para estudiantes de Medicina.

Se iniciarán en el próximo octubre, siendo indispensable, para formar parte de los mismos, haber realizado con éxito el Curso pre-clínico en esta Institución.

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

DICCIONARIO INGLES-ESPAÑOL DE MEDICINA. Doctor F. RUIZ TORRES.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 377 páginas, 155 pesetas.

Un diccionario inglés-español de términos médicos tiene una utilidad evidente cuando es suficientemente amplio y comprende un vocabulario técnico extenso. Este es el caso del presente diccionario, destinado a ser muy útil al estudiante o al Médico que está aprendiendo a traducir del inglés. Se contienen en él unas 50.000 voces.

RONTGENDIAGNOSTIK. ERGEBNISSE, 1952-1956. Doctores H. R. SCHINZ, R. GLAUNER y E. UEHLINGER. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957.—Un volumen de 590 páginas con 550 figuras, 139 DM.

Aspectos principales del progreso en el radiodiagnóstico en el último lustro son recogidos en esta monografía, magníficamente orientada, y en la que los temas a tratar son seleccionados con el mejor criterio.

Destacan los capítulos dedicados a diagnósticos de la columna vertebral y los tumores óseos, la colangiografía operatoria y con biligrafía, neumoperitoneo y neuromediastino, arteriografía, venigrafía, aortografía abdominal, diagnóstico precoz del cáncer gástrico, etcétera; pero merece subrayarse el capítulo dedicado al diagnóstico radiológico de las enfermedades cardíacas y el

del diagnóstico diferencial de las enfermedades intersticiales del pulmón.

El interés principal de esta obra es sin duda para el Médico internista, aunque también puede prestar utilidad al radiólogo, pero aquél encontrará moderna y completamente tratados nuevos capítulos de indudable utilidad en el enjuiciamiento clínico de los casos.

LIBROS RECIBIDOS

"Le champ électrique du cœur normal et pathologique". Doctor Pierre B. Avril.—Editorial Masson et Cie. París, 1956.—Un volumen de 184 páginas con 73 figuras, 1.800 francos franceses.

"Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales". Doctor C. Couinaud.—Editorial Masson et Cie. París, 1957. Un volumen de 530 páginas con 256 figuras, 4.500 francos franceses.

"Radiologie clinique de l'estomac opéré". Doctor P. Porcher y otros.—Editorial Masson et Cie. París, 1957. Un volumen de 660 páginas con 507 figuras, 8.000 francos franceses.

"Maladies des veines. Diagnostic et traitement". Doctor C. Olivier.—Editorial Masson et Cie. París, 1957. Un volumen de 600 páginas con 342 figuras, 7.400 francos franceses.

B) REFERATAS

Circulation.

12 - 2 - 1955.

- Demostración de un aumento de la actividad de la transaminasa sérica glutámico oxalacético (SGO-T) tras el infarto de miocardio graduado en perros. I. Nydick y colaboradores.
- * Drogas vasodilatadoras coronarias de acción prolongada: Metamina, Paveril, Nitroglin y Peritrato. H. I. Russek y colaboradores.
- La teoría de Kent. Un estudio histológico de la comunicación atriventricular normal en el corazón humano. M. Lev y R. Lerner.
- Aneurisma disecante producido por la dieta. W. B. Bean e I. V. Ponseti.
- * Pericarditis por colesterol. Tratamiento eficaz por pericardiectomía. O. Creech y cols.
- Visualización del seno coronario por la cineangiocardiografía. F. Campeti y cols.
- Asociación de un estado hipotensivo en el infarto de miocardio con respuestas metabólicas consiguientes en sujetos ancianos. R. A. Bruce y cols.
- * Dinámica circulatoria en la osteitis deformante. J. Lequime y H. Denolin.
- Rauwolfia serpentina en el tratamiento de la presión sanguínea elevada. Revisión de la literatura. R. J. Vakil.
- Tetralogía de Fallot atípica: Una forma no cianótica con aumento de la vascularización pulmonar. R. D. Rowe y colaboradores.
- * Simpatectomía lumbar en el tratamiento de las úlceras arterioescleróticas de la pierna (síndrome de Martorell). J. Palou.
- Endocarditis bacteriana subaguda surgiendo de un trombo mural tras un infarto de miocardio. S. Joffe y H. Feil.
- Demostración angiocardiográfica de un trombo auricular oclusivo en perros. J. L. Read y cols.
- * Trombo oclusivo auricular. J. L. Read y cols.
- Bloqueo cardíaco crónico en perros. Un método para producir insuficiencia cardíaca experimental. T. E. Starzl y R. A. Gaertner.
- Efecto de la hiperventilación en varias arritmias. D. Scherf y cols.
- Insuficiencia mitral: Mecanismos cardíacos estudiados con el kinetocardiograma y balistocardiograma. W. T. Tucker y cols.
- Un estudio del vectocardiograma espacial en sujetos normales de edad superior a los cuarenta años. J. A. Abildskow.
- Uso clínico de las preparaciones digitales. C. F. Kay.

Drogas vasodilatadoras coronarias de acción prolongada.—Los autores estudian varias drogas vasodilatadoras encontrando: 1) La metamina (trietanol-aminatrinatrito-bifosfato) tenía poco o ningún efecto. 2) En algunos casos el paveril se mostraba levemente eficaz, pero de corta acción. 3) El nitroglin, a dosis más altas que las generalmente recomendadas, provocaba una leve mejoría, y el peritrato (tetranitratato de pentaeritritol) administrado a dosis de 10 a 20 mg. modificaba marcadamente la respuesta al ejercicio de 14 entre 21 enfermos. Su acción duraba 5 ó 6 horas después de administrado.

Pericarditis por colesterol.—El derrame pericárdico con un alto contenido de colesterol generalmente se asocia al mixedema. La tuberculosis y el hemopericardio también se ha considerado que tengan una significación etiológica en la pericarditis por colesterol. Los autores describen un caso de pericarditis crónica constrictiva tratada con éxito por la pericardiectomía. Sobre la base de estudios experimentales, parece que las altas concentraciones de lípidos en el líquido pericárdico puede producir pericarditis.

Dinámica circulatoria en la osteitis deformante.—En la osteitis deformante (enfermedad de Paget) la circulación periférica está aumentada en los huesos afectados de la enfermedad. Sin embargo, este aumento de la circulación generalmente es insuficiente para modificar significativamente la dinámica circulatoria en reposo. Por otra parte, durante el ejercicio se observa un anormal aumento del gasto cardíaco, lo que sugiere un aumento de la circulación periférica de los huesos. Es probable que solamente en raros casos, muy avanzados y activos de la enfermedad, se puedan encontrar importantes alteraciones hemodinámicas.

Simpatectomía lumbar y síndrome de Martorell.—El autor presenta los resultados de la simpatectomía lumbar en el tratamiento de las úlceras hipertensivas. Las úlceras hipertensivas suelen localizarse en la región supramaleolar, en la cara anterolateral, entre la unión de los tercios inferior y medio de la pierna. La ulceración, frecuentemente es bilateral y simétrica. Producen gran dolor, el cual no se alivia con el reposo en cama. No hay venas varicosas. Las pulsaciones arteriales periféricas suelen ser normales. Presentan cuatro casos.

Trombo oclusivo auricular.—Los autores presentan cuatro nuevos casos de trombos auriculares oclusivos, así como una revisión de la literatura pertinente. Los trombos se dividen en trombos globulares, pediculados y masivos. El enfermo presenta un síndrome definido, consistente en una serie de manifestaciones periféricas y/o cerebrales vasculares, que pueden ser recidivantes y variables. Los soplos aumentan y disminuyen y, en algunos casos, todos estos síntomas pueden ser precipitados por cambios de postura.

Gastroenterology.

39 - 3 - 1955.

- Un análisis de los resultados de la terapéutica conservadora en la úlcera péptica. T. G. Miller y D. Berkowitz.
- * Inflamación granulomatosa inespecífica crónica del estómago, duodeno e intestino. A. Richman, H. D. Zeifer, A. Winkelstein, P. A. Kirschner y R. D. Steinhardt.
- * Medidas de la presión intraesplénica en la evaluación de los resultados de la anastomosis porto-cava. M. Atkinson, S. Sherlock y M. D. Turner.
- Significación del tamaño del cálculo para determinar la indicación de la colecistectomía electiva. C. J. Schein, E. S. Hurwitz y M. A. Rosenblatt.
- * Tratamiento de la hepatitis aguda con cortisona y antibióticos. H. Ducci y R. Katz.
- * Enterocolitis pseudomembranosa como complicación postoperatoria. L. Frank y F. A. Avola.
- Modificaciones de la curva de glucemia después de la inyección intravenosa de glucosa en casos de diarrea provocada. E. Danopoulos y K. Melissinos.
- Efecto de la morfina sobre la amilasa sérica y urinaria y el esfínter de Oddi, con algunas observaciones preliminares sobre el efecto del alcohol sobre la amilasa del suero y el esfínter de Oddi. H. L. Nossel y G. Efron.
- Efecto de la hipnosis sobre la secreción gástrica. R. Eichhorn y J. Tracktir.
- Efecto de las emociones inducidas hipnóticamente sobre la secreción gástrica. R. Eichhorn y J. Tracktir.
- Las relaciones entre ansiedad, emociones provocadas hipnóticamente y secreción gástrica. R. Eichhorn y J. Tracktir.
- * Páncreas anular. Su diagnóstico radiológico y referencia de un caso diagnosticado preoperatoriamente y tratado quirúrgicamente con éxito. H. S. Berlin y J. Taylor.
- Fecaloma. Referencia de un caso y revisión de la literatura. W. I. Freud, A. Zikmund, C. S. Stroud y J. W. Fries.
- Diverticulitis cecal aguda. J. J. Leichtling.

Inflamación granulomatosa inespecífica crónica, del estómago, duodeno e intestino.—Los autores prefieren dar el nombre de inflamación granulomatosa inespecífica crónica al de ileítis regional, dado que este proceso puede afectar a otras regiones del tracto gastrointestinal. En este sentido, los autores hacen una revisión de 17 casos, de los que tres eran de su observación personal. Distinguen cuatro categorías clínicas entre los casos, que sucesivamente son enfermedad distal seguida de enfermedad proximal con tres casos, enfermedad proximal seguida de enfermedad distal con dos casos, enfermedad proximal y distal simultáneamente dos casos y enfermedad limitada proximalmente al estómago o duodeno, con o sin afectación yeyunal, con seis casos. También observan dos variantes microscópicas en las piezas de resección o de necropsia. Terminan diciendo que sus estudios indican que muy pocos enfermos con enteritis regional desarrollan una afectación gástrica y duodenal, pero que, sin embargo, la presencia de síntomas gástricos en la ileítis debe sugerir la presencia de la enfermedad en el estómago y duodeno.

Medidas de la presión intraesplénica en la evaluación de los resultados de la anastomosis porto-cava.—Los autores han utilizado las medidas de la presión intraesplénica para valorar los resultados de la anastomosis porto-cava en siete enfermos. Cinco de ellos mostraron un descenso significativo en la presión intraesplénica a cifras normales o casi normales y había además otras evidencias de que la anastomosis funcionaba bien; otro enfermo desarrolló ascitis después de la operación y mostró una subida brusca de la presión intraesplénica, demostrándose en la investigación ulterior que se había bloqueado el shunt. El último enfermo no mostró modificación postoperatoria de la presión intraesplénica, se repitieron las hematemesis y la venografía portal confirmó que se había ocluido la anastomosis. Terminan discutiendo el valor de esta técnica en relación con el tratamiento operatorio de la hipertensión portal.

Tratamiento de la hepatitis aguda con cortisona y antibióticos.—Los autores han realizado un ensayo terapéutico con cortisona sola o en combinación con aureomicina en un grupo de casos con hepatitis aguda seleccionados de acuerdo con ciertas características. El tratamiento se hizo en 32 enfermos y otros 32 sirvieron como controles. Se realizaron en los 64 enfermos la determinación de bilirrubina en el suero y las reacciones de floculación, a intervalos regulares, con el fin de comparar su curso en los casos tratados y controles. La duración del periodo sintomático de la enfermedad fue más breve, la mejoría subjetiva más rápida y el descenso de la bilirrubinemia más precoz y más pronunciado en los casos tratados con cortisona sola o con su asociación con aureomicina. En uno de los enfermos tratados se observó una doble recidiva sin interferencia con una recuperación completa ulterior. Terminan diciendo que con la administración de cortisona durante un periodo relativamente corto, de nueve días, no han observado infiltración grasa del hígado como complicación del tratamiento.

Enterocolitis pseudomembranosa como complicación postoperatoria.—Advierten los autores que aunque por los estudios realizados es imposible llegar a un establecimiento definitivo sobre la etiología de la enterocolitis postoperatoria, hay ciertos rasgos comunes a todos los casos que pueden ser significativos. Estos rasgos son: 1) El empleo de antibióticos de espectro amplio o de una combinación de penicilina y estreptomycin. 2) La presencia de estafilococos en el intestino, bien combinados con otros gérmenes inconstantes o en cultivo puro; y 3) El empleo de intubación gastrointestinal en todos los casos, excepto en uno, en el que se empleó un catéter nasal para oxígeno. Es, por lo tanto, lógico prestar mayor atención a la profilaxis mediante la restricción del empleo de antibióticos a las indicaciones específicas y observando una técnica completamente estéril en la introducción de las sondas nasales y orales. La familiaridad con el síndrome, particularmente en su fase prodrómica, permitirá un diagnóstico más precoz y el tratamiento adecuado. En los casos en los que se sospecha esta complicación, la suspensión rápida de los antibióticos puede constituir la terapéutica adecuada; los frotis del contenido intestinal pueden ser útiles para establecer un diagnóstico precoz, pero el aislamiento de los estafilococos pro cultivo es a menudo difícil. Cuando las reacciones tóxicas son más graves, deben emplearse eritromicina o cloranfenicol sobre una base empírica, puesto que no hay tiempo para los cultivos y en el momento actual estas dos drogas son las únicas para las que el estafilococo es menos verosímil que sea resistente.

Páncreas anular.—Los autores describen un caso de páncreas anular, el sexto diagnosticado correctamente hasta la fecha antes de la operación. Revisan el desarrollo normal del páncreas y los posibles "errores" embriológicos que ocasionan el páncreas anular. La gastroenterostomía consiguió la completa curación de las molestias del enfermo sin morbilidad o recidiva de los síntomas en un periodo de 16 meses después de la interven-

ción; los resultados indican que la gastroenterostomía es el procedimiento de elección en el tratamiento de la obstrucción duodenal por páncreas anular. Desde el punto de vista diagnóstico, el peso recae sobre el radiólogo; los hallazgos radiológicos sugestivos de la presencia del páncreas anular son muy característicos, pero los autores prestan importancia especial al patrón de la mucosa de aspecto "atrófico" en el sitio de la constricción anular; este rasgo por sí solo es patognómico y su descubrimiento puede motivar un mayor número de diagnósticos correctos.

A. M. A. Archives of Internal Medicine.

96 - 3 - 1955.

- Estados clínicos asociados con alteraciones de la molécula de hemoglobina. H. A. Itano.
 * Pancreatitis experimental. M. I. Grossman.
 * Rasgos clínicos de la inflamación aguda del páncreas. H. L. Bockus, M. H. Kalser, J. L. A. Roth, A. L. Bogoch y G. Setein.
 * Procedimientos diagnósticos de laboratorio útiles en la pancreatitis. T. E. Machella.
 Tratamiento médico de la pancreatitis. C. A. Jones.
 * Concepto actual de la estructura fina del pulmón. V. E. Kral.
 Fenómenos fundamentales en la fisiología respiratoria. E. R. Levine.
 * Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento en el enfisema pulmonar. R. D. Miller.
 Métodos actuales de diagnóstico y tratamiento del asma. W. S. Burrage, H. C. Mansmann Jr. y J. W. Irwin.
 Algunos conceptos actuales del edema pulmonar. I. D. Baronofsky y J. W. Cox.
 * Tromboflebitis migrans y carcinoma visceral. R. H. Durham.
 Carbunco. H. Gold.
 * Efectos de los esteroides suprarrenales sobre la resistencia a la infección. E. H. Kass, O. Hechter, T. W. Mou y M. B. Lurie.
 Shock asociado con bacteremia. W. H. Hall y D. Gold.
 Aneurismas arteriovenosos de los vasos innominados. R. B. Franklin y J. W. Mankin.
 Tratamiento en Medicina interna: Terapéutica combinada hormonal-antibiótica en enfermos con infecciones fulminantes. L. W. Kinsell y J. P. Jahn.

Pancreatitis experimental.—Declara el autor que los estudios experimentales en animales han demostrado que las lesiones histopatológicas de la pancreatitis se deben a la acción de los enzimas pancreáticos que han conseguido acceso a los espacios tisulares del páncreas y a la cavidad peritoneal, donde se han activado y han llegado a digerir los tejidos. Experimentalmente esta secuencia de hechos puede iniciarse por diversos factores que actúan concomitantemente, incluyendo la obstrucción de los conductos pancreáticos, la estimulación de la secreción pancreática por drogas o alimentos y la interferencia con el flujo sanguíneo; una combinación de traumas mecánicos y químicos, la inyección forzada de irritantes químicos en el conducto pancreático, produce también una pancreatitis fulminante. Asimismo puede provocarse experimentalmente el cuadro de la necrosis pancreática hemorrágica por la administración del aminoácido etionina, un análogo y antimetabolito de la metionina, que origina la necrosis y desintegración de las células zimógenas de los azini pancreáticos. Después de la consideración del posible papel de estos factores en la enfermedad humana, concluye el autor que, aunque algunos de ellos pueden existir en ciertos casos, en la mayoría no es posible reconstruir el proceso sobre la base de los factores experimentales estudiados.

Rasgos clínicos de la inflamación aguda del páncreas. Señalan los autores que los principales factores etiológicos en sus casos de pancreatitis aguda fueron la ingestión excesiva de alcohol y las enfermedades del tracto biliar. Han apreciado ciertas diferencias en los hallazgos clínicos y de laboratorio en estas dos categorías etiológicas de enfermos. Las determinaciones de la amilasa y lipasa del suero son los métodos de laboratorio más útiles para el diagnóstico de pancreatitis aguda, que puede ser variada y bizarra en su enmascaramiento clínico. Inicialmente es a menudo imposible distinguir entre edema agudo y necrosis aguda del páncreas,

y en este sentido presentan un análisis crítico de los rasgos clínicos de estos dos grupos de casos. La elevación prolongada con o sin fluctuaciones de los enzimas pancreáticos en el suero estando mantenido el enfermo en un régimen médico adecuado de "reposo pancreático", se debe generalmente a una complicación (absceso, pseudoquistes, etc.). Añaden que un íleo paralítico localizado afectando a una o más asas adyacentes de intestino delgado en el cuadrante superior izquierdo o en la mitad del abdomen es sugestivo, pero no patognomónico de una pancreatitis aguda en la radiografía del abdomen. Esta revisión confirma su impresión previa de que la fase aguda de la pancreatitis se trata mejor por medio de un régimen conservador no quirúrgico, siempre que puedan excluirse otras urgencias quirúrgicas abdominales.

Procedimiento diagnóstico de laboratorio útiles en la pancreatitis.—Discuten los autores diversos procedimientos de laboratorio que pueden ser de utilidad en el diagnóstico de la pancreatitis. Incluyen la determinación del grado de la actividad enzimática en el suero, jugo duodenal, orina y líquido peritoneal; el examen microscópico y químico de las heces para la demostración de un trastorno en la digestión de la grasa y las proteínas y la curva de tolerancia a la glucosa, concentración de calcio en el suero y las pruebas de función hepática. La prueba de amilasa en el suero es el procedimiento utilizado más ampliamente para el diagnóstico y para seguir el curso ulterior de la pancreatitis aguda, así como los episodios agudos de pancreatitis crónica recidivante. En el diagnóstico de la pancreatitis crónica con o sin calcificación, la determinación de la concentración de los enzimas en el jugo duodenal antes y después de la administración de un estimulante adecuado, el examen microscópico de las heces en cuanto a grasa y fibras musculares, el análisis químico de las heces en cuanto a grasa total y desdoblada y nitrógeno y la prueba de tolerancia oral a la glucosa son los procedimientos más útiles.

Concepto actual de la estructura fina del pulmón.—Declara el autor que el pulmón es un órgano que sirve primariamente para colocar íntimamente el aire en contacto con una gran cantidad de sangre, permitiendo así una transferencia rápida de los gases respiratorios de uno a otro. Las ricas redes capilares pulmonares, por lo tanto, son las estructuras importantes en el pulmón y los restantes componentes sirven simplemente como mecanismo de soporte, como conductores de los gases, para mantener limpias las superficies respiratorias y en buena reparación y para servir como mecanismos de defensa. Antes del nacimiento los alineamientos epiteliales en algunas de las vías aéreas más finas comienzan a estirarse y adelgazarse en preparación para la respiración postnatal. Las áreas más periféricas del pulmón son las últimas que se preparan de esta forma y su atenuación epitelial puede no lograrse hasta algunos días después del nacimiento. Después, las áreas respiratorias del pulmón se alinean por un capa de epitelio que, aunque extremadamente fina, es continuo con el alineamiento de las porciones más proximales del árbol bronquial. El epitelio cuboideo de los bronquiolos respiratorios se atenúa abruptamente en las bocas de los alvéolos originados en conductos alveolares. Una gran porción de la membrana de alineación es demasiado fina (0,2 micras e incluso menos) para distinguirse con el microscopio habitual; sólo las porciones más gruesas de las células epiteliales que contienen el núcleo y el citoplasma perinuclear son las generalmente visibles; estas porciones, consideradas por algunos como células completas, han sido denominadas células septales o epicitos; siendo elementos modificados del epitelio original de alineamiento del árbol bronquial, las células epiteliales alveolares son de origen endodérmico. Las células que alinean los alvéolos son muy adaptables y versátiles; pueden ajustarse a diversos grados de expansión alveolar y proliferar y aumentar de tamaño en las enfermedades y como respuesta a diversos agentes nocivos. Las células indi-

viduales del epitelio alveolar pueden experimentar metamorfosis y transformarse en grandes células libres cuando es necesario y exhiben propiedades fagocíticas. Tales células modificadas se encuentran en ocasiones ocupando aperturas en los septos interalveolares (poros alveolares). Las células del polvo contienen a menudo numerosas inclusiones de partículas extrañas e indudablemente representan un medio importante de eliminar la materia particulada de las vías aéreas distales junto con aquellas proporcionadas por otros métodos de eliminar los residuos finos (cilios, moco). Algunos de los fagocitos que aparecen en los espacios aéreos pueden no ser de origen endodérmico como los antes mencionados, sino que son macrófagos ordinarios y así pertenecen al sistema retículo endotelial. Como los espacios aéreos terminales del pulmón están tapizados de epitelio, no deben considerarse como sitios de un enfisema intersticial normal; aquellos que apoyan el punto de vista que los alvéolos son espacios en el tejido conectivo explican la producción de nuevas generaciones de ramas terminales del árbol respiratorio como una infiltración de aire en este tejido, ocasionando la apertura de nuevos espacios; pero con la demostración de un alineamiento alveolar celular, una explicación más razonable de crecimiento postnatal de nuevas vías aéreas consistiría en una proliferación de las células de alineamiento y una neoformación de alvéolos en los espacios existentes. El conocimiento de que hay un alineamiento alveolar celular continuo ayuda a la explicación de la producción rápida de membranas epiteliales en cierto número de enfermedades pulmonares; también influencia el pensamiento de los que intervienen en la administración de medicaciones por medio de la inhalación de soluciones y de los interesados en las influencias irritantes y posiblemente carcinógenas de los humos y otras partículas inhaladas sobre las membranas pulmonares. La comprensión actual de la anatomía y fisiología pulmonares está lejos de ser completa y los problemas no aclarados en relación con el crecimiento pulmonar, fagocitosis, circulación pulmonar y los efectos del envejecimiento sobre la estructura y función de los pulmones, para mencionar sólo unas pocas aéreas fértiles para el estudio, requieren atención ulterior. Con la instrumentación fina, técnicas histoquímicas, microscopio electrónico y otros métodos de investigación actuales a nuestra disposición y otros que seguramente se conseguirán, el pulmón ofrece numerosas y atractivas oportunidades para la investigación futura.

Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento del enfisema pulmonar.—Subraya el autor que el diagnóstico clínico del enfisema pulmonar precoz puede ser difícil a causa de la ausencia de algunos de los rasgos generalmente aceptados. Las alteraciones fisiológicas de lentificación espiratoria, aumento de la capacidad residual funcional y la hipoventilación de grandes porciones del pulmón pueden a menudo demostrarse en la sala de examen por medio de la espiración forzada prolongada, por evidencia de disminución en la intensidad del murmullo vesicular y por la falta en el aumento de amplitud del murmullo durante la hiperventilación. La comprensión limitada de la patogenia precoz del enfisema limita las posibilidades de su diagnóstico y tratamiento precoces. Una vez que existen todos los hallazgos clásicos, el proceso es ya de carácter perpetuo. Hay varias medidas terapéuticas sencillas que proporcionan en la mayoría de los enfermos una mejoría sintomática y posiblemente lentifican el progreso de este trastorno crónico; entre ellas cita el evitar los irritantes respiratorios, empleo de expectorantes para los enfermos que tienen secreciones tenaces, la supresión de la tos improductiva, el empleo juicioso de los antibióticos en el control de las infecciones complicantes, los ejercicios para promover la respiración abdominal, las fajas especiales para enfermos seleccionados y empleo sintomático de drogas broncodilatadoras en aerosol. Si estas medidas no son eficaces pueden emplearse procedimientos más complicados, pero su efectividad en los enfermos que no responden a las medidas más sencillas puede ser limitada. El empleo más intensivo de broncodilatadores aéro-

solizados con cantidades limitadas de oxígeno tienen su aplicación cuando existe acidosis respiratoria. Las infecciones respiratorias, que frecuentemente precipitan dicha acidosis, deben controlarse rápidamente. Los respiradores mecánicos, si se usan bajo una estricta vigilancia, pueden proporcionar la ventilación adecuada, que es tan importante en estos enfermos en situación crítica. El cor pulmonale aparece después de haberse desarrollado la hipoxemia arterial; por lo tanto, además de las medidas habituales descritas para la insuficiencia cardíaca congestiva, tiene valor particular el empleo de broncodilatadores aerosolizados con oxígeno.

Tromboflebitis migrans y carcinoma visceral.—El autor revisa las observaciones referidas en la literatura referente a los dos tipos de tromboflebitis carcinogénica y llega a las siguientes conclusiones: De los dos tipos reconocidos, uno es indiferenciable de la tromboflebitis clásica y el otro presenta las lesiones características de la tromboflebitis migrans. La presentación de uno de estos dos tipos, particularmente en un varón por encima de los treinta y cinco años, garantiza un diagnóstico presuntivo de carcinoma visceral mientras no se demuestre lo contrario. El diagnóstico rápido de uno de estos tipos de tromboflebitis puede permitir el descubrimiento de un carcinoma a veces antes de lo que se descubriría de otra forma, proporcionando así el empleo más precoz de la terapéutica anticoagulante protectora y quizá procedimientos quirúrgicos de más éxito. El no conseguir el control de la tromboflebitis por dosis ordinarias de anticoagulantes debe mover al clínico a la sospecha sobre la presencia de un carcinoma. La presencia de lesiones típicas de tromboflebitis migrans es generalmente patognomónica de un carcinoma visceral muy avanzado. Añade que una mejor comprensión de los factores asociados que intervienen en la tromboflebitis carcinogénica traerán nueva luz sobre el problema completo de la trombogénesis y que un análisis más completo de las alteraciones bioquímicas que intervienen en la etiología de estos tipos de tromboflebitis puede también revelar o proporcionar una prueba útil en cuanto a la presencia de un carcinoma, objetivo que todo el mundo médico espera.

Efectos de los esteroides suprarrenales sobre la resistencia a la infección.—El problema biológico que presentan los autores es que la hidrocortisona y la corticosterona, que difieren sólo por un grupo hidroxilo, tienen cualitativamente efectos metabólicos similares y eficacia similar en el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal, pero ejercen efectos diferentes sobre los mecanismos de resistencia a la infección. Estos pueden ser sólo cuantitativos, pero no obstante, la diferencia es sorprendente. La hidrocortisona disminuye la resistencia a la infección y deprime las respuestas inmunitarias; la corticosterona en las mismas dosis no tiene estos efectos. La ACTH puede motivar que la secreción suprarrenal de los conejos se altere tan marcadamente que los animales que generalmente segregan corticosterona como esteroide suprarrenal predominante se hagan predominantemente secretores de hidrocortisona. Las modificaciones en el estado inmunológico de los animales pueden demostrarse después del tratamiento con diferentes cantidades de ACTH y estas modificaciones van de acuerdo con lo que se presumiría sobre la base de la alteración en la naturaleza del producto secretor adrenal. Diferencias en el estado de secreción de corticosterona e hidrocortisona pueden ser provocadas por una gran variedad de estímulos, pero la respuesta en términos de cantidad total, así como en el tipo de esteroides, es muy variable y no puede predecirse. Hay evidencia sugestiva de que influencias genéticas sobre la esteroideogénesis pueden estar relacionadas en cierto grado con diferencias genéticas a la resistencia la tuberculosis; animales genéticamente susceptibles segregan aproximadamente doble cantidad de hidrocortisona que los conejos genéticamente resistentes. Los conejos tratados con ACTH pueden, a pesar de una secreción esteroidea total menor, segregar mayores cantidades de hidrocortisona que son segregadas por conejos genéticamente resistentes e infectados con bacilos tuberculosos.

tisona que son segregadas por conejos genéticamente resistentes e infectados con bacilos tuberculosos.

The American Journal of the Medical Sciences.

230 - 4 - 1955.

- * Estudios clínicos sobre un agente vasopresor: Metaraminol (aramina). II. Observaciones sobre su empleo en el tratamiento del shock. M. H. Weil.
- Evaluación de los métodos de pruebas cutáneas utilizadas en el diagnóstico de la alergia a la penicilina. L. Tuft, D. C. Gregory y J. Gregory.
- * Relaciones de la mortalidad por infarto miocárdico con los hallazgos anatomopatológicos y la edad. T. B. Smart y R. A. Bruce.
- * La intensidad de la arterioesclerosis aórtica en ciertas enfermedades: Un estudio de necropsia. D. L. Creed, W. F. Baird y E. R. Fisher.
- * Efectos del potasio y la cortisona sobre la morbilidad e hiponatremia consecutivas a la cirugía de la válvula mitral. R. A. Bruce y K. A. Merendino.
- * El remanente tirotoxico. J. H. Nodine, W. H. Perloff, T. E. Sopp, R. N. Ferrandis y D. de Albuquerque.
- * Efectos de la rauwolfia serpentina en enfermos con hipertensión. H. B. Cotten, W. S. Herren, W. C. McAdory y M. S. Klapper.
- * Experiencia clínica con una nueva combinación de agentes hipotensores. C. W. Smith, K. E. Quickel, A. E. Brown y C. G. Thomas.
- Efectos de una dieta rica en colesterol, sola y más administración de cortisona sobre el turnover de los fosfolípidos y la partición de lípidos en el plasma, hígado y aorta de conejos. A. Dury.

Aramina en el shock.—Declara el autor que cuando se pierde sangre o plasma por una herida o cuando la deshidratación o el acúmulo en los vasos distendidos causa una reducción inicial en el volumen sanguíneo fisiológicamente eficaz, se produce entonces el shock. A continuación se presenta el retorno venoso inadecuado, disminución del volumen cardíaco de expulsión y reducción en el flujo sanguíneo coronario. La insuficiencia miocárdica y la pérdida ulterior del momentum circulatorio completan un círculo vicioso. Los agentes vasopresores como la norepinefrina y la aramina contraen el lecho vascular periférico, aumentan el retorno venoso y el flujo sanguíneo coronario y actúan directamente sobre el músculo cardíaco para aumentar su contractilidad. Estos efectos rompen dicho círculo y contrarrestan los trastornos fisiológicos del shock tardío, independientemente de su causa inicial. Ha podido ver que la aramina cumple ciertos requisitos vasopresores "ideales" mucho más adecuadamente que los agentes utilizados habitualmente. Ha tratado 61 hipotensos con aramina, de los cuales 42 estaban en shock durante cuatro o más horas. Los resultados de la terapéutica fueron, por lo menos, tan satisfactorios como los referidos para la norepinefrina. Se apreció ritmo bigemino en dos enfermos tratados con aramina y corticoides concomitantemente, aunque no se vió una acción perjudicial sobre el ritmo cardíaco en las referencias de otros autores; no se apreciaron otros efectos indeseables. Las principales ventajas de la aramina son la potente acción presora, su duración prolongada de acción, la facilidad con que puede controlarse su administración y su facilidad de empleo intravenoso directo, intramuscular y subcutáneo. La seguridad y practicabilidad de esta droga recomiendan su empleo en el tratamiento del shock.

Relaciones de la mortalidad por infarto miocárdico con los hallazgos anatomopatológicos y la edad.—Los autores han revisado los protocolos clínicos de 160 enfermos con infarto miocárdico para evaluar los hallazgos anatomopatológicos en relación con la mortalidad. Se obtuvieron registros de autopsia en el 69 por 100 de 117 casos fatales. Aunque la distribución de los enfermos de acuerdo con el Pathologic Index Rating varió ampliamente de los referidos por SCHNUR, los resultados de clasificar la mortalidad fueron prácticamente idénticos. Concluyen que la intensidad de las complicaciones anatomopatológicas al ingreso son más importantes que la edad, aunque los enfermos de más años tienen índices patológicos más altos habitualmente. El Pathologic Index Rating parece constituir un índice válido de pronós-

tico y debe utilizarse para evaluar los regímenes terapéuticos para el infarto miocárdico con respecto a la experiencia de mortalidad.

Intensidad de la arterioesclerosis aórtica en ciertas enfermedades.—Los autores han visto diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de la arterioesclerosis de la aorta en un estudio necrópsico de las aortas de 1.223 varones con hipertensión, carcinoma broncogénico, cirrosis de Laennec y linfomas malignos, así como la rápida pérdida de peso. Los enfermos con hipertensión y carcinoma broncogénico muestran un grado mayor de arterioesclerosis que los controles. Por otro lado, los enfermos con cirrosis de Laennec y los de linfomas malignos tienden a una intensidad disminuida de este proceso degenerativo. Añaden que no está claro el mecanismo que explique este aumento de la intensidad de la arterioesclerosis en el carcinoma broncogénico. La explicación de una intensidad disminuida de arterioesclerosis en enfermos con cirrosis hepática podría residir muy bien en la acción de aclaramiento de los estrógenos sobre las lipoproteínas del suero, ya que el fracaso de la inactivación de los estrógenos es un fenómeno bien reconocido en esta enfermedad; además, la presencia de ictericia que se asocia con aumento de los fosfolípidos del suero, un factor importante en la estabilización de las emulsiones de lípidos del suero, podría también jugar un papel. La frecuente afectación hepática observada en enfermos que sucumben por linfomas malignos y leucemia explicaría la intensidad disminuida de la arterioesclerosis en sujetos con estas enfermedades. Además, se ha apreciado que un estado nutritivo malo y prolongado, que algunos de estos enfermos exhiben, se asocia con una arterioesclerosis de intensidad disminuida.

Efectos del potasio y la cortisona sobre la morbilidad e hiponatremia consecutivas a la circulación mitral.—Refieren los autores sus observaciones clínicas sobre los efectos del potasio y la cortisona sobre la morbilidad y respuesta metabólicas de 12 enfermos sometidos a la cirugía de la válvula mitral. La administración de cantidades moderadas de potasio se asoció con aparición de una hiperkalemia leve en tres enfermos. La administración de cortisona no se acompañó de aumento de peso, hiponatremia o hiperkalemia cuando se limitó la ingestión de líquido y de sodio en nueve enfermos. La cortisona parece constituir una ayuda útil al tratamiento intensivo del profundo colapso circulatorio con amins presoras, según se vió en un enfermo; la cortisona no impide la pericarditis postoperatoria. Concluyen que las limitaciones de líquidos y de sodio son muy importantes en el tratamiento postoperatorio de los enfermos sometidos a la cirugía mitral; el potasio debe limitarse a las fuentes naturales toleradas por el enfermo; la cortisona suplementaria puede ser una ayuda útil en enfermos ocasionales que experimentan un profundo stress.

El remanente tirotóxico.—Señalan los autores que después de la tiroidectomía por tirotoxicosis, bien quirúrgica o por medio del radioyodo, la retención tiroidea de una dosis trazadora de I^{131} en el enfermo que clínicamente es eutiroides e incluso francamente mixodematoso está verosimilmente relacionado con las bajas cantidades de yodo hormonal almacenadas en los tiroides de estos individuos. El fracaso de la relación de la fracción tiroidea de I^{131} (presente en la glándula, así como la cantidad ya segregada a la corriente sanguínea como radioyodo hormonal) y la cifra de yodo ligado a proteínas y el estado clínico es más difícil de comprender. Ofrecen varias explicaciones posibles, de las cuales la más verosímil consistiría en un nivel de yodo en el suero reducido que tendería a disminuir la cantidad absoluta de yodo utilizable para su atrapamiento por el tiroides.

Rauwolfia serpentina en la hipertensión.—Declaran los autores que la mitad de 98 enfermos ambulatorios con hipertensión mostraron un descenso significativo de

la presión sanguínea como resultado de la terapéutica con rauwolfia. Aproximadamente un número igual de enfermos mostró una evidente lentificación del ritmo cardíaco que aparentemente no estaba relacionada con el efecto hipotensor; añaden que la bradicardia es deseable en la mayoría de los enfermos con hipertrofia cardíaca, bien debida a la hipertensión u otras causas, y puede servir como un índice de la terapéutica con rauwolfia, distinto de sus acciones hipotensora o sedante. El volumen de contracción y el de expulsión determinados por la fórmula de Starr demostraron un aumento en el volumen de contracción y descenso en el de expulsión por minuto. No se vieron relaciones entre estas modificaciones y los efectos hipotensor o bradicárdico de la rauwolfia. Terminan diciendo que, cuando son eficaces, los derivados de la rauwolfia constituyen el tratamiento de elección en la hipertensión leve y tienen ventajas definidas sobre la terapéutica con barbitúricos.

Una nueva combinación de agentes hipotensores.—Los autores han tratado 65 enfermos con hipertensión, clasificada como leve en 14, moderada en 35 e intensa en 16, con un preparado hipotensor (mio-presin) compuesto de rauwolfia, protoveratrina y fenoxibenzamina (dibenzilina), a las dosis respectivas de 25 mg., 0,2 mg. y 5,0 mg. Se obtuvieron buenos resultados en 37 enfermos, aceptables en 14 y malos en otros 14; el 63 por 100 de los enfermos se había hecho normotenso a la conclusión del estudio. Los efectos colaterales consistieron en obstrucción nasal (24 veces), fatiga (36 veces), pérdida de semen (8 veces) y una vez palpitaciones y aumento de peso. La intensidad de los efectos colaterales fue generalmente leve y requirió la suspensión de la terapéutica en sólo siete de los enfermos tratados. Los efectos colaterales más prominentes, la obstrucción nasal y la fatiga, se controlaron habitualmente utilizando antihistamínicos para el primero y sulfato de d-enfetamina para el segundo; el empleo de anfetamina no demostró efectos adversos sobre la respuesta presora. Basándose en la experiencia señalada, los autores declaran que la combinación de agentes estudiada debe ser considerada actualmente como el preparado hipotensor de elección.

Annals of Internal Medicine.

43 - 4 - 1955.

- * Los síndromes pobres en sal. T. S. Danowski, E. B. Ferguson F. M. Mateer.
- * Aldosterona: Observaciones sobre la regulación del balance de sodio y potasio. J. A. Luetscher Jr. y R. H. Curtis.
- * Estado actual de la terapéutica con ACTH y esteroides suprarrenales en Medicina. J. C. Beck.
- * ACTH y esteroides suprarrenales en el tratamiento de enfermedades infecciosas. W. W. Spink.
- * Papel de la ACTH, cortisona e hidrocortisona en cirugía. W. E. Abbott, H. Kriegery S. Levey.
- * Concentración de creatinina en el plasma y aclaramiento de creatinina en trabajo clínico. H. N. Haugen y E. M. Blegen.
- * Hipertensión esencial benigna: Curso ulterior de 100 enfermos bajo observación durante 18 a 34 años. A. M. Burgess.
- * Hepatitis por clorpromazina: Referencia de tres casos. H. Gold, F. Rosenberg y W. Campbell.
- * Nuevas adquisiciones en el diagnóstico y tratamiento de la anemia perniciosa. C. L. Conley y J. R. Krevans.
- * Criptococosis: Rasgos clínicos y diagnóstico diferencial. D. R. Nichols y W. J. Martin.
- * Trombosis crónica masiva de la arteria pulmonar. A. Ring y J. R. Bakke.
- * Valor clínico de la biopsia renal. R. M. Kark, R. C. Muehrcke, C. L. Pirani y V. E. Pollak.
- * Crioglobulinemia esencial. M. J. Steinhart y G. S. Fisher.
- * Tumores carcinoides del estómago. C. R. Hines y J. L. Savage.
- * Coexistencia de leucemia mielógena y enfermedad de Hodgkin. A. A. Sanwick, H. Cohn y A. I. Swiller.
- * Neumotorax espontáneo complicando al neumoperitoneo terapéutico: Revisión y referencia de un caso. M. Shapiro.
- * Myxedema en dos hermanos, uno con psicosis. W. N. Chambers y J. Milne.
- * Leiomiomas del intestino delgado en un niño. D. B. Monheit y G. A. Degenshein.
- Editorial. Compromisos actuales de la literatura médica.

Los síndromes pobres en sal.—Declaran los autores que los datos acumulados hasta la actualidad bastan

para indicar la existencia de diferentes tipos de síndromes con baja concentración de sal. Es útil clasificar las diferentes hiponatremias según el estado de los depósitos de sodio corporal. La historia, los síntomas, signos y datos de laboratorio permiten frecuentemente la diferenciación entre: 1) La hiponatremia resultante de la depleción de sodio o la hipoosmolaridad celular, en la que están reducidos los depósitos de sodio. 2) La hiponatremia con intoxicación acuosa e hiperlipemia, en que el sodio del cuerpo está intacto; y 3) La hiponatremia que se encuentra en los estados edematosos, como por ejemplo, en la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis e insuficiencia renal, en los que el sodio total del organismo está actualmente elevado. La identificación del trastorno metabólico particular en el sodio y agua del organismo permite la terapéutica adecuada; sin embargo, debe subrayarse que nuestro conocimiento es limitado y que indudablemente pueden existir otras formas de hiponatremia.

Aldosterona: regulación del balance de sodio y potasio.—Comienzan diciendo los autores que la aldosterona se segrega por la glándula suprarrenal humana. En concentraciones fisiológicas su efecto principal consiste en la reducción de la secreción de sodio y el aumento en la eliminación del potasio. La fracción de aldosterona que aparece en forma activa en la orina se ha medido en sujetos normales y en diferentes enfermos. La eliminación de aldosterona en los sujetos normales está estrechamente relacionada con la ingestión de sodio y potasio y con su equilibrio y sugiere un esfuerzo para retornar el balance alterado hacia lo normal; la hipótesis ejerce poco control sobre su secreción en el hombre. La eliminación de aldosterona está aumentada: 1) En los hombres normales con dietas pobres en sodio o altas en potasio. 2) En el síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática o toxemia del embarazo durante periodos de exacerbación y acúmulo de edemas y el tratamiento efectivo y la mejoría en el proceso fundamental resulta en una administración reducida de aldosterona y en la diuresis; y 3) En tumores de la corteza suprarrenal que segregan aldosterona.

Estado actual de la terapéutica con ACTH y esteroides suprarrenales en medicina.—Declara el autor que el valor clínico médico de la ACTH y de los esteroides suprarrenales está establecido más firmemente aunque el papel definitivo de estos agentes en el arsenal terapéutico se encuentra todavía en fase de cristalización. Subraya la importancia de la comprensión de sus efectos fisiológicos como condición previa de su empleo terapéutico eficaz y sin riesgo. La inhibición endógena de la ACTH hipofisaria, la cual ocurre como consecuencia de la administración exógena de ACTH y la atrofia adrenocortical que acompaña a la administración de cortisona e hidrocortisona (especialmente en casos de terapéuticas prolongadas con estos agentes), puede producir una insuficiencia suprarrenal temporal tras la cesación de la terapéutica. Discute los tipos de agentes hormonales de uso actual y las dosificaciones y horario de su administración. La cortisona e hidrocortisona han hecho posible terapéuticas de sustitución en casos de enfermedad de Addison y de hipopituitarismo, restableciendo a los enfermos a un estado muy próximo al normal. Describe el empleo del nuevo esteroide sintético 9-alfa-fluor hidrocortisona, tanto aisladamente como en combinación con la hidrocortisona en el tratamiento del Addison. Discute los efectos beneficiosos de la ACTH, cortisona e hidrocortisona en la artritis reumatoide, gota, fiebre reumática, asma bronquial, sensibilidades medicamentosas, periarteritis nodosa, lupus eritematoso diseminado, nefrosis, colitis ulcerosa, granulomatosis por berilio y lupus pernio; subraya que los agentes hormonales no deben ser usados, excluyendo al tiempo las otras formas de terapéutica bien reconocidas en estas enfermedades. El progreso más significativo durante el año pasado fué la elaboración de nuevos análogos sintéticos de la cortisona e hidrocortisona. La metacortandracina se encuentra en amplio uso experimental y considera la posibilidad de que se descubrirá un análogo

con una fuerte eficacia antiinflamatoria y pocos o ninguno de los efectos colaterales negativos característicos de los agentes hormonales. No se sabe mucho en relación a los mecanismos por los que producen sus efectos o en relación con el sitio de su acción. Postula que deben ejercer cualquier efecto fundamental sobre el metabolismo celular y que esto resulta en una alteración de la respuesta de las células a los agentes etiológicos que originan la enfermedad. El empleo de ACTH y los esteroides suprarrenales ha demostrado la reversibilidad potencial de ciertas enfermedades y se puede suponer que las investigaciones en cuanto a su patogénesis van a ser estimuladas por este hecho.

ACTH y esteroides suprarrenales en las enfermedades infecciosas.—Inspirado por el hecho de que la ACTH y la cortisona alivian la inflamación y reducen el grado de toxicidad en los enfermos con artritis reumatoide, el autor ha ejecutado una serie de observaciones en pacientes con diversas enfermedades infecciosas. Los resultados demuestran que el empleo discriminado durante un breve periodo de tiempo de la ACTH y de los corticosteroides suprarrenales en casos exquisitamente seleccionados produce con gran frecuencia una marcada mejoría. Ha empleado ACTH, cortisona o hidrocortisona en tres grupos de enfermos. En el primero, se trataba de un grupo de enfermos con infecciones en las que la supresión de la inflamación y de la toxemia eran principales requisitos, administrándose las hormonas como adición a los antibióticos; entre dichas enfermedades estaban la tuberculosis, fiebre reumática aguda, brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis, orquitis parotídica, mononucleosis infecciosa y triquinosis. En el segundo, se usaron las hormonas en la terapéutica del shock provocado por la bacteriemia con gérmenes gram negativos. En el tercero, se utilizaron para el tratamiento de estados de hipersensibilidad causada por drogas, por ejemplo, anemia hemolítica y agranulocitosis. Subrayan que como la ACTH y los corticosteroides tienen efectos colaterales negativos, y como puede ocurrir que los mecanismos defensivos contra los gérmenes se afecten desfavorablemente por las hormonas, estos agentes deben emplearse cautisimamente durante periodo muy breves y en casos de selección muy restringida.

ACTH, cortisona e hidrocortisona en cirugía.—En este trabajo los autores intentan resumir tanto los beneficios terapéuticos como los peligros asociados con el empleo de la ACTH, cortisona e hidrocortisona en enfermos quirúrgicos. Es obvio que en aquellos enfermos que tienen una insuficiencia suprarrenal aguda o crónica como resultado de una enfermedad o la extirpación quirúrgica de las suprarrenales, es obligatorio el empleo de la cortisona o hidrocortisona. En otros enfermos estas hormonas pueden ser de valor para evitar la operación, mejorando el estado preoperatorio de ciertos enfermos en estado desesperado o haciendo desaparecer algunas de las complicaciones postoperatorias. El advenimiento de la cortisona e hidrocortisona ha hecho posible la adrenalectomía total y constituye una ayuda para el tratamiento de enfermos sometidos a adrenalectomía subtotal por síndrome de Cushing, feocromocitoma o aldosteronismo primario. La ACTH tiene gran valor en la evaluación periódica de la actividad funcional del tejido suprarrenal remanente. También la adrenalectomía bilateral se ha utilizado para paliar los carcinomas metastásicos, la hipertensión o el aldosteronismo secundario. El mantenimiento de estos enfermos es relativamente fácil con dichas drogas, aunque las dosis deben aumentarse siempre que el enfermo padezca una infección, operación quirúrgica o trauma. Estas hormonas representan una adición significativa al arsenal terapéutico, aunque no se debe olvidar que en los enfermos quirúrgicos pueden provocar una gran variedad de respuestas, las cuales no son siempre deseables. Es también evidente que se requieren más investigaciones antes de poder usar este compuesto rutinariamente para cualquiera de las condiciones en las que se sugiere ahora su empleo.

Concentración de creatinina en el plasma y aclaramiento de creatinina.—Declaran los autores que se cuenta actualmente con dos pruebas de aclaramiento renal, la de la urea y de la creatinina, que tienen gran importancia. El aclaramiento de urea es de gran interés fisiológico y se trata de ver si ocurre lo mismo con el aclaramiento de creatinina. Una desventaja del aclaramiento de la urea es que la concentración intraplasmática de la urea depende de las proteínas ingeridas y además que el aclaramiento de la urea varía con la diuresis, de manera que se requieren dos fórmulas para su cálculo. En cuanto a la creatinina, que en este trabajo se designa como sustancia Jaffé-positiva, su concentración intraplasmática es notablemente constante durante periodos prolongados de tiempo. Desviaciones de más de 0,1 mg. por 100 c. c. son generalmente indicativas de errores técnicos; otro hecho interesante es la constancia de la eliminación diurna de creatinina por la orina. El valor de esta eliminación, siempre que su determinación química se haga correctamente, puede emplearse como control de la recogida de la orina. La desventaja de la prueba es que no existe un método específico para la determinación de esta sustancia; a juicio de los autores, la creatinina puede determinarse por medio del reactivo de Lloyd; no obstante, el empleo de este método no es necesario en la rutina cotidiana excepto en casos de diabetes mellitus, proque grandes cantidades de glucosa y acetona actúan como sustancias Jaffé-positivas. Por medio del procedimiento que describen detalladamente, las normas de la concentración intraplasmática de creatinina se encuentran en la vecindad de 0,9 a 1,0 miligramos por 100 c. c. y nunca superior a 1,3; los mismos valores son constantes para la sangre. El aclaramiento de creatinina está en la proximidad de 100 c. c. por minuto y varía entre 70 y 130. Es de notar que como medida de la lesión renal, la determinación de la concentración intraplasmática de creatinina es suficiente. El producto del valor de esta concentración por el valor del aclaramiento de creatinina expresado en centímetros cúbicos por minuto fluctúa alrededor de 100; sus variaciones no son más extremadas que las que corresponden al propio aclaramiento. Así, una concentración intraplasmática de cerca de 2 mg. de creatinina por 100 c. c. se encuentra habitualmente cuando el aclaramiento de creatinina está en las proximidades de 50 c. c. por minuto; aproximadamente, 4 mg. de creatinina intraplasmática por 100 c. c. corresponden a un aclaramiento de 25 c. c. por minuto, etc.

Hipertensión esencial benigna.—El presente trabajo está basado en 100 enfermos con hipertensión esencial observados durante los años 1923 a 1954, inclusive; todos ellos tenían una presión sistólica de 180 mm. Hg. o más alta o una presión diastólica de 100 mm. Hg. lo superior y han permanecido en buen estado de salud durante ocho años antes de ser incluidos en dichas series. En julio de 1954, 74 habían muerto, 18 estaban vivos y bien y se perdió la pista a los ocho restantes; cuando se obtuvieron las últimas noticias de estos últimos, el promedio de vida del grupo total era de 2,7 años a juzgar por las tablas de seguros. Treinta y dos enfermos tenían cincuenta años de edad o menos cuando se vieron por primera vez que tenían hipertensión; el más joven era de veintiocho años. De este grupo 17 habían muerto, 13 estaban vivos y se perdió la pista a dos; el promedio individual de vida correspondía a 7,6 años. Sesenta y ocho enfermos tenían cincuenta o más años de edad y de este grupo 55 habían muerto, siete estaban vivos y se perdió la pista a seis; el promedio individual del grupo era de 1,2 años más de la espectación de vida. Ninguno de los enfermos tenía síntomas directamente atribuibles a la hipertensión; cierta vertiginosidad y cefaleas ocasionales se mencionaron por el grupo de más edad y aproximadamente en la misma proporción que ocurre en otros individuos de la misma edad; las presiones sistólicas de más de 300 mm. Hg., según se vió en cinco enfermos, no causan síntomas. Ningún enfermo desarrolló hipertensión maligna. Añade el autor que aunque las series son demasiado pequeñas para sacar conclusiones definitivas o ser de valor estadístico, como representan la experien-

cia en la práctica privada durante un periodo de años y en cierto grado está basado en la observación de vecinos, amigos y familiares, algunos de los cuales habían sido vistos frecuentemente durante años, le ha motivado a formular ciertas impresiones definitivas que pueden ser de interés. Juzga que la hipertensión esencial de larga duración es un proceso no progresivo, benigno, que en ausencia de lesión cardíaca, retiniana o renal, es compatible con una duración de vida superior a la espectación normal en individuos de más de cincuenta años y en algunos que tienen menos de esta edad. Es el tipo más frecuente de hipertensión que se aprecia en la práctica privada. La ansiedad que se asocia con el conocimiento por parte del enfermo de que su presión arterial está alta puede ser muy perjudicial y, por lo tanto, no hay que caer en el error de hacer dirigir la atención del enfermo hacia su proceso. A menos o hasta que el enfermo muestre lesión cardíaca, retiniana o renal, la cirugía no está indicada y debe resistirse al empleo de los modernos hipotensores. Terminan diciendo que la hipertensión maligna precoz puede ser indiferenciable al principio del proceso benigno y aconseja la observación frecuente en tales casos hasta que la situación esté clara.

Hepatitis por clorpromazina.—Los autores refieren tres casos de hepatitis consecutiva a la administración de clorpromazina. La enfermedad apareció dos a tres semanas después del empleo de la droga y comenzó por fiebre, malestar general y anorexia, seguidos por el desarrollo rápido de ictericia, heces acólicas y bilirrubinuria. Las pruebas de laboratorio demostraron la presencia de una ictericia obstructiva, en ausencia de enfermedad demostrable de las vías biliares extrahepáticas. Existía eosinofilia en uno de los enfermos. Uno de los casos fué operado porque fué imposible descartar la existencia de una causa quirúrgica de la ictericia. En todos los casos se hicieron biopsias hepáticas por medio de la aguja de Vin Silverman, que demostraron la presencia de hepatitis con obstrucción de los canaliculos por bilis espesada. La ictericia se aclaró al cabo de cuatro a seis semanas, pero la fosfatasa alcalina y la colesterrina del suero persistían a niveles elevados durante periodos considerablemente más largos de tiempo. Concluyen que la clorpromazina no debe emplearse profusivamente, sino que debe reservarse para su uso en procesos en que los efectos beneficiosos de la droga sean más importantes que el riesgo peligroso de la hepatitis y que la exploración quirúrgica deberá posponerse lo más posible en todos los casos de ictericia con una historia de ingestión previa de clorpromazina.

Tratamiento de la anemia perniciosa.—Declaran en primer lugar los autores que los enfermos que demuestran manifestaciones precoces de la anemia perniciosa se tratan frecuentemente con preparados multivitamínicos o hematínicos que contienen ácido fólico antes de que el diagnóstico se establezca definitivamente. Por consiguiente, el curso clínico de la enfermedad se altera y las manifestaciones neurológicas pueden presentarse aunque no exista anemia. El diagnóstico es frecuentemente difícil de establecer en los enfermos tratados de esta manera y el empleo de pruebas con vitamina B₁₂ sigue siendo el tratamiento de elección, pero que ciertos preparados para administración oral parecen terapéuticamente eficaces. En el presente estudio han tratado 45 enfermos con anemia perniciosa mediante vitamina B₁₂ en forma cristalina administrada oralmente sin factor intrínseco. Cuando se administran 3-10.000 gammas de vitamina B₁₂ por vía oral en una sola dosis a enfermos en estado de recidiva, las respuestas clínica y hematológica fueron similares a las que se obtienen con la terapéutica parenteral. Fué posible mantener a los enfermos en estado de remisión completa por la administración de una sola tableta de 1.000 gammas una vez por semana. Con este régimen se han mantenido 11 enfermos de manera satisfactoria durante periodos de más de tres años, no obstante, las medidas recientes de concentración sérica de la vitamina B₁₂ en siete de estos enfermos indican que los niveles que resultan de dicha do-

sificación son probablemente subóptimos y que se requieren cantidades más grandes para restaurar la saturación de los tejidos.

Trombosis masiva crónica de la arteria pulmonar.—En un total de 11.511 autopsias consecutivas encuentran los autores 21 casos de trombosis masiva de la arteria pulmonar, esto es, una frecuencia de 0,18 por 100. Estaban afectas ambas arterias pulmonares principales en ocho casos, la arteria pulmonar derecha en nueve y la izquierda en cuatro. En seis casos se trataba de un desarrollo secundario a una embolización pulmonar; en muchos de los restantes 15 casos la formación del trombo ocurrió probablemente en la arteria pulmonar sin embolización previa. En 15 de los casos había una enfermedad pulmonar crónica asociada; en todos los casos de trombosis unilateral combinada con neumopatía crónica, las dos entidades estaban situadas en el mismo lado. Las manifestaciones clínicas de la trombosis están generalmente enmascaradas por la enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente; en 17 casos el principal síntoma fué la intensa disnea fuera de la proporción de la enfermedad subyacente y refractaria a todas las formas de tratamiento. Para establecer el diagnóstico puede ser útil una historia de signos clínicos de embolización previa. Las radiografías torácicas pueden revelar una masa hilar con disminución o ausencia de las sombras vasculares en los campos periféricos de los pulmones; el examen radioscópico puede demostrar la ausencia de pulsaciones hiliares en el lado afecto; la angiocardiógrafa visualiza un defecto en la plenificación de la arteria pulmonar afectada; en los estudios de cateterización cardíaca las demostraciones incluyen una alta presión en el ventrículo derecho con un rendimiento cardíaco abajo. El aspecto clínico terminal era en muchos casos el del cor pulmonale en estado de desfallecimiento; en 14 de los 21 casos se demostraron en la autopsia diversos grados de hipertrofia o dilatación del corazón derecho. En tanto que este síndrome atraiga más atención, su diagnóstico por medios puramente clínicos debe hacerse más frecuentemente; cuando el diagnóstico del síndrome está establecido, está justificado un curso prolongado de anticoagulantes en vista del carácter generalmente pesimista del pronóstico. Un aspecto notable de los estudios de autopsia fué la presencia de un émbolo pulmonar previo o de tromboembolia de cualquiera localización en 14 casos; a pesar de la trombosis masiva no había infarto pulmonar, aunque en algunos casos se apreciaron pequeños infartos. Revisan la literatura y especialmente la anatomía patológica, fisiopatología experimental y estudios radiográficos y clínicos.

Valor clínico de la biopsia renal.—Los autores han efectuado 200 biopsias renales en posición prona; no han encontrado complicaciones serias y la mortalidad fué leve. Se hicieron cultivos de la sangre y de los tejidos, tomados del riñón en todos los casos. Se observaron cinco enfermos en los que los cultivos de la orina fueron repetidamente negativos y en los que los cultivos del tejido renal fueron positivos; todos ellos respondieron al tratamiento con antibióticos. El análisis de los resultados demuestra que esta técnica es el método más útil para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la nefrona, los vasos y la sustancia fundamental del riñón. Presentan las historias de varios casos para demostrar el valor de la biopsia renal. Añaden que en el síndrome nefrótico es con frecuencia muy difícil dar un pronóstico exacto cuando el enfermo se trata por primera vez, pero la biopsia renal es de valor singular en cuanto al pronóstico de este proceso. Los estudios seriados por biopsia les ha permitido realizar un detallado estudio clínico patológico de la historia natural de las enfermedades que afectan al riñón. Han sido muy útiles clínicamente en la determinación de la respuesta del órgano al tratamiento y que han demostrado su valor para resolver problemas relacionados con la fisiología renal, tales como el origen y mecanismo de la hematuria y de la proteinuria de origen renal.

Crioglobulinemia esencial.—Los autores presentan un caso de crioglobulinemia no asociada con enfermedades habitualmente asociadas como el mieloma o la leucemia y consideran que se trata de un tipo de crioglobulinemia totalmente distinto. En su enferma se sugirió la presencia de crioglobulinemia por la aceleración de la velocidad de sedimentación, el estado geloide de la sangre y síntomas clínicos de urticaria para el frío y púrpura. En el cuadro clínico se apreciaron exacerbaciones repetidas de manifestaciones purpúreas debidas a la administración de tartrato de ergotamina para una jaqueca. La ACTH y cortisona produjeron una mejoría clínica, reduciendo el contenido crioglobulínico del suero de 4,3 a 0,1 gr. por 100 c. c. Durante el período de dos años después del diagnóstico, la enferma presentó una hipertensión con aumento de tamaño del corazón, retinopatía, nefritis con edema, púrpura extensa y marmorización de las extremidades inferiores con áreas recidivantes de trombosis alrededor de los talones y una anemia normocítica que exigió numerosas transfusiones. Dosis de mantenimiento de cortisona (25-37 mg. diarios durante más de un año) parecieron detener el progreso de la enfermedad. Discuten el posible nexo causal entre la declaración de nefritis y la crioglobulinemia.

Tumores carcinoides del estómago.—Señalan los autores que en el estudio radiológico de una enferma de treinta y dos años encontraron una lesión polipoide y en el estudio de la pieza obtenida por la intervención se demostró que se trataba de un tumor carcinóide; en vista de ello se reoperó a la enferma haciéndole una resección cuneiforme del estómago. El examen de la enferma dieciocho meses después no demostraba recidiva. Con este motivo revisan 26 casos de carcinóide primario del estómago referidos en la literatura. En ellos, cinco (19 por 100) fueron considerados como malignos, proporción similar a los carcinoides de otras localizaciones no apendiculares; sobre la base de los datos disponibles no hay ningún procedimiento quirúrgico específico como procedimiento de elección. Desde el punto de vista clínico y de laboratorio los hallazgos más frecuentes eran dolores abdominales de tipo inespecífico (62 por 100) y grandes hemorragias gastrointestinales (38 por 100). Todos los casos publicados mostraron radiológicamente lesiones polipoides; en tres de cada cuatro casos el análisis del jugo gástrico demostraba la existencia de aclorhidria. Señalan que el tumor carcinóide del estómago sigue siendo una de las raras posibilidades del diagnóstico diferencial de las lesiones polipoides gástricas y en el momento actual este diagnóstico puede efectuarse solamente por medio de técnicas microscópicas. La revisión que han realizado no les ha permitido descubrir datos clínicos o de laboratorio que sean significativos para lograr un diagnóstico preoperatorio.

Coexistencia de leucemia mieloide y enfermedad de Hodgkin.—Los autores presentan el caso de una mujer de setenta y un años de edad en la que se había establecido un diagnóstico de leucemia mieloide crónica dos años antes de su ingreso en el hospital. Se le había practicado radioterapia seguida de un curso de aminopterina y después otro de trietileno melamina. En el hospital se le dieron a la enferma varias transfusiones y un curso de myleran, que hubo de interrumpirse por la presentación de intensa diarrea. La enferma murió al cabo de dos meses de estancia en el hospital. Los exámenes terminales demostraban la presencia de mieloblastosis en la sangre periférica y en la autopsia esta mieloblastosis se apreció en un corte de médula ósea en una vértebra, pero en la mayoría de los órganos se encontraron las lesiones correspondientes al sarcoma de Hodgkin. Una revisión crítica de la literatura demuestra que nunca se ha observado la coexistencia de leucemia mieloide y enfermedad de Hodgkin en el mismo enfermo salvo un caso de Skworzoff; se trataba de una niña de cinco años con hepatomegalia, esplenomegalia, intensa anemia y un recuento leucocitario de 360.000, y que respondió bien a la irradiación antes de que fuera notada la presencia de la enfermedad de Hodgkin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

19 de agosto de 1955.

- * Tratamiento de exéresis y colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar. K. Vossghulte.
- Hidrocortisona "per os" en Medicina interna. H. Gros.
- * Insulinas de acción duradera en la diabetes mellitus del niño. H. Spiess.
- Experiencias con isótopos radioactivos. C. Blanco Soler.
- Sensibilización de grupo contra anestésicos, quimioterápicos y antibióticos. A. Hanauer.
- * Diagnóstico etiológico del cáncer en la policlínica ginecológica. P. Stoll.
- Lesiones prenatales y trauma del parto. E. Emminger.
- El problema de la toxicomanía de la postguerra. Ch. Dobroschke.
- Sobre la somnolencia neurótica. W. Dohner.
- * Valores erróneos del contenido en plomo de la sangre. R. Hoschek y cols.
- * Investigación sobre la duración del efecto de la vacunación activa para la profilaxis del tétanos. M. Seibold y colaboradores.

Tratamiento de exéresis y colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar.—El autor comunica los resultados obtenidos con exéresis pulmonar en 100 pacientes con tuberculosis pulmonar, en los que se hicieron 48 lobectomías, 38 neurectomías y 18 resecciones segmentarias.

Dos tercios de los operados recuperaron su capacidad de trabajo total o parcialmente.

Según el autor, las indicaciones de la exéresis pulmonar son: el tuberculoma, la caverna terciaria de paredes rígidas, algunas lesiones cavitarias próximas al íleo, en las cavernas del lóbulo inferior, cuando fracasa la colapsoterapia y cuando existen estenosis bronquiales.

Insulinas de acción duradera en la diabetes mellitus del niño.—El autor comunica los resultados obtenidos en 21 niños diabéticos que han sido tratados desde el año 1953 con insulina lenta o de acción duradera. El régimen dietético administrado durante ese tiempo contenía: de 1-2 gramos de grasa, de 1-3 gramos de proteínas, de 4-7 gramos de carbohidratos por kilo de peso y día. La tolerancia local fué buena, aunque en algún caso se produjo sensación de quemazón pasajera e incluso alteraciones hiperplásticas y lipodistrofías en el sitio de la inyección. Debe preceder siempre a la utilización de insulinas lentas un tratamiento con insulinas corrientes.

Con estas insulinas se pretendió conseguir que las glucosurias no fuesen superiores a 20 gramos por día y que la glucemia se mantuviera por debajo de los 50 miligramos por 100. Las dosis medias oscilaron entre 20 y 40 unidades diarias. De 11 niños tratados con insulinas lentas, siete se encuentran en un estado relativamente bueno, y de 10 niños en los que el tratamiento se llevó a cabo con acción duradera, cinco estaban en buena situación metabólica y otros dos en situación más mediocre. Las reacciones hipoglucémicas se producen más raramente que con las insulinas corrientes.

Diagnóstico etiológico del cáncer en la policlínica ginecológica.—Los autores insisten sobre la importancia y las limitaciones del examen citológico de los frotis en el diagnóstico del carcinoma de cuello. Basan su estadística sobre 5.619 frotis de distintas enfermas. Se obtuvieron 88,6 por 100 negativos, 77 por 100 sospechosos y 3,7 por 100 positivos. Se consideran negativos falsos un 10 por 100 y positivos falsos un 5,6 por 100. Se encontró un 4,3 por 100 (9 entre 206 carcinomas de cuello) de cánceres preclínicos en los que el resto de las exploraciones eran rigurosamente negativas.

Valores erróneos del contenido en plomo de sangre.—Los autores advierten que para las extracciones de sangre, en las determinaciones de plomo, no deben usarse jeringas "Rekord", ya que el estañó que se emplea para su fabricación tiene de 30 a 60 por 100 de plomo, que puede contaminar la muestra de sangre. Se usarán jeringas de cristal esterilizadas en hervidores distintos adonde lo hacen las jeringas "Rekord". Las intoxicaciones en la industria tipográfica son hoy raras, gracias a las precauciones higiénicoprofesionales

que existen. Sólo existe cierto peligro para los dedicados a trabajos de estereotipia.

Sólo debe pensarse en una intoxicación plúmbica cuando existen síntomas claros, como son: trastornos gástricos inexplicables con pérdida de apetito, adelgazamiento, estreñimiento y palidez del rostro. Los cólicos saturninos son un síntoma tardío; el ribete plúmbico de las encías se confunde a veces con una parodontosis. Es importante el punteado basófilo de los eritrocitos y la porfiruria. Los autores consideran que el contenido normal de plomo en sangre es de 20-40 gammas por 100.

Investigación sobre la duración del efecto de la vacunación activa para la profilaxis del tétanos.—Los autores estudian el grado de inmunidad en 15 casos en que se había llevado a cabo nueve a once años antes una vacunación profiláctica activa antitetánica. El título de anticuerpos en sangre y su comportamiento después de una revacunación con 0,5 c. c. de anatoxina tetánica, demostró en 13 casos una evidente inmunidad, que hubiese bastado para protegerlos suficientemente de una infección tetánica sin necesidad de seroterapia pasiva.

2 de septiembre de 1955.

- * Enterocolitis estafilocócica mortal tras la administración de acromicina. O. Gsell y cols.
- * El tratamiento de las intoxicaciones en la infancia. L. Lendle.
- Daños profesionales de la piel. W. Schneider.
- * Concepto y valoración de una lesión miocárdica en la práctica. M. Holzmann.
- Efectos de los derivados de la fenotiacina sobre la circulación. M. Ratschow.
- * Juicios sobre las alteraciones post-traumáticas del carácter. Ch. Faust.
- * Tratamiento hiperhemiante de la retina con un nuevo medicamento. K. Staenglen.
- El habla de los laringectomizados. G. Möckel y cols.
- * Nuevas posibilidades en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa. H. Rössler.
- Tratamiento de las perturbaciones vasodistónicas de la irrigación sanguínea. W. Umbach y cols.

Enterocolitis estafilocócica mortal tras la administración de acromicina.—Los autores comunican cinco casos de grave enterocolitis hemorrágica -seudomembranosa que se presentó tras un tratamiento con acromicina; tres de los pacientes murieron de enterocolitis estafilocócica, uno de colangitis por proteus y otro de sepsis por hongos.

Se encontraron estafilo-acromicin-resistentes en las disposiciones diarreicas exploradas bacteriológicamente, y en otros tres se pudo demostrar B. Proteus. Los autores comentan la génesis, profilaxis y tratamiento de esta grave complicación de la terapéutica con antibióticos.

El tratamiento de las intoxicaciones en la infancia.—El autor sistematiza la asistencia médica de urgencia en los niños con intoxicaciones por venenos. Los socorros deben ir encaminados a mantener las funciones respiratorias y circulatorias y a impedir la reabsorción del tóxico por el tramo gastrointestinal. Si la intoxicación es reciente, se intentará provocar vómitos por estímulos mecánicos o medicamentosos y se procederá a practicar un lavado de estómago. Son medidas de utilidad la administración de carbón animal por la gran capacidad de absorción que tiene y la administración de sulfato sódico para acelerar el tránsito intestinal. El analéptico más eficaz es el cardiazol. Si existe un estado de excitación o convulsiones puede ser salvador el empleo de narcóticos a dosis prudentes.

Si el tóxico ha sido administrado por vía parenteral, por inhalación o la reabsorción intestinal ya se ha consumado en gran parte, puede ser muy útil la exanguino-transfusión, el lavado peritoneal con solución de glucosa al 10 por 100 y la administración de compuestos de azufre (Bal) que forman con muchos tóxicos sulfuros inofensivos.

Concepto y valoración de una lesión miocárdica en la práctica.—El autor critica la aplicación imprecisa de

"lesión miocárdica", a no ser que se tome como diagnóstico provisional para ser completado con una exploración clínica detallada. Pocas alteraciones del ECG expresan con seguridad una lesión miocárdica.

Hablan en favor de ella: las anomalías de ritmo, los bloqueos de la conducción auriculoventricular y las alteraciones del complejo ventricular (astilladuras y ampliación de QRS, desplazamiento del complejo ST, alargamiento de QT y T plana, negativa o anormalmente positiva. Determinados tipos de trastornos como las lesiones de la capa externa, las alteraciones de tipo focal, los bloqueos de rama y arborización, lo mismo que la negatividad de la onda U son casi siempre expresión de una lesión miocárdica.

Juicios sobre las alteraciones post-traumáticas del carácter.—El autor resume los trastornos del carácter que se presentan después de traumatismos craneales. Estos pueden esquematizarse de la siguiente manera: 1.º) Las lesiones del lóbulo frontal producen déficit de los propios impulsos y de la autocritica, euforia, disforia y trastornos de la facultad de asociación. 2.º) Las lesiones de la corteza de la base del lóbulo temporal y de la zona orbitaria producen carácter versátil, indiferencia, falta de respeto y agresividad; y 3.º) El síndrome psíquico de la región diencefálica se caracteriza por alteraciones psíquicas del estado de ánimo, trastornos en el ritmo sueño-vigilancia, de la libido, del balance hídrico y del peso corporal.

Tratamiento hiperhemiante de la retina con un nuevo medicamento.—Las cefaleas que se producen durante el tratamiento de la hipertensión esencial con el preparado de hidralacina-nepresol, sugirieron investigaciones acerca de la influencia de este medicamento sobre el riego sanguíneo retiniano, demostrándose en experimentaciones animales que dilataba las arterias de la retina, siendo de suponer que alteraciones semejantes se produzcan en otros territorios de la carótida interna, lo que explicaría el mecanismo de estas cefaleas.

En estas investigaciones fundamenta el autor el uso del nepresol en el tratamiento del riego sanguíneo retiniano en dosis que oscilaron entre 1/2 y 6 comprimidos diarios (25 miligramos de sustancia activa por comprimido).

Nuevas posibilidades en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa.—El autor comunica los buenos resultados obtenidos hasta la fecha con un nuevo tratamiento local de la espondilitis tuberculosa, consistente en la aplicación a través de una cánula permanente de tuberculoestáticos en toda la amplitud del foco durante varios días. Según el autor, de esta manera es posible extraer las masas necróticas del foco espondilítico y combatir el proceso tuberculoso mediante el tratamiento general con tuberculoestáticos, consiguiendo una limitación en las indicaciones del legado operatorio de la columna vertebral.

9 de septiembre de 1955.

- * Defectos de tabique interauricular y su oclusión operatoria en ciclo abierto en hibernación artificial. E. Derra y colaboradores.
- * La artroplastia de la cadera con la prótesis de la cabeza del fémur según Judet. M. M. Hackendroch. Sobre la manera de injiciar el efecto de los medicamentos nuevos. G. Kuschisky.
- * Curación del efecto de glomerulonefritis difusas. H. Sarre.
- * Investigaciones radiológicas acerca de la patogenia de la enfermedad de Boeck de localización pulmonar. K. Wurm.
- * Sobre la etiología del hemotórax espontáneo. W. Beiglbock.

Defectos del tabique interauricular y su oclusión operatoria en ciclo abierto en hibernación artificial.—Después de un breve resumen embriológico, anatomopatológico y clínico de los defectos del tabique interauricular, los autores comunican la supresión operatoria de dicho defecto en ocho pacientes, que se realizó en hibernación artificial, a ciclo abierto mediante la inci-

sión de la aurícula derecha y compresión previa de ambas cavas, aorta y arteria pulmonar. Uno de los pacientes murió en el postoperatorio no pudiéndose de momento dar resultados definitivos, aunque los datos objetivos provisionales muestran una indiscutible mejoría de los hallazgos clínicos y fisiopatológicos.

La artroplastia de la cadera con la prótesis de la cabeza del fémur, según Judet.—El autor resume la experiencia de la artroplastia de la cadera con prótesis de sustancia artificial. Considera de gran trascendencia para el resultado, la correcta fijación de la prótesis en el muñón femoral, la extirpación previa del hueso hiperhémico o quístico, ya que sólo es posible la fijación duradera de la prótesis si se hace sobre hueso sano, el largo reposo post-intervención y el tratamiento gimnástico ulterior. Debe excluirse de la intervención una artritis activa.

Aunque no puede darse un juicio definitivo sobre esta técnica, los mejores resultados se obtienen en las pseudoartrosis del cuello del fémur y en las necrosis traumáticas.

Investigaciones radiológicas acerca de la patogenia de la enfermedad de Boeck de localización pulmonar.—Los autores basan su estudio en la observación de 160 pacientes en los que investigan la enfermedad de Boeck intratorácica, comprobando la existencia de tres estadios evolutivos de la misma. Un estadio inicial, en el que hay tumefacción bilateral, los ganglios hiliares pulmonares sin lesiones apreciables en el parénquima; un segundo estadio, en el que se produce afectación pulmonar secundaria por vía linfática (en forma de sombra reticular) o por vía hematológica (en forma de sombras miliares deseminadas). Puede tener lugar una alteración completa de estas lesiones con el tratamiento de ACTH y cortisona y con el embarazo. Por último, existe un estadio final, caracterizado por una esclerosis progresiva de los conglomerados ganglionares, fibrosis pulmonar y participación pleural. La exploración radiológica apoya la hipótesis de la relación de la enfermedad de Boeck con la tuberculosis.

Sobre la etiología del hemotórax espontáneo.—Basándose en el hecho de que el neumotórax espontáneo se presenta predominantemente en personas jóvenes y sanas en los que existen signos de tuberculosis activa o de enfisema, el autor revisa la literatura sobre el problema, y, añadiendo cuatro casos propios, concluye que existe una correlación entre el neumotórax espontáneo idiopático y el infiltrador pulmonar eosinófilo. Muchas peculiaridades de aquél, no aclaradas hasta hoy, como, por ejemplo, la edad, sexo, eosinofilia, falta de lesiones tuberculosas, etc., encuentran de esta manera una clara explicación.

16 de septiembre de 1955.

- Sobre la formación de anticuerpos neutralizantes en el hombre después de la vacunación antipoliomielítica con vacuna Behring. W. Keller y cols.
- * El papel del glomérulo en las nefropatías infantiles. W. Catel.
- * Úlcera gastroduodenal en la edad escolar. M. A. Lassrich y colaboradores.
- * Curación del defecto de glomerulonefritis difusa. H. Sarre.
- * Tratamiento eficaz de la neumonía primaria con tendencia abesificante en el recién nacido con derivados de cortisona. V. Freislederer.
- Infección inaparente y metabolismo. H. G. Krainick y colaboradores.
- El nuevo antígeno estable para el diagnóstico serológico de la neumonía intersticial de células plasmáticas de los recién nacidos. O. Vivell.
- * Crisis aplásicas en la ictericia hemolítica constitucional. K. Betke y cols.
- * La importancia de las cicatrices tuberculosas para la formación del cáncer de pulmón. K. G. Themel y cols.

El papel del glomérulo en la patogenia de las nefropatías infantiles.—Según el autor el glomérulo puede afectarse: 1.º) Por un trastorno del riego sanguíneo, como ocurre en las glomerulonefritis difusas, o 2.º) Por una alteración de la permeabilidad capilar, tal como sucede en las nefrosis. Si en una glomerulonefritis difusa ocurren trastornos de la permeabilidad capilar,

aparece el cuadro de las nefritis nefróticas, como igual puede aparecer este cuadro en nefropatía que, siendo inicialmente nefrótica, termine por afectarse la circulación glomerular.

Úlcera gastroduodenal en la edad escolar.—A raíz de 31 casos observados, los autores presentan el problema de la úlcera gastroduodenal en la edad escolar.

La úlcera duodenal predomina en el niño con relación a la gástrica (5:1) todavía más que en el adulto (2-3:1). Al contrario de lo que ocurre en el adulto, no se observa un franco predominio del sexo masculino sobre el femenino en la presentación de la enfermedad (17:14). El comienzo de la enfermedad, en la mayoría de los casos sumamente atípico (cólicos umbilicales, dolores abdominales incómodos, etcétera, siendo decisivo para el diagnóstico la exploración en todos los niños con dolores abdominales poco claros. Aparte de factores hereditarios parcialmente conocidos, los autores consideran como factores desencadenantes el exceso de excitantes y la situación escolar de la juventud actual.

Curación del defecto de glomerulonefritis difusa.—El autor comenta las dificultades que presenta el enjuiciamiento de una albuminuria residual tras una glomerulonefritis aguda, ya que tanto puede representar una curación de efectos con albuminuria residual inofensiva, como la evolución subclínica hacia una nefritis crónica irreversible.

Muchas veces ni incluso el estudio histológico de la punción biopsia renal puede aclarar el problema.

Son datos que indican un pronóstico favorable: la albuminuria inferior a 0,5 gramos por 1.000, falta de sedimento patológico (en especial hematuria y cilindros hemáticos) y buena concentración de la orina. Es de importancia capital eliminar otras enfermedades de las vías urinarias.

Tratamiento eficaz de la neumonía primaria con tendencia abscesificante en el recién nacido, con derivados de cortisona.—El autor comunica los resultados obtenidos con la hidrocortisona o el decortin en el tratamiento de la neumonía primaria abscesificante (6 lactantes). Con este tratamiento desapareció rápidamente el estado de gravedad, colapso circulatorio, regresando la exudación purulenta y mejorando la distensibilidad pulmonar. El empleo de la cortisona se muestra, por lo tanto, como un eficaz complemento en el tratamiento de este neumonía primaria del recién nacido.

Crisis aplásticas en la ictericia hemolítica constitucional.—Los autores comunican la exposición simultánea de una crisis aplástica en tres hermanos de dos, siete y ocho años, respectivamente, afectados de anemia hemolítica constitucional, desencadenada por una infección vírica, que por investigación serológica pudo filiarse como influenza B.

La observación muestra, de acuerdo con otras publicaciones, la presentación no excepcional de tales crisis en enfermos con anemia hemolítica constitucional y el mecanismo infeccioso que muchas veces presentan.

La importancia de las cicatrices tuberculosas para la formación del carcinoma periférico de pulmón.—Basados en un material de 2.500 casos, han comprobado los autores que el carcinoma periférico de pulmón procede casi exclusivamente de tejido cicatricial, teniendo una importancia predominante las frecuentes cicatrices de procesos tuberculosos. Para poder establecer un diagnóstico precoz de estos carcinomas periféricos, deben ser vigilados los pacientes con tales cicatrices.

23 de septiembre de 1955.

- * El delirium tremens. H. H. Meyer y cols.
- * La posición clínica de la picnolesia. D. Janr.
- * El hipertiroidismo primario y secundario. E. Nägele.

¿Existe un fundamento neurofisiológico de las alucinaciones esquizofrénicas?—Según el autor no existe ningún apoyo neurofisiológico a favor de que los impulsos endógenos o exógenos sean precipitados en el sistema nervioso central separadamente unos de otros y si en un momento determinado éstos impulsos se agotan a una estación intermedia, por ejemplo, el tálamo, pueden presentarse, según la teoría del autor, alucinaciones cuya base neurofisiológica la constituyen los impulsos espontáneos que circulan entre el tálamo y la corteza cerebral. Las estaciones intermedias del tálamo son singularmente sensibles a la disminución del aporte de oxígeno, glucosa y a la despolarización, lo que justificaría el uso del shock insulínico, cardiazólico o electrónico en el tratamiento de estas alucinaciones, ya que al interrumpirse mediante éstos la llamada de los impulsos nerviosos a la estación intermedia, se facilita su llegada al sistema nervioso central y son ellos la adaptación de la personalidad del enfermo a la realidad.

El delirium tremens.—Los autores comunican 106 enfermos atendidos con el cuadro de delirium tremens. Los enfermos habían bebido no solamente aguardiente, sino cerveza y vino durante un período de cinco a diez años. La edad de aparición osciló generalmente entre los cuarenta y cincuenta años.

La duración del delirium osciló entre los tres a cinco días, terminando casi siempre con un sueño profundo. La aparición de fiebre agravaba el pronóstico, ya que está condicionada por un trastorno central o por un proceso infeccioso. Los autores no creen que los trastornos de la función hepática jueguen un papel decisivo en su patogenia, considerando como mucho más importante los trastornos de la regulación vegetativa diencefálica. El tratamiento complementario con hidergina, periston N e inhalaciones de oxígeno han disminuido la mortalidad de un 12-30 por 100 a 4 por 100.

La posición clínica de la picnolesia.—La valoración catamnética y electroencefalográfica de 163 casos de picnolesia inclina al autor a considerar ese trastorno como una variedad de epilepsia de pequeño mal. Lo considera como la antesala de la epilepsia, ya que el 53 por 100 de los pacientes después de diez a catorce años de la enfermedad eran epilépticos, habiendo curado solamente un 16 por 100.

El análisis de los síntomas demuestran que en la picnolesia se pueden presentar todas las formas del ataque epiléptico, sobre todo las crisis de Petit Mal, siendo frecuentísimos los movimientos retropulsivos. Las hidantoinas no presentan efecto terapéutico; se han mostrado más útiles los barbitúricos. Las exacolidinas actúan muy eficazmente, estando limitado su uso por los efectos tóxicos sobre el cuadro hemático.

El hipertiroidismo primario y secundario.—El autor describe el cuadro de hipertiroidismo primario, condicionado casi siempre por un adenoma de la paratiroides y que a través de una producción exagerada de hormona paratiroidea se produce una inhibición de la reabsorción de fosfatos por la orina con hipofosfatemía, hipercalcemia, desmineralización difusa del esqueleto, hipercalcemia y eventualmente nefrocalcinosis con nefrolitiasis. Aparece fundamentalmente en mujeres de mediana edad y su pronóstico queda en gran parte condicionado por las alteraciones renales.

En el hiperparatiroidismo secundario existe como trastorno primario una grave alteración de la función tubular con inhibición de la eliminación de fosfatos y de la formación de amoníaco en el riñón, originándose de esta manera una hiperfosfatemía con hipocalcemia y acidosis sanguínea que incita a las paratiroides a una hiperfunción secundaria.

Son éstos los cuadros de enanismo renal y ciertas formas de raquitismo tardío que no pueden mejorarse con administración de vitamina D.

Estudios sobre la ferritina. L. Heilmeyer.

* ¿Existe un fundamento neurofisiológico de las alucinaciones esquizofrénicas? P. Glees.

La importancia del ionograma de la orina en clínica. H. Hungerland y cols.

30 de septiembre de 1955.

- * El síndrome de irritación cardíaco y cérvico-vertebral. G. W. Parade y cols.
- * Signos de madurez en un recién nacido después de un embarazo que duró de 224 a 229 días. H. Wimhoefer. Acerca de la exploración de los conductores de automóviles. A. Grossjohann.
- * El drenaje mecánico del edema cutáneo. H. Schaeffer. Crataegus en el tratamiento de las cardiopatías. H. Windus.
- * Operaciones urológicas en edad avanzada. F. Arnholdt. Acerca de la vacunación preventiva contra la poliomielitis. R. Haas y cols.
- El viejo en el trabajo y en la actividad. J. Tamen.

El síndrome de irritación cardíaca y cérvico-vertebral. Se agrupa bajo el síndrome hombro-mano, los dolores de hombro que pueden irradiarse a brazo y mano (generalmente en el lado izquierdo, a veces asociados a limitación de la movilidad y que aparece en enfermos cardíacos con insuficiencia coronaria). Síntomas análogos pueden presentarse en los trastornos de la columna cervical. En ambos casos se produce una irritación de los elementos nerviosos vegetativos a nivel del cuello y columna dorsal.

Los autores comentan la necesidad de estudiar cuidadosamente el origen del síndrome hombro-mano en cada enfermo.

Signos de madurez en un recién nacido después de un embarazo que duró de 224 a 229 días.—El autor comenta el nacimiento de un niño sano que presentaba los signos de madurez habitual después de un embarazo de doscientos veinticuatro a doscientos veintinueve días, en el que la madre, a causa de una hipoplasia uterina, había recibido 10 miligramos diarios de Cyren por la boca durante los tres primeros meses de la gestación como profilaxis del aborto. El autor comenta la posibilidad de acelerarse el desarrollo del feto a través de un mayor riego sanguíneo placentario.

El drenaje mecánico del edema cutáneo.—El autor comenta la conveniencia de readaptar el drenaje mecánico del edema cutáneo rebelde en cardiopatas y nefróticos que había sido abandonado a causa de los peligros de infección local (hoy en día inexistentes con los antibióticos). Con este método se han conseguido mejorías asombrosas y a veces persistentes. Con él se consigue también influenciar favorablemente la ascitis, el estasis pulmonar y hepático. Todo drenaje debe controlarse con determinación continua de iones.

Crataegus en el tratamiento de las cardiopatías.—El autor comunica su experiencia de un año en el tratamiento de las cardiopatías con Crataegus, siendo los efectos más acusados: la mejoría de las molestias angoroides y de los trastornos vasculares cerebrales, el refuerzo del efecto digitálico, la regresión frecuente de los signos electrocardiográficos de la insuficiencia coronaria, desaparición de la arritmia completa en algún caso y claro efecto diurético en repetidas ocasiones.

Operaciones urológicas en edad avanzada.—El autor, basándose en la experiencia de dos años, aconseja en este tipo de intervenciones: el tratamiento previo con digitálicos o estrofánticos aunque no hayan existido síntomas de insuficiencia cardíaca; uso de una narcosis suave con protóxido de nitrógeno y evipan en lugar de raquianestesia, si el paciente es hipertenso; movimientos activos en el postoperatorio para evitar las complicaciones trombóticas; corregir los trastornos metabólicos antes de la intervención mediante transfusiones de sangre y plasma, dieta hiperproteica, administración de vitaminas B y C, etc.; atender el equilibrio hidromineral y vigilar las complicaciones infecciosas postoperatorias.