

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

## A) CRITICA DE LIBROS

TRATADO DE GINECOLOGIA Y DE TECNICA TERAPÉUTICA. Doctor V. CÓNILL.—Editorial Labor. Barcelona, 1956.—Un volumen de 749 páginas con 468 figuras, 400 pesetas.

El ilustre maestro de Ginecología de Barcelona, en colaboración con el Doctor CÓNILL junior, publican esta tercera edición de su famoso tratado de Ginecología. En él, y en una forma editorial grata, después de unos capítulos de introducción y síndromes, diagnóstico diferencial y terapéutica general, se analizan de modo sistemático las enfermedades, desde la vulva hasta los anejos y paraovarios. Es innecesario repetir una vez más el auténtico valor de este libro a la altura de los conocimientos modernos, sobre la base de una dilatada experiencia y con una exposición escueta y clara.

LEHRBUCH DER GEBURTSHILFE. Doctor H. MARTIUS.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 757 páginas con 77 figuras, 59,70 DM.

La clásica obra de MARTIUS, como ya en referencias anteriores se ha dicho en esta Revista, es sin duda uno de los tratados mejores y más completos de *Obstetricia*. Esta nueva edición ofrece numerosas adiciones en forma de contribuciones o capítulos redactados por algunos de sus colaboradores. El alto nivel y la claridad de exposición y las magníficas características editoriales del libro se mantienen e incrementan en esta nueva edición.

FORMEN DES POSTTRAUMATISCHEN KOPFSCHMERZES. Doctor E. BUES.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 111 páginas con 28 figuras, 9,60 DM.

Difícil tema en la práctica el de la cefalea posttraumática y sus diversas formas, tanto bajo el aspecto clínico como el terapéutico e incluso en el sentido de la medicina legal. Aparte de las raras neuralgias según el curso de un nervio craneal (trigémino, glosofaringeo, facial), se analiza con especial cuidado el dolor de cabeza neuralgiforme post-traumático y su dependencia de circunstancias generales, del trauma cerebral y de las cicatrices y de la fosa posterior o la columna cervical. La cuestión está tratada con gran conocimiento del problema y una práctica clínica y experimental, incluyéndose algunos casos en forma breve en un apéndice final.

Todo Médico y, naturalmente, sobre todo el neurólogo, sacará fruto del estudio de esta monografía.

ENFERMEDADES DEL HIGADO. Doctor MITCHELL A. SPELLBERG.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1955.—Un volumen de 668 páginas con 93 figuras, 525 pesetas.

Es de celebrar que aparezca traducido al español el libro de SPELLBERG, sin duda uno de los más modernos de los tratados monográficos sobre patología hepática. Contiene numerosos esquemas destinados a comprender

mejor las alteraciones estructurales y muchas láminas, principalmente microfotografías de piezas o biopsias, que junto con una amplia lista bibliográfica valorizan el texto.

Los sucesivos capítulos tratan del examen funcional del hígado, la biopsia, el diagnóstico diferencial de la ictericia, los tumores, las lesiones tóxicas o infecciosas, la dieta, la cirrosis y las relaciones de glándulas endocrinas y enfermedades internas con la enfermedad hepática.

En su conjunto, el libro no es un tratado completo ni sistemático, pero contiene muchos conocimientos y hechos modernos y aporta, por consiguiente, valiosa información al lector.

PRINCIPIOS Y PRACTICA DE LA TERAPIA ANTIBIOTICA. Doctor HENRY WELCH.—M. D. Publications Inc. New York, 1955.—Un volumen de 721 páginas.

Bajo la dirección del Doctor WELCH, y con una amplia y brillante colaboración, este libro aporta una gran información sobre el estado de la cuestión de la terapéutica antibiotica hasta la fecha de su publicación. Es tan extensa y profusa la bibliografía sobre el empleo y perspectivas que ofrecen en cada caso los diferentes antibióticos, que uno comprende cómo esta obra, en la que se recogen los resultados que pueden obtenerse con cada uno de los antibióticos en diferentes enfermedades, tiene una importancia considerable para el Médico actual. La introducción es muy buena y el prólogo del traductor sobre el arte de traducir será hojeado con placer por el lector.

RADIODIAGNOSTIC EN OPHTALMOLOGIE. Doctor E. HARTMANN.—Editorial Masson & Cie. París, 1955. Un volumen de 412 páginas con 497 figuras, 5.700 francos.

Dentro de la Radiología progresó constantemente la especialización, que va haciendo de este medio auxiliar un instrumento de creciente potencia en el diagnóstico. El presente libro demuestra hasta qué punto el radiodiagnóstico puede ofrecer valor fundamental en el diagnóstico. Cada una de las facetas de la cuestión es tratada con criterio muy objetivo, acompañándose de numerosas radiografías, muy bien reproducidas, y esquemas explicativos. Detalles técnicos, de colocación del enfermo, etc., son dados en cada caso.

Con este criterio se estudia lo que da el radiodiagnóstico en las paredes de la órbita, conducto orbitario, hendidura esfenoidal o esfenomaxilar, los aspectos de las fracturas y tumores de la órbita, el globo ocular, los cuerpos extraños y las vías lagrimales. El resto de los capítulos está más bien dedicado a la repercusión con el diagnóstico oftalmológico de la radiología del cráneo (senos, dientes, peñasco, silla turca, bóveda, columna cervical).

Por su forma de exposición y el carácter sistemático del libro, es indudable que tanto para el radiólogo como para el oculista ofrece un evidente interés.

## B) REFERATAS

## Circulation.

13 - 1 - 1956.

- Las relaciones hemodinámicas y metabólicas en la actividad de la adrenalina, noradrenalina y hormonas tiroideas. K. R. Brewster y cols.
- \* Cambios electrocardiográficos durante la hipotermia y oclusión circulatoria. C. E. Hicks y cols.
  - \* Corrientes dializadoras de lesión en la intoxicación por potasio simulando un infarto agudo de miocardio o pericarditis. H. D. Levine y cols.
  - \* Oclusión de la arteria renal como causa de hipertensión. E. F. Poutasse.
  - Un estudio de los tonos y soplos cardíacos por las grabaciones cardíacas directas. Ch. A. Bertrand, I. G. Milne y R. Hornick.
  - Diagnóstico de los defectos septales congénitos de la aorta. H. A. H.D'Heer y C. L. C. Van Nieuwenhuizen.
  - El efecto de las inyecciones intraarteriales de hidrogémina y dihidroergocortina en la circulación periférica en el hombre. R. H. Goetz.
  - \* Estudios clínicos sobre la afectación de la arteria pulmonar por los aneurismas aórticos sifiliticos. J. J. Donnell, D. C. Levinson y G. C. Griffith.
  - \* Influencia de las hormonas sexuales sobre los lípidos circulantes y lipoproteínas en la esclerosis coronaria. M. F. Oliver y G. S. Boyd.
  - \* Efecto de la hipotensión por anestesia espinal sobre la circulación coronaria y metabolismo del miocardio en el hombre. D. B. Hackel y cols.
  - Tratamiento de la hipertensión con drogas modernas. H. A. Schroeder y H. M. Perry.
  - Edema pulmonar agudo. A. A. Luisada y L. Cardi.

**Cambios durante la hipotermia y la oclusión circulatoria.**—Los autores presentan un estudio electrocardiográfico de 25 enfermos sometidos a hipotermia y a oclusión circulatoria. La frecuencia y conductividad cardíaca disminuía con la temperatura, a la par que disminuía la acción de los centros reguladores de la frecuencia superiores para aumentar la de los inferiores. Tras llegar la hipotermia a un nivel crítico, aumentaba la irritabilidad del miocardio auricular, apareciendo fibrilación o flutter auricular. Las arritmias ventriculares eran infrecuentes; en cambio, eran frecuentes durante el período de total oclusión circulatoria.

**Intoxicación potásica simulando infarto de miocardio.** Cuatro enfermos con intoxicación por potasio asociada a insuficiencia renal aguda o crónica mostraron elevaciones del segmento RS-T similares a las que se presentan en el infarto agudo de miocardio o la pericarditis. Tres murieron, mostrando en la autopsia embolia pulmonar, pericarditis fibrinosa o afectación coronaria con o sin fibrosis miocárdica; ninguno mostró un infarto de miocardio reciente. A pesar de estas alteraciones anatómicas, en los cuatro casos fué posible eliminar esta "corriente de lesión" por la diálisis por medio del riñón artificial, lo que demuestra el origen químico de estos cambios.

**Oclusión de la arteria renal como causa de hipertensión.**—Presenta tres casos de oclusión unilateral de la arteria renal con hipertensión. Todos mejoraron con la nefrectomía. Los riñones extirpados mostraron atrofia en relación con el grado de isquemia. También presentan el caso de un enfermo que tenía estenosis de ambos orificios aórticos de las arterias renales con hipertensión. Para el diagnóstico es importante el dolor abdominal o de los flancos seguido de una hipertensión de comienzo súbito en un enfermo sin antecedentes familiares. Demostración por pielografía descendente de la función renal disminuida; visualización de la oclusión por aortografía.

**Afectación de la arteria pulmonar por aneurismas aórticos sifiliticos.**—Los autores presentan sus estudios de cateterización y angiografía en dos enfermos con aneurismas aórticos sifiliticos que interesaban la arteria pulmonar. En el primer caso estaba comprimida la arteria pulmonar derecha con hipertensión ante-

rior. En el segundo caso, el aneurisma de la aorta se rompió en la pulmonar con formación de una fistula. Consideran los autores que la cateterización cardíaca y la angiografía son imprescindibles para realizar en vida el diagnóstico de estos procesos.

**Hormonas sexuales y lípidos y lipoproteínas circulantes.**—La administración de etinil estradiol al hombre con infarto de miocardio disminuía el colesterol total del plasma y elevaba los fosfolípidos, disminuyendo la proporción colesterol-fosfolípidos. El hexestrol y estradiol tenían efectos similares, aunque menos marcados. El metil testosterol tenía una acción antagonista. La progesterona no tenía ninguna acción apreciable. Consideran los autores que la eficacia de la administración de etinil estradiol en la enfermedad coronaria habrá de estudiarse clínicamente sobre las cifras de morbilidad y mortalidad mejor que por efectos sobre los lípidos y lipoproteínas circulantes.

**Efectos de la hipotensión en el hombre.**—La circulación coronaria y el consumo de oxígeno por el miocardio disminuyen durante la hipotensión originada en el hombre por la anestesia espinal. Al mismo tiempo, el coeficiente de extracción de oxígeno del miocardio no se alteró, indicando que la oxigenación del miocardio era adecuada a su consumo. Esto no implica que, en presencia de esclerosis coronaria, no se pueda presentar una isquemia local. Las diferencias arteriovenosas en las coronarias de glucosa, lactato y piruvato, no se alteraron durante el período de hipotensión.

## Gastroenterology.

30 - 1 - 1956.

- \* Hernia del hiato esofágico: Importancia, diagnóstico y tratamiento en una ciudad americana de 30.000 habitantes. J. E. Mobley y N. A. Christensen.
- \* Carcinoma gástrico tras roentgenoterapia abdominal. K. C. Olson, A. A. Gage y W. M. Chardak.
- \* Mecanismos relacionados con la carencia de vitamina B<sub>12</sub>. J. A. Halstead y cols.
- Absorción intestinal y depósito hepático de vitamina B<sub>12</sub> en las enfermedades del tracto gastrointestinal. G. B. Jerzy Glass.
- Estudios respecto al lugar de absorción de la grasa en el intestino delgado de la rata. J. A. Benson y cols.
- Intercambio de colesterol en el tracto gastrointestinal de sujetos normales y anormales. M. M. Stanley y S. H. Cheng.
- \* Influencia de la terapéutica quirúrgica. M. A. Hayes y S. D. Kushlan.
- \* Relación entre la gravedad de las varices esofágicas en la cirrosis portal y su propensión a las hemorragias. E. D. Palmer e I. B. Brick.
- \* Cirrosis biliar xantomatosa. R. Goldbloom y F. Steigmann.
- \* Extraños cambios morfológicos en el hígado en un caso de insuficiencia hepática aguda. I. Kass y P. E. Garber.
- Leiomiosarcoma del duodeno. Presentación de un caso con necropsia. J. F. López.
- Hemorragia fatal tras paracentesis. Un caso de síndrome de Cruveilhier-Baumgarten. R. A. Serbin.

**Hernia del hiato esofágico.**—La frecuencia fué del 0,5 al 0,8 por 100. Según los sexos, tres mujeres por dos hombres. La edad media, de 57,7 años. En el 81 por 100 de los casos, el diagnóstico se estableció por métodos radiológicos. Señalan los autores que frecuentemente la hernia del hiato enmascara otros procesos, algunos de ellos serios: colecistitis crónica, úlcera gastroduodenal, carcinoma digestivo y enfermedades coronarias. El 97 por 100 de los enfermos siguieron un tratamiento conservador. En 65 por 100 eran asintomáticos.

**Carcinoma gástrico tras irradiación.**—Los autores describen un caso de carcinoma del estómago que se presentó diecisésis años después de un tratamiento por irradiación de una lesión gástrica indeterminada. La

indicación de la intervención quirúrgica se estableció a causa de repetidas hemorragias gástricas debidas a una gastritis por irradiación. Los autores consideran interesante este caso por no haber hallado en la literatura ningún otro en el que el carcinoma de estómago se presentara a consecuencia de la radioterapia.

**Desarrollo de una carencia de Vitamina B<sub>12</sub>.**—El uso de vitamina B<sub>12</sub> radioactiva ha permitido a los autores realizar interesantes trabajos sobre su absorción y los mecanismos que pueden interferirla. Estos son: 1. Deficiencia del factor intrínseco. 2. Interferencia parasitaria o bacteriana con la absorción normal de la vitamina. 3. Mala capacidad de absorción de la mucosa. 4. Ingestión inadecuada en la dieta de vitamina B<sub>12</sub>.

**Esteroides adrenocorticales y colitis ulcerosa.**—No hay duda de que el empleo de los esteroides adrenocorticales ha sido un gran adelanto en el tratamiento de la colitis ulcerosa; es de gran importancia la gran mejoría que experimentan los enfermos muy graves, lo que puede ser preparación para un tratamiento quirúrgico que de otra forma no podría emprenderse. Pero esta terapéutica debe ser empleada con gran cuidado, pues todas las posibles complicaciones de la cirugía se presentan con mayor frecuencia cuando se han empleado estas hormonas, por lo que se ha de estar siempre preparado.

**Varices esofágicas y hemorragia.**—En el momento de la hemorragia, todas las varices esofágicas secundarias a cirrosis se muestran de gran tamaño, tanto en su diámetro como en extensión. Se sugiere que, en los intervalos en que no sangran, son pequeñas, aumentando en el momento en que se va a producir una hemorragia. Sin embargo, también pueden producir hemorragias abundantes varices pequeñas y bien localizadas. Por lo tanto, no se puede establecer un pronóstico en relación al tamaño de las varices, y hasta ahora no hay ningún otro procedimiento que lo permita.

**Cirrosis biliar xantomatososa.**—Los autores presentan un caso de cirrosis biliar xantomatososa. Había depósitos xantomatosos en la córnea e iris y gran desmineralización de las vértebras y huesos de las extremidades. Gran elevación del colesterol y lípidos totales; la fracción fosfolípida estaba extraordinariamente elevada, así como la fosfatasa alcalina. El tratamiento con una dieta privada de colesterol y con poca grasa e hipocalórica condujo a la disminución del colesterol sérico y desaparición de algunas lesiones xantomatosas. Sin embargo, este tratamiento no pudo evitar el fatal desenlace de la enfermedad.

**Un caso especial de insuficiencia hepática aguda.**—Los autores presentan un caso de insuficiencia hepática aguda en el cual la necropsia reveló la coexistencia de una hepatitis vírica y un sarcoma de células reticulares. Evidentemente, no se pueden sacar conclusiones respecto a la coexistencia de estos dos procesos. Esperan los autores que la presentación de este caso haga pensar en esta posibilidad clínica y permita en casos similares valorar los hallazgos de autopsia.

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

97 - 1 - 1956.

- Estudios sobre la destrucción de los hematies. Ch. P. Emerson y cols.
- \* Paniculitis recidivante, febril, nodular, no supurada. N. Popoff y M. C. Wheelock.
- \* Estudio con el microscopio capilar en la fiebre reumática. E. Davis y J. Landau.
- \* Spiramicina. D. G. Hudson, G. M. Yoshihara y W. M. M. Kirby.
- Metabolismo de los carbohidratos. M. D. Kritzer, N. Shrifter y J. A. Demetriou.
- \* Comparación entre la frecuencia de la colelitiasis en el negro y en el blanco. J. A. Cunningham y F. E. Hardenbergh.
- Rehabilitación de los hemipléjicos con fibrilación auricular. J. Sokolow, L. I. Kaplan y H. A. Rusk.

Una bibliografía de la Medicina interna: Infección por meningococos. H. L. Bloomfield.

- \* Complicaciones en el sistema nervioso central de la neumonía primariamente atípica. L. Yesnick.
- Tratamiento de la tuberculosis. K. H. Pfuetze y E. J. Des-Autels.
- Absceso amebiano del hígado presente en la zona subcapsular. J. J. Diamond y R. A. Scribner.

**Paniculitis.**—Los autores presentan tres casos del síndrome de Weber-Christian, que se añaden a la literatura, cada vez más numerosa, a este respecto. Es discutida la histopatología de los lipogranulomas. También son resumidos los distintos factores etiológicos que se han citado. Señalan la posibilidad de una predisposición hereditaria a sensibilizarse, reaccionando más tarde ante la presencia de un estímulo antigenético similar.

**Estudio de la fiebre reumática.**—Los autores estudian los capilares de la conjuntiva y del lecho ungual en pacientes con fiebre reumática aguda. De 100 enfermos, encuentran alteraciones conjuntivales en 79 y ungueales en 31. En la conjuntiva encuentran repetidas arborizaciones y bruscos adelgazamientos de muchos vasos terminales. En el lecho ungual frecuentemente se ven varias ramas brotar de un mismo tronco, dándole aspecto de candelabros. Es discutida la posibilidad de que semejantes cuadros aparezcan antes del brote reumático y constituyan una manifestación de la diátesis reumática.

**Spiramicina.**—Son presentados los estudios de laboratorio y clínicos sobre un nuevo antibiótico: la spiramicina. Se muestra eficaz frente a los estafilococos, neumococos y estreptococos, pero menos que la penicilina o eritromicina; sin embargo, muchas especies de estafilococos resistentes a estos últimos antibióticos eran sensibles a la spiramicina. El antibiótico era bien tolerado y se absorbía bien a dosis de 1 gr. oral cada seis horas. Dos pacientes presentaron diarrea. En 29 enfermos con neumonía bacteriana se obtuvieron buenos resultados. Un enfermo con una neumonía por Friedlander no respondió.

**Colelitiasis en blancos y negros.**—En 6.185 autopstas los autores encuentran que la colelitiasis es cuatro veces más frecuente en la raza blanca que en los negros. La mayor frecuencia la encuentran en las mujeres blancas (11,12 por 100), y la menor en los hombres negros 1,71 por 100), lo que demuestra la importancia del factor sexo. También queda claramente demostrada la importancia del factor edad, pues en las edades avanzadas aumenta la frecuencia.

**Sistema nervioso central en la neumonía primariamente atípica.**—El autor expone un caso de meningocefalitis complicando una neumonía, primariamente atípica, revisando la literatura. Esta complicación se observa en menos del 0,1 por 100 de los casos. Casi siempre es no supurativa. Nunca se ha observado antes del tercer día del comienzo de la neumonía y se puede presentar hasta dos semanas después de la desaparición de los síntomas. La mortalidad es de un 32 por 100. En los enfermos que sobrevivieron, generalmente no quedaron secuelas.

#### Annals of Internal Medicine.

41 - 1 - 1956.

- Aldosteronismo primario, una nueva entidad clínica. J. W. Conn y L. H. Louis.
- \* Observaciones sobre el uso de la prednisona en pacientes con escleroderma difuso.
- Naturaleza del mixebedema: Alteraciones en la concentración de electrolitos séricos, en la dispersión del radio-sodio y en el contenido de sodio y potasio intercambiable. J. K. Aikawa.
- \* Valor de la captación de yodo radioactivo de la tirotoxicosis. W. H. Beierwaltes.
- \* Adrenocorticotropina y cortisona en el tratamiento del síndrome de Reiter grave. D. T. Foxworthy y cols.
- \* El problema de la úlcera péptica. F. Avery Jones.
- Tratamiento del alcoholismo crónico. D. J. Feldman.

- Eosinofilia tropical: Consideraciones clínicas, terapéuticas y etiológicas. A. Coutinho.
- Blastomicosis en Norteamérica: Estudio clínico de 40 casos. E. I. Cherniss y B. A. Waisbren.
- Uso prolongado del diurético oral 3-cloro-mercurio-2-metoxi-propilurea (Neohidrin) en enfermos ambulatorios. J. M. Evans y R. A. Massumi.
- Lo más importante en el tratamiento de la enfermedad hepática. I. F. Tullis.
- Puede ser valorada la práctica de la Medicina interna? C. W. Eisele, N. V. Slee y R. G. Hoffmann.
- Endocarditis bacteriana subaguda por salmonellas. M. Rich y E. St. Mary.
- Enfermedad fibroquística del páncreas pasada la infancia. R. C. Hendrix y D. M. Good.
- Hipercalcemia e insuficiencia renal por sarcoidosis: Tratamiento con cortisona. W. J. Gleckler.
- Adenoma de las glándulas de Brunner. M. D. Deren y P. D. Henry.
- Adrenalectomía subtotal en un síndrome de Cushing. H. W. Coone y J. W. Humphreys.
- Hepatitis por virus. W. Paul Havens.
- Telangiectasias hemorrágicas tratadas con estilbestrol. J. V. Waller.

**Uso de prednisona en la esclerosis generalizada.**—Los autores tratan a seis enfermos con dosis diarias de 20 a 30 mg. durante períodos hasta de cuatro meses y medio. La piel de todos los enfermos mejoró, con disminución de la hiperpigmentación, inflamación y engrosamiento, empezando la mejoría a la semana aproximadamente del tratamiento. En dos enfermos con afectación articular, la prednisona tuvo una potente acción antirreumática. En un enfermo con afectación pulmonar, su capacidad ventilatoria mejoró considerablemente. En todos los enfermos disminuyó la velocidad de sedimentación y desapareció la proteína C reactiva. Los efectos secundarios fueron mínimos.

**Diagnóstico de la tiroides.**—El diagnóstico de la tiroides se puede hacer en la mayoría de los casos mediante la historia y examen clínico, el metabolismo basal y el estudio del colesterol sérico. La captación de yodo radioactivo y determinación de yodo proteico se reservan a ciertos casos problemáticos. Pero es importante saber que estas dos pruebas son medida de ciertos aspectos de la función tiroidea. Desgraciadamente, los yoduros se administran con mucha frecuencia, lo que falsea las determinaciones de yodo proteico, las cuales además exigen una técnica muy difícil.

**Tratamiento del síndrome de Reiter grave.**—En una revisión sobre el empleo del ACTH y cortisona en el síndrome de Reiter, demuestran las grandes diferencias de opinión que existen; los autores exponen su experiencia en el tratamiento hormonal de 10 pacientes hospitalizados por este proceso. Consideran que el ACTH y cortisona, si se administran a las dosis adecuadas y durante un período de tiempo suficiente, son eficaces en la supresión de los síntomas. Esta terapia no acorta el curso de la enfermedad. La hidrocortisona intraarticular fué de valor en los pocos casos en que fué empleada. No se observaron complicaciones del tratamiento. Aunque no son curativos, el ACTH y cortisona son los agentes más valiosos que tenemos frente al síndrome de Reiter, por lo que en los casos graves siempre deben ser empleados.

**El problema de la úlcera péptica.**—El autor hace un estudio principalmente estadístico de la úlcera péptica, del cual deduce las siguientes conclusiones: Hay una serie de factores constitucionales y hereditarios que actúan como codeterminantes de la frecuencia y localización de las úlceras. Las úlceras gástricas y duodenales tienen un complejo etiológico de factores distintos, lo que hace que su conducta sea distinta. Esto se demuestra por su distinta distribución según clase social, profesión y zonas geográficas. Deben existir factores ambientales para explicar la distinta distribución geográfica y el aumento de frecuencia que la úlcera gástrica ha experimentado durante el presente siglo. Esto probablemente está relacionado con la ingestión de alimentos y su preparación.

**Eosinofilia tropical.**—El autor estudia los principales aspectos geográficos, clínicos, terapéuticos y etiológicos de la eosinofilia tropical. Considera que, aunque la eosinofilia tropical pertenece al gran grupo de los síndromes eosinofílicos - pulmonares, debe ser separado de otras entidades más confusas. El autor ha realizado un trabajo experimental con voluntarios humanos, intentando transmitir la enfermedad, revisando también la experimentación animal. Ha estudiado 40 casos en los últimos diez años, describiendo la eosinofilia tropical como un proceso benigno caracterizado por los persistentes y no productiva, estertores y disnea expiratoria, a veces precedida o acompañada de síntomas generales como fiebre, fatiga, pérdida de peso y anorexia.

**Uso del neohidrin en pacientes ambulatorios.**—Los autores emplean el neohidrin oral como único diurético mercurial en 38 enfermos con insuficiencia cardiaca congestiva crónica y dos con enfermedad renal crónica, durante períodos entre 8 y 34 semanas. En 26 de los cardíacos la insuficiencia fué controlada con un promedio de 2,7 tabletas al día. En nueve casos hubo que suprimir la droga por sus efectos secundarios. En cuatro con mala higiene de la boca se presentó gingivitis y estomatitis. En cuatro casos la diuresis no fué adecuada. Los casos más intensos respondían mal, probablemente por mala absorción de la droga. Se concluye que el neohidrin oral es un diurético eficaz y razonablemente inocuo para los casos moderados y leves de insuficiencia cardiaca congestiva.

**Hipercalcemia e insuficiencia renal por sarcoidosis.**—El autor presenta un caso de sarcoidosis generalizada con hipercalcemia, nefrocalcinosis e insuficiencia renal. Con la cortisona se obtenía una mejoría del estado general del enfermo, con reducción de la calcemia hasta cifras normales y mejoría de la función renal. Estos efectos se mantuvieron durante un año de tratamiento. La insuficiencia renal que se presenta en la sarcoidosis generalmente resulta de la hipercalcemia y nefrocalcinosis. La terapéutica con cortisona es el procedimiento más eficaz para limitar el daño renal.

**Adrenalectomía subtotal en el síndrome de Cushing.**—Los autores estudian un caso y revisan 100 más de la literatura, sacando las siguientes conclusiones: El tratamiento más eficaz hasta ahora es la adrenalectomía subtotal. De ella resulta una mejoría de síntomas como la obesidad, hipertensión, osteoporosis, alterada tolerancia a la glucosa y excreción de 17-cetosteroides y 11-oxisteroides. El ACTH y la cortisona disminuyen los riesgos operatorios y postoperatorios, pero es necesario controlar cuidadosamente al enfermo tras la suprarrenalectomía. Todas estas conclusiones las sientan los autores respecto al síndrome de Cushing causado por hiperplasia suprarrenal, pero también recuerdan que la intervención es el único procedimiento exploratorio que con seguridad puede poner de manifiesto un adenoma o carcinoma suprarrenal.

#### The American Journal of the Medical Sciences.

231 - 1 - 1956.

Estudios sobre la N-aliinomorfina en el hombre: Antagonismo con la morfina y heroína y efectos de las mezclas de N-aliinomorfina y morfina. H. F. Fraser, G. D. Van Horn y H. Isbell.

\* Pronóstico a los diez años del infarto agudo de miocardio. M. M. Weiss.

Respuesta de la piel al éster del ácido nicotínico. W. Weiss.

Niveles en sangre del ácido nicotínico en relación a la respuesta cutánea al éster del ácido nicotínico. W. Weiss.

\* Valoración clínica del diurético Mersoben. R. H. Chaney y R. F. Maronde.

\* Tratamiento del pénfigo con para-aminobenzoato de potasio. C. J. D. Zarafonetis y cols.

Concentración de teofilina en el plasma sanguíneo tras la administración rectal de aminofilina. G. B. Jerzy Glass y colaboradores.

\* Efectos de la tiropotropina y tiroides desecado sobre el hipotiroidismo con bocio. R. P. Levy y cols.

- Un estudio sobre la curva de tolerancia a la glucosa "aplanada" y su relación con el estómago vacío. Ch. E. Test y cols.
- Un estudio sobre la congelación y calentamiento de los eritrocitos humanos. S. C. Glauser y T. R. Talbot.
- \* Estudio preliminar sobre las mucoproteínas del intestino delgado en el sprue tropical. F. H. Gardner y C. Romero.
  - \* Valoración clínica del uso de un diurético mercurial oral en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva crónica. N. Makous y cols.
  - El síndrome espruiforme. J. C. S. Paterson.
  - Revisión de aspectos neuropsiquiátricos. R. H. Barnes.

**Pronóstico del infarto de miocardio.**—Los autores estudian durante diez años a 211 sujetos que habían vivido más de dos meses tras su primer infarto agudo de miocardio. Un tercio vivían a los diez años. La mayoría de los que murieron lo hicieron en los primeros cinco años. Los individuos más jóvenes tendían a vivir más. Los pacientes con una buena recuperación funcional vivían más que los que quedaban imposibilitados por insuficiencia cardíaca, angina de pecho o embolia cerebral. Las tres cuartas partes de los enfermos consiguieron una recuperación económica. La causa de muerte fué en el 88 por 100 de los casos cardiovascular.

**Valoración clínica del diurético Mersoben.**—A 85 enfermos se les suministra una sola inyección de Mersoben con el objeto de estudiar su actividad diurética. Comprueban que el Mersoben es un diurético potente y que tiene la ventaja de contener una cantidad de mercurio relativamente pequeña. Los efectos secundarios del Mersoben son mínimos a las dosis empleadas. No han observado efectos tóxicos locales, renales o generales, excepto dolor local, no demasiado frecuente, y raras reacciones por sensibilidad.

**Tratamiento del pénfigo.**—Los autores administran dosis de 18 a 24 gr. de paraaminobenzoato a 18 enfermos con varias formas de pénfigo. Ocho enfermos con pénfigo vulgar, todos ellos respondieron en un mes. El pénfigo foliáceo respondió incompletamente. De tres con pénfigo eritematoso, sólo uno curó. Uno con pénfigo ocular, curó. En tres enfermos que se habían resistido al tratamiento con cortisona, se obtuvo la curación al asociar ésta al paraaminozenoato. La única complicación importante es la hipoglucemia. La droga se debe interrumpir si el enfermo por alguna razón no come, reanudándose cuando coma de nuevo.

**Efectos de la tirotropina y tiroides desecado sobre el hipotiroidismo con bocio.**—Los autores estudian la respuesta de siete hipotiroides a la administración de tirotropina. En todos los casos se elevó la captación de  $I^{131}$  a las tres horas, pero a las veinticuatro había considerables diferencias. El yodo proteico subía desde valores subnormales a otros muy elevados. En los enfermos sin tratar, la inyección de tirotropina no tuvo ningún efecto. La terapéutica de sustitución mejoró constantemente los síntomas de hipotiroidismo. Consideran los autores que este síndrome es debido a una defectuosa síntesis de hormona tiroidea, lo que origina un aumento de la secreción de tirotropina con la consiguiente formación de bocio y falta de respuesta al estímulo exógeno en los casos sin tratar.

**Mucoproteínas en el sprue tropical.**—Diversas muestras del contenido gástrico y del del intestino delgado son analizadas químicamente mediante la disolución de la muchoproteína y mucoproteína por el método de Glass y Boyd. Aunque el número de enfermos estudiados fué pequeño, en los pacientes con sprue se observaron cambios significativos en los valores de la mucoproteína disuelta en el intestino delgado. Estas alteraciones podían estar relacionadas con el defecto de absorción intestinal de los alimentos y anomalías metabólicas reflejas del epitelio intestinal.

**Uso de un diurético mercurial oral.**—23 enfermos que necesitaban una o más inyecciones a la semana de un diurético mercurial, la administración de un suppositorio

al día redujo sus necesidades a la mitad. En contraste a lo que sucede con el mersalil (Salirgano) y mercuzano (Mercurin), e igual a lo que pasa con el meraludido (Mercuridrin), la forma en supositorios del mercaptomerin (Tiomerin) parece no tener efectos locales, irritativos o tóxicos. En este estudio ninguno de los enfermos dió muestras de irritación rectal objetiva o subjetiva.

## The Journal of the American Medical Association.

160 - 1 - 7 de enero de 1956.

- \* Estudios posteriores sobre el destino en el organismo de los productos radioactivos. W. B. Looney y M. Colodzin.
- \* Peligros de la radiación para los no radiólogos asistentes a los exámenes por rayos X. M. Ritvo, G. J. D'Dangio e I. E. Rhodes.
- Tendencia evolutiva de la Urología. C. C. Higgins.
- Aminoferasa sérica (transaminasa) en el diagnóstico del infarto de miocardio agudo. A. A. Kattus y cols.
- Estudio sobre niños que beben agua con y sin flúor. E. R. Schlesinger, D. E. Overton y H. C. Chase.
- \* Uso de la malarioterapia en el síndrome nefrótico. A. S. Gilbertsen y F. Bashour.
- Consideración sobre las múltiples variables en la valoración de las drogas hipotensoras. A. P. Shapiro.
- \* Lesiones de los nervios periféricos que se desarrollan durante el coma. C. W. Olsen.
- Lesiones esqueléticas tras el radium administrado al interior. R. H. Marshak, R. A. Newburger y J. Eliasoph.
- Estudio clínico de la congestión pulmonar con el uso de la maniobra de Valsalva. J. H. Knowles y cols.
- Infiltración grasa de la parótida. R. A. Gilman, M. Schwartz y J. S. Gilman.

**Destino de los materiales radioactivos.**—Los autores estudian a sujetos que, desde 1915, se les suministraron por distintas vías y causas distintos elementos radioactivos. Observan que el radium se deposita en el esqueleto en pequeñas zonas de gran concentración. Muchos años después de este depósito se pueden presentar tumores malignos y síntomas radiológicos. El torio se deposita en el s. r. e. permaneciendo en él durante toda la vida del enfermo, especialmente en hígado, bazo y medula ósea. En estudios lejanos hechos en estos enfermos, se ha podido hallar cierto número de tumores primarios de hígado, leucemias y procesos hematológicos.

**Peligros de las radiaciones.**—Los autores hacen notar que aún se dan casos de lesiones por radiaciones, especialmente entre médicos no radiólogos, que se exponen durante mucho tiempo a la acción de los rayos X, y que por ignorancia o desidia no toman las debidas precauciones. En la piel, observan ulceraciones y carcinomas; en la sangre, leucopenia, y se ha dicho también leucemias; alteraciones de la fertilidad y genéticas; en la primera generación de personas expuestas a las radiaciones se ha comprobado estadísticamente un mayor porcentaje de alteraciones congénitas. Los autores terminan dando normas para una mejor protección y llamando la atención sobre la importancia que ésta tiene.

**Malarioterapia en el síndrome nefrótico.**—Los autores emplean la malarioterapia en seis enfermos con síndrome nefrótico. Dos enfermos llegaron a una remisión clínica y química, siguiendo bien a los dieciocho meses. Uno remitió clínicamente, pero no desde el punto de vista químico: recayó a los tres meses. Uno, igual al anterior. Otro, que tenía uremia, no respondió. El último no desarrolló la malaria a pesar de tres inoculaciones. En los casos buenos, la malaria producía una abundante diuresis con desaparición de los edemas, aumento de la albúmina sérica, disminución de la colesterolemia, de la hipertensión, cuando la había, y mejoría de la función renal cuando estaba alterada. Consideran que el tratamiento es eficaz, pero no se debe emplear en casos con uremia.

**Lesiones nerviosas en el coma.**—El autor estudia las lesiones de los nervios periféricos en los distintos casos. Encuentra una mononeuritis debida a la presión o espasmo vascular y una polineuritis por anoxia. Este síndrome los ve en el coma por monóxido de carbono y

por intoxicación por barbitúricos. Sus partes componentes pueden ser vistas por separado en el estupor alcohólico, asfixia y coma hipoglucémico. En casos de graves polineuritis tras comas por barbitúricos, monóxido de carbono y aspirina, debe considerarse la posibilidad del alcoholismo o la desnutrición como factores contribuyentes.

160 - 2 - 14 de enero de 1956.

- \* Infertilidad masculina: Estado actual del tratamiento, profilaxis e investigaciones. E. T. Tyler y H. O. Singer. Tratamiento de la infertilidad masculina con grandes dosis de testosterona. C. W. Charny.
- \* Estudio de los embarazos de parejas infériles. W. C. Kittel y cols. Otolaringología médica. F. W. Davison. Control de la potencia y dosificación de los toxoides tetánico y diftérico. L. Greenberg y R. Benoit.
- \* Profilaxis de la fiebre reumática por el tratamiento de las infecciones estreptocócicas previas. A. J. Morris y colaboradores. Prueba rápida de insuficiencia adrenocortical. M. Perlmuter.

**Infertilidad masculina.**—El estudio de la infertilidad masculina ha adquirido cada vez mayor importancia al observarse que ésta es más frecuente de lo que se había venido pensando; entre 786 parejas estériles estudiadas por los autores, un 45,5 por 100 la infertilidad era del varón. La mayoría de los maridos infériles son totalmente normales desde el punto de vista de sus características masculinas. Los factores etiológicos no son evidentes en la mayoría de los casos. Un tercio muestran unos testículos pequeños de causa desconocida. La terapéutica médica de la infertilidad masculina es muy contradictoria en sus resultados.

**Testosterona en la infertilidad masculina.**—El autor ha realizado un tratamiento a 92 varones estériles por medio de la testosterona, de la que suministra dosis de 2.400 a 2.700 mg. durante un período de 12 a 18 semanas; con él consigue un 18,5 por 100 de mejorías. En dos enfermos que inicialmente eran azoospérmicos, hicieron su aparición los espermatozoides. El futuro de la terapéutica con testosterona aún permanece incierto.

**Embarazo de parejas infériles.**—Los autores estudian 185 parejas infériles. Se ven sorprendidos por encontrar que es más frecuentemente el varón la causa de infertilidad, viendo en los estudios de semen que un 56 por 100 tenían una fertilidad subnormal. También observan que el 90,7 por 100 de las hembras son ovuladoras y que el 97,7 por 100 tienen permeables las trompas. De todas estas parejas, 58 hembras quedan embarazadas (31,3 por 100); 21 de ellas por la inseminación terapéutica y 38 por el tratamiento realizado sobre el hombre o sobre la mujer.

**Profilaxis de la fiebre reumática.**—Los autores tratan 261 enfermos con faringitis exudativa causada por un estreptococo del grupo A mediante la administración durante cinco días de sulfodiazina. La sulfodiazina no eliminaba el estreptococo del tracto respiratorio ni prevenía la presentación de fiebre reumática. Por ello consideran que las sulfamidas no deben ser empleadas en el tratamiento de la faringitis estreptocócica aguda. Sin embargo, consideran que las sulfamidas han probado ser de gran valor en la profilaxis de las infecciones por estreptococo del grupo A y que por tanto deben ser empleadas en la profilaxis de dichas infecciones.

160 - 3 - 21 de enero de 1956.

- Estudios sobre la miastenia grave: Una rápida prueba diagnóstica. K. E. Osserman y P. Teng.
- \* Tratamiento de la miastenia grave con bromuro de Mestinon. J. E. Tether.
- Vía anterior de acceso al ganglio estrellado. D. C. Moore y L. D. Bridenbaugh.
- \* Uso de la penicilina G benzatina en portadores del estreptococo hemolítico del grupo A. T. J. Brooks y T. I. Moe.
- \* Porfiria y embarazo. J. B. Durst y M. A. Krembs. Levallorfan (Lorfan) y Alfaprodine (Nisentil) en anestesia. F. F. Foldes y cols.

Analgesia controlada con goteo continuo de Meperidina. H. M. Ausherman y cols.

Uso de la cloropromazina y reserpina en el tratamiento de las alteraciones emocionales. W. W. Zeller y cols.

Investigaciones experimentales sobre el mecanismo productor de la dermatofitosis aguda del pie. R. L. Baer y colaboradores.

Base biofísica de la medicina física. H. P. Schwan.

\* Aspectos clínicos del hiperinsulinismo. H. D. Breidahl y colaboradores.

Lesiones renales del tipo de las de las sulfamidas después del tratamiento con diamox. A. S. Glushien y E. R. Fisher.

Trombocitopenia tras tratamiento con acetazolamida (diamix). E. H. Reisner y M. C. Margan.

**Tratamiento de la miastenia grave.**—El autor trata 165 enfermos con bromuro de Mestinon durante períodos entre 3 y 17 meses a dosis diarias entre 60 y 6.000 miligramos. Los casos más leves (un tercio) necesitaron menos de 200 mg. diarios. En ningún caso se vieron efectos tóxicos del Mestinon. El autor considera que el Mestinon es preferible al bromuro de neostigmina debido a que consigue un control de los síntomas de la miastenia de forma suave sin grandes oscilaciones y sin efectos secundarios.

**Penicilina benzatina en portadores estreptocócicos.**—A cada sujeto le dan intramuscularmente 600.000 unidades de penicilina G benzatina (Bicillin) dentro de las 24 horas siguientes a la realización del cultivo faríngeo. Veinticuatro cultivos demostraron el estreptococo del grupo A, siendo seguidos estos sujetos durante un mes por lo menos; 597 se negativizaron por lo menos durante este tiempo. En 25 sujetos (0,86 por 100) se presentaron reacciones a la droga, aunque en la mayoría de los casos fueron leves, consistiendo en la mayoría de los casos en rash y urticaria. Consideran los autores que el Bicillin puede constituir un buen procedimiento para la profilaxis de las infecciones por estreptococo A, aunque se necesitan estudios posteriores.

**Porfiria.**—Los autores consideran que se debe de ser muy cauto para el diagnóstico de la porfiria. El síndrome psiquiátrico es el común denominador, estando presente en todas las fases de la porfiria. Un enfermo que presenta una conducta psicótica o neurótica y que se queja de dolor abdominal, puede ser considerado como sospechoso de porfiria, especialmente si elimina orinas encendidas. Los casos latentes pueden ser agravados por la medicación que se usa antes y durante el parto. Consideran que el cloruro de tetraetilamonio es una de las drogas de elección en el tratamiento de la porfiria.

**Aspectos clínicos de hiperinsulinismo.**—Hiperinsulinismo es un término reservado a los enfermos que tienen un tumor hiperfuncional de los islotes de Langerhans o que han recibido una cantidad excesiva de insulina. Es de gran valor diagnóstico el ayuno durante 72 horas. Todos los enfermos que demuestren tener un verdadero hiperinsulinismo deben ser sometidos a una exploración quirúrgica. La experiencia de los autores, basada en 91 enfermos con hiperinsulinismo, de ellos en 76 se encontró un tumor funcional. En estos casos la intervención puede salvar la vida del enfermo.

160 - 28 de enero de 1956.

Conquista de la eclampsia. F. H. Falls.

Papel del cirujano ortopédico en la parálisis cerebral. F. C. Bost, R. K. Ashley y W. J. Kelley.

\* Mejoría de conducta de los seniles con reserpina y ritalina. J. T. Ferguson y W. H. Funderburk.

\* Prednisona en las enfermedades alérgicas. A. R. Feinberg y S. M. Feinberg.

Largos tubos intestinales para la descompresión operatoria y el ileo postoperatorio. G. A. Smith.

\* Posterior valoración de la acetazolamida en el tratamiento de la epilepsia. C. T. Lombroso, D. T. Davidson y M. L. Grossi-Bianchi.

Síndrome aurículo-temporal. W. J. Gardner y J. W. McCubin.

\* Feliz homotransplante de un riñón humano entre dos gemelos idénticos. J. P. Merrill y cols.

\* Prednisona en el tratamiento de la anemia hemolítica adquirida. L. N. Sussman y J. R. Dordick.

**Mejoría de conducta de los seniles.**—En el presente trabajo, 215 mujeres de más de 60 años son tratadas mediante la administración oral de Ritalina (metilfenil-piperidilacetato) y/o reserpina (Serpasil), los cuales demuestran ser eficaces en el tratamiento de los pacientes ancianos. Estas drogas abren un nuevo y prometedor camino en el tratamiento de estos desórdenes, pero aún se necesitan posteriores investigaciones en este sentido.

**Prednisona en las enfermedades alérgicas.**—La prednisona es un esteroide con una marcada acción antiinflamatoria muy eficaz en las manifestaciones alérgicas. En el asma y otros procesos alérgicos es cinco o más veces más activo que la cortisona. Sus efectos secundarios a las dosis terapéuticas, son aproximadamente los mismos, según los autores, que los de la cortisona, aunque a las dosis que se usan en los procesos alérgicos es mucho menos fácil que se produzca retención acuosa.

**Edemox en el tratamiento de la epilepsia.**—La acetazolamida (Edemox), un inhibidor de la carbólicoanhidrasa, es suministrada a 126 epilepticos durante períodos entre tres meses y tres años. En un 37 por 100 los ataques se redujeron en un 90 por 100; en un 17 por 100 se redujeron del 50 al 90 por 100 y en el 46 por 100 se redujeron en la mitad o menos. Ninguno empeoró ni se observaron efectos tóxicos importantes. En algunos enfermos bien controlados durante tres meses, posteriormente volvieron los ataques. Los efectos beneficiosos de la droga pueden achacarse a la acidosis, a la deshidratación o a una inhibición enzimática en las neuronas.

**Homo-transplante de un riñón humano.**—Los autores han realizado felizmente el transplante de un riñón sano entre dos gemelos idénticos. El injerto ha sobrevivido por doce meses y la función renal es normal, a pesar de que en el transplantado se habían eliminado ambos riñones enfermos. Desaparecieron en éste los signos de hipertensión maligna. Consideran los autores que el transplante de tejidos parece ser factible entre gemelos idénticos, aunque parece ser que están limitados a estos sujetos.

**Prednisona en el tratamiento de la anemia hemolítica.**—Se administró prednisona (metilcorten) a tres enfermos con anemia hemolítica aguda debida a autoanticuerpos adquiridos. En estas primeras series se obtuvo un control satisfactorio del proceso con pequeñas dosis del medicamento. Aunque con otros esteroides se han obtenido efectos similares, la relativa falta de toxicidad de la prednisona, gracias a la falta de disturbios en el mecanismo hidroelectrolítico, hacen a esta droga especialmente valiosa para el tratamiento de este proceso.

### The American Journal of Clinical Nutrition.

4 - 1 - 1956.

Determinación de la ingestión calórica a partir de las historias dietéticas en grupos de población. F. H. Epstein, R. Carol y R. Simpson.

- Relación entre dieta y ateroesclerosis en la población trabajadora de diferentes orígenes étnicos. F. H. Epstein, R. Simpson y E. P. Boas.
- La diferenciación masculina de las obesidades. J. Vague. Determinación de la proporción de grasa en el cuerpo por medida del pliegue cutáneo. D. A. W. Edwards.
- Importancia relativa de la inactividad y sobrealimentación en el balance energético de las muchachas obesas. M. L. Johnson, B. S. Burke y J. Mayer.
- Metabolismo en los pacientes quirúrgicos. I. Metabolismo del nitrógeno en los enfermos con gastrectomía total. O. Bodansky y H. T. Randall.
- Metabolismo en pacientes quirúrgicos. II. Metabolismo graso y mineral en enfermos gastrectomizados. M. K. Schwartz, O. Bodansky y H. T. Randall.
- Uso clínico del Sorbitol como agente edulcorante en la diabetes mellitus. C. H. R. Shuman, R. L. Kemp, R. Coyne y M. G. Wohl.
- La distribución de la vitamina A en las células hepáticas de los normales y enfermos. R. F. Krause y P. L. Sanders.
- Efecto del déficit nutritivo sobre la capacidad del hígado para inactivar la pitresina. K. Guggenheim.

**Relación entre dieta y ateroesclerosis en la población trabajadora de diferentes orígenes étnicos.**—De los dos grupos principales estudiados, italianos y judíos, ambos mostraban una ingestión similar en calorías y grasa; la ingestión de grasa animal era algo más alta entre los judíos. En un amplio grupo de hombres en los que puede hacerse una historia dietética, la frecuencia de enfermedad coronaria fué dos veces más frecuente entre los judíos que entre los italianos, a pesar de que ambos grupos comían lo mismo en términos de grasa total. Este hecho, unido al hallazgo de que los judíos tenían una hipercolesterinemia más elevada, sugiere que los factores dietéticos por si solos eran insuficientes para explicar la predisposición de los judíos a la hipercolesterinemia y esclerosis coronaria. La obesidad por sí sola parece predisponer a la esclerosis aórtica o coronaria. Los hombres con una dieta alta en grasa muestran niveles de colesterol altos, fenómeno que no se observa en las mujeres.

**El grado de diferenciación masculina de las obesidades.**—Las obesidades se distinguen unas de otras esencialmente por el grado de anabolismo proteico, es decir, de anabolismo de la sangre muscular que es asociada con hiperanabolismo adiposo. La antropometría demuestra que el grado de este anabolismo es proporcionalmente mayor al del predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo, una característica ligada a otras que indica el grado de diferenciación masculina en ambos sexos. El cálculo de un índice de diferenciación masculina nos capacita para distinguir la obesidad masculina y femenina y sus formas intermedias. La obesidad femenina con predominio en la parte baja del cuerpo y desarrollo muscular pobre está amenazada sólo por complicaciones mecánicas directas de una adiposidad excesiva. La dificultad lomocotora, presión abdominal, limitación de movimientos respiratorios, lentificación de la circulación venosa y linfática, celulitis, descenso de energía y reducción de la elasticidad del miocardio infiltrado por la grasa, son complicaciones proporcionales al grado de exceso de grasa. La obesidad masculina de localización predominantemente superior conduce a alteraciones metabólicas y no sólo se asocia con ateroesclerosis y diabetes, sino que es causa de diabetes en el 80 al 90 por 100 de los adultos. En esta forma de obesidad es donde con más frecuencia se ve la gota y los cálculos de ácido úrico. La causa más probable de la obesidad masculina parece ser la hiperfunción del eje hipófisis adrenales.

**Importancia relativa de la inactividad y sobrealimentación en el balance energético de las muchachas obesas.**—Se hace un estudio del desarrollo físico, ingestión de alimentos y actividad en un grupo de 28 muchachas obesas que se compara con los resultados obtenidos en 28 muchachas controles no obesas de la misma altura y edad. Las obesas tienen la menarquia más precozmente y el crecimiento termina antes. Las obesas resultan ser mucho menos activas que las normales. La ingestión calórica en el grupo de las obesas es algo inferior al que se observa en las controles, de donde se deduce que para el desarrollo y mantenimiento de la obesidad la inactividad resulta un factor más importante que la sobrealimentación.

**Metabolismo en enfermos quirúrgicos. II. Metabolismo en las grasas y mineral en la gastrectomía total.**—Entre nueve sujetos gastrectomizados totalmente, ocho muestran una eliminación aumentada de la grasa fecal y de éstos hay siete en los que se estudia sistemáticamente la relación entre la grasa ingerida y eliminada para llegar a la conclusión de que es diferente de lo que se ve en las personas normales. La eliminación de grasa en proporción de un 20 por 100 de lo ingerido, que es lo visto en estos casos, fué algo más alto que lo que se ve en los normales. El metabolismo del calcio, fósforo, magnesio y potasio no difiere en los enfermos gastrectomizados de lo que se observa en los normales.

**Uso clínico del sorbitol como un agente edulcorante en la diabetes mellitus.**—En 38 sujetos diabéticos se ha usado como agente edulcorante, en lugar de la sacarosa, el sorbitol, con el que se ha preparado una crema helada de grato sabor. La absorción lenta del sorbitol y su conversión en fructosa ha conducido a considerar esta sustancia como perfectamente utilizable en la dieta de los diabéticos. En la diabetes leve y de mediana gravedad la administración de esta crema helada con sorbitol no altera la glucemia de una manera significativa. Será conveniente conocer su efecto sobre la colonia bacteriana y sobre el metabolismo de sujetos que lleven largo tiempo tomándolo.

### Metabolism.

5-4-1956.

Symposium: Agua y electrolitos. F. D. Moore.

Editorial. F. D. Moore.

- \* El papel de la aldosterona en la homeostasis normal y en ciertos estados de enfermedad. F. C. Bastter.
- Estudios de las relaciones estructurales-funcionales de los esteroides: 2-metil-corticoesteroideos. G. W. Liddle, J. E. Richard y G. M. Thomkins.
- \* La regulación renal del balance del agua. L. G. Welt.
- El mecanismo renal en la absorción del bicarbonato. K. E. Roberts, H. T. Randall, P. Vanamee, y J. W. Poppell.
- Cambio de electrolitos en la insuficiencia renal. J. P. Merrill.
- \* El esqueleto como reserva de electrolitos. W. H. Bergstrom.
- \* El papel del hueso en el metabolismo de sodio. G. Nichols y N. Nichols.
- Composición del cuerpo. F. D. Moore, J. D. Mac Murray, H. V. Parker e I. C. Magnus.
- Interpretación de la concentración de potasio en el suero. B. H. Scribner y J. M. Burnell.
- \* La patogenia de la retención de sodio en la insuficiencia cardiaca. A. C. Barger.
- Intoxicación hídrica e hipotonía del suero. V. Wynn.
- La patogenia de la hipotremia: Consideraciones fisiológicas y terapéuticas. I. S. Edelan.
- Hipernatremia. H. C. Knowles.

**El papel de la aldosterona en la homeostasis normal y en ciertos estados de enfermedad.**—La aldosterona ejerce acciones fisiológicas sobre el transporte del sodio, potasio e iones hidrógenos por el tubo renal y otras células y juega un importante papel en el control normal del balance acuoso y electrolítico. Su secreción fisiológica es controlada por el volumen del líquido extracelular, por la concentración de potasio, aunque también, pero de menos importancia, por el ACTH. La aldosterona se segregó, aumentada secundariamente, a determinadas enfermedades tales como la cirrosis, nefrosis e insuficiencia cardiaca, en las que el estímulo para la secreción de esta hormona es desconocido, pero cuya acción consiste en provocar la retención de sodio. En otras enfermedades como la nefritis la pérdida de sodio y agua puede ser el estímulo para su producción, y en este caso lo que provoca es la pérdida de potasio e hidrógeno. La secreción de aldosterona está primariamente aumentada en enfermos con tumores suprarrenales. La medida de la eliminación de sodio por la orina en sujetos sometidos a una dieta baja en sodio es importante para la diferenciación del hiperaldosteronismo primario del secundario.

**La regulación renal del balance del agua.**—La eliminación por la orina de sustancias solubles en la misma es un dato importante para determinar la cantidad de agua eliminada. La eliminación o reabsorción del agua por el riñón está condicionada en gran parte por la ausencia o presencia de la hormona antidiurética. La secreción o falta de secreción de esta hormona está determinada no sólo por el riñón, sino por circunstancias relacionadas con el medio interno. Aunque la forma de actuar la hormona antidiurética favoreciendo la reabsorción del agua por el tubo nos es aún desconocida, hay una base para suponer que dicha hormona influya sobre el tamaño de los poros en las membranas vivas. Es posible que la hormona cortical actúe sobre la reabsorción del sodio por acción directa sobre el tubo distal. En la insuficiencia renal crónica está reducido el número

de nefronas funcionantes, pero en aquellas que están intactas el aumento del filtrado no se acompaña de un aumento equivalente en la capacidad de los tubos para reabsorber las sustancias disueltas y un gran volumen de líquido alcanza el tubo distal. En la diabetes insípida parece ser que lo primario es la poliuria debida a la incapacidad del tubo renal para reabsorber el agua, aunque puede haber casos en que lesiones de determinadas estructuras nerviosas interfieran en el mecanismo de la sed dando lugar a una polidipsia patológica primaria. Se ha visto en algún caso de insuficiencia hipofisaria anterior una pequeña eliminación de orina en un sujeto de diabetes insípida, pero esta orina era muy diluida a pesar de su pequeño volumen. Posteriormente se pudo demostrar que al pequeño volumen de orina correspondía una pequeña cantidad de sustancias disueltas eliminadas y al ingerir el sujeto sal y urea el volumen de orina aumentaba.

**El esqueleto como una reserva de electrolitos.**—Hoy sabemos que el hueso juega un papel importante en el metabolismo mineral. Una tercera parte del contenido de sodio del organismo está en el hueso en forma de sales y el 35 por 100 del sodio del esqueletoto es fácilmente intercambiable con el sodio circulante. El cociente carbonato fosfato del hueso es un reflejo de las condiciones de estos iones en el líquido extracelular y por variaciones en la dieta se pueden producir alteraciones de dicho cociente en el suero. El magnesio depositado en el hueso puede ser movilizado para mantener una concentración normal del magnesio extracelular en las situaciones agudas. El calcio de los líquidos extracelulares puede ser extraído por transfusión hasta cuatro veces su volumen sin que la concentración del calcio en el suero disminuya, sino que lo que ocurre sorprendentemente es que aumenta; esto indica una movilización rápida del calcio de los huesos. El contenido en sodio del hueso, lo mismo que el magnesio y el carbonato, puede ser alterado por medidas dietéticas en animales jóvenes en crecimiento. El esqueleto contiene más potasio del que corresponde a los líquidos que contiene. Las circunstancias bajo las cuales la pérdida de electrolitos por parte del esqueleto tiene lugar es algo que no ha sido todavía bien estudiado. La mayoría de las situaciones experimentales en que esto sucede se refiere a déficits dietéticos o a acidosis aguda o crónica. La acidosis es el común denominador de la mayoría de los estudios de depósito de electrolitos en el hueso. La desmineralización del hipoparatiroidismo se sabe hoy que es debida a un efecto directo sobre el hueso, aunque no se conozca con mucha claridad la forma en que la hormona produce osteolisis sin acidosis. La hipocalcemia del hipoparatiroidismo demuestra que el gran almacén de calcio en el hueso es ineficaz en ausencia de parahormona.

El triple papel del hueso sirviendo de almacén mineral, estructura de soporte y cobijo para la masa hematopoyética, hace del esqueleto una de las más importantes partes del esqueleto.

**El papel del hueso en el metabolismo del sodio.**—El hecho de que el hueso pueda actuar como donador o receptor de iones sodio modifica en parte nuestro concepto del metabolismo de este ión en diferentes circunstancias clínicas. En la experimentación animal se ha demostrado una pérdida de sodio óseo en la acidosis hipoclorémica, déficit agudo de sodio e hipofunción adrenal. Es posible que pérdidas similares de sodio óseo tengan lugar en condiciones clínicas análogas. En la nefritis, acidosis diabética, diarreas infantiles y sudoración intensa, puede haber una pérdida de sodio orgánico incluyendo el contenido en el esqueleto. La pérdida de sodio óseo puede jugar un papel importante en el síndrome de falta de sal que se observa después de una dieta hiposódica prolongada o a continuación de un tratamiento intenso con diuréticos. Es posible que en estas condiciones el sodio del hueso pueda ser restaurado en parte o en su totalidad antes de que los valores extracelulares de sodio alcancen su valor normal. En otras enfermedades tales como la insuficiencia renal avanzada o el

postoperatorio, puede establecerse la hiponatremia sin que el organismo en su totalidad pierda sodio, puesto que dicha hiponatremia puede establecerse con un balance positivo de sodio. Se ha supuesto para explicar este hecho que la mayor parte de sodio en estas circunstancias ingresa en el interior de las células, aunque también puede ocurrir que pase en su mayor parte al hueso bajo la influencia de la hiperfunción suprarrenal. En este caso el hueso no solamente fracasa en defensa de la concentración de sodio extracelular, sino que actúa extrayendo sodio de estos líquidos extracelulares. Hay, por lo tanto, dos tipos de hiponatremia, la extrínseca y la que se produce por secuestro a otros tejidos del ión sodio, y ambos tipos exigen una terapéutica diferente. El enfermo que ha perdido grandes cantidades de sodio por vía extrínseca exige que éste sea reemplazado con la administración de 200 a 300 meq. en exceso de lo necesario para restaurar una concentración extracelular normal. En contraste, los sujetos postoperatorios no tienen beneficio en la administración de sodio, puesto que es secuestrado al hueso en una forma osmóticamente inactiva. Está demostrado que la ingestión prolongada en exceso de sodio en las ratas produce un aumento de su concentración en el hueso. Teóricamente, por lo tanto, aquellas enfermedades en las que se produce una retención de sodio como es la insuficiencia cardiaca o la nefrosis, conducen a un aumento de la concentración del sodio en el hueso. En estos pacientes el acúmulo de edema que sigue después de la diuresis puede ser debido, incluso con dieta muy pobre en sodio, al movimiento de dicho ión en la dirección del hueso hacia los líquidos extracelulares. En el hipercorticalismo el aumento del sodio en el hueso forma parte de la retención general de sodio. El sodio del hueso puede o no contribuir a la hipernatremia observada en el síndrome de Leutscher. La cantidad excesiva de sodio óseo en estos enfermos no es perjudicial en sí misma, pero convierte al sujeto en un individuo sin respuesta a la dieta hiposódica y a la terapéutica con diuréticos.

**Patogenia de la retención de sodio en la insuficiencia cardiaca.**—En estadios muy precoces de la insuficiencia cardiaca se observan alteraciones en el metabolismo del sodio hasta el punto de plantearse el interesante problema del papel que pueden jugar los barorreceptores en la regulación refleja del balance sódico. En estos enfermos el ejercicio disminuye el grado de filtración glomerular, provoca una retención de sal y agua y una elevación de la presión venosa que tiene como consecuencia un acúmulo de sangre en el sistema venoso y una filtración excesiva a nivel del lecho capilar. Con la elevación de la presión en el sistema venoso durante el ejercicio se dificulta el retorno de la linfa y el resultado es una disminución en el volumen de sangre circulante. Todo esto aumenta la retención de sodio. La filtración glomerular puede ser todavía normal cuando el tracaso cardíaco es ya evidente con ascitis y edema. Sin embargo, la retención de sodio que se produce cuando se le inyecta directamente en arteria renal de los perros en insuficiencia cardiaca es una prueba del aumento de la reabsorción tubular del sodio en este estado de la enfermedad. Es importante para nuestro concepto sobre la patogenia de la insuficiencia cardiaca saber si la secreción excesiva de aldosterona precede al estado de franca insuficiencia o aparece solamente en los últimos estadios de la descompensación. Con el profundo empeoramiento del enfermo y el desarrollo de anorexia y caquexia se presentan alteraciones profundas en la hemodinámica renal y una consecuente incapacidad para la eliminación de sodio y agua.

**Hipernatremia.**—Una revisión de los casos referidos en la literatura, juntamente con las observaciones de enfermos con hipernatremia en el Hospital General de Cincinnati, sugieren que el déficit primario de agua precede e inicia la elevación del sodio en el suero en la mayoría de los casos. Es posible que haya determinados centros en el encéfalo encargados de la adaptación del organismo al estado de hipertonieidad. En los casos dé-

biles de hipernatremia apenas se ven síntomas, mientras que en los casos graves pueden manifestarse por la presencia de un coma o de signos neurológicos muy complejos. La terapéutica consiste en la supresión de sal y administración de agua, procurando evitar la intoxicación hidrática y la depresión salina. Los casos leves se recuperan poco a poco, mientras que los más graves, con una concentración de sodio en el suero elevada pueden morir a pesar de una terapéutica correcta.

## Deutsche Medizinische Wochenschrift.

7 de octubre de 1955.

- \* Un nuevo principio antidiabético. H. Franke y cols.
- \* Sobre un nuevo producto hipoglucemante. J. D. Achelis y colaboradores.
- \* Sobre un nuevo medicamento antidiabético eficaz de administración peroral. F. Bertram y cols.
- \* Acerca de la anatomía patológica y tratamiento de la cirrosis hepática. A. Lemaire y cols.
- \* Sobre los límites superior e inferior del aporte óptimo de calorías. K. Wachholder.
- Los tipos de diuresis en las afecciones hepáticas. W. Boecker y cols.
- La importancia de las agujas de punción y las ampollas irreprochables para la raquianestesia. H. Franken.

**Un nuevo principio antidiabético.**—Los autores comprobaron que la administración oral del preparado sulfamídico A. H. 3745 (sulfanilil-butil-urea) produjo en sujetos sanos una clara reacción hipoglucémica.

La administración de este preparado a diabéticos no tratados con insulina produjo una notable disminución o completa desaparición de la glucosuria. Con el uso de este preparado se logró poder economizar insulina en la mayoría de los diabéticos. Según los autores se debe tratar de un bloqueo de las células alfa del páncreas que produce un predominio de la insulina endógena fabricada por las células beta.

**Sobre un nuevo producto hipoglucemante.**—La presentación de síntomas hipoglucemiantes después de la administración de una nueva sulfamida (sulfanilil-butil-carbamida) motivaron detenidas investigaciones experimentales. La absorción es rápida y con la administración de 1 gr. diario se puede mantener un nivel en sangre de 12-15 mg. por 100 eliminándose lentamente por la orina, en forma de un derivado acetilo predominantemente, tanto en la experimentación animal como en la humana, mostró buenas propiedades bacteriostáticas. Con niveles en sangre de 20-25 mg. por 100 se consiguen descensos de la glucemia de 100-110 a 70-80 mg. por 100 durante varios días. La curva de glucemia sigue con cierto retraso a los niveles sulfonamídicos en sangre.

De ocho conejos hechos diabéticos por la aloxana, cinco reaccionaron a esta droga con descenso glucémico continuo durante varias horas; sin embargo, en las diabetes aloxánicas graves el efecto de esta sulfamida fue nulo e incluso llegó a empeorarlas.

Estudios histológicos en el páncreas de conejos y ratas tratados con estas sulfonamidas demostraron alteraciones en las células alfa, mientras que las células beta permanecían intactas, por lo que se sospecha que el descenso glucémico se debe a la disminución del factor hiperglucemante glucagón.

**Sobre un medicamento antidiabético eficaz de administración peroral.**—Los autores consideran el BZ 55 (sulfanilil-butil-urea) como la primera sustancia antidiabética eficaz que, al parecer sin efectos secundarios, mejora el balance metabólico, al menos en la diabetes por contrarregulación.

Según los autores, es premisa indispensable a la eficacia terapéutica, como en el tratamiento insulínico, el ajuste dietético correcto.

Ya que en el momento actual no se tiene experiencia suficiente sobre el mecanismo, zona manejable, dosis óptima y posibles efectos secundarios, los autores aconsejan el uso prudente de este medicamento.

**Acerca de la anatomía patológica y el tratamiento de la cirrosis hepática.**—Los autores comentan la existencia del síndrome de Cruveilhier-Baumgarten en las cirrosis hepáticas primarias por recanalización de la vena umbilical y de la enfermedad de Cruveilhier-Baumgarten por persistencia de la vena umbilical embrionaria.

En cinco enfermos con una cirrosis hepática de Cruveilhier-Baumgarten por persistencia encontró una saturación de oxígeno en la vena porta de un 76 por 100 por término medio en lugar de 60 por 100 que se encuentra en un sujeto normal. Esta hiperoxia, que además se encuentra en la cirrosis hepática común, es de suponer sea debida a un cortocircuito arteriovenoso que probablemente se encuentra localizado a nivel del bazo, que actúa como un gran aneurisma arteriovenoso. Esta hiperoxia de la sangre portal va en contra de la teoría mecánica de dicha hipertensión por retroestasis venoso, ya que de ser así la concentración de oxígeno estaría disminuida. Los autores sugieren, por lo que respecta al tratamiento quirúrgico, la anastomosis de la vena porta con la arteria hepática seguida de la ligadura de la porción aferente de ésta, con lo que se restablece de nuevo la circulación entre la sangre portal y las células hepáticas, con lo que no solamente disminuye la hipertensión portal, sino que se facilitan de nuevo funciones hepáticas de importancia vital.

**Sobre los límites superiores e inferiores del aporte óptimo de calorías.**—El requerimiento calórico total de un individuo está integrado por las necesidades de sostenimiento (metabolismo basal y acción dinámica específica), y las necesidades, por la actividad diaria.

Sin embargo, el cálculo hecho de esta manera arroja resultados demasiado altos, ya que el metabolismo basal en condiciones de ayuno y reposo no corresponde, contra lo que generalmente se supone, al mínimo más extremo. Como mínimo fisiológico para jóvenes varones de una actividad profesional discreta, se considera de 2.200 a 2.400 calorías diarias. Las actividades físicas más pesadas requieren un suplemento, pero apenas cuenta la actividad intelectual.

El aparato circulatorio de individuos sanos que sólo recibían 1.900 calorías diarias ya no podía reaccionar en condiciones óptimas un poco elevadas.

Estas conclusiones, que se han obtenido en estudiantes y convalecientes durante la última guerra, no son verdaderas para las mujeres, que probablemente tendrán necesidades calóricas menores.

14 de octubre de 1955.

- \* El tratamiento de la hipertensión arterial. O. H. Arnold.
- El tratamiento moderno de la insuficiencia hepática grave y del coma hepático. W. Siede.
- \* Experiencia clínica con el alcaloide de la rauwolfa serpentina en psiquiatría. J. Hiob y cols.
- \* Lesiones tóxicas del órgano auditivo. R. Maurer.
- Trauma craneal y articulaciones de la cabeza. G. Gutmann.
- \* El tratamiento por líquidos y electrolitos. J. C. Molls y colaboradores.
- La estructura de la vitamina B<sub>12</sub>. W. A. Müller.

**El tratamiento de la hipertensión arterial.**—El autor resume el estado actual del tratamiento de los estados hipertensivos, una vez descartada la existencia de la causa susceptible de terapéutica quirúrgica (feocromocitoma, nefropatía unilateral o estenosis ictírica de la aorta); aconseja la supresión de los estímulos del mundo exterior o la disminución de la capacidad de reacción del enfermo a dichos estímulos. Insiste sobre el efecto beneficioso del reposo en cama y psicoterapia de estos enfermos, aconsejando la simpatectomía en enfermos de menos de cuarenta años de edad en los que han fracasado todos los tratamientos medicamentosos y dietéticos. Comenta las indicaciones y efectos secundarios de las medicaciones hipotensoras, especialmente los preparados de rauwolfa e hidracinoftaleinias, proveratinas y bases cuaternarias del amonio. Comenta la efectividad de los regímenes hiposódicos asociados a medicamentos hipotensores si éstos solos fracasaron. El autor niega el concepto de hipertensión de necesidad.

**Experiencia clínica con el alcaloide de la rauwolfa y serpentina en psiquiatría.**—El autor comenta los resultados obtenidos en el tratamiento de 55 psicosis con serpasil a dosis que oscilaron entre 3 y 15 mg. diarios. El tratamiento duró unos cuarenta días, siendo necesario en los primeros días asociar hipnóticos. Con este tratamiento se obtuvo una relajación y sedación con alejamiento de las vivencias psicóticas y una inhibición de las excitaciones afectivas. Los mejores resultados se obtuvieron en depresiones involutivas, después en enfermos ciclofrénicos y las peores en enfermos esquizofrénicos.

Desaconseja el tratamiento simultáneo de los enfermos con serpasil y electroshock por presentarse estados de estupor de larga duración.

**Lesiones tóxicas del órgano auditivo.**—El autor comenta las lesiones tóxicas del órgano del oído por medicamentos u otras sustancias. Junto con neuritis ópticas se aprecian hemorragias o focos de reblandecimiento cerebral. Cita las conocidas lesiones producidas por alcohol, óxido de carbono y amoniaco; se refiere fundamentalmente a los efectos neurotóxicos de la estreptomicina y del aceite de quenopodio sobre los aparatos vestibular y coclear. Cita que el punto de ataque de la estreptomicina no es todavía conocido; igualmente comenta la recomendación que hoy se hace para el tratamiento de los accesos vertiginosos graves del síndrome de Menière con dosis altas de estreptomicina (4 gr. diarios). Finalmente, menciona las lesiones vestibulares acaecidas en el tratamiento con mostaza nitrogenada, uretano y fosfato de triortocresil.

**El tratamiento por líquidos y electrolitos.**—Un adulto normal de unos 70 kilos tiene aproximadamente 35 litros de líquidos intracelulares, 10,5 de líquidos intersticiales y 3,5 de líquido plasmático. En la regulación del balance hidroiónico participan los riñones, el tracto gastrointestinal y la piel. Para un control del balance electrolítico basta, la mayoría de las veces, la determinación del sodio, potasio, ácido carbónico y cloro.

El sodio predomina en los espacios extracelulares y su regulación se lleva a cabo principalmente en los riñones con la cooperación de los mineralocorticoides y del factor antidiurético retrohipofisario. El potasio se encuentra a mayor concentración en las células y su regulación y función son en gran parte desconocidas, participando con toda seguridad en el químismo de las placas terminales motoras; su eliminación por el riñón depende en gran parte de la corteza suprarrenal. El cloro es anión más abundante del organismo y se encuentra casi exclusivamente fuera de las células. El riñón contribuye a la regulación electrolítica de tres maneras: 1) Mediante una reabsorción completa del bicarbonato sódico filtrado. 2) Transformación de las sales bibásicas, con efecto trompa, de la orina primaria en monobásicas; y 3) Mediante la producción de amoniaco por desdoblamiento de la glutamina a cargo de la glutaminasa.

21 de octubre de 1955.

- \* Acerca de la clínica y tratamiento de la narcolepsia. H. Heyck.
- La llamada hemólisis precoz de la sangre conservada. J. Vollmar.
- \* Acerca de la acción cancerígena de las sustancias sintéticas (Poliamide). G. Schubert y cols.
- \* Embolia gaseosa por laparoscopia. J. Fartleib.
- \* La cistoscopia ocasional. R. Hasche-Klunder y cols.
- El tratamiento balneoterápico de las afecciones del epigastro. R. Kuhn.
- Conferencia internacional de Ginebra sobre la energía atómica en la perspectiva del médico. J. Becker y colaboradores.
- Sobre la patogenia del desgarro muscular de los deportistas. W. Josenhans.
- \* Clínica y génesis funcional de las periostosis del borde medial de la tibia. H. T. Nitz y cols.
- \* La significación del electrocardiograma de hipertensión. B. Petersen.

**Acerca de la clínica y tratamiento de la narcolepsia.**—El autor reúne la experiencia de 31 pacientes vistos en la clínica durante seis años, negando el punto de vista

de que se trate de un trastorno emparentado con la epilepsia.

Resume la sintomatología: 1) Súbita aparición de sueño de corta duración durante el día. 2) Pérdida del tono afectivo. 3) Insomnio nocturno. 4) Cefaleas frontales. 5) Sueños hipnóticos durante el día y vivencias alucinadoras. 6) Trastornos vegetativos; y 7) Trastornos endocrinos como obesidad y disminución de la libido. Pero ninguno de estos trastornos es obligatorio.

El autor señala las formas sintomáticas de tumores cerebrales, postencefálicos, lesiones hipofisarias y epilepsia, de una parte, y por otro lado, las formas idiopáticas.

La mejor medicación es la efedrina y la anfetamina.

**Acerca de la acción cancerígena de las sustancias sintéticas (poliamide).**—Los autores aclaran el problema de que si las sustancias sintéticas a base de Supramid, un producto de condensación del E. Caprolartam, poseen o no una acción cancerígena, mediante implantación subcutánea o intraperitoneal de laminillas de esta sustancia a 211 ratas. Tras la administración intraperitoneal no se observó ninguna neoplasia; tras la implantación subcutánea se produjeron, después de 25 y 32 meses, respectivamente, un sarcoma. En los restantes animales se produjo una reacción conjuntiva pobre en células. De esta experiencia se deduce que dicha sustancia carece de efecto cancerígeno.

**Embolia gaseosa por laparoscopia.**—El autor comunica una embolia gaseosa ocurrida al practicar un neumoperitoneo para exploración laparoscópica. La punción se realizó en el cuadrante superior derecho del abdomen, produciéndose una punción involuntaria del hígado, ya que por la rigidez abdominal no pudo palparse la hepatomegalia. El aire entró en una vena hepática, produciéndose súbitamente la embolia mortal.

Lo habitual es practicar el neumoperitoneo en el cuadrante inferior izquierdo. En aquellos casos en que por especiales motivos (tumores, cicatrices operatorias, etcétera) se elijan otros campos, debe procederse con sumo cuidado.

**La cistoscopia ocasional.**—El autor comenta la naturaleza de los obstáculos uretrales que pueden dificultar una cistoscopia. Los más frecuentes son: en la infancia, las malformaciones; en el adulto joven, la rigidez del anillo vesical, y en el adulto viejo, el adenoma o el carcinoma de próstata. En cada cistoscopia de un hombre adulto debe procederse a una exploración rectal. El autor comenta algunas graves consecuencias en estas cistoscopias ocasionales.

**Clinica y génesis funcional de las periostosis del borde medial de la tibia.**—Los autores encontraron entre 289 deportistas (sobre todo corredores de sprint, saltadores y jugadores de basketball) 43 de ellos con dolorimiento del borde medial de la tibia. Los autores creen que son debidos al efecto de tracción de la musculatura hipertrofiada, que si bien en principio no dan alteraciones radiológicas, pueden originar a la larga engrosamiento perióstico de esta región. Desde el punto de vista terapéutico aconsejan la inmovilidad relativa del tobillo mediante vendaje elástico.

**La significación del electrocardiograma de hiperpresión.**—El autor indica que el electrocardiograma tomado durante la prueba de Valsalva no es adecuado para poner de manifiesto lesiones latentes del miocardio, ya que la respiración comprimida actúa sobre factores extracardiales (posición del corazón, estímulo de zonas re-

flexógenas, disminución de la conductibilidad eléctrica debido al mayor contenido sanguíneo de los vasos intratorácicos) que pueden influir la curva del electrocardiograma modificando la onda P y el segmento ST, que no podrán considerarse como signo de lesión miocárdica.

### La Presse Médicale.

63 - 53 - 6 de agosto de 1955.

- Resultados lejanos de la gastrectomía por úlcera gástrica y duodenal. H. Welti y cols.
- Leucosis de comienzo neurológico. A propósito de dos observaciones. P. Gallais y H. Collomb.

**Resultados lejanos de la gastrectomía por úlcera gástrica y duodenal.**—En 171 casos la mortalidad operativa de la gastrectomía ha sido de un 1,17 por 100. De éstas se han controlado 118. En un 78 por 100 de los casos, el resultado lejano de la operación fué excelente; en un 14 por 100 de los casos fué mediano, aunque los enfermos mejoraron. Hubo un 8 por 100 de fracasos, pero de éstos aún hubo varios que, tras una nueva intervención, mejoraron. Los operados no observan ningún régimen y, después de varios años de sufrimiento, llevan una vida normal.

**Leucosis de comienzo neurológico.**—Los autores presentan dos observaciones: la primera de una leucosis aguda leucoblástica que comenzó como una encefalitis pseudotumoral; en la segunda, una leucemia mieloide crónica, se inició con un cuadro de crisis cónicas sésiles de episodios hepatálgicos febriles. Los autores consideran que el determinismo de las lesiones neurológicas no es unívoco y las lesiones clásicas son insuficientes para poder explicarlo todo. Consideran que deben ser tomadas en cuenta interacciones complejas o procesos de orden inmunológico y perturbaciones neurológicas de la eritropoyesis.

63 - 54 - 13 de agosto de 1955.

- Los modos de acción de la saliciloterapia. J. Roskam y colaboradores.
- A propósito de una epidemia de fiebre de largo curso en Bamako. P. Rupusset y R. Pfister.
- Malformaciones congénitas y rubeolas durante la gestación. R. Clément.

**Acción de la saliciloterapia.**—Si el tratamiento es lo suficientemente intenso y prolongado, conduce a un significativo aumento de la tasa sanguínea de 17-hidroxicorticosteroides; una dosis diaria de 8 gr. conduce a un aumento parecido al de 20 mg. de ACTH retardado. El aumento de los corticoides originado por la terapia salicilada, puede continuar tras disminuir e incluso tras suprimir el fármaco. Este aumento de los corticoides puede ser la causa de la eficacia de los salicilatos en las enfermedades del colágeno.

**Malformaciones congénitas y rubeolas durante la gestación.**—El autor trata el hecho, ya conocido, de que la rubeola padecida por la madre durante el embarazo es responsable de un cierto número de malformaciones congénitas, especialmente en ojos, oídos y corazón. El peligro de malformaciones graves es tanto, que varios autores han llegado a proponer el aborto provocado en casos en que la rubeola se contraiga en el momento crítico del embarazo (a los dos meses). Sin embargo, el autor considera que el ideal sería el poder obtener una vacuna que permita una inmunización activa frente a esta enfermedad.