

El importe de la Beca es de 6.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica, inherentes al disfrute de la Beca, el día 1 de enero de 1958 y por el término de un año.

Los aspirantes serán Médicos españoles que hayan terminado su carrera dentro de los cinco últimos cursos anteriores al 1957-58. Su trabajo consistirá en atender con la "dedicación necesaria", las obligaciones inherentes a las funciones de Médico interno del Servicio y, además, desarrollar un tema de la especialidad, bajo la dirección del Jefe del Servicio. Al objeto de no interrumpir en ningún momento el trabajo encargado, mientras dure la Beca su beneficiario vivirá gratuitamente, en régimen de internado, en el propio Hospital (Pabellón de Médicos de guardia), a cuya fin el excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona ha concedido la necesaria autorización. El alumno becario se atenderá, para su régimen horario de internado, a las normas generales del Reglamento interior del Hospital.

El abandono injustificado de estos trabajos, la negligencia en ejecutarlos, o el incumplimiento de las indicaciones del Jefe del Servicio, acarrearán la pérdida de la Beca. Los trabajos que se verifiquen quedarán de propiedad del Hospital, decidiendo el Director de la Beca su ulterior destino o publicación (tesis doctoral del becario, etc.), no estando permitido al beneficiario utilizar a otros fines los trabajos propios de la Beca sin la debida autorización.

El concurso-oposición para la adjudicación de dicha Beca se atenderá a las siguientes bases:

1.º Puntuación de los méritos aducidos.

2.º Ejercicio escrito sobre "Orientación diagnóstica y tratamiento de un paciente con enfermedad infecciosa", propuesto por el Tribunal.

3.º Ejercicio práctico, que consistirá en la asistencia al Servicio del Doctor Isamat durante seis días con el fin de aquilatar el grado de formación clínica y el "espíritu de dedicación" del aspirante.

Las solicitudes se dirigirán al señor Director del Hospital Municipal de Infecciosos (Plaza del Doctor Pons y Freixa), acompañadas de los siguientes documentos: expediente académico, méritos científicos y una fotografía tamaño carnet. Formarán el Tribunal que adjudicará la Beca:

El Jefe del Servicio Clínico, delegado de la Dirección del Hospital, y representante del Doctor don José Andreu Miralles.

Un representante del Instituto Municipal de Higiene.

Un representante de la Jefatura de Sanidad Militar de la Región.

Un representante del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia.

Un representante médico del "D. I. F." del "Laboratorio Doctor Andreu".

El plazo de admisión de instancias expira el día 30 de noviembre próximo, y la fecha de comienzo de los ejercicios se avisará a los solicitantes, por carta certificada, con la debida antelación.

Para informes supletorios dirigirse al Director de la Beca.

Barcelona, octubre de 1957.—El Director del Hospital, Doctor Luis Trias de Bes.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRÍTICA DE LIBROS

ATLAS DER KOLPOMIKROSKOPIE. Doctor T. ANTOINE.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 224 páginas con 176 figuras, 64 DM.

Por más que se trate de un tema muy especializado, el desarrollo de la colpomicroscopia ofrece un evidente interés, naturalmente, para el ginecólogo. Los autores han manejado un aparato y técnicas especiales cuya experiencia introducen esencialmente en el libro. Numerosas imágenes valorizan el método, cuya importancia relativa puede no obstante ser muy informativa en casos determinados.

NEUE BEITRAGE ZUR KLINIK UND PATHOGENESE DEL MIGRANE. Doctor H. HEYCK.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 84 páginas con 156 figuras, 9,60 DM.

Una serie de investigaciones personales han permitido al autor hacer un análisis acerca de los factores etiológicos, así como de las peculiaridades patográficas, de la jaqueca, este viejo problema tan lleno de misterios, en el que tanto queda por aclarar y en cuya terapéutica nuestras posibilidades tienen en un gran tanto por ciento de los casos un valor solamente limitado o paliativo.

Estudia el autor el insulto angioespástico del cerebro, sea transitorio o más permanente, en relación con la sinomatología clínica, las alteraciones psíquicas y, a continuación, la patogenia.

Las observaciones del autor, basadas en el volumen de la circulación cerebral y en las diferencias arteriovenosas de saturación de oxígeno, le llevan a la conclusión de la importancia de los cortocircuitos arteriove-

nosos en el mecanismo del trastorno vascular que condiciona la crisis de jaqueca. En una segunda parte analiza las relaciones entre la epilepsia y las cefaleas vasomotoras. La lectura de este libro ha de resultar interesante para todo Médico interesado en el problema de la jaqueca.

LEHRBUCH DER GYNAKOLOGIE. Doctor H. MARTIUS. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 414 páginas con 446 figuras, 49,80 DM.

El tratado de Ginecología del profesor MARTIUS aparece en nueva edición, que conserva los caracteres de las anteriores, con algunas ampliaciones. En forma sencilla y relativamente escueta se analizan las enfermedades del aparato genital femenino con un apéndice final sobre urología y ortopedia ginecológicas.

Es innecesario subrayar una vez más el lugar preferente que ocupa este libro en la actual literatura de la especialidad.

DIE FRUHDIAGNOSE DES UTERUSCARCINOMS. Doctor H. LIMBURG.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1956.—Un volumen de 334 páginas con 122 figuras, 36 DM.

El problema del diagnóstico precoz de las neoplasias sigue ocupando un lugar de preferencia entre las múltiples cuestiones que constantemente se presentan a la consideración del Médico, y por su frecuencia y por la eficacia de una terapéutica precoz bien orientada, el diagnóstico precoz del cáncer del útero ocupa un lugar en primera fila.

En esta nueva edición del libro del profesor LIMBURG se expone lo que la exploración clínica y los métodos auxiliares (citológicos, histológicos, endoscópicos, biopsicos) pueden contribuir al justo diagnóstico. Las ilustraciones, en su mayor parte preparaciones histológicas y algunas láminas en color, son excelentes.

## LIBROS RECIBIDOS

"Síndromes neurológicos consecutivos a traumatismos occipitales". Doctor Clemens Faust.—Editorial Alhambra. Madrid, 1957.—Un volumen de 124 páginas con 41 figuras, 175 pesetas.

"Heredo-retinopathia congenitalis". Doctor Carl Henry.—Editorial Hereditas. Lund, 1957.—Un volumen de 177 páginas con 41 figuras.

"Lecciones de alergia". Doctor G. Ruiz Moreno.—Editorial López y Etchegoyen. Buenos Aires, 1957.—Un volumen de 196 páginas.

"Atlas colangiográfico". Doctor P. Magaldi.—Editorial López y Etchegoyen. Buenos Aires, 1957.—Un volumen de 251 páginas con figuras.

"Neurología básica". Doctor Gustavo F. Poch.—Editorial López y Etchegoyen.—Buenos Aires, 1957.—Un volumen de 253 páginas con 55 figuras.

"El riñón ectópico pelviano en la mujer". Doctor M. Usandizaga.—Editorial Vergara. Barcelona, 1957.—Un volumen de 142 páginas con 28 figuras.

"El dolor en Ginecología". Doctor M. Usandizaga y otros.—Editorial Vergara. Barcelona, 1957.—Un volumen de 198 páginas con 31 figuras.

"Crónica y actas del III Congreso Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo".—Un volumen editado en el año 1957 con 451 páginas y figuras.

"Tratado de Patología Interna". Tomo II: Digestivo. Peritoneo. Hígado. Vesícula. Vías biliares. Páncreas. Sistema nervioso. Doctor E. G. Fongí y otros.—Editorial López Etchegoyen. Buenos Aires, 1957.—Un volumen de 1.212 páginas con 495 figuras.

"Erythrocytes et erithropathies". Doctor P. Cazal.—Editorial Masson et Cie. Paris, 1957.—Un volumen de 628 páginas con 153 figuras, 5.000 francos franceses.

"Maladies. Vedettes". Doctor Fred Siquier.—Editorial Masson et Cie. Paris, 1957.—Un volumen de 476 páginas con 36 figuras, 3.500 francos franceses.

"Le traitement des affections thyroïdiennes". Doctor M. Perrault y B. Klotz.—Editorial G. Doin y Cie. Paris, 1957.—Un volumen de 282 páginas con 10 figuras, 2.500 francos franceses.

## B) REFERATAS

### Circulation.

13 - 4 - 1956

- \* Efecto del embarazo sobre el curso de la enfermedad cardíaca: revaloración de 106 cardíacas, tres a cinco años, tras un embarazo. M. M. Miller y J. Metcalfe.
- \* Un estudio controlado sobre los efectos de la terapéutica intermitente con heparina sobre el curso de la arterioesclerosis coronaria humana. H. Engelberg, R. Kuhn y M. Steinmen.
- Persistencia del defecto septal atrial ostium primum. S. G. Blount, O. J. Balchum y G. Gensini.
- Alteraciones fluoroscópicas de las equimosis intracutáneas en las extremidades normales y edematosas. R. W. Gifford y cols.
- \* Venoesclerosis periférica en la insuficiencia cardíaca congestiva humana. J. E. Wood, J. Litter y R. W. Wilkins.
- \* Estudios sobre el control de la hipertensión. H. M. Perry y H. A. Schroeder.
- Tenotomía del pectoral menor y escalenotomía anterior con especial referencia al síndrome de hiperabducción y "trombosis de esfuerzo" de la vena subclavia. J. W. Lord y P. W. Stone.
- Retorno pulmonar total anómalo: estudio de treinta casos. V. L. Gott y cols.
- \* Observaciones de angina de pecho durante el tratamiento de la hipertensión. W. E. Judson, W. Hollander y R. W. Wilkins.
- El gradiente ventricular espacial: síndrome de Wolf-Parkinson-White intermitente, bloqueo intermitente de rama izquierda y contracciones ventriculares prematuras. M. A. Bercun y cols.
- Notación vectocardiográfica. R. A. Helm.
- Síndrome hemolítico tras la inserción de una prótesis valvular de lucita en el sistema cardiovascular. F. Stohlman y cols.
- Un estudio balistocardiográfico en dos dimensiones sobre la relación entre la forma del cuerpo y la amplitud balistocardiográfica en los niños. G. L. Morris y M. I. Singer.
- Tratamiento de la enfermedad cardiovascular hipertensiva. E. Meilman.
- Diagnóstico auscultatorio de la enfermedad valvular cardíaca. G. D. Geckeler.

**Embarazo y enfermedad cardíaca.**—Ciento seis enfermedades cardíacas han sido de nuevo estudiadas tras un período entre tres y medio y cinco años después de haber pasado un embarazo. Ninguna enferma murió durante el embarazo o puerperio. Desde entonces, sólo tres han muerto. Noventa y dos han permanecido igual

o se encuentran mejor de su proceso. Esta valoración indica que la dinámica circulatoria alterada durante el embarazo puede disminuir temporalmente la capacidad funcional; pero, sin embargo, no se puede atribuir al embarazo ningún empeoramiento de la enfermedad cardíaca que persista después de aquél.

**Heparina en la arterioesclerosis coronaria.**—Los autores administran 200 mg. de heparina subcutánea, dos veces a la semana, a 105 enfermos con infarto de miocardio previamente diagnosticado. Un grupo equivalente, de 117 sujetos, recibe placebos. Durante un período de observación de dos años, se presentaron 21 muertes por accidentes cardiovasculares en el grupo control y cuatro en el tratado con heparina. Consideran que estos resultados son estadísticamente valorables y que, por tanto, la heparina en esta forma de administración retrasa el progreso de la arterioesclerosis en los enfermos con arterioesclerosis coronaria.

**Venoesclerosis periférica en la insuficiencia cardíaca.**—Los autores aplican al estudio de la insuficiencia cardíaca congestiva un procedimiento que les permite valorar la presión venosa periférica fuera de la influencia de la presión venosa central. Pueden comprobar que los enfermos con insuficiencia cardíaca muestran una venoesclerosis periférica en relación a los enfermos controles. Esto se debe a una disminución de la distensibilidad venosa, que se normaliza en el momento en que desaparece la insuficiencia. Esta venoesclerosis fué observada tanto en los enfermos con aumento de la presión venosa como en los que en reposo ésta era normal.

**Estudios sobre el control de la hipertensión.**—Los autores observan que varios enfermos sometidos a tratamiento con hexametonio e hidralazina por hipertensión, pueden, al cabo del tiempo, quedar controlados con dosis menores. Revisan 114 casos sometidos a esta terapéutica y observan que los enfermos que llegan a alcanzar una presión diastólica menor de 100 mm. de Hg. pueden ser controlados después con dosis cada vez más pequeñas de ambas drogas, y, en cambio, los que no

llegan a mejorar hasta este punto, siempre necesitan para el mantenimiento las dosis iniciales. Después de más de tres años de observación, comprueban que este fenómeno se va acentuando, hasta llegar un momento en que los enfermos del primer grupo pueden mantenerse con dosis mínimas o hasta sin tratamiento.

**Angina de pecho durante el tratamiento de la hipertensión.**—El tratamiento con drogas antihipertensoras puede agravar la angina de pecho en enfermos hipertensos con enfermedad coronaria. La complicación parece ser debida a diferentes mecanismos hemodinámicos. La angina de pecho causada por la hidralazina puede ser consecuencia no sólo de la disminución de la presión de perfusión de sangre en la aorta, sino también del aumento del gasto cardíaco y frecuencia del pulso que esta droga produce. La insuficiencia coronaria resultante de la administración de hexametonio suele estar producida por una marcada hipotensión.

## Gastroenterology.

30 - 4 - 1956

- \* La relación entre la pepsina sanguínea y la secreción gástrica, con especial referencia a la aquilia y aclorhidria. H. M. Spiro, A. E. Ryan y C. M. Jones.
- \* Preparación de un estómago normal, completo, innervado, con continuidad distal para estudios de fisiología gástrica y úlcera duodenal experimental. A. Winkelstein y cols.
- \* Efectos de la histamina sobre la secreción gástrica y ulceración en la rata con el píloro ligado. J. Kyte y R. B. Welbourn.
- \* Análisis gástrico sin sonda en el estudio de la secreción gástrica tras irradiación gástrica por úlcera péptica. J. T. Galambos y J. B. Kirsner.
- \* Actividad gástrica durante el ciclo menstrual. I. Mac Donald.
- \* Efecto de un preparado de acción prolongada de alcaloides de la belladona sobre la secreción gástrica de enfermos con úlcera péptica. D. Berkowitz.
- \* Estudios sobre la tetraciclina. Su concentración en las heces y efectos en la amebiasis. Y. A. El-Ghaffar y M. A. El-Ghaffar.
- \* Respuesta a la irradiación del cáncer esofágico. M. B. Goldgraber.
- \* Regulación fisiológica de la evacuación de la vesícula biliar. S. S. Hong, D. F. Magee y F. Crewdson.
- \* Esquistosomiasis del hígado. Estudios clínicos, anatomopatológicos y de laboratorio en egipcios. M. Ragheb.
- \* Fotografía sistemática por gastroscopia. R. S. Nelson.
- \* Movimientos del antro gástrico. R. S. Nelson.
- \* Gastroscopia en viejos. J. N. Smith y J. A. Clifton.
- \* Síndrome de Mallory-Weiss. Exposición de un caso diagnosticado por gastroscopia. J. T. Hardy.
- \* Biopsia gástrica accidental con el cepillo de Ayre. M. Rossman y J. Wolf.
- \* Colon transverso en una hernia inguinal derecha con extraña distorsión gástrica. R. V. Gieselman, G. A. Colodi y U. A. Farkhill.
- \* Invaginación como causa de un carcinoma de recto que desaparece. H. J. Dworzen.
- \* Carcinoma de células escamosas del ano. L. J. Blatt, P. Parnassa y J. Cincotti.

**Relación entre la pepsina sanguínea y la secreción gástrica.**—En términos generales, la concentración de pepsina en sangre aumenta cuando lo hace la del jugo gástrico. Cuando la secreción gástrica es escasa, no hay relación entre la pepsina sanguínea y la acidez gástrica; puede haber actividad péptica (que puede representar la catepsina) en presencia de aclorhidria. Con niveles de pepsina en sangre de menos de 120 unidades, se debe sospechar la existencia de aquilia. Se deben tener en cuenta factores extragástricos, de los cuales el más importante es la uremia. Consideran que la pepsina sanguínea tiene interés en la valoración de la diátesis a la úlcera péptica.

**Análisis de la secreción gástrica sin sonda tras irradiación del estómago.**—Los autores estudian a 3 enfermos por medio del sondaje y mediante resina de recambio de quinina (Diagnex), antes y después de la radiación del estómago. En 24 casos encontraron una relación directa con ambos procedimientos. En cuatro de los nueve restantes el análisis sin sondaje dió 0, mientras la secreción basal disminuyó significativamente. En cuatro casos no hubo relación entre ambos métodos.

Concluyen que el análisis de la secreción gástrica sin sondaje es un método simple y útil para medir la presencia o ausencia de clorhídrico en la secreción gástrica de enfermos sometidos a radioterapia por úlcera péptica.

**Actividad gástrica durante el ciclo menstrual.**—Se administraron comidas de prueba en días alternos a nueve mujeres sanas, relacionándose los resultados obtenidos con el ciclo menstrual. Hay un aumento súbito de la velocidad de vaciamiento gástrico en los días de la ovulación. La cantidad y concentración de ácidos aumenta en la primera mitad y disminuye en la segunda mitad del ciclo. En cambio, no pueden observar ningún cambio de importancia en cuanto a la secreción de cloro o de pepsina.

**Estudios sobre la tetraciclina.**—Los autores estudian la concentración de tetraciclina en las heces de 10 enfermos que recibían 0,25 gr. de la droga cada seis horas y en ocho que recibían 0,5 gr. cada seis horas, observando que, a las mismas dosis, las concentraciones de tetraciclina eran considerablemente menores que las de oxitetraciclina. Se administró la tetraciclina a 20 enfermos con amebiasis intestinal crónica sintomática, a dosis de 0,25 gr. cada seis horas durante ocho días y 0,5 gr., en las mismas condiciones, a otros 12. Todas las observaciones, tanto clínicas como parasitológicas, demuestran que la oxitetraciclina es superior a la tetraciclina en el tratamiento de la amebiasis.

**Regulación fisiológica de la vesícula biliar.**—La contracción fisiológica de la vesícula biliar o la contracción inducida por extractos duodenales conteniendo colecistoquinina, se acompaña de relajación del esfínter de Oddi. La atropina y el hexametonio reducen la presión intrabiliar en el perro mediante la relajación de la musculatura duodenal o el esfínter de Oddi. Ninguna de estas drogas parece afectar la contracción de la vesícula inducida por la colecistoquinina. La procaina y el hexametonio impiden la salida de la colecistoquinina del duodeno, la primera en su administración local y el segundo administrado generalmente.

**Síndrome de Mallory-Weiss.**—El autor empieza haciendo una breve revisión de la literatura respecto al síndrome de Mallory-Weiss (ulceraciones en la zona cardio-esofágica producidas por el vómito). Presentan un caso típico de este síndrome, que consideran es el primero diagnosticado radiológicamente. Se debe pensar en este síndrome en todos los casos de hemorragia gastrointestinal alta de etiología oscura. Consideran que tanto en éstos como en la mayoría de los casos de hemorragias altas, se debe realizar precozmente la gastroscopia y la esofagoscopia, la cual no tiene peligros y puede salvar la vida del enfermo por permitir un diagnóstico correcto.

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

97 - 4 - 1956

- Hipertiroidismo tratado con radioyodo. W. H. Belerwaltes y P. C. Johnson.
- Nucleofagocitosis. P. Heller y H. J. Zimmerman.
- Válvula y papila ileocecal. A. W. Ulin, W. C. Shoemaker y J. Deutsch.
- \* Infarto de miocardio: relación con el sexo y otros factores. K. T. Lee y W. A. Thomas.
- \* Enfermedad del seno, alergia bacteriana y asma bronquial. S. Siegal y cols.
- Dosis eficaz óptima de droga anticolinérgica en la terapéutica de la úlcera péptica. D. C. H. Sun y H. Shay.
- \* Moderno tratamiento de la tirotoxicosis. G. J. Hamwi y R. F. Goldberg.
- \* Estenosis mitral. W. J. Kuzman y cols.
- \* Enfermedad de Hodgkin del recto. E. Geckman, I. Bluth y J. M. Gross.
- \* Hipertensión idiopática asociada a la arterioesclerosis coronaria. J. M. Mart y W. E. Connor.

**Infarto de miocardio.**—Los autores realizan diversos estudios desde un punto de vista estadístico relacionados con el infarto de miocardio. Desde un punto de vista

geográfico, observan que la frecuencia (500 casos entre 8.183 autopsias de adultos) es similar a la de otros estados, pero superior a datos recogidos de África y Oriente. Durante los últimos cuarenta y cinco años la frecuencia ha aumentado enormemente. Consideran muy interesante el dato obtenido de que la frecuencia es casi idéntica en ambos sexos (1,1 : 1). En las mujeres, la edad de máxima incidencia es más avanzada que en los hombres. Es más frecuente en blancos que en negros. La situación social no parece ser un factor importante.

**Enfermedad sinusal y asma bronquial.**—Los autores hacen un estudio de los senos en un grupo de asmáticos. Entre 58 casos de asma intrínseco, 25 padecían infección de los senos. Entre 24 de asma extrínseco, cinco tenían sinusitis. Los estudios bacteriológicos repetidos durante mucho tiempo, demostraron infecciones repetidas y diversas, lo que inclina a los autores a pensar que la infección sinusal no tiene un papel etiológico, sino que es el resultado de influencias vasomotoras y alérgicas, probablemente responsables también del asma. El tratamiento de la infección sinusal debe ser, en primer lugar, conservador, y, en caso de que las anomalías constitucionales hagan fracasar éste, se debe recurrir a procedimientos más radicales.

**Tratamiento de la tirotoxicosis.**—Los autores consideran que el yodo radioactivo es el método de elección en el bocio difuso porque: a) elimina la mortalidad operatoria; b) es improbable la posibilidad teórica de que se presente un proceso tiroideo maligno como consecuencia de este tratamiento, y c) los resultados son tan buenos o mejores que con la cirugía. El bocio nodular tóxico puede ser tratado con yodo radioactivo o por la cirugía. La elección de la segunda es obligatoria si el nódulo tiroideo es de gran tamaño o si proporciona dificultades mecánicas. La mejor forma de tratar el bocio tóxico recurrente es el yodo radioactivo, pues si es reintervenido, aumenta considerablemente la mortalidad operatoria.

**Estenosis mitral.**—Tras un minucioso estudio, los autores concluyen que debe ponerse un gran cuidado para la selección de los casos quirúrgicos, en el estudio de la historia clínica y en el examen del enfermo, considerando que solamente con estos procedimientos, si son cuidadosamente empleados, se puede diagnosticar con gran exactitud la estenosis mitral pura. Entre los enfermos operados, un 84 por 100 presentaron una considerable mejoría clínica. Además, en todos ellos disminuyeron considerablemente las probabilidades de embolias. La mortalidad operatoria total fué de un 9 por 100, pero muy inferior a ésta la de los enfermos bien seleccionados y en buen estado preoperatorio.

**Enfermedad de Hodgkin del recto.**—Presentan un caso de extensas lesiones rectales linfogranulomatosas en un enfermo con enfermedad de Hodgkin generalizada, revisando la literatura sobre esta localización del proceso. Revisan 11 casos detalladamente estudiados, más algunas otras menciones que se hacen; en todo caso, en la localización rectal de la enfermedad de Hodgkin es extraordinariamente rara. La frecuencia es la misma en hombres que en mujeres, y la edad de presentación la misma que la de las otras localizaciones de la enfermedad. El cuadro clínico está principalmente constituido por signos de obstrucción e infiltración (dolor, alteraciones del tránsito intestinal, sangre, etc.). En cuanto al tratamiento, recuerdan que la mayoría de los autores consideran que, en las formas más localizadas de la enfermedad, la radioterapia debe ser preferida a las miositazas nitrogenadas.

**Hiperlipemia idiopática y arterioesclerosis coronaria.** Los autores presentan un caso de hiperlipemia idiopática asociada a grave arterioesclerosis coronaria, con infarto de miocardio demostrado en la autopsia. La prueba de tolerancia a la vitamina A demostró la disminución de esta tolerancia. El tratamiento de este proceso consiste en una dieta con pocas grasas, con lo que

frecuentemente mejoran los síntomas de angor pectoris y el dolor abdominal que se suele presentar en estos enfermos. Puede ser útil la administración intramuscular o intravenosa de heparina.

## The American Journal of the Medical Sciences.

231 - 4 - 1956

- Pistas para un mejor conocimiento de la naturaleza y tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas. T. E. Woodward.
- \* El problema de la carditis reumática subclínica. G. Tedeschi y B. M. Wagner.
- \* Tratamiento de las infecciones del tracto urinario con triple sulfamida y con la mezcla de éstas y penicilina. A. W. Bohne y W. E. Chase.
- \* Uremia inducida en personas tras la ingestión masiva de proteínas y sangre y mecanismo de la uremia en la hemorragia gastrointestinal. T. D. Cohn y cols.
- \* Diátesis hemorrágica con aumento de la fragilidad capilar causada por la saliciliterapia. P. G. Frick.
- Relaciones entre salud pública, conducta respecto a la fertilidad y economía general, su acción respecto al nivel de vida. R. Langer y P. S. Henshaw.
- Efecto de la cortisona sobre el crecimiento in vitro de los tejidos adultos y embrionarios. R. S. Geiger y cols.
- \* Un método para preparar mezclas derretidas eritrocitos-glicerol para transfusiones. H. A. Slovirer.
- Pruebas de función laberíntica (vestibulares). II. Interpretación. A. H. Nelson.
- Algunos aspectos de la pigmentación cutánea. H. Beerman y H. L. Colburn.

**Carditis reumática subclínica.**—Los autores estudian 400 biopsias del apéndice auricular que han sido quitadas durante el acto operatorio. Consideran que el cuerpo de Aschoff no expresa actividad reumática; ésta, más bien la relacionan con alteraciones de la sustancia fundamental, degeneración del colágeno, cambios regresivos en las fibras musculares y una reacción exudativa junto al cuerpo de Aschoff. Con este criterio histológico, fueron observados ocho casos indudables de actividad reumática. Los estudios pre y postoperatorios no mostraron actividad clínicamente. Los autores sugieren que esta falta de paralelismo entre los hallazgos clínicos y anatomopatológicos pudiera estar relacionada con el uso de potentes agentes terapéuticos.

**Tratamiento de las infecciones del tracto urinario.**—Los autores estudian la eficacia de un preparado de triple sulfamida y de otro que, además, tiene benzatina penicilina, ambos por vía oral, en el tratamiento de las infecciones urinarias. Administran una dosis inicial de dos gramos y, después, medio gramo cuatro veces al día durante siete días. Ambos preparados demuestran ser igualmente eficaces, negativizando los cultivos de un 79 por 100 de enfermos con el primero y un 75 por 100 con el segundo. En un 2 por 100 se presentaron reacciones de hipersensibilidad. No hubo muestras de cristaluria, disturbios gastrointestinales ni otros serios inconvenientes.

**Azotemia inducida en personas.**—Los autores comprueban que tanto la ingestión de sangre normal como la de proteínas, bien en forma de concentrado o de carne, produce una elevación de la azotemia que alcanza su máximo dentro de las primeras doce horas. Consideran que los factores más importantes en la azotemia de la hemorragia gastrointestinal son: a) cuantía de la hemorragia; b) enfermedad renal preexistente: en este caso, incluso una pequeña hemorragia, con las consecuencias que tuviera sobre la circulación renal y al mismo tiempo la sobrecarga que para el riñón implica la ingestión de proteínas, puede ser de graves consecuencias, y c) la ingestión de proteínas.

**Diátesis hemorrágica con aumento de la fragilidad capilar por saliciliterapia.**—Los autores presentan tres enfermos que presentaron síntomas de diátesis hemorrágica mientras estaban siendo tratados con aspirina. Tenían una prueba de Rumpel-Leede positiva y aumento del tiempo de hemorragia. La interrupción del tratamiento normalizó estas pruebas, que volvieron a positivizarse al reanudarlo. Consideran que la terapéutica

salicilada aumentó la fragilidad capilar, lo cual es la causa principal, o la única, de estas diátesis hemorrágicas adquiridas.

**Preparación de mezclas de eritrocitos y glicerol derretidas.**—Las mezclas de eritrocitos y glicerol derretidas tras su almacenamiento a bajas temperaturas, no pueden ser directamente utilizadas para transfusiones por la lisis de los eritrocitos. El autor presenta un método con el cual se impide esta lisis, mediante la adición de glucosa a esta mezcla, lo cual aumenta la presión intracelular inducido en los eritrocitos por el glicerol. La exactitud del método ha sido demostrada "in vitro".

## Annals of Internal Medicine.

44 - 4 - 1956

- \* Ictericia obstructiva intrahepática (coloestasis primaria), un síndrome clínico patológico de etiología variada. H. C. Johnson y J. P. Doenges.
- \* Diagnóstico del cáncer por extensiones de médula ósea. C. H. Jaimet y H. E. Amy.
- \* Futuro de los niños con bronquiectasias. C. Strang.
- \* Perforación del septum interventricular tras infarto agudo de miocardio: estudio de cuatro casos diagnosticados antes de la muerte. E. Sahagun y R. O. Burns.
- \* El miembro fantasma. A. A. Weiss.
- \* Hiperreflexia autónoma y su control en enfermos con lesiones de la médula espinal. N. B. Kurnick.
- \* Pronóstico de los linfomas malignos. C. A. Hall y K. B. Olson.
- \* Acetil-digitoxina: digitalización rápida y de mantenimiento por administración oral. I. C. Brill, P. R. Burgner y N. A. David.
- \* Probable mononucleosis infecciosa con prueba de aglutinación heterófila negativa. S. Leibowitz.
- \* Distrofia miotónica: estudio de seis casos en una familia, con análisis de los defectos metabólicos. C. M. Holland y S. R. Hill.
- \* Rotura espontánea de un aneurisma de miocardio en pulmón, sin hemopericardio. L. Weiss y T. G. Price.
- \* Ictericia asociada a la administración de la sal sódica de ácido para-aminosalicílico. W. E. Bellamy y cols.
- \* Hipertensión portal extrahepática (trombosis de la porta) diagnosticada por medio de la venografía esplénica percutánea. H. F. Rodríguez, R. D. Bonnet y D. Rodríguez-Pérez.
- \* Tuberculosis miliar desarrollada durante la terapéutica prolongada con cortisona en un caso de lupus eritematoso diseminado. H. M. Hill y J. D. Kirshbaum.
- \* Agammaglobulinemia y leucemia crónica linfocítica. R. T. S. Jim y E. H. Reinhard.
- \* Psicosis complicada con neumonía estafilocócica. W. R. Warren y E. L. Kehoe.
- \* Alteraciones pulmonares en soldadores. R. Charr.
- \* Hemoglobinuria paroxística nocturna: presentación de un caso y comentarios sobre la eliminación urinaria de hierro. S. I. Rapaport y cols.

**Ictericia obstructiva intrahepática.**—Los autores estudian un síndrome caracterizado por ictericia de tipo obstructivo y de origen intrahepático, de presentación aguda o subaguda. Utilizan el término "coloestasis primaria intrahepática", revisando la literatura. La etiología puede ser variable (vímica o infecciosa, tóxica, etcétera). Los conductos extrahepáticos suelen estar permeables, aunque a veces también están edematosos y estenosados. Encuentran algunos casos en los que este síndrome fué precursor de una cirrosis biliar primaria. Tratan dos casos con ACTH, los cuales mostraron una inmediata respuesta, proponiendo esta respuesta como prueba para el diagnóstico diferencial entre este tipo de ictericia obstructiva y la obstrucción extrahepática.

**Diagnóstico del cáncer por extensiones de médula ósea.** Los autores pueden diagnosticar por este procedimiento un gran número de casos que habían resistido al diagnóstico por otros medios. Hacen estudios de médula ósea no sólo en casos en que se sospecha la neoplasia, sino también en los de diagnóstico dudoso. Asimismo, el estudio de sujetos normales les ha permitido observar la evolución precoz de muchos procesos, entre los que cuenta el cáncer. Hacen notar que el valor de la observación depende de la técnica empleada (una pequeña cantidad sin diluir) y del método de extensión y tinción del líquido aspirado.

**Futuro de los niños con bronquiectasias.**—El autor realiza un estudio en el que sigue a 209 niños con bronquiectasias por períodos variables entre dos y quince años. En la mayoría los síntomas habían empezado en los primeros años de vida, con una infección respiratoria aguda. Ciento sesenta y tres casos fueron tratados quirúrgicamente, con 48 neumectomías y 112 lobectomías o resecciones segmentarias. Los resultados de la intervención quirúrgica son generalmente buenos, aunque muchos casos mostraron síntomas residuales aunque no se pudieran ya objetivar las bronquiectasias. La presencia de asma debe hacer pensar en no recurrir a la cirugía. Son tratados conservadoramente: a) los que tienen un proceso demasiado extendido para la cirugía; b) los casos muy leves, y c) los que no aceptan la intervención.

**Perforación del septum interventricular.**—Los autores presentan cuatro casos de rotura del septum interventricular tras infarto de miocardio, cuyo diagnóstico se pudo establecer en vida. Los síntomas más característicos consisten en la aparición de un fuerte soplo sistólico precordial, con thrill, dolores torácicos y shock. El shock y la insuficiencia cardíaca son la causa de muerte, que se suele presentar dentro de los siete primeros días, aunque se han descrito supervivencias hasta de cuatro o cinco años. Los electrocardiogramas no mostraron ninguna alteración significativa.

**Control de la hiperreflexia autónoma.**—El autor administra hexametonio intravenosamente a 38 cuadrupléjicos y oralmente a 33 para controlar las manifestaciones de hiperreflexia autónoma. En todos los casos menos tres (tratados oralmente) se obtuvieron buenos resultados, aunque en otros tres casos se hubo de suprimir la droga por agravamiento de la hipotensión postural preexistente. En cuatro enfermos con lesiones medulares mediodorsales, la espasticidad de la vejiga pudo ser vencida mediante una sola dosis oral. Los agentes simpaticolíticos no pudieron controlar los accesos de hipertensión paroxística.

**Acetil-digitoxina.**—La acetil-digitoxina es un derivado del lanatósido A, que se emplea oralmente. Tiene un corto período de latencia con acción rápida, por lo que es útil para la rápida digitalización; se administra una dosis inicial de 0,8 mg., más dos dosis de 0,4 a intervalos de dos horas. Hay que observar cuidadosamente los resultados. En la mayor parte de los casos esta dosis permite una buena digitalización, perceptible a las seis u ocho horas de iniciar el tratamiento. La mayor parte de los efectos tóxicos serios se pueden prevenir si se deja de administrar la droga al aparecer náuseas y vómitos, lo que suele suceder antes de las dos horas de administrar la dosis digitalizante total. Para el mantenimiento se ha encontrado satisfactoria la administración diaria de 0,15 mg. de acetil-digitoxina.

**Distrofia miotónica.**—Los autores presentan un árbol genealógico en el que seis miembros están afectados por esta enfermedad. En todos había miotonía y atrofia muscular, en cuatro disfunción gonadal, calvicie frontal en tres y cataratas en dos. Los estudios metabólicos realizados en uno de ellos demostraron una función hipofisaria, adrenal y tiroidea normales, una disminución del metabolismo basal extratiroidea y una ligera disminución de los 17-cetosteroides urinarios. El examen histológico de los testículos de uno de los enfermos demostró atrofia de los túbulos seminíferos con ausencia de células espermatogénicas y de Sertoli y unas células de Leydig aparentemente normales. No pueden comprobar que en la patogenia de esta enfermedad influya ninguna endocrinopatía.

**Ictericia asociada a la administración de PAS.**—Los autores describen el caso de una enferma tratada con PAS por una tuberculosis miliar y que desarrolló una ictericia. Hacen también una revisión de la literatura, encontrando solamente 27 casos de ictericia atribuibles

a la medicación con PAS y de ellos solamente uno—además del de los autores—en que se haya hecho estudio necrópsico. A los 26 días de tratamiento la enferma desarrolló fiebre; tres días después, una erupción máculo-papulosa a los 39 días de tratamiento de la ictericia y a los 41 murió. En la necropsia se encontró una tuberculosis miliar y una necrosis masiva del hígado con casi completa destrucción del parénquima hepático. Consideran los autores que la aparición de fiebre e ictericia puede ser una razón de alarma y obligar a suspender el tratamiento con PAS.

**Agammaglobulinemia y leucemia linfática crónica.**—Los autores presentan un caso de agammaglobulinemia, probablemente de tipo adquirido, que se presentó en una mujer que padecía una leucemia crónica linfática. Pienzan que la destrucción difusa de las células reticuloendoteliales o plasmática, o su reemplazamiento o infiltración por el granuloma, linfoma maligno o la leucemia linfóide, puede interferir con la producción de gamma globulina, dando lugar a una agammaglobulinemia de tipo adquirido. En estos casos, la linfopenia y la atrofia del tejido linfóide parecen ser menos importantes que en las agammaglobulinemias de tipo idiopático.

**Psitacosis y neumonía estafilocócica.**—Los autores describen un caso de psitacosis en el que, a pesar de la gravedad de la enfermedad y de sus complicaciones, se pudo obtener la curación del enfermo. En este caso había tres complicaciones potencialmente fatales: una celulitis nasal y periorbitaria debida al "Staphylococcus aureus", grave neumonía estafilocócica bilateral con formación de múltiples abscesos y cavitación masiva y una bacteriemia estafilocócica. El resultado favorable de la terapéutica fué atribuido al empleo de eritromicina, el único antibiótico al cual el germen mostró sensibilidad clínica.

### The Journal of the American Medical Association.

160 - 14 - 7 de abril de 1956

- El problema del retraso en buscar la solución quirúrgica. J. L. Titchener y cols.
- El corazón, progreso y visión de la medicina en el siglo XX. L. H. McDaniel.
- Planeamiento y necesidades de la defensa civil médica nacional. J. M. Whitney.
- Base médica ambulante para la defensa civil. S. W. Olson y cols.
- Responsabilidades del servicio de sanidad pública en la defensa civil. J. B. Hozier.
- Cómo el servicio de sanidad pública está afrontando las responsabilidades de la defensa civil. A. W. Christensen.
- Base médica ambulante para la defensa civil (II). J. M. Howard y cols.
- Planes de defensa radiológica en California. S. L. Warren y J. J. Stein.
- \* N-acetil-P-aminofenol (elixir de tilenol) como antipirético-analgésico psiquiátrico. D. A. Cornely y J. A. Ritter.
- \* Nitrofurantoina en el tratamiento de las infecciones urinarias. B. L. Stewart y H. J. Rowe.
- Golpe de aire para la oclusión temporal de las arterias. W. J. Gardner y G. C. Salmoiraghi.
- Hipersensibilidad alérgica a un jabón antiséptico. I. H. Blank.
- Sensibilización a las lociones faciales con resina de urea-formaldehído. S. M. Peck y L. L. Palitz.

**Elixir de Tylenol como analgésico-antipirético infantil.**—El elixir de Tylenol es un preparado de N-acetil-*p*-amonofenol. Fué administrado como medicación única a 20 niños febriles y, mezclado con otros medicamentos, a 121 niños con 20 diagnósticos. De los 20 niños febriles, 18 respondieron muy bien. Se consideró que había producido un buen efecto analgésico en 68 de los 121 enfermos que habían recibido una medicación mixta. En 134 enfermos sometidos a este estudio no se presentaron efectos secundarios. En los demás, estos efectos eran mínimos o dudosos.

**Nitrofurantoina en infecciones urinarias.**—Se ha podido comprobar que la nitrofurantoina (Furadantina) es un eficaz agente quimioterápico para combatir las in-

fecciones urinarias en 107 enfermos, particularmente las infecciones originadas por la *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Proteus rettgeri* y *P. morganii*. Su eficacia se evidenció de las 8 a las 36 horas tras su administración. Esta droga parece especialmente eficaz, junto al carbachol (Doryl), en el tratamiento de las infecciones de la vejiga de origen neurológico. Los efectos secundarios fueron mínimos, apareciendo en menos de un 10 por 100 de los casos y sólo en un 1 por 100 con cierta gravedad.

160 - 15 - 14 de abril de 1956

- \* Tratamiento de la insuficiencia corticoadrenal durante las intervenciones quirúrgicas. W. S. Howland y cols.
- \* Sensibilidad al alcohol como un síntoma de la enfermedad de Hodgkin. J. O. Godden, O. T. Clagget y H. A. Andersen.
- \* Experiencias con lobotomía prefrontal en la colitis ulcerosa intratable. R. W. Levy y cols.
- \* Uso de la clorpromazina en el tratamiento de ciertos procesos gastrointestinales. L. M. Asher.
- \* Experiencias clínicas con carbutamida, un agente hipoglucemiante de administración oral. A. S. Ridolfo y W. R. Kirtley.
- Valor del reconocimiento físico anual en la mujer adulta. R. N. Rutherford y A. L. Banks.
- Efecto del lactato sódico molar en el ritmo cardíaco ascendente. S. Bellet, F. Wasserman y J. I. Brody.
- Tendencias de la especialización. H. G. Weiscotten.
- Programa de la educación médica de los postgraduados. R. S. Warner y J. Z. Wobers.
- Un nuevo inyector destinado a disminuir el dolor y el temor al tratamiento parenteral. F. H. J. Figge y V. M. Gelhaus.
- Anemia aplásica fatal tras tratamiento con Nuvarone (3-metil-5-fenilhidantoína). S. Isaacson, J. A. Gold y V. Ginsberg.
- Determinaciones del volumen sanguíneo con eritrocitos marcados con cromio radioactivo. L. M. Meyer.
- Polaina para la tracción cutánea de la extremidad inferior. C. E. Anderson y R. D. Robbins.

**Tratamiento de la insuficiencia corticoadrenal durante la cirugía.**—La hipotensión persistente durante la intervención que no cede a la transfusión y vasoconstrictores, la depresión respiratoria y la tardanza en recuperarse tras la anestesia, se interpretan como manifestaciones de insuficiencia corticoadrenal. Se puede pronosticar en pacientes que llevan mucho tiempo enfermos con procesos que afectan las suprarrenales o a los que se practica adrenalectomía. El lógico tratamiento es la administración intravenosa de hidrocortisona. Los autores describen siete casos en los que este tratamiento fué de efectos inmediatos, lo cual demuestra, en el sentir de ellos, que la base fisiológica de esta situación es una deficiencia de la secreción corticoadrenal.

**Sensibilidad al alcohol en la enfermedad de Hodgkin.** Cuatro pacientes con enfermedad de Hodgkin experimentaban ataques de gran dolor inmediatamente después de la ingestión de cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas. Todos ellos se veían aliviados de esta situación durante las remisiones de su proceso provocadas por el tratamiento con mostaza nitrogenada o radioterapia. La causa de esto es desconocida, pero ya ha sido previamente observado, por lo que los autores consideran que todo sujeto que se queja de dolor tras la ingestión de alcohol debe ser estudiado desde el punto de vista general y todo sujeto con enfermedad de Hodgkin debe ser preguntado acerca de este síntoma.

**Lobotomía en la colitis ulcerosa.**—Los autores describen los casos de cinco enfermos con colitis ulcerosa, asociada a distintas alteraciones psicóticas, por las que se hubo de realizar una lobotomía prefrontal. Tres de los enfermos mostraron una completa remisión de su colitis, otro sigue bien tras un prolongado periodo de observación y el quinto murió por una obstrucción intestinal durante el postoperatorio. Los autores consideran que estos resultados son lo suficientemente alentadores como para pensar en esta intervención en casos seleccionados por su rebeldía al tratamiento médico y psiquiátrico.

**Clorpromazina en alteraciones gastrointestinales.**—El autor administra clorpromazina, generalmente a dosis de 25 mg. tres veces al día, a 62 enfermos con varios

síntomas gastrointestinales. La mayoría padecían un proceso psicósomático y en 21 la indigestión se asociaba a estados de ansiedad. Cuarenta y uno mostraron mejoría subjetiva, 18 se negaron a seguir el tratamiento por intolerancia subjetiva y seis mostraron sensibilidad a la droga. La droga se mostró de especial valor aliviando síntomas en los que era muy importante el factor psicósomático y aumentaba la tolerancia del enfermo a las molestias propias de la enfermedad.

**Carbutamida, un hipoglucemiante oral.**—La carbutamida, un derivado sulfamidico, es administrado a 31 diabéticos. Se observó que tras su administración oral se absorbía rápidamente y se eliminaba con lentitud, consiguiéndose buenos resultados con dosis de mantenimiento de 1 gr. diario. En algunos casos se consiguió la reducción de la hipoglucemia solamente con carbutamida. En otros, ésta disminuyó las necesidades de insulina. No es útil en jóvenes con diabetes resistente o en casos de urgencia. Sólo en un caso se presentaron temporales efectos secundarios. Consideran los autores que esta droga puede ser eficaz en algunos casos de diabetes leve o moderadamente grave.

160 - 16 - 21 de abril de 1956

- Principios y precauciones en la cirugía abdominal del viejo. R. K. Gilchrist y F. A. de Peyster.
- Síndrome post-infarto de miocardio. W. Dressler.
- Estudio epidemiológico de la etiología del cáncer de laringe. E. L. Wynder, I. J. Bross y E. Day.
- Prueba de inmovilización del treponema pálido, una ayuda diagnóstica para el clínico. R. K. Ledbetter.
- Significado de la prueba de inmovilización del treponema pálido en el líquido cefalorraquídeo. J. L. Miller, M. H. Slatkin y J. H. Hill.
- Pérdida de pelo difusa, asociada a una loción capilar con sulfuro de selenio. R. W. Grover.
- Hemorragia aguda alta gastrointestinal. D. Berkowitz y colaboradores.
- Injertos arteriales sintéticos sin costura. P. W. Sanger y cols.
- Síndrome de carencia de magnesio en el hombre. E. B. Flink.

**Síndrome post-infarto de miocardio.**—En diez casos un infarto de miocardio fué seguido de una complicación febril que parecía una pericarditis idiopática con pleuritis y/o neumonitis. En dos casos se evidenció radiológicamente un derrame pericárdico; en siete, pleural. En siete de los 10 casos, se presentó leucocitosis que, a veces, llegó a los 35.000 leucocitos. La curva febril, con frecuentes recaídas, se prolongó durante semanas o meses, pero en todos los casos el desenlace fué favorable.

**Etiología del cáncer de laringe.**—Los autores hacen un estudio estadístico sobre el cáncer de laringe en Estados Unidos, la India y Suecia. Encuentran que este proceso, aunque raramente, se puede ver en sujetos no fumadores. El gran consumo de whisky aumenta el riesgo de cáncer laríngeo intrínseco y, especialmente, del extrínseco; el vino y la cerveza no parecen tener importancia. En la India se encontró con tanta frecuencia entre los fumadores como entre los que toman nuez de betel. En Suecia, el cáncer de laringe en las mujeres mostraba relación con deficiencias alimenticias, relación que no se pudo encontrar en los Estados Unidos. No se encontró ninguna relación con la sífilis, tuberculosis, profesión o historia familiar.

**Prueba de inmovilización del treponema.**—A pesar de la dificultad que tiene la realización de la prueba de inmovilización del treponema pálido, el autor considera que es de inestimable valor. La aplica a 4.462 sueros de 2.545 enfermos con o sin sífilis. Encuentra que la prueba es negativa en cierto número de casos en los que se habían obtenido resultados positivos con alguna de las antiguas pruebas serológicas. Piensa, por tanto, que puede la prueba de inmovilización ser útil en eliminar falsas positividades y también falsas negatividades.

**Prueba de inmovilización del treponema en el líquido cefalorraquídeo.**—Los autores estudian 376 muestras de

líquidos de 324 enfermos. En general, el título de anticuerpos inmovilizantes era significativamente inferior en el líquido cefalorraquídeo que en la sangre. En 14 de 100 casos indudables de neurosífilis, la prueba de inmovilización fué negativa, por lo que los autores hacen notar que esta negatividad no excluye el diagnóstico de neurosífilis. En cambio, nunca se encontró una positividad en ausencia de otros signos de neurosífilis, por lo que consideran que la positividad es de indudable valor. La prueba se debe realizar en el líquido fresco.

**Hemorragia gastrointestinal superior aguda.**—Entre 500 casos de hemorragia aguda, 373 se debían a úlcera péptica, 42 a varices esofágicas y 85 a causas varias o no determinadas. Los autores comparan la experiencia médica con la quirúrgica, considerando que se debe recurrir a la cirugía en los siguientes casos: hemorragia masiva incoercible, hemorragia recurrente durante la hospitalización, signos de perforación u obstrucción y dolor continuo durante la hemorragia.

**Síndrome de carencia de magnesio en el hombre.**—Este parece manifestarse por movimientos coreiformes, temblor de gruesas oscilaciones y, en algunos casos, por convulsiones. A veces, delirio. Tanto en el hombre como en los animales, estas manifestaciones son distintas de las de la hipocalcemia. El alcoholismo crónico parece ser una importante causa de este síndrome. También se puede presentar tras la administración prolongada de sueros parenterales libres de magnesio. Los enfermos con cirrosis hepática, que tienen bajos niveles de magnesio en sangre, pueden fácilmente desarrollar graves síntomas nerviosos y mentales cuando se les administran sales de amonio.

160 - 17 - 28 de abril de 1956

- Paro cardíaco. B. D. Briggs, D. B. Sheldon y H. K. Beecher.
- Alivio quirúrgico del parkinsonismo. I. S. Cooper y cols.
- Tratamiento de las quemaduras por álcalis del esófago. G. M. Carver, W. C. Sealy y M. L. Dillon.
- El médico y el departamento de salud pública. E. R. Pinkney.
- Recientes experiencias clínicas con determinaciones de aminotransferasa sérica (transaminasa). J. M. Merrill y cols.
- Curso natural de la carditis reumática activa y valoración de la terapéutica hormonal. M. G. Wilson y Wan Ngo Lim.
- Superioridad del tratamiento quirúrgico del carcinoma del endometrio. J. C. Smith.
- Diagnóstico preoperatorio del secuestro del pulmón por aortografía. L. J. Kenney y W. R. Eyer.
- Anestesia local con Hexilcaina (ciclaína) para técnicas endoscópicas. L. R. Orkin y E. A. Rovenstine.
- Neumonitis intersticial en la dermatomiositis. E. S. Mills y W. H. Mathews.

**Paro cardíaco.**—En una década es considerado causa de 50 muertes entre 84 que sobrevivieron en la mesa de operaciones. La mayor cantidad de casos se presentaron entre los enfermos de 70 a 79 años; también entre los que estaban en malas condiciones físicas; igualmente entre los que padecían procesos cardíacos. En 58 casos de paro cardíaco se realizó la toracotomía de urgencia y sistole manual, obteniéndose 26 recuperaciones. Durante los últimos diez años se han obtenido un 37 por 100 de recuperaciones y durante los últimos cinco un 50 por 100.

**Quemaduras por álcalis de esófago.**—En 25 años ven 233 casos, la mayoría en niños, por beber lejía. En la mayoría de los casos se presentó estenosis en el tercio superior y a los dos meses aproximadamente de la ingestión del tóxico, aunque algunas veces fué al año. De 602 enfermos con esofagitis grave, 188 respondieron a la dilatación esofágica; 14 requirieron intervención quirúrgica. La dilatación debe ser realizada cuidadosamente, pues una perforación puede ser fatal.

**Terapéutica hormonal de la carditis reumática.**—Los autores comparan el curso de 100 enfermos tratados con digital, salicilatos, sedantes y terapéutica sintomática con 55 tratados con corticotropina, cortisona e hidro-

cortisona. Las tres hormonas fueron igualmente eficaces; en todos los enfermos tratados con éstas los signos y síntomas de carditis se detuvieron en 24 a 72 horas, las dilataciones cardíacas retrogradaron y los soplos de reciente aparición desaparecieron. En un 84 por 100 de los enfermos tratados de esta forma en su primer brote, la recuperación se realizó totalmente. En cambio, en el otro grupo, los síntomas tardaron más en regresar y las lesiones cardíacas residuales fueron mucho más frecuentes.

**Superioridad del tratamiento quirúrgico en el carcinoma de endometrio.**—El carcinoma de endometrio fué tratado en seis casos por irradiación con rayos X y/o radium y, posteriormente, histerectomía. En tres de los casos se pudo comprobar que la irradiación no había eliminado todas las células cancerosas. De esta forma, el retraso entre el diagnóstico y la intervención fué de 9 a 17 semanas; durante este tiempo, considera el autor, las células supervivientes han podido multiplicarse y metastatizar antes de que el útero sea eliminado.

**Neumonitis intersticial en la dermatomiositis.**—Consideran los autores que la dermatomiositis puede ocasionalmente producir una amplia fibrosis pulmonar. Presentan un caso que piensan que es único, en el cual la afectación pulmonar fué la causa de los síntomas iniciales y del cuadro clínico dominante durante toda la evolución de la enfermedad. Este es un caso más que viene a demostrar el punto de vista, cada vez más aceptado, de que todas las enfermedades del colágeno tienen algún aspecto etiológico común.

## The American Journal of Clinical Nutrition.

4-4-1956

- Symposium sobre el papel de algunas de las nuevas vitaminas en el metabolismo humano y en la nutrición. W. J. Darby.
- Historia de la vitamina B<sub>6</sub>. P. György.
- Déficit de vitamina B<sub>6</sub> en el mono, con referencia especial a la existencia de aterosclerosis, caries dental y cirrosis hepática. J. F. Rinehart, L. D. Greenberg.
- Aspectos neuroquímicos del metabolismo y de la función de la piridoxina. D. B. Tower.
- La neuropatología del déficit experimental de la vitamina B<sub>6</sub> en los monos. M. Victor, R. D. Adams, Efectos de la vitamina B<sub>6</sub> sobre la actividad nerviosa central en la infancia. D. B. Coursin.
- Algunos efectos metabólicos de la vitamina B<sub>6</sub> "in vivo". E. W. Henry.
- Alteraciones del metabolismo de la vitamina B<sub>6</sub> en el embarazo y en varias enfermedades. M. Wachstein.
- El metabolismo de la vitamina B<sub>6</sub> en los seres humanos. R. W. Vilter.
- Distrofia muscular nutritiva en monos que reciben una dieta deficiente en vitaminas B<sub>6</sub>. E. P. L. Day, J. S. Dinning.
- Algunos estudios sobre el tocoferol en los niños. H. H. Gordon, H. M. Nitowsky.
- Algunos estudios del déficit del tocoferol en los niños. H. N. Nitowsky, J. T. Tildon.
- Alfatocohidroquinona y distrofia muscular. P. H. L. Harris, K. E. Mason.
- Efectos de la ingestión limitada de tocoferol en el hombre, en relación con la hemólisis y la oxidación de los lípidos. M. K. Horwitz, C. C. Harvey, G. D. Duncan, W. C. Wilson.
- Estudios sobre el metabolismo del ácido pantoténico. R. Lubin, K. A. Daum, W. B. Bean.
- Efectos de un elixir sobre la absorción de la vitamina B<sub>12</sub> en jóvenes sanos y sujetos viejos. B. F. Chow, A. Honnick, K. Okuda.
- Nivel de la vitamina B<sub>12</sub> en el suero en relación con el embarazo. K. Okuda, A. E. Helliger, B. F. Chow.

**Aspectos neuroquímicos de la función y metabolismo de la piridoxina.**—La piridoxina en su forma de coenzima es esencial para la actividad de un número importante de sistemas enzimáticos en el cerebro. La carencia de piridoxina se sigue de manifestaciones epiléptiformes en todas las especies, incluyendo la humana, y se asocia con alteraciones en el metabolismo de los lípidos del sistema nervioso y de las estructuras mielinicas. El mecanismo responsable de que se alteren estas funciones permanece aún oscuro; pero a pesar del conocimiento incompleto que tenemos aún sobre estas cuestio-

nes, debemos aceptar que la piridoxina en su forma de fosfato es esencial para la actividad y funciones neuronales.

**Acción de la vitamina B<sub>6</sub> sobre el sistema nervioso central en la infancia.**—Es indudable el importante papel que la vitamina B<sub>6</sub> juega en el metabolismo del sistema nervioso central, pero el problema más importante es el de su papel sinérgico y coenzimático en el metabolismo celular. Los cambios electroencefalográficos y la sintomatología de los niños con déficit de vitamina B<sub>6</sub> desaparecen con la terapéutica de piridoxina. Es posible que la vitamina B<sub>6</sub> intervenga en la transferencia de energía derivada de los donadores de fosfato y utilización del adenosín-trifosfato en el ciclo metabólico de la glucosa y ácidos aminados. Cuando en el futuro mejoren las técnicas para la medida de los componentes de estas reacciones y para los estudios del nivel de vitamina B<sub>6</sub> en la sangre, será posible entender mejor estas relaciones intracelulares que nos puedan quizá revelar el origen de muchas alteraciones del sistema nervioso.

**Estudios sobre el tocoferol en los niños.**—Los estudios de hemólisis y tocoferol en el plasma indican que los niños recién nacidos y prematuros son deficientes en tocoferol. En los niños recién nacidos este defecto se remedia rápidamente en la lactancia materna y con menos rapidez con leche de vaca. En los prematuros persiste el déficit de tocoferol, incluso con la alimentación habitual de los mismos. Debido al defecto en la absorción de la grasa y al contenido limitado de tocoferol de la leche, puede ser necesario suplementar la dieta de estos niños con medio miligramo por kilo de tocoferol.

**Algunos estudios del déficit de tocoferol en los niños. III. Relación de la actividad catalasa de la sangre y otros factores a la hemólisis de los eritrocitos con peróxido de hidrógeno.**—Se estudian algunos factores que pueden ser responsables de la susceptibilidad de los hematíes del recién nacido a la acción hemolítica "in vitro" de una solución diluida de peróxido de hidrógeno. Medidas de la actividad catalasa en los hematíes de estos niños mostraron una correlación inversa significativa entre esta actividad y la hemólisis de los eritrocitos en agua oxigenada. Se ha podido demostrar que diferentes sustancias de importancia fisiológica son efectivas "in vitro" para hacer retroceder la hemólisis de los hematíes susceptibles. Mientras no puedan ser demostrados efectos similares "in vivo", hay que suponer que alguno de estos agentes fisiológicos pueden influir sobre la resistencia de las células a la hemólisis por el agua oxigenada a unos niveles bajos de tocoferol en el plasma. La correlación entre la capacidad de varios antioxidantes para inhibir la hemólisis y la catalisis de la oxidación de los ácidos grasos insaturados por la lipoxidasa o compuestos de hematina, conducen a la hipótesis de que la vitamina E puede jugar un papel en el mantenimiento de la integridad de los hematíes por inhibición de una acción oxidasa sobre los ácidos grasos insaturados de la membrana celular.

**Alfatocohidroquinona y distrofia muscular.**—El Alfatocohidroquinona a la dosis de 25 mg. por kilo de peso durante 18 meses se ha mostrado ineficaz frente a la distrofia muscular infantil medida con la eliminación de creatina, actividad aldolasa del suero y pruebas de la función muscular controladas con la cinefotografía. Este último método es muy valioso para avaluar la respuesta o la falta de la misma después de la terapéutica en la distrofia muscular progresiva y en las enfermedades neuromusculares en general.

**Valores de la vitamina B<sub>12</sub> en el suero en relación con el embarazo.**—Aunque la vitamina B<sub>12</sub> se considera esencial para el crecimiento infantil, su efecto estimulante no se puede demostrar fácilmente en los niños sanos a término o prematuros, pero sí en los desnutridos. El nivel de la vitamina en el suero puede ser considerado como un índice de su saturación en los tejidos. Enfermedades

debidas a un déficit de vitamina B<sub>12</sub> o situaciones de inadecuada ingestión dietética o pobre capacidad de absorción se acompañarán de niveles bajos de B<sub>12</sub> en el suero. Los valores elevados de esta vitamina en el suero pueden no querer decir nada, puesto que hay enfermedades como la leucemia y la diabetes con retinopatía en que está elevada dicha vitamina por la destrucción de tejidos a los que la B<sub>12</sub> está ligada. Se ha podido demostrar en el suero de mujeres en el momento del parto un descenso de la vitamina B<sub>12</sub>, y la justificación para administrar esta vitamina a la mujer embarazada está no solamente en enriquecer el organismo materno, sino en asegurar un suministro adecuado al feto. El hecho de que la cantidad de B<sub>12</sub> en el suero de la parturienta sea más baja que en la de la mujer normal y más baja también que en el feto, indica que dicha vitamina es extraída de la madre en beneficio del feto.

## Metabolism.

5 - 6 - Parte 2.ª - 1956

Symposium sobre la acción clínica y experimental de las sulfonilureas en la diabetes mellitus. R. Levine G. G. Duncan.

Editorial. R. Levine, G. G. Duncan.

Acción de los compuestos sulfonilúricos hipoglucémicos en los animales hipofisectomizados, adrenalectomizados y pancreatomizados. B. A. Houssay, J. C. Penhos.

Acción de la orinasa en la rata. S. Lang, S. Sherry.

Acción de la orinasa en los tejidos extrahepáticos. A. N. Wick, B. Britton, R. Grabowski.

Estudio sobre el mecanismo de acción de las sulfonilureas. I. B. Fritz, J. V. Morton, M. Weintins, E. Levine.

Perfusión intrapancreática de sulfonilureas antidiabéticas. A. R. Colwell, J. A. Colwell, A. R. Colwell Sr.

Estudio sobre el lugar de acción de las sulfonilureas en el hombre. A. E. Renold, A. I. Winegrad, E. R. Froesch, G. W. Thorn.

Observaciones sobre la acción de ciertos derivados de la sulfonilurea. J. Berthet, E. W. Sutherland, M. H. Macman.

Inhibición de la glucosa-6-fosfatasa por las sulfonilureas hipoglucémicas. J. Ashmore, G. F. Cahill, A. B. Hastings.

Algunas observaciones sobre el mecanismo de acción de la orinasa. R. Purnell, Y. Arai, E. Pratt, C. Hlad, H. Elrick.

Efectos agudos de la orinasa sobre la utilización de la glucosa en la periferia. F. C. Goetz, A. S. Gilbertsen, V. Josephson.

Acciones hipoglucémicas de la tolbutamida y carbutamida. R. H. Williams, B. W. Tucker.

Acciones de la carbutamida y tolbutamida sobre la función tiroidea. J. Brown, D. H. Solomon.

Efectos metabólicos de los compuestos de sulfonilurea en el sujeto normal y en el diabético. S. S. Fajans, L. H. Louis, H. S. Seltzer, R. D. Johnson, R. D. Gittler, A. R. Hennes, B. L. Wajchenberg, I. P. Ackerman, J. W. Conn.

Efectos metabólicos de la orinasa en la diabetes, incluyendo dos casos complicados por otras endocrinopatías. G. E. Mortimore, V. C. De Raimondo, P. H. Forsham.

Acción fisiológica de la orinasa y su relación en los tipos de diabetes humana. J. A. Moorhouse, R. M. Kark.

Observaciones con sulfonilureas en la diabetes. L. W. Kinsell, J. D. Michaels, F. R. Brown, R. W. Friskey.

El uso de la orinasa en el tratamiento de varios tipos de diabetes, y estudios sobre su posible mecanismo de acción. M. Miller, J. W. Craig.

Relación de las diferentes variables en lo que respecta a la acción hipoglucémica de la orinasa en la diabetes mellitus. A. Mirsky, D. Diengott, H. Dolger.

Mecanismo de acción de los derivados hipoglucémiantes de la sulfonilurea. B. W. Volk, S. Weisenfeld, S. S. Lazarus, M. G. Goldner.

Experiencia clínica con la orinasa. R. Camerini-Davalos, A. Marble, H. F. Root.

Experiencia con la orinasa en el tratamiento de la diabetes del adulto. A. E. Braverman, N. W. Drey, S. Sherry.

Algunas experiencias clínicas con las sulfonilureas en el tratamiento de la diabetes mellitus. T. H. McGavack, W. Seegers, H. Haar, V. Erck.

El uso de la orinasa en la diabetes. S. B. Beaser.

Experiencia clínica con la orinasa. H. S. Fulmer, A. H. Dube, C. W. Lloyd.

Experiencia clínica con la orinasa. H. Dolger.

Estudios metabólicos con las sulfonilureas. W. J. Kuhl.

Métodos de selección de los enfermos diabéticos para el tratamiento con los derivados de la sulfonilurea. G. G. Duncan, C. L. Joiner, C. T. Lee.

Experiencia clínica con la carbutamida y tolbutamida. H. C. Cohn, M. Weinstein, R. Levine.

Acción de la orinasa en la rata. Cincuenta mg. de orinasa por kilo provocan una hipoglucemia en la rata

normal, pero no tiene efecto en el mismo animal diabético por la aloxana. La orinasa no aumenta ni disminuye la sensibilidad a la insulina ni en el animal normal ni en el diabético aloxánico y carece de efecto en las ratas preparadas con evisceración abdominal total. Estos animales se hacen más sensibles a la droga si se les practica una adrenalectomía total. La orinasa parece afectar el nivel de glicógeno hepático durante el ayuno, pero en tan pequeño grado que no se puede atribuir a este efecto la acción hipoglucémica.

**Estudios sobre el mecanismo de acción de la sulfonilurea.**—Puesto que es muy poco probable que la carbutamida actúe inhibiendo la destrucción de insulina o la producción del glucagón, y puesto que es ineficaz en el animal pancreatomizado o eviscerado, parecería lógico que ejerciera su efecto estimulando la secreción de insulina. Si así fuera, habría que temer la posibilidad de que esta droga actuara análogamente a como lo hace la hormona de crecimiento o la aloxana. Aunque estas drogas sulfamídicas producen un efecto clínico inicial favorable en los diabéticos, se teme que su administración continuada pueda provocar a la larga un agotamiento de las células beta, particularmente desde que sabemos el poco margen de seguridad que desde un punto de vista funcional tiene este sistema celular en el diabético. Pese a esta sospecha, es también posible que estos derivados sulfamídicos sean capaces de estimular las células beta de una manera beneficiosa y no tóxica.

**Estudios sobre el lugar de acción de las sulfonilureas en el hombre.**—Antes, después y durante la terapéutica con carbutamida y orinasa se han practicado estudios comparativos de las curvas de glucemia con glucosa, fructuosa y galactosa. La carbutamida tiene influencia sobre la captación del yodo radioactivo sobre el tiroides, pero no parece ser que su efecto hipoglucémico sea debido a alteraciones en la función hipofisaria, adrenal o tiroidea. Tampoco es probable que actúe sobre la utilización de la glucosa periférica en forma similar a como lo hace la insulina, y aunque disminuye la conversión de galactosa o levulosa a glucosa, esto se interpreta como una acción sobre la glucosa del hígado en el sentido de disminuir su salida a la sangre. Aunque no se ha demostrado que esta droga sea capaz de alterar la función hepática, es muy probable que interfiera la gluconeogénesis hepática y contribuya de esta forma a su acción hipoglucémica.

**Observaciones sobre la acción de ciertos derivados de la sulfonilurea.**—Los conejos tratados con orinasa responden a una dosis moderada de glucagón con una hiperglucemia similar a la que demuestran los animales controles, y el páncreas de los tratados con orinasa contiene una cantidad normal de glucagón. La producción de glucosa por muestras de hígado es inhibida por la orinasa, pero la concentración necesaria de la droga para este efecto es mucho mayor de la que existe en el plasma de los sujetos sometidos a esta terapéutica. La reactivación de la fosforilasa es igualmente inhibida por niveles altos de orinasa, que, por otra parte, ejerce una acción de inhibición muy ligera sobre la glucosa-6-fosfatasa del hígado del perro o de la rata.

**Inhibición de la glucosa-6-fosfatasa por las sulfonilureas hipoglucémicas.**—Aunque los autores han sido capaces de producir una inhibición de la glucosa-6-fosfatasa por la adición "in vitro" de orinasa o BZ-55, la concentración necesaria de estas sustancias para producir tal efecto es demasiada alta para darle un significado fisiológico. La inmediata hipoglucemia producida por las sulfonilureas es poco probable que sea debida a inhibición de la glucosa-6-fosfatasa, puesto que la actividad de este enzima no se altera durante la caída de la glucemia. La reducción de la actividad de la glucosa-6-fosfatasa observada después de administrar la orinasa puede ser debida a un efecto directo de la droga sobre la síntesis del enzima o a un efecto indirecto, bien sea por aumentar la secreción o la potenciación de la insulina

endógena. De estas observaciones se deduce que aunque las sulfonilureas pueden alterar la actividad de la glucosa-6-fosfatasa es poco probable que sea este enzima su lugar de acción.

**Algunas observaciones sobre el modo de acción de la orinasa.**—Se estudia el efecto de la orinasa sobre la curva de glucemia en diabéticos y sobre la utilización periférica de la glucosa administrada en el sujeto diabético y normal. Estos estudios muestran que la droga no altera la forma de la curva de glucemia en el diabético ni aumenta la utilización periférica de la glucosa, lo cual sugiere que su efecto hipoglucémico se realiza por vías distintas de las de la insulina. Una acción importante de la orinasa es la de disminuir la suelta de glucosa por el hígado.

**Efectos agudos de la orinasa sobre la utilización de la glucosa en la periferia.**—En sujetos en ayunas la orinasa produce un descenso brusco de la glucemia y un gran aumento de la diferencia entre la glucemia arterial y la venosa. Un descenso agudo en la concentración sérica del fósforo inorgánico y del potasio tuvo lugar bajo las mismas circunstancias. En dos enfermos pancrectomizados la orinasa administrada intravenosamente no produjo hipoglucemia ni alteraciones de la diferencia entre la glucemia arterial y la venosa. Tampoco alteró los niveles de fosfatermia y potasemia. No aumentó la acción de la insulina en uno de los sujetos pancrectomizados. En tres enfermos con insuficiencia hipofisaria y en uno con Addison la orinasa administrada por vía oral provocó una rápida hipoglucemia. La mejor explicación del efecto agudo de esta droga es aceptar una acción directa sobre la formación o secreción de la insulina en los islotes de Langerhans.

**Efectos de la tolbutamida y carbutamida sobre la función tiroidea.**—Ambas drogas muestran una acción antitiroidea en la dosis utilizada para el tratamiento de la diabetes. La carbutamida actúa sobre la función tiroidea en todos los pacientes y es dos veces tan potente como la tolbutamida. Esta última tiene una acción más débil, pero resulta efectiva en cuatro de los nueve enfermos tratados. En tres enfermos tratados con carbutamida y en uno tratado con tolbutamida se demuestra una disminución del yodo proteico.

**Efectos metabólicos de las sulfamidas antidiabéticas en el sujeto normal y en el diabético.**—Tanto en el normal como en el diabético con respuesta hipoglucémica a la administración de estas drogas se han observado los siguientes hechos: a) No altera la curva de glucemia. b) Persistencia de la hiperglucemia provocada por adrenalina o el glucagón. c) No modifica la sensibilidad a la insulina exógena. d) No altera la eliminación urinaria de los 17-cetos e hidrocorticoides. e) No actúa sobre el balance de nitrógeno, sodio, potasio y cloro. f) No actúa sobre la disminución de la tolerancia hidrocarbonada provocada por la prednisolona. g) No modifica los efectos metabólicos producidos por la prednisolona. h) No se demuestra que altere la función hepática. Todos estos datos indican que los derivados de la sulfonilurea no inhiben el sistema hipófisis-suprarrenal ni antagonizan el efecto periférico de los corticoides adrenales ni bloquean el efecto hiperglucémico del glucagón y adrenalina ni potencian la actividad de la insulina. Las propiedades hipoglucémicas de estos preparados hay que buscarlas por otros caminos.

**Acciones fisiológicas de la orinasa y su relación con los tipos de diabetes en el hombre.**—En 22 enfermos diabéticos se estudia la acción de 3 gr. de orinasa administradas por la boca. Estos enfermos se dividen en cuatro grupos: obesos, delgados, esteroides y pancreáticos. En el grupo obeso y esteroide la orinasa produce un descenso de la glucemia. En el grupo de los delgados y pancreáticos no se observa esta acción hipoglucémica. La disminución de la glucemia no se acompaña de alteraciones en el nivel de los ácidos pirúvico y láctico. No

hay respuesta hipoglucémica a la orinasa cuando se administra por sonda de una manera continua una solución de glucosa, pero esta respuesta hipoglucémica tiene lugar cuando la solución administrada es de fructosa. La orinasa no impide la hiperglucemia provocada por el glucagón o la adrenalina.

**Mecanismo de la acción hipoglucémica de los derivados de la sulfonilurea.**—No se ha visto que estas drogas produzcan alteraciones morfológicas de las células alfa ni efecto alguno sobre la hiperglucemia provocada por el glucagón. También se estudia la acción de estas sustancias sobre la utilización de la glucosa en la periferia sin que se haya podido observar ningún efecto en este sentido. La adrenalectomía hace a los animales más propensos a la hipoglucemia provocada por estas drogas. En la diabetes humana del adulto permite reemplazar solamente de 20 a 25 unidades de insulina, porque cuando las dosis necesarias para la compensación son mayores estas sustancias son inactivas.

**Experiencia clínica con la orinasa.**—De 59 enfermos tratados con orinasa, casi todos mayores de 40 años, 21 respondieron bien a la administración de 3 gr. de la droga con un descenso de la glucemia superior al 20 por 100. Casi todos estos casos respondieron bien al tratamiento continuado. La respuesta favorable se da en sujetos de edad media o ancianos con necesidades de insulina inferiores a las 40 unidades. Entre los factores que aparentemente no influyen en la respuesta se consideran la edad de comienzo de la diabetes, la duración de la misma, años de tratamiento con insulina y peso del cuerpo. En ningún caso se apreciaron manifestaciones tóxicas.

**Algunas experiencias clínicas con las sulfonilureas en el tratamiento de la diabetes mellitus.**—En el estudio comparativo que se hace con la carbutamida y la tolbutamida se ve que ambas deprimen el gradiente de captación de yodo radioactivo por parte del tiroides. La capacidad hipoglucémica de ambas drogas es aproximadamente las mismas. El metabolismo basal y la colesterolina del suero no se modifica con ninguna de ambas drogas. Las reacciones tóxicas son algo más frecuentes con la carbutamida que con la tolbutamida.

**Experiencia clínica con orinasa.**—Esta terapéutica fracasa siempre en las diabetes que comienzan antes de los 20 años y en las dos terceras partes de las que comienzan entre los 20 y 40 años. La respuesta viene a ser favorable hasta en el 80 por 100 de las diabetes que comienzan después de los 40 años. El hecho de que la prueba simple de sobrecarga con orinasa descienda la glucemia a las cuatro horas más de un 20 por 100 no indica necesariamente que el resultado continuo de la terapéutica tenga que ser favorable. Es preferible comenzar el tratamiento con orinasa un poco al azar, exceptuando a todos aquellos sujetos en los que la enfermedad ha empezado antes de los 20 años.

**Métodos de selección de los enfermos diabéticos sensibles a los compuestos sulfonilureicos.**—Se practican varias pruebas de realización sencilla y breve tratando de determinar en qué clase de enfermos puede ser más favorable la respuesta a una terapéutica más prolongada. Los resultados indican que la respuesta favorable de una de estas pruebas no es un índice de lo que va a suceder con el tratamiento continuado.

## The American Journal of Medicine.

20 - 6 - 1956

Los niveles de la desorganización. Stetten, W.  
\* Estudios sobre el metabolismo miocárdico. VI. Metabolismo miocárdico en la insuficiencia cardíaca. Blain, J. M., Schafer, H., Siegel, A. L. y Bing, R. J.  
Mecanismo de la prolongación del complejo QRS en el hombre. Alteraciones de la conducción ventricular izquierda. Grant, R. P. y Dodge, H. T.

- Ruidos presistólicos sobre las yugulares asociados a hipertensión venosa. Dock, W.
- Movimiento pendular del mediastino. Samet, Ph. y Anderson, A.
- Bloqueo cardíaco congénito. Donoso, E., Braunwald, E., Jick, S. y Grishman, A.
- Relación de la hipertensión venosa con la ascitis en la cirrosis de Laenec. E'senmenger, W. J. y Nickel, W. F.
- Estudios sobre el metabolismo del amonio. I. Metabolismo del amonio y terapéutica por el glutamato en el coma hepático. Eiseman, B., Bakewell, W. y Clark, G.
- Degeneración combinada subaguda de la médula espinal. Victor, M. y Lear, A. A.
- Tratamiento de la intoxicación por los barbitúricos con o sin analépticos. Eckenhoff, J. E. y Dam, W.
- Stress de vida y alergia. Wolf, S.
- Hipertensión, proteinuria y edema. Conferencia clínico-patológica.
- Agranulocitosis inmunológica debida a diuréticos mercuriales. Koszewski, B. J. y Hubbard, T. F.
- Colitis ulcerosa combinada, bacilar y amebiana, asociada con neumonitis atípica y esputo shillega-positivo. Raf-fensperger, E. C.
- Efecto de la heparina intramuscular sobre los anticuerpos en la anemia hemolítica adquirida idiopática. Roth, K. L. y Frumin, A. M.

#### Metabolismo miocárdico en la insuficiencia cardíaca.

Los autores estudian el metabolismo del miocardio en un grupo de 20 enfermos con insuficiencia ventricular izquierda comparando los resultados obtenidos con los de un grupo de 11 normales y otro de 15 enfermos de cardiopatía compensada. Emplean para ello la técnica de Bing del cateterismo del seno coronario, relacionando los datos obtenidos a este nivel con los hallados en la sangre arterial periférica. Como resultado de este estudio concluyen que el consumo de oxígeno, la utilización del sustrato ofrecido (carbohidratos, aminoácidos, cuerpos cetónicos y ácidos grasos) y la producción de energía es similar en los tres grupos estudiados. Actualmente se sabe que la energía producida por el metabolismo miocárdico es utilizada en su mayor parte para iniciar el acortamiento de la molécula contráctil de la proteína actomiosina, transformando así la energía química en energía mecánica. Por tanto, si la producción de energía en el miocardio insuficiente es normal, es evidente que la reducción del trabajo cardíaco en estos casos sea debida a una disminución en la utilización de la misma.

#### Movimiento pendular del mediastino. — Los autores

revisan las clasificaciones existentes en la literatura sobre los diversos tipos de movimiento pendular mediastínico, y con motivo de estudiar un grupo de 21 enfermos distinguen cinco tipos distintos: El tipo I y el tipo II presentan el mediastino en la línea media durante la espiración, pero se desvían hacia un lado durante la inspiración. En el tipo I se aprecia el trastorno sólo en radioscopia, y en el II, también en la radiografía. En el tipo III el mediastino se desplaza hacia un lado en la inspiración y hacia el otro en la espiración. En el tipo IV el mediastino, que durante la inspiración permanece en la línea media, se desplaza hacia el lado normal durante la espiración, y finalmente, en el tipo V el mediastino se desvía hacia el lado enfermo en ambas fases respiratorias como resultado de la obstrucción endobronquial completa.

#### Relación de la hipertensión portal con la ascitis en la

cirrosis de Laenec. — Los autores estudian el efecto de la anastomosis portocava sobre el balance hidroeléctrico en cinco enfermos afectados de cirrosis de Laenec con ascitis crónica. La ascitis desapareció después de la intervención en todos los casos, si bien en algunos se desarrolló un edema periférico. Estas observaciones confirman la importancia que la hipertensión del territorio de la porta tiene en el desarrollo de la ascitis, seguramente como consecuencia de que, al aumentar la tensión tanto en el territorio intrahepático como en el extrahepático de la porta, se produce un aumento del paso de líquidos al espacio extravascular con aumento del drenaje linfático. Llega un momento en que este último se hace insuficiente y entonces se produce una transferencia de la linfa hepática al líquido ascítico, al tiempo que por la hi-

pertensión existente en el interior de los linfáticos disminuye la reabsorción de líquido ascítico por los linfáticos.

**Estudios sobre el metabolismo del amonio.** — Se estudia el nivel de amoniaco en sangre en 31 enfermos durante 44 episodios de coma hepático, encontrando una elevación en el 90 por 100. Sin embargo, en algunos enfermos la aparición del coma no guardó relación alguna con el nivel sanguíneo del amonio, pudiendo hallarse en coma con valores de amonio normales o presentar éstos muy aumentados a pesar de no presentar ningún sintoma de déficit neurológico ni de alteración del sensorio. Ello podría deberse a que la concentración de amoniaco en sangre es sólo un valor de la concentración de este ión (NH<sub>4</sub>) extracelular, sin indicar nada del nivel en que se halla en el espacio intracelular, donde en realidad tendría más importancia. Los autores, sin embargo, creen que estos enfermos en los que existe discordancia entre la clínica y los valores de amonio en sangre demuestran que la intoxicación por el amonio es sólo uno de los mecanismos capaces de producir el coma en los enfermos hepáticos. Existen dos tipos distintos de coma hepático: uno de ellos, es el coma que aparece espontáneamente como consecuencia de la afectación progresiva de la función hepática, y el otro, que aparece como resultado de la ingestión excesiva de proteínas o de sales amónicas. El primer tipo cursa sin relación con el amonio sanguíneo, es de muy mal pronóstico y no mejora con el glutamato, mientras que el segundo cursa con una elevación del amonio sanguíneo y por lo general es reversible bajo los efectos del tratamiento con glutamato.

#### Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

98 - 4 - 1956

- \* El diferente efecto de la morfina sobre los reflejos condicionados cardíacos y motores. Esquizoquinesis. J. H. Stephens y W. H. Gantt.  
Evidenciación con el microscopio electrónico del virus inductor del tumor mamario.
- I. Estudio de las células normales y malignas de la glándula mamaria del ratón. F. B. Bang, I. Vellisto y R. Libert.
- II. Un estudio con microscopio electrónico de los tumores mamarios espontáneos e inducidos en el ratón. F. B. Bang, H. B. Andervont e I. Vellisto.
- \* Aneurisma fusiforme de la aorta ascendente asociado a medionecrosis. W. E. Mattison y L. E. Cluff.

**Reflejos motores condicionados y cardíacos.** — La morfina a dosis suficientes para producir letargia y ataxia reduce o elimina los reflejos condicionados, pero no los incondicionados somáticos. El componente cardíaco de la respuesta condicionada al dolor, medido por la variación de la frecuencia cardíaca, cambió considerablemente, aunque la frecuencia cardíaca también disminuyó con la morfina. Este trabajo confirma la idea del autor de que la respuesta cardíaca condicionada de los perros forma parte de la conducta adquirida y que hay una divergencia—esquizoquinesis—entre las funciones motoras externas y viscerales internas.

**Aneurisma de la aorta ascendente.** — Los autores presentan una observación de aneurisma fusiforme de la aorta ascendente, no asociado a un síndrome de Marfan, causado por una medionecrosis cística. Los autores discuten el cuadro clínico de este enfermo comparándolo con el de otros casos de la literatura: consideran que es éste el primer caso descrito en el cual se ha hecho el diagnóstico en vida. Por último, discuten el tratamiento de la enfermedad, indicando que estos aneurismas de la aorta pueden ser tributarios de la cirugía.

#### Diabetes.

5 - 4 - 1956

- Recientes avances en la investigación sobre la insulina. W. C. Stadie.
- Un nuevo camino en el metabolismo hidrocarbonado: la pentosa fosfato. P. A. Marks.

Hipoglucemia con grandes dosis de insulina y fisiología de los capilares vasculares en el hombre. J. W. L. Doust y M. E. Salna.  
 El tubo intestinal en la diarrea diabética. K. G. Berge, R. G. Sprague y W. A. Bennett.  
 Atrofia óptica primaria en la diabetes mellitus. R. E. Tunbridge y R. G. Paley.  
 Un método para las determinaciones múltiples de glucemia con el clinitrón. E. A. Haunz y J. Weisberg.  
 Diabetes y embarazo. Discusión en mesa redonda.

**El tracto intestinal en la diarrea diabética.**—Asociada a la diabetes mellitus se ha observado un cuadro de diarrea caracterizado por un curso intermitente, exacerbaciones nocturnas e incontinencia fecal. Diferentes autores han atribuido esta diarrea a una neuropatía que condiciona una alteración en la función motora del intestino. Este punto de vista no ha podido ser objetivado porque se han estudiado macro y microscópicamente el intestino delgado y grueso en autopsias de ocho casos de diabéticos con diarrea, 16 casos de diabetes sin diarrea y 10 casos de sujetos no diabéticos. En ningún caso pudo demostrarse alteración intestinal responsable de la diarrea. No se encontraron diferencias en la mucosa, muscular y vascularización entre los tres grupos. La cromatolisis, picnosis y vacuolización de las células ganglionares se encontraron con la misma frecuencia en los tres grupos. No hay por lo tanto una confirmación patológica de la base neurogénica en la diarrea diabética y sólo la ausencia de otros cambios patológicos de importancia etiológica pueden darse como argumento para mantener la tesis neurógena.

**Atrofia óptica primaria en la diabetes mellitus.**—Se relatan las historias clínicas de dos hermanos diabéticos, varón y hembra, con una antigüedad de su enfermedad superior a los 20 años. Ambos padecen una atrofia óptica primaria, y tratando de relacionar esta lesión con la diabetes, WAGENER recuerda cuatro casos de la Clínica Mayo, con pérdida gradual de la vista, en los que no estaba justificado el diagnóstico de atrofia óptica familiar. La lesión más frecuente del nervio óptico asociada a la diabetes mellitus es la neuritis retrobulbar crónica. En estos cuatro casos de la Clínica Mayo no hay escotoma central y en ellos se hizo el diagnóstico de atrofia óptica primaria progresiva bilateral. Los dos casos que se refieren en este trabajo desarrollan una atrofia óptica primaria y en las exploraciones auxiliares practicadas se aprecia que el audiograma muestra un defecto en la conducción ósea. Hay una gran similitud entre los cuatro casos de la Clínica Mayo y los dos referidos en este trabajo. En ambos casos pueden considerarse estos pacientes como ejemplos de atrofia óptica primaria hereditaria.

### Journal of Chronic Diseases.

3 - 5 - 1956

- Cambios neurológicos en el viejo. M. Critchley.
- \* Circulación cerebral humana y consumo de oxígeno en relación con la edad. S. S. Kety.
- Metabolismo cerebral en relación con el envejecimiento. H. E. Himwich y W. A. Himwich.
- Estudio prolongado de la tuberculosis en estudiantes enfermeras. A. Theodore, A. G. Berger y C. E. Palmer.
- \* Enfermedades hereditarias del tejido conectivo. VIII. Comentarios finales. V. A. McKusick.

**Circulación cerebral y consumo de oxígeno.**—Una revisión de todos los estudios realizados por el autor por medio de la técnica del óxido nítrico acerca de la circulación y consumo de oxígeno del cerebro le hacen concluir que estas funciones varían con la edad. Hay una

rápida disminución de la circulación y consumo de oxígeno, desde la infancia a la adolescencia, seguida de una disminución más lenta durante todos los años siguientes. Según el autor, aún no se puede asegurar qué factores están implicados en estos cambios.

**Enfermedades hereditarias del tejido conectivo.**—En general, el cuadro clínico de las enfermedades hereditarias del tejido conectivo es tan preciso como el de cualquier otro grupo de enfermedades, por ejemplo, las infecciosas. Estas enfermedades no se pueden considerar como malformaciones congénitas en el sentido convencional de la palabra, si bien se pueden asociar dichas malformaciones. Tienen también un interés grande por los datos que suministran al estudio de la genética; entre estas enfermedades hay ejemplos de herencia dominante, recesiva y ligada al sexo. También el estudio de estas enfermedades puede ser un valioso auxiliar para el de la biología del tejido conectivo.

### The Practitioner.

176 - 1.054 - abril 1956

- Fisiología del primer año de vida. J. Craig y N. S. Clark.
- El niño prematuro. A. P. Norman.
- Asfixia del recién nacido. H. E. Jones.
- \* Lesiones del parto. H. Jolly.
- Problemas nutritivos en los niños. J. L. Henderson.
- El problema de la gastroenteritis infantil. E. G. Brewis.
- Respuesta a la infección en el primer año de vida. B. M. Laurance.
- Inmunización en la infancia. W. Gaisford.
- La enseñanza de la relajación en obstetricia. R. de Soldehoff.
- \* Derrame pleural de colesterol. H. W. O. Frew.
- Reflexiones sobre el tratamiento de las lesiones del deporte. H. S. Woods.
- La inyección en las venas. D. McDonald.

**Lesiones del nacimiento.**—El autor pasa revista a las distintas lesiones que pueden sobrevenirle al feto como consecuencia del trauma del parto, haciendo notar que éstas se pueden presentar aunque el nacimiento haya sido aparentemente normal. Los principales tipos de lesiones son: 1) Lesiones de los tejidos blandos. 2) Lesiones intracraneales. 3) Lesiones óseas; y 4) Lesiones de los órganos internos. Las lesiones intracraneales son las más graves de todas éstas, pues, aparte del riesgo que suponen para la vida, hay el peligro de alteraciones mentales, especialmente si ha habido convulsiones. La profilaxis de estas lesiones radica en una buena asistencia al parto.

**Derrame pleural de colesterol.**—El autor presenta dos casos de derrame pleural de colesterol; ambos tenían una historia respiratoria larga y fué cultivado el bacilo tuberculoso en el líquido pleural, aunque no se pudieron objetivar lesiones pulmonares. El autor considera que la concentración de colesterol es más probable causa de ellos, aunque no se pueda aislar el bacilo tuberculoso. En ambos casos la colesterolemia era normal y en el derrame la concentración de colesterol era de 589 y 1.128 miligramos por 100.

172 - 1.055 - mayo 1956

- Prurito. D. I. Williams.
- Acné vulgar. P. F. Borrie.
- Infecciones parasitarias de la piel. J. M. Beare.
- Enfermedades de las uñas. B. C. Tate.
- Tratamiento del eczema en la infancia. R. P. Warin.
- Erupciones medicamentosas. E. J. Mounahan.
- Los cosméticos y la piel. G. Hodgson.
- Una inmovilidad tónica. G. de M. Rudolf.