

# BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

**ATLAS D'ANATOMIE STEREOTAXIQUE.** Varios.—Editorial Masson et Cie. París, 1957.—Un volumen de 254 páginas con figuras 10.000 francos.

La moderna neurocirugía ha recibido un notable impulso con la estereotaxia de la cabeza. En su virtud, cabe la posibilidad de actuar con grandes probabilidades sobre determinados centros. Este atlas es sin duda uno de los más completos que se han publicado sobre la cuestión. La edición es magnífica y muy cuidada y en una serie de láminas se cotejan los centros y su proyección. Es un libro de extraordinario valor, imprescindible para el neurocirujano y el neurofisiólogo.

**TUBERCULOSIS PULMONAR INFANTIL.** Doctor A. CLARIANA VIVES.—Editorial Juventud. Barcelona, 1958. Un volumen de 366 páginas con 160 figuras, 590 pesetas.

El doctor CLARIANA VIVES expone en esta monografía, auxiliándose de numerosos documentos bien reproducidos, principalmente radiografías, el estado actual del problema de la tuberculosis infantil.

Los primeros capítulos están dedicados al estudio bacteriológico e inmunológico, bases anatómico-estructurales para la filiación de las imágenes radiológicas y evolución del concepto de la infección tuberculosa infantil. Ulteriormente se trata con claridad y de forma muy completa todo lo referente a la primo-infección, sus evoluciones y complicaciones, y más adelante se estudian las lesiones infiltrativas, la bronquitis tuberculosa y la tuberculosis pleural, así como la tuberculosis de reinfección. El diagnóstico, tratamiento y profilaxis son tratados en los capítulos restantes.

Todos estos diferentes temas parciales son tratados en forma sencilla y objetiva. La lectura del libro será interesante para el médico general y el pediatra.

**LES PROBLEMES ACTUELS POSES PAR LES ENDOCARDITES MALIGNES.**—Editorial Masson et Cie. París, 1957.—Un volumen de 212 páginas con 11 figuras, 2.200 francos.

Constituye este volumen el conjunto de comunicaciones presentadas al XXXI Congreso francés de Medicina sobre el tema con una amplia y valiosa colaboración. El doctor MOUQUIN y cols. hacen una revisión de los problemas actuales planteados por las endocarditis subagudas; los doctores LAPLANE y TOURNIER, sobre las endocarditis bacterianas experimentales; LAPORTE y cols., sobre las endocarditis malignas primitivas; el doctor DOGLIOTTI,

sobre las formas intermedias y de transición entre endocarditis reumática y endocarditis bacteriana; el doctor LESSARD y cols., sobre el tratamiento de las endocarditis malignas; el doctor R. MARTIN y cols., sobre la valoración de los métodos de laboratorio en el tratamiento de la endocarditis estreptocócica, y nuestro compatriota TRIAS DE BES, sobre el pronóstico lejano de la endocarditis subaguda.

Todas las contribuciones son interesantes y se acompañan de un índice bibliográfico. En general, no se aportan nuevas orientaciones sobre la posición nosológica de los diferentes tipos de endocarditis y el carácter radical o accidental de la infección; pero la mayoría de las comunicaciones exponen y discuten los puntos de vista más corrientes en el momento actual. El libro tiene, pues, un evidente valor informativo.

## LIBROS RECIBIDOS

"Memorias y trabajos del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife" (dos vols.).—Hospital Central del excelentísimo Cabildo Insular. Tenerife 1958.—Un volumen de 820 páginas y varias figuras.

"Tetanie". H. Jesserer.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1958.—Un volumen de 191 páginas con 46 figuras, 29,70 DM.

"Dermatologie und Venerologie". Band II/Teil 2. A. Gottron y W. Schönfeld.—Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1958.—Un volumen de 670 páginas con 277 figuras, 154 DM.

"Atlas de Electrocardiographie", V. Fattorusso y O. Ritter.—Masson et Cie. París, 1958.—Un volumen de 312 páginas con 318 figuras, 3.600 francos.

"Les hemoptyses tracheo-bronchiques". A. Meyer y J. Cheltien.—Masson et Cie. París, 1958.—Un volumen de 158 páginas con 23 figuras, 2.000 francos.

"Physico-chimie Biologique et Medicale". C. Bénézech Masson et Cie. París, 1958.—Un volumen de 684 páginas con 235 figuras, 8.000 francos.

"Patología del esófago hiatal". C. Pera Blanco.—Editorial Facta. Valencia, 1958.—Un volumen de 173 páginas con 64 figuras.

"Leucoencefalitis experimentales (Lesiones producidas por el cianuro de potasio)". E. Amant Aguirre.—Editorial Facta. Valencia, 1958.—Un volumen con 73 páginas y 15 figuras.

## B) REFERATAS

**Circulation.**

17 - 2 - 1958.

- Aspectos clínicos de algunas enfermedades de las pequeñas arterias y arteriolas. E. A. Hines.  
Cor pulmonale. Diagnóstico electrocardiográfico. R. N. Armen, M. Kantor y N. J. Weiser.  
Colesterol sanguíneo en la terapia con petolinium de la hipertensión arterial. H. H. Orvis, I. G. Tamagna y J. M. Evans.  
Estenosis pulmonar con septum ventricular intacto. Tratamiento utilizando circulación extracorpórea. D. C. Mc Goon y J. W. Kirklin.  
Pirógeno intravenoso libre de proteínas. Un potente agente fibrinolítico en el hombre. K. N. von Kaulla.  
Inexactitud de la presión de "apresamiento" como índice de la presión capilar pulmonar. J. P. Murphy.  
Hemoptisis grave durante el embarazo tratada por comisurotomía mitral. W. F. M. Fulton y G. Smith.  
Interrelación de las drogas que influyen la presión arterial en el hombre. W. Redisch, F. F. Tangco, A. J. Lewis, M. A. Antonio, K. De Crinis y J. M. Steele.  
Electrokimografía de la aurícula izquierda en la insuficiencia mitral en el hombre. Estudio correlativo por angiografía y cateterización del corazón izquierdo. R. D. Judge, M. M. Figley y H. E. Sloan.  
Área ventricular de contracción precoz en el síndrome de W.-P.-W. Demostración en el hombre. G. Bandiera y P. F. Antognetti.  
Ductus arteriosus asociado con estenosis pulmonar. Publicación de seis casos con anomalías congénitas adicionales no cardíacas. D. C. Heiner y A. S. Nadas.  
Correlaciones clínicopatológicas de las biopsias renales en la hipertensión con pielonefritis. J. C. Merriam, S. C. Sommers y R. H. Smithwick.  
Transposición "correcta" de los grandes vasos, bloqueo cardíaco auriculoventricular y defecto septal ventricular. Una triada clínica. W. J. Walker, D. A. Cooley, D. G. McNamara y R. H. Moser.  
El diagnóstico electrocardiográfico de la hipertrofia ventricular izquierda. A. Selzer, C. L. Ebner, P. Packard, A. O. Stone y J. E. Quinn.  
Dextrocardia con estenosis pulmonar y ventrículo derecho funcionando solo. J. Fisher y S. K. Suh.  
Estudios anatómicos del sistema de conducción cardíaco en las malformaciones congénitas del corazón. K. Reemtsma y W. M. Copenhagen.  
Influencia de una cama oscilante sobre la temperatura cutánea y tensión de oxígeno de los dedos de los pies isquémicos. C. Forno, H. Montgomery y O. Horwitz.  
El test del óxido nítrico como método para la detección de los shunts de izquierda a derecha. A. G. Morrow, R. J. Sanders y E. Braunwald.  
Anestesia en pacientes con enfermedad cardiaca. L. D. Vandam y T. K. Burnap.

**Correlaciones clínicopatológicas de las biopsias renales en la hipertensión con pielonefritis.**—Fueron tomadas biopsias renales en 120 casos de hipertensión durante la simpatectomía y diagnosticadas patológicamente de pielonefritis. Fueron hechas comparaciones clínicas con una gran serie de pacientes hipertensos cuyas biopsias no demostraron infección pielonefítica. La serie pielonefítica tuvo una mortalidad algo aumentada, un promedio de presión diastólica más alto para los mismos grados de esclerosis vascular y no mostró tan frecuente mejoría de la función renal como el grupo puramente nefroesclerótico. Aproximadamente un tercio de esta serie respondió con una baja a los niveles normales de la presión diastólica después de la simpatectomía y casi la mitad mostró una mejoría en la retinopatía hipertensiva.

**Dextrocardia con estenosis pulmonar y ventrículo derecho solo funcionante.**—Un caso no frecuente de un hombre de treinta y cuatro años con dextrocardia y situs inversus en el que la aorta y la arteria pulmonar estenosada salían de un ventrículo derecho muy hipertrófico y dilatado, es presentado por los autores. Había otras numerosas anomalías congénitas: defecto septal interventricular, una arteria coronaria saliendo de la arteria pulmonar, válvula pulmonar bicúspide, la vena pulmonar derecha desembocando en la aurícula derecha y fenestración de las cúspides de la válvula aórtica. Ya que el hombre vivió treinta y cuatro años, se supone tenía una circulación colateral pulmonar bien desarrollada.

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

234 - 5 - 1957.

- \* Estudios metabólicos en pacientes que reciben hormona movilizadora de lípidos. C. J. D. Zarafonetis y cols.
- Sulfa-metoxipiridacina: Concentración en sangre y orina durante la administración oral de varias dosis. M. Finland y cols.
- Enzimas férricas en deficiencia férrica. I. Citocromo C. E. Beutler.
- Cambios en la transaminasa sérica glutámica oxalacética en pacientes con enfermedades del corazón, hígado y sistema osteomuscular. C. B. Moore y cols.
- Cambios en los niveles séricos de seudocolinesterasa en pacientes con enfermedad del corazón, hígado y sistema osteomuscular. C. B. Moore y cols.
- Espacio muerto fisiológico pulmonar como índice de perfusión alveolar efectiva. R. H. Wilson y cols.
- Valoración de las necropsias con aguja. M. West y B. Chomet.
- Aspectos inmunológicos del tabaco y del humo. H. Silvette, P. S. Larson y H. B. Haag.
- Displasia fibrosa de los huesos. M. L. Daves y J. H. Yardley.

**Hormona movilizadora de los lípidos.**—La hormona movilizadora de lípidos fué administrada a cuatro enfermos diariamente durante dos semanas, manteniéndoles con una dieta de solamente 4,8 gr. de grasa. En estos enfermos se observó una considerable elevación del colesterol sérico, ácidos grasos y fosfolípidos y un aumento de la excreción fecal y urinaria de colesterol. Estos efectos no se observaron cuando dicha hormona fué administrada a otros dos sujetos en cuya dieta recibían 99 y 153 gr. diarios de grasa. La respuesta a la hormona parece depender de las adecuadas condiciones metabólicas en el momento de la inyección.

**Necropsia con aguja.**—Los autores hacen un estudio valorativo de la necropsia con aguja en 63 casos, de los cuales 50 comprueban mediante la necropsia completa. Consideran que la necropsia con aguja puede ser de valor cuando no se puede obtener permiso para la necropsia completa. Sin embargo, la comparación entre uno y otro procedimiento demuestra discrepancias en el 52 por 100 de los casos, lo que demuestra las limitaciones de este proceder. Los errores pueden proceder de que las lesiones asienten en un lugar inaccesible o porque, casualmente, la zona recogida de la visera no sea la lesionada. Las enfermedades que afecten a hígado, riñones y pulmones y que produzcan masas palpables, son las más adecuadas para este estilo de autopsias.

**Annals of Internal Medicine.**

47 - 5 - 1957.

- Creciente comprensión de la función tiroidea y sus aplicaciones clínicas. J. H. Means.
- Significado de la hipersensibilidad bacteriana en la brucellosis humana: Infección debida a una sobrecarga 19 brucela abortus. W. W. Spink.
- Enteritis regional: Valoración de la terapéutica actual. J. A. Bargen.
- Largo período de convalecencia en pacientes con endocarditis bacteriana en recuperación. B. Hall.
- Tratamiento de la porfiria aguda con agentes quelantes: Aporte de 21 casos. H. A. Peters y cols.
- Papel del internista en los servicios recuperativos de los ancianos. S. D. Pomrimse.
- Espondilitis reumatoide: Estudio clínico y económico-social. R. L. Swezey y cols.
- Breves nociones sobre el uso clínico de los radioisótopos. G. A. Anrews.
- Enfermedades específicas simulando una colitis ulcerosa no específica (linfopatía venérea, vasculitis aguda, esclerodermia y amilosis secundaria). M. B. Goldgraber y J. B. Kirsner.
- Evidencias para la deficiencia clínica de magnesio. E. B. Flink y cols.
- Influencia de las hormonas gonadales sobre los lípidos séricos y lipoproteínas: Estudios en sujetos normales e hipogonadales. R. H. Furman y R. P. Howard.
- Estudio "doblemente ciego" investigando los méritos clínicos de un nuevo agente tranquilizador. H. Kotzen.
- Infección renal criptocócica. A. P. Spivack, J. A. Nadel y G. M. Eisenberg.

- Anemia hemolítica autoinmune que se detiene al extirpar un teratoma ovárico: Revisión de la literatura y aporte de un caso. K. G. Barry y W. H. Crosby.
- Policitemia asociada con una lesión benigna del riñón: Aporte de un caso de eritrocitosis con hidronefrosis con remisión de la policitemia que sigue a la nefrectomía. W. M. Cooper y W. B. Tuttle.
- Hemocromatosis y el corazón. A. W. Schreiber.
- Púrpura trombohemolítica trombocitopénica y lupus eritematoso. B. M. Siegel y cols.
- Fiebre Q: Aporte de un caso simulando un linfoma. H. S. Ramos, R. E. Hodges y W. H. Meroney.

**Enteritis regional.**—La enteritis regional es una enfermedad de adultos jóvenes; las recurrencias son fáciles tras la resección y también es fácil la extensión del proceso si ésta no se realiza. La frecuencia de estas recurrencias es más fácil entre las personas más jóvenes: entre 36 enfermos cuyo proceso comenzó después de los cincuenta años, solamente cuatro presentaron recurrencias. Ciertas complicaciones son problemas exclusivamente quirúrgicos y como tal deben ser tratados. Con un tratamiento adecuado se pueden mantener bien a muchos de estos enfermos y hasta se consiguen remisiones.

**Endocarditis bacteriana curada.**—Es estudiado el curso posterior de 17 enfermos que curaron de una endocarditis bacteriana hace seis o más años. Durante el primer año murieron cinco, tres de insuficiencia cardíaca congestiva y dos de causas no cardíacas. Dos murieron después por proceso coronario e insuficiencia cardíaca. De 10 enfermos vivos seguidos de seis a diez años, cuatro están asintomáticos, cinco tienen ligeramente disminuida su actividad y uno está moderadamente incapacitado. Es mucho peor el pronóstico de los enfermos con lesiones aórticas que el de los que tienen lesiones mitrales.

### The Journal of the American Medical Association.

166 - 1 - 4 de enero de 1958.

- La salud de la nación. J. P. Price.
- Acidosis diabética grave tratada con riñón artificial. Sh. Aoyama y W. J. Kolff.
- El futuro de la hemodiálisis en la medicina militar. P. E. Teschan y Ch. R. Baxter.
- Hallazgos urinarios en el diagnóstico de la pielonefritis. G. G. Jackson, H. G. Grieble y K. B. Knudsen.
- \* Enfermedad renal unilateral e hipertensión. J. Dunn y H. Brown.
- Lesiones de los discos cervicales. G. L. Odom, W. Finney y B. Woodhall.
- \* Tratamiento quirúrgico del cardioespasmo (achalasia del esófago). F. H. Ellis, A. M. Olsen, C. B. Holman y Ch. F. Code.
- Triptilenfosforamida en el tratamiento del melanoma diseminado. J. L. Tullis.
- Revisión y distribución de los hallazgos necrópsicos en 55 paraneuríticos. R. B. Dietrick y S. Russi.
- Uronatia obstructiva con pérdida de agua. G. S. Sturtz y E. C. Burke.
- Determinación de la glucosuria en el embarazo. Estudio comparativo de la glucosa oxidasa y las técnicas de reducción del cobre. M. M. Chertack.

**Enfermedad renal unilateral e hipertensión.**—La relación entre enfermedad renal e hipertensión data ya de muchos años, así como la posibilidad de un mecanismo humorar para explicarla. BRIGHT, en 1836, fué probablemente el primero en establecer esta relación. Posteriormente, KATZENSTEIN, ligando el pedículo renal; JANEWAY, con ligaduras de la arterial renal; CRARTREE, publicando casos en los que la extirpación del riñón enfermo aliviaba la hipertensión asociada; ASK-UPMARK, confirmando la enfermedad renal en sujetos que habían muerto de hipertensión y, finalmente, GOLDBLATT, produciendo hipertensión en perros en los que produce una isquemia renal prolongada, no hacen más que confirmar esta relación. BUTLER, en 1937, fué el primero en reconocer la enfermedad renal unilateral como causa de hipertensión en el hombre cuando él trató una hipertensión en un niño con la nefrectomía. En 1948, HOMER SMITH revisó la literatura y encontró 362 casos de hipertensión con enfermedad renal unilateral tratada por la nefrectomía, de los cuales el 19 por 100 curaron. Ya él

puntualizó que la mayor dificultad con que tropieza el médico para recomendar la operación es la inseguridad de predecir si se va a aliviar. PERERA y HAELIG, en 1952, llamaron la atención sobre qué tipo de paciente sería más beneficiado. HOWARD ha aplicado el estudio de la eliminación de agua y sodio por un riñón isquémico, según la observación de WHITE, y HOWARD y BURNS han resaltado la importancia de la arteriografía. Los autores publican cuatro casos de enfermedad renal unilateral, de los que tres se han curado de su hipertensión por la nefrectomía. Los dos procederes que creen son mejores para confirmar el diagnóstico son el cateterismo para medir la eliminación de sodio y agua por el riñón enfermo y la arteriografía para visualizar los vasos renales.

**Tratamiento quirúrgico del cardioespasmo.**—La achalasia es la ausencia de las ondas peristálticas del esófago con una no relajación del esfínter inferior después de la deglución. El tratamiento médico no restaura la motilidad normal y la dilatación mecánica del esfínter parece tener sus riesgos. La intervención quirúrgica, que consiste en una esofagomiotomía para aliviar la obstrucción causada por el estado de contracción del esfínter fué hecha por vía abdominal en cuatro pacientes y por vía torácica en 51. La incisión longitudinal intenta cortar las fibras musculares circulares y no debe llegar a la mucosa. En la mayoría de los casos es de 8 a 12 centímetros de longitud y se extiende distalmente hasta el estómago para garantizar la completa división de la musculatura esofágica distal. De 45 pacientes seguidos más de nueve meses después de la operación, 38 (84,4 por 100) tenían un buen o excelente estado. Ellos permanecían asintomáticos, ganaron peso y volvieron a su trabajo. Resultados regulares o pobres se obtuvieron en cinco y dos pacientes, respectivamente. Los estudios de la motilidad esofágica hechos después de la operación demostraron la desaparición del estado achalásico del esfínter.

166 - 2 - 11 de enero de 1958.

- Correlación mecánica de datos en el diagnóstico diferencial de las enfermedades hematológicas. M. Lipkin y J. D. Hardy.
- Grado de dependencia física inducida por secobarbital o pentobarbital. H. F. Fraser, A. Wikler, C. F. Essig y H. Isbell.
- Elección de un agente dirético basado en principios farmacológicos. R. V. Ford, J. B. Rochelle III, C. A. Handley, J. H. Moyer y Ch. L. Snurr.
- \* Tratamiento de la hipertensión esencial con clorotiazida (Diuril). Su uso aislado y su combinación con otros agentes antihipertensivos. E. D. Freis, A. Wanko, I. M. Wilson y A. E. Parrish.
- Valoración de la clorotiazida (Diuril) en las toxemias del embarazo. Análisis de 144 pacientes. F. A. Finnerty, J. H. Burholz y J. Tuckman.
- \* Efecto de la clorotiazida en el transporte electrolítico en el hombre. Su uso en el tratamiento del edema de la insuficiencia cardíaca congestiva, nefrosis y cirrosis. J. H. Larach, H. O. Heinemann y F. E. Demartini.
- El problema especial de la enfermedad reumática cardíaca en las mujeres embarazadas. C. S. Burwell.
- Tres efectos terapéuticos de una pomada de esteroides y alquitran. A. L. Welsh y M. Ede.

**Tratamiento de la hipertensión arterial con Clorotiazida.**—Diez pacientes con hipertensión fueron hospitalizados con una dieta de 1.25 gr. de sal diarios hasta que los niveles de presión sanguínea se estabilizaron. La clorotiazida en dosis de 1.5 gr. diarios reduce la presión sistólica en todos. El promedio de reducción fué de 18.7 por 100 para la sistólica y de 13.9 para la diastólica. Esta reducción comenzaba a los dos o tres días de medicación, y si era suspendida entonces, volvía a sus valores anteriores en un período de uno a cuatro días. Si la clorotiazida (a dosis de medio gramo diario) se añadía al régimen de pacientes ambulatorios (73 casos estudiados) que estaban recibiendo otras drogas antihipertensivas, también causaba una reducción adicional de la presión. En algunos pacientes fué posible suspender otros medicamentos antihipertensivos y mantenerlos con clorotiazida solamente. La mayoría de los pacientes tuvieron una diuresis el primer día o dos después del tratamiento con clorotiazida. Se exageró la hipotensión postural

cuando este signo estaba ya presente, y la reducción de las dosis de agentes gangliobloqueantes fué necesaria cuando se comenzó el tratamiento con clorotiazida para prevenir el colapso postural. La clorotiazida también aumenta la acción antihipertensiva de la hidralazina, veratrum y reserpina. Los efectos colaterales fueron ligeros e infrecuentes y desaparecieron pronto por la suspensión temporal de la droga. Su modo de acción parece ser por su efecto de depleción de sal.

**Efecto de la clorotiazida sobre los electrolitos del hombre.**—Los autores tratan con una dosis diaria de dos gramos de clorotiazida a 32 pacientes hospitalizados por edema de diversas etiologías: insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis y nefrosis. El compuesto surtió efecto en todos los pacientes estudiados, lo que hace pensar a los autores que el edema, en todas esas etiologías, debe tener el mismo mecanismo patogénico. Parece ser de utilidad, por tanto, en esos casos, amén de la hipertensión y el edema por esteroides. Además, puede contribuir a un conocimiento ulterior del mecanismo tubular renal en la formación del edema, ya que sugieren que la clorotiazida actúa en otro sitio distinto de los demás diuréticos. Parece ser que en el hombre hay, hasta el presente, tres mecanismos de la reabsorción del sodio en el túbulo renal: el primero, cambio sodio-hidrógeno, es inhibido por los inhibidores de la carbónico-anhidrasa; el segundo, es inhibido por los diuréticos mercuriales, y el tercero, es bloqueado por la clorotiazida. El examen de la orina después de la administración revela que el anión más abundante es el cloro, y que el sodio y el potasio se excreta en proporción variable para completar los cationes equivalentes. No se han visto efectos colaterales. La administración continuada puede producir una alcalosis hipokalémica que se combate con cloruro potásico. Su acción puede reforzarse con los diuréticos mercuriales y los inhibidores de la carbónico-anhidrasa.

166 - 3 - 18 de enero de 1958.

- \* La significación clínica de la hematuria. Ch. C. Higgins. Enfermedades de la uretra femenina. H. S. Everett.
- El nódulo pulmón solitario circunscrito. Estudio de 705 casos encontrados. Radiología en un período de tres años y medio. C. A. Good y Th. W. Wilson.
- Medios para proporcionar un estado constante para la cateterización cardíaca después de la anestesia. A. S. Keats, J. Telford, Y. Kuros y J. R. Latson.
- Fracturas del codo en los niños. Revisión de 300 casos consecutivos. D. J. Maylahn y J. J. Fahey.
- Tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón. Valoración de 699 casos desde 1933 hasta 1956. W. F. Rienhoff, J. D. B. King y G. W. Dana.
- Dosis de radiación en las gonadas en la exposición del diagnóstico radiológico. Th. A. Lincoln y E. D. Gupton.
- Significación diagnóstica de la sensación de presión en el oído. V. R. Alfaro.
- Conocimiento y tratamiento de los problemas asociados con prediabetes durante el embarazo. E. R. Carrington, H. S. Reardon y Ch. R. Suman.
- El test del "ordenje retrógrado de la pierna" para las venas varicosas. J. A. Gius.
- \* Erupción cutánea después del uso de la vacuna poliomielítica de Salk. G. M. Stroud, H. M. Brodell, W. P. Laschcheid y L. W. Potts.
- Nutrición y enfermedad articular. W. D. Robinson.

**Significación clínica de la hematuria.**—La enfermedad es un síntoma, no una enfermedad, y puede ocurrir en asociación con enfermedades generales, con enfermedades intrínsecas del aparato génitourinario o con enfermedades en otras partes del cuerpo. En la experiencia de los autores, la etiología de la hematuria varía con la edad de los enfermos. Así, por ejemplo, la cistitis es la causa más frecuente entre los niños de uno a cinco años, de los cinco a los diez es la glomerulonefritis, de los once a los cuarenta las enfermedades inflamatorias con cistitis y pielonefritis. En los hombres de cuarenta y uno a sesenta años fueron las neoplasias la causa más frecuente; de los sesenta y uno a los setenta predominan las formas benignas o malignas de prostatismo. Estos resultados confirman las conclusiones de investigadores previos de la gravedad de la hematuria como síntoma. Debe advertirse al público de la necesidad de consultar al médico ante este síntoma, y éste asume la res-

ponsabilidad de demostrar que no es una inflamación grave, un tumor maligno o potencialmente maligno la causa de la hematuria.

**Erupción cutánea después del uso de la vacuna de Salk.**—En 1956, CLYDE publicó el caso de una niña de un año que desarrolló un edema angioneurótico grave una hora después de la vacunación. A los catorce meses toleraba una vacuna que contenía menos de 0,003 unidades de penicilina por c. c. Anteriormente había recibido penicilina sin reacción. En 1957, LEWIS publicó un niño de cinco años que previamente había recibido penicilina sin reacción y que desarrolló un psoriasis a la segunda dosis de vacuna. En el mismo año, CHERVINSKY describió una niña de nueve años que tuvo un eritema multiforme dos semanas después de 1 c. c. de vacuna. Un mes después la inyección intradérmica de 0,1 c. c. de vacuna no produjo reacción local, pero a los cinco días tuvo dolores articulares y le brotó una erupción eritemato-edematosas. La incidencia de reacciones cutáneas en masas vacunadas es extremadamente rara. Los autores publican 12 casos con dermatosis observadas después de la vacunación. Hay tres tipos de reacción cutánea: urticaria, eczema y psoriasis. Ninguna de estas reacciones fueron graves. Siete de estos pacientes habían recibido anteriormente penicilina, siendo uno sensible a ella y otro dudoso. Nueve de los enfermos padecían dermatosis alérgicas. No se pueden sacar conclusiones sobre qué componente o componentes de la vacuna son los responsables..

166 - 4 - 25 de enero de 1958.

- Pasos sobre la frontera. Algunas observaciones sobre el "tercer partido" en Medicina. R. M. Mc Keown.
- \* Uso de la relaxina en el tratamiento de la esclerodermia. G. G. Casten y R. J. Boucek.
- Producción de apnea controlable en la anestesia. Uso combinado de analgésicos narcóticos y sus antagonistas. F. F. Foldes, D. Duncalf, R. S. Robbins, P. B. D'Sousa y A. A. Conte.
- \* Infarto de miocardio en un taller industrial durante un año. S. Pell y C. A. D'Alonzo.
- Evidencia radiológica de corazón normal y anomalías congénitas en la infancia. J. Carter, G. Cooper, F. Dammann y F. Mitchell.
- Enfisema lobar. H. W. Fischer, J. L. Lucido y Ch. P. Lynxwiler.
- Dextran y prolongación del tiempo de hemorragia. R. D. Langdell, E. Adelson, F. W. Futh y W. H. Crosby.
- Facilitación de la locomoción en las enfermedades neurológicas de las extremidades inferiores. Descripción de un nuevo método. I. M. Levine.
- Traqueotomía en el tratamiento del enfisema mediastínico grave. D. V. Pecora, D. Yegian y A. H. Hochwald.
- Linfadenopatía cervical, fiebre y coma. D. S. Kushner y P. B. Szanto.
- Estado actual del tratamiento de la endocarditis bacteriana. M. Finland.

**Uso de la relaxina en la esclerodermia.**—Veintitrés pacientes con esclerodermia fueron tratados por espacio de seis a treinta meses con inyecciones parenterales de relaxina, viéndose importantes mejorías en la tirantez cutánea, fenómeno de Raynaud y ulceraciones tróficas, lo que representa un avance en el tratamiento de esta enfermedad. Las otras manifestaciones no se alteran con esta medicación. No se han visto fenómenos tóxicos o desagradables.

**Infarto de miocardio en un taller industrial.**—Durante un período de un año se desarrollaron 209 infartos. El factor más importante es el sexo, ya que la proporción en los hombres fué de 2.9 por 1.000 y en cambio en los mujeres era sólo de 0.2. La probabilidad de recuperación era ligeramente superior en los no hipertensos, pero la proporción no está fuera de error. El riesgo de infarto de miocardio en sujetos hipertensos y obesos era 3.5 veces superior que en los que no lo eran, pero no hay seguridad en que una vez que el ataque había ocurrido fuese afectado por la obesidad, hipertensión o una historia de taquicardia. Aproximadamente un tercio de los enfermos murieron en los treinta días siguientes al ataque.

## Metabolism.

7 - 2 - 1958.

- Distrofia muscular: Valoración de la función córticosuprarenal e influencia de la corticotropina, cortisol y testosterona. L. J. Soffer, J. Geller y J. L. Gabrilow. Un estudio de los factores que determinan la eliminación de electrolitos fecales. Eleanor F. Dempsey, Evelyn L. Carroll, Fuller Albright y Phillip H. Henneman. Potasio y sodio intercambiables en el hiper e hipotiroidismo. D. S. Munro, H. Renshler y G. M. Wilson. Respuesta del hueso a la acidosis de la diabetes aloxánica en la rata. Charles C. Lobeck y Gilbert F. Forbes. Relación entre clima y temperatura con la ingestión de agua y alimento en el hombre. B. E. Welch, E. R. Buskirk y P. F. Lampietro. Ingestión de calorías durante la exposición prolongada al frío. P. F. Lampietro, D. E. Bass y E. K. Buskirk. Inhibición del hígado graso con estrógenos. J. C. Plagge, F. J. Marasso y H. J. Zimmerman. Reducción por la glucosa de la lipemia alimenticia. Margaret J. Albrink, James R. Fitzgerald y Evelyn B. Man. Estudios "in vitro" de la lipólisis de la lipemia postprandial en el hombre. H. Engelberg. Composición del cuerpo del ratón con obesidad hereditaria después de la reducción de peso. Guy Hollifield y William Parson.

**Reacción entre el clima y temperatura con la ingestión de agua en el hombre.**—Se estudia la ingestión calórica del hombre que efectúa un trabajo moderado en tres climas diferentes y los resultados indican que la ingestión calórica es la misma en todos los climas calculada con arreglo al peso del cuerpo y que no existe relación entre la temperatura e ingestión calórica. Cuando el clima modifica las actividades calóricas es a través de modificar la actividad física y no por la influencia de la temperatura sobre el organismo, suponiendo que en un ambiente frío el individuo está suficientemente abrigado. En todos los climas un trabajo moderado requiere una ingestión calórica de 47 a 49 calorías diarias por kilo, y durante un trabajo fuerte en ambiente frío la ingestión de calorías aumenta de 60 a 62 diarias por kilo. La ingestión de agua es esencialmente la misma para una temperatura entre —20 y 60 F., pero aumenta en temperaturas por encima de los 60 F. debido al aumento de sudor. Se ha visto una relación bastante constante entre ingestión de agua e ingestión calórica en climas fríos y templados, pero esta proporción aumenta bastante en ambientes por encima de los 60 F.

**Reducción de la lipemia alimenticia por glucosa.**—A nueve sujetos sanos se les administra un desayuno de prueba que contiene 60 gr. de grasa con y sin glucosa disuelta en agua y en estado de ayuno desde la noche previa. Antes, y a varios intervalos después de la ingestión de grasa, se analizan en la sangre los ácidos grasos, la colesterina, lípidos, glucosa y ácidos grasos no esterificados. Los triglicéridos se calculan por diferencia. El aumento de triglicéridos que se produce cuando se da la comida grasa sola disminuye o desaparece al añadir glucosa en cantidad que oscila entre 100 y 250 gramos. La glucosa produce también una disminución de los ácidos grasos no esterificados en el suero. Los otros lípidos no son dependientes de que se administre la grasa sola o con adición de glucosa. Los datos obtenidos muestran una relación inversa entre la actividad del metabolismo hidrocarbonado y la concentración de triglicéridos después de la sobrecarga alimenticia. Se supone que la glucosa facilita la salida de la circulación de las partículas de triglicéridos a través de una activación del tejido adiposo, el cual se apoderaría de los ácidos grasos no esterificados para almacenarlos como depósito de grasa.

## The American Journal of Medicine.

24 - 2 - 1958.

- El síndrome lactoalcalino. Hipercalcemia. Alcalosis e insuficiencia renal temporal durante la terapéutica de la úlcera péptica. J. Wenger, J. B. Kirsner y W. L. Palmer. Estado vascular de un grupo heterogéneo de pacientes con hipertensión, con especial estudio de la función renal. J. H. Moyer, Ch. Heider, K. Pevey y R. V. Ford. El efecto del tratamiento en las lesiones vasculares asociadas con hipertensión, con estudio especial de la función renal. J. Moyer, Ch. Heider, K. Pevey y R. V. Ford.

La paradoja del aumento del ventrículo derecho en la insuficiencia mitral. L. Bentivoglio, J. F. Uricchio y W. Likoff.

Localización de los shunts cardíacos de izquierda a derecha por curvas de dilución de colorantes después de la inyección en el corazón izquierdo y en la aorta. E. Brauwald, H. L. Tanenbaum y A. G. Morrow.

Disociación isorritmica. Disociación auriculoventricular con sincronización. A. F. Shubart, H. J. L. Marriott y R. J. Gorten.

El efecto de los salicilatos sobre la respuesta ventilatoria al dióxido de carbono en pacientes con enfisema pulmonar e hipercapnia. Ph. Samet, A. Rosenthal y W. H. Bernstein.

Algunos efectos del cambio de posición sobre la función pulmonar en el asma bronquial. A. L. Micelson y F. C. Lowell.

Crisis hipercalcémicas debidas a hiperparatiroidismo. W. C. Thomas, J. G. Wiswell, Th. B. Connor y J. E. Howard. El "aclaramiento de fosfatos" en el diagnóstico de la función paratiroides. L. H. Kyle, M. Schaaf y J. J. Canary.

Aspecto clínico e histológico del síndrome nefrótico. L. B. Berman y G. E. Schreiner.

Ictericia crónica idiopática. Revisión de 50 casos. I. N. Dubin.

Uveoparotitis, nódulos cutáneos, azotemia y monocitosis. Blastomicosis primaria laringea. Revisión de la literatura y presentación de un caso. C. F. Lester, F. G. Conrad y R. J. Atwell.

Foco de fiebre Q en una instalación militar en Italia. D. G. Monaghan y F. R. Brueckmann.

Observaciones sobre un caso de aldostérionismo primario. M. G. Crane, G. Short y J. E. Peterson.

**Efecto del tratamiento sobre las lesiones vasculares asociadas con hipertensión.**—Los autores hacen estudio del "aclaramiento" renal en 133 pacientes hipertensos. 116 de los cuales son seguidos durante un periodo de dos a cinco años. En 64 de esos pacientes se hacen estudios seriados de la función renal. Cuarenta y cinco de los 64 fueron tratados y 19 no. La comparación de los tratados y no tratados muestra que la reducción efectiva de la presión sanguínea detiene la lesión vascular en los enfermos con hipertensión grave y moderadamente grave. Los enfermos no tratados con hipertensión ligera o moderadamente intensa no muestran las rápidas lesiones que muestran los pacientes con mayor presión arterial. La mortalidad fué significativamente más baja en los sujetos tratados que en los no tratados. Se redujo la hipertensión y mejoró la lesión renal en los pacientes con hipertensión maligna que fueron tratados. Después de su estudio, los autores llegan a la conclusión de que la lesión renal puede ser mejorada por el tratamiento efectivo de la hipertensión y que la vida de los enfermos hipertensos puede ser así prolongada. Recomiendan sobre todo que la enfermedad vascular hipertensiva sea tratada intensa y precozmente.

**Crisis hipercalcémicas debidas a hiperparatiroidismo.** Primeramente hacen los autores la diferenciación del cuadro del hiperparatiroidismo con un grupo de manifestaciones que pueden ocurrir y que fueron primariamente publicadas por LOWENBURG y GINSBURG, consistente en náuseas intratables, somnolencia progresiva y coma. Síntomas que generalmente se desarrollan con una alta concentración del Ca sérico, o son precedidos o acompañados con disminución del volumen de orina, elevación del fósforo inorgánico sérico y azotemia progresiva. Muchos de estos pacientes mueren a los pocos días del comienzo de los síntomas y el diagnóstico correcto es establecido en el examen postmortem. Se publican tres casos con este síndrome. En dos el diagnóstico fué lo suficientemente precoz y la extirpación de un adenoma paratiroides curó a los pacientes. En el tercer caso el diagnóstico fué hecho sólo dos horas antes de la muerte. Manifestaciones clínicas similares ocurren en hipercalcemias marcadas de cualquier etiología. Aunque la patogenia de este síndrome no está claramente establecida, el éxito del tratamiento depende de la pronta reducción de las altas concentraciones del calcio sérico.

## The Lancet.

7.010 - 4 de enero de 1958.

Regulación de la temperatura del cuerpo en la salud y en la enfermedad. G. Pickering.

Hipertensión después de la irradiación por rayos X de los riñones. Cl. Wilson, J. M. Ledingham y M. Cohen.

- Embarazo y coartación de la aorta. J. F. Godwin.  
 Manipulación en el tratamiento del dolor de espalda bajo crónico por "esfuerzo lumbosacro". R. A. Bremner.  
 Cirugía durante el tratamiento prolongado con hormonas adrenocorticales. A. J. Popert y P. S. Davis.  
 Diagnóstico de laboratorio de la galactosemia congénita en el nacimiento. V. Schwarz, A. Holzel y G. M. Kromerow.  
 Torsión del estómago como causa de vómitos en la infancia. S. Eck y H. Hagelsteen.  
 Relación del apetito con el ejercicio. R. Passmore.

**Hipertensión por irradiación de los riñones.**—Desde hace muchos años es conocido que los rayos X pueden lesionar los riñones, pero su importancia clínica sólo ha sido reconocida recientemente (LUXTON, 1953). La serie de LUXTON consiste en pacientes que durante un tratamiento por tumores testiculares recibieron irradiación intensa en un campo que incluía ambos riñones. Alrededor del 20 por 100 desarrollaron albuminuria. Casi todos tuvieron hipertensión y muchos insuficiencia renal. En tres pacientes autopsiados por RUSSELE los datos más importantes fueron el engrosamiento de la cápsula renal, fibrosis difusa intersticial, degeneración tubular, hialinización glomerular, hipertrofia arterial y necrosis arteriolar hialina. Este cuadro es muy similar al descrito en los animales de laboratorio. En un caso con hipertensión maligna había fibrosis intersticial muy difusa con tendencia a la formación de amplias zonas de atrofia esclerótica; la mayoría de los glomérulos estaban hialinizados y ocasionalmente había infartos hemorrágicos. LUXTON pensó que el engrosamiento de la cápsula renal era una causa posible, pero no probable, de la hipertensión por analogía con la perinefritis cuando se produce a los animales envolviendo el riñón en una cápsula de celofán. Los autores señalan la aparente dissociación entre la hipertensión y la esclerosis por irradiación, señalando que los datos más significativos son las lesiones arteriolares y la necrosis glomerular, que le da un aspecto indistinguible del cuadro de la hipertensión maligna. Siendo en estos casos en los que falta la esclerosis postirradiación, las lesiones renales secundarias a la hipertensión. Presentan los autores dos pacientes con enfermedad renal hipertensiva desarrollada después de la radioterapia, así como una serie de estudios experimentales en ratas a fin de esclarecer las relaciones entre la hipertensión y las lesiones estructurales en los riñones después de la irradiación.

**Cirugía durante el tratamiento prolongado con hormonas suprarrenales.**—El uso de estas hormonas en tratamientos prolongados de la artritis reumatoide y otras enfermedades hace inevitable el que durante dicho tratamiento se presente una indicación quirúrgica, bien por la enfermedad previa, bien por una enfermedad intercurrente. Es conocido que tales hormonas actúan desfavorablemente sobre la resistencia y curación a la infección, pero en la experiencia de los autores la administración de dosis moderadas de estas hormonas no incrementa los peligros y complicaciones de la intervención. Los autores presentan 19 pacientes que han sufrido un total de 36 operaciones. Inmediatamente antes de la operación todos los pacientes recibieron por vía oral cortisona o sustancia análoga en cantidad suficiente para suprimir o reducir al mínimo los síntomas de la enfermedad, dando una dosis adicional al tiempo de la operación. Esta dosis ha sido, para intervenciones que no afecten el tracto digestivo, de 75-100 mg. de acetato de cortisona a las veinticuatro horas y una hora antes de la intervención, o bien dosis única de 150 mg. una hora antes de ella. Para gastrectomía parcial dieron 100-150 mg. de cortisona intramuscular veinticuatro horas y una hora antes de la operación y 100 mg. doce horas después con administración de 100, 100 y 75 miligramos en los tres días siguientes. Como complicaciones hubo tres casos de infección superficial y un hematoma. Complicaciones serias hubo en tres casos: una fractura de cuello de fémur, que no consolidó, y dos muertes a las veinticuatro horas de la gastrectomía. Concluyen los autores que la intervención quirúrgica no encierra peligros especiales ni complicaciones en los enfermos tratados con esteroides durante largo tiempo.

7.011 - 11 de enero de 1958.

- Regulación de la temperatura corporal en la salud y en la enfermedad. G. Pickering.  
 La elección entre la muerte en la postmadurez y muerte de inducción del parto. G. F. Gibberd.  
 El mecanismo de obstáculo valvular y el significado del enfisema. W. A. Lister.  
 Efectos de la penicilamina y el dimercaprol en el metabolismo del cobre en pacientes con enfermedad de Wilson. S. B. Osborn y J. M. Walsh.  
 La significación clínica del dolor esternal. N. D. Gower.  
 Tejido ovárico asociado con sexo masculino nuclear. D. J. B. Ashley y C. H. Jones.  
 Fenol intratecal para el dolor intratable. P. W. Nathan y T. G. Scott.  
 Inyecciones intralinguales en pacientes inconscientes. J. Bullough.  
 Feocromocitoma de vejiga urinaria. B. R. E. Lumb y G. A. Gresham.

**Fenol intratecal para el dolor intratable.**—En los pacientes con dolor intratable el ideal ha sido la búsqueda de una sustancia que inyectada intratecalmente produzca una rizotomía selectiva química. En 1955, MAHER publicó sus primeros resultados sobre el tratamiento del dolor en el cáncer por la inyección intratecal de fenol en glicerina y de nitrato de plata en agua y glicerina; en 1957 publicó sus últimos resultados usando fenol disuelto en glicerina y myodil y nitrato de plata en una solución de fenol en glicerina. Esas soluciones son inyectadas con el paciente en una posición tal que permitan la entrada de las mismas en los sacos aracnoideos que rodean las raíces nerviosas. MAHER observa que empieza a notarse el efecto a los pocos minutos, obteniéndose el máximo a los diez-quince minutos. El paciente permanece en esta posición un cuarto de hora, pudiendo después sentarse sin que se observen posteriores manifestaciones nerviosas. Investigan los autores la toxicidad de estos compuestos en dosis intratecales, obteniendo buenos resultados en la mitad de los casos. Señalan como efectos colaterales no deseables: meningitis reactiva o aracnoiditis y aumento de células y proteinas en líquido cefalorraquídeo. Concluyen que el fenol es relativamente no tóxico en solución lipida y relativamente tóxico en solución acuosa.

**Inyección intralingual en pacientes inconscientes.**—En el tratamiento de pacientes inconscientes o anestesiados es a veces necesario la inyección de estimulantes, antídotos, etc., intravenosamente, a fin de conseguir un comienzo rápido de su acción. En los adultos obesos o colapsados y en niños puede ser imposible encontrar una vena. El hecho que la inyección intramuscular tarde diez minutos o más de empezar a actuar hace preciso el utilizar otro método de mayor rapidez de acción. La lengua es un órgano muy vascularizado y fácilmente accesible. Las drogas en ella inyectadas empiezan a hacer efecto en cuarenta-ochenta segundos contra diez-treinta segundos después de una intravenosa. Están contraindicadas las sustancias irritantes, excepto en caso de emergencia. No deberán usarse por esta vía los barbitúricos, soluciones de tubocurarina ni derivados de fenotiazina, pues tienden a la formación de un nódulo del tamaño de un guisante que dura una semana. No debe tampoco usarse esta vía en el enfermo consciente, pues es muy dolorosa.

7.012 - 18 de enero de 1958.

- Etiología de la toxemia preeclámptica y eclampsia. F. J. Browne.  
 Clorotiazida: Un diurético oral. R. I. S. Bayliss, D. Marrack, J. Pirkis, J. R. Rees y J. Zilva.  
 Experiencia clínica con clorotiazida. J. D. H. Slater y J. D. N. Nabarro.  
 Control del tratamiento del mixedema por la electrocardiografía. P. C. Gibson.  
 El error de la clavícula fracturada. J. H. Hicks.  
 Diferenciación por el laboratorio de las enfermedades bronquiales crónicas. W. Brumfitt y M. L. N. Willoughby.  
 Insuficiencia renal aguda por venenos y drogas. G. M. Bull, A. M. Joeckes y K. G. Lowe.  
 Un tumor carcinoide atípico segregando 5-hidrositriptófano. M. Sandler y D. J. D. Snow.  
 Encefalitis de la influenza. V. Dubowitz.  
 Perforación de la arteria carótida común por un cuerpo extraño en la faringe. M. F. Butler.

**Experiencia clínica con clorotiazida.**—Se ensaya un nuevo diurético no mercurial, la clorotiazida, en pacientes con síndrome nefrótico, ascitis debida a hipertensión portal e insuficiencia cardíaca congestiva. Dos pacientes con el síndrome nefrótico han sido controlados satisfactoriamente de cinco a seis meses. La terapia con clorotiazida fué seguida de considerable y pronta diuresis con excreción aumentada de cloro y sodio. El modo de acción y la respuesta terapéutica recuerda a los diuréticos mercuriales. La clorotiazida causa hipokalemia, que es difícil de controlar con suplementos de potasio por vía oral. No se observaron efectos colaterales.

**Control del tratamiento del mixedema por la electrocardiografía.**—Se confirma el efecto perjudicial de la sobredosisificación de tiroides en el tratamiento del mixedema sobre el corazón. Tres de los 12 pacientes tratados tuvieron ataques cardíacos alarmantes, atribuibles al tratamiento. Se sugiere que estas reacciones pueden ser verdaderas reacciones de sensibilidad que pueden evitarse con un cuidadoso control del tratamiento, siendo el electrocardiograma de un gran valor.

7.013 - 25 de enero de 1958.

- Entre conjetura y certidumbre en Psiquiatría. A. Lewis.
- Leucemia y condiciones con ella relacionadas y ácido úrico sanguíneo. R. A. Hickling.
- Sal en el embarazo. M. Robinson.
- Una enfermedad, probablemente hereditaria, caracterizada por deficiencia mental grave y una gran anormalidad constante del metabolismo de aminoácidos. J. D. Allan, D. C. Cusworth, C. E. Dent y V. K. Wilson.
- Asma crónico tratado con inhalaciones de polvo de hidrocortisona y prednisolona. W. Brockbank y C. D. E. Pelly.
- Tiempo de recurrencia o curación en los tumores de los niños. W. E. Knox y E. Pillers.
- Tratamiento de la fiebre ondulante. J. Torres Gost.
- Hemoglobina H en una mujer de Nepal. M. C. Brain y F. Vella.
- Anafilaxia después de sulfadiazina por vía oral. P. M. Binns.
- Fibrosis periureterica. H. Park e I. Jones.

**Sal en el embarazo.**—Se reunen un total de 2.077 embarazadas, dividiéndolas en dos grupos de 1.039 y 1.036 pacientes, a las que administra un exceso de sal en las comidas y un mínimo, respectivamente. Ha visto el autor que en el grupo en que se administró más sal disminuye la proporción de toxemia, edemas, hemorragias en el embarazo y en el parto, presentándose solamente en 17 síntomas transitorios de toxemia. Veinte mujeres con síntomas precoces de toxemia, al ser tratadas con dosis "extra" de sal, mejoran de sus síntomas hasta desaparecer.

**Deficiencia mental grave con anormalidad del metabolismo de los aminoácidos.**—Es descrita una familia en la que dos de cuatro niños de padres no consanguíneos muestran un grado grave de retardo mental. Ambos tienen electroencefalogramas anormales. Uno con convulsiones epilépticas seguidas de ataxia de unos pocos días de duración. Ambos tenían el pelo girable y soplos sistólicos. Por lo demás, no se encontraba nada anormal a la exploración física. Los dos tenían una grave alteración del metabolismo de los aminoácidos, no presente en otros miembros de la familia, y que se demostraba por la presencia en su orina de grandes cantidades de una nueva y aún no identificada sustancia. Había también otros cambios menores en el tipo de los aminoácidos excretados. Esta sustancia fué encontrada en baja concentración en el plasma, pero era mucho más alta en el líquido cefalorraquídeo. Parece posible que se forme en el cerebro o en algún otro órgano íntimamente ligado con el líquido cefalorraquídeo, pasando de allí al plasma y siendo rápidamente excretada por los riñones.

## La Presse Médicale.

66 - 6 - 22 de enero de 1958.

- Prevención por el cloruro de potasio de una miocarditis purulenta experimental. H. Selye y S. Renaud. Ictericia seudomalformativa del recién nacido. J. Olmer e Y. Carrassonne.
- Cinco embarazos en una tuberculosa con problemas clínicos, terapéuticos y obstétricos sucesivos. R. Amsler, Goyer y Rouchy.
- Contribución al estudio anatopatológico de la enfermedad de Ledderhose (espesamiento de la aponeurosis plantar). R. Lagier y E. Morong.
- La importante contribución de la radiología en la identificación de la enfermedad de Fahr. J. A. Chavany y J. Metzger.
- Documentos histológicos concerniendo la circulación pulmonar del hombre realizados en condiciones de preparación óptimas. S. Hirsch.
- Las fracturas bicondileas de la tibia. J. Lataste.
- A propósito de un caso de osteocondroma pulmonar. M. Merlier, A. Roussel, J. Faure y D. Garbay.
- Osteosis paratiroides de evolución lenta por brotes con manifestaciones maxilares, pancreáticas y oculares. M. Dechaume, F. Layani, H. Welti, Y. Chaouat, J. Payen y F. Garlopeau.
- Espondilolisis con morfogénesis osteoarticular compensadora. P. Pizon.
- La utilización de las prótesis vasculares trenzadas en fibras artificiales. L. Leger, L. Marcenac, A. Ferron, Bitry-Boely, P. Guyet y L. Pulet.

**Prevención por el cloruro de potasio de una miocarditis purulenta experimental.**—Se sabe que dosis tóxicas de dihidrotaquisterol (D. H. T.) producen en el ratón calcificaciones en los tejidos blandos, principalmente a nivel del corazón y del riñón. Pequeñas dosis de NaH<sub>2</sub>P<sub>0</sub> y D. H. T. en vez de una calcificación simple sin reacción inflamatoria, presenta una miocarditis purulenta con pocas calcificaciones. Al nivel del riñón, por el contrario, este tratamiento combinado NaH<sub>2</sub>P<sub>0</sub> y D. H. T. no produce más que una nefrocalciosis muy marcada sin supuración. Si además de este tratamiento se administra por vía oral cloruro de potasio, la miocarditis es casi completamente inhibida y la intensidad de la nefrocalciosis está considerablemente disminuida. Estos hechos ponen de relieve que es posible producir e impedir a voluntad una miocarditis purulenta (debida a una sustancia esteroide) por un simple cambio en la proporción entre fosfato y potasio ingerido.

**A propósito de un caso de osteocondroma pulmonar.** Se presenta el caso de un osteocondroma pulmonar puro. Después de haber eliminado el diagnóstico de osificación masiva heterotípica, de la cual acaban recientemente de ser publicados algunos casos sin retener el diagnóstico de hamartocondroma, el más probable y verosímil es el de osteocondroma. La larga duración de la evolución, el conjunto clínico y los datos histológicos no permiten afirmar la malignidad, aunque hay que hacer algunas reservas en este sentido.

66 - 7 - 25 de enero de 1958.

- Un poderoso analgésico central: el 2-2-difenil-3-metil-4-morfolinobutil-pirrolidina base dextrogiro R 875 Palfium. Su aplicación en neurología. G. Boudin y J. Barbezat.
- Los trastornos de la estática pélviana aparte de los prolapsos externos. G. Roux, G. Marchal y H. Baumel.
- El papel del factor masculino en los accidentes de la gestación. El síndrome de "esterilidad relativa, accidentes de la gestación". J. Gueguen.
- La amoniemia. P. Fabiani, S. Boulu y F. Laine.
- La hiperaldolasaemia en el curso de las miopatías. J. Cambier.

**Un poderoso analgésico: el R-875. Palfium.**—Las características del preparado Palfium las resumen los autores de la siguiente manera: a) Su acción sobre el animal de experimentación es tan notable que le sitúan como el más activo de los conocidos. b) En el hombre aumenta el umbral de percepción al dolor. Esto puede ser objetivado por el aumento del umbral de percepción a la quemadura y el aumento del tiempo de aparición del dolor al frío. c) Los autores poseen una experiencia clínica sobre más de 100 sujetos enfermos de alergias diver-

sas, mostrándoles su acción notable sobre las algias meningeas (meningitis agudas, cefaleas postneumoencefalografía) y sobre las algias radiculares y tronculares (poliradiculoneuritis, polineuritis, ciáticas hepárgicas, algias cancerosas) c) El R 785 debe su más grande originalidad por su acción sobre los dolores inaccesibles a la terapéutica médica. Es eficaz en las algias talámicas, neuralgias faciales, algias del zona, algias tabéticas y de los amputados. Esta eficacia sobre los síndromes orgánicos se oponen a su ausencia total del efecto en el curso de las psicalgias. d) Es activo por vía oral y subcutánea. Está proscrita la vía intravenosa. e) Pueden presentarse incidencias: náuseas, vómitos y a veces somnolencia.

**La hiperaldolasemias en el curso de las miopatías.**—La elevación de la aldolasemias parece ser el factor más constante y más característico del síndrome bioquímico plasmático asociado a las miopatías.

Ello falta en las atrofias neurológicas, lo que le confiere un interés para el diagnóstico. Se refiere el autor a un trabajo de SCHAPIRA y cols. aparecido en la *Revue Française d'Etudes Cliniques et Biologiques* (septiembre de 1957) en el que se estudia el síndrome humorar sistemáticamente en las miopatías. La edad de los enfermos tiene una importancia fundamental. Teniendo en cuenta que la aldolasemias normal es de 0,45 unidades por litro en el niño de tres a dieciséis años, y de 0,25 unidades por litro en el adulto, vemos que en un grupo de 96 enfermos varones estudiados por estos autores la tasa media en los menores de dieciséis años es de 3,7 unidades (79 observaciones) y en cambio en los mayores de edad (17 observaciones) la media fué de 1,46 unidades por litro. La elevación de la aldolasemias es mucho menos marcada en el sexo femenino. Quizá esté en relación con la forma clínica de la enfermedad; en el sexo femenino es mucho más frecuente la forma escápulohumeral, y precisamente estos autores ya citados encuentran dos cifras normales en casos de esta forma clínica. El encontrar una cifra alta al principio de la enfermedad tiene un mal pronóstico. La tasa de aldolasemias baja a medida que la enfermedad progresa. Se debería a la extensión de la destrucción de las fibras musculares. En conclusión, el estudio de la aldolasemias en las miopatías puede ser interesante para la comprensión de la patogenia de la enfermedad.

66 - 8 - 29 de enero de 1958.

Cátedra de Patología Quirúrgica. Lección inaugural. Profesor Couvelaire.  
El problema general de las tiroides linfoideas. J. Riviere y P. Martino.  
Estudio electroencefalográfico y clínico de la acción del N-benzil-beta-clorpropionamida (Posedrine o Hibicón o Cloracón o Nydrane) en 40 epilepticos en el medio psiquiátrico. C. Leroy y J. Freciurt.  
Radiología y traumatismo máxilo facial. G. Ginestet, Th. Le Dinh y R. Buchet.  
Un nuevo signo de hipertensión portal. Ph. Detrie.  
La electroforesis de las proteínas del jugo prostático. L. R.  
El E 39 y la fórmula sanguínea. J. Guelfi, L. Chevrel, M. Nicol y J. L. Richier.  
Resultados de 1.691 prostatectomias perineales simples. P. Aboulker.

**Un nuevo signo de hipertensión portal.**—Se refiere a la técnica descrita por SCHOBINGER (*Gastroenterología*, 88, 1, 21, 1930), y que consiste en inyectar en la cavidad medular de la décima costilla derecha una sustancia de contraste (Hypaque al 50 por 100) mediante la punción con una aguja de punción lumbar. Si se hace una radiografía cuando se están inyectando los dos últimos centímetros cúbicos (en total se inyectan 8-10), se verá en el sujeto normal que la sustancia de contraste se ha difundido por la cavidad medular, llenando después una o dos venas intercostales correspondientes, y viéndose además la ácigos con su desembocadura en la cava superior. En el caso de que exista hipertensión portal, las venas que se llenan con el contraste son mucho más numerosas y tortuosas. El desarrollo de la red visible es proporcional a la importancia de la hipertensión portal.

**El E-39 y la fórmula sanguínea.**—Desean los autores insistir en esta nota sobre los daños clínicos que presenta el uso clínico del E 39. No hablan de resultados terapéuticos, que publicarán en un trabajo ulterior más completo. Han centrado su atención sobre la serie blanca, que es la evidentemente alterada. La trombopenia les parece excepcional. Las variaciones de los polinucleares neutrófilos les parecen importantes, pero anárquicas. La leucopenia, por el contrario, es constante, precoz, no se influencia por la posología diaria, regularmente influenciada por la posología total, grave con dosis medias de 400 mg., y prolongada después de suspender el medicamento.

66 - 9 - 1 de febrero de 1958.

- \* Enfermedad celiaca e intolerancia al gluten de las harinas de trigo y de centeno. J. Cathala, Cl. Polonovski, Demassieux y Cl. Tison.
- \* Infecciones pleurales por B 5 W (bacterium anitratum). E. Lavergne, J. Lochard y J. Schmitt. Eliminación del fósforo por el riñón. II. Fisiopatología. J. M. Bouillier. Tratamiento local de las quemaduras por el hidrolizado de levaduras. Y. J. Longuet y Cl. Hertz. Revascularización renal por implantación de la arteria esplénica. R. Gillot. Memoria en reserva. A. Plichet. El dextran, agente de prevención de la necrosis pancreática. L. L. Sobre los grandes politraumatizados de la carretera. M. Arnaud.

**Enfermedad celiaca e intolerancia al gluten de las harinas de trigo y de centeno.**—Los autores exponen los trabajos que les llevan a la convicción de que el gluten de las harinas de trigo y de centeno, y todos los alimentos que lleven una de estas harinas, son la causa de la esteatorrea de los niños celíacos. Presentan seis observaciones, que les han convencido de la importancia que tienen estos conceptos para el concepto teórico y la práctica del tratamiento.

**Infecciones pleurales por B-5-W. (Bacterium anitratum).**—Como parece que últimamente las infecciones por bacilos anitratum han aumentado, los autores creen de utilidad presentar cuatro casos de supuración pleural por contaminación aérea (fistula bronquial) y en los cuales el B. anitratum fué encontrado tanto solo como asociado a otras bacterias. Parece que es resistente a los antibióticos corrientes. La atención del clínico debe ser puesta en este germe, poco conocido todavía.

66 - 10 - 5 de febrero de 1958.

- \* La reconstitución de la masa sanguínea en las hemorragias graves. Ayuda aportada por la medida de volumen globular por medio de hemacias marcadas 51 Cr. - R. André, A. Combrisson y G. Watel.
- \* Resultados de un nuevo neuroleptico (Levomepromazina 70 44 RP) en casos de demencia precoz grave. A. Deschamps y J. Madre. Ciertos aspectos de las investigaciones sobre la toxoplasmosis. F. Wisocka. Los actuales aspectos de la epidemiología mundial de la poliomielitis. M. Deparis. Suturas digestivas en un plano. H. Seylan. La transplantación suprarrenoesplénica. Ph. Detrie.

**La reconstitución de la masa sanguínea en las hemorragias graves.**—Sacan los autores las siguientes conclusiones: 1) Después de una hemorragia grave, la restauración del volumen plasmático es rápida (unas pocas horas) gracias a las reservas proteínicas. 2) El volumen globular se restaura mucho más lentamente. Necesita a veces hasta meses. Normalmente la médula reemplaza cada día 1 por 100 del volumen total normal de los hemacias. Después de una hemorragia, libera dos a seis veces más de hemacias que normalmente; por tanto, está indicado un suministro de hierro. Ya que la restauración espontánea de los hemacias es lenta, la terapéutica debe ser dirigida hacia la restauración del volumen globular, y de aquí el interés de las transfusiones de glóbulos desplasmados. 3) El aflujo de proteínas extravasculares hacia el torrente circulatorio lleva consigo un empobrecimiento de las reservas proteicas extravasculares; de aquí la conveniencia de un régimen hiperproteico.

**Resultados de un nuevo neuroléptico.** — Los autores han recogido algunas enfermas con síndrome de demencia precoz en las que el diagnóstico había sido hecho hacía varios años. Presentaban un pronóstico desfavorable por la antigüedad del síndrome, el fracaso de todas las terapéuticas empleadas anteriormente y por la evolución progresiva. Los autores las han tratado con levopromazina y han visto reducción de los síntomas, modificación del comportamiento, y comienzo de una vida personal espontánea con buena adaptación social, por lo que creen que su acción no es nada despreciable. Jamás han visto incidentes ni intolerancias a ella. La posología varía en cada caso, el tratamiento debe ser de larga duración y la vigilancia médica y psiquiátrica debe ser atenta. Las mejorías obtenidas son lo suficientemente numerosas para que podamos pensar que no se trata de resultados en casos aislados, excepcionales, sino que nos hallamos ante un nuevo neuroléptico con una acción positiva.

66 - 11 - 8 de febrero de 1958.

- Bilirinción vesicular y estasis vesicular. G. Albot, G. F. Bonnet, P. Neupveux y J. Ringenoach.
- Tres años de experiencias sobre el valor de la tromboelastografía en las trombosis postoperatorias y en las trombosis coronarias. R. Fischer y S. Dicker.
- Constitución y valor inmunológico de la sustancia fibrinóide. J. Brux.
- Una técnica de reinyección de sangre en los hemoperitoneos. J. Lataste.
- ¿Es preciso operar las hernias diafragmáticas? Y. Barré, Ch. Debray, A. Lafite, A. Lamblin, J. L. Lortat-Jacob y F. Siguer.
- Los resultados funcionales de la gastrectomía total. Ph. Detrie.

**Tres años de experiencias sobre el valor de la tromboelastografía.** — El método de la tromboelastografía registra la coagulación global de sangre. No es una fotografía de la coagulación, sino el registro fotográfico de los movimientos de un foco luminoso. El plasma recalificado está contenido en una cubeta que tiene un movimiento de vaivén, haciendo la revolución en nueve segundos. Se coloca un pistón en esta cubeta. Mientras el plasma está líquido el pistón está inmóvil, y a medida que el coágulo se forma el pistón sigue más y más los movimientos de la cubeta, obteniéndose así curvas diferentes en los distintos estados normales y patológicos. El hecho de un estudio global les parece a los autores importante, pues la deficiencia en uno de los factores puede ser compensada por otro y el conjunto dar lugar, a pesar de ello, a una hipercoagulabilidad. El tromboelastograma, al darnos la exacta situación de la hipercoagulabilidad de nuestros enfermos, nos permite tratar convenientemente, y de vencer incluso, las trombofilias recalcitrantes, la mayor parte de los infartos de miocardio y de proteger en una gran proporción los coronarios amenazados de trombosis.

**Constitución y valor inmunológico de la sustancia fibrinóide.** — La sustancia fibrinóide es un producto de la conversión del fibrinógeno en fibrina o en sustancias parentales. No existe una, sino varias variedades de sustancias fibrinoides. Las afinidades de constitución y tectoriales varian: a) Según que sean extra o intravasculares. Estas contienen grandes cantidades de lípidos, de sustancias de agrupación aldehídica, carbonil y radical sulfidril y potasio, que están ausentes en las extravasculares. b) En el contenido en albúmina o en glutación del medio sobre la conversión del fibrinógeno en fibrina. c) Si estas sustancias están en cantidad suficiente, las coloraciones clásicas hacen defecto y únicamente el examen de los tejidos a la luz fluorescente después del lavado del suero antifibrina permite exteriorizar la sustancia derivada del fibrinógeno. La sustancia fibrinóide no puede ser ya considerada en las enfermedades llamadas del colágeno como un metamorfismo de la sustancia glucoproteíca insoluble proveniente de la precipitación del fibrinógeno que se deposita en la luz, alrededor de los vasos, en ciertas condiciones de medio ambiente. Estas sustancias servirían de soporte a los anticuerpos completos o incompletos. Las enfermedades del colágeno entrarían así en el cuadro de las enfermedades inmunológicas.

66 - 12 - 12 de febrero de 1958.

- Bases experimentales del paro cardíaco y del paro cerebral provocados. Papel esencial de la glucosa hipertónica. H. Laborit, J. Kunlin, S. Richard, P. Niaussat, J. M. Jouany, J. Martin, B. Webwe, G. Guiot y C. Barron.
- El mecanismo fisiológico de la enfermedad de Marchiafava-Micheli. Papel de la propérdina a propósito de dos nuevos casos. Examen de los hematies de los enfermos al microscopio electrónico. R. Grailly, J. Moulinier, J. Ph. Leuret y S. Dulou.
- Prueba simplificada de la medida de la absorción de las grasas. P. Giono.
- Diverticulitis del esófago. L. Leger.
- Transfusión sanguínea. Peligro de embolia en el donante. H. Hamon.
- La rectocolitis hemorrágica. Y. Barrés, Ch. Debray, A. Lafitte, A. Lamblin, J. L. Lortat-Jacob y F. Siguer.

**El mecanismo fisiológico de la enfermedad de Marchiafava-Micheli.** — Los autores confirman "in vivo" e "in vitro" que el plasma de enfermos afectos de hemoglobinuria paroxística nocturna no presenta ninguna anomalía en el actual estado de nuestros conocimientos. La hemólisis es debida a una particular fragilidad de los hematies que son normalmente sensibles a la acción lítica del sistema propérdina. Es muy difícil decir cuál es el trastorno globular exacto; sin embargo, los exámenes hechos por los autores al microscopio electrónico dejan pensar que la íntima estructura del hematí es anormal. Los hematies, lavados tres veces, de dadores sanos, transfusionados a los enfermos, constituye la única terapéutica lógica, pues estos hematies tienen una duración de vida normal.