

112. BRUTS y cols., citados en LUKENS.—Medical Uses of Cortisone, pág. 94. B23kiston, Nueva York, 1954.
113. GEORGE C. GRIFFITH.—Circulation, 9, 4; 1954.
114. V. M. ANTONEN y A. RAUTAKOSKI.—Annal. Med. Internae Fenniae, 45, 183; 1956.
115. H. FLEISCHHACKER.—Wiener Med. Wschr., 38/39, 767; 1957.
116. H. FIEGEL.—Die Medizinische, 10, 409; 1958.
117. H. MARING.—Therap. der Gegenwart, 97, 99; 1958.
118. BERNHARD KNICK.—Aerztliche Wochenschrift, 12, 1145; 1957.
119. W. H. HAUS.—Deutsche Med. Wschr., 82, 50; 1957.
120. MANUEL VAQUERO.—Symposia, 1, 2; 1956.
121. JOHN MARTIN ASKEY.—J. Am. Med. Ass., 146, 1008; 1951.
122. H. I. RUSSEK y E. L. ZOHMAN.—J. Am. Med. Ass., 163; 1957.
123. IRVING S. WRIGHT.—J. Am. Med. Ass., 163; 1957.
124. MORTON M. HALPERN.—Ann. Int. Med., 41, 5; 1954.
125. HENRY I. RUSSEK.—J. Am. Geriat. Soc., 5, 3; 1957.
126. SHEPARD SHAPIRO.—Surg. Clin. of N. A., 36, 2; 1956.
127. LEON DE SOLDATI.—Prensa Méd. Argent., 44, 48; 1957.
128. CAMILLE LIAN.—La Médication Anticoagulante. L'Expansion Sc. Fr., Paris, 1958.
129. BENJAMIN MANCHESTER.—Arch. Int. Med., 100, 959; 1957.
130. BJARNE A. WAALER.—Acta Med. Scand., 157, 4; 1957.
- 130 bis. JOHN McMICHAEL.—Lancet, 7019, 528; 1958.
131. J. B. DUGUID.—The pathogenesis of arterial narrowing. en Symposium über Arteriosklerose, pág. 73. Ed. Benno Schwabe, Basilea, 1957.
132. PHILLIP S. ROSEN.—Cana. Med. Ass. J., 77, 86; 1957.
133. MYRON PRINZMETAL.—J. Am. Med. Ass., 159, 177; 1955.
134. WILLIAM DRESSLER.—J. Am. Med. Ass., 160, 1379; 1956.
135. WELDON J. WALKER.—J. Am. Geriat. Soc., 3, 12; 1955.
136. JOHN OLIVEN.—Sexual Hygiene and Pathology. Lippincott, Filadelfia, 1955.
137. A. SCHMIDT.—Praxis, 46, 746; 1957.
138. JAMES C. WHITE.—J. Chronic Dis., 4, 4.
139. LIAN, GORELIK, JACOBI.—La cardiopericardiomypexie. L'Expansion Sc. Fr., Paris, 1956.
140. JOSEPH J. GARAMBELL.—Surgery, 39, 574; 1956.
141. C. S. BECK y T. RICHART.—Rev. Clin. Esp., 64, 4; 1957.
142. CLAUDE S. BECK.—J. Am. Geriat. Soc., 4, 4; 1956.
143. CLAUDE S. BECK y BERNARD I. BROFMAN.—Ann. Int. Med., 45, 6; 1956.
144. CLAUDE S. BECK y BERNARD I. BROFMAN.—Minnesota Med., 40, 462; 1957.
145. FERNÁNDEZ CRUZ, PIULACHS y cols.—Med. Clin., 15, 3; 1957.
146. F. MARTORELL y R. CASARES.—Actas de las reuniones del Instituto Policlínico, marzo 1958.
147. ARTHUR VINEBERG.—Am. Heart J., 54, 851; 1957.
148. DOGLIOTTI, BATTEZZATI, TAGLIAFERRO.—Primera ponencia del IV Congreso de la Sociedad de Cirugía del Mediterráneo Latino. Palma de Mallorca, agosto 1957.
149. PIER A. MACCARINI y S. FREZZA.—Giorn. di Clin. Med., 38, 8; 1957.
150. GIUSEPPE GUCI.—Legatura delle arterie Mammarie interne nella terapia della insufficienza coronarica. Ed. Macri. Florencia, 1957.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Ictericia por administración de Nilevar.—Señala DUNNING (*JAMA*, 167, 1242; 1958) la observación de dos casos con ictericia temporal, aparecida después de la administración del esteroide anabólico norethandrolone (Nivelar), a la dosis de 1 mgr. por kilo de peso durante 14 y 17 semanas, respectivamente. En ambos enfermos se vió una marcada elevación de la bilirrubinemia y aumento moderado de la fosfatasa alcalina del suero; aparecieron en la orina pigmentos biliares, urobilinógeno y aumento de la creatinina. Los síntomas fueron leves y no quedaron secuelas permanentes. El patrón y curso clínico de la ictericia fueron similares a los de los casos de ictericia tras la administración de metiltestosterona.

Quelato férrico en la anemia ferropénica.—En 30 niños y adultos jóvenes, HERRIDGE (*Brit. Med. J.*, 2, 140; 1958) ha hecho un estudio comparativo de los efectos sobre la anemia ferropénica de tres preparados de hierro en forma de jarabe: succinato ferroso (75-100 mgrs. de Fe al día), gluconato ferroso (300 mgrs.) y quelato férrico (600 mgrs.). Con este último preparado se vió una respuesta significativamente mayor en el aumento de hemoglobina, lo que se atribuye a la administración de mayor cantidad de hierro utilizable. En este grupo se apreció una mayor incidencia de diarrea y vómitos y, además, cierto descenso de la actividad protrombínica en la mitad del grupo, aunque no de suficiente grado para tener significación clínica. Considera que podría disminuirse la dosis de quelato férrico, conservándose su eficacia terapéutica, pero con evidente reducción de los efectos desfavorables.

Ristocetina en la neumonía estafilocócica.—Las indicaciones clínicas para el empleo de la ristocetina son las infecciones por gérmenes gram-positivos. Con la mayoría de los gérmenes tiene un efecto bactericida a la misma concentración en que es bacterios-

tática, hecho posiblemente responsable de su eficacia. La ristocetina se administra sólo por vía intravenosa, puesto que es dolorosa y se absorbe mal por vía intramuscular y es ineficaz por vía oral. La dosificación para la mayoría de las infecciones estafilocócicas es de 25 mgrs./kilo de peso al día. Como este antibiótico se elimina principalmente por el riñón, debe administrarse con precaución en los enfermos renales. Como complicaciones se citan leucopenia y neutropenia, por lo que deben realizarse frecuentes recuentos, en especial de los leucocitos y neutrófilos. CALVY y SCHUMACHER (*JAMA*, 167, 1585; 1958) refieren el éxito obtenido en 17 casos de neumonía estafilocócica con el tratamiento de ristocetina, teniendo presente que el germen aislado era resistente a los restantes antibióticos.

Prednisolona intratecal en la meningitis tuberculosa.—SANTO PADRE (*Minerva Med.*, 49, 615; 1958) ha hecho un estudio comparativo del efecto terapéutico en la meningitis tuberculosa de la administración intratecal de hidrocortisona en 24 enfermos y de un preparado hidrosoluble de prednisolona en otros 12. Encuentra que dosis pequeñas de este último (1-3 mgrs.), equivalentes a la tercera parte de las dosis de hidrocortisona, produjeron un evidente efecto terapéutico. La prednisolona consiguió la normalización del líquido cefalorraquídeo en la mitad del tiempo requerido por la hidrocortisona; la albúmina fué el signo que respondió mejor a la prednisolona. Los enfermos toleraron bien el tratamiento y no se vieron indicios de superinfección.

Efecto del methoxsalen sobre la función hepática.—Como se sabe, el methoxsalen (8-methoxipsoralen) se emplea junto con la irradiación ultravioleta para el tratamiento del vitíligo. Se está ensayando ahora esta droga en el sentido de aumentar la tolerancia a

los baños de sol y acelerar la pigmentación en la época estival; como se han citado casos en la literatura de anormalidad en la reacción de Hanger y en la prueba de la broncosulfaleína, FITZ-PATRIC, IMBRIE y LABBY (*JAMA*, 167, 1586; 1958) han investigado este problema. Cogen 24 sujetos normales; a 12 les dan 30 mgrs. diarios de methoxsalen durante tres meses en diferentes épocas del año con exposición ocasional a la radiación solar, y a los otros 12 les administran un placebo; en todos ellos realizan antes, durante y después del tratamiento las reacciones de turbidez del timol, de turbidez del cinc y

de flocculación de la céfalina-colesterol y la prueba de la bromosulfaleína. El análisis estadístico de los datos obtenidos indica con un 95 por 100 de seguridad que el 73 por 100 de los hombres adultos jóvenes no desarrollan alteraciones en la función hepática, pero que nada puede inferirse sobre el 27 por 100 de la restante población normal o en sujetos que previamente tenían una función hepática anormal. En 6 de 7 sujetos que tomaron el methoxsalen durante la primavera apreciaron un aumento de su respuesta a la luz solar, lo que no ocurrió en los que se había administrado el placebo.

CARLOS V. NOORDEN

RECUERDO EN EL CENTENARIO DE SU NACIMIENTO

Por C. JIMÉNEZ DÍAZ.

En octubre de 1944, a los ochenta y seis años, murió en Viena el famoso profesor y gran clínico CARLOS V. NOORDEN. Al cumplirse ahora el centenario de su nacimiento, en numerosas revistas profesionales de diversos países se ha publicado un recuerdo a su memoria por parte de clínicos que le conocieron, algunos de ellos discípulos en una u otra época. Nosotros queremos asociarnos al merecido homenaje que se tributa a esta destacada figura de la Clínica Médica. Yo tuve el privilegio de conocerle y tener contacto con él en varias ocasiones.

V. NOORDEN tuvo grandes méritos personales, y su actividad llena de resalte su figura en una de las más brillantes épocas de la medicina europea, principalmente en los años de este siglo que precedieron al brote de la primera guerra mundial. Discípulo de clínicos como RIEGEL y GERHARDT, se destacó por su gran sentido clínico y una sólida preparación en las ciencias básicas, principalmente en la química aplicada a la patología. Un trabajo constante en la clínica y en el laboratorio y un contacto inmediato, que él procuró que fuera siempre estrecho, con los enfermos, formó en él una gran capacidad para la orientación y enjuiciamiento rápido de los enfermos. Si bajo el aspecto diagnóstico fué por ello un gran clínico, a diferencia de otros clínicos notables de la época, se preocupó especialmente del tratamiento de las enfermedades, cuidando directamente el detalle y la técnica del mismo. De ello derivaron en gran parte sus éxitos, que le dieron renombre mundial, al que contribuyeron sus personales condiciones. Corpulento, con expresión inteligente, sonrisa iniciada, mirada penetrante y cierta lentitud reflexiva en las respuestas, dadas siempre con aire firme, sa-

bía inspirar respeto, confianza y admiración al paciente.

De todos los aspectos de la terapéutica, en aquella época en que sus resortes eran muy limitados, cultivó especialmente la dietética y, por tanto, fueron objeto de su preferencia las enfermedades de la nutrición, sobre todo la diabetes, las enfermedades digestivas y las nefritis. Sorprendía la profundidad de su conocimiento de los alimentos y las formas culinarias, de lo que pude darme cuenta muy directa cuando en 1920 estuve aprendiendo dos meses en su clínica privada. Era un verdadero arte su manera de tratar los diabéticos, en aquella época en que no se disponía de insulina, por la combinación sucesiva de dietas: la dieta de avena, el ayuno, la dieta severa. Con todo ello conseguía aumentar la tolerancia para los hidratos de carbono, aumentar el peso y suprimir la acidosis, y en ocasiones se veía cambiar en forma maravillosa el aspecto y el estado subjetivo y objetivo de los enfermos. Su gran obra *Tratado general y especial de la alimentación*, publicada por Salomon, denota esta preocupación y conocimiento de los diferentes aspectos de los alimentos, y a esta obra hay que recurrir con frecuencia. Se hicieron famosos igualmente sus libros sobre diabéticos y sobre obesidad, así como las adiciones que hizo en la segunda edición de la obra de AD. SCHMIDT sobre las enfermedades intestinales.

El éxito universitario y médico tuvo su acmé cuando en 1906 fué llamado a ocupar la cátedra de Clínica Médica de Viena, aquella cátedra de sólida fama mundial que fué la de SKODA (el más genuino representante de la gran Clínica vienesa) y regentada después por NOTHNAGEL. Una pléyade de estudiosos y brillantes colabora-

dores, la mayor parte de ellos después clínicos famosos o profesores, contribuyeron al esplendor de aquella clínica, a la que acudían médicos de todos los sitios del mundo. V. NOORDEN era el jefe inspirador, maestro admirado y venerado y gran médico en una ciudad brillante, llena de esplendores espirituales y artísticos.

En 1913 se separó de la cátedra y volvió a Frankfurth para trabajar en su clínica privada. Allí fué cuando en 1920 tuve ocasión de trabajar a su lado y convivir con él. Dos años más tarde vino a España, pronunciando en Madrid una conferencia, que yo traduje y leí en español, y con aquel motivo tuve de nuevo ocasión de tener trato íntimo con él y hablar sobre numerosos problemas. Más alejado ya en aquella época, por su edad y nueva situación, de la bibliografía médica y de la investigación, conservaba, sin embargo, el don de "consejo" por su manera certera de enjuiciar los problemas. Yo le escuchaba a la par con respeto un poco filial y con una admiración en parte porque sus valores lo merecían y en parte por constituir para mí, joven médico, un símbolo de una época brillante de Europa que no tuve ocasión de vivir personalmente.

Más adelante volvió a Viena, al Hospital Municipal, y allí hube de visitarle nuevamente y conocer su Departamento de Terapéutica, y sobre todo la cocina dietética, realizado con profundo

conocimiento y gran sentido práctico. Después, nuestra guerra civil y la segunda guerra europea dificultaron nuestra relación y solamente pudimos tener contacto epistolar, la última vez poco antes de su muerte.

V. NOORDEN ocupa un lugar destacado en la historia de la Medicina, en esa época del comienzo de siglo constituida por grandes clínicos penetrantes y humanos, a la par científicos y artistas, internistas de amplia visión, aunque el trabajo personal de cada uno fuera orientado de preferencia en determinados temas. El progreso vertiginoso de la técnica aplicada al diagnóstico y de la terapéutica han ido creando un modo de ejercer la Medicina de fecundos resultados prácticos, en muchos aspectos imprescindible, pero no puede esto eliminar la importancia fundamental que en la orientación y en la guía diagnóstica y terapéutica alcanza el clínico general de base firme y visión amplia, por el que se deja conducir el enfermo y al que vuelve con frecuencia sus ojos angustiado en busca de un apoyo seguro. Es por esto importante rememorar aquellas figuras y revisar su biografía para confirmar y fortificar la necesidad de mantener esa orientación en un cierto número de médicos, que no es incompatible, sino, por el contrario, eficazmente colaboradores de la especialización restringida que el progreso de nuestra ciencia sin duda también exige.

EDITORIALES

SINDROME DE LA OBSTRUCCION DE LA VENA CAVA SUPERIOR

Cada vez se ve con mayor frecuencia la obstrucción de la vena cava superior, cuyo síndrome cuando el cuadro es completo es fácilmente diagnosticable; si el síndrome depende de una obstrucción parcial, la sospecha diagnóstica puede confirmarse, primero, por la inyección intravenosa de material de contraste, y segundo, por la fotografía infrarroja. La recopilación bibliográfica más completa fué hecha en 1946 por MCINTIRE y SYKES, comprendiendo 250 casos auténticos registrados entre 1904 y 1945, inclusive. En los últimos diez años los trabajos publicados indican que el síndrome se aprecia aproximadamente en un caso anual por cada 200-300 camas de hospital. La incidencia actual es varias veces superior a lo que se veía previamente y asimismo parece observarse un cambio en la etiología. BRUCKNER comunica su experiencia durante diez años en el Veterans' Administration Hospital con 23 casos observados.

Respecto a la etiología, en la estadística de MCINTIRE y SYKES las cifras procentuales respectivas eran de 20,7 para la retracción o compresión por tejido cicatricial (mediastinitis crónica), 33 por 100 para los tumores malignos primarios del tórax y 26,9 por 100 para los aneurismas aórticos; sin embargo, en los casos de BRUCKNER las cifras respectivas para estos tres apartados son 4,4, 78,2 y 4,4 por 100; queda el 13 por 100 restante con casos de trombosis idiopática, trombosis posiblemente

sifilitica y hepatoma primario con metástasis en el tórax. Es también de interés que el 70 por 100 de los casos de tumores malignos torácicos correspondían a un origen broncogénico (siete carcinomas broncogénos y siete no diferenciados).

Los síntomas y signos que presentan los enfermos con el síndrome de obstrucción de la vena cava superior corresponden a uno o ambos de estos dos grupos: Los debidos a la enfermedad primaria y los que son consecuencia de la propia obstrucción venosa. Los procesos no malignos que obstruyen la vena cava superior presentan, generalmente, de un modo exclusivo los hallazgos consecutivos a la obstrucción, excepto en los casos de aneurisma aórtico sifilitico y fistula arteriovenosa. En cambio, los procesos malignos pueden presentar solamente estos mismos hallazgos, pero, en ocasiones, se acompañan de los dependientes de la enfermedad primaria. La obstrucción venosa se caracteriza por hinchazón edematosas de la cabeza, cuello y brazos y parte superior del tórax; puede haber cefaleas, dolores torácicos, vértigos y disnea en posición prona o con el ejercicio. Otros hallazgos habituales son la congestión de las conjuntivas, coloración púrpura de la piel de la mitad superior del cuerpo, venas prominentes y dilatadas de la circulación colateral en la misma región y elevación de la presión venosa en el brazo en comparación con la presión normal en las piernas. La prueba final se obtiene por la demostración del sitio de la obstrucción y de la circulación colateral por el empleo intravenoso de medios de con-