

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS  
1959.

II Reunión Nacional Española.

Valencia, junio 1959.

Mesa de discusión: "Patología del mediastino".

1. Exploración del mediastino.
2. Síndromes agudos del mediastino.

3. Hemopatías y mioneuropatías de resonancia mediastínicas.

4. Patología ganglionar del mediastino.

5. Patología oncológica del mediastino.

Se admiten comunicaciones libres también sobre otros temas de Patología torácica. Para informes e inscripciones, dirigirse por escrito a la Secretaría, Córcega, 393, Barcelona.

El Regente, *Doctor A. Caralps*.

Barcelona, febrero 1959.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

LA CLINICA Y EL LABORATORIO. Doctor A. BALCELLS.—Editorial M. Marín. Barcelona, 1958.—Un volumen de 340 páginas.

Se trata de una pequeña monografía muy manejable, en la que el médico encuentra los datos que puede proporcionarle el laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades y como base para los tratamientos. No se crea que porque sea un libro breve y esquemático es un libro superficial; por el contrario, a través de su carácter sinóptico se advierte un profundo conocimiento de los problemas y un hondo criterio clínico. Por eso este libro no es un recordatorio, sino una auténtica guía para el clínico ante sus dificultades. Creemos que está llamado a adquirir una gran difusión entre los médicos y estudiantes.

MYCOSES ET CHAMPIGNONS PARASITES DE L'HOMME. Doctor M. ANSEL.—Editorial G. Doin & Cie. Paris, 1957.—Un volumen de 345 páginas con 107 figuras, 2.500 francos.

Constituye esta monografía una excelente síntesis de las enfermedades producidas por hongos, muchas de las cuales ofrecen cuadros clínicos no suficientemente conocidos. El autor hace un estudio inicial general de la biología de los hongos y terminología y de las lesiones elementales que producen, y estudia después los caracteres de los hongos, vida saprofítica, enfermedades que producen y su diagnóstico clínico, histológico y biológico. En un volumen no excesivo (345 páginas) se recoge lo más importante que necesita saber el médico sobre las micosis.

DIFFERENTIALDIAGNOSE NEUROLOGISCHER KRANKHEITSBILDER. G. BODECHTEL. — Editorial George Thieme. Stuttgart, 1958.—Un volumen de 975 páginas con 533 figuras, 120 DM.

Constituye este libro uno de los tratados actualmente más completos y a la par útil para el médico general o internista y para el estudiante en la clínica neurológica. La colaboración de varios autores bajo la dirección del profesor BODECHTEL, clínico internista con especial afición y experiencia por la neurología, constituye ya inicialmente una base de confianza. Se trata de una neurología vista desde el ángulo del diagnóstico diferencial, no partiendo del síntoma o del síndrome, sino del cuadro clínico. Así se describe sucesivamente el diagnóstico diferencial en las enfermedades del sistema nervioso periférico, polineuritis, examinando sus posibles etiologías

y el camino del diagnóstico. A continuación hácese lo mismo con los trastornos circulatorios del cerebro, meninges y médula, las enfermedades inflamatorias y la esclerosis en placas, los procesos expansivos o compresivos del cráneo y del estuche medular, las enfermedades degenerativas, las intoxicaciones, traumas, enfermedades musculares, ictus, cefaleas e inconsciencia, dedicándose los últimos capítulos a métodos auxiliares en el diagnóstico neurológico.

La obra es muy completa, la edición es sumamente cuidada y una gran cantidad de figuras (fotografías, radiografías, preparaciones y documentos gráficos) hacen la exposición muy objetiva y atractiva.

DIE NEUZEITLICHEN BRUSTWAND- UND EXTREMITÄTEN- ABLEITUNGEN IN DER PRAXIS. Doctor H. REINDELL y otros.—Editorial George Thieme. Stuttgart, 1958.—Un volumen de 192 páginas con 82 figuras, 29,50 DM.

Ya se dió noticia en esta Revista de ediciones anteriores de este interesante libro, que estudia la semiología de las derivaciones torácicas y monopares. En esta nueva edición se hacen varias ampliaciones, principalmente con respecto a la semiología de las ondas P y U, a la valoración de las hipertrofias bicamerales y a las modificaciones puramente funcionales de las ondas T, que pueden irrogar errores diagnósticos. Se estudian sucesivamente los métodos de las derivaciones, la semiología general de las mismas y, después, los aspectos de los bloqueos, los infartos, trastornos de conducción y repolarización, etc., etc. Hay una profusa y clara ilustración, a base de ejemplos muy bien elegidos, que aumenta la evidente utilidad del libro.

### LIBROS RECIBIDOS

"Patología de la columna vertebral". Clínica y roentgenología, por Schmort y Jungbaums.—Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1959.—Un volumen de 369 páginas con 419 figuras.

"Roentgenología del aparato digestivo" (dos tomos). por J. Buckstein. — Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1959.—Un volumen de 1.534 páginas con 897 figuras.

"Atlas de técnicas quirúrgicas", por R. Michel-Bechet.—G. Doin et Cie. Paris, 1958.—Un volumen de 580 páginas con 1.125 figuras, 25.000 francos.

## B) REFERATAS

**The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.**

18 - 2 - 1958.

- Insuficiencia adrenocortical con niveles basales normales de 17-OHCS: Implicaciones diagnósticas. N. A. Haydar, J. R. St. Marc, W. J. Reddy, C. J. Laidlaw y G. W. Thorn.
- \* Tratamiento del síndrome de Cushing con anfenona: Comunicación de dos casos, uno con probable timoma. E. P. McCullagh y H. A. Tretbar.
- Determinación del contenido de hormona del crecimiento en una pituitaria humana. C. A. Gemzell y C. H. Li.
- \* Iodotirosinas ligadas a péptidos e iodotironinas en la sangre de un enfermo con bocio congénito. L. J. De Groot, S. Postel, J. Litvak y J. B. Stanbury.
- Metabolismo de 17-OHCS libres y conjugados en enfermedad tiroidea. H. Brown, E. Englert y S. Wallach.
- Niveles séricos de fósforo inorgánico en el eunuquismo y en la debilidad mental. J. B. Hamilton y L. D. Bunch.
- Estudios de los corticosteroides suprarrenales. I. Determinación de corticosterona y cortisol en el plasma. R. S. Ely, E. R. Hughes y V. C. Kelley.
- Estudio de los métodos de Norymberski para la determinación de esteroides 17-cetogénicos en la orina. C. Soble, O. J. Golun, R. J. Henry, S. L. Jacobs y G. K. Basu.

**Anfenona en el síndrome de Cushing.**—Los autores trataron dos casos de síndrome de Cushing con anfenona (1,2-bis(p-aminofenil)-2-metilpropanona-1-diclorhidrato) antes de someterlos a la intervención quirúrgica. Las dosis empleadas fueron: por vía intravenosa, 1 gramo por hora en infusión gota a gota, y por vía oral, una cápsula de 0,5 g. cada hora y media a cuatro horas. En uno de los enfermos, que tenía además un tumor del mediastino anterosuperior, de probable origen tímico, el tratamiento intravenoso no produjo modificación de los 17-cetoesteroides urinarios; durante el tratamiento oral disminuyeron menos que los corticoides. En el segundo, que presentaba una depresión mental grave y una extraordinaria sensibilidad suprarrenal a la corticotropina, el tratamiento oral produjo una depresión de los 17-corticosteroides urinarios, pero más lenta que la de los corticoides. En ambos casos, el tratamiento con anfenona produjo una depresión en la formación y eliminación de glucocorticoides, revelada por las modificaciones de los 17-hidroxycorticoides en el plasma y en la orina.

**Estudios en un caso de bocio congénito.**—Los autores han estudiado la existencia de defectos metabólicos en un caso de bocio hipotiroideo congénito. La diiodotirosina y la tiroxina marcadas con iodo radiactivo se metabolizaron normalmente. La electroforesis del suero después de la adición de tiroxina marcada isotópicamente demostró cantidades normales de proteína captadora de la tiroxina. El iodo marcado fué concentrado rápidamente por la glándula y la administración de sulfocianuro potásico no produjo la liberación del yodo captado. El material endógenamente marcado en el suero era 60-65 por 100 insoluble en butanol. La fracción soluble era tiroxina y tiriodotironina. La fracción insoluble era una proteína anormalmente iodada, con la movilidad electroforética de la albúmina. Sin embargo, no era precipitada por un suero anti-albúmina. Es decir, la anormalidad tiroidea congénita en este sujeto se caracterizaba por la presencia en el suero de grandes cantidades de la proteína iodada metabólicamente inactiva.

**Gastroenterology.**

35 - 2 - 1958.

- El nuevo presidente. C. J. Barborka.
- Cambios patológicos en el intestino delgado en el sprue idiopático. Encuentros de biopsia y autopsia. H. W. Himes y D. Adlersberg.
- Respuesta secretoria condicionada del estómago después de emociones repetidas en un caso de úlcera duodenal. D. C. H. Sun, H. Shay, B. Diln y E. Weiss.
- La significación del prolaps de la mucosa gástrica. D. E. Dines, L. G. Bartholomew, J. C. Cain y G. D. Davis.

- El efecto del cigarrillo sobre la presión intragástrica y temperatura de los enfermos con úlcera duodenal. F. Cooper, H. W. Harrower, H. L. Stein y G. F. Moore.
- El efecto de la prednisona (Meticorten) sobre la secreción gástrica y excreción de orina y uropepsina en el perro. T. C. Plaines y A. J. Philippu.
- Una segunda aguja de biopsia del hígado. G. Menghini.
- \* Uropepsina en los stress emocionales crónicos. J. A. Venes, E. D. Rames y W. Simon.
- \* Enfisema intersticial intestinal (neumatosis quística intestinal). J. K. McGregor y D. A. McKinnon.
- Sprue fatal como síndrome secundario a pneumatosis quística intestinal extensa: Publicación de un caso. A. M. Yunich y N. F. Fradkin.
- El síndrome del dumping postprandial.

**Uropepsina en los stress emocionales crónicos.**—En enfermos con ansiedad crónica y esquizofrenia han encontrado los autores valores altos de uropepsinógeno, aunque no tan grandes como en los enfermos con úlcera. En este estudio demuestran que los sujetos normales tienen más actividad péptica durante la noche. En los sujetos ulcerosos los valores son altos tanto de día como en la noche, pero la elevación era mayor durante las horas de vigilia.

**Neumatosis quística intestinal.**—Los autores hacen una breve revisión de la literatura y presentan un caso en un niño de cuatro meses de edad. Aunque la causa de la enfermedad es desconocida, puede ser responsable de ella un número de factores. La enfermedad se caracteriza por la aparición de múltiples quistes gaseosos en los segmentos. Ocasionalmente puede ocurrir un fenómeno semejante en el estómago, colon y tejidos adyacentes. La mayoría de las veces se precede de un cuadro de disfunción intestinal y el cuadro clínico es oscuro. El diagnóstico generalmente se hace en la operación. Aunque algunos casos se han resuelto espontáneamente, cuando la enfermedad se hace crónica puede ocurrir obstrucción, perforación, neumoperitoneo y muerte. El tratamiento depende de la extensión de la enfermedad. Los casos menores pueden ser tratados con terapéutica conservadora; la intervención debe hacerse cuando hay complicaciones.

**Archives of Internal Medicine.**

102 - 2 - 1958.

- Control dietético de la hiperlipemia esencial. D. S. Amato y L. J. Hay.
- Síntesis y metabolismo de la heparina radioactiva. H. B. Eiber e I. Danishefsky.
- \* Encefalopatía en la enfermedad pulmonar. H. Bacchus.
- \* Crisis paratiroides. J. S. Hawson.
- Meningitis debida a Mima polymorpha. H. L. Fred, T. D. Allen, H. L. Hassel y Ch. F. Holtzman.
- Fistula duodenocólica benigna. E. E. Pautler, J. C. Woodall y J. G. Gaither.
- Intoxicación por salicatos en un adulto. D. C. Schadt y D. C. Purnell.
- Enfermedades infecciosas. H. A. Reimann.
- Hierro. R. Demulder.
- Una bibliografía de Medicina interna: Fibrilación auricular. A. L. Bloomfield.
- Aldosterona. J. A. Luetscher y A. H. Lieberman.

**Encefalopatía en la enfermedad pulmonar.**—Son presentados dos casos con síntomas y signos de hipertensión intracraneal debida a enfermedad pulmonar. Los signos parecen ser: a) Defectos de difusión y de ventilación en los pulmones. b) Dolores de cabeza, estupor o coma asociado con arreflexia o signos neurológicos focales. c) Aumento de la presión del L. C. R. asociado con edema de papila e ingurgitación de las venas retinianas; y d) Disminución de las proteínas en el L. C. R. Son discutidos los mecanismos probables.

**Crisis paratiroides.**—La fase aguda del hiperparatiroidismo puede ser rápidamente fatal. Se caracteriza por una exacerbación de los signos y síntomas del hiperparatiroidismo crónico con una rápida subida del calcio



y eventualmente también en los niveles del fósforo. El nivel crítico del calcio sérico viene a ser de 17 mg. por 100. Una ingestión alta de calcio o/y una movilización puede precipitar la crisis en un enfermo con hiperparatiroidismo. Es presentado el 23 caso de crisis paratiroidea, siendo diagnosticado en la autopsia. Es revisado y discutido el cuadro clínico de esta enfermedad. Las mejores recuperaciones, en cuanto al tratamiento, las ofrece la cirugía, aunque el uso de agentes quelantes para bajar temporalmente el calcio puede ser un medio efectivo de tratamiento en el futuro.

### Annals of Internal Medicine.

49 - 2 - 1958.

- Aspectos bioquímicos y genéticos de la anemia hemolítica por sensibilización a la primaquina. A. S. Alving, R. W. Kellermeyer, A. Tarlov, S. Schrier y P. E. Carson.
- El tratamiento de la meningitis criptocócica con Anfotericina B. Un nuevo agente fungicida. M. J. Fitz Patrick, H. Rubin y Ch. M. Poser.
- Bloqueo cardíaco completo. J. C. Rowe y P. D. White.
- Hipotiroidismo inducido con  $I^{131}$  en la angina de pecho intractable. E. C. Albright, P. D. Soder y Ch. W. Crumpton.
- Enfermedad cardíaca reumática en el embarazo. H. Gorenberg y L. C. Chesley.
- Metabolismo basal, iodo proteico y captación de iodo radioactivo. Estudio comparativo. H. F. Luddecke.
- La influencia de la terapéutica con penicilina sobre la aparición de Klebsiellae en el esputo. G. M. Eisenberg, W. Weiss y H. F. Flippin.
- Carcinoma de colon antes de los cuarenta años. J. A. Ezzo, J. F. Sullivan y R. E. Mack.
- Anemia aplásica: Análisis de 40 casos. D. N. Mohler y B. S. Leavell.
- La significación fisiológica y clínica de la eritropoietina. C. W. Gurney, L. O. Jacobson y E. Goldwasser.
- Una nueva teoría de la interferencia con el mecanismo de la coagulación. El complejo de euglobulina con factor V, factor VII y protrombina. H. H. Henstell y M. Kligerman.
- Epidemia de histoplasmosis en Wisconsin. K. R. Wilcox, B. A. Wisbren y J. Martin.
- Clonorchiasis simensis: Manifestaciones clínicas y diagnóstico. L. Ehrenworth y R. A. Daniels.
- Pericarditis con derrame. I. Steinberg.
- Agrandamiento parotídeo en la cirrosis del hígado. I. B. Brick.
- Bacteriemia causada por *Mima polymorpha*. E. Wasserman.
- Linfoblastoma cutáneo: Un caso de sarcoma de células reticulares con manifestaciones cutáneas y una breve pero dramática remisión con prednisona. G. E. Gorsuch.
- Deficiencia congénita del acelerador de la conversión de la protrombina (SPCA). H. A. Dann, H. W. Fisher, L. Burnett y D. Briggs.
- Sarcoidosis con participación de la glándula pituitaria. A. Jackson y T. R. Hood.
- Horizontes genéticos de la Medicina. Editorial.

**Significación fisiológica y clínica de la eritropoietina.** Las investigaciones animales indican que la eritropoiesis depende del efecto estimulador de ciertas hormonas. Estas, designadas como eritropoietina, es necesaria para la eritropoiesis y regula su intensidad. La eritropoietina puede ser demostrada en el plasma, y en los extractos de plasma y orina, midiendo el efecto que dos inyecciones de tales preparados ejercen sobre la eritropoiesis de las ratas. La intensidad de la eritropoiesis se mide por la incorporación, a las dieciséis horas, de una dosis trazadora de  $Fe^{59}$  en los hematíes circulantes. La sensibilidad del ensayo se aumenta si la eritropoiesis es deprimida antes por hipofisectomía o transfusión. Concentrando extractos de plasma normal humano se pueden demostrar propiedades eritropoieticas en el plasma normal. Sin concentrar el plasma se puede, frecuentemente, demostrar esta propiedad si la sangre contiene menos de 8 gr. por 100 de hemoglobina.

**Agrandamiento de las parótidas en la cirrosis del hígado.**—Son presentados dos casos de agrandamiento bilateral de las parótidas en enfermos con cirrosis del hígado. En la experiencia de los autores americanos e ingleses esta incidencia es mínima. Sin embargo, ha sido publicado por autores en Italia y Francia, ocurriendo con sorprendente frecuencia. Se discute la relación que pueda tener con la mala nutrición. La biopsia de las parótidas en estos casos no demostró nada anormal. La relación entre las lesiones pancreáticas en enfermos con cirrosis y este aumento parotídeo es discutido por el autor.

### Surgery, Gynecology and Obstetrics.

106 - 6 - 1958.

- \* Pólipos linfoides (linfoma benigno) del recto y ano. F. Holtz y L. A. Schmidt.
- Falta de la migración de la abertura rectal como causa de la mayoría de los casos de ano imperforado. A. H. Bill y R. J. Johnson.
- Carcinomas multicéntricos de la cavidad oral. Ch. G. Moertel y E. L. Foss.
- \* Lesiones de las glándulas salivares. D. G. AcEachen, D. F. Moore, E. M. Manson y T. A. Watson.
- Comparación de los cambios "in vivo" después de la administración de líquido de obstrucción con estrangulación y toxina de *Clostridium welchii*. W. O. Barnett y W. A. Neely.
- El aspecto de curación de las heridas de autoinjertos cutáneos y homoinjertos cutáneos en la rata. J. M. Arguedas y R. P. Tamayo.
- El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia aórtica por revisión plástica abierta de la válvula aórtica tricúspide a una válvula bicúspide. J. J. Garamella, J. G. Andersen y R. Oropeza.
- La papila de Vater y las porciones distales del conducto biliar común y el conducto de Wirsung. H. F. Newman, S. B. Weinberg, E. B. Newman y J. D. Northup.
- Supervivencia de cinco años después de resección anterior por carcinoma del recto y rectosigmoide. Ch. W. Mayo, M. Y. Laberge y W. M. Hardy.
- La historia natural del paciente con cirrosis hepática con varices esofágicas después de la primera hemorragia masiva. R. Cohn y F. W. Blaisdell.
- Un estudio de la efectividad de la cardioneumonopexia con "alta presión" en la revascularización miocárdica. J. F. Prudden.
- Implantación experimental de homoinjertos arteriales en el miocardio ventricular. D. C. Sabistony E. W. Finkelsrud.
- La auscultación como una importante ayuda para el diagnóstico de las fracturas. J. C. Colwill y E. H. Berg.
- Las estructuras glandulares del cervix uterino. C. F. Fluhmann.
- Excisión simple de la lámina separada en la espondilolisis. E. M. Todd y W. J. Gardner.
- Folículos linfoides en el cervix uterino. N. J. Detrakopoulos y R. R. Greene.
- Tratamiento preoperatorio de la anemia por pérdida sanguínea. E. Beutler.
- La técnica de la anastomosis de las pequeñas arterias. B. Seidenberg, E. S. Hurwitz y Ch. A. Carton.
- Televisión radioscópica durante las operaciones sobre el tracto biliar. P. M. Guy.
- Una técnica para el control temporal de la hemorragia durante la ligadura-sutura transesofágica de las varices esofágicas. R. M. Hood.
- Una técnica empleando la hipotermia para la reparación de los defectos septales auriculares. F. J. Lewis y S. A. Niazi.

**Pólipos linfoides del recto y ano.**—El estudio histológico de 24 casos de pólipos linfoides lleva a la conclusión de que estas lesiones son el resultado de la inflamación crónica, probablemente en los sitios de anomalías anatómicas pequeñas. La naturaleza benigna fué confirmada por estudios posteriores en 21 de 24 casos. El término pólipos linfoides es preferible al de linfoma benigno.

**Lesiones de las glándulas salivares.**—Ciento cincuenta y cinco casos de lesiones de las glándulas salivares vistos en la Clínica del Cáncer de Saskatoon desde 1932 a 1958 son revisados por los autores. Ciento veintinueve eran neoplasias. Setenta y nueve de estas neoplasias eran tumores mixtos benignos. Los tumores mixtos benignos tienen un 6 por 100 de recaídas. Y los tumores malignos tienen una supervivencia a los cinco años del 65 por 100. En general, el tratamiento fué quirúrgico más irradiación postoperatoria. Son presentados los detalles de la técnica y dosis usadas.

### The Journal of the American Medical Association.

167 - 6 - 7 de junio de 1958.

- Algunos avances recientes en nutrición. T. D. Spies.
- Exantema por virus ECHO-9. J. T. Prince, J. W. St. Geme y W. F. Scherer.
- Tratamiento de la insuficiencia pulmonar por la fenestración traqueal. E. Mayer, Ch. F. Blazsik e I. Rappaport.
- \* Glomerulonefritis difusa como complicación de la endocarditis bacteriana subaguda. F. B. Flood y R. J. Boller.
- Experiencias clínicas con el Warfarin (Coumadin) sódico como un anticoagulante. S. Baer, M. W. Yarrow, Ch. Kravitz y V. Markson.

- Tratamiento de la respuesta alérgica a la penicilina. F. O. Warren.
- Enfermedad cardíaca coronaria en los primeros jugadores de fútbol. W. C. Pomeroy y P. D. White.
- Causas múltiples de deficiencia de hierro en los niños. C. W. Woodruff.
- Cálculos urinarios. F. C. Hamm, S. R. Weinberg, D. Karsky, L. Kerner y Ph. Lewis.
- Prurito de una causa rara: Acaros de pájaro. M. M. Cahn y F. R. Shechter.
- \* Trietilfosforamida en el tratamiento de las metástasis cerebrales malignas. P. L. Davis, M. H. Shumway y B. Siu.
- Un estudio de ciertas infecciones por enterovirus no poliomiélticas y poliomiélticas. W. McD. Hammon, D. S. Yohn, E. H. Ludwig, R. A. Pavia, G. E. Sather y L. W. McCloskey.
- Estado actual de la terapéutica de las anemias. H. C. Lichtman.

**Glomerulonefritis difusa como una complicación de la endocarditis bacteriana subaguda.**—La glomerulonefritis proliferativa difusa es una rara complicación de la endocarditis bacteriana subaguda. En una revisión de 52 casos de endocarditis bacteriana subaguda, NEWMAN y colaboradores encontraron solamente un caso de glomerulonefritis difusa, aunque ocho enfermos tenían insuficiencia renal. BAEHR publicó nueve casos de glomerulonefritis difusa en 77 casos de endocarditis bacteriana subaguda. Los autores de este trabajo presentan el caso de una enferma con una larga historia de intervenciones quirúrgicas en el abdomen y fiebres recurrentes y que, finalmente, tenía hematuria, oliguria, retención ureica y otros síntomas, y signos de uremia. Antes de su muerte se notó un roce pericárdico y tuvo una grave melena. Los hallazgos significativos en la autopsia estaban limitados al corazón, riñones y ciego; el diagnóstico fué de endocarditis vegetativa subaguda implantada sobre una antigua valvulitis reumática, petequias en el ciego y glomerulonefritis difusa subaguda. Los autores recuerdan las experiencias de LILLEHEI y cols., que en una serie de perros construían fistulas arteriovenosas, y entonces eran capaces de provocar endocarditis bacteriana en el 100 por 100 de los animales a los que se les inyectaba pequeña cantidad de bacterias, no ocurriendo nunca en los que no tenían fistulas. Ellos vieron que el 40 por 100 de estos perros infectados desarrollaban glomerulonefritis proliferativa aguda en una semana a cinco meses después de ocurrir la endocarditis. Estos autores postularon que la susceptibilidad endotelial era creada en el corazón y en los riñones por el stress cardiovascular.

**Trietilfosforamida en el tratamiento de las metástasis cerebrales malignas.**—Un cáncer oculto de la cola del páncreas metastatóz en el tallo pituitario en una enferma de sesenta y ocho años, causando un síndrome de diabetes insípida. La respuesta de esta enferma a la inyección intracarotídea de trietilfosforamida fué muy buena temporalmente. En un addendum los autores refieren que ocho pacientes más, con metástasis cerebrales de cáncer de mama y tres con origen en el pulmón, fueron tratados de igual manera. Todos estaban inconscientes en el momento del comienzo del tratamiento. Cuatro a seis horas después de la inyección estaban despiertos y conscientes. En seis días volvieron a su actividad normal. A los once meses solamente un paciente había muerto; todos los demás viven con el cáncer y son mantenidos por repetidas inyecciones intracarotídeas cada seis o nueve semanas. Las metástasis cutáneas localizadas responden a las inyecciones locales intratumorales.

167 - 7 - 14 de junio de 1958.

- \* Precauciones en el uso de las drogas antihipertensivas, incluyendo la clorotiazida. R. W. Wilkins.
- Respuesta renal al ejercicio. Encuentros urinarios. E. P. Alyea y H. H. Parish.
- Acción diurética de dos inhibidores de la carbónico anhidrasa en la insuficiencia congestiva. H. Gold, Th. H. Greiner, L. Warhaw, N. T. Kwit y A. Ganz.
- Resultados del uso prolongado de la Tobutamida (Orinase) en la diabetes mellitus. H. Mehnert, R. C. Dávalos y A. Marble.
- Placas de gafio para la fijación del maléolo tibial medio. W. A. Zuelzer.
- Colocación retroesternal del colon ascendente para la sustitución esofágica. G. J. Haupt, J. Y. Templeton y J. H. Amadeo.

- Distrofia simpática refleja posthemipléjica. E. Moskowitz, H. F. Bishop y K. Shibutani.
- Administración intraarticular de hidrocortisona en altas concentraciones. B. N. Norcross.
- Incisión de Cherney en la cirugía urológica. L. W. Riba, M. L. Mason, W. H. Mehn y E. Bligg.
- \* Neuritis mediana (síndrome del túnel del carpo) causada por tofos gotosos. L. E. Ward, W. H. Bickel y K. E. Corbin.
- Bloqueo regional en la muñeca de los grandes nervios de la mano. P. J. Burnham.
- Tratamiento dietético de los adultos con diabetes mellitus. W. K. Daughaday.

**Precauciones en el uso de drogas antihipertensivas incluyendo la clorotiazida.**—El fin de la terapia antihipertensiva debería ser bajar la presión arterial gradualmente usando las drogas más seguras y que menos síntomas produzcan colateralmente: las dosificaciones son determinadas por la observación del paciente cada semana o meses. Deberá ser usada primeramente una de las varias preparaciones de Rauwolfia; una segunda droga, el Veratrum, será añadida si la prueba con la primera nos ha demostrado que es inadecuada. Esta puede dar efectos colaterales como náuseas, vómitos, raramente arritmia cardíaca y colapso. La tercera droga a ensayar es la hidralazina: ésta es una droga hipotensiva potente, pero ésta puede tener efectos tóxicos agudos y crónicos. La cuarta droga es la clorotiazida, que puede, además de un fuerte efecto hipotensor, diuresis y rápida depleción corporal de potasio. La dosis debe ser mantenida baja, y los pacientes que la toman prolongadamente deben tomar potasio. Una quinta clase de drogas hipotensoras son los bloqueantes ganglionares, las dosis de los cuales son críticas y deben ser adoptadas en cada caso particularmente. Estas drogas pueden ser usadas en combinación con las otras, pero los cambios deben ser instituidos gradualmente. Usando dosis efectivas mínimas de drogas en combinación, puede obtenerse un régimen antihipertensivo seguro.

**Neuritis mediana causada por tofos gotosos.**—El síndrome compresivo del nervio mediano en la muñeca ha sido llamado de diversas maneras: neuritis mediana, neuritis tenar mediana, neuritis mediana profesional o de ocupación, atrofia neural tenar, parálisis mediana tardía, neuropatía mediana y síndrome del túnel del carpo. PAGET hace cien años llamó la atención sobre la parálisis tardía del mediano que aparecía después de las fracturas de la muñeca: creyó que su causa era la compresión del nervio bajo el ligamento carpal transversal por la presencia de callos o tejidos indurados. HUNT lo atribuyó a la compresión de la rama tenar del nervio mediano. MARIE y FOX notó que el nervio mediano podía ser comprimido por debajo del ligamento carpal transversal y sugirió que el tratamiento podría hacerse por la sección de este ligamento. WOLTMAN, ZACHARY, CANNON, LOVE y BRAIN propugnaron el tratamiento de la neuritis mediana por medios quirúrgicos de descompresión del nervio. Las causas de compresión son: trauma, microtrauma ocupacional, acromegalia, osteoartritis, engrosamiento inespecífico del ligamento carpal transversal o de la vaina del tendón flexor, artritis reumatoide, enfermedad amiloidéa, mixedema, neuroma, pleonostosis de Leri, arteria anómala, ganglión carpal e hinchazón nocturna idiopática de las manos. En la experiencia de los autores la causa más frecuente es la tenosinovitis de los tendones flexores en la artritis reumatoide. Los autores publican un caso de compresión bilateral del nervio mediano con neuritis, en que la particularidad consistía en que la compresión se hacía por tofos gotosos.

167 - 8 - 21 de junio de 1958.

- Estudio electroencefalográfico de personas antes y después de la vacunación poliomiéltica. E. L. Gibb y F. A. Gibb.
- Aneurisma intracraneal en el enfermo geriátrico. E. A. Smolik y F. P. Nash.
- Pérdidas fetales, prematuridad y mortalidad infantil. Apreciación de la situación local. L. Maumgartner y J. Pakter.
- Muertes al nacimiento. M. M. Eliot.
- Pérdida fetal, prematuridad y mortalidad infantil. L. J. Verhoestraete y R. R. Puffer.



- \* El tratamiento de la psoriasis y otras dermatosis con la Triamcinolona (Aristocort). W. B. Shelley y D. M. Pillsbury.
- Fenómenos electrocardiográficos estáticos y dinámicos en la enfermedad coronaria. H. D. Levine.
- \* Triamcinolona en el tratamiento de la artritis reumatoide. E. F. Hartung.
- Actividad cardíaca en un feto humano apnéico de 580 gramos. J. A. Miller y A. Marini.
- Efectos de los agentes tranquilizadores sobre la captación de yodo radioactivo en la glándula tiroides. M. T. Friedell.
- Pérdida aguda de sangre requiriendo 58 transfusiones. W. J. Gardner y D. F. Dohn.
- Ictericia fatal asociada con tratamiento de iproniazida (Marsilid). A. G. Frantz.
- Calcificación periventricular y enfermedad de inclusión citomegálica en un niño recién nacido. G. Daurelle, G. F. Smith y W. Riemer.

**El tratamiento de psoriasis y otras dermatosis con triamcinolone (aristocort).**—Sesenta enfermos con psoriasis fueron tratados con triamcinolona, un corticoesteroide, en dosis de 12 a 16 mg. diariamente por vía oral. En 36 de los pacientes fué pronta y eficaz: en una semana las escamas y el eritema disminuyeron significativamente y dos a cuatro semanas de dosificación adecuada y continuada el psoriasis estaba en algunos pacientes completamente borrado. Cuando cesó la terapéutica, o se redujo la dosis, las lesiones generalmente reaparecieron. Los restantes 24 enfermos no tuvieron respuesta. Una gran variedad de efectos colaterales fueron observados. Algunos fueron favorables, tales como el crecimiento del pelo en la alopecia areata, y muchos fueron desfavorables, como llamaradas, hiperhidrosis, hirsutismo facial y cambios del contorno facial. La triamcinolona demostró fuertes efectos antialérgicos, anti-reumáticos y antiinflamatorios, y es útil en gran cantidad de dermatosis. Su uso en el psoriasis debe limitarse a los casos extensos agudos, no controlables por otros medios, o a las formas extensas, crónicas y graves.

**Triamcinolona en el tratamiento de la artritis reumatoide.**—La adición de un átomo de flúor en la posición 9 alpha a la hidrocortisona aumenta la acción antiinflamatoria en siete veces de la hidrocortisona, los efectos anti-reumáticos diez veces y el efecto de depósito de glucógeno trece veces, pero también aumenta el efecto de retención de sodio hasta cincuenta veces más que la hidrocortisona. La adición de un doble enlace entre los átomos de carbono 1 y 2 a la forma delta-9-alpha-fluorohidrocortisona resulta en los mismos efectos antiinflamatorios y anti-reumáticos, pero no disminuye la propiedad de retención de sodio. Sin embargo, la adición de un radical hidroxilo en la posición 16 a este último compuesto, mientras que disminuye las propiedades anti-reumáticas (cuatro veces la de la hidrocortisona), neutraliza completamente los efectos de retención de sodio, produciendo por el contrario efecto eliminador de sodio. El tratamiento con corticosteroides de la artritis reumatoide debería ser usada solamente después de seria consideración de las potencialidades de los esteroides empleados, los efectos colaterales y otros riesgos. La triamcinolona es supresiva de la inflamación y manifestaciones reumáticas en dosis proporcionales a aquellas de prednisona y prednisolona. Las ventajas de triamcinolona sobre los otros esteroides parecen ser los muy pocos y menos graves síntomas gastrointestinales, menos irritación psíquica y nulo efecto sobre la presión arterial.

167 - 9 - 28 de junio de 1958.

- \* Tratamiento del síndrome del dumping. G. L. Jordan.
- \* Tumor testicular metastásico tratado con nitrofurazone. M. J. Szczukowski, A. L. Daywit y H. Elrick.
- Pulmón de granjero. H. A. Dickie y J. Rankin.
- El aparato de anestesia, inhalador de oxígeno y resucitador de la Western Reserve. R. A. Hingson.
- ¿La terapéutica de oxígeno es origen de las infecciones de hospital? C. R. Macpherson.
- Un nuevo aparato para la respiración artificial. J. Tremolieres.
- Responsabilidades y métodos en el mantenimiento de la homeostasis en el enfermo inconsciente. R. Adams y A. E. Adams.
- Papel de la respiración a presión positiva intermitente postoperatoriamente. N. E. Rody y J. Crepeau.

- Temor cardíaco, reconocimiento cardíaco y enfermedad iatrogénica. E. O. Wheeler, Ch. R. Williamson y M. E. Cohem.
- Antígenos múltiples para la inmunización contra la poliomielitis, difteria, tos ferina y tétanos. C. D. Barret, E. A. Timm, J. G. Molmer, B. I. Wilner, Ch. P. Anderson, H. E. Carnes e I. W. McLean.
- Nueva aguja de biopsia pleural. C. Cooe.
- Método para determinar la presión venosa. T. M. Blake y P. C. McLain.
- Ictericia obstructiva remitente con epilepsia jacksoniana. Control del sudor axilar y olor corporal. F. Herrmann y M. B. Sulzberger.
- Estudio de las reacciones fatales a la penicilina. A. Rosenthal.

**Tratamiento del síndrome del Dumping.**—Es importante reconocer que la incidencia actual del síndrome del dumping es alta en el paciente no tratado; teniendo en cuenta que un tratamiento dietético en período precoz postgastrectomía puede prevenir estos síntomas, solamente un pequeño porcentaje de enfermos debería tener alguna dificultad significativa. El tratamiento ideal de este síndrome es el prevenirlo, y por varios autores han sido advocatedas diversas técnicas de gastrectomía para producir una menor incidencia de él, pero ninguna de ellas ha sido uniformemente fructífera en manos de todos los investigadores. Aproximadamente la mitad de los enfermos con síntomas medianos no desearon tratamiento y el resto fueron tratados satisfactoriamente por dieta o reclinación postprandial. Ninguno de los pacientes considerados como portadores de síntomas severos deberá ser tratado con la dieta o la reclinación; sin embargo, la condición de alguno de estos enfermos se mejoró por el uso de antiespasmódicos y transfusiones de sangre.

**Tumor testicular metastásico tratado con nitrofurazone.**—Un teratocarcinoma testicular presentado en un hombre de treinta y cinco años fué tratado inicialmente por procedimientos quirúrgicos y posteriormente por la irradiación de las regiones inguinal y abdominal. Las radiografías de tórax demostraron inicialmente la ausencia de metástasis, pero después se vieron la aparición gradual de lesiones pulmonares, hasta seis meses después de la operación, en que eran visibles 12 a 13 de tales lesiones. La administración de nitrofurazone en dosis de medio gramo dos veces al día (después tres veces) por boca, se siguió de la completa desaparición de algunos de estos nódulos. El comienzo de una neuritis periférica severa hizo que se tuviera que suspender el tratamiento. Los síntomas de invasión pulmonar recurrieron de nuevo y las radiografías mostraron un crecimiento en el número y tamaño de las lesiones pulmonares. El enfermo murió de metástasis en pulmones, hígado, cerebro, pericardio y ganglios linfáticos regionales. Esta historia es similar a la publicada por otros autores, tanto por los efectos terapéuticos como por los colaterales de la nitrofurazone, e indica la importancia de pruebas ulteriores con esta droga y sus derivados.

## The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

50 - 6 - 1958.

- Un brote familiar de histoplasmosis. I. Estudios clínicos y de laboratorio y curso de los enfermos. K. P. Kolb y C. C. Campbell.
- Un brote familiar de histoplasmosis. II. Estudios epidemiológicos. C. C. Campbell.
- Hemorragia excesiva generalizada en enfermos que sufren cirugía mayor y que reciben múltiples transfusiones de sangre. M. B. Zucker, M. Siegel, E. E. Clifton, J. W. Bellville, W. S. Howland y C. E. Grossi.
- Estudios sobre transporte y metabolismo del hierro. X. Sobrecarga de hierro de larga duración en perros. E. B. Brown, R. Dubach, D. E. Smith, C. Reynafarje y C. V. Moore.
- \* Estudios sobre fragilidad osmótica de los hematíes en anemias ferropénicas. S. N. Groch y D. G. Hanlon.
- Eliminación urinaria de mucopolisacáridos ácidos en enfermos con lupus eritematoso. N. Di Ferrante, W. C. Robbins y C. Rich.
- \* La distribución de las toxinas en estafilococos coagulasa positivos aislados de infecciones y portadores. N. A. Hinton y J. H. Orr.

Determinación de la eliminación urinaria de vitamina B<sub>12</sub> marcada con radiocobalto por precipitación con sulfuro de cobalto. D. S. Kinnory, E. Kaplan, Y. T. Oester y A. A. Imperato.

La determinación de inulina en sangre y orina usando glucosa oxidasa para la eliminación de la glucosa que pueda interferir. E. R. Froesch, J. B. Reardon y A. E. Renold.

**Fragilidad osmótica en las anemias ferropénicas.**—A menudo hay dificultades para establecer sobre bases morfológicas el diagnóstico diferencial entre la anemia ferropénica y la forma incompleta de leptocitosis hereditaria (talasemia menor). Se ha solido admitir que la diferenciación puede hacerse por el aumento de la resistencia a la lisis por mecanismo osmótico en la talasemia menor. Los autores estudian 27 casos de anemia ferropénica en los cuales la causa de la deficiencia de hierro estaba bien patente. Encuentran en todos menos uno una disminución de la fragilidad osmótica. Si bien el mecanismo de esta alteración no está perfectamente explicado, esta observación suprime todo valor a las pruebas de fragilidad osmótica de los hematíes para el diagnóstico diferencial de la anemia ferropénica y la talasemia menor.

**Toxigenicidad de estafilococos coagulasa positivos.**—Los autores estudian 570 razas de estafilococos coagulasa positivos, que dividen en tres grupos según su origen; en el primer grupo están los procedentes de infecciones estafilocócicas sin lesión previa (forúnculos, ántrax); en el segundo, los de infecciones asentando sobre lesiones anteriores: heridas, quemaduras, úlceras y tumores, y el tercer grupo está constituido por estafilococos aislados de la nariz de portadores sanos. La producción de hemolisinas alfa y delta y de estafiloquinasa es mayor en las razas del grupo primero que en las del segundo, y a su vez mayor en éstas que en las del tercero. En el grupo de los portadores, la toxigenicidad es mayor en las razas aisladas de personal hospitalario que en las aisladas de la población general. Es decir, la toxigenicidad marcha paralela a la virulencia deducida teóricamente, lo cual no significa que la toxigenicidad sea el único determinante de la virulencia; lo único que se puede afirmar es que la producción de toxinas alfa y delta y de estafiloquinasa es característica de las razas más virulentas. Por lo que se refiere a la producción de beta hemolisina, no se vieron diferencias apreciables entre los tres grupos.

### The American Journal of Clinical Nutrition.

6 - 2 - 1958.

Simposio sobre el medio de acción de los factores lipotrópicos en la nutrición. Introducción. R. E. Olson. Biosíntesis de la colina y betaina. J. A. Stekol. La biosíntesis de los fosfolípidos. E. P. Kennedy.

- \* Papel de la colina en la oxidación hepática de la grasa. C. Arton.
- El papel de la colina en el metabolismo de los fosfolípidos. D. B. Zilversmit y N. R. Di Luzio.
- Hígados grasos nutritivos en ratas. A. E. Harper.
- Papel de los antagonistas de la colina y de la metionina en el metabolismo. I. C. Wells.
- Las lesiones renales en el déficit de colina. W. H. Griffith.
- \* Enfermedad vascular asociada al déficit de colina en la rata. G. F. Wilgram.
- Hígado graso en el hombre y papel de los factores lipotrópicos. G. J. Gabuzda.
- Hígado graso en los niños (Kwashiorkor). S. Frenk, F. Gómez, R. Ramos Galván y J. Cravioto.
- Acción de las dietas bajas en proteínas sobre la colesterolemia en el hombre. R. E. Olson, J. W. Vester, D. Gurse, N. Davis y D. Longman.
- Acción de los factores lipotrópicos sobre la lipemia y enfermedad vascular en el hombre. T. D. Labecki.

**Papel de la colina en la oxidación hepática de la grasa.**—La administración de colina en ratas en déficit de otros factores aumenta la oxidación de ácidos grasos añadidos a tejidos "in vitro". Esto se acompaña de disminución de grasa y aumento de la síntesis de lecitinas en el hígado, lo que sugiere que la colina favorece la oxidación de los ácidos grasos aumentando la formación de lecitina. Sin embargo, en hígados pobres en proteínas pertenecientes a ratas que han tomado dietanolamina, sustancia que probablemente interfiere en la formación de lecitinas, se ha visto que hay una oxidación aumenta-

da de ácidos grasos junto con valores bajos de lecitina y de grasa. Por otra parte, como los mismos resultados se obtienen con la cistina o el tocoferol, la acción lipotrópica de la colina no puede ser explicada simplemente porque aumente la oxidación de los ácidos grasos en el hígado, y es probable que exista más de un mecanismo para explicar la acción lipotrópica de la colina. Los hallazgos más recientes han oscurecido unos hechos que hace años nos parecían muy claros en relación con el papel de la colina en la oxidación de los ácidos grasos del hígado, cuestión que en la actualidad queda abierta a futuras investigaciones.

**Enfermedad vascular asociada con déficit de colina en la rata.**—La colina tiene sin duda importancia en el metabolismo de la grasa hepática. En los complicados procesos del transporte de la grasa, objeto de estudio en muchos laboratorios, la colina parece jugar un papel importante. Un déficit acusado de colina en la dieta de las ratas conduce a una profunda alteración de los tejidos cardiovasculares que sugiere la gran importancia que tiene conocer los mecanismos que intervienen en el mantenimiento de la integridad de los tejidos cardiovasculares. Las dietas mixtas suministran una adecuada cantidad de colina. No parece que exista un fundamento fisiológico que justifique el uso terapéutico de la colina en un sujeto con una dieta suficiente en ella.

6 - 2 - 1958.

- \* Anemia macrocítica nutritiva grave en sujetos con alteraciones emotivas. R. W. Monto, D. Kavanaugh y J. W. Rebuck.
- Acción de la proteína, grasa y colina de la dieta sobre los lípidos y lipoproteínas del suero en la rata. R. E. Olson, J. R. Jablonski y E. Taylor.
- Estado nutritivo de niños adolescentes seleccionados. E. A. Donald, N. C. Esselbaugh y M. M. Hard.
- La pérdida de calcio, fósforo, hierro y nitrógeno en el cabello de la mujer. F. A. Johnston.
- El metabolismo de la albúmina del suero del hombre durante el ayuno breve. N. S. Gimbel y C. Riegel.
- Necesidades de ácido ascórbico en los adultos. E. Huhl.
- \* Adaptación nutritiva a una dieta baja en calorías, proteínas, vitaminas y minerales en los tropicales. C. L. Pathak.
- Calcificaciones renales en ratas alimentadas con leche. P. Sambhavophol, E. B. Bosworth y M. McCay.
- Valores de colinesterasa en los niños de la América Central en relación con su estado nutritivo. G. Arroyave, R. Feldman y N. S. Scrimshaw.

**Anemia macrocítica nutritiva grave en sujetos con alteraciones emotivas.**—Se estudian varios casos de mujeres jóvenes con alteraciones emotivas, ingestión inadecuada de alimentos, glositis, anemia macrocítica grave, megaloblastos en la médula ósea y acidez gástrica conservada, sin alteraciones hepáticas ni trastornos en la alteración intestinal. Las vitaminas del complejo B son esencialmente para el mantenimiento de un sistema nervioso central normal. La anemia macrocítica nutritiva, el sprue y la anemia macrocítica del embarazo responden específicamente al ácido fólico, sugiriendo con ello que esta anemia es el resultado de una ingestión o absorción inadecuada de esta vitamina esencial. Se propone la teoría de que el ácido fólico y la vitamina B<sub>12</sub> actúan como coenzimas a diferentes estados de la síntesis de las nucleoproteínas. Una interrupción de este proceso da lugar a un cuadro megaloblástico en la médula ósea seguido de una anemia macrocítica.

**Adaptación nutritiva a la ingestión de dietas pobres en calorías, proteínas, vitaminas y minerales en los tropicales.**—El estudio de la dieta de 240 personas, estudiantes y mendigos, seleccionados, muestra ser constantemente baja en calorías, proteínas animales, vitaminas y minerales. El examen clínico no acusa déficit nutritivo en el 93 por 100 de los mendigos, aunque su estado de nutrición es inferior al de los estudiantes en lo que se refiere al peso. El examen radiológico indica una calcificación normal del esqueleto. Estas dietas bajas no parecen tener influencia sobre el desarrollo y crecimiento de los niños ni sobre el embarazo y lactancia de las mujeres que pertenecen al grupo de los mendigos. Parece ser que en el organismo sometido prolongadamente a una dieta pobre se desarrolla una especie de adaptación nutritiva que se mantiene incluso bajo las exigencias del embara-



zo o de la lactancia. La adaptación nutritiva puede funcionar ejerciendo una economía interna muy rígida en interés de las funciones más importantes.

## Archives of Neurology and Psychiatry.

79 - 2 - 1958.

- Deficiencia mental. A. S. Dekaban.
- \* Diagnóstico de la schistosomiasis cerebral. J. F. Hammarsten.
- Uso del Difenilhidantoína sódica (Dilantin) parenteral en el control del status epiléptico. C. H. Carter.
- \* Hemorragia subaracnoidea con edema de papila debida a neurofibroma espinal. L. Halpern, S. Feldman y E. Peyser.
- Electromiografía en las hernias de los discos lumbares. R. A. Mendelshon y A. Sola.
- Lesiones por hiperextensión de la médula cervical. E. Alexander, C. H. Davis y Ch. H. Field.
- La fase megalocéfálica de la idiocia familiar amaurotica infantil. S. M. Aronson, A. Lewitan, A. M. Rabiner, N. Epstein y B. W. Volk.
- Efecto de la lesión del cerebro medio sobre la alergia experimental. D. X. Freedman y G. Fenichel.
- Efecto de la cortisona sobre la regeneración de la médula espinal en la rata adulta. T. D. Norman.
- Un análisis de los métodos de la enseñanza de la Psicoterapia con descripción de un nuevo método. J. Fleming y D. A. Hamburg.
- Antagonistas del dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25). H. A. Abramson, B. Sklarofsky, M. O. Baron y N. F. Smith.
- Psicopatología y Psicofisiología de dosis mínimas de LSD-25. T. Greiner, N. R. Burch y R. Edelberg.
- Efectos de la carencia precoz y destete retardado sobre la evitación del aprendizaje en la rata albina.
- Percepción de sonidos binaurales en enfermos orgánicos y no orgánicos. A. C. Price, E. S. Garrett, M. W. Hardy y H. E. Hall.
- Criterios de distinción de padres de niños normales y esquizofrénicos. H. M. Perr.
- Carencia de sensorio. D. Wexler, J. Mendelson, P. H. Leiderman y Ph. Solomon.

**Diagnóstico de la schistosomiasis cerebral.**—Cuatro de 12 pacientes con schistosomiasis crónica tuvieron ataques: dos, de carácter focal; uno, con gran mal generalizado y ataques focales, y otro, con manifestaciones psicomotoras. En tres, el diagnóstico se hizo por craneotomía. Generalmente presentaban eosinofilia. Rara vez presentaban hepato o esplenomegalia con pruebas de función hepática positivas. En dos enfermos había reacción de Wassermann positiva en el L. C. R. y negativa en sangre. El examen de heces sólo fué positivo en dos pacientes, a pesar de numerosos estudios. Por contraste, la biopsia rectal fué positiva en todos, excepto uno.

**Hemorragia subaracnoidea con edema de papila debida a neurofibroma espinal.**—La hemorragia subaracnoidea espinal es rara. Los autores presentan el cuarto caso de neurofibroma espinal con hemorragia subaracnoidea. No había signos locales referibles al tumor, pero estaban presentes aumento de la presión intracraneal y edema de papila. Se describe la sintomatología de la hemorragia subaracnoidea espinal. Se subraya que, a pesar de la ausencia de signos que indiquen una lesión de la médula espinal, y aunque haya evidencia de un proceso intracraneal, debe ser tenido en cuenta el origen posible de la hemorragia si el síntoma presentado por el enfermo ha sido dolor punzante en la espalda. Una mielografía precozmente puede ayudar a establecer el diagnóstico correcto y por ello previene el daño ulterior de la médula espinal y las serias y permanentes complicaciones que pueden seguir a las hemorragias subaracnoideas repetidas. El mecanismo del aumento de la presión intracraneal en los tumores de la médula espinal y en la hemorragia subaracnoidea es discutido por los autores.

## The New England Journal of Medicine.

258 - 6 - 6 de febrero de 1958.

- \* Infección epidémica con virus Coxsackie grupo B, tipo 5. H. Rubin y cols.
- \* Cálculos del conducto biliar común. B. P. Colcock y H. V. Liddle.
- Sarcoma reticulocelular produciendo fibrosis retroperitoneal y periureteral. R. W. Trever.

Carcinoma de esófago. D. P. Boyd, H. D. Adams y F. A. Salzman.

Patrones frecuentes de alteraciones hidroelectrolíticas en heridas, intervenciones quirúrgicas y enfermedades. F. D. Moore.

Laceración del esófago distal debida a vómitos (síndrome de Mallory-Weiss). A. B. Small y P. R. Ellis.

**Epidemia por virus Coxsackie grupo B, tipo 5.**—Los autores refieren una epidemia producida por un virus Coxsackie grupo B, tipo 5, que afectó a 115 personas en Cerro Gordo, Iowa, cuya población total es de 46.000. Las manifestaciones clínicas de la epidemia fueron variadas, predominando la meningitis aséptica con cuadro clínico más o menos completo; hubo algunos otros sujetos que sólo tuvieron faringitis, mialgia o diarrea. Los más afectados fueron los niños, especialmente de los cinco a los nueve años. Las dos terceras partes de los casos se dieron en sujetos de menos de veinte años. El virus causal pudo ser obtenido con gran frecuencia a partir de las heces o de la faringe. En dos casos se aisló del líquido cefalorraquídeo. La obtención de múltiples aislamientos del virus dentro de las familias de los sujetos enfermos y de sus contactos prueba que una vez que el virus se introduce dentro de una familia infecta a todos los miembros de la misma. La forma más probable de transición del virus es directamente de un sujeto a otro, sea por vía fecal-oral o por vía respiratoria.

**Cálculos del conducto biliar común.**—Los autores resumen su experiencia de 100 casos de coledocostomía por cálculos en cuatro años. Noventa y cuatro de los enfermos fueron seguidos durante cuatro a seis años después de la operación. Dos de los sujetos tuvieron que ser intervenidos de nuevo por tener cálculos retenidos en el conducto biliar común. En otro grupo de sujetos sometidos a coledocostomía, y que ya habían sufrido en otra clínica una exploración de vías biliares, también dos tuvieron que ser reintervenidos por la misma razón. Es muy probable que estos cálculos se hayan formado desde la primera intervención. Consideran que la exploración quirúrgica cuidadosa del conducto común es un buen método para detectar los cálculos del mismo. No han empleado colangiografía operatoria.

258 - 7 - 13 de febrero de 1958.

- \* Estenosis aórtica sin significación fisiológica. E. W. Hancock, W. M. Madison, M. H. Proctor, W. H. Abelman y G. W. B. Starkey.
- Exacerbación grave de cáncer de mama después de ovariectomía y adrenalectomía. R. E. Wilson, A. G. Jessiman y F. D. Moore.
- Tratamiento del cáncer de lengua en el Hospital de Hartford. N. W. Wawro y A. Babcock.
- \* Fluoración de suministros públicos de agua y su relación con enfermedades músculo-esqueléticas. C. L. Steinberg, D. E. Gardner, F. A. Smith y H. G. Hodge.
- Estudios viriológicos y serológicos en un brote familiar de poliomielitis. W. F. Pierce.

**Estenosis aórtica.**—Los autores presentan siete enfermos que fueron considerados clínicamente como de estenosis aórtica, si bien con algún carácter atípico, y que habían sido propuestos para intervención quirúrgica sobre la válvula aórtica. Sin embargo, ninguno de ellos tenía estrechamiento significativo de la válvula, como pudo comprobarse en cinco casos por cateterismo izquierdo, y en los otros dos por examen postmortem. El verdadero diagnóstico fué en cinco casos enfermedad coronaria con infarto de miocardio y en dos enfermedad mitral, que no resultaba evidente por sólo los síntomas clínicos. Señalan el valor que el sondaje del corazón izquierdo tiene en casos semejantes para establecer el verdadero diagnóstico y evitar una intervención quirúrgica grave no justificada. Síndromes cardíacos muy similares clínicamente pueden ser debidos a estenosis aórtica o a coronariopatía crónica. Alteraciones sin significación fisiológica en la válvula aórtica pueden ocasionar cuadros clínicos de estenosis aórtica grave cuando el principal padecimiento del enfermo puede ser una enfermedad coronaria. El sondaje izquierdo se debe hacer en todo sujeto propuesto para intervención en que el grado de estenosis de la válvula aórtica no aparezca claro.

**Fluoración de las aguas y lesiones osteoarticulares.**—Los autores han estudiado el contenido de flúor en la ceniza de los huesos en diferentes sujetos residentes en regiones donde se añade flúor al agua de bebida, y otros donde el agua no sufre la fluoración, y padeciendo o no artritis. Dieciocho sujetos con diferentes formas de artritis y uno sin artritis de una zona donde se bebe agua fluorada no dieron cifras de flúor en los huesos superiores a 11 enfermos con artritis y dos sin artritis de una zona donde no se añade flúor al suministro de agua. El examen radiológico de ambos grupos tampoco mostró en ningún caso lesiones atribuibles al flúor: esclerosis ósea y calcificación de los ligamentos vertebrales.

258 - 8 - 20 de febrero de 1958.

- Defecto adquirido del septo interventricular debido a trauma. F. H. Cary, J. W. Hurst y W. R. Arentzen.
- Embolia de la bifurcación de la aorta. G. Crane.
- \* Tratamiento inmediato para el ataque agudo de asma. H. H. Pinkerton y T. E. Van Metre.
- Rotura de un aneurisma de la arteria iliaca en el colon sigmoide. H. L. Atin.
- \* Infección por *Listeria monocytogenes* y su relación con la mononucleosis infecciosa. B. H. Chaiken y D. T. Michaud.
- Detección del carcinoma precoz del cérvix en la consulta de un internista. M. Fremont-Smith.

**Adrenalina y prednisolona en el ataque de asma.**—Los autores hacen un estudio comparativo de la eficacia de la adrenalina y de la prednisolona en el tratamiento del ataque agudo del asma. La adrenalina produce un alivio más rápido que la prednisolona, administrada ésta tanto oral como intravenosamente. Por cualquiera de ambas vías la mejoría producida por la prednisolona es lenta e incompleta; su empleo intravenoso sólo es útil, por tanto, cuando la vía oral esté contraindicada. Los niveles plasmáticos de 17-OHCS, considerados como terapéuticamente útiles, se alcanzan casi inmediatamente de la administración intravenosa y de una a tres horas después de la ingestión por vía oral; el fracaso de esta terapéutica, por tanto, depende de algo más que de los niveles plasmáticos. La adrenalina y la prednisolona no se potencian mutuamente en sus efectos sobre el ataque asmático agudo, lo que puede atribuirse a su mecanismo de acción completamente distinto. Resulta claro que las indicaciones de uno y otro fármaco en el asma son bien distintas; la adrenalina debe darse para cortar los accesos agudos que aparezcan en el curso de un tratamiento de fondo con prednisolona, y ésta debe darse para mantener la eficacia de la adrenalina antes que el uso excesivo de ésta determine resistencia (taquifilaxia) a sus efectos.

**Listeriosis con cuadro de mononucleosis infecciosa.**—Los autores presentan un caso con el cuadro clínico de mononucleosis infecciosa y título alto de anticuerpos heterófilos, incluso después de absorción con riñón de cobaya, en el cual seis de ocho hemocultivos realizados en días consecutivos dieron lugar al crecimiento de una bacteria que fué identificada como *Listeria monocytogenes*. Desde este punto de vista, el caso es similar a otros descritos en la literatura. Respecto al papel etiológico que esta bacteria pueda tener en la génesis del cuadro clínico de la mononucleosis infecciosa, los resultados conocidos hasta ahora no permiten sentar una conclusión definitiva, pero son muy sugestivos. Para aclarar esta cuestión sería necesario que se prestase más atención al hemocultivo y aglutinaciones para *Listeria* en casos de mononucleosis infecciosa con objeto de saber cuál es el verdadero porcentaje de asociación con una infección por el referido organismo. Las consecuencias de este conocimiento tienen importancia práctica, ya que la listeriosis es susceptible de tratamiento con cloromicetina y aureomicina, que en ocasiones pueden incluso salvar la vida del enfermo.

258 - 9 - 27 de febrero de 1958.

- \* Hepatitis infecciosa. Estudios de su historia natural y prevención. R. Ward, S. Krugman, J. P. Giles, A. M. Jacobs y O. Bodansky.

- Experiencia clínica en 31 casos consecutivos de intervención quirúrgica para el control de hemorragias del tracto gastrointestinal superior. J. M. Parker.
- \* Vacuna del labio. S. Kibrick y L. J. Kunz.
- Embolia de aire. Un peligro durante la flebotomía. P. J. Schmidt y S. V. Kevy.
- Nefropatía fatal y necrosis suprarrenal después de aortografía translumbar. M. J. Ciccantelli, W. B. Gallagher, F. C. Skemp y P. C. Dietz.

**Epidemiología de la hepatitis infecciosa.**—Los autores han estudiado la presencia de hepatitis infecciosa en los internados en una residencia para deficientes mentales con vistas a su prevención. El número de casos registrado fué de 350 en un periodo de cinco años. La frecuencia disminuyó notablemente en un grupo de sujetos tratados profilácticamente con preparaciones de gamma globulina. La duración de la protección debida a la gamma globulina es por lo menos de siete a nueve meses. El periodo de incubación de la hepatitis en este grupo fué de 35 a 71 días, pero periodos superiores a 60 días pueden haber sido debidos a superinfección. El calentamiento de la suspensión de virus a 56° C. durante treinta minutos no altera el periodo de incubación. Encuentran el virus de la hepatitis en un pool de heces eliminadas dos o tres semanas antes del comienzo de la ictericia, es decir, durante el periodo de incubación. Esto sugiere una fase con multiplicación del virus en el tracto digestivo con eliminación del mismo por las heces durante el periodo de incubación de la hepatitis. Esto debe ser tenido en cuenta para la determinación del periodo de contagiosidad de la hepatitis y por tanto para la prevención de la misma.

**Vacuna del labio.**—El virus de la vacuna puede en ocasiones alcanzar un sitio no acostumbrado, y probablemente gracias a una pequeña solución de continuidad del tegumento, y determinar lesiones localizadas en el punto de entrada. Los autores comunican dos casos de este tipo, ambos con lesiones localizadas en labios. En uno se trataba de un sujeto sometido a vacunación antivariólica como profilaxis vacunal en el sitio de una lesión herpética en curación en el labio superior. El otro era una niña de seis años que no había sido vacunada, sino que la vacuna le fué contagiada de un hermano; la puerta de entrada fué una lesión inespecífica de una comisura labial. En ambos casos el diagnóstico de la etiología vacunal de las lesiones de labio se hizo por aislamiento del virus vacunal de las lesiones. Los autores critican el uso de la vacunación repetida para el tratamiento del herpes recidivante y de las aftas recurrentes, ya que no existe interferencia entre ambos virus, como lo demuestra el primer caso, y las semejanzas antigénicas entre ambos son muy dudosas. Los buenos resultados comunicados en algunos casos son muy cuestionables y a lo sumo inespecíficos.

## Diseases of the Chest.

33 - 4 - 1958.

- \* Un método de aerosol para producir secreciones bronquiales en sujetos humanos: Una técnica clínica para la detección del cáncer de pulmón. H. A. Bickerman, E. E. Eproul y A. L. Barach.
- Neumonitis crónica simulando carcinoma broncogénico. E. S. Sanborn.
- \* Tratamiento combinado de cicloserina-isoniazida en casos vírgenes de tuberculosis pulmonar. I. G. Epstein, K. G. S. Nair, L. J. Boyd y P. Auspitz.
- Neumotórax artificial como ayuda a la quimioterapia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. A. F. Foster-Carter.
- Coexistencia de hongos y bacilos tuberculosos. L. B. Longo.
- A. B. Harbuck y W. Fleischmann.
- La corrección de la insuficiencia mitral con una prótesis transvalvular de esponja de plástico de polivinilo formalizado (Ivalon). W. R. Rumel y P. R. Cutler.
- La presentación de arritmias en los infartos de miocardio agudos. C. C. Johnson y P. F. Miner.
- Descanso en el infarto de miocardio. J. J. Conn y R. W. Kissane.
- El electrocardiograma del mes. M. Gardberg e I. L. Rosen.
- Xantogranuloma como lesión numular del pulmón. J. A. Alegre y J. Denst.
- Enfisema mediastínico espontáneo con neumotórax bilateral como complicación de la bronconeumonía. J. Heichman, G. Fialkov y A. Jungmann.
- Quimioterapia de las enfermedades infecciosas específicas del tracto respiratorio inferior.



**Producción artificial de esputo para el diagnóstico bronquial.**—A menudo una de las dificultades para aplicar los métodos auxiliares para el diagnóstico o la detección de las afecciones broncopulmonares es la incapacidad de los enfermos o sujetos sometidos a revisión para producir una expectoración adecuada. Los autores comunican un método para obtener esputo bronquial de sujetos sanos, de enfermos con procesos pulmonares crónicos no tuberculosos y de sujetos con procesos malignos conocidos o sospechados. Se basa en la inhalación de un aerosol salino higroscópico caliente. La experiencia de los autores se extiende a 336 sujetos, a los que se administró 10 ml. de un aerosol salino al 10 ó 15 por 100 con 20 por 100 de propilenglicol. En 88,5 por 100 de los casos esto determinó la obtención de muestras de esputo mucoso adecuado para el examen citológico. Una cifra aproximadamente igual (86 por 100) a la del grupo en conjunto se obtuvo en los 180 sujetos sin signos de enfermedad pulmonar y sin tos ni expectoración espontánea. Este método de provocación de esputo no produce prácticamente ninguna molestia: sólo tres sujetos notaron una ligera irritación al inhalar el aerosol salino templado (49° C.).

**Combinación de cicloserina e isoniazida en la tuberculosis pulmonar.**—Los autores tratan casos no tratados anteriormente de tuberculosis pulmonar con una combinación de cicloserina e isoniazida por vía oral. El número de enfermos tratados de esta manera fué de 81, observando sólo una reacción al tratamiento que, sin embargo, no obligó a suspenderlo. El tratamiento es mucho más sencillo y cómodo para el enfermo que la combinación usual de INH y PAS, ya que consiste sólo en la ingestión, dos veces al día, de una cápsula conteniendo 0,25 g. de cicloserina y 0,15 g. de isoniazida. En todos los casos no tardó en presentarse mejoría clínica con disminución de la fiebre, disminución del volumen de la expectoración y aumento de peso. El examen radiológico demostró mejoría de las lesiones en el 40 por 100 de los casos a las seis semanas de tratamiento, en el 74 por 100 a las doce semanas y en el 93 por 100 a los seis meses. Y a las seis semanas se observó disminución del contenido de bacilos en el esputo, negativizándose éste en el 80 por 100 a los tres meses y en el 87 por 100 a los seis meses. Con las dosis empleadas no se pudo encontrar disminución de la sensibilidad de los bacilos a la cicloserina; únicamente aparece en tratamientos prolongados con dosis mayores. La resistencia a la isoniazida apareció en estos sujetos aproximadamente en la misma cuantía que cuando la isoniazida se da sola.

## Brain.

81 - 1 - 1958.

Alteraciones del campo visual consecutivas a lobectomía temporal anterior: Su significación en relación con el "asa de Meyer" de la radiación óptica. M. A. Falconer y J. L. Wilson.

La arquitectura de la radiación óptica en el lóbulo temporal del hombre. J. M. Van Burne y M. Baldwin.

Tumores primarios del tálamo. W. McKissock y K. W. E. Payne.

Los efectos de estímulos repetidos sobre el EEG y la actividad vasomotora durante el sueño en el hombre. G. Pampiglione y B. Ackner.

\* Complicaciones neurológicas de las reticulosis. E. C. Hutchinson, B. J. Leonard, C. Mandsley y P. O. Yates.

Leucoencefalopatía progresiva multifocal. K.-E. Astrom, E. L. Mancall y E. P. Richardson.

\* Valoración de la timectomía en la miastenia gravis. J. A. Simpson.

**Complicaciones neurológicas de las reticulosis.**—Los autores resumen su experiencia de 45 casos de complicaciones neurológicas entre 229 sujetos afectados de diferentes reticulosis (granuloma y paragranuloma de Hodgkin, linfosarcoma, reticulosis folicular linfóide de Brill-Simmons y reticulosarcoma). El tipo y frecuencia de manifestaciones neurológicas fueron los siguientes: lesiones medulares en 21 casos, trastornos mentales en 17, alteraciones del fondo de ojo en 17, lesiones focales intracraneales en 12, neuropatías periféricas en 11 y epilepsia en cinco. Como se ve, la mayoría de los casos mos-

traban una combinación de diferentes síntomas, si bien no hay ningún patrón de manifestaciones neurológicas que sea característico de determinada reticulosis en particular. Como factores patogénéticos de las alteraciones neurológicas aparecía la invasión directa o compresión de estructuras del sistema nervioso por el tejido neoplásico en 21 casos, hemorragia espontánea por trombocitopenia en 19 y cambios degenerativos, generalmente acompañados de hiperpiruvemia y de otras manifestaciones de hipovitaminosis B, en 20. En varios enfermos el mecanismo, pues, era múltiple.

**Timectomía en la miastenia gravis.**—Los autores exponen su experiencia, basada en 404 casos de miastenia gravis, sobre la utilidad de la extirpación del timo en el tratamiento de esta enfermedad. Para la valoración de los resultados consideran separadamente los 47 casos en que había tumor tímico. Encuentran que las esperanzas de mejoría después de la timectomía son en general grandes en todos los casos, sobre todo cuando la duración de la enfermedad es menor de cinco años, y cuando no hay timoma. Pasados siete años de enfermedad, las posibilidades de mejoría considerable son pequeñas aunque existen, pero el riesgo de muerte disminuye con o sin operación. La mejoría producida por la timectomía se da en ambos sexos, pero es más evidente en las mujeres, en las cuales el pronóstico sin operación es peor. Cuando hay timoma el pronóstico "quo ad vitam" es más grave: sólo sobreviven 1/3 de los casos; pero en éstos la mejoría es tan acusada como en los que no tienen tumor tímico. La radioterapia preoperatoria mejora el pronóstico vital en estos casos.

## British Heart Journal.

20 - 2 - 1958.

Variación en los informes electrocardiográficos. L. G. Davies.

El uso del nitrito de amilo para diferenciar los soplos mitrales y aórticos sistólicos. J. Barlow y J. Shillingford.

El electrocardiograma ortogonal en la hipertrofia ventricular izquierda. E. J. Fischmann.

El electrocardiograma espacial en hipotermia. D. E. Smith.

\* Título de antistreptolisina 0 en la carditis reumática. E. N. Chamberlain, C. A. Hill y S. Cope.

La influencia de la hipertrofia ventricular sobre el cardiograma del infarto cardíaco anterior. J. F. Goodwin.

Digital e insuficiencia cardíaca intratable. E. Fletcher y C. F. Brennan.

El vectocardiograma en el defecto septal auricular. N. A. J. Hamer.

Sensibilidad a la noradrenalina en la hipertensión medida con una técnica de sodio radioactivo. R. Moulton, A. G. Spencer y D. A. Willoughby.

Método simple para calcular la regurgitación mitral por curvas de dilución de colorantes. J. Shillingford.

Efectos circulatorios de los cambios de posición en la enfermedad mitral. D. Cardus, J. Mackinnon y G. Wade.

\* Transaminasa glutámica oxalacética del suero en la miocarditis diftérica. E. Chesler.

Simpatomía toracolumbar en la hipertensión. W. E. Parkes.

Muesca unilateral costal por circulación colateral después de la división de la arteria subclavia. M. Campbell.

Simposio sobre enfermedades cardíacas congénitas.

**Título de antistreptolisina 0 en la carditis reumática.** Los autores han hecho un estudio del título de antistreptolisina 0 en niños que tenían carditis reumática. Los límites máximos normales están en 200 unidades, pero ocasionalmente se encontraron títulos de 250 unidades en niños sanos. Los títulos más altos se encuentran junto con manifestaciones articulares. Los casos con carditis solamente, en general no muestran valores muy altos, aunque están más elevados que lo normal. Son hechas referencias a los títulos que se encuentran en otras infecciones y en la insuficiencia cardíaca congestiva. Son discutidos los resultados encontrados.

**Transaminasa oxalacética glutámica del suero en la miocarditis diftérica.**—La S. G. O. T. se encuentra normalmente en el suero humano, en los músculos del esqueleto, cerebro, hígado, riñones, testículos y pulmón. Su más alta concentración, sin embargo, es en el músculo cardíaco. Los niveles altos aparecen en la disolución activa de los tejidos que contienen esta enzima y los niveles altos se encuentran en las circunstancias en que

hay necrosis celular cardíaca. El autor presenta seis casos con difteria grave en los que se encontraron niveles altos que estaban correlacionados con las alteraciones electrocardiográficas.

### Annals of the Rheumatic Diseases.

17 - 1 - 1958.

- Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento de la gota. I. Fisiopatología y patogénesis. L. Villa, A. Robecchi y C. B. Ballabio.
- II. Estudios clínicos y terapéuticos. S. de Seze, A. Ryckwaert, J. Levernier y R. Marteau.
- Transformación del colágeno en "elastina" en colágenos dérmicos con sensibilidad variable a la colagenasa. M. K. Keech.
- Intentos de aislar un virus del material de biopsia en casos de artritis reumatoide. S. K. R. Clarke.
- Distribución y eliminación de radio-oro en animales. M. R. Jeffrey, H. F. Freundlich y D. M. Bailey.
- \* Una revisión de artritis reumatoide en Cornualles occidental. E. R. Hargreaves.
- Hemorragias subcutáneas en enfermos reumatoide tratados con prednisona. G. M. Nashelsky y C. J. Smyth.
- \* Valoración de las pruebas de aglutinación en el diagnóstico de la artritis reumatoide. H. Bartfeld, E. Mahood y E. F. Hartung.
- Examen del hierro medular en el diagnóstico de la carencia de hierro en la artritis reumatoide. P. C. McCrea.
- Osteoartritis de la articulación esternoclavicular. J. Arlet y P. Ficat.
- Método numérico para valorar el estado en la artritis reumatoide. J. Lansbury.
- Efecto de los salicilatos sobre los eosinófilos circulantes los 17-cetosteroides urinarios en el hombre. C. B. Thrift y E. F. Traut.
- Artritis reumatoide y lupus eritematoso disseminado. M. Bateman, J. M. Malins y M. J. Meynell.

**Artritis reumatoide en Cornualles.**—El autor estudia la epidemiología de la artritis reumatoide en una región de Cornualles con una población de 42.903 sujetos. Hubo 150 casos definidos, aparte de otros que tenían sólo signos radiológicos. La frecuencia fué del 4,1 por 1.000, siendo la relación de sexos de 1 a 5,5 (predominio de mujeres). La mayoría de los casos comenzaron entre 45 y 54 años, pero vió una tendencia al comienzo más temprano de los casos más graves. Se vió una franca influencia hereditaria con 17 por 100 de antecedentes familiares de artritis reumatoide confirmada entre los enfermos y sólo 2,7 por 100 de antecedentes familiares en un grupo control. En las mujeres, 22,5 por 100 de los casos comienzan en el año y casi un tercio en los dos años siguientes a la menopausia. El embarazo, cuando se produce, suele producir un alivio marcado, pero transitorio, de los síntomas. La enfermedad es más frecuente en las solteras y en las casadas con pocos hijos. No se ve antecedente personal de fiebre reumática más a menudo en los enfermos que en los controles, aunque en uno o dos casos la artritis reumatoide apareció poco después de un ataque de fiebre reumática. Traumatismos físicos de las articulaciones no guardan estadísticamente ninguna relación con la artritis reumatoide. Se ve sobrecarga psicológica en los dos años anteriores al comienzo en 25 por 100 de los enfermos y sólo en 8,4 por 100 de los controles.

**Valor diagnóstico de las pruebas de aglutinación reumatoide.**—En un grupo de 134 enfermos de artritis reumatoide y 68 de procesos clínicamente relacionados, los autores comparan el valor diagnóstico de tres pruebas de aglutinación reumatoide: la aglutinación de hematies sensibilizados de carnero en su forma clásica (SSC), la misma sensibilizando con la fracción II (gamma globulina) del plasma humano (F. II) y la prueba de fijación en látex (LF). En el grupo en total las tres pruebas dieron el mismo resultado en 83 por 100; la correlación fué mayor entre la SSC y la LF. En el grupo con artritis reumatoide las tres pruebas fueron positivas en 63 por 100; la SSC en 66 por 100, la LF en 68 por 100 y la F. II en 71 por 100. En una serie de control, incluyendo casos no correspondientes a artritis reumatoide ni a enfermedades del colágeno, la SSC fué positiva en 8,6 por 100,

la LF en 4,3 por 100 y la F. II en 15,2 por 100. La mayor frecuencia de positividad de la F. II en todas las series puede ser por haber adoptado como standard de positividad un título demasiado bajo. Haciendo las correcciones necesarias en cuanto al verdadero standard de positividad en cada prueba, se puede considerar que las tres tienen la misma sensibilidad cuando se emplean con fines de diagnóstico clínico. Para uso de rutina se recomienda la prueba de fijación de látex por su mayor sencillez y rapidez, pero se ha de tener en cuenta que el título más bajo que puede ser considerado como positivo es de 1 : 160.

### Revue Francaise d'Etudes Cliniques et Biologiques.

2 - 10 - 1957.

- La cancerogénesis química y el problema de la etiología en el cáncer. M. P. Buu-Hoi.
- Respuestas electromiográficas al estiramiento muscular en el hombre normal. G. Tardieu y cols.
- \* Acción de la protoveratrina sobre la dinámica circulatoria. J. Durand y cols.
- \* Sobre el papel jugado por ciertos metabolitos orgánicos y minerales en la eosinopenia provocada por la cortisona. A. Aschkenasy.
- Evidenciación de una impureza antigénica en la preparación de insulina y de anticuerpos correspondientes en el suero de diabéticos tratados con insulina. Cl. Lapresle y colaboradores.
- \* Los factores tromboplásticos plaquetarios. J. Cane y colaboradores.
- \* La enfermedad hemolítica del recién nacido causada por la incompatibilidad de los grupos A, B, O. J. Moulic y colaboradores.
- Presentación de una técnica de coloración histológica diferencial en un solo tiempo. Su utilización en el citodiagnóstico. C. Herovici.

**Acción de la protoveratrina sobre la dinámica circulatoria.**—Los autores han estudiado la acción de la protoveratrina en el hombre en el curso de 33 cateterismos del corazón derecho, comprobando que produce una caída en la presión de repleción y de expulsión de ambos ventrículos. Estas modificaciones se acompañan de un aumento del volumen sistólico y de un enlentecimiento de la frecuencia sin variaciones importantes del gasto cardíaco.

**Sobre el papel jugado por ciertos catabolitos orgánicos y minerales en la eosinopenia provocada por la cortisona.**—La inyección de diversos productos del metabolismo protídico e hidrocarbonado (albúmina sérica, aminoácidos, ácido láctico, etc.) determina una caída del número de eosinófilos sanguíneos, incluso en las ratas suprarrenalectomizadas. Habiéndose comprobado el aumento de la tasa sanguínea en el stress y después de la inyección de cortisona, el autor sugiere la intervención de estos metabolitos en la producción de la eosinopenia hormonal.

**Los factores tromboplásticos plaquetarios.**—Los autores han realizado por diferentes métodos el estudio de la función tromboplástica plaquetaria, llegando a la conclusión momentánea de que existen dos tipos de factores tromboplásticos plaquetarios: 1) Uno está generalmente ausente en las trombopenias, distrofia trombocitaria y mieloleucosis crónica; y 2) El otro falta en el síndrome de Willebrand-Jurgens y la trompatía cíclica premenstrual.

**Enfermedad hemolítica del recién nacido por la incompatibilidad de los grupos A, B, O.**—Los anticuerpos anti-A y anti-B, comúnmente encontrados en la madre, raras veces causan daños clínicos en el feto del tipo de incompatibilidad de grupo. Sin embargo, ciertos anticuerpos, sobre todo observados en mujeres de grupo O, tienen propiedades serológicas particulares y pasan a la circulación fetal, donde provocan lesiones importantes si llegan a alcanzar una concentración alta.