

- d) "La valoración de la terapéutica de la enfermedad cardíaca reumática", Profesor Doctor Sánchez de la Cuesta.  
e) "Pericarditis reumática", Profesor Gibert-Queralto y colaboradores.

## II. La fisiopatología del círculo menor.

- a) "Alteraciones hemodinámicas de la pequeña circulación. Su significado patológico", Profesores Porto, Tríncao, Acevedo Bartolo, Couveia Monteiro, Ramos Lopes y Doctores Robalo Cordeiro y Agimar.  
b) "El círculo menor en el asma y en el enfisema", Profesor Jiménez Díaz y Doctores Lahoz y Rábago.  
c) "Angiocardioneumografía de la pequeña circulación", Doctores Martins da Fonseca y Decio Ferreira.

d) "Algunos aspectos de los cortocircuitos pulmonares", Profesores Aires de Loriga, Mirabeau Cruz y Bello de Moraes.

Las inscripciones deberán formalizarse antes del 1 de agosto, habiéndose fijado la cuota para los congresistas en 650 pesetas y para los agregados acompañantes en 350 pesetas.

Para lo referente a viajes y reserva de hoteles los congresistas españoles que así lo deseen encontrarán las máximas facilidades dirigiéndose a cualquiera de las sucursales y delegaciones de Viajes Meliá, S. A., que ha sido nombrada Agencia oficial del Congreso, y los congresistas portugueses a la Delegación de Viajes Meliá en Lisboa, Plaza Rossio, 50 ó a la Agencia de Viajes Abreu en Oporto, Rua do Laureiro, 40.

Detalles e informes en la Secretaría general del Congreso, Casa de Salud Valdecilla, Santander.

# BIBLIOGRAFÍA

## A) CRÍTICA DE LIBROS

LEYES Y SENTIDO DE LOS SUEÑOS. Doctor K. LEONHARD.—Editorial Alhambra. Madrid, 1958.—Un volumen de 111 páginas, 80 pesetas.

Puede ser interesante esta traducción a nuestro idioma de este libro para el médico general, el psicólogo o el psiquiatra. Como en una edición anterior, se hace una exposición de lo que el autor considera como las leyes de los sueños normales, es decir, mecanismo de origen y curso de los sueños (transformaciones de sus imágenes, disgregaciones, alteración del pensamiento). El sentido de los sueños, no bajo el aspecto psicoterápico, sino en cuanto a su significación profunda, es ulteriormente analizado.

ETUDE RADIOLOGIQUE DE LA CIRCULATION VEINEUSE DU MEMBRE SUPERIEUR. Doctor E. LAVIZZARI y V. OTTOLINI.—Editorial Masson et Cie. Paris, 1958.—Un volumen de 122 páginas con 38 figuras, 2.400 francos.

Así como la flebografía de los miembros inferiores se describe como mucho detalle reiteradamente, la de los miembros superiores está menos sistematizada. Los autores, con un conocimiento profundo de la cuestión, estudian por segmentos la disposición anatómica de las venas y su aspecto en la exploración clínica flebográfica según la técnica empleada. Indudablemente es un libro de gran importancia y trascendental valor para todo el que esté interesado en esta exploración técnica, de valor frecuentemente decisivo.

PSEUDARTHROSE CONGENITALE DU TIBIA ET SON TRAITEMENT. Doctor M. GUILLEMINET.—Editorial Masson et Cie. Paris, 1958.—Un volumen de 98 páginas con 78 figuras, 1.800 francos.

La presente monografía, de interés puramente ortopédico, es, sin embargo, muy interesante para los especialistas en las enfermedades osteoarticulares.

Se trata, como es sabido, de una enfermedad muy poco frecuente (en el Instituto Rizzoli la experiencia total alcanzaba a 27 casos). Los progresos que se han hecho en el tratamiento de esta enfermedad dan, en cambio, mayor interés a su conocimiento por el especialista. Los autores basan sus conclusiones sobre 14 casos per-

sonales seguidos. El diagnóstico y los diversos métodos terapéuticos son analizados sucesivamente. La conclusión de los autores es, ante todo, el mejor pronóstico, que debe hacerse un tratamiento precoz entre los tres y cuatro años, y que es necesario vigilar y seguir cuidando a estos niños para conservar los resultados inicialmente obtenidos.

## LIBROS RECIBIDOS

"Les plaies de la main", por Souquet y Chandrolle.—G. Doint et Cie. Paris, 1959.—Un volumen de 296 páginas con 131 figuras. Precio, 3.600 francos.

"Les douleurs thoraciques", por H. Vannier.—G. Doin et Cie. Paris, 1959.—Un volumen de 158 páginas. Precio, 1.000 francos.

"Aplicación en Medicina de los isótopos radioactivos", por R. Villarino Ulloa.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1959.—Un volumen de 296 páginas y numerosas figuras. Precio, 300 pesetas.

"Nierenkrankheiten", por Hans Sarre.—Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.—Un volumen de 555 páginas con 134 figuras. Precio 59 D. M.

"Lokalanästhesie und lokalanästhetika", por H. Killian.—Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.—Un volumen de 770 páginas con 341 figuras. Precio, 145 D. M.

"Neuritis, sensible neuritis, neuralgie", por R. Warthenberg. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.—Un volumen de 372 páginas con 13 figuras. Precio, 35 D. M.

"Die behandlung von hiatushernien und refluxosophagitis mit gastropexie und fundoplicatio. Indication, Technik und Ergebnisse", por R. Nissen y M. Rosseti.—Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.—Un volumen de 153 páginas con 56 figuras. Precio, 49,50 D. M.

"Spezielle pathologie für die klinische und pathologische praxis". Tomo I, por Ottho Saphir.—Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1959.—Un volumen de 221 páginas con 235 figuras. Precio, 36 D. M.

"Etiologia e sistematica delle epatiti da virus", por A. Berengo.—Omnia Médica. Pisa, 1957.—Un volumen de 234 páginas con 10 figuras. Precio, 2.500 liras.

## B) REFERATAS

## La Presse Médicale.

66 - 44 - 4 de junio de 1958.

Estudios sobre el coma diabético. III. Modificaciones de las proteínas. Lipoproteínas y glucoproteínas en el transcurso de la ácido-cetosis diabética. E. Azerad, J. Ghata y J. Lewin.

- \* Exposición somera de las nuevas propiedades de la procaina local en patología humana. M. Pistor.
- \* Síndrome de Behcet o aftosis de Touraine. P. Thibault. Problemas planteados por la trombosis intraauricular en la operación de la estenosis mitral.

**Exposición somera de las nuevas propiedades de la procaina local en patología humana.** — Resumiendo el trabajo del autor, parece ser que las inyecciones locales de procaina pueden procurar resultados determinantes en afecciones tan diferentes como la poliartritis crónica evolutiva, el astigmatismo del joven, el vértigo de Menieres, bajo la condición de asociarla a elementos vasodilatadores y a ciertas vitaminas que aumentan considerablemente la duración de su acción local.

**Síndrome de Behcet o aftosis de Touraine.** — La aftosis de Touraine es una enfermedad infecciosa general muy compleja. Además de las aftas bucales y genitales, ella comprende también manifestaciones cutáneas, articulares, oculares, nerviosas y generales. El síndrome de Behcet, constituido de iritis recidivante, hipopión y aftas de las mucosas, no constituye más que una forma particular. Esta comprende bastante a menudo complicaciones neurológicas de tipo extrapiramidal o vecinas de la esclerosis en placas. Ataques aislados de los pares craneales, o una meningitis linfocitaria, son a veces las únicas manifestaciones. Sobre 18 casos presentados, siete terminaron con la muerte. La autopsia muestra entonces, sobre todo a nivel del hipotálamo y eje cerebroespinal, una gran cantidad de haces celulares perivasculares. La desmielinización es bastante rara, contrariamente a lo que se encuentra en la esclerosis en placas. El origen viral de aftosis parece probable, ya que un virus ha sido aislado y cultivado y ha podido ser dosificada la tasa de anticuerpos en los individuos afectados de esta enfermedad. A pesar de su rareza, la importancia y gravedad de los trastornos neurológicos, contra los cuales el tratamiento no ha dado más que resultados mediocres, pueden pues, a veces, desmentir el pronóstico favorable de la aftosis.

66 - 45 - 7 de junio de 1958.

- \* El metabolismo del corazón. R. J. Bing. Estudio de las anomalías observadas al esfuerzo en el curso de las neumoconiosis. P. Sadoul, N. Aubertin, D. Durand, J. Guillemin y J. Metz.
- \* Las sulfamidas hipoglucemiantes en los tuberculosos diabéticos. M. L. Charteux y B. Vasseur.

**El metabolismo del corazón.** — El autor expone el estado actual de sus investigaciones y concepciones personales acerca del metabolismo del corazón. El metabolismo puede ser definido como las transformaciones químicas que tienen lugar dentro de la célula, el resultado de las cuales es la producción de energía. El metabolismo del corazón puede ser estudiado sobre cortes homogeneizados de tejidos cardíacos, también sobre preparaciones de corazón-pulmón o sobre el mismo corazón "in situ". La presente publicación se refiere a los resultados obtenidos con el corazón latiendo en su medio natural. En primer lugar son estudiadas ciertas fases metabólicas del corazón parado y en fibrilación, luego el estudio del metabolismo del corazón "in situ" y la descripción de algunas de las propiedades de las proteínas contráctiles del músculo cardíaco. Finalmente, el autor estudia los trastornos metabólicos de la isquemia y de la insuficiencia cardíaca.

**Las sulfamidas hipoglucemiantes en los tuberculosos diabéticos.** — Los autores inician el tratamiento de los tuberculosos diabéticos con el uso de las sulfamidas hi-

poglucemiantes: su objeto es dar a los enfermos una terapéutica menos dolorosa y susceptible de ser sustituida por inyecciones de insulina. Cuarenta y ocho pacientes fueron tratados con BZ 55. Aunque el material es pequeño, hacen ver la buena tolerancia del preparado, así como la permisividad de transgresiones dietéticas, que serían peligrosas aun bajo un tratamiento con insulina. El campo de acción de estas drogas es más amplio del que parece deducirse por las indicaciones clásicas. En adelante, aparte de la división de la diabetes en grave o ligera, con desnutrición o sin ella, deberá hacerse la de justificativas o no de las sulfamidas hipoglucemiantes.

66 - 46 - 11 de junio de 1958.

- El tartamudeo. Trastorno de la realización del lenguaje en el cuadro de una patología de relación. J. de Ajuria-guerra, R. Diatkine, H. de Gobineau, S. Nablian y M. Stambak.
- \* La exoftalmia tireotropa. Formas clínicas y aspecto neurológico. E. I. Cohen.
- \* Incertidumbres del electrocardiograma y coeficiente personal de interpretación. M. Pestel.

**La exoftalmia tireotropa.** — Lo que define la exoftalmia residual es su persistencia por motivos anatomopatológicos irreversibles, sobreviniendo después de la remisión de una exoftalmia maligna eutiroidea o basedowiana. Es un error el hablar de formas residuales después de la tiroidectomía, tales como se las encuentra a veces en la literatura, puesto que en estos casos se trata de una enfermedad en plena evolución. Desde el punto de vista clínico está caracterizada por la ausencia de signos de exceso (astenia, zonas de mixedema localizado o de signos neurológicos extrapiramidales). Por regla general, estos enfermos no recurren a la asistencia médica, o si lo hacen es únicamente por razones estéticas que, en la mujer, podrían conducir a la ansiedad y a la hiperexcitabilidad nerviosa. Desde el punto de vista terapéutico, el conocimiento de la exoftalmia residual es de una gran importancia práctica por el hecho de que el tratamiento con inhibidores hipofisarios está contraindicado en la forma en cuestión; únicamente es lógico el tratamiento local.

**Incertidumbres del electrocardiograma y coeficiente personal de interpretación.** — A pesar de haber suministrado a la exploración cardíaca una ayuda preciosa, la electrocardiografía no está exenta de fallos. Además de los frecuentes desacuerdos entre los hallazgos anatomopatológicos y las alteraciones electrocardiográficas de las que se presentan ejemplos, no son despreciables las discrepancias que existen en la interpretación electrocardiográfica. Así se hace ver en 100 trazados dados a interpretar a cardiólogos diferentes. Las divergencias corresponden tanto a la interpretación de los electrocardiogramas normales como a las anomalías debidas al infarto de miocardio. Los criterios eléctricos con frecuencia están sometidos a un coeficiente personal de interpretación y sujetos a discusiones, especialmente en lo que se refiere a las derivaciones DIII, aVF y aVL. El hecho de una vez sobre ocho los mismos trazados sometidos a los mismos sujetos sean interpretados de distinta manera subraya la ausencia de estabilidad en los criterios de interpretación adoptados. Es conveniente exigir una rigurosa técnica en la obtención de los trazados y de tener una gran prudencia en su interpretación.

66 - 47 - 14 de junio de 1958.

- Examen de conciencia a propósito de la operación de Pean. A. Lamblin, J. Coullard, J. Mombet y B. Lehmann.
- \* Nuevos resultados del tratamiento de las leucemias agudas por la metacortandracina. R. Picard, J. Horeau, J. Guillon y C. Robin.
- \* Concepto actual de la corea. R. Lutembacher. La reacción de fijación de complemento de Roulin en la serología de la sífilis. G. Roulin.
- A propósito del síndrome de la cuadrada de Verdun. J. Lataste, Leroux y R. Vilain.



**Nuevos resultados del tratamiento de las úlceras agudas por la metacortandracina.**—Esta publicación es continuación de un artículo previo publicado en esta revista (febrero 18, 1956) acerca del resultado del tratamiento de 11 casos de leucemia, de los que seis eran casos agudos, con el uso de la metacortandracina. El que hayan pasado dos años y medio, y la adición de 19 casos a su experiencia, permite a los autores sacar conclusiones más firmes que en el trabajo anterior: los autores observan el mismo efecto espectacular sobre la fiebre y el estado general, excepto en ciertos casos que tienen un desenlace fatal en pocos días. El efecto sobre los dolores osteoarticulares es obtenido regularmente, excepto en casos con focos localizados en los que, por el contrario, responden a la radioterapia tópica. En oposición, el efecto sobre el cuadro hematológico es difícil de apreciar por la adición constante de transfusiones. Sin embargo, se ha obtenido una mejoría patente de la sangre periférica, tanto sobre los hematíes como sobre los leucocitos, con la metacortandracina solamente y en dos casos una completa normalización del hemograma. Los autores insisten, finalmente, sobre la excelente calidad de las remisiones desde el punto de vista funcional, dando así una impresión de completa curación a los enfermos.

**Concepto actual de la corea.**—La clínica ha precisado los estrechos lazos que unen la corea, el reumatismo y sus complicaciones cardíacas. La anatomía y la histología han demostrado que estas lesiones cardíacas son idénticas. La corea no aparecería más que tres a cinco semanas después de la artritis o una infección estreptocócica, en un momento en que esta última ya está en declinación. Las pruebas inflamatorias ya están normalizadas y la antiestreptolisina ya ha disminuido. La corea, a causa de ello, no sería más que tributaria del tratamiento profiláctico. La corea puede preceder toda manifestación inflamatoria o coincidir con un proceso inflamatorio agudo a nivel de las articulaciones o serosas. La insuficiencia suprarrenal descubierta por la proporción sanguínea de los corticoides es igual a la del reumatismo en la tercera semana. La incoordinación motriz se yugula por la quimioterapia antirreumática o por las hormonas. Es imposible de menospreciar estos agentes terapéuticos dada la frecuencia de cardiopatías post-coreicas.

66 - 48 - 18 de junio de 1958.

Cátedra de Farmacología y de Materia Médica de la Facultad de Medicina de París. Lección inaugural. Profesor J. Cheymol.

\* Estudio de las proteínas plasmáticas en la esclerosis en placas. R. Claisse, L. Hartmann y G. Andreoli.

\* La decorticación pulmonar. H. Le Bréand.

**Estudio de las proteínas plasmáticas en la esclerosis en placas.**—Las modificaciones de las proteínas plasmáticas y de la hepatoglobulina confieren un perfil biológico bastante particular a la esclerosis en placas. Sus interferencias con los hechos clínicos no aparecen de una manera clara: si tasas anormales son frecuentes en el curso de brotes evolutivos, ellas pueden observarse también en el curso de período de remisión. En las formas estabilizadas, las modificaciones biológicas tienden a atenuarse sin desaparecer completamente. Este síndrome biológico agudo, constante, y paradójicamente encontrado en el transcurso de la enfermedad crónica que es la esclerosis en placas, no parece influenciado por la delta-cortisona (al menos a las dosis de 10 a 20 mg. y sobre un período de dos años). Incluso en los casos más favorables de los autores, la enfermedad continúa evolucionando y su síndrome biológico queda.

**La decorticación pulmonar.**—La decorticación es una operación que permite quitar una bolsa pleural de pleuresía purulenta y asegurar la reexpansión del pulmón subyacente, que puede así volver a encontrar su valor funcional. La intervención es realizable, pues persiste un plano de deslizamiento. La pared externa de la bolsa, constituida de una paquipleuritis parietal, permanece también pegada a la pared torácica. En los casos en que las dos separaciones son fáciles, se puede extirpar en blo-

que una bolsa de pleuresía purulenta crónica y asegurar una excelente reexpansión pulmonar. Otras veces la separación presenta dificultades: del lado visceral, puede hacerse al precio de tracciones corticales; del lado parietal, a veces hay hemorragias y a veces hay que dejar en su sitio una porción mas o menos grande de paquipleuritis. De todas formas, la decorticación en la actualidad no debe hacerse en forma de la operación de Deorme, que consistía en quitar simplemente la cubierta visceral, sino tiene que acompañarse de una neumolisis total para que la reexpansión del pulmón se haga de una manera total y armoniosa. Es preciso conocer la existencia de una "lámina de inserción" que prolonga la bolsa más allá de sus límites y recubre el pulmón en sitios en donde aún está pegado a la pared torácica. Es necesario un drenaje cuidadoso en los días siguientes a la operación para asegurar una evacuación de los transudados sanguíneos y el retorno del pulmón a la pared. La mortalidad operatoria es muy baja (1 por 100) y las complicaciones son poco frecuentes: hemorragias, tromboembolias, etc. No hay paralelismo entre la recuperación anatómica y funcional del pulmón. Únicamente los análisis sistemáticos funcionales antes y después de la intervención permiten hacer un juicio, por lo que son imprescindibles.

66 - 49 - 21 de junio de 1958.

La radiografía de gran tamaño. E. Bernard, J. L. Herrenschnat y G. Bonnaud.

\* Las manifestaciones broncopulmonares de los cirróticos. R. Poinso y P. Chanas.

Estudio crítico de un protocolo a corto plazo de una acción hipocolesterolemizante farmacológica. J. L. de Gennes, Ph. Laudat y J. Truffert.

Medicaciones citostáticas y tumores malignos. A. Ravina y M. Pestel.

**Las manifestaciones broncopulmonares de los cirróticos.**—Este estudio está basado sobre el examen de 400 enfermos afectos de cirrosis, de los cuales 174 de cirrosis de Laennec, 138 de cirrosis hipertrofica de Gilbert y Hanot, cinco de una forma atrofica-hipertrofica, 15 de cirrosis pigmentaria, nueve con cirrosis metaictérica, tres de etiología cardioetífica, dos de cirrosis grasa, uno de cirrosis colostática, dos de adenocarcinoma y 49 de formas no identificadas (por insuficiente estudio o no examen postmortem). De estos 400 casos de cirrosis, 103 mostraron derrame pleural y la mayoría de ellos eran de causa mecánica. El estasis, la alveolitis edematosa y la transudación pleural subsiguiente son debidos a la subida del diafragma y a la presión del líquido ascítico sobre las bases pulmonares. Solamente en cinco casos de 103 derrames pleurales se demostró la etiología tuberculosa.

66 - 50 - 25 de junio de 1958.

Comportamiento citopatológico del aparato de Golgi en el curso de diversas reacciones celulares. A. Policard, A. Collet y S. Pregermain.

El pronóstico de la enfermedad de Hodgkin. P. Choizat, P. Ponthus, J. Papillon, L. Revol, M. Dargent, F. Pinet, M. Kuentz y E. Lenoble.

\* La tuberculosis nodular de la parótida. M. Dechaume, M. Grellet, C. Crepy, J. Payen, M. Bonneau y M. Marie.

\* Nuevo síndrome: Osteoma endocraneano, osteomas del esqueleto, esteomas de las partes blandas periféricas e histiocito-fibroma cicatrizal. J.-A. Leveire.

Disgenesias congénitas complejas de las vías biliares intrahepáticas en el curso de cirrosis juveniles con hipertensión portal. L. Leger, Y. Boquien, P. Guyet y P. Hautefeuille.

El acné rosáceo del rostro. Diagnóstico fisiopatológico y tratamiento. R. A.-Brunetiere.

Enfermedad de Albers-Schonberg revelada por una osteitis mandibular prolongada. E. Cadenat y G. Hemous.

Tromboflebitis cerebrales postpuerperales. A. Guicheney, S. Gopalakichenin y M. Ratnadas.

**La tuberculosis nodular de la parótida.**—Los autores subrayan las dificultades del diagnóstico de tuberculosis nodular de la parótida, incluso después de un examen sialográfico, y la necesidad del examen anatomopatológico preoperatorio. La inflamación tuberculosa se observa a menudo en las formaciones nodulares, limitadas en la periferia por una cáscara conjuntiva fibrosa, conteniendo incluso centros germinativos bien diferenciados, que hacen creer en una tuberculosis ganglionar y no parotidea.

En realidad, la persistencia de canaliculos excretores de tipo salivar en el seno de estos pseudoganglios es el testimonio cierto de su formación a partir del tejido parotideo. La formación de estas agrupaciones celulares linfoides se acompaña de una diferenciación de la glándula, una regresión de tipo canalicular. Se observa no solamente en el curso de la infección tuberculosa, sino también en el curso de lesiones inflamatorias no específicas y en la vecindad de procesos tumorales. La tuberculosis nodular de la parótida es probablemente más frecuente, pero con frecuencia es confundida por una tuberculosis de los ganglios intraparietales.

**Un nuevo síndrome.**—El autor presenta una observación cuyos caracteres esenciales están constituidos por osteomas múltiples de las partes blandas, osteomas del esqueleto, un osteoma endocraneano y un histiocito-fibroma desarrollado sobre una cicatriz. Diversas particularidades o displasias del esqueleto y de los tegumentos podrían constituir caracteres secundarios del síndrome. Los osteomas son muy diferentes de los descritos hasta el presente. Razones diversas hacen pensar que la afección es de origen genético.

66 - 51 - 23 de junio de 1958.

- Las arysulfamidas hipoglucemiantes y antidiabéticas. A. Loubatieres.  
 \* Ensayo de aplicación de la cobaltoterapia a los cánceres bucales. Stuhl y Tournier.  
 Sobre las medidas a tomar para combatir los efectos cancerígenos posibles de los aditivos alimenticios. R. Truhaut y H. Druckrey.  
 \* El tratamiento del bocio simple. L. de Gennes.

**Ensayo de aplicación de la cobaltoterapia a los cánceres bucales.**—La cobaltoterapia se soporta mejor que el tratamiento radioterápico clásico. El cobalto no tiene una más amplia margen de acción que los rayos X, permitiendo recomenzar las irradiaciones en caso necesario (aparición de ganglios en el lado opuesto, extensión secundaria a un órgano vecino). La cobaltoterapia deja subsistir una mayor posibilidad quirúrgica. La osteorradionecrosis no es de temer, aunque a título de complicación siempre sea temible.

**El tratamiento del bocio simple.**—La mayor parte de los bocios recientes, parenquimatosos y difusos, uni o bilaterales, son tributarios de un tratamiento médico por la tiroxina o sus derivados. Lo esencial en estos casos es no confundir un bocio basedowiano con un bocio simple, puesto que el tratamiento es muy diferente. En algunos casos la necesidad estética puede hacer llegar a la intervención quirúrgica. Esta debe ser limitada y dejar una buena parte de tejido tiroideo para prevenir el mixedema. Cuando, por el contrario, se trata de un bocio más antiguo, duro y fibroso, la gran preocupación debe ser la de descartar el cáncer tiroideo, ya que, la duda tan solo, condiciona una intervención operatoria inmediata. Aparte de estos casos, el volumen del bocio, su aspecto nodular y su carácter profundo o compresivo incitan al médico a preconizar la intervención. Cuando se trata de un adenoma verdadero, antiguo o reciente, aislado a no, sobre todo cuando es único, es prudente el operar a causa del potencial cancerígeno que pueden presentar semejantes formaciones. Esta contingencia se ha mostrado tan frecuente que ella ha incitado a la audacia, incluso a los que como el autor, piensan que la cirugía es siempre desagradable cuando no es indispensable.

## Le Sang.

29 - 5 - 1958.

- Introducción. P. Croizat.  
 \* A propósito de 42 casos clínicos de reticulomielosis aleucémica esencial (osteofibro reticulomielosis). P. Croizat, L. Revol, P. Morel, A. Mouriquand y Mme. Drapier.  
 \* Déficit de gamma globulinas y complicaciones infecciosas de las leucemias linfoides crónicas. R. Creysse, P. Morel, J. Medord, L. Revol y P. Croizat.  
 Diátesis hemorrágica femenina con presencia en la sangre de una antitrombina del tipo de la heparina. Faure-Giely, Simon, Thouverez y Diebold.

Contribución al estudio sistemático de las pruebas globulares y séricas en los síndromes hemolíticos (a propósito de una estadística de 2.400 casos). L. Revol, E. Lejeune, Ch. P. Brizard, A. Jouvenciaux y Mlle. N. Perrin.  
 La identidad citológica y química de las anemias hipocromas y su clasificación patogénica en el adulto. P. Croizat, L. Revol, R. Creysse, Cl. Mouriquand, P. Morel y A. Gothen.

**A propósito de 42 casos clínicos de reticulomielosis aleucémica esencial.**—La osteofibro-reticulo-mielosis es una reacción especial del sistema hematopoyético (reticulopau-mieloides, en particular hepatoesplénico) asociada a fenómenos de mielofibrosis de etiología desconocida a menudo. Aparece tanto en uno como en otro sexo, aunque en la estadística personal de los autores la incidencia es ligeramente mayor en el hombre. Aunque el mayor número ha aparecido entre los cuarenta y los sesenta años, hay un caso (Florentin) de dieciséis. Etiológicamente se han invocado causas tóxicas (tetracloruro de carbono, mercurio, anilina, ácido nítrico, nitratos, arsénico y benzol) y por fenómenos alérgicos y causas infecciosas (endocarditis, pleionefritis, tífus, tripanosomiasis, brucelosis, sífilis y tuberculosis). El estudio anatómopatológico muestra la hematopoyesis extramedular, principalmente en hígado, bazo y ganglios, y más raramente en riñón, pulmón y otros órganos, y la progresiva mieloesclerosis de la médula ósea. Hay anemia, esplenomegalia, no siempre hepatomegalia y raramente ascitis. Los aspectos radiológicos varían de un punto a otro del esqueleto, caracterizándose por una densificación osteopetrosa, principalmente en el cráneo, parecido al cuadro pagetoide. La eritroblastosis sanguínea aparece en las tres cuartas partes de los casos estudiados; hay reticulocitosis ligeramente superior a la normal. La resistencia globular es normal o está ligeramente disminuida. En la sangre periférica aparecen a menudo mielocitos, existe trombocitopenia y muy raramente aparecen megacariocitos. El mielograma es muy pobre, aunque ocasionalmente puede ser normal, y en él pueden estar aumentados los megacariocitos. Las formas clínicas son numerosas: medulares puras, hepatomegálicas, hemorrágicas, hemolíticas, poliglobúlicas, eritroblásticas, hipertrombocitarias, megacariocitarias, leucemoides, pancitopénicas y reticuloendoteliales. El tiempo medio de supervivencia es de poco más de dos años. Patogénicamente se admiten dos teorías: una, la vicariancia heterotópica, proceso inicialmente inflamatorio medular, y otra, la enfermedad sistematizada difusa reticulofibromieloides. Terapéuticamente se recurre al hierro, las transfusiones, los antimitóticos, radioterapia, al fósforo radioactivo y la esplenectomía.

**Déficit de gammaglobulinas y complicaciones infecciosas de las leucemias linfoides crónicas.**—El estudio de la gamma globulina en 61 casos de leucemia linfocítica crónica permite separar dos grupos: uno, en el que no existe alteraciones de dicha fracción, y otro, en el que aparece un importante déficit de esta proteína. Raramente puede haber una hipergammaglobulinemia. Clínicamente dichas complicaciones infecciosas aparecen durante la evolución de las leucemias linfoides, pues existe una correlación estadística entre su incidencia y el déficit de gamma globulina. Aunque la plasmocitosis medular está disminuida en el curso de las leucemias linfáticas, no puede afirmarse su correlación con dicho déficit. Por todo ello, está justificada la terapéutica gammaglobulinica en las complicaciones infecciosas de estas hemopatías.

## Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

88 - 1 - 4 de enero de 1955.

- El cor pulmonale crónico y su tratamiento. W. Hadorn.  
 \* Estenosis de las arterias pélvicas y síndrome discal lumbar. P. Lundsgaard-Hansen, H. Markwalder y A. Senn.  
 \* Intoxicación por la vitamina D<sub>2</sub> a las dosis terapéuticas usuales en un caso de miliar tratado con PAS. R. Siegrist, W. Kaiser y K. H. Gedike.  
 Cooperación del internista y el radiólogo. E. Hafner y A. Werli-Haessig.

**Estenosis de las arterias pelvianas y síndrome discal.** La causa más frecuente de una lumboscialgia es la



discopatía lumbar, siendo menos conocido el hecho de que una oclusión total o subtotal de las arterias de la pelvis puede producir manifestaciones análogas. Los autores refieren un caso de oclusión subtotal de la arteria iliaca externa izquierda con dolores en la pierna y pulso periférico disminuido, pero palpable, el cual había sido considerado primeramente como una discopatía lumbar con isquialgia, error diagnóstico que no es raro encontrar. El diagnóstico de estenosis iliaca se pudo hacer por los síntomas clínicos (claudicación intermitente sobre todo del muslo, de los glúteos y de las caderas; trastornos de la sensibilidad, atrofia de la musculatura del muslo y de los glúteos, disminución de las oscilaciones) y se confirmó en la arteriografía. La diferenciación en estos casos entre una estenosis arterial y una discopatía tiene no sólo interés académico, sino también práctico, ya que las estenosis vasculares son susceptibles de mejoría como ocurrió en este caso, mediante la intervención quirúrgica (endarterectomía).

**Intoxicaciones por vitamina D durante tratamiento con PAS.**—Numerosos casos de intoxicación por vitamina D<sub>2</sub> han sido publicados, atribuibles todos a una duración excesiva del tratamiento, a una sobredosificación o a una mala calidad del producto empleado. Los autores refieren un caso de hipervitaminosis D aparecido después de la administración poco prolongada de las dosis terapéuticas habituales de un producto puro. Se trataba de un sujeto afecto de una meningitis tuberculosa que estaba siendo tratado al mismo tiempo con PAS y estreptomycin, presentando los signos clínicos y metabólicos característicos de una intoxicación grave por vitamina D<sub>2</sub>. Estudios experimentales llevados a cabo sobre animales han demostrado que la asociación de vitamina D<sub>2</sub> y PAS provoca lesiones renales importantes a dosis muy inferiores a las dosis tóxicas de cada uno de estos dos medicamentos tomados separadamente. En conclusión, es necesario prestar atención a los riesgos de intoxicación que puede sobrevenir en los tuberculosos tratados con esta asociación medicamentosa a las dosis terapéuticas habituales.

88 - 2 - 11 de enero de 1958.

Estado actual de la teoría de carencia de iodo en el bocio.  
H. W. Bansi.

\* El cor pulmonale crónico y su tratamiento. W. Hadorn.  
Estudios sobre la técnica de la inyección intramuscular.  
H. K. Reckenberger y R. Schmidt.

\* Una miliar poco conocida: la miliar cardíaca, forma focal de la hemodiderosis pulmonar. R. Laserre y M. Chauvet.  
Experiencias clínicas con el nuevo laxante alcohol di-oxifenil-metnilbenzílico. J. Draeger y B. Draeger.

**El cor pulmonale crónico y su tratamiento.**—El cuadro clínico del cor pulmonale crónico en sentido estricto incluye procesos en que hay un aumento de resistencia al flujo sanguíneo pulmonar producido por lesiones vasculares o parenquimatosas del pulmón. El autor distingue dos tipos de cor pulmonale crónico. En el tipo I hay una hipoventilación alveolar crónica que por medio de reflejos alvéolo-vasculares determina una vasoconstricción funcional, al principio reversible. La causa más frecuente de este tipo I es el enfisema obstructivo crónico, acompañado de bronquitis obstructiva asmática o bacteriana. El tratamiento de estos casos debe ir dirigido a mejorar la ventilación alveolar. En la mayor parte de los casos esto se consigue mediante la desinfección bronquial, expectorantes y broncodilatadores. También pueden ser beneficiosos para la ventilación pulmonar y para la función del corazón derecho el tratamiento sintomático con oxigenoterapia, respiración ayudada y Diamox. El tipo II comprende enfermedades vasculares primarias del pulmón (hipertensión pulmonar primaria, arterioesclerosis pulmonar primaria, trombopatía pulmonar, endarteritis obliterante) y trastornos vasculares secundarios como esclerosis, atrofia u oclusión de los vasos en la fibrosis pulmonar, enfisema sustancial, resección extensa del pulmón, etc. No es raro ver que un tipo de cor pulmonale crónico se transforme en el otro.

**Miliar cardíaca, forma focal de la hemodiderosis pulmonar.**—Ante una imagen radiográfica de miliar pul-

monar hay que aclarar si se trata de una tuberculosis, o bien de silicosis, enfermedad de Besnier-Boeck, carcinoma pleural, histoplasmosis o coccidioidomicosis. Entre las miiarías raras hay una tenida a menudo por excepcional, pero que es más frecuente de lo que parece cuando se la busca cuidadosamente: la miliar cardíaca. Esta aparece en los sujetos afectos de estenosis miliar y es una forma localizada de hemodiderosis pulmonar. Su producción se debe a la hipertensión en la circulación menor, que origina pequeñas extravasaciones múltiples de la sangre en este territorio, con ulterior fagocitosis de la sangre extravasada por los histiocitos, que se impregnan así de pigmento férrico y constituyen las llamadas células cardíacas. Aunque pueda parecer que el interés de la miliar cardíaca es más académico que práctico, por su rareza y porque carece de potencial evolutivo, su conocimiento es realmente importante, ya que evitará confundirla con una miliar de otro tipo con las naturales consecuencias para la terapéutica. Se debe pensar en ella ante todo caso de estenosis miliar con granulía pulmonar para no aplicar un tratamiento antituberculoso más que cuando se esté bien seguro de que se trata de una granulía específica.

88 - 3 - 18 de enero de 1958.

\* La hipofisectomía paranasal transetmoido-esfenoidal en el carcinoma metastatizante de mama. F. Escher, F. Roth y H. Cottier.

El tratamiento de la poliartritis crónica por resección del nervio del seno carotídeo. K. Miehke.

Acción de los derivados naftoquinónicos (Synkavit) sobre la bilirrubinemia del recién nacido. M. Vest.

Cefaleas experimentales por histamina. F. Sicuteri y A. Torrini.

\* Las ornitosis. R. Hegglin.

**Hipofisectomía en el cáncer metastatizante de mama.**

Los autores describen una modificación de la técnica de Chiari para la resección paranasal de la hipófisis por vía transetmoido-esfenoidal. Este método es mejor que el transcraneal. En 26 enfermas, algunas de las cuales estaban en muy mal estado general, no hubo ningún caso de muerte por la operación. La cuantía de la resección puede apreciarse por las determinaciones hormonales. Puede hablarse de hipofisectomía total cuando la eliminación urinaria de 17-cetosteroides en las veinticuatro horas es inferior a 2 mg., la de hormona foliculo-estimulante es inapreciable, el metabolismo basal es a lo sumo de — 29 por 100 y el iodo proteico inferior a 3,5 mcg. por 100 y las pruebas con iodo radioactivo indican un hipotiroidismo. Los resultados más favorables se encuentran cuando la resección ha sido total. La mayor remisión es en las metástasis óseas. Aunque no todos los casos mostraron mejoría objetiva, en la mayor parte de ellos hubo por lo menos alivio de los dolores. Las metástasis hepáticas y cerebrales no se modifican por la hipofisectomía. No encuentran relación entre la edad de la enferma y el grado de mejoría conseguido. Como terapéutica de sustitución en los casos de resección total dan 12,5-25 miligramos de cortisona y 50-100 mg. de tiroides desecado en las veinticuatro horas, aumentando correspondientemente la cantidad de cortisona en situaciones de stress.

**Ornitosis.**—En los últimos años se han aumentado considerablemente nuestros conocimientos sobre la psitacosis. Sabemos ahora que el agente causal no se encuentra sólo en los papagayos y periquitos, sino que tiene un amplio reservorio en todo el mundo animal, siendo de especial importancia las palomas por lo que se refiere a la patología humana. También el cuadro clínico debe ser ampliado para incluir más que la forma clásica de neumonía generalmente grave. Hay muchas formas benignas que aparecen ante el médico práctico como infecciones catarrales de larga duración. Muchas de estas formas no son otra cosa que los llamados infiltrados con Wassermann positivo. Estas ornitis benignas aparecen muchas veces en forma epidémica. Sería interesante aclarar su relación con infecciones de palomas. En muchos casos el hallazgo de un Wassermann positivo puede ser el medio de aclarar el diagnóstico.

88 - 4 - 25 de enero de 1958.

- La importancia patogénica de la inhibición de la oxidación. F. Buechner.
- \* Formas clínicas del síndrome de carencia de anticuerpos. S. Barandun, H. J. Huser y A. Haessig.
- \* Histopatología del síndrome de carencia de anticuerpos. H. Cottier.
- Estudios sobre la cirrosis hepática experimental por carencia de colina y sus modificaciones por el tratamiento. F. C. Koullet.
- Causas individuales y sociales, pronóstico y profilaxis de la adicción a los anagésicos. R. Battegay.
- Contribución casística a la osteoporoquia. R. Uebelhart, W. Hinderling y W. Voelmy.

**Formas clínicas del síndrome de carencia de anticuerpos.**—Bajo la denominación común de carencia de anticuerpos se incluyen una serie de procesos caracterizados por la incapacidad del organismo para producir anticuerpos. Los enfermos afectados de estos procesos muestran una susceptibilidad aumentada a las infecciones bacterianas, excepto la tuberculosis y las recidivas de las enfermedades por virus. Los autores distinguen una forma aislada y otra combinada del síndrome. La forma aislada está representada por la agammaglobulinemia clásica (congénita) de los muchachos varones, la hipogammaglobulinemia adquirida de los adolescentes y adultos de ambos sexos y por la forma normogammaglobulinemia de niños y adultos recientemente descubierta. En la forma combinada se distingue la hipogammaglobulinemia asociada con otras enfermedades (nefrosis, leucosis, etcétera) y una forma hipergammaglobulinémica hasta ahora sólo observada en las gamma-paraproteinemias (mieloma, macroglobulinemia de Waldenstrom). La forma transitoria de la infancia es completamente distinta de las formas persistentes, tanto aisladas como combinadas. El hecho de que enfermos con una cifra normal de gamma globulina tengan un síndrome de carencia de anticuerpos, demuestra que la falta de éstos no tiene necesariamente que acompañarse de una disminución de la gammaglobulina del suero.

**Histopatología del síndrome de carencia de anticuerpos.**—Los autores han hecho biopsias y una autopsia en 13 casos de síndrome de deficiencia de anticuerpos de las formas a-, hipo- y normogammaglobulinémicas. Por regla general, el número de células plasmáticas en los ganglios linfáticos estimulados o no y en los tejidos inflamados crónicamente es paralelo a la cifra de gamma globulina circulante. Algunos enfermos normogammaglobulinémicos tenían un aumento de células plasmáticas en los ganglios, a pesar de estar afectada la producción de anticuerpos. En casos de a- e hipogammaglobulinemia se encuentran defectos estructurales del tejido linforreticular (alteraciones de la formación de los folículos, ausencia de folículos secundarios, sustitución de los tejidos linfáticos por un número aumentado de células reticulares y por tejido conjuntivo y engrosamiento fibroso de la cápsula). La intensidad y extensión de todas las alteraciones encontradas, que no son en modo alguno específicas, varían de uno a otro caso sin que haya correlación entre los datos histológicos y la tasa de gamma globulina circulante.

### Klinische Wochenschrift.

36 - 7 - 1 de abril de 1958.

- El síndrome nefrótico en el niño. Patogénesis, clasificación y tratamiento. W. Heymann.
- El comportamiento de los 17-hidroxycorticosteroides libres y combinados en el plasma y en la orina después de administración intravenosa de ACTH. J. Tamm, D. Busch y K. D. Voigt.
- Influencia de la enfermedad y de la absorción de los alimentos, así como de la administración de ácido pantoténico y de carbohidratos sobre la capacidad de acetilación del organismo humano. K. Bogner, A. Englhardt-Goelkel, F. Pirner e I. Woller.
- Método para probar las esterazas inespecíficas en la superficie cutánea. Una contribución a la bioquímica de la capa córnea. G. K. Steigleder.
- Estudios comparativos sobre la sensibilidad de diferentes métodos de coagulación en la prueba cruzada antes de la transfusión sanguínea. G. Schellong.
- \* Contenido de la sangre en ácidos grasos insaturados en la arteriosclerosis y en la diabetes. W. Schrade, R. Biegler y E. Boehle.

- \* Derivaciones y cortocircuitos en la circulación pulmonar del hombre. H. Cain.
- Observaciones sobre la presión sanguínea en las enfermedades reumáticas musculares y articulares. J. Cremers.
- Una nueva prueba para la demostración de depósitos de plomo en el cuerpo. D. W. Unseid.

**Ácidos grasos insaturados en la arteriosclerosis y en la diabetes.**—Los autores han determinado gravimétricamente el contenido de lípidos totales y de ácidos grasos totales y espectrográficamente el de ácidos poliéicos y de ácido oleico en el suero de 20 sujetos normales, 30 arterioscleróticos, 15 diabéticos y seis enfermos con hiperlipidemia sintomática. En contraste con la relación normal, el suero de los arterioscleróticos y de los diabéticos contiene más ácidos grasos saturados que insaturados. El ácido oleico es aproximadamente igual en todos los grupos. El suero de los arterioscleróticos y de los diabéticos contiene menos ácidos araquidónico y linoleico que el de los normales, y el de los diabéticos además mucho menos ácido linoléico. Según estos resultados, para normalizar en estos enfermos el espectro lipídico y de ácidos grasos del suero por medios dietéticos, se debe dar una dieta con limitación de grasas y que contenga un gran predominio de ácidos poliéicos sobre los ácidos grasos saturados.

**Derivaciones y cortocircuitos en la circulación pulmonar.**—Las derivaciones arteriales colaterales y las anastomosis arteriovenosas forman una unión transversal precapilar entre la arteria pulmonar y las venas pulmonares. La dirección de la corriente en ellas depende de las relaciones de presión a uno y otro lado, así como del estado de contracción de los diversos segmentos. En la estenosis pulmonar con derivación derecha-izquierda intracardiaca las arterias colaterales permiten una aortización de la periferia del pulmón y de esta manera se produce un aumento del volumen circulatorio y de la presión con una mejor absorción de oxígeno. En la hipertensión del círculo menor las arterias colaterales pueden tener una circulación en sentido inverso; cuando al mismo tiempo se produce una abertura de las anastomosis arteriovenosas, se produce el llamado cortocircuito pulmonar. La posibilidad de cortocircuitos pulmonares es de gran importancia en un doble aspecto: por una parte, porque permite el paso de elementos corpusculares de diámetro superior al de los capilares (por ejemplo, células tumorales) del círculo menor al mayor, y por otra parte, porque representa una sobrecarga para el corazón derecho.

36 - 8 - 15 de abril de 1958.

- Anticuerpos antiinsulina y su importancia clínica. A. B. Stavitsky y E. R. Aquilla.
- Nuevas clases de virus y nuevas enfermedades. G. Dall-dorf.
- Las bases metodológicas de la determinación del pH de la sangre. H. Schwab.
- La ecuación de Henderson y la teoría de la reacción. H. Winterstein.
- Reacciones fermentativas histoquímicas en células vivas en cultivo de tejidos. A. Gropp y K. Hupe.
- Estudios sobre la dependencia de la edad de la seroinmunidad contra los virus de la poliomielitis y el virus Echo tipo 9. R. Sauthoff y H. K. Mittelstrass.
- Estudios inmunoelectroforéticos sobre los complejos properdina-zimosán y properdina-insulina. F. Scheiffahrt y W. Frenger y H. Goetz.
- \* Potenciación de la acción de la hidrocortisona por la fenilbutazona. K. K. Heiner y H. J. Heite.
- Heparinización de la sangre en la hemodiálisis extracorpórea. H. Nieth, E. Mammen y R. Gross.
- Estudios quinéticos sobre la acción de la resorquina sobre el sistema dehidrogenasa del ácido glutámico. U. Gerlach.
- Nuevas observaciones con el microscopio electrónico en la hepatitis por virus. H. Braunsteiner, K. Fellinger, F. Pakesch y A. Neumayr.
- Estudios con el microscopio capilar en enfermos con aquiria gástrica. H. J. Kabelitz y L. Weiss.
- La demostración de lipoproteínas del suero en la íntima de la aorta. H. Ott, F. Lahss y J. Gergely.
- Un método para la determinación cuantitativa de aminoácidos. W. Gerok.
- \* Sobre una nueva diferencia bioquímica entre la porfiria humana aguda y la porfiria experimental. W. Stich.

**Potenciación de la hidrocortisona por la fenilbutazona.** Mediante la tumefacción inflamatoria producida en la



pata de la rata por la inyección de Aerosil al 10 por 100, los autores miden la acción antiinflamatoria de la hidro-cortisona, de la fenilbutazona y del empleo combinado de ambas. Observan que el efecto antiinflamatorio de la combinación de hidrocortisona y fenilbutazona es superior al que se consigue incluso con dosis dobles de cada uno de los componentes separadamente. Se trata, por tanto, de una verdadera potenciación, no sumación, de los efectos de ambas drogas antiinflamatorias.

**Diferencias entre la porfiria aguda humana y la porfiria experimental.**—Los autores estudian la porfiria experimental del conejo y comparan los datos bioquímicos con los obtenidos en la porfiria aguda humana. En ésta hay una eliminación urinaria de cantidades excesivas de porfobilinógeno y de ácido delta-aminolevulinico, mientras que en la porfiria experimental sólo hay aumento de la eliminación de porfobilinógeno, pero no de ácido delta-aminolevulinico. En la porfiria experimental hay un bloqueo metabólico en la biosíntesis de la porfirina, dependiente de la disminución de formación de catalasa hepática al 10-15 por 100 de lo normal. En la porfiria humana no hay disminución de la catalasa hepática.

### The American Journal of the Medical Sciences.

235 - 6 - 1958.

- Bacteriemia causada por pseudomonas después del uso de materiales contenidos en soluciones de un agente catiónico activo en la superficie. S. A. Plotkin y R. Austrian. Proctosigmoidoscopia como parte rutinaria de un programa multifásico. L. C. Molofsky y S. J. Hayashi. El efecto del meprobromato (Equanil) sobre enfermos con lesiones cerebrales. C. H. Carter. Algunos efectos cardiovasculares de la reserpina. M. D. Yablonski, A. M. Stockman, F. S. Caliva y R. H. Lyons. Observaciones sobre el comportamiento de varias pruebas diagnósticas en el infarto de miocardio. J. R. Durant, G. N. Bowers y P. H. Twaddle. El efecto de la administración prolongada de Rauwolfia serpentina (Raudixin) sobre la acidez gástrica. D. Berkowitz. Edema pulmonar de origen no cardíaco. M. Kleinfeld, J. Messite y Ch. P. Giel. Biopsia digital en el hombre. Un auxiliar para el estudio de la circulación periférica. J. Phillips y G. E. Burch. Una revalorización de los criterios diagnósticos de la pericarditis aguda. W. A. Sodeman y R. H. Smith. Varices esofágicas asociadas con hernia del hiato en ausencia de hipertensión portal. E. D. Palmer. Respuesta a la infección de las fracciones de las proteínas del suero. R. G. Graham, H. L. Dobson y E. M. Yow. Enzimas séricas en la enfermedad. III. Dehidrogenasa láctica y transaminasa glutámica-oxalacética en enfermos con leucemia y linfoma. M. West, P. Heller y H. J. Zimmerman. Reversión de la fibrilación auricular a ritmo sinusal con la terapéutica con digital. P. B. Jennings, N. Makous y J. B. Veer. Estudios sobre la posible relación de la Tobultamida con el Dicumarol en la terapéutica con anticoagulantes. H. Chaplin y M. Cassell. Transfusiones sanguíneas intraperitoneales. P. Mellish e I. J. Wolman. Cuello uterino incompetente. Una causa de aborto tardío habitual y parto prematuro. K. Smith.

**Respuesta a la infección de las fracciones de las proteínas del suero.**—En la infección ocurren muchas alteraciones en la distribución porcentual de los componentes de las proteínas del suero. Generalmente estas alteraciones incluyen una reducción de la albúmina y un aumento de la gamma globulina. Un aumento de las globulinas alfa, y alfa, es indicio de inflamación. En las infecciones hepáticas no hay respuesta de la fracción alfa, pero ocurre un aumento porcentual de la globulina beta, acompañada de una reducción de la albúmina y un marcado aumento de la gamma globulina. En las infecciones por cocos Gram-positivos ocurre también un aumento porcentual de la beta globulina. Las infecciones virales de los pulmones producen las mismas alteraciones que los cocos Gram-positivos, con la excepción de que no aumenta la beta globulina. En las infecciones pulmonares por bacilos Gram-negativos ocurren marcadas anomalías de las proteínas, pero generalmente este fenómeno es el resultado de una enfermedad subyacente, como por ejemplo, una cirrosis hepática. En la endocarditis bacteriana subaguda generalmente hay una reducción de la

albúmina y un aumento de la gamma globulina con poca o nula alteración de la alfa globulina.

**Reversión de la fibrilación auricular al ritmo sinusal con la terapéutica digitalica.**—Hay diferencias de opinión acerca de la frecuencia con que la digital convierte una fibrilación auricular en ritmo sinusal. GOODMAN y GILMAN establecieron que "la fibrilación de la aurícula raramente es parada con la digital". FISHBERG comparte esta opinión. WHITE no hace mención especial a este problema y LEVINE y LUISADA dicen que la conversión al ritmo sinusal puede ocurrir, pero no comentan la frecuencia en que esto ocurre. SCHERF opina que ocurre rara vez. PRINZMETAL y KENMAMER señalan que no infrecuentemente con la digital revierte la fibrilación y hacen referencia a MOVITT, que anteriormente (1946) ya lo había referido. FAHR y LA DUE publicaron ocho de 102 casos de fibrilación auricular no paroxística que volvió espontáneamente con el lanatósico C a un ritmo sinusal. Los autores de este trabajo señalan que la reversión de la fibrilación auricular al ritmo sinusal ocurre en un número significativo de enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva cuando se tratan con digital en combinación con otras medidas pertinentes.

Un grupo de 25 pacientes con enfermedad cardíaca orgánica y fibrilación auricular manifestaron un total de 33 retornos al ritmo sinusal durante el tratamiento del desfallecimiento cardíaco con la digital. La terapéutica con quinidina o Pronestyl no fueron usados en ninguno de estos casos. El control meticuloso del desfallecimiento cardíaco indudablemente es un factor muy importante y en ello el papel de la digital es muy grande.

### The Journal of Experimental Medicine.

107 - 5 - 1958.

- Electromicroscopia de los virus de las glándulas salivares. S. A. Luse y M. G. Smith. Adsorción y maduración de poliovirus en células HeLa mono- y poliinfectadas. J. E. Darnell. Las necesidades de aminoácidos de las células de riñón de mono en el primer pase de cultivo. H. Eagle, A. E. Freeman y M. Levy. La naturaleza de los complejos antígeno-anticuerpo formados en conejos durante una respuesta inmunitaria a la albúmina del suero bovino. W. O. Weigle. Inmunorreacciones que afectan a las plaquetas. I. Un modelo estérico y químico para la formación de un complejo de un anticuerpo humano, quinidina como hapteno, y plaquetas, y para la fijación del complemento por el complejo. N. R. Shulman. Inmunorreacciones que afectan a las plaquetas. II. Análisis teóricos del modelo. T. L. Hill. Inmunorreacciones que afectan a las plaquetas. III. Aspectos cuantitativos de la aglutinación de las plaquetas, inhibición de la retracción del coágulo y otras reacciones producidas por el anticuerpo de la púrpura por quinidina. N. R. Shulman. Inmunorreacciones que afectan a las plaquetas. IV. Estudios sobre la patogénesis de la trombocitopenia en la púrpura medicamentosa usando dosis de prueba de quinidina en individuos sensibilizados; sus implicaciones en la púrpura trombocitopénica idiopática. N. R. Shulman. Mecanismos celulares del metabolismo proteico en la nefrona. VII. Las características y significación de las gotitas de absorción de proteínas (gotitas hialinas) en la fiebre hemorrágica epidémica y otras enfermedades renales. J. Oliver y M. Mac Dowell. El desarrollo "in vitro" de partículas de citoplasma. I. Observaciones sobre el desarrollo de partículas en medios bacteriológicos. E. L. Nelson. El desarrollo "in vitro" de partículas de citoplasma. II. Partículas de hemoglobina y de ácido desoxirribonucleico. E. L. Nelson.

**Complejos antígeno-anticuerpo durante la respuesta inmunitaria.**—Tras la inyección de un antígeno aparecen, cuando desaparece de la circulación el antígeno inyectado, y antes de que aparezca anticuerpo libre, complejos antígeno-anticuerpo circulantes, porque las primeras cantidades de anticuerpo formadas van a combinarse con el antígeno todavía presente en la circulación, constituyendo agregados antígeno-anticuerpo solubles, por estar formados al principio en exceso de antígeno. A medida que avanza la producción de anticuerpo y va desapareciendo el antígeno inyectado, los complejos formados van estando más en la relación de equivalencia, por lo que son menos solubles y se eliminan más fácil-

mente de la circulación. Por tanto, la aparición de dichos complejos y la desaparición del antígeno tienen lugar según un patrón que está condicionado por la cantidad de antígeno inyectado, la velocidad de síntesis de anticuerpo y quizá por la calidad del anticuerpo producido. Mediante estudios con iodo radioactivo encuentran los autores que no hay relación entre los complejos antígeno-anticuerpo obtenidos por precipitación con sulfato amónico y el material obtenido por disociación y reasociación con álcali, por lo que concluyen que este último no está realmente constituido por complejos antígeno-anticuerpo.

**Metabolismo proteico en la nefrona.**—Los autores estudian la formación de gotitas hialinas (gotitas de absorción de proteínas) que se ve en la lesión renal de la fiebre hemorrágica epidémica, encontrando que tales gotitas son iguales a las que se ven en los procedimientos experimentales y en otras enfermedades renales. Tales gotitas son el aspecto visible de las modificaciones patológicas del proceso fisiológico de reabsorción continuada de proteínas del plasma por las convoluciones proximales. Las mitocondrias de las células renales toman parte en la reabsorción y eliminación, tanto normal como patológica, de las proteínas plasmáticas; las gotitas hialinas son en realidad un complejo de proteínas reabsorbidas y sustancias y fermentos de las mitocondrias, produciéndose siempre que la destrucción o eliminación de la proteína reabsorbida es insuficiente para impedir su acumulación, lo cual puede depender de los caracteres cualitativos o cuantitativos de la proteína reabsorbida o del estado funcional de la célula renal.

### The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

51 - 4 - 1958.

- Velocidad de aparición y desaparición de leucocitos en estado normal y en diversos estados patológicos. S. Perry, C. G. Craddock y J. S. Lawrence.
- Respuesta eosinofílica a la sangre intraperitoneal. J. S. Chapman y R. C. Reynolds.
- \* Niveles de macroglobulina en el suero en relación con la edad, sexo y enfermedad. N. Eriksen.
- El efecto de la corticotrofina, cortisona y prednisona sobre el tiempo de coagulación de la sangre total. F. Dreyfuss y J. Menczel.
- Estudios sobre la gamma globulina del suero humano. A. S. Wiener, D. K. Briggs, L. Weiner y L. Burnett.
- La influencia de la punción peritoneal con y sin insuflación intraperitoneal de aire sobre la función renal y la eliminación de electrolitos. N. S. Bricker y L. Gregory.
- La relación entre las concentraciones de monóxido de carbono en el alvéolo y en la sangre al contener la respiración. R. H. Jones, M. F. Ellicott, J. B. Cadigan y E. A. Gaensler.
- El diagnóstico diferencial de la obstrucción de las vías biliares con rosa bengala radioactivo. R. A. Nordyke y W. H. Bland.
- \* El efecto de la hidrocortisona y desoxicorticosterona sobre las infecciones experimentales con *M. tuberculosis* en conejos. R. L. Schultz y M. S. Okawaki.
- Evaluación objetiva de enfermos con procesos reumáticos. M. R. Shtetler y R. W. Payne.
- Cambios bioquímicos periféricos asociados con la administración intravenosa de sales de amonio a sujetos normales. M. P. Tyor y W. P. Wilson.
- El efecto hemolítico de la primaquina. C. L. Flanagan, S. L. Schrier, P. E. Carson y A. S. Alving.
- Determinación del espacio de bromuro por medio de un método polarográfico. H. S. Jones y M. L. Terry.
- Análisis de partición de las proteínas del suero: Correlación entre los métodos de electroforesis en papel y turbidimétrico. D. R. Davis, F. A. Teague, B. J. Dietz y R. E. Budd.
- Método de película líquida para electroforesis. N. Ressler, N. A. Nelson y H. D. Oster.
- Una prueba nefelométrica sencilla para las beta lipoproteínas del suero humano. H. N. Antoniadis, J. L. Tullis, L. H. Sargeant, R. B. Pennell y J. L. Oncley.
- Un método modificado para la valoración de la utilidad clínica de los antibióticos. I. Hoette y A. P. Struyk.
- Modificación de la prueba de acidez gástrica sin sonda a la cabecera del enfermo. J. M. Holsthaus, F. L. Humoller y J. R. Walsh.
- Un aparato para depositar automáticamente sobre papel de filtro las soluciones para separaciones cromatográficas. J. Logothetis y F. Sherman.
- Un método para sujetar los ratones para la inyección intravenosa. N. Feder.
- Procedimiento para aumentar la sensibilidad de las pruebas de anticuerpo específico antitreponema. B. J. Rosenau y J. F. Kent.

**Niveles de macroglobulina en el suero.**—Cuando se ultracentrifuga el suero humano convenientemente diluido se suele encontrar una pequeña fracción con coeficiente de sedimentación de 19S, además de los componentes 4S y 7S. El componente 19S es la macroglobulina, integrada por dos fracciones situadas electroforéticamente en la alfa<sub>2</sub> y en la gamma<sub>1</sub>. El aumento de este componente más denso es el que caracteriza a la macroglobulinemia de Waldenstroem. El autor ha estudiado el contenido de macroglobulina (S mayor de 15) en 151 muestras de suero de un grupo de sujetos del cual se excluyó a los que presentaban macroglobulinemia o procesos aparentemente relacionados. El valor medio para los adultos normales, válido también para muchos enfermos, es de 0,3 g./100 ml. de suero, siendo ligeramente más alto en las mujeres que en los hombres. El valor medio para los niños normales es significativamente más alto: 0,4 g. por 100. En enfermos con el síndrome nefrótico se encuentra constantemente un valor más alto de lo normal, encontrándose, por el contrario, valores más bajos en los enfermos de mieloma. En otras diversas enfermedades encontraron valores anormalmente altos o bajos, pero su inconstancia y lo reducido del número de observaciones impide sentar conclusiones definitivas. Estudió el autor la distribución electroforética de la macroglobulina en estos casos, encontrando que tanto la fracción alfa, como la gamma, de la misma eran asiento de las diversas variaciones observadas.

**Hormonas suprarrenales y tuberculosis experimental.** La administración de hidrocortisona a conejos infectados con *Mycobacterium tuberculosis* produce un notable agravamiento de la enfermedad, mientras que la administración de desoxicorticosterona produce sólo ligeros cambios en relación con los controles. La infección experimental determina un aumento de beta globulina y una disminución de albúmina; el único cambio observado con el tratamiento con hormonas es un aumento de las proteínas totales y un descenso transitorio de la gamma al dar hidrocortisona. No hay alteraciones significativas y permanentes en los electrolitos sanguíneos después del tratamiento con estas hormonas en los animales infectados. La hidrocortisona produce un descenso significativo de la cifra de leucocitos. No hay alteraciones en la hemoglobina, valor hematocrito, cifra de hematíes ni de leucocitos en los controles ni en los tratados con desoxicorticosterona.

### American Journal of Clinical Pathology.

29 - 5 - 1958.

- Examen espectrofotométrico de hemoglobina. W. M. McCord y R. H. Yadsen.
- Algunas observaciones sobre el método de Powell para la determinación de la bilirrubina del suero. F. H. Sius y C. Horn.
- Respuesta inmunitaria a la sustancia A del grupo sanguíneo. L. H. Muschel y cols.
- Autoanticuerpos específicos del grupo sanguíneo en la anemia hemolítica adquirida. Anticuerpo incompleto al frío con especificidad anti-H. - L. V. Crowley.
- El significado de la positividad de la prueba de fijación-complemento al antígeno psitacosis en la enfermedad del arañazo de gato. J. D. Manning y J. D. Reid.
- Un bacilo ácido-resistente poco común causante de una enfermedad sistémica y muerte en un niño. Con especial atención a una osteomielitis diseminada y parasitismo intracelular. L. H. Vander Holven y cols.
- Impregnación de axones y botones terminales en la práctica en parafina o congelación del tejido nervioso central y periférico. Adaptación del método del carbonato de plata de Hortege para neurofibrillas. W. De Myer.
- \* Miopatía vacuolar en el lupus eritematoso sistematizado. C. P. Pearson y J. N. Yamazaki.
- Metástasis adyacentes de dos neoplasias primitivas diferentes. Descripción de un caso. W. P. Johnson y A. F. Brown.
- \* Coexistencia de válvulas bicúspides aórtica y pulmonar. Descripción de un caso. A. L. Olson y G. L. Dybdahl.
- Malacoplasmia del testículo. Descripción de un caso. R. S. Haukoil y H. Chinchinian.

**Miopatía vacuolar en el lupus eritematoso sistematizado.**—En un niño de 15 años que sufría un lupus eritematoso diseminado se presenta una modalidad patológica de los músculos esqueléticos. Aunque no había evidencia clínica de afectación muscular, la transaminasa



estaba marcadamente elevada, quizá como consecuencia de la continua destrucción de la fibra muscular durante la fase aguda. Los niveles de dicho enzima volvían a la normalidad tras la terapéutica con prednisona. Patológicamente había una extensa vacuolización de las fibras musculares con hipertrofia e hiperplasia de los núcleos sarcoplásmicos. La íntima asociación de las vacuolas con los núcleos prominentes sugiere un intercambio tóxico entre ellos. Se discute la significación de las alteraciones nucleares, recordándose los trabajos de HOLBOROW, que demostró la presencia de un agente sérico de pacientes con esta enfermedad, que tenían una afinidad específica para los núcleos. La miopatía vacuolar es una manifestación generalmente rara.

**Coexistencia de válvulas bicúspides aórtica y pulmonar.**—Los autores describen dos casos de esta anomalía congénita cardíaca sin otras anomalías acompañantes. Uno de los casos lo relatan brevemente. El otro, un niño de veinticinco días, murió a los pocos días de su ingreso, desenlace relativamente incomprensible para los autores. Esta malformación, bien estudiada por KOLETSKY, es bastante rara. La distinción entre las válvulas bicúspides congénitas o adquiridas se basarán en la presencia de un surco y en el estudio histológico de las fibras elásticas, viéndose si se interrumpen o no, al tiempo que se observa si hay fibrosis o signos inflamatorios.

## A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry.

79 - 6 - 1958.

- \* Gliomas del nervio óptico. H. W. Dodge, J. G. Love, W. M. Craig, M. B. Dockerty, T. P. Kearns, C. B. Holman y A. B. Hayles.
- Aneurisma intracraneal arteriovenoso. O. Höök, L. Werkö y G. Öhrberg.
- Efectos clínicos de la terapéutica de electrochoque. R. B. Aird.
- Retención de costumbres visuales sobreaprendidas después de la ablación cortical en el mono. K. L. Chow y J. Survis.
- Encefalomiелitis de la enfermedad de Newcastle en los gatos. C. N. Littrell y F. B. Bang.
- Psicoterapia en un Hogar para Ancianos. M. J. Aronson.
- Medida de la imperfección de los esquizofrénicos para hacer difíciles valoraciones discriminativas. H. A. Heath.
- Psicoterapia en grupos completos de enfermos esquizofrénicos ambulatorios. W. C. Hulse.
- Un método cuantitativo para valorar las variaciones de intensidad de un conflicto o estado psicológico. L. A. Gottschalk y S. Kaplan.
- Empleo de la clorpromazina con un intenso programa de terapéutica ocupacional. P. Grvlier y M. A. Waters.
- Aspectos dinámicos de la terapéutica ocupacional. E. D. Wittkower y H. Azima.
- \* Acción analéptica de la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) contra el pentobarbital. J. T. Apter.
- Constancia de la prueba de Funkenstein. N. Q. Brill, R. A. Richards y L. M. Berger.
- Síntomas oculomotores y posturales en niños esquizofrénicos. M. Pollack y H. P. Krieger.
- Respuesta de la glándula suprarrenal a la corticotropina en la esquizofrenia. M. E. Sheard.
- Ceruloplasmina, transferrina y triptófano en la esquizofrenia. C. E. Frohman, M. Goodman, E. D. Luby, P. G. S. Beckett y R. Senf.

**Gliomas del nervio óptico.**—Los autores hacen una revisión de 46 casos, vistos en la Clínica Mayo desde 1915 a 1955. Estos pacientes han sido divididos en dos grupos: 12, que tenían glioma del nervio óptico, y 34, con glioma difuso o de tipo quiasmático. En aquéllos el hallazgo más frecuente es el exoftalmos, mientras que en los últimos es la pérdida de visión. Según los autores, el pronóstico es excelente en las lesiones unilaterales del nervio óptico, siendo peor en los tumores difusos que envuelven el quiasma y los tractos ópticos. En todo caso, consideran imprescindible la verificación de todos los tumores. En cuanto a la vía de acceso quirúrgica, la transcraneal es la que consideran mejor por permitir mejor visualización y facilidades para la extirpación total. Incluyen un cuadro comparativo de los pacientes tratados sólo quirúrgicamente y los intervenidos y radiados posteriormente.

**Acción analeptica de la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) contra el pentobarbital.**—El estudio de la capacidad de prevenir y revertir la intoxicación con pen-

tobarbital (Nembutal) se ha hecho estudiando diversas drogas: solución de LSD-25, cristales de LSD, pentileno-tetrazol, picrotoxina y brom-LSD, en gatos intoxicados. La solución de LSD-25 se ha mostrado como la más efectiva, en dosis tolerables, que la picrotoxina, el pentileno-tetrazol y la brom-LSD, en prevenir la muerte por pentobarbital. La LSD cristalina ha resultado ineficaz. También es la solución de LSD-25 la más activa para hacer reversibles los síntomas de intoxicación. Incluso intoxicaciones que exigían dosis convulsivantes de picrotoxina pueden ser tratadas con solución de LSD-25 en dosis inofensivas. Posteriores observaciones habrán de demostrar el valor de esta droga en su empleo en hombres.

## Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

103 - 1 - 1958.

- Una década con el resfriado común. C. H. Andrewes.
- Médula ósea y embolismo fatal en la anemia de células falciformes y enfermedad por hemoglobina C y células falciformes. W. M. Shelley y E. M. Curtis.
- \* La localización de los shunts circulatorios con la inhalación de krypton. R. J. Sanders y A. G. Morrow.
- Fraciones proteicas de los extractos de embriones de pollo y sus efectos sobre el crecimiento en los cultivos de tejidos. M. Rosenfeld.

**La localización de los shunts circulatorios con la inhalación de krypton.**—Un método para la detección y localización de los shunts de derecha a izquierda por la inhalación de un gas inerte radioactivo, el krypton, es descrito por los autores. Durante la cateterización cardíaca en 17 pacientes con y sin shunts, el gas fué inhalado por treinta segundos y tomadas muestras simultáneamente de una arteria sistemática y de la cámara derecha cardíaca o arteria pulmonar. La presencia o ausencia de un shunt fué correctamente indicado por la relativa radioactividad de la muestra del corazón derecho. La prueba con el krypton es mejor que el método de determinar las diferencias de oxígeno y el rápido análisis de las muestras con un contador de Geiger hace que los resultados de esta prueba se conozcan durante la cateterización.

## Blood.

13 - 5 - 1958.

- \* Estudios de la función linfocítica. H. Braunsteiner y colaboradores.
- \* Policitemia en carcinoma primario de hígado. A. J. S. McFadzean y cols.
- Sobre la presencia de una sustancia plasminogénica en los tejidos humanos. E. Kowalski y cols.
- Una técnica "in vitro" para estudiar la dinámica de la aglutinación de los leucocitos. J. D. Hartman.
- Aumento de la excreción urinaria de vitamina B<sub>12</sub> marcada con cobalto 60 producida por cápsulas de liberación retardada. J. C. Johnson y E. S. Berger.
- Efecto de un antagonista de la Riboflavina sobre leucocitos de ratas cloroleucémicas. E. A. Musser y R. W. Heinle.
- Mielomatosis con cuadro proteínico sérico tipo A<sub>2</sub>. J. A. Owen y W. D. Rider.
- Coagulación sanguínea en la intoxicación férrica aguda. S. J. Wilson y cols.
- Thalasemia-hemoglobina H. - J. A. Wolff y cols.

**Estudios de la función linfocítica.**—Son observadas las reacciones celulares en áreas inflamatorias, comprobándose que después de una fase granulomonocítica inicial aparece una infiltración masiva por linfocitos. Estos linfocitos manifiestan un rápido proceso hipertrófico que se manifiesta por células monocitoides, epiteloides y aun gigantes. Por la inyección de 15 a 30 millones de estas células de donadores tuberculina-positivos a receptores negativos a esta sustancia, se transfería específicamente una alergia de tipo retardo, comportándose las células como linfocitos. Sobre la base de estas investigaciones se discute la función de los linfocitos.

**Policitemia en carcinoma primario de hígado.**—En una serie de 176 pacientes con hepatocarcinoma, 17 (10 por 100) mostraban un aumento significativo del número de hematíes y de la hemoglobina sobre los niveles normales. Una investigación de 28 pacientes con hepato-

carcinoma desarrollado en cirrosis hepática en tres (10 por 100), los valores eritrocíticos y hemoglobínicos eran mayores que los encontrados normalmente en los chinos. En estos 28 pacientes el volumen plasmático estaba ligeramente aumentado, de manera parecida al de una cirrosis hepática no complicada. Individualmente los valores eritrocíticos y hemoglobínicos eran superiores a los controles en 17, iguales en seis e inferiores en cinco. Concluyen que la policitemia es verdadera y secundaria al desarrollo del hepatocarcinoma. La alteración del volumen plasmático es atribuible probablemente a la cirrosis hepática preexistente. En el curso de la investigación no se encontró ningún carcinoma desarrollado en un hígado no cirrótico.

### The New England Journal of Medicine.

258 - 18 - 1 de mayo de 1958.

- Resección por tuberculosis pulmonar. D. B. Hiscoe, W. F. Thompson, T. J. Enright y H. Black.  
 \* Epiglottitis aguda en la infancia. Una urgencia grave fácilmente reconocida a la cabecera del enfermo. W. Berenberg y S. Kevy.  
 \* Trombosis aguda y crónica de las arterias mesentéricas asociada con mala absorción. R. S. Shaw y E. P. Maynard.  
 Infarto del intestino en la insuficiencia cardíaca. N. Ende.  
 Los mecanismos de la clínica geriátrica y su lugar en la comunidad. R. T. Monroe.  
 Cirugía abdominal. C. E. Welch.  
 Metsuximida en ataques psicomotores y de pequeño mal. E. G. French, J. Rey-Bellet y W. G. Lennox.  
 Zoxazolamina, un potente agente uricosúrico. E. B. Reed, T. V. Feichtmeier y F. M. Willett.

**Epiglottitis aguda en la infancia.**—Los autores refieren 42 casos de esta grave enfermedad, presentados en niños de tres meses a ocho años, excepto uno, que tenía catorce. La enfermedad comienza agudamente, en muchos casos por dolor de garganta, produciéndose rápidamente intensa dificultad respiratoria, en muchos casos con estridor y acúmulo de secreciones faríngeas que se expulsan en gran cantidad por la boca. A la inspección se ve la epiglottis muy aumentada de volumen, edematosa y de color rojo cereza. Si no se instaura rápidamente el tratamiento, la muerte se produce dramáticamente en el curso de unas horas. El organismo causal es con la mayor frecuencia el *Haemophilus influenzae*, grupo B, aunque puede en ocasiones ser otra bacteria como el estafilococo, neumococo, etc. El tratamiento consiste en primer lugar en la traqueotomía, que es salvadora, instaurándose después el tratamiento antibiótico adecuado. Es importante conocer esta entidad para reconocerla con la rapidez que la urgencia del caso exige, evitando confundirla con crup, faringitis aguda o laringotraqueobronquitis.

**Defectos de absorción por trombosis de las arterias mesentéricas.**—Los autores presentan dos casos de enfermedad obstructiva arterioesclerótica de la arteria mesentérica superior en los cuales se produjeron como consecuencia defectos de la absorción intestinal; ambos pudieron ser mejorados quirúrgicamente. En uno de ellos se trataba de un trombosis aguda que produjo disabsorción postoperatoria transitoria. El otro era un caso de trombosis crónica que produjo un cuadro de disabsorción intestinal, con dolor abdominal intermitente y pérdida de peso, que condujo a un infarto intestinal agudo. En el segundo enfermo se pudo establecer, mediante aortografía, el diagnóstico antes de practicar la intervención. En ambos casos se practicó endarterectomía, que produjo una notable mejoría del cuadro intestinal. Los autores resaltan la conveniencia de pensar en la oclusión arterioesclerótica de arterias mesentéricas, enfermedad susceptible de mejoría tras el tratamiento quirúrgico ante todo caso de defecto de absorción intestinal para el que no se encuentre explicación.

258 - 19 - 8 de mayo de 1958.

- \* Neumonía estafilocócica. A. M. Fisher, R. W. Trever, J. A. Curtin, G. Schultze y D. F. Miller.  
 Tratamiento antimicrobiano de corta duración en la meningitis tuberculosa. E. L. Kendig y W. B. Johnston.

- \* Mejoría de la diabetes mellitus por un insulinooma. R. D. Gittler, G. Zucker, R. Eisinger y N. Stoller.  
 Seudohermafroditismo femenino inducido artificialmente. G. Nellhaus.  
 Cirugía abdominal. C. E. Welch.  
 Hemorragia suprarrenal unilateral durante el tratamiento con ACTH. M. A. Gallin.  
 Uso no juicioso de gotas oculares conteniendo esteroides. D. P. Tucker.  
 Conceptos actuales en terapéutica.

**Neumonía estafilocócica.**—Los autores presentan una revisión de 21 casos de neumonía estafilocócica en adultos, de los cuales 14 murieron. La gravedad de la enfermedad varió muchos de unos casos a otros, siendo mayor la mortalidad en aquellos casos que tenían una enfermedad subyacente de naturaleza grave. Dos enfermos tuvieron neumonía fulminante que les condujo a la muerte en el curso de tres días. En la mayoría de los casos en que se pudo determinar el lugar de la infección estafilocócica primaria, ésta estaba situada en el propio pulmón. En dos casos el cuadro clínico hacía pensar en la posibilidad de que hubiese habido gripe precediendo a la neumonía estafilocócica, pero no se pudo comprobar con exactitud en ninguno de ellos. Los restantes casos no parecían estar relacionados con gripe precedente. Es bien conocido el riesgo de infecciones bacterianas secundarias en el curso de la gripe, de la cual la infección por estafilococos resistentes a las drogas antimicrobianas constituye la complicación más grave. No existen pruebas de que el empleo profiláctico de antibióticos tenga en realidad ningún valor protectorio, e incluso parece que puede ser perjudicial en ciertos casos. Los caracteres de las neumonías estafilocócicas fulminantes sugieren que la causa de la postración grave y de la rápida terminación letal en estos casos sea la elaboración de una o varias toxinas bacterianas.

**Mejoría de la diabetes por un insulinooma.**—Es extraordinariamente raro que un sujeto afecto de diabetes mellitus desarrolle un tumor funcionante de células insulares. Los autores presentan un enfermo diabético cuya enfermedad fue mostrando una mejoría espontánea progresiva en el curso de nueve años, culminando finalmente en francos episodios de hipoglucemia espontánea. En la laparotomía se encontró un gran tumor pancreático, cuyo estudio histológico reveló estar constituido por células insulares funcionantes. La extirpación del tumor produjo la mejoría del estado hipoglucémico y la reaparición de la diabetes. En este enfermo el diagnóstico preoperatorio del insulinooma fué muy dificultado por la existencia simultánea de afectación hepática difusa, lo que hizo problemática la interpretación de las curvas de tolerancia a la glucosa, a la adrenalina y la tolbutamida.

258 - 20 - 15 de mayo de 1958.

- \* Distribución y significación de los anticuerpos para la gripe asiática y de otros tipos en la población humana. M. R. Hilleman, F. J. Flatley, S. A. Anderson, M. L. Luecking y D. J. Levinson.  
 Disgenesia gonadal en una niña recién nacida. R. Richart y K. Benirschke.  
 Relación entre la presión sistólica en el ventrículo derecho y el electrocardiograma. G. G. Cayler, P. Ongley y A. S. Nadas.  
 \* Alteraciones neurológicas después de la gripe asiática. F. A. Horner.  
 La valoración de la capacidad física. B. Hanman.  
 Drogas antihistamínicas. A. L. Michelson y F. C. Lowell.  
 Método sencillo para la introducción de sondas de plástico de gran calibre. C. Cope.  
 Anomalia congénita rara afectando la laringe, tráquea y esófago. E. Triboletti.

**Anticuerpos frente a los virus de la gripe en la población.**—En muestras de suero de 285 sujetos de uno a noventa y cinco años de edad, tomadas antes de la pandemia de gripe asiática, determinaron los autores el título de anticuerpos inhibidores de la hemaglutinación frente a las siguientes razas de virus de la influenza: familias porcina, PR8, A' y asiática del virus A, subgrupos FM1, escandinavos '53 y holandeses '56 del virus A' y familias Lee, Bon y Greart Lakes '54 del virus B. La distribución de los anticuerpos frente a todos estos virus en la población probada reflejó la prevalencia de las razas correspondientes de virus en los primeros años de



vida de cada sujeto. Se encontraron niveles altos de anticuerpo frente a las familias porcina y PR8 y los subgrupos FM1 y escandinavos '53, lo que va de acuerdo con la ausencia de estas formas en la población humana en la época presente. Los niveles de anticuerpo frente al subgrupo holandés '56 fueron bajos, lo que hace pensar que este virus, junto con el asiático, continuarán produciendo enfermedades importantes en el futuro. Los niveles de anticuerpo frente a las tres familias de influenza B fueron lo suficientemente altos como para sugerir que sólo casos esporádicos o pequeñas epidemias de influenza B se producirán en un futuro próximo. Llamó la atención la falta de anticuerpos frente al virus asiático, excepto en personas de más de cuarenta años de edad, si bien la presencia de anticuerpos en estas últimas parece depender más bien de reacciones cruzadas con antígenos ampliamente distribuidos entre diferentes tipos de virus gripal que de una infección precedente con el virus asiático.

#### Complicaciones neurológicas de la gripe asiática.

Los autores presentan cinco casos de alteraciones neurológicas aparecidas en aparente relación con la gripe asiática. En tres de los casos se desarrolló un cuadro de letargia progresiva, irritabilidad y estupor pocos días después de pasada la gripe asiática; los tres mostraron signos de decorticación. Uno de éstos se recuperó completamente, en otro quedaron manifestaciones motoras y mentales residuales; el tercero murió, encontrándose en la autopsia desmielinización en placas. El quinto fue una encefalomielitis diseminada con síntomas asociados de mielitis transversa. En los cuatro enfermos que sobrevivieron se encontró un aumento significativo de título en las reacciones de fijación del complemento y de inhibición de la aglutinación, demostrando la infección por el virus gripal asiático. En el caso fallecido se aisló un virus con los caracteres del asiático en los pulmones, pero no se pudo aislar del sistema nervioso central, a pesar de repetidos intentos. La imagen histológica de las lesiones neurológicas en este caso hizo pensar más bien en un mecanismo hipérgico de las lesiones nerviosas.

258 - 21 - 22 de mayo de 1958.

- \* Estudios sobre la causa de la fiebre. W. B. Wood.  
Acidosis hiperciorémica en la pielonefritis crónica. W. Latham.  
Enfermedad de inclusión citomegálica en el adulto. E. R. Fisher y E. Davis.  
Un estudio de enfermedad en un grupo de familias de Cleveland. XV. Adquisición de anticuerpos tipos específicos para los adenovirus en los primeros cinco años de vida. Consecuencias para el uso de la vacuna de adenovirus. W. S. Jordan, G. F. Badger y J. H. Dingle.  
Contribuciones de la cardiostomía abierta a la corrección de las cardiopatías congénitas y adquiridas. C. W. Lillehei.  
Alcalosis metabólica grave con anormalidades neurológicas. G. D. Lubash, B. D. Cohen, C. W. Young, C. M. Silverman y A. L. Rubin.  
Hiperparatiroidismo y pancreatitis aguda. C. S. Hoar y R. Gorlin.

**Estudios sobre la causa de la fiebre.**—En una diversidad de formas experimentales de fiebre ocupa un lugar principal un pirógeno derivado de los leucocitos polinucleares. Los leucocitos contenidos en los exudados inflamatorios liberan su pirógeno mientras son todavía activos funcionalmente. La inyección intravenosa de endotoxina bacteriana pirógena va seguida por una rápida desaparición de la endotoxina, que es sustituida por un pirógeno indistinguible del de origen leucocítico. La intensidad de la fiebre está en relación directa con la cantidad de pirógeno leucocítico circulante. Lo mismo ocurre después de la inyección intravenosa de virus gripal: la altura de la fiebre no depende de la cantidad de virus presente en la circulación, sino de la del pirógeno endógeno. En la fase febril de la peritonitis neumocócica experimental se encuentra pirógeno leucocítico en el exudado peritoneal, en la linfa del conducto torácico y en la sangre en cantidades relacionadas con la fiebre del animal. Lo mismo ocurre en la respuesta febril a la celulitis estreptocócica experimental. El pirógeno leucocítico actúa directamente sobre los centros termorreguladores

cerebrales. No se conoce la naturaleza química del pirógeno liberado por los leucocitos ni se sabe si otras células del cuerpo son también capaces de producir una sustancia pirógena de las características de la liberada por los leucocitos en estos modelos experimentales.

**Hiperparatiroidismo y pancreatitis aguda.**—La pancreatitis es una de las complicaciones más oscuras del hiperparatiroidismo de la cual se conocen pocos casos. Los autores describen uno que parece ser el número 8 de los existentes en la literatura. Son dos los mecanismos por los que el hiperparatiroidismo puede conducir a la pancreatitis: el primero es el hecho bien conocido de que el exceso de hormona paratiroidea puede producir necrosis focal del páncreas. El segundo es que el calcio puede precipitarse en el sistema de los conductos excretores del páncreas, favorecido por la hipercalcemia y por la reacción alcalina de la secreción pancreática; la precipitación del calcio determina un obstáculo al flujo de la secreción exocrina. En relación con esto está el hecho de que los cálculos pancreáticos tienden a desaparecer, sin recidiva de la pancreatitis, después de la extirpación de las paratiroides hiperactivas. No se sabe si una pancreatitis inadvertida puede ser la responsable de muchos de los casos de dolor abdominal que se dan en los sujetos con hiperparatiroidismo. La enferma presentada por los autores tenía además angina de pecho, mejorando también esta condición tras el tratamiento quirúrgico; parece ser que en ella la anoxia no era muy intensa, sino que más bien su padecimiento pancreático actuaba como espina irritativa de sus crisis esternocárdicas.

258 - 22 - 29 de mayo de 1958.

- Estreptoquinasa administrada por boca. I. Innerfield, H. Shub y L. J. Boyd.  
Queratitis intersticial no sifilítica y sordera bilateral (síndrome de Cogan) asociada con enfermedad cardiovascular. B. Eisenstein y M. Taubenhau.  
\* Osteoartropatía (periostitis) hipertrófica pulmonar. Su ausencia en la tuberculosis pulmonar. A. B. Skorneck y L. B. Ginsburg.  
\* Pericarditis aguda benigna. Dos casos asociados con virus A y B de Cocksackie. E. R. Movitt, E. H. Lennette, J. F. Mangum, M. Berk y M. S. Bowman.  
Contribuciones de la cardiostomía abierta a la corrección de la enfermedad cardíaca congénita y adquirida. C. W. Lillehei.  
Observaciones sobre la absorción de vitamina B<sub>12</sub> en la anemia perniciosa primaria durante la administración de esteroides suprarrenales. J. W. Frost y M. I. Goldwein.

**Osteoartropatía hipertrófica pulmonar.**—La deformación en maza y la osteoartropatía hipertrófica generalmente reflejan una enfermedad pulmonar, de la que a menudo son el primer síntoma ostensible. Las alteraciones óseas de la osteoartropatía hipertrófica siempre se acompañan de las alteraciones de las partes blandas que determinan la deformación en maza, pero la relación inversa no se da siempre. Generalmente se considera que la osteoartropatía hipertrófica (periostitis) pulmonar no es sino un grado más avanzado del mismo proceso. Los autores creen que con vistas a la interpretación clínica esta unificación de los conceptos es perjudicial. Los autores aplican el término de osteoartropatía hipertrófica pulmonar a las alteraciones, demostrables radiológicamente, de los huesos y de los tejidos blandos, que se presentan asociadas a una enfermedad pulmonar o como consecuencia de ella. Estas alteraciones son distintas del hallazgo físico de deformidad en maza, que debe aplicarse sólo a las alteraciones de los tejidos blandos y de las uñas en los dedos de manos y pies. La osteoartropatía hipertrófica se presenta con la mayor frecuencia en la porción distal del cúbito y radio y del peroné y tibia; con menor frecuencia en las falanges. En un examen seriado de 390 enfermos tuberculosos, los autores no han encontrado ninguna vez esta alteración. La encontraron ocasionalmente en tres casos, dos de los cuales eran sujetos con diagnóstico final de cáncer de pulmón y uno con absceso piógeno del pulmón. Raramente la osteoartropatía hipertrófica pulmonar puede darse en la tuberculosis torácica complicada, como ocurre en algunos casos de empiema. Ante un caso de enfermedad pulmonar, el descubrimiento de las alteraciones radiológicas

características de la osteoartropatía hipertrófica pulmonar en los huesos de las extremidades va en contra del diagnóstico de tuberculosis.

**Pericarditis aguda por virus de Coxsackie.**—Se sabe ahora que entre los diversos cuadros clínicos de que pueden ser responsables los virus del grupo de Coxsackie figuran ciertas afecciones cardíacas. En algunos casos de miocarditis que hubieran sido de otra manera consideradas como idiopáticas, se ha podido aislar un virus de Coxsackie de las heces y del sistema nervioso central y en algún caso incluso del miocardio. También se piensa que algunos casos de pericarditis aguda benigna "idiopática" pueden ser de etiología viral. Los autores presentan los dos primeros casos de pericarditis aguda benigna en que se pudo demostrar una infección concomitante por virus Coxsackie mediante aislamiento del virus de las heces y demostración de aumento de los anticuerpos correspondientes. En un caso se aisló un virus Coxsackie grupo A, tipo 1, y en otro un virus Coxsackie, grupo B, tipo 3.

### Archives of Pathology.

65 - 5 - 1958.

- \* Arterioesclerosis pulmonar y tromboembolias en el enfisema pulmonar crónico. J. A. Kern y cols.
- Estudios histoquímicos de la necrosis del hígado del ratón "in vitro". J. P. Chang y cols.
- Brida anómala en la aurícula izquierda. A. Jackson y P. E. Garber.
- Ausencia del arco aórtico transversal. J. Kleiner y colaboradores.
- Ruptura de un aneurisma tuberculoso de la aorta. J. S. Stiefel.
- Demonstración histoquímica del ácido hialurónico. G. M. Windum.
- Tejido elástico de la aorta. J. A. Aller y cols.
- Nefrosis aminonucleósida en ratas. E. R. Flischer y J. Gruhn.
- Fisiopatología de los shunts vasculares pulmonares microscópicos. R. F. Hufner y C. A. McNicol.
- Influencia de la radiación abdominal en la respuesta del conejo a la endotoxina intravenosa.
- Carcinoma del hígado con clonoscquisis. W. F. Luigavd y colaboradores.
- \* Incidencia y etiología del infarto pulmonar en ausencia de la insuficiencia cardíaca congestiva. S. Richard y M. Torack.

**Arterioesclerosis pulmonar y tromboembolias en el enfisema pulmonar crónico.**—Se ha realizado un estudio sobre 125 casos de enfisema en distintos estadios de evolución y otro de 54 pacientes sin alteraciones cardíacas o pulmonares crónicas que sirve de control. En el primer grupo, el 36 por 100 tenían hipertrofia ventricular derecha, que sólo tenían nueve del grupo control. No había diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la incidencia de tromboembolias pulmonares y arterioesclerosis pulmonar. En los enfisematosos no había correlación entre la arterioesclerosis pulmonar y la hipertrofia ventricular derecha o entre las tromboembolias pulmonares y la hipertrofia de ventrículo derecho. Esto sugiere que la hipertensión pulmonar no es un factor importante en la etiología de la arterioesclerosis de las ar-

terias musculares pulmonares pequeñas en pacientes con enfisema crónico y que en el enfisema pulmonar la hipertensión no es causada por la arterioesclerosis ni por las tromboembolias. Si hay una correlación acentuada entre la arterioesclerosis de las arterias pulmonares pequeñas y la presencia de fenómenos tromboembólicos.

**Incidencia y etiología del infarto pulmonar en ausencia de insuficiencia cardíaca congestiva.**—El infarto pulmonar puede ocurrir sin que exista insuficiencia cardíaca congestiva, como ocurre en el 27 por 100 de los infartos estudiados en 2.250 autopsias. La insuficiencia cardíaca congestiva es el factor más frecuente predisponente en la formación de un infarto pulmonar. Cuando no la hay pueden producirlo el derrame pleural, la neumonía, una atelectasia o la oclusión de un bronquio. Se discute el papel de las embolias múltiples o el shock asociado.

### Journal of Chronic Diseases.

7 - 5 - 1958.

- Altura, peso y mortalidad en una población del interior. R. W. Buenschley y cols.
- Comparación estadística de métodos para valorar analgésicos. S. M. Free y F. Preters.
- Complicaciones médicas y quirúrgicas asociadas a poliomielitis grave. H. D. Riley y R. Batson.
- Mortalidad cardiovascular renal en los Estados Unidos. I. M. Moriyama y cols.
- Estado social-económico y diabetes mellitus. H. L. Dobson y colaboradores.
- \* Estudio epidemiológico del síndrome nefrótico. G. B. Stickler.
- \* Administración de una nueva forma de hidrocortisona en enfermedades articulares y de tejidos blandos. E. L. Coodley.

**Estudio epidemiológico del síndrome nefrótico.**—Mediante métodos epidemiológicos se hizo una revisión de los niños con síndrome nefrótico admitidos en los hospitales de la región de Buffalo, siendo la incidencia de 2.1 por 100.000 niños, de hasta nueve años de edad, más acusada en los que no eran blancos. Se comprobó que la proporción del síndrome nefrótico era diferente, según que los niños viviesen dentro de los límites de la ciudad o fuera de ella. Los chicos de uno a dos años están más expuestos que las niñas cuando viven dentro de la ciudad, mientras que si viven en los suburbios o en ciudades más pequeñas están expuestos en la misma proporción.

**Administración de una nueva forma de hidrocortisona en enfermedades articulares y de tejidos blandos.**—Los autores presentan una revisión de la terapéutica intra-articular, analizando los mecanismos de acción, tipos de compuestos y resultados obtenidos. En varios procesos reumáticos se hace un estudio comparativo de una nueva hidrocortisona, expresándose los resultados en cuanto a la respuesta articular, tanto subjetiva como objetiva, valorando su eficacia y la duración del efecto. No tuvieron complicaciones. Creen en el efecto superior de esta forma de hidrocortisona, sobre todo en el tratamiento de ciertos tipos de procesos reumáticos resistentes.