

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

CLINICA CARDIOLOGICA (ESTUDIO CLINICO Y ESTADISTICO DE TRES SINDROMES). J. MANRIQUE IZQUIETA.—Guayaquil, 1950.—Un volumen en cuarto menor, en rústica, 226 páginas.

Se estudian en forma elemental, pero práctica y con datos personales, el infarto del miocardio, la carditis reumática y la cardiopatía hipertensiva. Por su forma esquemática y grata exposición, esta monografía puede prestar evidente utilidad al estudiante.

DAS AUTOGENE TRAINING. I. H. SCHULTZ.—Sexta edición.—Edit. Georg Thieme. Stuttgart, 1950.—Un volumen en cuarto, encuadrado, 328 páginas, 27 DM.

En esta sexta edición, a la que rápidamente se ha llegado, se expresa, como en las anteriores de este libro, el sistema terapéutico psicoterápico del entrenamiento autógeno (autodetensión concentrativa).

Se analizan en sucesivos capítulos el objetivo y desarrollo que sucesivamente ha ido teniendo este método, muy frecuentemente empleado en Alemania y otros países, y a continuación las bases psicofisiológicas de los elementos que le integran, analizándose diferentes detalles de técnicas y comparación con otros métodos de base en cierto modo similar. En su actual forma el libro contiene amplios detalles sobre el método, y como tal será evidentemente útil a los especialistas.

EXOTISCHE KRANKHEITEN UND KRANKHEITSVERLAUFE. Prof. F. O. HÖRING.—Edit. Georg Thieme. Stuttgart, 1950. Un volumen en cuarto, encuadrado, 407 páginas, 36 DM., 8,55 dólares.

El Prof. Höring publica en esta monografía un excelente conjunto de enfermedades infecciosas, parasitarias, carenciales y otras propias o con peculiaridades de determinados climas. Casi todas las enfermedades infecciosas, clasificadas según el tropismo dominante, son estudiadas, así como el paludismo, leishmaniosis,

trípanosomiasis, micosis, parasitosis de los diferentes órganos y sistemas, etc.

El argumento está expuesto en forma sencilla y abreviada, pero con un magnífico sentido, sin embargo, que le confieren un carácter de evidente utilidad. Creemos que es uno de los libros más útiles para el médico en cualquier país, pero sobre todo en zonas donde tiene que enfrentarse con enfermedades menos frecuentes en Europa.

LIBROS RECIBIDOS

"*Ileitis regional*". Burril B. Crohn (Trad. por N. Lloret Barber).—Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid-Lisboa, 1951.—Un volumen en cuarto, de 200 páginas, 127 pesetas.

"*Diagnóstico y terapéutica de las ictericias*". T. A. Pinos.—Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid-Lisboa, 1951.—Un volumen en cuarto mayor, de 647 páginas con 195 figuras, 400 pesetas.

"*Nuevas orientaciones en la Patología y Clínica Otorrinolaringológica*". M. Jiménez Quesada.—Madrid, 1951. Un volumen en cuarto menor, de 164 páginas, 60 ptas.

"*Recent advances in Chemotherapy*". G. M. Findlay. J. & A. Churchill. Londres.—Un volumen en cuarto, de 597 páginas, 36 s.

"*Leitfaden der Blutmorphologie*". Lydia Schudel.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1951.—Un volumen en cuarto, de 50 páginas, 14,80 DM.

"*Die Entzündungsbestrahlung*". R. Glauner.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1951.—Un volumen en cuarto, de 189 páginas, 18,60 DM.

"*Lehrbuch der Röntgendiagnostik*" (tercer fascículo). H. R. Schinz, W. E. Baensch y E. Uehlinger.—Georg Thieme, Editor. Stuttgart, 1951.—Un volumen en cuarto, de 528 páginas con 732 figuras, 82 DM., 19,50 dólares.

B) REFERATAS

Medicina Clínica.

13 - 1 - 1949

- Ulceras gastroduodenales hemorrágicas. O. López F. y E. Gras N.
- * Precisiones sobre el síndrome de Wolff-Parkinson-White a base de 10 casos. F. de A. Estapé.
- La estreptomicina en las formas con componente caseoso de la tuberculosis pulmonar. J. Cornudella.
- Algunas enseñanzas de los tres primeros meses de funcionamiento del Servicio Municipal de Urgencia y Traumáticos de Barcelona. F. Domenech A.
- * Contribución a la terapéutica de la enfermedad por irradiación. J. A. Salva y M. Badell.

Resultados lejanos de la artrodesis extra-articular de la cadera. J. Esteua.

* Aplasias mieloides postarsenobenzólicas (presentación de dos casos graves). F. Ciscar Rius.

Etiopatogenia y terapéutica de las neiformaciones de la uretra y cuello vesical en la mujer. J. M. Vilar.

La cirugía rectal en Inglaterra. A. Sitges.

* Revisión del tratamiento de la fiebre puerperal. J. Navlet. El tema de la enfermedad en "La montaña mágica". L. S. Granjel.

Precisiones sobre el síndrome de Wolff-Parkinson-White a base de 10 casos.—Se revisa la doctrina del síndrome de W-P-W a base de la experiencia hasta

el momento actual, incluyendo 10 casos propios. El síndrome se caracteriza en el electrocardiograma por un intervalo P-R corto que es el hecho esencial, y generalmente por un complejo ventricular más o menos atípico del aspecto de los extrasistoles ventriculares, siendo a veces el aspecto normal. Se señala, desde el punto de vista clínico, la posibilidad de registrarse desde los primeros años de vida en un órgano sano o coincidiendo con una cardiopatía cualquiera y acompañándose en muchos casos de ataques de taquicardia paroxística, casi siempre de origen supraventricular. Respecto de la patogenia, se admite la hipótesis más comúnmente aceptada de la existencia de una vía accesoria de comunicación auriculoventricular, además de la vía normal. El acortamiento P-R es la expresión de la preexcitación por la vía accesoria, substrayéndose al retardo que tiene lugar en el nódulo de Tawara. La atipia ventricular se debe a complejos de fusión de los impulsos que transcurren por la vía accesoria y la normal. Dejando de lado lo que puede resultar de otras cardiopatías asociadas y de la contingencia de los ataques de taquicardia paroxística, el pronóstico del síndrome de W-P-W, por sí mismo, no es desfavorable.

Contribución a la terapéutica de la enfermedad por irradiación.—Creen los autores que el Phenergan debe ocupar por derecho propio un lugar preeminente en el tratamiento de la enfermedad por irradiación. El 3277 R. P. (Phenergan), a la dosis diaria de 25 mg., ha protegido ampliamente a los enfermos estudiados. Este tratamiento, tanto por su tolerancia como actividad, se muestra superior a las medicaciones clásicas y a otros antihistamínicos utilizados.

Aplasias mieloides postarsenobenzólicas (presentación de dos casos graves).—El autor presenta dos casos de aplasias medulares en luéticos, surgidas de forma aguda en relación con tratamientos arsenobenzólicos. Comenta las acciones hemopáticas de este fármaco y aboga en favor de la teoría de la hipersensibilidad para la explicación de estos síndromes. Por los hallazgos anatómico-patológicos de uno de los casos se cree que el fallecimiento fué debido a los factores alcoholismo y cirrosis hepática, que actuaron como coadyuvantes. Se comenta, por último, el tratamiento de las intoxicaciones arsenobenzólicas por el Bal.

Revisión del tratamiento de la fiebre puerperal.—Recuerda el autor datos estadísticos de morbilidad y mortalidad, y apunta observaciones de indole histopatológica. Reproduce las normas de tratamiento aparecidas últimamente en la literatura médica e insiste sobre el valor de la transfusión de sangre y la inmunotransfusión, para lo que resume el análisis del cuadro hemático y añade cuatro observaciones de su protocolo particular. Termina con una pauta de tratamiento que tiene en cuenta las indicaciones fundamentales que deben mandar en la conducta del médico.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

24 - 13 - 1949

Aumento de la resistencia del bacilo tuberculoso al ácido para-amino salícilico. Observaciones sobre cultivos aislados de enfermos durante el tratamiento. A. Delaude, A. G. Karlson, D. T. Carr, W. H. Feldman y K. H. Pfuelze.

Prótesis de polieteno para reemplazar el pulmón después de una neumectomía. J. H. Grindlay, O. T. Clagget y A. H. Bulbulian.

Origen y evolución de los métodos diagnósticos en relación con las enfermedades cardíacas y circulatorias. I. El pulso. F. A. Willius.

Tratamiento del embarazo complicado con bocio tóxico. Comunicación de un caso. W. H. Jondahl, E. B. Banner y P. Howell.

* Tos y asma. L. E. Prickman.

Tos y asma.—La tos agrava el asma e impide la curación de los conductos aéreos inflamados. La causa de la tos, bien sea de causa alérgica, infecciosa o

responda a un factor neurogénico, o bien sea una combinación de todos ellos, debe ser cuidadosamente investigada y eliminada. Si no se hace esto, se va al fracaso seguro en el tratamiento del asma.

24 - 14 - 1949

- * Experiencia con una nueva insulina. N. R. Kirkpatrick.
- * Encefalopatía post-anestésica. Admisión de un edema cerebral como base para un tratamiento racional. T. H. Seldon y otros.
- Acrobraquicefalia (cranioestenosis de las suturas coronarias). Comunicación de un caso. G. S. Baker y R. G. Fisher.
- Osteoma osteoide. Estudio clínico de 20 casos. A. E. Jackson, M. B. Dockerty y R. K. Ghormley.

Experiencia con una nueva insulina.—Una insulina modificada especialmente y designada por los fabricantes NPH 50, es la base del estudio que el autor presenta. Se trata de una insulina zinc protamina neutra, cristalina, con una acción intermedia entre la insulina soluble (regular) y la protamina zinc insulina. Se había sugerido que un producto insulínico que tuviera una actividad intermedia en el tiempo podría reemplazar a la insulina zinc protamina y a las insulinas corrientes, cosa que parece haberse conseguido con este nuevo preparado. En efecto, la nueva insulina tiene una actividad de gran intensidad durante las primeras horas, después de la inyección, cuando la necesidad de insulina está aumentada por la ingestión de alimentos, y al mismo tiempo es eficaz, aunque con menor intensidad, a lo largo de las horas de ayuno de la noche. Con una sola inyección diaria de este producto puede controlarse perfectamente a un diabético.

Encefalopatía post-anestésica.—Se comunican dos casos de una grave encefalopatía post-anestésica, con síntomas típicos de anoxia cerebral aguda, en los cuales el tratamiento mediante la administración de 100 c. c. de sero-albúmina humana al 25 por 100, en tres dosis repetidas, produjo la rápida remisión del cuadro dramático que los enfermos presentaban. Estos hechos sugieren la hipótesis de que los trastornos cerebrales permanentes que siguen a episodios de anoxia cerebral aguda no fatales inmediatamente pueden ser debidos a un edema cerebral secundario a la lesión inicial más bien que a la anoxia cerebral misma, lo que sugiere el tratamiento dirigido a combatir tal edema.

American Heart Journal.

37 - 3 - 1949

Derivaciones electrocardiográficas unipolares. J. M. Bryant, F. D. Johnston y F. N. Wilson.

* Neutralización de los efectos anticoagulantes de la heparina con protamina (Salmina). T. W. Parkin y W. F. Kvale.

Una comparación de los electrocardiogramas obtenidos con las derivaciones CR, CL, CF y V. M. Dolgin, S. Grau y L. N. Katz.

* La neosinefrina en el tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular. W. B. Youmans, M. J. Goodman y J. Gould.

VII. Relación de los hallazgos electrocardiográficos y anatómopatológicos en el infarto lateral. G. B. Myers, H. A. Klein y B. E. Stofer.

Efecto del potasio sobre las ondas T negativas de las derivaciones precordiales del niño normal. E. Goldberger, M. J. Pokress y R. Stein.

Taquicardia paroxística auricular en asociación con infarto de miocardio. J. M. Askey.

Escoliosis y desfallecimiento cardíaco. W. T. Hill.

Fistula arteriovenosa coronaria. O. Paul, R. H. Sweet y P. D. White.

* Síncope vagovagal. Aportación de un caso aparentemente inducido por la digitalización. H. L. Correll y M. C. F. Lindert.

Neutralización de los efectos anticoagulantes de la heparina con protamina (salmina).—La protamina, Salmina, presentó efectos tóxicos cuando se administró intravenosamente en grandes cantidades a cobayas, conejos y perros; pero cuando se inyectaron dosis pequeñas, tales como 1 mg. por kg. de peso, no se apreciaron tales efectos.

La salmina neutralizó el efecto anticoagulante de las inyecciones intravenosas de heparina en los perros. En el hombre, la inyección intravenosa de 40-50 miligramos de sulfato de salmina neutralizó rápidamente el efecto anticoagulante de 50 mg. de heparina, y a estas dosis no dió lugar a la aparición de ninguna reacción.

La neosinefrina en el tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular.—La neosinefrina restaura el ritmo sinusal normal en treinta y cinco-sesenta segundos después de su inyección intravenosa en la mayoría de los casos de taquicardia paroxística supraventricular. La reversión de esta taquicardia puede atribuirse a la inhibición del reflejo cardíaco desarrollada por el rápido aumento de la presión en el seno carotídeo y arco aórtico. El aumento de la presión aparece como resultado de la vasoconstricción producida por la neosinefrina. Seguramente cualquier compuesto vasoconstrictor que actúa rápida y brevemente y que tiene poca o ninguna acción estimulante directa sobre el sistema de conducción puede revertir la taquicardia paroxística supraventricular.

La neosinefrina revierte esta taquicardia en la mayoría de los casos cuando la presión sistólica alcanza un nivel de 160 mm. de hg. o menos. Algunos de los ataques curados con este método fueron refractarios al tratamiento por métodos mecánicos y varias drogas. En ciertos casos la reversión del ataque fué conseguida con neosinefrina solamente cuando la presión sistólica fué demasiado alta. En los casos típicos, el aumento de la presión sistólica es proporcional a la dosis de neosinefrina, y la dosis máxima es determinada individualmente por el máximo aumento de la presión, considerado no peligroso. La dosis inicial no debe exceder de 0,5 mg., y cualquier dosis subsecuente es seleccionada sobre la base de la respuesta presora a esta dosis. La mayoría de los ataques cesan con 1 mg. o menos.

Síncope vagovagal: aportación de un caso aparentemente inducido por la digitalización.—Se presenta un caso de síndrome de Adams-Stokes debido a un reflejo vagovagal inducido por estimulación desde un divertículo esofágico. Se describe el efecto de sumación de la digital sobre el reflejo vagovagal necesario para producir el síndrome.

Se discute la frecuencia probable de factores precipitantes múltiples y su posible sumación como el mecanismo esencial en la producción de los ataques.

El tratamiento radical no será realizado hasta corregir y eliminar las causas tóxicas o infecciosas. Para atacar radicalmente el reflejo debe probarse ser éste el factor precipitante único o el único factor de sumación corregible, y no un factor concomitante que contribuye, en parte, a los ataques espontáneos.

La consideración de estas posibilidades puede llevar a prevenir algunos de los procedimientos quirúrgicos que demuestran ser fallos terapéuticos.

Archives of Internal Medicine.

86 - 1 - 1950

- * **Cardiopatía y artritis reumatoide.** J. Y. Bradfield y M. R. Hejtmancik.
- Acropatía, metaplasia de la vejiga urinaria y diarrea mucosa. T. A. Warthin, J. F. Cooper y A. P. Caputi.
- Anemia hemolítica con metahemoglobinemía y sulfohemoglobinemía paroxísticas. Referencia de dos casos. A. S. Evans, N. Enzer, H. A. Eder y C. A. Finch.
- * Enfermedad seudoquística de los huesos. W. E. Jacobson.
- * Extensos estudios de laboratorio de un enfermo con feocromocitoma, antes y después del éxito de la operación, con una nota sobre el ensayo del piperidilmetil benzodioxano para diferenciar tales procesos de la enfermedad vascular hipertensiva esencial. R. W. Wilkins, W. E. R. Greer, J. W. Culbertson, M. H. Halperin, J. Litter, C. H. Burnett y R. H. Smithwick.
- * Alcaptonuria, ocrrosis, artritis y ruptura de disco intervertebral complicado con reacción al suero homólogo. H. Eisenberg.
- Progresos en medicina interna. Enfermedades cardiovasculares. Revisión de las publicaciones importantes desde julio 1947 a junio 1949. R. S. Schaaf, con la asistencia editorial de E. F. Bland.

Cardiopatía y artritis reumatoide.—Revisan los autores la literatura pertinente a la incidencia clínica y anatómopatológica de cardiopatías en enfermos con artritis reumatoide. Señalan que podría esperarse en el estudio clínico el hallazgo de cardiopatías en uno de cada diez enfermos, mientras que en la necrosis quizás uno de cada dos o tres enfermos mostrarían lesiones pancardiacas, indistinguibles estructuralmente de las que se asocian corrientemente con la fiebre reumática. Su revisión clínica de personas jóvenes con artritis reumatoide no complicada ha mostrado una incidencia de cardiopatía orgánica en completo acuerdo con las referencias de necropsia publicadas sobre las observaciones en enfermos con artritis reumatoide, particularmente si se dedica más atención a los signos cardíacos equivocados en enfermos con dicho trastorno. Añaden que los enfermos con "cardiopatía reumatoide" toleran muy bien generalmente las lesiones cardíacas, lo que en su mayor parte es debido a la limitación de actividad impuesta por las acropatías y además a que las lesiones son habitualmente de pequeña intensidad. Terminan diciendo que han encontrado una evidencia indirecta de que la artritis reumatoide y la fiebre reumática son manifestaciones diferentes de un proceso mórbido fundamental, que muy verosimilmente es de carácter alérgico.

Enfermedad seudoquística de los huesos.—Señala el autor, en primer lugar, que las lesiones del granuloma eosinófilo, granulomatosis lipoidea y displasia ósea fibrosa pueden ser clínica y radiológicamente indiferenciables, por lo que sugiere el nombre de enfermedad seudoquística de los huesos como un término genérico útil para la identificación clínica de estos procesos. A su juicio, las características histológicas descritas como peculiares de dichos tres procesos son simplemente la representación de diferentes fases de un proceso similar, en lo que solamente variaría la calidad del depósito o tejido dentro de la estructura quística. Añade que el síndrome de Hand-Christiansen (defectos en los huesos membranosos, diabetes insípida y exoftalmos) y el de Albright (osteitis fibrosa diseminada, pigmentaciones y disfunción endocrina) representan variaciones específicas en el grado y localización del proceso básico, pudiéndose ver casos en los que se aprecia un cuadro incompleto e incluso manifestaciones de uno y otro síndrome. Refiere cuatro casos con sintomatología compleja que refuerzan su tesis de la interrelación de dichas lesiones.

Estudios en un caso de feocromocitoma.—Comunican los autores que un extenso estudio clínico y de laboratorio de un enfermo con feocromocitoma demostró antes de la operación la existencia de aumento de la presión arterial, retinopatía vascular hipertensiva, taquicardia postural, fiebre intermitente, hiperhidrosis, metabolismo basal elevado, hiperglucemia en ayunas, disminución de la tolerancia a la glucosa, aumento del volumen cardíaco de expulsión, aumento del flujo sanguíneo hepático portal y del consumo de oxígeno, albuminuria y glucosuria intermitentes, disminución del flujo sanguíneo renal y elevación de la fracción filtración, reacciones positivas en las pruebas de la histamina y benzodioxano y sensibilidad ligeramente disminuida a la inyección intravenosa de pequeñas cantidades de adrenalina. Después de haberse extirpado con éxito el tumor, todas las anomalías desaparecieron, a excepción del módulo hipertenso de la función renal medida por las técnicas de aclaramiento. Por otro lado, se evidenció una alteración electrocardiográfica correspondiente a un infarto miocárdico de la pared posterior. El enfermo ha quedado asintomático después de la extirpación del tumor. Finalmente refieren el ensayo del piperidilmetil benzodioxano como prueba diagnóstica del feocromocitoma en 75 enfermos con hipertensión, y han encontrado que no da resultados uniformes y seguros.

Alcaptonuria, ocrrosis, artritis y ruptura de disco intervertebral, complicadas con hepatitis por suero homólogo.—Se trataba de un enfermo que mostraba la

triada clásica de alcaptonuria, ocrrosis y artritis, al que se le había practicado previamente una intervención quirúrgica de extirpación de una hernia de núcleo pulposo lumbar con fijación por injerto. Más tarde desarrolló un cuadro de hepatitis, posiblemente consecuencia de una transfusión realizada nueve meses antes. El descubrimiento del proceso fué como casi siempre, ya que habitualmente es asintomático, por las modificaciones en el color de la orina. Se observó la ocrrosis únicamente en las orejas; a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de los casos citados en la literatura, en que la ocrrosis hace su aparición en la quinta década de la vida, este enfermo sólo tenía veintinueve años. El análisis de la orina de un hermano del enfermo dió análogos resultados a los de éste.

The American Journal of the Medical Sciences.

218 - 2 - 1949

- Absorción del oro implantado subcutánea e intramuscularmente en forma de microcristales de sales de oro. H. M. Margolis, G. H. Fetterman y P. S. Caplan.
- * Tratamiento de la neumonía y otras infecciones con una nueva sulfamida soluble: el gantrosán. R. L. Brick House, M. H. Lepper, T. E. Stone y H. F. Dowling.
- Tratamiento de la artritis gonocócica con penicilina. N. Spitzer y O. Steinbrocker.
- Ineficacia de la estreptomicina, como profiláctica, en un brote de gastroenteritis por salmonelas. J. J. R. Reid, D. E. Jenkis y C. Rust.
- * Mieloma múltiple asociado con policitemia. J. H. Lawrence y R. L. Rosenthal.
- * Flebotrombosis. A. W. Cook y H. A. Lions.
- Experiencias en 116 jóvenes acampados en un campamento de verano para diabéticos jóvenes. A. J. Gabriele y A. Marble.
- * Lipo-atrofia insulínica. D. L. Destreicher y E. M. Watson.
- * Anemia perniciosa complicada con sífilis. S. Zivin y G. V. Leroy.
- * Calcificación precoz del cartílago costal. Frecuente asociación con síntomas funcionales. J. L. Horner.
- Valor de las pruebas de función hepática en la práctica hospitalaria. C. Moses.
- * Estudios en anemias perniciosas tratadas con extractos hepáticos y antagonistas del ácido fólico. L. M. Meyer, N. D. Ritz, A. Caccese, J. Rutzky, A. Sawitsky y G. Bock.
- El umbral doloroso en el síndrome menopáusico. R. F. Schilling y M. J. Musser.
- El umbral doloroso en pacientes con úlcera péptica. R. F. Schilling y M. J. Musser.
- * La jaqueca recurrente asociada con hipoglucemia espontánea. C. F. Wilkinson.

Tratamiento de la neumonía y otras infecciones con una nueva sulfamida, el gantrosán (3, 4 dimetil, 5 sulfonilamido, inoxazola).—Los autores han tratado con esta nueva sulfamida 142 enfermos de diversas enfermedades, especialmente neumonía neumocócica e infecciones urinarias gram negativas.

Los resultados son similares a los obtenidos con la sulfodiazina o sulfameracina.

Las complicaciones se redujeron a una gran hematuria, dermatitis y fiebre en cinco pacientes, náuseas en cuatro y ningún vómito. Fueron observados cristales en la orina de un paciente.

El interés de esta nueva sulfamida es su solubilidad, mayor que las de uso corriente, a distintos pH. De donde se deduce sus indicaciones: sustituirá a las otras sulfamidas en enfermos con complicaciones renales.

Mieloma múltiple asociado con policitemia.—Los autores hacen una revisión de la literatura, en la que encuentran sólo dos casos de asociación mieloma múltiple con policitemia, y otros dos de policitemia con presencia de albúmina de Bence-Jones en la orina.

Publican cuatro casos observados por ellos de dicha asociación. Todos ellos fueron primeramente diagnosticados de policitemia, y el mieloma fué luego un hallazgo o una evolución inesperada. A propósito de dichos casos, los autores hacen una serie de interesantes disquisiciones sobre relaciones de ambas enfermedades, su etiología, respuesta de la policitemia al fósforo radioactivo y terapéutica del mieloma por el fósforo radioactivo y del período latente del mieloma.

Flebotrombosis.—Los autores estudian un grupo de 45 enfermos paralíticos de las extremidades inferiores. A pesar de no haber podido ser movilizadas éstas voluntariamente y haber sufrido gran número de intervenciones quirúrgicas, ningún paciente ha muerto de embolia pulmonar. Las constantes de coagulación eran normales, lo que contrasta con la idea de ser la coagulación subnormal en estos individuos. La única causa que puede explicar la ausencia de flebotrombosis es la edad, pues todo el grupo era de un promedio joven. A propósito de esto, los autores sugieren que quizás en la vejez esté aumentada la coagulación por la progresiva desaparición de la fuente de la heparina, las "mast-cellén".

Hipoatrofia insulínica.—Los autores no han conseguido la atrofia en el sitio de repetidas inyecciones de insulina en ratas con diabetes aloxánica. La insulina-zinc pura no tiene "in vitro" acción sobre la actividad hipática; en cambio, el tricresol, usado en la preparación de las insulinas, si la tiene, hecho que quizás tenga importancia en la aparición clínica de la hipoatrofia insulínica, que aparece aproximadamente en el 30 por 100 de los diabéticos tratados con insulina subcutánea.

Anemia perniciosa complicada con sífilis.—Los autores presentan tres casos de anemia perniciosa complicada con sífilis. En ellos debe administrarse penicilina rápidamente, sin miedo a esperar reacciones de la penicilinoterapia, que no son más frecuentes que en las formas simples de sífilis. La penicilina hay que administrarla con la mayor precocidad posible, pues la sífilis, como otras infecciones, puede ser la causa de una deficiente respuesta eritropoyética al tratamiento de la anemia perniciosa.

Calcificación precoz del cartílago costal; frecuente asociación con síntomas no orgánicos.—La calcificación del cartílago costal es un proceso de la edad avanzada, y sin embargo se encuentra con frecuencia en personas jóvenes. Se cree que es generalmente un hallazgo, que no tiene mayor importancia.

El autor ha encontrado en 277 sujetos de menos de cuarenta años, 158 con calcificación de los cartílagos costales. Entre este grupo y el formado por los restantes, que no tenían calcificaciones, encontró marcadas diferencias. En el primero, el número de distintas molestias que aquejaban era el doble, así como también la incidencia de obesidad; eran en él los disturbios menstruales tres veces más frecuentes que en el otro; y lo más interesante, eran en él cinco veces más frecuentes las molestias aparentemente no debidas a enfermedades orgánicas. Aunque no hay explicación posible por ahora, la evidencia de los hallazgos, según el autor, incitan a ulteriores investigaciones.

Anemias perniciosas tratadas con extractos hepáticos y antagonistas del ácido fólico.—La falta de respuesta en pacientes con anemia perniciosa tratados con dosis suficientes de extracto hepático y antagonistas del ácido fólico sugieren que el ácido pteroyl glutámico es necesario para la producción de las células rojas.

Los autores han tratado cinco casos con antianémicos perniciosos y antagonistas del ácido fólico. Con distintas razones, un sólo caso es demostrativo. Un paciente con una recidiva en su anemia perniciosa fué tratado con 200 mg. de met-fol-B diariamente, durante catorce días. En los días tres y once le fué administrado 10 y 15 gramos de vitamina B₁₂, respectivamente, y 5 mg. de a-methopterol intramuscular. No hubo remisión clínica ni respuesta reticulocitaria; la hemoglobina, hematies y leucocitos no aumentaron, y cuatro punciones esternales durante el período de observación efectuadas, demostraron una megaloblastonía de 11 a 23 por 100.

Jaqueca recurrente asociada con hipoglucemias.—Presenta el autor once casos de cefalia migranaide asociada con un hiperinsulinismo funcional manifestado en crisis hipoglucémicas coincidentes. Una dieta con

gran contenido en proteínas abocó a una mejoría grande o curación completa. El autor sugiere que se haga, así como en la cefalea histaminica, una segregación de las jaquecas de este tipo, que propone llamar cefalea o encefalalgia hipoglucémica, término más descriptivo.

American Journal of Digestive Diseases.

16 - 3 - 1949

- * Envenenamiento por DDT y el ilusorio "Virus X". Una nueva causa de gastroenteritis. M. S. Biskind.
- Consideraciones quirúrgicas de la coledocolitiasis. J. A. Sterling.
- Efecto del ácido acetilsalicílico sobre la mucosa gástrica de la rata Shay. J. Katz.
- Hemorragia por ano. E. R. Whitney.
- Diabetes mellitus. I. M. Rabinowitch.

Envenenamiento por DDT y el ilusorio "Virus X": una nueva causa de gastroenteritis. — Por espacio de más de dos años han sido observados en los Estados Unidos numerosos casos de un curioso síndrome, aparentemente no descrito, para cuya explicación se ha echado mano de un ilusorio "Virus X". El síndrome puede tener todos o alguno de los siguientes síntomas: gastroenteritis aguda con náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea, generalmente asociada con gran tenesmo. Son comunes coriza, tos y dolor persistente, a menudo con sensación de constricción torácica, que puede ir asociada con dolor en los brazos. Dolor articular y muscular generalizado, con fatiga muscular, siendo a veces tan acusada que los pacientes dicen tener parálisis. Cefalea intensa y resistente al tratamiento. A veces el comienzo es por vértigo y síncope. Ocasionalmente aparecen herpes zona. Aparecen paroxismos en la mayoría de los casos, hiperestesia cutánea y prurito con gran frecuencia. Fibrilación muscular es común y usualmente hay disminución de la sensibilidad vibratoria en las extremidades.

Se ha demostrado que este síndrome es en realidad debido a intoxicación por el DDT.

The Journal of the American Medical Association.

142 - 1 - 7 de enero de 1950

- * Estreptomicina y cirugía en el tratamiento de la tuberculosis ósea y articular. A. de Forest Smith y H. I-Sen Yu.
- * Enfermedad fibroquística del páncreas. W. B. Ayers, D. Stowens y A. Ochsner.
- Complicaciones del empleo de una droga estimulante del parasimpático. C. Ney y W. Horowitz.
- * Bloqueo del ganglio estrellado en el tratamiento de la trombosis y embolia cerebral aguda. E. W. Amyes y S. M. Perry.
- * Profilaxis con penicilina oral de las recidivas de la fiebre reumática. K. H. Kohn, A. Milzer y H. Mac Lean.
- Agranulocitosis del recién nacido. L. B. Slobody, H. Abramson y L. S. Loizeaux.
- Lobotomía para la curación del dolor.

Estreptomicina y cirugía en el tratamiento de la tuberculosis ósea y articular. — Comunican los autores sus observaciones en 28 casos de tuberculosis osteoarticular después del tratamiento combinado de estreptomicina con intervenciones quirúrgicas, tales como la excisión de la lesión o la artrodesis de las articulaciones afectadas. Observan que este tratamiento combinado consigue un notable efecto sobre las infecciones tuberculosas activas de los huesos y articulaciones, permitiendo la realización de medidas quirúrgicas en estos casos mucho más pronto que en otras condiciones, evitándose largos períodos de invalidez y la destrucción de las articulaciones. Añaden que los abscesos y fistulas tuberculosas que proceden de infecciones osteoarticulares curan rápidamente bajo la influencia de la estreptomicina, siempre que al mismo tiempo se trate quirúrgicamente el foco primario. En cuanto a la influencia de la estreptomicina sobre las lesiones tuberculosas crónicas o menos activas, declaran que no es fácil, puesto que los enfermos con tales lesiones cursan bien habitualmente con la intervención quirúrgica sola; advierten que en estos casos no debe administrarse estreptomicina, puesto que existe la posibilidad de provocar una estreptomicinresistencia de los gérmenes, lo que supondría la ineffectividad de la droga en el caso de que hubiese necesidad de administrarla ulteriormente.

Enfermedad fibroquística del páncreas. — Refieren los autores un nuevo método de tratamiento para este proceso, que consiste en la denervación simpática del páncreas por medio del bloqueo esplácnico con procaina y esplacniectomía completa del lado derecho. Su aplicación en cinco casos se acompañó de resultados inmediatos espectaculares. Añaden que este tratamiento conseguiría evitar las complicaciones secundarias y fatales de la enfermedad. Explican los efectos de esta terapéutica, aceptando un aumento en el flujo sanguíneo al páncreas y la mejoría de las manifestaciones respiratorias a la ruptura de un arco reflejo anormal de punto de origen en el páncreas.

Bloqueo del ganglio estrellado en el tratamiento de la trombosis y embolia cerebral aguda. — Los autores han realizado el bloqueo del ganglio estrellado en 44 enfermos con trombosis y embolia cerebral aguda, apreciándose una evidente mejoría clínica de las manifestaciones neurológicas en el espacio de quince minutos a una hora en 28 de tales enfermos. Este efecto beneficioso se observó en 9 de 10 enfermos en los que el tratamiento se verificó en las primeras seis horas del accidente. En 5 de 7 casos hubo también una mejoría en el trazado electroencefalográfico después del primer bloqueo del estrellado. Concluyen que esta terapéutica constituye un procedimiento relativamente inocuo y que hasta ahora ha demostrado ser el más eficaz en el tratamiento de la trombosis o embolia cerebral aguda.

Profilaxis con penicilina oral de las recidivas de la fiebre reumática. — Administran los autores penicilina por vía oral a la dosis de 800.000 unidades diarias durante siete días consecutivos y la primera semana de cada mes durante todo el año escolar, y han podido ver su eficacia para reducir marcadamente la incidencia de infecciones de la garganta por estreptococo hemolítico en niños que habían tenido fiebre reumática. Y desde el punto de vista clínico, la proporción de recidivas de esta enfermedad fué 0 en el grupo tratado con penicilina, y que alcanzó al 11 y 19 por 100 en dos grupos controles. Tales efectos se observaron cuando la administración de penicilina se continuó durante una estación completa de fiebre reumática.

142 - 2 - 14 de enero de 1950

Diagnóstico y tratamiento de los tumores laringeos. B. S. Cunningham.

- * Pancreatitis aguda. V. E. Siler y J. H. Wulsin.
- * Gantritis en el tratamiento de las infecciones urinarias. G. Carroll, H. N. Allen y H. Flynn.
- * Respuesta clínica de la tuberculosis del uréter a la terapéutica con estreptomicina. J. R. Rinker.
- Un principio para determinar el pronóstico del embarazo en la cardiopatía reumática. J. J. Bunim y S. Baer Appel.
- * Penicilina procaina acuosa. E. N. Irons.
- * Tularemia oculoglandular tratada con aureomicina. H. I. Lindeke y S. D. Maiden.
- Hormonas salivares del gusto.

Pancreatitis aguda. — Los autores han realizado un estudio clínico de 111 casos de pancreatitis aguda observados entre 1941 y 1948; el diagnóstico se basó en el cuadro clínico típico unido a aumento de la amilasa del suero, observaciones operatorias y estudio post-mortem. Distinguieron tres tipos anatomo-clínicos de la enfermedad; una pancreatitis intersticial (edematosa), forma relativamente benigna y limitada, presente en las tres cuartas partes de los casos; pancreatitis con hemorragia y necrosis, forma fatal, con gran tendencia al desarrollo de complicaciones graves, observada en la intervención o en la sección en la octava parte de los casos; pancreatitis con supuración oseudoquiste, caracterizada por la existencia de masas ab-

dominales persistentes y enfermedad aguda prolongada, que se vió en la octava parte de los casos. La incidencia en relación con la edad fué mayor en la cuarta década de la vida, con incidencia también alta, pero menor en la séptima. El 18,9 por 100 de los casos habían presentado varios ataques de pancreatitis aguda, y en el 34,2 por 100 existía concomitante una coleistopatía. La mortalidad operatoria ascendió al 15,5 por 100 de todos los casos, pero en el grupo necrósico-hemorrágico era del 60 por 100; señalan que la única medida operatoria eficaz durante la enfermedad aguda consiste en la incisión y drenaje de los abscesos secundarios a la pancreatitis. La mortalidad total fué del 18 por 100; la prueba de la amilasa en el suero demostró que en algunos casos clasificados clínicamente como pancreatitis intersticial la enfermedad llevó un curso benigno. La mortalidad de los enfermos con pancreatitis intersticial fué del 4,8 por 100; en el grupo con necrosis y hemorragia, del 84,7 por 100, y en el grupo con supuración o seudoquiste, del 28,6 por 100. El tratamiento no operatorio durante el estadio agudo del proceso consistió en un régimen conservador de reposo en cama, supresión de alimentos y líquidos, terapéutica sustitutiva intravenosa y sedación. Terminan diciendo que la administración de penicilina a 28 enfermos no parece que disminuyó la morbilidad.

Gantrisina en el tratamiento de las infecciones urinarias.—Han estudiado los autores la sensibilidad a la gantrisina (3, 4-dimetil-5-sulfanilamido-isoxazol), tanto "in vitro" como "in vivo". Encuentran que la gantrisina es la droga de elección para el tratamiento de las infecciones urinarias por *Proteus*; es eficaz en las producidas por *E. coli*, alcaligenes y ciertos gérmenes intermedios; es moderadamente eficaz en las infecciones por *Aerobacter* y bacilo paracolon; las infecciones por pseudomonas y enterococo son resistentes al tratamiento y sólo 5 de 26 casos respondieron favorablemente. Terminan diciendo que cuando se administra la gantrisina en dosis terapéuticas (2 g. cada seis horas por vía oral o inyección intramuscular o intravenosa de una solución al 40 por 100), no produce reacciones tóxicas locales o generales, y que no es preciso la administración de álcalis o refuerzo de los líquidos.

Estreptomicina y tuberculosis del uréter.—El autor llama la atención sobre el problema que representa las secuelas del tratamiento con estreptomicina de la tuberculosis renal cuando estaba afectado el uréter. Ha tenido la ocasión de observar cinco casos con lesiones renales tuberculosas antiguas en los que el uréter se había obstruido como consecuencia del proceso de curación promovido por la estreptomicina. Subraya que tales obstrucciones del uréter pueden originar una confusión clínica, puesto que la ausencia de alteraciones de la orina vesical en tales casos se deben a la exclusión y no a la curación de las lesiones tuberculosas en el riñón.

Procaína penicilina acuosa.—Declara el autor que la penicilina con procaína en solución acuosa, a la dosis de 200.000 a 300.000 unidades, inyectadas dos veces al día, promueve un nivel de sangre mantenido mínimo del orden de 0,16 a 1,28 unidades por c. c., nivel adecuado para la terapéutica de las infecciones bacterianas habituales. Añade que para obtener los niveles en sangre adecuados para la terapéutica de infecciones bacterianas más resistentes han de ponerse cantidades mayores, y también cada doce horas. Encuentra que la insuficiencia renal tiene tendencia a elevar la penicilinemia a causa de la disminución en la eliminación, y que por el contrario, la insuficiencia cardíaca provoca niveles más bajos, presumiblemente por una absorción más lenta. Encuentra que el procedimiento por él usado es útil, no produce reacciones desfavorables y es cómodo para el enfermo.

Tularemia óculoglandular tratada con aureomicina.—Refieren los autores un caso confirmado de tularemia óculoglandular, en el que se produjo una mejoría rá-

pida y dramática, tanto en el proceso ocular como en el general, después de la administración de aureomicina; la temperatura se normalizó en el término de doce horas después de iniciar la terapéutica, y no hubo elevación ulterior. Concluyen diciendo que posiblemente la aureomicina es la droga de elección para la tularemia.

142 - 3 - 21 de enero de 1950

- Lesiones del ojo por energía radiante. D. G. Cogan.
- Traumatismos oculares en las fuerzas armadas. W. Stone.
- Quemaduras químicas del ojo. W. Morton Grant.
- * Tratamiento de la brucelosis crónica con cloranfenicol y aureomicina. R. J. Ralston y E. H. Payne.
- Aureomicina y cloranfenicol en la brucelosis. H. J. Harris Melancolia. T. T. Stone y E. Cullen Burris.
- * El enfermo diabético lábil. E. A. Haunz.
- Terapéutica continua con antibióticos. N. Steinberg.
- Una tapa para frascos de esterilización. D. C. Moore.
- Enfermedad de Hirschsprung.

Cloranfenicol y aureomicina en la brucelosis crónica. Han tratado los autores 40 enfermos diagnosticados de brucelosis crónica por la administración de cloramicina, y su observación se prolongó de tres a ocho meses. Se obtuvo una desaparición parcial o completa de los síntomas en 35 casos (87,5 por 100); dos de los cinco fracasos pudieron explicarse por tratarse de un diagnóstico erróneo. Se presentaron tres recidivas ya en el período inicial. En cuatro enfermos tratados con aureomicina se consiguió la mejoría parcial o completa, que se mantuvo durante períodos de observación de tres a nueve meses; la imposibilidad de otro enfermo para completar el curso terapéutico explicaría el resultado menos satisfactorio. Los efectos desagradables fueron menos molestos con el cloranfenicol que con la aureomicina. Adicionalmente incluyen otros 22 enfermos tratados con cloranfenicol, de los que en 13 se obtuvieron resultados favorables, en dos desfavorables y de los siete restantes no tienen datos. Del total de 67 enfermos, cinco recidivaron, y en cada caso un nuevo curso de 9 gramos de cloranfenicol consiguió una buena respuesta.

El enfermo con diabetes lábil.—Entre 310 diabéticos el autor ha encontrado seis con diabetes lábil. Cada uno de estos enfermos fué hospitalizado durante tres a cinco días para estudiar su perfil glucémico diario, reajustando constantemente la dosificación de insulina para reducir las fluctuaciones glucémicas al mínimo posible sin producir reacciones. De esta forma consiguieron una mejoría definida del control de la diabetes en cinco enfermos. Ha podido ver que hay un grado razonable de constancia y uniformidad en la conducta bizarra de respuesta a la insulina que es peculiar a las personas con diabetes lábil, al menos cuando se utiliza insulina no modificada. En líneas generales, el mejor tratamiento de un diabético lábil es a base de dosis múltiples de insulina corriente, habitualmente tres dosis diarias, y aunque ocasionalmente puede utilizarse con éxito la globin insulina, en cambio debe prohibirse la administración de protamina insulina.

The Journal of Experimental Medicine.

92 - 5 - 1950

- Efecto de la eliminación de lípidos sobre la precipitación específica. R. C. Krueger y M. Heidelberger.
- Toxoplasmosis congénita experimental. I. La vagina como puerta de entrada del toxoplasma en el ratón. D. Cowen y A. Wolf.
- II. La transmisión de la toxoplasmosis a la placenta y feto después de la infección vaginal en la ratona grávida. D. Cowen y A. Wolf.
- III. Toxoplasmosis en la prole de ratones infectados por vía vaginal. D. Cowen y A. Wolf.
- La relación de los gérmenes como el de la pleuroneumonía con los cambios conjuntivales que se presentan en ratones de la raza Princeton. J. B. Nelson.
- Variación antigenica persistente del virus gripe A después de neutralización incompleta "in ovo" con suero inmune heterólogo. I. Archetti y F. L. Horsfall.
- Reacciones inmunológicas de los virus de Coxsackie. I. La prueba de neutralización. J. L. Melnick y N. Ledinko.
- II. La prueba de fijación de complemento. L. M. Kraft y J. L. Melnick.
- III. Pruebas de protección cruzada con ratones recién nacidos de madres vacunadas. J. L. Melnick, N. A. Clarke y L. M. Kraft.