

*I Cursillo de Cirugía Plástica.*

(Del 14 al 19 de diciembre.)

Organizado por el Doctor P. Gabarró, Cirujano plástico del Servicio, con la colaboración de los Doctores:

J. Miguel, R. Sarró, X. Vilanova, J. M.<sup>a</sup> Vilardell y demás Médicos del Servicio.

El programa consta de sesiones operatorias, presentación de enfermos con examen de resultados y una parte teórica con doce lecciones magistrales.

Para más amplia información o inscripción dirigirse al Secretario de los Cursos, Doctor J. Puig La Calle (Remedios, 18, teléfono 393520) o a la Administración del Hospital (Depositaría), C. San Antonio María Claret, 167, Barcelona.

**HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS  
DE BARCELONA**

(De Nuestra Señora del Mar).

Beca "Doctor Salvador Andreu" (Medicina).

El Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona abre concurso para la concesión de una beca donada por la importante firma farmacéutica Laboratorio Doctor Andreu a este Hospital, para estimular los estudios e investigaciones sobre Patología infecciosa y Quimioterapia sulfamídica.

La expresada beca se orientará preferentemente hacia los estudios clínicos, que se realizarán en el Servicio clínico del Doctor F. Isamat Vila, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y bajo la dirección de dicho facultativo.

El importe de la beca es de 6.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica inherentes al disfrute de la beca el día 1 de enero de 1954 y por el término de un año.

Los aspirantes serán Médicos españoles que no disfruten sueldo oficial del Estado, Provincia o Municipio, y que hayan terminado su carrera dentro de los cinco cursos anteriores al 1953-54. Su trabajo consistirá en desarrollar un tema de la especialidad bajo la dirección del Jefe del Servicio. Al objeto de no inte-

rrumpir en ningún momento el trabajo encargado, mientras dure la beca su beneficiario vivirá gratuitamente, en régimen de internado, en el propio Hospital (pabellón de Médicos de guardia), a cuyo fin el excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona ha concedido la necesaria autorización. El alumno becario se atenderá, para su régimen horario de internado, a las normas generales del Reglamento interior del Hospital.

El abandono injustificado de estos trabajos, la negligencia en cumplirlos, o el incumplimiento de las indicaciones del Jefe del Servicio, acarrearán la pérdida de la beca. Los trabajos que se verifiquen quedarán de propiedad del Hospital, reservándose el Jefe del Servicio su ulterior destino o publicación, no estando permitido al becario utilizar a otros fines los trabajos propios de la beca.

Las solicitudes se dirigirán al señor Director del citado Hospital (Avenida de Icaria) acompañadas de los siguientes documentos: expediente académico, méritos científicos, materia en que ofrece trabajar y fundamento de esta elección. Para mejor aquilatar los méritos alegados, el Tribunal podrá someter a los aspirantes a un sencillo ejercicio de oposición, concretado especialmente al conocimiento de enfermedades infecciosas. Formarán el Tribunal que adjudicará la beca:

El Jefe del Servicio clínico, delegado de la Dirección del Hospital y representante del Doctor Don José Andreu Miralles.

Un representante del Instituto Municipal de Higiene. Un representante de la Jefatura de Sanidad Militar de la Región.

Un representante del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia.

Un representante médico del D. I. F. del Laboratorio Doctor Andreu.

El plazo de admisión de instancias expira el 30 de noviembre. La adjudicación (y ejercicios, si ha lugar) se verificará el 9 de diciembre.

Al objeto de continuar los trabajos iniciados, tendrá derecho preferente, caso de solicitarlo, el becario que haya disfrutado la beca durante el curso anterior, siempre que sea favorable el informe del Jefe del Servicio.—El Director del Hospital, *Doctor Luis Trias de Bes*.

Barcelona, octubre de 1953.

## BIBLIOGRAFIA

### A) CRITICA DE LIBROS

EXPERIMENTELLE HISTOPATHOLOGIE. H. MEESSEN.—Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1952.—Un volumen en 4.º de 153 páginas con 125 figuras, 22,50 DM.

Pocas veces un libro puede reunir, como éste, actualidad, sencillez y selección inteligente. Puede constituir una guía excelente para el que se proponga estudiar la anatomía patológica experimental a base de una serie de prácticas seleccionadas con un magnífico criterio, referentes a diferentes acciones etiológicas, diferentes órganos y distintos tipos de lesiones, por ejemplo, desde la alteración de las células nerviosas por isquemia, al colapso ortostático, a la nefrosis uránica y a los diferentes tipos de tumores experimentales. La técnica está bien expuesta, las notas bibliográficas se limitan a lo fundamental y todas las experiencias van ilustradas con bonitas microfotografías.

DER GESUNDE UND DER KRANKE KEHLKOPF IM RÖNTGENBILD. C. GRIEBEL.—Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1952.—Un volumen de 170 páginas con 156 figuras, 48 DM.

Se trata de un libro, más bien un atlas explicado, dedicado a la laringe normal y patológica a rayos X, en el que se detalla primeramente la técnica de esta radiografía y luego los aspectos anatómicos normales y los cuadros que aparecen en los traumas, quistes, abscesos, sífilis, tuberculosis y tumores del órgano. En cada página se presenta un ejemplo radiográfico y a su lado un esquema, poniéndose debajo lo más característico de la historia clínica y el diagnóstico. Tanto al radiólogo como al especialista otorrinolaringólogo prestará este libro una excepcional utilidad.

PROVAS DE TUVACAO E FLOÇULACAO EM SEMIOLOGIA HEPATICA. J. GOUVEIA MONTEIRO. — Coimbra, 1951.—Un volumen en 4.º de 489 páginas con 43 figuras.

Se recogen en esta monografía las técnicas de diagnóstico funcional del hígado por las pruebas de floculación y enturbiamiento. Después de un capítulo introductorio sobre la necesidad y utilidad posible de estas pruebas, se estudian sucesivamente las pruebas de Hanger, Gray, Mac Lagan, Neefe, Wunderly-Wuhrmann, Maizels, Kunkel, etc., y en una segunda parte se presenta la contribución personal, detallándose al final las técnicas. Se trata de una contribución muy interesante a la valoración de las pruebas estudiadas.

## LIBROS RECIBIDOS

"Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit". Kurt Schneider.—Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen en 4.º de 36 páginas, 2,70 DM.

"Sympathikus - Chirurgie". P. Sunder - Plassmann.—Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen en 4.º de 162 páginas con 146 figuras, 54 DM.

"Einführung in die Augenheilkunde". P. A. Jaensch. Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1953.—Un volumen en 4.º de 348 páginas con 197 figuras, 22 DM.

"Les regulations neuro-vegetatives". Sandro Burgio. Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 176 páginas, 680 francos.

"Nouvelle pratique chirurgicale illustrée". Jean Quenu. Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 294 páginas con 25 figuras, 2,300 francos.

"L'Anatomie en poche". Victor Pauchet y S. Dupret. Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 464 páginas con 434 figuras, 1,400 francos.

"Precis de semeiologie medicale elementaire". J. Rimbaud.—Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 330 páginas con 180 figuras, 1,350 francos.

"L'Homoeopathie sans peine". León Vannier e Ilivici.—Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 176 páginas, 600 francos.

"Precis de therapeutique homoeopathique". León Vannier.—Editorial G. Doin y Cia. París, 1953.—Un volumen en 4.º de 654 páginas, 1,600 francos.

"El enclavado medular de Küntscher".—Lorenz Böhrler.—Anaquele de Ediciones. Madrid, 1953.—Un volumen en 4.º de 517 páginas con 1,261 figuras, 375 pesetas.

"Tratado de Geriatria. La vejez desde el punto de vista médico" (tomo I). J. G. Sleeswijk.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 286 páginas con figuras.

"Tratado de Geriatria. La vejez desde el punto de vista médico" (tomo II). J. G. Sleeswijk.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 874 páginas con figuras.

"Implantación de uréteres en el intestino". José María Gil-Vernet Vila.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 162 páginas con 93 figuras.

"Doce lecciones sobre patología del tiroides". Mariano Alvarez Coca.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 230 páginas con 42 figuras.

"Metabolismo basal" (Fundamentos, métodos e interpretación). J. Fernández Noguera.—Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 520 páginas con 111 figuras.

"Cirugía del recto". J. Soler Roig y A. Sitges Creus. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen en 4.º de 370 páginas.

## B) REFERATAS

### Gastroenterology.

21 - 4 - 1952

- \* Displasia congénita de los conductos biliares interlobulares con xantomas cutáneos extensos: Cirrosis biliar congénita acolángica. H. E. Mac Mahon y S. J. Phannhauser. Implicaciones del fracaso del gastroscopio para pasar el cardias. S. Selesnick y B. V. White.
- \* Repetidas determinaciones del volumen sanguíneo en la úlcera péptica sangrante. S. Kruger, L. Baker y W. D. Mosiman.
- Amebiasis: Algunos rasgos de la enfermedad revelados por el estudio de la autopsia de 96 casos. R. A. Radke.
- \* Experiencia con un nuevo contraste colecistográfico (telepaque). F. M. Spencer.
- La prueba del guayaco: Correlación con los hallazgos clínicos. R. N. Barnett.
- Un nuevo instrumento para la biopsia gástrica bajo control visual. J. Tomenius.
- Respuesta ácida del estómago a dosis masivas de insulina. I. Observaciones prolongadas en un individuo. E. M. Levy, A. P. Dell Cort y V. W. Logan.
- La rata Shay como animal de ensayo para los factores antiulcerosos. III. Cromatografía en papel y otros estudios clínicos. H. L. Segal, L. L. Miller, R. P. Plosscowe y L. M. Haroutunian.
- La rata Shay como animal de ensayo para los factores antiulcerosos. IV. Efecto de la adrenalectomía y nefrectomía. L. N. Haroutunian y H. L. Segal.
- Estudio comparativo del efecto de la bantina oral y subcutánea sobre la secreción gástrica de una bolsa gástrica inervada. R. Armour Forse, L. J. Notkin y D. R. Webster.

Efecto de la lisozima sobre la mucosa gastrointestinal cámina. E. C. Meadows y J. Levison.

- \* Efecto del clorhidrato de bentyl sobre la región colédoco-duodenal en perros. E. Esses, D. F. Magee y A. C. Ivy.
- Intususcepción en los ancianos: Tipo ileo-ilear con autoamputación espontánea y exclusión del segmento necrótico. G. C. Coe, S. F. Strauss y H. J. Hirshfield.
- Úlcera duodenal produciendo ictericia obstructiva. S. L. Stephenson Jr., N. L. Rice Jr. y N. E. Rossett.

**Cirrosis biliar acolángica congénita.**—Los autores refieren un tipo, hasta ahora no descrito, de enfermedad hepática, con xantomas muy extensos, en un niño de diez años de edad. El estudio histológico detenido mostró un defecto congénito en el sistema biliar interlobular. El caso es interesante desde varios puntos de vista: 1) Demuestra que la displasia congénita de los conductos biliares interlobulares (cirrosis biliar acolángica congénita) produce un síndrome clínico muy similar al de la obliteración inflamatoria (cirrosis biliar pericolangiolítica), que describieron con el nombre de cirrosis biliar xantomatosa. 2) Sugiere que la cifra de colestera y fosfolípidos en el suero depende de la función de dicha parte del hígado. 3) Aporta luz sobre la embriología de las células hepáticas y de los conductos biliares. 4) Ofrece una base para la explicación de ciertos tumores primarios del hígado, que muestran características de células hepáticas y conductos biliares. 5) Subraya que los conductos de unión o perilobulares son un



elemento importante en la regeneración de los hígados lesionados. 6) Sugiere que debe hacerse en casos de displasias bien conocidas de los conductos extrahepáticos un amplio estudio histológico del sistema biliar intrahepático, para ver si éste está también alterado en dicho tipo de anomalía congénita. Como dicha malformación condujo a un tipo leve de cirrosis biliar, sugieren el término de cirrosis biliar acolángica congénita y que sólo puede distinguirse por la biopsia de la cirrosis biliar pericolangiolítica adquirida; ambos tipos deben diferenciarse de los tipos colestático y colangítico, que se asocian, respectivamente, con el estasis biliar y la infección de los conductos biliares.

**Determinaciones del volumen sanguíneo en la úlcera péptica sangrante.**—Señalan los autores que no se cuenta con un índice exacto para calcular la reposición de sangre. Generalmente se utiliza el recuento de leucocitos, la concentración de hemoglobina y el valor hematocrito, a lo que colabora importantemente la determinación del volumen sanguíneo; sin embargo, una determinación única no revela los cambios compensadores dinámicos, no consigue medir los cambios del volumen en relación con las transfusiones y no tiene valor para saber si la hemorragia ha parado o continúa. Han hecho 61 pruebas en 23 enfermos con úlcera péptica sangrante y determinan el volumen plasmático utilizando albúmina humana etiquetada con radioyodo y encuentran que la determinación de esta manera del volumen sanguíneo es un método sencillo, rápido y exacto. Puede medirse objetivamente la intensidad de la hemorragia por determinaciones del volumen sanguíneo y de células y las determinaciones repetidas miden exactamente no sólo la continuación o cesación de la hemorragia, sino también los aspectos cuantitativos de la hemodilución post-hemorrágica y la respuesta a las transfusiones.

**Experiencia con un nuevo contraste colecistográfico.** El autor ha realizado estudios con telepaque en 125 enfermos y ha visto una reducción significativa en la incidencia de efectos colaterales. La visualización de la vesícula es igual o superior a la que se obtiene con el priodax; ha visto una reducción de las sombras gaseosas que interfieren con la obtención de un buen colecistograma. La contracción vesicular después de la comida grasa es satisfactoria en un porcentaje mayor que con el priodax. Sugieren que esto puede ser el resultado de las propiedades más irritantes de este último, que interfieren con el vaciamiento de la vesícula provocando el espasmo en el sistema biliar.

**Efecto del clorhidrato de bentyll sobre la región colédocoduodenal.**—Han visto los autores que el clorhidrato de bentyll a la dosis de 12.5 mg. produjo en perros un efecto comparable al de 2.5 mg. de sulfato de atropina en la abolición de la contracción del sistema colédocoduodenal provocada por la urecholina. A la dosis de 25 mg. hace desaparecer la contracción de dicho sistema, provocada por la morfina con la misma eficacia que 2.5 mg. de sulfato de atropina.

### American Heart Journal.

44 - 3 - 1952

- Estudios en la estenosis mitral. II. Observaciones sobre la incidencia de carditis reumática activa en el apéndice auricular izquierdo resecado en la operación para la estenosis mitral. G. Björck, S. Winblad y H. B. Wulff.
- Enfermedad cardíaca reumática con calcificación de la aurícula izquierda. H. Ruskin y E. Samuel.
- \* Estenosis pulmonar congénita con apertura del foramen oval en la infancia. R. P. Johnson y E. E. Johnson.
- Ductus arteriosus patente con inversión parcial del shunt. T. H. Bothwell, B. Van Lingen, J. Widborne, J. Kaye, M. McGregor y G. A. Elliot.
- Modificación de un modelo de vector para conseguir registros seguros de vectores en las tres posiciones del espacio. D. L. Ursched y D. C. Abbey.
- Un modelo geométrico para determinar la dirección de los vectores especiales. P. H. Langner.

Una técnica sencilla para registrar la dirección de la rotación de las curvas vectocardiográficas. G. H. Whipple.

El efecto depresor del inositol sobre la colesteroína sérica y los fosfolípidos en los supervivientes hipercolesterémicos con infarto de miocardio. W. C. Felch, J. H. Keating y L. B. Dotti.

- \* Mephentermine. Una amina presora efectiva. B. L. Brofman, H. K. Hellerstein y W. H. Caskey.
- \* Shock acompañante del infarto miocárdico: Tratamiento con aminas presoras. H. K. Hellerstein, B. L. Brofman y W. H. Caskey.
- \* Arritmias cardíacas tras el uso de grandes dosis de estimulantes del sistema nervioso central. I. L. Bennett y W. F. Walker.
- \* La acción de la amida procainica en el bloqueo cardíaco completo. H. Miller, M. H. Nathanson y G. C. Griffith.
- Una modificación del tiempo de circulación con fluoresceína. L. G. Lubic y N. J. Sissman.
- Penetración en la cavidad pericárdica durante la cateterización cardíaca. T. N. Stern, H. S. Tacket y E. G. Zachary.
- El estado presente de la electroquimografía. H. E. Heyer y B. R. Boone.

**Estenosis pulmonar congénita con apertura del foramen oval en la infancia.**—Se describen cinco casos de estenosis congénita de la válvula pulmonar con apertura del foramen oval en niño, comprobados en autopsia. Los enfermos eran todos del sexo femenino y tenían tres, cuatro, nueve, doce y diecinueve meses de edad. Parece que esta malformación puede ser la segunda causa de frecuencia de las enfermedades congénitas cianóticas, siendo solamente más frecuente la tetralogía de Fallot. El síndrome en los niños se compone de cianosis precoz, a menudo presente desde el nacimiento, policitemia y acropaquia. Se ausculta un soplo sistólico precordial de mediana o pequeña intensidad. La disnea aparece en forma de paroxismos. El corazón está aumentado, con un aspecto radiológico típico, con el apex rotado hacia arriba, una arteria pulmonar dilatada y avascularización de los campos pulmonares periféricos. El E. C. G. muestra una hipertrofia ventricular derecha marcada y las ondas P son prominentes en la D II. Este cuadro debe ser diferenciado de la estenosis pulmonar pura y de la tetralogía de Fallot, pues las operaciones de Blalock o Potts no son útiles en la estenosis pulmonar con foramen oval abierto.

**Mephentermine.**—La Mephentermine (Wyamine) es una nueva sustancia presora con actividad teórica similar a la de la noradrenalina que origina una rápida respuesta presora en voluntarios controles y perros. Con las dosis empleadas no se presentó, o fué muy ligera, acción sobre el corazón directa, medida por cambios en el pulso, ritmo e irritabilidad. También estuvieron ausentes, o fueron insignificantes, las reacciones colaterales tales como estimulación cerebral, cambios pupilares, cambios de la glucemia, estimulación respiratoria y aumento del metabolismo. El trabajo cardíaco aumentó en sujetos normales y en hipotensos. El flujo coronario en los perros apareció aumentado, aun cuando la perfusión coronaria se hiciera a presión constante. Esta droga parece de utilidad en el tratamiento de estado hipotensivos agudos, especialmente en el shock que sigue al infarto de miocardio, habiéndose señalado asimismo su utilidad para mantener la presión sanguínea en las operaciones cardiovasculares sin provocar arritmias.

**Shock acompañante del infarto de miocardio.**—El shock que acompaña al infarto de miocardio se asocia con mortalidad del enfermo en aproximadamente el 80 por 100 de los casos. Los autores administran aminas presoras a 18 enfermos en shock post-infarto de miocardio. Como en un estudio preliminar se encontró que la Mephentermine (Wyamine) era una sustancia presora útil y efectiva con poco efecto directo sobre la irritabilidad del miocardio en las dosis empleadas, tratan a 17 de sus casos con esta sustancia (tres de ellos recibieron también efedrina) y el otro con efedrina sola. En 16 de los casos hubo respuesta presora y 14 salieron del estado de shock con marcada mejoría clínica durante más de dos días. No obstante, siete sucumbieron a com-

plicaciones secundarias pasados dos a veintiséis días. Siete enfermos se recuperaron lo suficiente para ser dados de alta rápidamente.

La terapéutica presora no originó desfallecimiento cardíaco congestivo en los casos que previamente no lo presentaban ni lo agravó en los que lo tenían con anterioridad. Deducen que el uso de aminas presoras en el tratamiento del shock que acompaña al infarto de miocardio parece descansar sobre bases clínicas firmes.

**Arritmias cardíacas tras el uso de estimulantes del sistema nervioso central.**—Aunque la cafeína, la niquetamida y la anfetamina se emplean comúnmente para combatir la depresión del sistema nervioso central, se ha dirigido poca atención al desarrollo de arritmias cardíacas asociadas con el uso de grandes dosis de estas drogas.

Los autores describen dos casos en que aparecieron arritmias tras el uso de grandes cantidades de las drogas citadas, sugiriendo que la base de los cambios electrocardiográficos fué básicamente un aumento del período supernormal ventricular. Aunque hay pocos trabajos al respecto, la posibilidad de trastornos graves del ritmo cardíaco debe ser retenida cuando se usan estimulantes del sistema nervioso central.

**La acción de la amida procainica en el bloqueo cardíaco completo.**—En cuatro enfermos con bloqueo cardíaco completo, la administración intravenosa de amida procainica se siguió de una reducción definida en el ritmo ventricular. En dos casos aparecieron contracciones ventriculares multifocales frecuentes y en un tercer caso surgió un paroxismo de fibrilación ventricular seguido de un período de parada de los ventriculos. En otro se presentaron ataques frecuentes de fibrilación ventricular y la amida procainica no tuvo efecto alguno sobre dichos ataques, no eliminando la droga tampoco los cortos períodos de oscilaciones ventriculares aberrantes que aparecieron entre los ataques intensos.

Estas observaciones indican que la administración de amida procainica es inefectiva y puede ser peligrosa en el bloqueo cardíaco completo.

## A. M. A. Archives of Internal Medicine.

90 - 2 - 1952

- Editorial. Vector cardiografía.  
 \* El hígado en la obesidad. S. Zelman.  
 \* Arterioesclerosis pulmonar primaria. L. F. Parmley Jr. y F. S. Jones.  
 \* Tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardíaca congestiva con resinas de intercambio del sodio. R. S. Aaron y R. E. Weston.  
 \* Complicaciones en el empleo de los balones de compresión esofágica (sonda de Sengstaken). H. B. Bennett, L. Baker y L. A. Baker.  
 \* Infección por el virus A de la influenza con manifestaciones pulmonares. J. M. Scher y E. Jaruszewski.  
 \* Artritis parotídica. E. Appelbaum, J. Kohn, R. E. Steinman y M. A. Shearn.  
 \* Estudio clínico de la gitalina. M. R. Hejtmancik y G. R. Herrmann.  
 \* Tendencia a la hipotensión en el decúbito lateral izquierdo. P. Stein.  
 \* Síndrome de Werner. H. Boatwright, C. E. Wheeler y E. P. Cawley.  
 \* Absceso pulmonar agudo estafilocócico curado con la ayuda de la bacitracina. R. Charet e I. Siegel.  
 \* Endocarditis por *Scherichia coli*. C. M. Ross, J. D. Wheeler y P. O. Hagemann.  
 \* Coartación de la aorta. S. Bellet y D. Gelfand.  
 \* Progresos en Medicina interna: Conceptos actuales y recientes avances en la poliomiéltis aguda. J. R. Paul.

**El hígado en la obesidad.**—Después de haber eliminado toda enfermedad pasada o actual que hubiera podido afectar al hígado, los autores han estudiado 20 hombres con un sobrepeso del 50 al 100 por 100, mediante pruebas de función y biopsia. Todos ellos tenían evidencia tanto de laboratorio como histológica de enfermedad hepática. Aproximadamente la mitad mostraban mala tolerancia a la glucosa, aunque en ninguna pre-

cisaba insulina. En los 20 enfermos era anormal la retención de bromosulfaleína. En diez era anormal la turbidez del timol y la cifra de colesterolina del suero. La tercera parte tenía eliminaciones altas de urobilinógeno en la orina. En la cuarta parte estaba elevada la fosfatasa alcalina. En la quinta parte era anormal la glucólisis de la cefalina-colesterolina y el cociente colesterolina/ésteres. Fueron normales las cifras de albúmina y globulina del suero. En aproximadamente la mitad de los sujetos se vieron alteraciones degenerativas de las células parenquimatosas, alteraciones grasas, retención de pigmento biliar, regeneración celular y fibrosis periportal; una tercera parte mostraba una evidente infiltración celular de los espacios periportales; en ninguno el hígado era normal por completo. Era la duración de la obesidad y no su grado lo que estaba relacionada con la extensión del trastorno anatómico, no viéndose esto mismo en cuanto a las pruebas de función. A su juicio, la lesión hepática en la obesidad puede explicarse por: a) Las grandes necesidades calóricas de los obesos, que constituyen una sobrecarga funcional para el hígado. b) La dieta habitual en ellos, rica en hidratos de carbono y grasas y pobre en proteínas; y c) El aumento de las exigencias de colina y complejo B impuestas por la dieta.

**Arterioesclerosis pulmonar primaria.**—Los autores presentan 28 casos de arterioesclerosis pulmonar primaria recogidos de la literatura y refieren tres casos adicionales, haciendo una revisión de los hallazgos clínicos y anatomopatológicos. La enfermedad se manifiesta en su primera fase por síntomas respiratorios y terminalmente por signos y síntomas de insuficiencia cardíaca derecha. La lesión anatomopatológica fundamental es un intenso engrosamiento fibroso de la íntima en las arteriolas pulmonares, así como también hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. Durante la vida puede sospecharse el diagnóstico por la valoración clínica detallada, pero sólo puede establecerse con exactitud razonable por el examen microscópico de una biopsia pulmonar. No se conoce la causa y patogenia de este proceso y hacen un estudio comparativo con lesiones similares de las arteriolas pulmonares en otras enfermedades. Finalmente, discuten el papel de la hipertensión arterial pulmonar esencial o primaria con la resultante hipoxia vascular.

**Resinas de intercambio del sodio en la insuficiencia cardíaca congestiva.**—Señalan los autores que las resinas que eliminan el sodio son eficaces en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. Se redujo en ocho enfermos el edema que había sido resistente a otras terapéuticas y se disminuyó la necesidad de los diuréticos mercuriales; se aliviaron marcadamente la disnea y otros síntomas. Tienen el inconveniente de provocar síntomas de irritación gastrointestinal. Subrayan la necesidad de determinar los electrolitos del suero antes y durante la terapéutica, cuya frecuencia dependerá de la respuesta del enfermo. La dosis, esquema terapéutico y duración deben establecerse de modo individual.

**Artritis parotídica.**—Los autores describen cuatro casos de parotiditis epidémica complicada con afectación articular. En relación con la patogenia de la artritis, subrayan que la parotiditis epidémica en una infección generalizada capaz de afectar a las articulaciones, aunque no sea ésta la complicación más frecuente; admiten como posible que la artritis tenga su origen en una reacción antígeno-anticuerpo. Desde el punto de vista clínico, se trata de una poliartritis migratoria, indistinguible de otras formas de artritis infecciosa o de la fiebre reumática.

**Estudio clínico de la gitalina.**—Los autores han utilizado la gitalina en la digitalización inicial de 49 enfermos con descompensación cardíaca y han determinado la dosis de mantenimiento en 131 enfermos. Comprueban la eficacia en la digitalización y mantenimiento de



los enfermos; la dosis media digitalizante fué de 6,5 miligramos (varió entre 4,5 y 9,0). La mayoría de los enfermos se mantenían adecuadamente con 0,5 mg. diarios. Los efectos tóxicos se produjeron por el aumento deliberado de la dosis y fueron similares a los que se aprecian con otros preparados; en 22 enfermos la dosis mínima media de mantenimiento fué de 0,54 mg. y la dosis tóxica mínima de 0,91 mg. Se apreció mejoría en 15 de 18 enfermos con descompensación cardíaca aparentemente refractaria al darles gitalina en lugar de otro preparado digitálico. Concluyen diciendo que es en el mantenimiento de tales casos aparentemente refractarios donde la gitalina ofrece una ventaja real sobre otros preparados de digital.

**Endocarditis por Escherichia coli.**—Los autores describen un enfermo con una endocarditis por *Escherichia coli* sobre impuesta a una valvulitis reumática antigua. El enfermo se hizo un violento tratamiento con antibióticos que llegó a conseguir la curación bacteriológica, pero presentó finalmente una insuficiencia hepática fatal que los autores atribuyen a la terapéutica intensiva con antibióticos. En la autopsia se vió que no existía ya infección bacteriana de la válvula.

### Annals of Internal Medicine.

37 - 2 - 1952

- El Colegio de Médicos Americano y el internista del futuro. M. C. Pincoffs.
- Papel del sodio en la formación y control de la ascitis en enfermos con cirrosis. W. J. Eisenmenger.
- \* Retinopatía diabética. B. Becker.
- Intoxicación barbitúrica aguda: Un estudio de 300 casos basado en un sistema fisiológico de clasificación de la intensidad de la intoxicación. C. E. Reed, M. F. Driggs y C. C. Foote.
- Enfermedad maligna primaria del hígado. C. S. Sanford.
- Recientes avances en la patogenia y tratamiento de la aterosclerosis. G. E. Wakerlin.
- Tratamiento con BAL de las reacciones tóxicas al oro: Revisión de la literatura y referencia de dos casos. J. F. Strauss Jr., R. M. Barrett y E. F. Rosenberg.
- Significación de las estadísticas de mortalidad en la investigación médica: Un análisis de 1.000 muertes en el Hospital general de Filadelfia. S. O. Waife, P. F. Lucchesi y B. Sigmond.
- \* Desarrollo y carcinoma gástrico en la anemia perniciosa. J. W. Norcross, S. E. Monroe y B. G. Griffin.
- \* Estudio de los lípidos en enfermos con aterosclerosis diabética avanzada. L. T. de Wind, G. D. Michaels y L. W. Kinsell.
- \* Empleo de ACTH y cortisona en la púrpura trombocitopénica idiopática y en la anemia hemolítica adquirida idiopática. M. C. Meyers, S. Miller, J. W. Linman y F. H. Bethell.
- Terapéutica antimicrobiana de la tuberculosis en 1952. H. C. Hinshaw.
- Duración de la vida de un adulto después de la producción de una colangitis crónica con obstrucción completa. B. F. Hawkins, W. N. Weaver y W. Patton Fite.
- Ameboma del colon transverso. H. Nushan y B. Miller.
- \* Hipertiroidismo asociado con diabetes insípida: Curación de ambas enfermedades después del tratamiento con yodo radioactivo. C. W. Rieber y S. Silver.
- Efectos tóxicos del hexa-etiltetrafosfato en el hombre. T. H. Lewis.
- Pericarditis aguda inespecífica complicada por el desarrollo de un pericardio fibroso. J. K. Freilich.
- Flutter auricular con bloqueo cardíaco completo: Embolo acabalgado en un caso de enfermedad vascular reumática. O. H. Comess.
- Editorial. Estado actual de la terapéutica en la leucemia aguda.

**Retinopatía diabética.**—Señala el autor que la retinopatía diabética constituye una entidad clínica y anatómopatológica que no depende de un proceso hipertensivo o aterosclerótico. Las lesiones renales descritas por KIMMESTIEL y WILSON están estrechamente relacionadas en su presentación, aspecto y características tinte con las lesiones de la retinopatía diabética. Añade que puede producirse experimentalmente en conejos con diabetes aloxánica un cuadro extraordinariamente similar a la retinopatía diabética precoz, y a las lesiones del Kimmestiel-Wilson, mediante la inyección de ACTH; se tiene así una oportunidad para un estudio

de la patogenia y evaluación de la terapéutica. En la autopsia de diabéticos hay una aparente relación entre las células vacuoladas cargadas de grasa en la zona fasciculada de la corteza suprarrenal y las lesiones renales del Kimmestiel-Wilson; en los enfermos con estas últimas lesiones hay una incidencia marcadamente descendida de vacuolas lipoideas en la corteza suprarrenal en comparación con los no diabéticos o con los que tienen tales lesiones renales. Con ello ha planteado una hipótesis de trabajo sobre la posible relación de algunas funciones córticosuprarrenales con la presentación de retinopatía diabética y glomérulosclerosis intercapilar.

**Carcinoma gástrico y anemia perniciosa.**—Los autores, de un total de 341 casos de anemia perniciosa, han realizado uno o más estudios radiológicos del estómago en 233; han seguido los casos referidos desde un mes a veinticuatro años después del desarrollo de los síntomas de la anemia. En el total del grupo estudiado han encontrado cuatro casos de carcinoma gástrico, lo que representa el 1,7 por 100. Subrayan la importancia de realizar exámenes radiológicos frecuentes del estómago en los enfermos de anemia perniciosa.

**Lípidos sanguíneos en la aterosclerosis diabética avanzada.**—Los autores han estudiado 24 diabéticos con aterosclerosis avanzada (varios de ellos habían perdido extremidades por la afectación aterosclerótica) desde los siguientes puntos de vista: En primer lugar, para valorar el efecto de diferentes agentes lipotrópicos sobre su diabetes, evidenciado por la necesidad de insulina y sobre las cifras de ciertos lípidos sanguíneos. Y en segundo lugar, para determinar si existía alguna relación entre ciertos lípidos de la sangre y entre estos lípidos y el proceso aterosclerótico. En este grupo realizaron las observaciones siguientes: Las cifras de colesterolina total, lipoproteína, ésteres y fosfolípidos variaron ampliamente; no se encontró relación entre cualquiera de las fracciones lipídicas y el proceso aterosclerótico, aunque los valores medios de colesterolina eran significativamente más altos que en un grupo de ancianos controles no diabéticos. Se apreció una relación matemática lineal entre lipoproteína y colesterolina total, lipoproteína y ésteres y ésteres y fosfolípidos. En las condiciones de este estudio no se vieron alteraciones significativas de los lípidos sanguíneos en enfermos que recibían cantidades relativamente grandes de inositol o colina y tampoco modificación del estado diabético. Se vió un descenso de los ésteres, fosfolípidos y lipoproteína en varios enfermos a los que se dió 25 mg. diarios de testosterona y asimismo modificaciones en las necesidades de insulina, pero tales cambios no fueron constantes.

**ACTH y cortisona en la púrpura trombocitopénica idiopática y en la anemia hemolítica idiopática adquirida.**—Los autores han dado ACTH y cortisona a 17 enfermos con púrpura trombocitopénica y a siete con anemia hemolítica adquirida. En 12 de los 17 enfermos con púrpura trombocitopénica se normalizó el recuento de plaquetas y el tiempo de hemorragia, desapareciendo los síntomas clínicos; en cinco de estos 12 enfermos persistió la remisión durante varios meses, mientras que los siete restantes recidivaron al suspender la terapéutica hormonal. Uno de los enfermos no había respondido a la esplenectomía previa; en los otros seis se provocó una segunda o tercera remisión y una vez controlada la diátesis hemorrágica se realizó la esplenectomía. En cuatro enfermos en remisión incompleta se hizo la esplenectomía durante el tratamiento hormonal y no aparecieron recaídas postoperatorias. En seis de los siete enfermos con anemia hemolítica adquirida se controló el proceso hemolítico con ACTH o cortisona, pero cuatro recidivaron de tal modo que exigieron otro tratamiento preparatorio para la esplenectomía. Un solo enfermo en el que la cortisona le salvaba la vida, pero era incapaz de producir una remisión completa, no pudo normalizarse después de la esplenectomía hasta que se

restituyó el tratamiento con cortisona. Así, el fracaso en la respuesta a la ACTH y cortisona no predice una respuesta terapéutica a la esplenectomía; además, enfermos con remisión incompleta después de esta operación pueden beneficiarse de la administración hormonal. Finalmente, indican que cursos intensivos preoperatorios de ACTH y cortisona no interfieren con la curación de las heridas.

**Hipertiroidismo asociado con diabetes insípida.**—Los autores describen un caso de diabetes insípida de larga duración que se complicó de hipertiroidismo de dos años de duración. Controlaron el hipertiroidismo con una dosis de yodo radioactivo, lo que consiguió no sólo la mejoría de la actividad tiroidea, sino también de su diabetes insípida. Este resultado apoya, a su juicio, los datos experimentales de que los efectos de la secreción del tiroides sobre el metabolismo del agua están relacionados con el síndrome de la diabetes insípida y piensan si no sería conveniente provocar en la diabetes insípida grave un estado de mixedema por la administración de yodo radioactivo.

### The Journal of the American Medical Association.

149 - 10 - 5 de julio de 1952

- Veinticinco años de experiencia en el tratamiento de la anemia perniciosa. W. P. Murphy.
- \* Anemia aplásica fatal asociada con la terapéutica por cloranfenicol. D. B. Claudon y A. A. Holboock.
- Anemia aplásica fatal consecutiva a la administración de cloranfenicol. R. K. Smiley, G. E. Cartwright y M. M. Wintrobe.
- \* Anemia aplásica fatal en niños consecutiva a la terapéutica con cloranfenicol. P. Sturgeon.
- Tratamiento quirúrgico de las venas varicosas. W. H. Prioleau.
- Revisión de las exposiciones a los rayos X en el personal hospitalario. E. De Amicis, C. K. Spalding y R. F. Cowing.
- Hipertemia (114° F rectal) con curación. A. A. Fracchia y A. Brunschwig.
- \* Delirium tremens tratado con corticotropina administrada intravenosamente. K. Fischbach, E. M. Simmons y R. E. Pollard.
- Determinación rápida de los grupos sanguíneos y Rh en gran número de personas. W. Talhimer.
- Parálisis por garrapatas en Florida. R. M. Alexander.
- \* Anencefalia en fetos de una madre con tetralogía de Fallot: Niño normal después de la operación de Blalock. C. B. Olim y H. B. Turner.
- Cirugía de la corteza suprarrenal.
- Osteitis pubis.

**Anemia aplásica fatal por cloranfenicol.**—Los autores describen dos casos de anemia aplásica fatal en enfermos a los que se administraba cloranfenicol. En ambos enfermos, de setenta y uno y noventa y dos años, respectivamente, no ocurrió nada con un curso inicial de tratamiento por dicho antibiótico; pero la nueva administración, después de un intervalo de varias semanas, se asoció con la citada complicación hematológica. La presentación de púrpura en cada caso se acompañó de neutropenia, leucopenia, trombopenia y anemia, que aumentaron gradualmente en intensidad. Se produjo una mejoría clínica transitoria por la administración de ACTH y cortisona, pero no se redujeron las necesidades de transfusiones ni impidieron las hemorragias fatales.

**Anemia aplásica fatal en niños consecutiva a la terapéutica con cloranfenicol.**—El autor describe cuatro casos de anemia aplásica fatal en niños que habían recibido previamente dosis relativamente pequeñas de cloranfenicol por procesos de poca importancia. Ha observado también otros tres casos de anemia aplásica (dos fatales y uno con curación) en los que no había historia de terapéutica con cloranfenicol. Subraya que las graves reacciones en los primeros casos se debieron a idiosincrasia al cloranfenicol y que es aconsejable, por lo tanto, antes de prescribir el cloranfenicol, valorar cuidadosamente la posibilidad relativamente remota de es-

tos graves peligros frente a las posibles ventajas terapéuticas de esta droga sobre otros antibióticos que no producen reacciones tóxicas fatales.

### Delirium tremens tratado con ACTH intravenosa.

Los autores describen dos casos de delirium tremens y subrayan que en estos estados, además del efecto tóxico del alcohol, intervienen también las carencias nutritivas, y que, por lo tanto, el tratamiento con sedantes al disminuir los procesos metabólicos no contribuye de ningún modo a la recuperación del enfermo y agravan el estado mental. Describen dos casos en los que todas las medidas utilizadas, como administración parenteral de líquidos, electrolitos, glucosa, calor, reposo en cama, complejo vitamínico B y tiamina y extracto córticosuprarrenal, no alteraron el curso clínico del proceso. No contaban con ACTH cuando trataron el primer enfermo; pero en el segundo se administró por vía intravenosa con una respuesta dramática, pasando desde un estado moribundo a la curación completa en treinta y seis horas aproximadamente.

### Anencefalia en fetos de una madre, con tetralogía de Fallot, que dió a luz un niño normal después de la operación de Blalock.

Los autores describen el caso de una enferma con tetralogía de Fallot que tuvo dos partos prematuros con fetos anencefálicos. Diagnosticada su enfermedad, se realizó en ella la operación de Blalock, y catorce meses después la enferma dió a luz un niño normal. Piensan los autores que la baja saturación de oxígeno de la sangre materna interfiere con la nutrición fetal durante la fase cefálica del desarrollo, originándose así los fetos anencefálicos y repitiendo las experiencias de Ingall en ratones blancos. Al normalizarse la saturación arterial de oxígeno por la operación, la enferma pudo dar a luz un niño normal.

149 - 11 - 12 de julio de 1952

- ¿Aumentan las infecciones por hongos como resultado de la terapéutica con antibióticos? A. M. Kligman.
- \* Úlceras agudas del tracto gastrointestinal superior consecutivo a stress y lesión suprarrenal. E. E. Woldman.
- \* Seguridad de la prueba de inmovilización de los treponemas para el diagnóstico de la sífilis. J. L. Miller, M. H. Slatkin, R. R. Feiner, J. Portnoy y A. B. Cannon.
- Epidemia de hepatitis viral difundida aparentemente por agua de bebida y por contacto. J. D. Farquhar, J. Stokes Jr. y W. D. Schrack Jr.
- Brote de hepatitis infecciosa transmitida presumiblemente por alimentos. G. G. Kaufmann, V. M. Sborov y W. P. Havens Jr.
- \* Tratamiento con corticotropina y cortisona del lupus eritematoso generalizado. E. L. Dubois, R. R. Commons, P. Starr, C. S. Stein Jr. y R. Morrison.
- \* Corticotropina y cortisona en el lupus eritematoso agudo diseminado. L. J. Soffer y R. Bader.
- \* Efecto de la heparina en casos de insuficiencia coronaria. H. I. Russek, K. F. Urbach y A. A. Doerner.
- Muerte debida a agranulocitosis provocada por la terapéutica con methimazole. N. W. Specht y E. J. Boehme.
- Retención urinaria aguda como complicación del embarazo. M. Spring y J. J. Hymes.
- Reacción no corriente a la administración intrapleural de estreptoquinasa y estreptodornasa. G. L. Baum y P. Oransky.
- Hemiplejía durante la terapéutica con antabuse. W. N. Johnson.
- Intoxicación por tetraetilpirofosfato. N. C. Klendshoj, W. G. Moran, M. Feldstein y H. E. Fidler.
- Quiloneumotórax espontáneo. D. C. Calenda y J. H. Harris.
- Perforación espontánea del colon sin alteración patológica. M. Weinstein y M. Roberts.
- Regulador de la velocidad de los líquidos administrados intravenosamente. D. Feldman.
- Instrumentos quirúrgicos de Lucite. F. T. Padberg.
- Ligadura de la vena inferior en la descompensación cardíaca.

### Úlceras agudas del tracto gastrointestinal superior.

Revisa el autor la evidencia experimental y clínica de las relaciones de los stress y la lesión suprarrenal con la presentación de úlceras agudas en el tracto gastrointestinal superior. Investiga en 943 autopsias consecutivas la presencia de lesiones agudas en dicho sector y encuentra 136 casos de úlceras agudas y 108 de hemo-



rragias focales en la mucosa; piensa que estas últimas en algunos casos son la lesión inicial de una úlcera aguda. La incidencia de úlceras y hemorragias fué mayor en los estados terminales, principalmente en las asociadas con shock, interpretando que tales procesos producen una reacción de alarma, durante la cual se desarrollan lesiones agudas en el tracto gastrointestinal. Su presentación no tiene relación con la edad del enfermo, pues la incidencia es aproximadamente la misma en cada década de vida, incluyendo enfermos menores de un año y mayores de sesenta años; es ligeramente más alta entre los veinte y treinta años y más baja entre los cinco y los diez años. Su investigación revela una notable relación entre la intensidad de la lesión suprarrenal, demostrada por el estudio histológico, y la incidencia de hemorragias mucosas y úlceras agudas del tracto gastrointestinal superior.

**La prueba de inmovilización de los treponemas para el diagnóstico de la sífilis.**—Los autores han hecho una investigación sobre el valor de la prueba de inmovilización de los treponemas, descrita en 1949 por NELSON y MAYER. En 123 enfermos con sífilis demostrada, seis dieron pruebas negativas; los seis habían sido tratados adecuada y precozmente de veintinueve meses a veintidós años antes y las reacciones serológicas eran negativas; creen que la prueba de inmovilización se hace negativa cuando ha pasado cierto tiempo y siempre que se haya hecho un tratamiento precoz de la infección. Entre 213 enfermos en que se pensaba tenían una sífilis latente precoz, la prueba fué negativa sólo en nueve y también en ellos había pasado mucho tiempo desde el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Finalmente, hacen la prueba en 82 sujetos normales o con procesos no sífilíticos y en todos fué siempre negativa. Concluyen que en su experiencia la prueba de inmovilización de los treponemas es muy segura para el diagnóstico de la sífilis humana.

**ACTH y cortisona en el lupus eritematoso generalizado.**—Los autores han estudiado 64 enfermos con lupus eritematoso generalizado, de los que en 30 se hizo un tratamiento con ACTH y/o cortisona. Señalan que se produce una remisión espontánea en el 20 por 100 aproximadamente de los enfermos no tratados. Del total de sus enfermos, 60 (94 por 100) eran mujeres. De los 30 enfermos en los que se hizo un tratamiento con ACTH y cortisona, se produjo una evidente remisión en 14. La dosis necesaria varió con la intensidad del proceso y en los casos muy avanzados fué imposible conseguirla, incluso con grandes cantidades de dichas hormonas. Señalan que si se obtiene un aspecto cushingoides del enfermo, generalmente se produce una remisión simultánea, y añaden que hasta la fecha no se ha muerto ningún enfermo en el que se provocó el síndrome de Cushing. Debe mantenerse la remisión con dosis pequeñas de ACTH y cortisona. Es importante la diferenciación de los síntomas del proceso de las complicaciones de la terapéutica. En las mujeres administran también durante varias semanas dosis masivas de testosterona sin provocar virilización hasta que se produzca la remisión. En dos de ocho enfermos tratados con dosis mativas de ACTH y cortisona se provocó un hipertiroidismo. Concluyen diciendo que no hay evidencia definitiva de que con la ACTH o la cortisona se prolongue la vida, pero que, sin embargo, es indudable que en el momento actual ambas hormonas constituyen el medio más eficaz para el tratamiento de lupus eritematoso generalizado. Comunican, finalmente, otros 15 enfermos tratados y sólo en dos de ellos fué imposible provocar un Cushing después de la administración intravenosa de ACTH en dosis hasta de 600 mg. diarios.

**ACTH y cortisona en el lupus eritematoso agudo disseminado.**—Comunican los autores el tratamiento de 18 enfermos con ACTH y/o cortisona durante periodos de tres a veinte meses. De ellos, seis han muerto y 12 están vivos, de los que ocho continúan con el tratamiento.

Al contrario que en el trabajo anterior, la incidencia de la enfermedad era mayor en los hombres. El tratamiento con ACTH o cortisona en dosis adecuadas provocó una rápida remisión de la fiebre, artritis, pleuritis, pericarditis, fenómeno de Raynaud y el síndrome mental orgánico. El rash, las lesiones mucosas y retinianas y los derrames desaparecieron más lentamente. La anemia mejoró lentamente en los enfermos sin lesiones renales o en los que eran mínimas. Las células L. E. persistieron a pesar de la remisión de la enfermedad, aunque a veces desaparecieron temporalmente. La lesión renal mostró tendencia a persistir; había hematuria microscópica en todos los enfermos y elementos formes en la orina en 14 de los 18; la urea en sangre estaba alta en 10 enfermos, pero en cinco de ellos se normalizó al hidratarlos; la persistencia de la uremia es un mal signo pronóstico. Después de describir las complicaciones y peligros del tratamiento con ACTH y cortisona, señalan que a pesar de estos riesgos dichas drogas constituyen el medio más eficaz en la actualidad para el tratamiento de dicha enfermedad, y que aunque no logran la curación, es posible que puedan mantenerse algunos enfermos en remisión durante tiempo indefinido con el tratamiento adecuado.

**Efecto de la heparina en la insuficiencia coronaria.**—La mejoría subjetiva que produce la heparina en casos de angina pectoris ha movido a los autores a realizar un estudio en el que el efecto de dicha droga sobre la isquemia miocárdica podría medirse por una técnica objetiva. Seleccionan 14 enfermos con diversos grados de insuficiencia coronaria por medio de la prueba de Master de los dos escalones, en virtud de la constancia de su respuesta electrocardiográficamente, durante los periodos de control. Encuentran que la administración intermitente de heparina en dichos sujetos no tuvo efecto significativo sobre la respuesta electrocardiográfica al ejercicio estandar. Concluyen diciendo que no han confirmado en su estudio la notable mejoría subjetiva en los síntomas anginosos referida por otros autores.

149 - 12 - 19 de julio de 1952

- \* Diagnóstico de la estenosis mitral no permeable. A. Ravin, N. B. Slonim, O. J. Balchum, S. H. Dressler y J. B. Grow.
- \* Técnica para la prevención de complicaciones cerebrales durante la comisurotomía mitral. C. P. Bailey, A. K. Olsen, K. K. Keown, H. T. Nichols y W. L. Jamison. Pérdida del sentido del gusto debida a la terapéutica con metiltiouracilo. N. G. Schneeberg.
- \* Función suprarrenal en mujeres con epilepsia crónica. P. J. Costa y D. D. Bonnycastle.
- \* Resultados de la gastrectomía subtotal para las úlceras gástricas y duodenales. A. A. Strauss, S. F. Strauss, A. H. Schwartz, D. D. Kram y W. W. Masur.
- \* Antibióticos en el tratamiento de la fibrosis pancreática. H. Shwachman, B. K. Silverman, P. R. Patterson y L. J. Zheutlin.
- \* Trazados electrocardiográficos en enfermos con segundos infartos miocárdicos. J. A. Mart, H. A. Flack y C. C. Maher.
- \* Medida del agua corporal: Técnicas y deducciones. J. D. Hardy y D. L. Drabkin.
- \* Hipertensión intracraneal producida por la inhalación de oxígeno en el enfisema. J. C. Mithoefer.
- \* Resultados tardíos del neumoperitoneo artificial en tuberculosis pulmonar. E. Morris y E. Bogen.
- \* Celulitis sinérgica bacteriana postoperatoria de la pared abdominal. M. Behrend y T. B. Krouse.
- \* Intoxicación accidental por toxaphene. L. C. McGee, H. L. Reed y J. P. Fleming.
- \* Cifras bajas de hemoglobina en mujeres demostradas por el registro de donadores de sangre. G. W. Hervey, R. T. McIntire y V. Watson.
- \* Aneurismas múltiples de la arteria coronaria derecha. G. J. Rukstinat.
- \* Hemobilia, colecistitis y hemorragia gastrointestinal con ruptura del hígado. H. J. Epstein y B. Lipshutz.
- \* Intususcepción del apéndice vermiforme. D. B. Allman, M. Ackerman y H. S. Hoffman.
- \* Metabolismo de la fructosa en el diabético.
- \* Transfusión sanguínea en la hemorragia por irradiación.
- \* Nutrición y el anciano.

**Diagnóstico de la estenosis mitral pura.**—Según los autores, el diagnóstico de la estenosis mitral pura puede hacerse clínicamente sobre la base de los siguientes

hallazgos: 1) La presencia del soplo diastólico típico de estenosis mitral; este soplo es en general fuerte, pero puede en ocasiones ser suave. 2) La ausencia de un soplo sistólico apical rudo, indicativo de insuficiencia mitral; frecuentemente existe un soplo sistólico suave y en ocasiones moderadamente fuerte. 3) La presencia de dilatación de la aurícula izquierda, que es evidente en el examen radioscópico o radiográfico y también en el electrocardiograma como un cambio en las ondas P o por la presencia de fibrilación auricular. 4) La ausencia de dilatación del ventrículo izquierdo, lo que se determina por el examen radiológico y a lo que corrobora la ausencia de una posición electrocardiográfica horizontal del corazón y desviación axial izquierda; en presencia de evidente lesión valvular aórtica o hipertensión duradera, puede haber cierto aumento de tamaño del ventrículo izquierdo. Cuando existen los citados hallazgos, contribuyen a corroborar el diagnóstico: 1) Un estado funcional del grado 3 ó 4. 2) Evidencia radiológica o electrocardiográfica de hipertrofia ventricular derecha; y 3) Episodios de edema pulmonar, insuficiencia congestiva o hemoptisis en presencia de un corazón de tamaño sólo moderadamente aumentado. Finalmente, señalan que la cateterización cardíaca proporciona datos interesantes, pero es generalmente de pequeño valor para el diagnóstico.

**Prevención de las complicaciones cerebrales durante la comisurotomía mitral.**—Señalan los autores que las embolias cerebrales como resultado de las maniobras relacionadas con la comisurotomía mitral pueden ser letales o incapacitar permanentemente al enfermo. Esta complicación se presentó en el 5,1 por 100 de 235 casos. El bloqueo del ganglio estrellado, además de otras medidas médicas, dió un beneficio relativamente pequeño en el tratamiento de 12 enfermos con embolia cerebral consecutiva a la comisurotomía. La prevención de embolias cerebrales y periféricas de origen trombótico durante la comisurotomía es teóricamente, y quizá prácticamente, posible por la utilización de la vena pulmonar superior izquierda como puerta de entrada a la aurícula izquierda; sin embargo, en 21 casos con trombosis evidente de la orejuela en que se empleó esta técnica, hubo dos muertes directamente relacionadas con la técnica venosa; a causa de que se añaden dificultades técnicas y peligros potenciales, este procedimiento no es recomendable como método profiláctico de rutina, aunque puede ser útil en ciertos casos de trombosis auricular. Los autores describen un método de prevención de dichas complicaciones por oclusión de las arterias innominada y carótida primitiva izquierda, que lo han practicado en 80 casos; en ninguno de ellos se presentaron embolias cerebrales o periféricas y no se vieron efectos colaterales desfavorables. Aunque el número de casos es pequeño, los resultados hasta la fecha sugieren que esta técnica puede proporcionar un método razonablemente fácil, seguro y eficaz de prevención de embolias cerebrales durante la comisurotomía para la estenosis mitral, y en otras operaciones sobre las cavidades izquierdas. Piensan que hay colaterales arteriales eficaces para el cerebro que aporten sangre suficiente durante períodos aún más largos de los que precisa dicha técnica.

**Resultados de la gastrectomía subtotal para la úlcera gastroduodenal.**—Señalan los autores que la experiencia con la gastrectomía durante un período de treinta y tres años en tres hospitales les ha llevado a la conclusión de que la mortalidad en 1.796 casos no seleccionados de úlcera gástrica, gastroyeyunal y duodenal justifica a la gastrectomía subtotal como la operación de elección para el tratamiento quirúrgico de una úlcera. En el grupo 1 (1917-1938), con 950 casos, la mortalidad fué del 3,5 por 100, y en el grupo 2 (1938-1950), con 846 casos, fué del 1,4 por 100. La técnica más satisfactoria ha sido la resección mesocólica posterior a lo Polya con anastomosis todo a lo largo del estómago; que presenta muy poca dificultad mecánica se demuestra por el pe-

queño número de casos en el grupo 1, en que fué necesario emplear una sonda de Levine con succión a lo Wangenstein para aspirar el estómago. Así como la gastroenterostomía produce úlceras gastroyeyunales en el 20 al 30 por 100 de los casos, esta complicación se presentó en menos del 1 por 100 de sus casos después de una gastrectomía subtotal alta; tampoco son satisfactorias otras operaciones plásticas, puesto que hay a menudo una recidiva de la úlcera. La extirpación de aproximadamente el 75 por 100 del estómago es uno de los factores importantes en el éxito de la gastrectomía subtotal; la cantidad de estómago resecada no afecta a la mortalidad ni a la morbilidad. La gastrectomía subtotal está indicada en enfermos con historia de segunda hemorragia, obstrucción mecánica del píloro o duodeno o en los que no han respondido a la terapéutica médica después de un ensayo suficiente. El tratamiento médico debe instituirse en enfermos con síntomas leves, pero aquellos cuyos síntomas interfieren con su género de vida deben ser tratados quirúrgicamente. En 93 casos en que se hicieron además de la gastrectomía subtotal una colecistectomía, no aumentó la morbilidad ni la mortalidad, pero esta operación debe hacerse sólo si existe una colelitiasis. Los resultados clínicos finales en 1.200 casos en los que se hizo una revisión ulterior, demostró que el 95 por 100 estaba bien, comiendo de todo sin medicación, tenían un cuadro sanguíneo normal y habían aumentado de peso de 6,8 a 22,7 kilos.

**Antibióticos en la fibrosis pancreática.**—Los autores presentan una evaluación de la terramicina en el tratamiento de 49 enfermos con fibrosis pancreática. Distinguen entre el grupo A, de 13 enfermos, en el que no se hizo terapéutica previa con antibióticos, y los grupos B y C, de 36 enfermos, a los que se había dado aureomicina y otros antibióticos y quimioterápicos durante diferentes períodos de tiempo. Los 13 enfermos del grupo A respondieron excelentemente a la terramicina, a juzgar por la mejoría en los síntomas pulmonares, bienestar y estado de nutrición, de los 36 enfermos de los grupos B y C, todos menos cinco respondieron favorablemente. No se apreció reacción desfavorable a la terramicina. Al suspender el antibiótico se produjo la recaída. Comparan la eficacia de la terramicina con la de la aureomicina en 36 enfermos y concluyen que las dos drogas son igualmente eficaces; en siete enfermos, la aureomicina fué más eficaz que la terramicina; en otros siete, al contrario, y en los 22 restantes de efectos iguales. La terramicina es eficaz cuando se administran dosis pequeñas de 7 a 30 mg. diarios por kilo de peso. El diagnóstico precoz y la terapéutica prolongada proporcionan la respuesta clínica más favorable. Naturalmente, subrayan que no pueden dejarse a un lado las otras medidas terapéuticas.

**Hipertensión intracraneal producida por la inhalación de oxígeno en el enfisema.**—Señala el autor que en algunos enfermos con enfisema pulmonar la administración de oxígeno en concentraciones altas provoca alteraciones mentales que oscilan desde la somnolencia al coma y algunas veces la muerte. Ha estudiado el efecto de la inhalación de oxígeno y carbónico sobre la ventilación pulmonar y la presión del líquido cefalorraquídeo de cuatro enfermos con enfisema pulmonar crónico y tres sujetos normales, con el fin de dilucidar el mecanismo de producción de dichos fenómenos. Encuentra que la inhalación de carbónico en los sujetos normales aumenta la presión del líquido a través de la vasodilatación cerebral. En dos de los enfermos con enfisema pulmonar crónico, la inhalación de oxígeno ocasionó una depresión respiratoria, retención de carbónico y aumento de la presión intracraneal. Piensa que en los enfermos con enfisema y retención de carbónico el descenso del pH que acompaña a la hipercapnia puede después de suficiente tiempo disminuir el consumo de oxígeno del cerebro por interferencia con su utilización y provocar el coma a pesar de un aporte al cerebro de oxígeno superior al normal.



149 - 13 - 26 de julio de 1952

- Traqueotomía e intubación traqueal en enfermos con poliomielitis. H. S. Davis y H. F. Bishop.
- Irradiación ultravioleta de la sangre en el hombre. S. O. Schwartz, S. R. Kaplan, J. Stengle, F. L. Stevenson y M. Vincenti.
- Desarrollo de infecciones por proteus y pseudomonas durante la terapéutica con antibióticos. E. M. Yow.
- Valor terapéutico del benemid en la gota. L. R. Pascale, A. Dubin y W. S. Hoffman.
- Transmisiones de enfermedades por aparatos de anestesia ineficazmente desinfectados. J. M. Joseph.
- Congelación: Análisis de 71 casos. E. A. Edwards y R. W. Leeper.
- Metástasis de carcinoma rectal en el ligamento ancho. C. H. Epps, R. N. White y E. B. Hanan.
- Necrosis hepática y muerte consecutivas a la ligadura de la arteria hepática. D. Rosenbaum y H. L. Egbert.
- Dolor gástrico causado por hidronefrosis enmascarada. R. C. Lohrey, G. C. Poore y J. D. Osmond Jr.
- Exacerbación de la tuberculosis durante el tratamiento con cortisona. E. F. Traut y J. Eilman.
- Deficiencia testicular en andrógenos y volumen del semen. E. P. McCullagh y C. A. Schaffenburg.
- Naturaleza recidivante de la pericarditis benigna aguda. C. E. Tomlin, R. B. Logue y J. W. Hurst.
- Pinzas de segmentos. R. H. Overholt.
- Púrpura trombopénica inducida por la gantrisin. J. Geiger.
- Precaución en la quimioterapia de la tuberculosis.
- Vestidos protectores contra los peligros de la radiación.

**Traqueotomía e intubación traqueal en la poliomielitis.**—En 1948 y 1949 los autores han tenido ocasión de estudiar 229 enfermos con poliomielitis anterior aguda; la epidemia se caracterizó por ser extremadamente virulenta. Discuten el tratamiento de la disfunción respiratoria grave presentada por 24 de estos enfermos. Consideran que para ello debe intervenir una acción de grupo y sus actividades esenciales a base del especialista de pulmón, otorrinolaringólogo y anestesiista, serán la intubación endotraqueal, la resucitación y la traqueotomía precoz, con el empleo del respirador cuando esté indicado. Subrayan la importancia e incidencia de la infección pulmonar como factor complicante en estos casos, lo que tiene un gran valor particularmente en los enfermos colocados en el respirador, ya que el 66 por 100 de ellos muestra tales complicaciones. Consideran que debe hacerse una valoración exacta sobre el papel de la traqueotomía precoz en la prevención y tratamiento de dichas complicaciones.

**Infecciones por proteus y pseudomonas durante la terapéutica con antibióticos.**—Señala el autor que la supresión de las bacterias por el empleo amplio de agentes antimicrobianos ha aumentado la importancia relativa de los proteus y pseudomonas como agentes causales en procesos infecciosos. Refiere casos de infecciones debidas a estos gérmenes que aparecieron durante o después de cursos repetidos de antibióticos. Esta relación de la infección con la terapéutica antibiótica la atribuye en la mayor parte de los enfermos a un cambio en la flora bacteriana, debido a la eliminación de las bacterias sensibles y multiplicación de las resistentes. La importancia de conocer la posibilidad de infecciones por proteus o pseudomonas en enfermos que primitivamente responden a la terapéutica antibiótica, pero que presentan evidencia de nueva infección mientras están siendo tratados, la ilustra con varios enfermos que describe. Debe tenerse presente la posible gravedad de dar antibióticos de espectro amplio de un modo profiláctico, puesto que si se presenta una infección con un germen no sensible durante tal tratamiento, es casi seguro que constituya un problema terapéutico difícil. En cuanto al tratamiento de las infecciones por tales gérmenes, considera que la estreptomycin combinada con grandes dosis de sulfonamidas es la terapéutica más eficaz en las infecciones por proteus y la polimixina B en las de pseudomonas, aunque algunas razas son sensibles "in vitro" a la terramicina. La corrección del cualquier trastorno anatómico básico constituye la parte más importante del tratamiento y la supresión de antibióticos ineficaces es suficiente en algunos enfermos para controlar la infección al permitir el restablecimiento de la flora bacteriana normal.

**Benemid en la gota.**—Los autores han utilizado el benemid basándose en su acción bloqueante de la reabsorción tubular y estudian su efecto en 20 enfermos con gota recidivante y artritis gotosa crónica. Con una dosis de 2 gr. diarios la uricemia descendió en setenta y dos horas a un 55 por 100 de la cifra inicial, lo que se asoció con un aumento de la eliminación de uratos del 35 al 200 por 100; el aclaramiento de uratos permanecía aumentado al doble o al cuádruple con la administración continuada de benemid. En tres enfermos con disminución de la función renal, el benemid no produjo descenso de la uricemia. Al dar simultáneamente ácido acetilsalicílico, se suprime por completo la acción depresora de la uricemia del benemid, la que se restaura al suprimir la otra droga. El benemid demostró su mayor eficacia en la artritis gotosa crónica; en todos los enfermos mejoraron progresivamente los movimientos articulares y desaparecieron el dolor y la hinchazón. En algunos enfermos se presentaron ataques agudos de gota inmediatamente después de iniciar el tratamiento, pero su incidencia disminuyó al continuar con la terapéutica. No se presentaron alteraciones significativas en la concentración de los electrolitos en el suero con el tratamiento prolongado ni se vieron anomalías en la distribución de las células sanguíneas; no se alteraron las pruebas de función hepática y renal y en un enfermo se produjo una hematuria leve por cristales de uratos durante el primer estadio de tratamiento.

**Congelaciones.**—Describen los autores el curso clínico de 71 casos de congelaciones de las extremidades, todos ellos con necrosis, en soldados en situación de combate. Entre los factores personales de importancia en la producción de la congelación, estaban el vasoespasmo o hiperhidrosis crónicos, lesión previa por el frío, heridas y posiblemente el tabaco. Describen la enfermedad en tres estadios: 1) Agudo, caracterizado por la congelación, la descongelación, vesiculación y comienzo de la necrosis. 2) Subagudo, durante el cual se resuelve la necrosis y comienzan el vasoespasmo y la acroesclerosis; y 3) Crónico, en el que continúan el vasoespasmo y la acroesclerosis y comienzan el dolor y las úlceras. El tratamiento durante el estadio agudo consiste fundamentalmente en la administración de antibióticos y simpaticolíticos; sólo se utilizaron anticoagulantes en dos enfermos. En el estadio subagudo se continúa con los antibióticos y espasmolíticos y se extirpa gradualmente la escara. Se hizo la simpatectomía en seis enfermos en los que había sido pronunciado el vasoespasmo preexistente. La necrosis superficial era siempre más extensa que la gangrena y fué necesaria la observación durante varias semanas antes de realizar la amputación; en siete enfermos fué necesaria la amputación de los dedos de las manos o de los pies a nivel del metatarso y en otros seis sólo de porciones de los dedos de los pies. En la extensión de la necrosis, el factor más importante fué la duración de la congelación después de los síntomas iniciales; los enfermos con predisposición especial a la congelación, especialmente los heridos, son los que se afectaron más profundamente. El empleo de simpaticolíticos en el estadio agudo no pareció tener efecto sobre el resultado final. Sugieren un ensayo más amplio de los anticoagulantes. La simpatectomía refuerza la curación en los enfermos operados en el estadio subagudo; está indicada cuando antes de la coagulación existían vasoespasmo u otra enfermedad vascular o cuando se había producido una pérdida del pulso periférico. Declaran que es imposible predecir exactamente qué enfermos presentarán secuelas crónicas y sugieren que no debe esperarse más de dos años a que desaparezcan espontáneamente los síntomas.

**Necrosis hepática y muerte consecutivas a la ligadura de la arteria hepática.**—Los trabajos experimentales sobre la ligadura de la arteria hepática, demostrando que no se produce la necrosis del hígado si se inyecta al tiempo penicilina y las comunicaciones recientes sobre el éxito de la ligadura de la hepática en enfermos

de cirrosis, sugerían que en esta enfermedad el aporte sanguíneo al hígado está tan alterado que dicha ligadura no solamente no lesiona al hígado, sino que incluso su función puede mejorar. Los autores han observado un caso de cirrosis con hemorragias gastrointestinales masivas en el que decidieron realizar la ligadura de la arteria hepática. Se produjo un infarto casi completo del hígado con necrosis y muerte del enfermo. Sugieren que el proceso regenerativo de los hígados cirróticos es variable y que no puede predecirse el aporte sanguíneo a los nódulos neoformados; esto explicaría las consecuencias fatales de la ligadura de la hepática en su enfermo, en contraste con su efecto no perjudicial en otros casos referidos. Consideran que antes de extender el empleo de dicha operación debe intentarse establecer los criterios que determinen qué enfermos pueden ser tratados sin peligros de dicha manera.

### The Journal of Experimental Medicine.

96 - 6 - 1952

- Observaciones sobre la encefalitis de los ratones (Raza DA), J. B. Daniels, A. M. Fappenheimer y S. Richardson.
- \* Efecto de monofluoracetato sódico sobre la multiplicación de los virus de la influenza, de la parotiditis y de la neumonía de los ratones (PVM), W. J. Mogabgab y F. L. Horsfall.
- \* La inhibición por la cortisona de la actividad citotóxica de la PPD sobre células tuberculin-sensitivas en tejidos cultivados, H. R. Leahy y H. R. Morgan.
- La lisis de estreptococos hemolíticos del grupo A por enzimas extracelulares de *Streptomyces albus*, I. Producción y fraccionamiento de los enzimas líticos, M. McCarty.
- II. Naturaleza del sustrato celular atacado por los enzimas líticos, M. McCarty.
- Mutantes de un bacteriófago de *Bacillus megatherium*, J. S. Murphy.
- Elementos específicos de raza en los antígenos de influenza, G. K. Hirst.
- \* Estudios sobre la reacción de Schwartzman generalizada. I. Observaciones generales sobre el fenómeno, L. Thomas y R. A. Good.
- \* II. La producción de necrosis bilateral cortical del riñón por una sola inyección de toxina bacteriana en conejos previamente tratados con torotrast o con azul tripan, R. A. Good y L. Thomas.
- \* Estudios sobre el mecanismo de la proteinuria experimental, A. L. Sellers, S. Smith, J. Marmorston y H. C. Goodman.
- Suerte del virus de parotiditis en los huevos embrionados determinada por la tinción específica con un inmunosero con fluoresceína, B. K. Watson.

**Efecto del monofluoracetato sódico sobre la multiplicación de los virus de la influenza, de la parotiditis y de la neumonía de los ratones.**—Se conocen los casos de varios virus que son inhibidos en su crecimiento por determinadas sustancias, las cuales deben intervenir en el metabolismo intermediario de los virus. ACKERMAN ha comunicado que el fluoracetato es capaz de inhibir el crecimiento de virus de la influenza A en el pulmón del ratón y esta acción probablemente se establece por interferir el ciclo de Krebs. Los autores han investigado en embriones de pollo el efecto de la adición de fluoracetato sobre el desarrollo de virus de la influenza, de la parotiditis o de la neumonía de ratones (PVM); también han estudiado, por inoculación al ratón, el desarrollo de este último virus y el de la influenza en el pulmón de este animal. Los efectos del fluoracetato son muy escasos y únicamente en algunas ocasiones se observa un retraso en el desarrollo de algún virus, pero sin afectar al título final. Los autores concluyen que los procesos metabólicos inhibidos por el fluoracetato no son esenciales para el desarrollo de los virus citados.

**La inhibición por la cortisona de la actividad citotóxica de la PPD sobre células tuberculin-sensitivas en tejidos cultivados.**—La reacción de tuberculina es un proceso complejo en el que intervienen acciones celulares y humorales. La cortisona es capaz de suprimir la disminución del tono vascular y la lesión endotelial que produce la tuberculina en los tejidos sensibles. Utilizando la técnica de cultivo de tejidos, los autores ven que

la cortisona es también capaz de impedir la necrosis que la PPD produce en los macrófagos de animales sensibles a la tuberculina. Los macrófagos se cultivaron del bazo de cobayas. Para que se produzca la acción inhibidora, es necesario que las células estén veinticuatro horas en contacto con cortisona antes de exponerlas a la acción de la PPD. La estrona y el glicósido de la DOCA no tenían ninguna acción protectora.

**Estudios sobre la reacción de Schwartzman generalizada.**—La lesión más característica de la reacción generalizada de Schwartzman es la necrosis cortical bilateral del riñón, que los autores han producido por inyección intravenosa de toxina meningocócica. Se estudian minuciosamente las condiciones de desarrollo de la lesión, las cuales dependen de la cantidad de toxina, del intervalo entre las mismas y del tiempo que transcurre entre la inyección desencadenante y el momento en que se estudia el riñón. A las veinticuatro horas es cuando las lesiones son máximas y coinciden con una elevación de la urea sanguínea; en los conejos con lesiones renales avanzadas se descubre edema y petequias en las orejas. La primera lesión que aparece es un depósito fibrinoide en la luz de los capilares glomerulares, seguido de la necrosis de los tubos corticales. La cortisona aumenta el efecto de una sola inyección de toxina meningocócica y la cortisona y ACTH empeoran la necrosis causada por dos inyecciones de la toxina. Cuando se inyecta previamente mostaza nitrogenada, no se provoca después la reacción de Schwartzman.

**La producción de necrosis bilateral cortical del riñón por una sola inyección de toxina bacteriana en conejos previamente tratados con torotrast o con azul tripan.** Los conejos tratados con torotrast o azul tripan intravenoso se hacen susceptibles para la inyección ulterior intravenosa de una toxina bacteriana (de meningococo o de *S. marcescens*). Cuando el torotrast se inyecta después que la toxina, no se produce la reacción de Schwartzman. Lo mismo sucede cuando se inyecta la toxina intradérmicamente seis horas después de inyectar torotrast; se produce una lesión local y una necrosis cortical bilateral del riñón. También en este caso la inversión del orden de las inyecciones evita la producción del fenómeno, el cual se inhibe con la inyección previa de mostazas nitrogenadas.

**Estudios sobre el mecanismo de la proteinuria experimental.**—Un método sencillo de producir proteinuria en los animales es inyectarles renina. Si se inyecta renina a las ratas, se les produce una marcada proteinuria sin elevar la presión sanguínea. Esta respuesta a la renina se inhibe por la adrenalectomía bilateral, aunque en estos animales persiste la elevación tensional, lo cual indica que hay independencia entre las funciones de elevar la tensión y de originar proteinuria en la renina. Si se copulan las proteínas del plasma con azul de Evans, se puede observar perfectamente el medio de eliminación de las proteínas por la orina. De esta forma, se observa que la proteinuria que sigue a la inyección intraperitoneal de renina en la rata se debe principalmente a un aumento en la permeabilidad capilar del glomérulo.

### The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

39 - 3 - 1952

- Metabolismo del hierro. I. Pruebas de tolerancia intravenosa al hierro en sujetos normales y enfermos con hemocromatosis, S. E. Gitlow y M. R. Beyers.
- \* El volumen sanguíneo en la cirrosis portal determinado por hematies marcados con  $P^{32}$ , G. M. Hyde, N. I. Berlin, R. J. Parsons, J. H. Lawrence y S. Port.
- \* Estudios sobre la separación de tipos celulares en líquidos sérosanguíneos, sangre y líquidos vaginales por flotación sobre albúmina de plasma bovino, D. W. Fawcett y B. L. Vallee.
- \* La respuesta de los monocitos al extracto de corteza suprarrenal, E. H. Tompkins.



- \* Respuesta de las fracciones polisacárido y proteica del suero tras el tratamiento con cortisona de enfermos con fiebre reumática. M. R. Shetlar, H. L. Schmidt, R. B. Lincoln, J. K. De Vore, J. A. Bullock y A. A. Hellbaum.
- \* Estudio de los efectos de la cortisona sobre la respuesta inflamatoria. I. Alteraciones de la histopatología de la inflamación inducida químicamente. D. M. Spain, N. Molomut y A. Haber.
- \* Catalasa del plasma y hemáties en la artritis reumatoide. M. R. Jeffrey.
- \* Cambios electrolíticos producidos por el ACTH, cortisona y DOCA en la cirrosis del hígado. W. H. Bland, W. S. Adams, A. Leslie, R. Goldman y S. H. Bassett.
- \* La estimación de la sensibilidad a la insulina por la prueba de la glucosa-insulina modificada. S. S. Lazarus y B. W. Volk.
- \* La desaparición de la grasa emulsionada inyectada intravenosamente desde la circulación en pacientes y animales. W. A. Johnson, S. Freeman y K. A. Meyer.
- \* El efecto de la sudoración en sujetos normo e hipertensos. T. B. Gibbons y C. B. Chapman.
- \* Resultados de la prueba de hemoaglutinación para la tuberculosis. W. Hentel y G. D. Guilbert.
- \* El desarrollo precoz de los cambios anatómicos y bioquímicos en el síndrome nefrótico en ratas. W. Heymann y D. B. Hackel.
- \* Estudios sobre la técnica de transporte de frotis de garganta al laboratorio para el aislamiento de neumococos. D. A. Stevens.
- \* Aglutininas al frío: Efecto de la colocación a  $-20^{\circ}$  C. A. E. Feller.
- \* Hemolisis de los hemáties tratados por filtrados bacterianos en presencia de suero y complemento. L. A. Rantz, A. Zuckerman y E. Randall.
- \* Estudios posteriores sobre la naturaleza del estado hemorrágico en las lesiones de irradiación. D. P. Jackson, E. P. Cronkite, G. V. Leroy y B. Halpern.
- \* El tratamiento de la infección post-irradiación con antibióticos: Un estudio experimental en el ratón. C. P. Miller, V. W. Hammond, M. Tompkins y G. Shorter.
- \* Método sencillo para demostrar el fenómeno "L. E." en la sangre periférica. A. S. Weisberger, G. C. Meacham y R. W. Heinle.

**El volumen sanguíneo en la cirrosis portal determinado por hemáties marcados por  $P^{32}$ .**—Se estudia el volumen sanguíneo de 28 enfermos de cirrosis portal usando hemáties marcados con  $P^{32}$ . Siete enfermos tenían un volumen sanguíneo y plasmático total bajo. Otros siete casos presentaban un volumen sanguíneo total alto o normal, un volumen plasmático alto y un volumen de hemáties normal o bajo. En otros siete pacientes había un volumen sanguíneo total alto o normal, un volumen plasmático normal y un volumen de hemáties normal o bajo. Siete enfermos tenían volumen normal de hemáties y los otros 22 eran anémicos para los volúmenes sanguíneos standards. El volumen total de glóbulos rojos fué significativamente más alto en el grupo de pacientes con volúmenes plasmáticos por encima del promedio.

Es evidente que en casos de cirrosis hepática el volumen sanguíneo puede ser alto, normal o bajo; el volumen total de hemáties puede ser normal o bajo y el volumen total de hemáties y de plasma no puede predecirse del valor hematocrito. Son precisos nuevos trabajos para determinar si la terapéutica puede modificar estos valores, que tendrían entonces algún significado pronóstico.

**Estudios sobre la separación de tipos celulares.**—Se describe un procedimiento para la eliminación de la sangre del sedimento de líquidos serosanguinolentos. Este método comprende la centrifugación diferencial con una solución isosmótica de albúmina bovina ajustada en gravedad específica a las probables células cancerosas, células mesoteliales y macrófagos, con lo que éstas flotan mientras los eritrocitos van al fondo del tubo.

De 24 líquidos serosanguinolentos estudiados, se encontraron células cancerosas en 19. Nueve de estos líquidos positivos habían sido dados como negativos o dudosos en las extensiones de rutina, y uno que fué filiado como negativo por este método se consideró como dudoso tras la flotación. De aquí que el procedimiento de flotación sea mirado como útil en el examen de líquidos serosos excesivamente sanguinolentos que son difíciles de examinar en las extensiones o en los preparados en bloque. Es útil ocasionalmente en el examen de líquidos vaginales sanguinolentos copiosos. También es aplica-

ble este método a la separación de los leucocitos de la sangre total para cultivos de tejidos y para diversos problemas fundamentales en los que se requieren cultivos relativamente puros de un sólo tipo celular.

**La respuesta de los monocitos al extracto de corteza suprarrenal.**—La respuesta de los leucocitos circulantes de conejos al extracto de corteza suprarrenal es idéntica a su respuesta a las esfingomielinas. Los monocitos de la sangre responden al extracto córticosuprarrenal del mismo modo y con la misma intensidad que los linfocitos circulantes. Se discuten los hallazgos como indicadores de la necesidad de la diferenciación de los monocitos de los linfocitos y células plasmáticas tisulares antes de sacar conclusiones concernientes a la participación de estas células en la producción de inmunocuerpos u otras sustancias biológicas.

**Respuesta de las fracciones polisacárido y proteica del suero tras tratamiento con cortisona.**—Se realiza un estudio de las alteraciones de los polisacáridos y otros factores séricos en cinco enfermos de fiebre reumática tratados con cortisona. Antes del tratamiento se encontraron elevados los valores de polisacárido glucosamina, del polisacárido no glucosamina, del polisacárido proteína y del polisacárido alfa-globulina, mientras el porcentaje de albúmina y la relación albúmina/globulina aparecían disminuidos. Tras el tratamiento con cortisona, la mejoría clínica subjetiva fué rápidamente seguida de la disminución de los valores patológicos de polisacáridos y del aumento de la fracción albúmina y del cociente albúmino-globulina. La recurrencia de la fiebre reumática tras el cese del tratamiento apareció en dos casos, acompañándose de una vuelta de los factores séricos al estado original. Parece que el estudio de estos factores pueden ser ayudas valiosas en la valoración de los enfermos de fiebre reumática.

**Estudio de los efectos de la cortisona sobre la respuesta inflamatoria.**—La cortisona retarda y suprime la aparición de todos los elementos morfológicos de la inflamación aguda provocada químicamente en el ratón. Se presenta necrosis tisular difusa en el lugar de la inflamación en el catorce día de inflamación en los animales tratados con cortisona, lo que no fué observado en los animales controles.

La supresión de la inflamación, la defectuosa respuesta del tejido de granulación y en particular la presencia de necrosis tardía en el período inflamatorio agudo, son probablemente mecanismos importantes para muchos de los efectos adversos observados en el tratamiento con cortisona.

**Cambios electrolíticos producidos por el ACTH, cortisona y DOCA en la cirrosis del hígado.**—Se estudiaron los efectos del ACTH y ciertos esteroides que parecen influenciar el metabolismo del sodio y del agua en seis enfermos con cirrosis del hígado y tres sujetos normales, investigándose asimismo la relación de la actividad cortical suprarrenal con el recambio del sodio. Cuatro enfermos respondieron normalmente al ACTH y sustancias córticosuprarrenales. Las concentraciones de Na sudoral y de la excreción urinaria de 11-oxiesteroi-des eran normales en estos casos. En los casos con enfermedad avanzada, la administración de DOCA, cortisona y ACTH aceleró el desarrollo de ascitis y edema, mientras los pacientes menos afectados manifestaron sólo una transitoria retención de agua y sal. Los resultados obtenidos con la administración simultánea de DOCA y cortisona sugieren la existencia de una acción renal de competición entre estas sustancias. Tras la interrupción de la administración de DOCA, cortisona y ACTH, apareció una marcada diuresis de sodio y agua que fué lo suficientemente pronunciada en muchos casos como para conseguir la desaparición de los edemas y de la ascitis.

**La desaparición de la grasa emulsionada inyectada intravenosamente.**—El ritmo de desaparición de la grasa

inyectada en el torrente sanguíneo en personas normales está influenciada por la concentración de grasa en sangre. Los enfermos con glomerulonefritis y los perros con ligadura ureteral bilateral retiran la grasa más lentamente que los grupos normales. Se observó una menor elevación de la grasa sanguínea en los cirróticos y perros con fistula de Eck tras la administración de grasa parenteral que el grupo control. En las personas con tirotoxicosis se observa la desaparición de la grasa con más rapidez que en los controles. La utilización de la grasa inyectada en perros diabéticos no tratados fué más lenta que durante los periodos de control con insulina en los mismos animales, pero de todas maneras la declinación de la cantidad fué mayor para ambos grupos, tratados y no tratados, que para cualquier otro grupo.

**El desarrollo precoz de los cambios anatómicos y bioquímicos en el síndrome nefrótico en ratas.**—El suero anti-riñón de rata obtenido de conejos se administró intravenosamente a 66 ratas. Los cambios histológicos renales y las modificaciones en los valores bioquímicos fueron estudiados durante las primeras horas y días tras la inyección. Los glomérulos pueden mostrar cambios histológicos tan precozmente como a la hora y media de la inyección. Los túbulos no muestran anomalías hasta las cuatro horas. Tras este intervalo se observan a menudo cilindros hialinos y muy frecuentemente una marcada degeneración hialina de las células tubulares. La aparición de grasa en las células tubulares no se ve hasta pasadas dieciocho horas. La urea sanguínea puede comenzar a elevarse tan pronto como pasada hora y media de la inyección del suero nefrotóxico, lo que se debe probablemente a la inyección intravenosa de un material proteico extraño. La uremia renal se desarrolla tras dos-cuatro horas. Los lípidos totales comienzan a aumentar tras dos-cuatro horas y la colesterolina y los fosfolípidos tras seis-ocho horas. La concentración de proteínas en el suero empieza a disminuir transcurridas ocho a veinticuatro horas. No se observaron anomalías histológicas o químicas en nueve ratas controles inyectadas con suero normal de conejo y matadas a intervalos similares.

**Estudios posteriores sobre la naturaleza del estado hemorrágico en las lesiones de irradiación.**—Se estudió el estado hemorrágico sobrevenido en las lesiones graves de irradiación en 10 perros. Aparecieron estrechamente relacionados una coagulación anormal de la sangre, púrpura espontánea y trombocitopenia. No existe evidencia suficiente de la presencia de anticoagulante circulante que pudiera ser detectado por la prueba de Conley o por las pruebas de titulación de heparina-protamina. No fueron realizadas pruebas específicas de antitromboplastinas y antitrombinas.

Parece que el defecto de coagulación postirradiación es debido a la disminución de plaquetas circulantes.

**El tratamiento de la infección postirradiación con antibióticos.**—Se sometieron ratones jóvenes de tres razas diferentes a la irradiación total del organismo en una sola exposición, variando la dosis de 450 a 600 r.

La administración de estreptomina consiguió la mayor reducción de la mortalidad. La adición de penicilina a la estreptomina fracasó para mejorar la efectividad de la última. La cloromicetina, aureomicina y terramicina dadas por boca promovieron reducciones significativas de la mortalidad. Cuando el tratamiento oral con estas drogas fué suplementado mediante inyecciones diarias de estreptomina durante la segunda y tercera semana postirradiación, aumentó el grado de protección. Este procedimiento fué tan efectivo como la combinación de tres o más antibióticos. La neomicina fué inefectiva. La polimixina se mostró demasiado tóxica. Las infecciones con *Pseudomonas*, *Proteus* o *Salmoneillas* no se controlaron bien con cloromicetina, aureomicina o terramicina, y cuando estas infecciones prevalecen entre los ratones la mortalidad aumenta tanto en los tratados como en los controles. Las epidemias por razas resistentes de estas bacterias no pudieron ser controladas. Estas observaciones resaltan la importancia de la infección como un factor letal en los ratones expuestos a dosis moderadas de rayos X.

## Medicine.

31 - 3 - 1952

\* Los efectos tardíos de las sustancias radioactivas depositadas en el organismo. J. C. Aub, R. D. Evans, L. H. Hempelmann y H. S. Martland.

**Los efectos tardíos de las sustancias radioactivas depositadas en el organismo.**—Se trata de un estudio de más de 100 páginas en el que los autores analizan la sintomatología de 30 personas, expuestas a radiaciones de radio, mesotorio y quizá otras sustancias radioactivas, por lo menos veinticinco años antes de la revisión. El trabajo contiene una parte física, relativa a las propiedades y a los efectos de las radiaciones sobre el organismo, y otra parte clínica, en la que se exponen los datos de los enfermos. En seis de ellos se demostró la presencia de mesotorio y en otros cinco se supone que también existía. En 26 enfermos se demostró que el organismo contenía más de 0,7 microgramos de radio; veintiuno de ellos presentaban signos radiológicos de osteitis, principalmente en la mandíbula, en algunas ocasiones fracturas y en ocho casos neoplasias surgidas en la vecindad del hueso. En nueve de los enfermos se produjo una osteomielitis. La intensidad de los síntomas guardaba relación en general con la cantidad de sustancia radioactiva almacenada en el organismo.