

# BIBLIOGRAFIA

## A) CRITICA DE LIBROS

TRATADO DIDACTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO. NORBERT HENNING. — Editorial Científico Médica. Barcelona, 1953.—Un volumen de 843 páginas con figuras, 465 pesetas.

El profesor Henning es bien conocido como uno de los médicos especializados en el aparato digestivo, más notables, no solamente en su país, sino fuera de él. Su prolongada serie de trabajos y su larga y objetiva experiencia hacen que el lector se acerque a este libro con gran ilusión y con la seguridad de encontrar en él enseñanzas y apoyo. Se tratan en ese volumen desde las enfermedades de la boca, lengua y glándulas salivares, a las del esófago, estómago, intestino, hígado, peritoneo y páncreas. La descripción de las diferentes enfermedades, dada la amplitud del tema a desarrollar en menos de 800 páginas, se comprende que sea muy escueta. No obstante, está hecha con objetividad y con visión práctica de las cuestiones, siendo, por consiguiente, muy útil que ese libro haya sido traducido al español y presentado en cuidada edición.

DIE OSTEOMALAZIE. M. WERNLY.—Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1952.—Un volumen en 4.º de 101 páginas con 16 figuras, 14,40 DM.

En esta pequeña monografía, basada sobre una experiencia personal (al final se relatan las historias de 12 casos), el autor revisa el problema de la osteomalacia, tanto desde el punto de vista de su cuadro clínico, atendiendo y subrayando las formas poco sintomáticas y valorando los datos radiológicos, como en lo referente al aspecto patogenético, que es sin duda la parte más interesante del libro. El autor profesa el carácter relativo de la insuficiencia vitamínica D en relación con el género de vida del sujeto y con los factores endocrinos (papel de la increción ovárica) y concluye que al lado de una osteomalacia aparentemente primaria existen di-

ferentes tipos de osteomalacia en cuya constelación etiológica pueden tener una influencia decisiva un trastorno de la reabsorción (enterógena) o de la eliminación (nefrógena). Se estudian a continuación los aspectos terapéuticos de la enfermedad.

LEHRBUCH DER RONTGENOLOGISCHEN DIFFERENTIALDIAGNOSTIK. W. TESCHENDORF. — Editorial G. Thieme. Stuttgart, 1952.—Un volumen de 958 páginas con 1.030 figuras, 129 DM.

La obra de Teschendorf, que constituye sin duda alguna uno de los tratados más importantes de interés tanto para el médico como para el radiólogo, aparece en su tercera edición, primorosamente editada con magníficas y abundantes reproducciones radiográficas. En este tomo se trata lo referente a las enfermedades del pecho, aparatos respiratorio y circulatorio, diafragma y esófago. Es incesante encomiar una vez más esta obra magnífica, de hace mucho tiempo tan prestigiada.

## LIBROS RECIBIDOS

"Patología urogenital. Biología y patología de la próstata" (tomo II, volumen I). S. Gil Vernet. — Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1953.—Un volumen de 663 páginas con 425 figuras, 425 pesetas.

"Il problema terapeutico delle leucemie acute". Alberto Marmont y Franco Fusco. — Editorial "Biblioteca Haematologica". Pavia, 1953.—Un volumen en 4.º de 340 páginas con figuras, 3.500 liras.

"Cefaleas comunes". Antonio José Schiavo. — Editorial Jorge A. Olivera. Buenos Aires, 1953.—Un volumen en 4.º de 212 páginas con 12 figuras.

## B) REFERATAS

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

90 - 5 - 1952

- Editorial: Anemia espúrea.
- \* Corticotropina y cortisona en el tratamiento de la agranulocitosis y púrpura trombocitopénica. V. Virkkunen.
- \* Tratamiento de la hipertensión con extractos purificados de *Veratrum viride* administrados oral y parenteralmente. L. C. Mills y J. H. Moyer.
- Anemia y policitemia erróneas. S. J. Wilson y P. Boyle.
- Enfermedad de Paget (osteitis deformans). J. A. Rosenkrantz, J. Wolf y J. J. Kaicher.
- Hemipericardio complicando al infarto miocárdico en ausencia de ruptura cardíaca. M. W. Anderson, N. A. Christensen y J. E. Edwards.
- \* Endocarditis enterocócica. T. N. James.
- \* Falta de inferencia de la penicilina sobre la coagulación sanguínea. D. C. Triantaphyllopoulos y B. A. Walsbren.
- \* Nódulos linfáticos en la artritis reumatoide. A. G. Motulsky, S. Weinberg, O. Saphir y E. Rosenberg.
- Progresos en Medicina interna: Empleo de antibióticos en las enfermedades gastrointestinales. J. B. Kirsner, E. Levin y W. L. Palmer.
- Anemia perniciosa presentada simultáneamente en dos gemelos negros idénticos. P. B. Holly, W. R. Felts jr. y J. J. Rheingold.

Brotes repetidos de necrosis papilar renal diagnosticados por el examen de tejido eliminado. D. H. Johnston.

Neumonía blastomycótica aguda. R. D. Baker, G. W. Warrick y R. O. Noosin.

**ACTH y cortisona en la agranulocitosis y púrpura trombopénica.**—El autor refiere dos casos de agranulocitosis debida a la administración de tiosemicarbazona, en uno de los cuales el proceso era particularmente grave. En ambos casos, la terapéutica con ACTH se siguió de la curación permanente en el plazo de dos días. En un caso de púrpura trombopénica moderadamente grave después de la auroterapia, el tratamiento con cortisona durante quince días consiguió la normalización del recuento de plaquetas, pero recidió la trombopenia al finalizar el tratamiento; se logró la normalización permanente con un nuevo curso de cortisona que duró más de un mes. En un caso de trombopenia grave también después de autoterapia, se administraron en un mes 2 gr. de corticotropina sin apreciarse mejoría en la falta completa de plaquetas; sin embargo, en el curso del tratamiento desaparecieron los fenómenos hemorrágicos

por completo, pero la trombopenia absoluta persistió hasta cuatro meses después del tratamiento, en que el recuento de plaquetas se hizo normal con toda probabilidad espontáneamente.

**Veratrum viride en la hipertensión.**—De 31 enfermos ambulatorios a los que se dió anatensol, un extracto de *Veratrum viride*, a una dosis diaria media de 7,1 miligramo, el 26 por 100 tuvo un descenso de la presión superior a 20/10 y en uno se obtuvieron cifras normotensas; el índice terapéutico fué muy bajo. De 30 enfermos tratados con alkavervir (veriloide), a la dosis media diaria de 18 mg., el 50 por 100 dió una respuesta hipotensora mayor de 20/10, pero sólo en uno se normalizó la tensión; el índice terapéutico fué también bajo. Se observó un descenso de presión mayor de 20/10 en los 39 enfermos a los que se dió el alkavervir intravenosamente en infusión continua; en 17 enfermos este efecto se mantuvo durante un promedio de cincuenta y cinco horas. Discuten los autores las indicaciones terapéuticas del *veratrum* y comparan los resultados con los obtenidos por otros autores con preparados similares y también su eficacia y toxicidad con las de algunos de los nuevos agentes bloqueantes ganglionares y adrenérgicos. Concluyen que el hexametonio es la mejor droga en el tratamiento oral de la hipertensión a largo plazo, y el alkavervir administrado intravenosamente la droga más satisfactoria para la reducción rápida de la presión en las crisis hipertensivas.

**Endocarditis enterocócica.**—El autor refiere dos casos de endocarditis enterocócica tratados con éxito; recomienda como los antibióticos más eficaces la penicilina y estreptomycin. Piensa que los dientes deben considerarse como un foco potencial, pues ambos enfermos tenían abscesos periapicales y la extracción de los dientes enfermos contribuyó indudablemente a la curación. En vista de ello le parece razonable dar penicilina y estreptomycin combinadas como profilácticas en la extracción. Recomienda el empleo de un catéter de polietileno cuando se planea la terapéutica intravenosa prolongada, y si se añaden pequeñas cantidades de heparina (50 mg. por 1.000 c. c. de solución), se impide la coagulación en el catéter sin ejercer un efecto anticoagulante general significativo.

**Falta de influencia de la penicilina sobre la coagulación sanguínea.**—Los autores han hecho experimentos "in vitro" e "in vivo" sobre el efecto de diversas concentraciones de penicilina cristalina sobre el tiempo de protrombina, tiempo de coagulación trombina, consumo de protrombina, factor lábil, retracción del coágulo y titulación de protamina de la sangre normal. Demuestran que la penicilina no afecta al consumo de protrombina, factor lábil, trombina y titulación de protamina; confirman, además, los trabajos que negaban la acción de la penicilina sobre el tiempo de coagulación y de protrombina y la retracción del coágulo. Les parece verosímil que los efectos sobre la coagulación atribuidos a la penicilina se debieran a impurezas existentes en los primeros preparados de dicha droga. Concluyen que con la penicilina cristalina no se produce ningún efecto sobre la coagulación.

**Adenopatías en la artritis reumatoide.**—Señalan los autores que pueden encontrarse adenopatías generalizadas, no necesariamente relacionadas con las articulaciones afectas, en 50-75 por 100 de los casos de artritis reumatoide del adulto; la afectación linfática difusa se observa frecuentemente en la artritis reumatoide juvenil (enfermedad de Still) y puede verse en el síndrome de Felty. Revisan las literaturas sobre la anatomía patológica y significación de las adenopatías en la artritis reumatoide y describen los hallazgos de biopsia en nueve casos personales. 1) Las adenopatías en la artritis reumatoide muestran una reacción histopatológica variable, con lesiones no uniformes y no específicas del proceso. 2) Se observaron los siguientes patrones histológicos: A. Hiperplasia folicular, que variaba desde

hiperplasia reactiva con folículos pequeños en la corteza hasta hiperplasia masiva folicular gigante, con compresión del tejido interfolicular y fusión de los folículos. B. Invasión del tejido graso y de la cápsula, apreciándose frecuentemente infiltración linfocítica a lo largo del tejido graso de la cápsula. C. Actividad retículo-endotelial, con proliferación de los senos, a menudo asociada con fagocitosis y células similares a las de Sternberg. D. Senos linfáticos, que no estaban generalmente del todo comprimidos, y en los abiertos se veían mononucleares. E. Proliferación de tejido conectivo, evidenciada por engrosamiento capsular y formación de nuevo tejido conectivo en el interior del ganglio. F. Células polimorfonucleares y edema focal, especialmente en los casos más agudos. 3) En algunos casos los hallazgos histológicos se prestaban a confusión con la linfadenopatía folicular gigante (enfermedad de Brill-Symmers), linfoma y enfermedad de Hodgkin. Consideran que las lesiones anatomopatológicas citadas son características de la reacción del tejido linfático a la artritis reumatoide.

## Annals of Internal Medicine.

37 - 5 - 1952

- Estado actual del balistocardiograma. I. Starr.
- \* Estudio de los efectos beneficiosos de la terapéutica anticoagulante en la insuficiencia cardíaca congestiva. G. C. Griffith, R. Stragnell, D. C. Levinson, F. J. Moore y A. G. Ware.
  - \* Comunicaciones interauriculares congénitas: Consideraciones clínicas y quirúrgicas con descripción de una nueva técnica quirúrgica, la atrio-septo-pexia. C. P. Bailey, D. F. Downing, G. D. Geckeler, W. Likoff, H. Goldberg, J. C. Scott, O. Janton y H. P. Redondo-Ramírez.
  - \* Modificaciones dietéticas de los efectos clínicos y metabólicos de ACTH y cortisona. L. W. Kinsell, J. W. Partridge, L. Boling y S. Margen.
  - \* Enfermedad de Addison secundaria a carcinoma metastásico de las suprarrenales. J. M. Butterly, L. Fishman, J. Seckler y H. Steinberg.
  - Rehabilitación del hemipléjico. D. A. Covall.
  - Obliteración trombótica de la aorta abdominal: Referencia de seis casos. W. E. Barnett, W. V. Moorman y B. A. Merrick.
  - \* Pánel de las suprarrenales en la hipertensión. J. P. Merrill.
  - \* Estudios clínicos sobre la adrenalectomía completa bilateral en sujetos con enfermedad vascular hipertensiva grave. G. W. Thorn, J. Hartwell Harrison, J. P. Merrill, M. G. Criscitiello, T. F. Frawley y J. T. Finkenstaedt.
  - Historia natural de la fiebre reumática. Perspectiva de veinte años. E. F. Bland y T. Duckett Jones.
  - Estado actual de las pruebas diagnósticas de la fiebre reumática. M. McCarty.
  - \* Mejoras recientes en la prevención de la fiebre reumática. H. B. Houser y G. E. Eckhardt.
  - Asociación de tuberculosis miliar de la médula ósea y pancitopenia. T. S. Evans, V. A. De Luca jr. y L. L. Waters.
  - \* Manifestaciones clínicas del hipoparatiroidismo idiopático. F. S. Dietrich, M. L. Rice jr. y E. F. Luton.
  - Abscesos del miocardio debidos a dermoide mediastínico supurado: Estudio angiocardiógráfico y patológico. S. B. Rosenblut, I. Steinberg y C. T. Dotter.
  - \* Carcinoma del tallo del páncreas asociado con varices gástricas sangrantes e hipersplenía. L. J. Marks, B. Weingarten y G. R. Gerst.
  - \* Leucocitosis marcada consecutiva a carcinomatosis. W. F. Hughes y C. S. Higley.
  - \* Tratamiento de la arteritis temporal con cortisona. S. Schulman y D. Bergenstal.
  - Editorial. Problemas del control de la tuberculosis.

**Terapéutica anticoagulante en la insuficiencia cardíaca congestiva.**—Presentan los autores los resultados de la terapéutica anticoagulante en 416 de 627 enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva. Se observó una reducción estadísticamente significativa de las tromboembolias en 390 enfermos mantenidos con niveles de protrombina inferiores al 60 por 100. La existencia de arritmias y una historia previa de insuficiencia cardíaca congestiva o de tromboembolias no influenciaron el resultado final tanto de los casos tratados como de los controles. Sugieren que puede obtenerse una profilaxis adecuada con niveles de protrombina hasta del 45 por 100. Los anticoagulantes Depo-Heparin, Dicumarol, Tromexano y Ducumarol con Depo-Heparin o Heparina sódica fueron igualmente beneficiosos. Se observaron fenómenos hemorrágicos en el 2,8 por 100 del



grupo control y en el 2,9 por 100 de los casos tratados; insisten que el peligro de hemorragias no debe desterrar el empleo juicioso de la terapéutica anticoagulante profiláctica.

**Comunicaciones interauriculares congénitas.**— Señalan los autores que los defectos de desarrollo del septo interauricular, solos o en combinación con otras malformaciones cardíacas o de los grandes vasos, constituyen una gran proporción de las cardiopatías congénitas. Tiene poca significación fisiológica la persistencia del agujero oral no complicada con otras lesiones. Los defectos septales auriculares dan origen generalmente a un shunt de izquierda a derecha que origina hipertensión pulmonar, sobrecarga del corazón derecho y eventualmente insuficiencia cardíaca; así como tales defectos pueden ser letales en la infancia, pueden también ser compatibles con supervivencias normales, aunque los síntomas son a menudo tan intensos que incapacitan al individuo. El pronóstico relativamente malo y la falta de tratamiento médico justifican la intervención quirúrgica para suprimir el shunt. Los diversos procedimientos hasta ahora utilizados adolecían de graves defectos; los autores han ideado una técnica, que denominan atrio-septopexia, que consiste en la sutura de la pared de la aurícula derecha al margen del defecto, ayudándose con un dedo colocado en la aurícula derecha a través del apéndice auricular. Comunican la aplicación de esta técnica en una mujer de treinta y ocho años, que consiguió la obliteración del shunt y desaparición completa de los síntomas. Se trata del primer caso en que se ha cerrado completamente un defecto septal interauricular sin realizar una prótesis y el primer ejemplo de sutura intra-cardíaca para curar un defecto cardíaco.

**Modificaciones dietéticas de los efectos clínicos y metabólicos de ACTH y cortisona.**—Subrayan los autores que la presentación de efectos clínicos y metabólicos desfavorables en enfermos a los que se administra ACTH o cortisona pueden interferir seriamente con su aplicación terapéutica. Una modificación dietética específica puede disminuir o impedir el desarrollo de algunos de dichos efectos. Afirman que la dieta debe consistir en muchas proteínas, calorías adecuadas, pocos hidratos de carbono, pobre en sodio y rica en potasio.

**Enfermedad de Addison secundaria a carcinoma metastásico de las suprarrenales.**—Los autores declaran que la enfermedad de Addison debida a la destrucción metastásica de ambas suprarrenales ocurre con mayor frecuencia de lo que se cree generalmente; en favor de ello presentan tres casos y un cuarto probable, observados en un período de dos años. El no reconocer dicha entidad se debe probablemente a la semejanza del cuadro addisoniano con el estado caquéctico de las neoplasias malignas con metástasis difusas. Concluyen diciendo que se encontrarían más casos de Addison debidos a destrucción suprarrenal metastásica si se investigaran los enfermos con cáncer primario por medio de estudios endocrinos, electrolíticos y de tolerancia a los hidratos de carbono cuando la progresión de los síntomas sobrepasa la velocidad normal.

**Papel de las suprarrenales en la hipertensión.**—Subraya el autor que las observaciones clínicas y experimentales no definen claramente el papel de las suprarrenales en la hipertensión humana, aunque sugieren que pueden ser uno de los numerosos factores en el síndrome hipertensivo y en algunas ocasiones el más importante. Es posible, como se ha sugerido por otros autores, que la interrelación cuantitativa de los esteroides suprarrenales sea más importante que la actividad de la glándula en su conjunto, que la relación de uno a otro de los corticoides sea un factor determinante. La falta de adecuación de nuestra capacidad para medir los productos de degradación de los esteroides eliminados y relacionarlo con sus precursores hormonales, nos impide confirmar tales especulaciones.

**Adrenalectomía bilateral completa en la hipertensión.** Señalan los autores que la adrenalectomía bilateral completa, en uno o dos tiempos, es un procedimiento realizable en los sujetos con enfermedad vascular hipertensiva avanzada. La insuficiencia renal con retención nitrogenada constituye una contraindicación para la operación, lo que no ocurre cuando hay insuficiencia congestiva y alteraciones vasculares retinianas progresivas. Después de la operación, la alteración fisiológica más evidente es el aumento de la pérdida de sodio y cloruros. La reducción o supresión brusca de la terapéutica hormonal suprarrenal puede precipitar una crisis en veinticuatro a cuarenta y ocho horas en los sujetos con enfermedad vascular que venían siendo mantenidos uniformemente con la terapéutica sustitutiva después de la operación. El grado de actividad alcanzado por los enfermos mantenidos con cortisona y cloruro sódico se relacionaba más con la persistencia de las complicaciones vasculares hipertensivas que con las alteraciones en la función suprarrenal. Aunque el aumento de la excreción de sodio y cloruros precede siempre al descenso significativo de la presión en la convalecencia, la pérdida de dichos electrolitos no se acompaña necesariamente de un descenso en el nivel de la presión sanguínea basal; se produjo una marcada mejoría clínica en los enfermos que preoperatoriamente presentan una retención excesiva de sodio y cloruros. Consideran justificable explorar ulteriormente la utilidad de la adrenalectomía completa bilateral en los enfermos con hipertensión maligna rápidamente progresiva con función renal conservada y que han fracasado en su respuesta al tratamiento médico conservador.

**Prevención de la fiebre reumática.**—Refieren los autores que se cuenta actualmente con métodos que, utilizados adecuadamente, reducen grandemente la incidencia de los ataques tanto iniciales como recidivantes de la fiebre reumática. Dos métodos que han conseguido el éxito para descender la incidencia de fiebre reumática son: 1) Prevención por quimioprofilaxis de la infección respiratoria estreptocócica precedente; y 2) Tratamiento de esta infección por penicilina o aureomicina. En individuos que han tenido ataques recientes de fiebre reumática y, en ciertas circunstancias, con historia menos reciente, la profilaxis de las infecciones estreptocócicas con sulfadiazina es el método de elección para la prevención de las recaídas; cuando en tales individuos se presenta una infección estreptocócica, debe iniciarse inmediatamente el tratamiento con penicilina y continuarlo durante diez días por lo menos. En los individuos sin historia previa de fiebre reumática se les debe dar penicilina o aureomicina cuando adquieren una infección estreptocócica respiratoria; la penicilina posee ciertas ventajas sobre la aureomicina y es la droga de elección; no es práctica, naturalmente, en tales sujetos una profilaxis contra la infección estreptocócica.

**Hipoparatiroidismo idiopático.**—Los autores presentan un caso de hipoparatiroidismo idiopático con veinte años de duración de los síntomas antes del diagnóstico. Se trata de una enfermedad que se diagnostica poco, lo que quizá se deba a un defectuoso conocimiento del proceso. Revisan las manifestaciones clínicas y entre ellas citan, por parte del sistema nervioso, la tetania acompañada o no de epilepsia con alteraciones electroencefalográficas consistentes en una tendencia a la disminución o desaparición de los ritmos alfa lentos en las derivaciones frontales, occipitales y parietales, aumento en la amplitud y constancia de los beta o ritmos alfa paroxísticos o modulantes y de las ondas de baja frecuencia; además, el retraso y las alteraciones mentales pueden ser los primeros signos del proceso. Desde el punto de vista ectodérmico, hay caída o adelgazamiento del pelo, alteraciones cutáneas que recuerdan algo a la pelagra, trastornos de las uñas, alteraciones del cristalino o verdaderas cataratas y trastornos de los dientes. En el electrocardiograma se ve una prolongación del espacio Q-T con aplanamiento de S-T. Radiológicamente

se ven calcificaciones cerebrales en gran número de casos, con localización anterior en los ganglios basales. El tratamiento consiste en dieta rica en calcio y pobre en fósforo, suplementada con cloruro, gluconato o lactato cálcico y vitamina D en grandes dosis o dihidrotaquis-terol.

**Carcinoma del páncreas con varices gástricas san-grantes e hiperesplenía.**—Describen los autores un caso de carcinoma del tallo del páncreas que provocó un cua-dro clínico raro, caracterizado por melena masiva, un cuadro hematológico, compatible con el diagnóstico de hiperesplenía, debido a esplenomegalia congestiva y la demostración radiológica de varices gástricas, pero no esofágicas. La exploración quirúrgica descubrió el tu-mor pancreático, que se intentó extirpar sin éxito, y el enfermo murió siete meses después; sin embargo, la es-penectomía condujo a la normalización del cuadro he-mático y a la desaparición de las varices gástricas, ce-sando las hemorragias gastrointestinales.

**Leucocitosis marcada por carcinomatosis.**—Señalan los autores que en los enfermos con leucocitosis mar-cada lo primero que se sospecha es una leucemia; sin embargo, puede verse una gran leucocitosis como resul-tado de infecciones o intoxicaciones graves, pérdida brusca de sangre o en las neoplasias malignas. Presen-tan un caso para ilustrar cómo un carcinoma suprarre-nal con metástasis difusas con necrosis intratumorales puede ocasionar una marcada estimulación de la pro-ducción de glóbulos blancos.

**Arteritis temporal tratada con cortisona.**—Se comu-nica en este trabajo el tercer caso, conocido por los autores, de arteritis temporal tratada con cortisona. En los tres casos los signos y síntomas, tanto locales como generales, desaparecieron inmediatamente después de iniciar el tratamiento y no recidivaron al suspenderlo. Añaden que aunque la naturaleza autolimitada de la en-fermedad hace difícil juzgar cualquier terapéutica, la duración de la enfermedad en los tres tratados con cor-tisona fué evidentemente más breve que el promedio de unos 7-8 meses en los no tratados así.

### The Journal of the American Medical Association.

150-9-1 de noviembre de 1952

- Rehabilitación de los dividendos de pago. H. A. Rusk.
- \* Simple erosión bronquial como causa de hemorragia pul-monar. P. P. Vinson.
- Preparación de los enfermos para la endoscopia peroral. A. M. Olsen y J. W. Pender.
- \* Lesiones malignas asociadas con dermatomiositis. A. C. Curtis, H. C. Blaylock y E. R. Harrell jr.
- Tratamiento de los conflictos sexuales en la práctica ge-neral. W. C. Hulst.
- Tratamiento quirúrgico conservador y profiláctico de las lesiones del pie en el diabético. J. W. Miller.
- Terapéutica con betaina y glicociamina para las secuelas crónicas de la poliomielitis. B. D. Fallis y R. L. Lam.
- Manifestaciones no corrientes después de la extirpación de un quiste paratiroides. E. I. Greene, J. M. Greene y R. C. Busch.
- Dolor lumbar bajo debido a hernias paniculares. B. J. Fi-carra y W. J. McLaughlin.
- Diagnóstico del cáncer precoz de mama. C. T. Klipp, J. D. Hoyle y B. B. Blades.
- Diagnóstico precoz de las lesiones de la mama. O. Saphir.

**Simple erosión bronquial como causa de hemorragia pulmonar.**—Los 48 enfermos referidos en este trabajo no tenían signos o síntomas pulmonares significativos hasta que se presentó la hemorragia y el estudio clínico y radiológico arrojó resultados normales, a excepción de la presencia de sangre en el árbol tráqueobronquial. Todos los enfermos fueron tratados broncoscópicamente en el momento de la hemorragia activa por instilación de neosinefrina y trombina e insuflación de un polvo de sulfamidas. El área de la hemorragia estaba locali-zada en 26 enfermos en el lado derecho (uno en el bron-quio del lóbulo superior y 25 en la rama posterior o pos-terolateral del bronquio del lóbulo inferior); en los 22

enfermos con hemorragia del lado izquierdo, su origen estaba en la rama posterior o posterolateral del bron-quio del lóbulo inferior.

**Lesiones malignas asociadas con la dermatomiositis.** De 45 enfermos con dermatomiositis confirmada vistos desde 1934, ocho tenían una lesión maligna asociada. Los síntomas de la dermatomiositis precedieron al diag-nóstico de la enfermedad maligna en todos los casos. En seis de los ocho enfermos se apreció una mejora de la dermatomiositis inmediatamente después del tra-tamiento de su neoplasia. Consideran los autores que en todo caso de dermatomiositis debe investigarse la existencia de una neoplasia maligna.

150-10-8 de noviembre de 1952

- Tratamiento moderno de la diabetes mellitus. H. T. Ricketts.
- Porvenir mejorado del enfermo diabético. E. L. Rippey.
- \* Importancia del control de la diabetes en la prevención de complicaciones vasculares. N. R. Keiding, H. F. Root y A. Marble.
- Retinopatía diabética. J. S. Friedenwald.
- Contribuciones recientes a la comprensión de la diabetes experimental. D. W. Stetten jr.
- \* Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con derivados hidrazídicos del ácido isonicotínico. I. J. Selikoff, E. H. Robitzek y G. G. Ornstein.
- \* Precauciones necesarias en el tratamiento de la tubercu-losis renal con isoniazida. J. K. Lattimer.
- Tiopotencial sódico y anestesia etérea. J. A. Paulson.
- Diagnóstico y tratamiento erróneo de las lesiones pre-coces del disco intervertebral. L. S. Sell.
- Convulsiones como manifestación de la esclerosis múlti-ple. G. H. Williams jr., W. A. Nosik y J. A. Hunter jr.
- Eficacia del Comité de tejidos del hospital para elevar los standards quirúrgicos. H. V. Weinert y R. Brill.
- Cortisona en la artritis crónica. C. B. Cope y P. Kas-sander.
- \* Tumores benignos del tracto biliar. S. W. Moore, R. S. McElwee y C. Romiti.
- Encefalopatía tóxica presentada durante la terapéutica tóxica con asterol. J. W. Wilson, H. Levitt, T. L. Har-ris y E. M. Heiligman.
- Síntomas neurotóxicos consecutivos al empleo de asterol. J. M. Hitch.
- Convulsiones consecutivas al empleo de asterol. W. M. Featherston.
- \* Quiste broncogénico mediastínico y síndrome de Klippel-Feil. A. N. Bracher y A. R. Koontz.
- Nudo verdadero del cordón umbilical ocasionando la muerte fetal. W. F. Peterson.
- Leptospirosis debida a Leptospira grippityphosa. R. R. Spain y G. T. Howard.
- El médico y el enfermo de cárcel. S. G. Taylor III y D. Slaughter.
- El fumar y el sistema cardiovascular.
- Terapéutica anticancerosa.
- Carbohidratos y agua de mar en la privación extrema.

**Importancia del control de la diabetes en la preven-ción de complicaciones vasculares.**— Los autores han estudiado la incidencia y extensión de la retinopatía, calcificación arterial y nefropatía en 451 diabéticos cuya enfermedad había comenzado antes de los treinta años de edad y con una duración de la misma de diez a treinta y seis años; relacionan estos datos con el sexo, edad al comienzo de la diabetes, dosificación de insulina, duración de la diabetes y grado de control de la en-fermedad. El sexo no fué un factor significativo, puesto que el número de hombres y mujeres era aproximada-mente igual. Tampoco lo fué la edad al comienzo de la diabetes, salvo que los enfermos cuya diabetes comenzó entre los 10 y 19,9 años mostraron la incidencia más alta de nefropatía. Los enfermos cuya dosis diaria de insulina era menor de 30 unidades tuvieron la misma proporción de complicaciones que el grupo total. El con-trol de la diabetes disminuyó materialmente la inciden-cia de complicaciones; este descenso no se influyó por variaciones en la duración, edad al comienzo de la diabetes o dosis de insulina. De 32 enfermos que habían mantenido un control excelente o bueno durante veinte o más años, ninguno tuvo retinopatía del grado 4 y sólo uno del grado 3. Por otro lado, de 157 enfermos con diabetes de la misma duración que habían mantenido un mal control, 26 (16 por 100) tenían retinopatía de grado 4 y 24 (15 por 100) del grado 3; los enfermos con control excelente sólo tuvieron una retinopatía mínima



(grado 0 ó 1). De los 189 enfermos con diabetes de veinte o más años de duración, el 60 por 100 de los 32 con control excelente o bueno no tenían calcificación arterial o sólo alteraciones mínimas, mientras que sólo el 20 por 100 de 157 con mal control presentaban grados mínimos de arterioesclerosis. Del grupo total de 451 enfermos, 101 (22 por 100) presentaron nefropatías diabéticas; esta complicación no la presentó ninguno de los 11 enfermos con control excelente y sólo uno de los 50 con buen control; sin embargo, el 17 por 100 de 92 enfermos con control regular y el 28 por 100 de 298 con control malo la presentaron. El grupo con nefropatía incluía una proporción relativamente alta de enfermos con comienzo de la diabetes entre los 10 y 19,9 años de edad. Los resultados de este estudio indican que en todos los estadios de duración de la diabetes, la incidencia de retinopatía, calcificación arterial y nefropatía, era significativamente menor en los enfermos que habían mantenido un control excelente o bueno de la diabetes y concluyen que sólo con un control cuidadoso y continuo se pueden evitar o retrasar las complicaciones tardías de la diabetes.

**Hidrazida del ácido isonicotínico en la tuberculosis pulmonar.**—Señalan los autores que las hidrazidas del ácido isonicotínico, iproniazid e isoniazid, ejercen un importante efecto terapéutico en la tuberculosis humana. La dosis diaria óptima del iproniazid es de 4 mg. por kilo de peso y de isoniazid 4-8 mg. por kilo, aunque se tiene la posibilidad de utilizar dosis más altas y efectivas. La terapéutica con estas drogas consigue un rápido control de las manifestaciones tóxicas generales como la fiebre, anorexia, pérdida de peso y astenia; el iproniazid es mucho más eficaz a este respecto que el isoniazid, que puede incluso fracasar por completo. La tos y la expectoración se afectan similarmente y en algunos casos desaparecen. El efecto terapéutico se observa en una gran variedad de lesiones pulmonares y extrapulmonares, incluso las de laringe, lengua, tracto gastrointestinal, huesos, vejiga, ganglios linfáticos, piel, p'aura y fistulas y abscesos. En los casos avanzados cuyo tratamiento se continuó durante dos a ocho meses, desaparecen las bacterias del esputo en el 25 por 100 y se ven modificaciones radiológicas favorables en el 60 por 100. Tienen en estudio el problema de la resistencia bacteriana, pero creen que no es frecuente. No puede todavía determinarse el puesto exacto de la terapéutica con hidrazida y se precisa mayor experiencia con relación a las dosis y esquemas de tratamiento, así como sobre las posibles combinaciones con otras drogas, especialmente el PAS y la estreptomina.

**Precauciones necesarias en el tratamiento con isoniazida de la tuberculosis renal.**—Declara el autor que la isoniazida es eficaz en la mejoría de las lesiones vesicales de la tuberculosis renal y negativiza el cultivo de orina en algunos enfermos; la droga no es nefrotóxica y queda por determinar la dosificación óptima y la duración del tratamiento. Cuando se usa sola, la isoniazida tiene las mismas limitaciones que la estreptomina; puede desarrollarse resistencia al cabo de dos a ocho semanas y la orina de las grandes lesiones necróticas del riñón no puede siempre esterilizarse. Son precisas precauciones en enfermos con retención nitrogenada, pues el acúmulo de la droga en sangre puede provocar convulsiones. El modo de acción de la isoniazida es diferente del PAS y la estreptomina y es razonable presumir que encontrará su puesto en combinación con dichas drogas; está utilizando un esquema terapéutico a base de 150 mg. dos veces al día de isoniazida y 1 gr. dos veces por semana de estreptomina. Ha utilizado el PAS y la estreptomina combinados en 458 casos de tuberculosis genitourinaria, consiguiendo la lentificación del progreso de la enfermedad, incluso aunque no esterilice la orina, y con cifras impresionantes de supervivencia. Ha tratado quimioterápicamente la tuberculosis renal bilateral inoperable y combinado con nefrectomía unilateral o parcial las lesiones destructivas unilaterales; el elemento más importante que limita la eficacia

del tratamiento es la presentación de resistencia a las drogas, pero piensa que el empleo de las tres drogas en combinación puede aumentar la eficacia terapéutica y diferir el desarrollo de resistencia. Termina diciendo que cinco años de revisión bacteriológica, sintomática y radiológica, justifica la conclusión de que la quimioterapia moderna puede, al menos, modificar el curso letal de la tuberculosis renal.

**Tumores benignos del tracto biliar.**—Los autores refieren un caso de papiloma benigno del conducto hepático izquierdo; el papiloma recidivó después de la extirpación quirúrgica y fué nuevamente resecado. Revisan la literatura sobre los tumores benignos de las vías biliares principales y encuentran que estos tumores pueden producir una ictericia obstructiva y pasar inadvertidos y que es evidente la tendencia a recidivar de los tumores epiteliales, a menos que se extirpen totalmente.

**Quiste broncogénico del mediastino y síndrome de Klippel-Feil.**—Los autores refieren un caso de quiste broncogénico del mediastino. El quiste, como ocurre generalmente, no comunicaba con un bronquio. La pared del quiste contenía la mayor parte de los elementos que se encuentran habitualmente en la pared del bronquio, pero no contenía cartilago. Como no es infrecuente en casos de anomalía congénita, el proceso se asociaba con otros defectos congénitos y entre ellos un síndrome de Klippel-Feil.

150 - 11 - 15 de noviembre de 1952

- Reparación de las lesiones obstétricas de los tejidos blandos inmediatamente postpartum. L. H. Douglass.
- \* Diagnóstico clínico y serológico de la toxoplasmosis en el hombre. A. B. Sabin, H. Eichenwald, H. A. Feldman y L. Jacobs.
- \* Complicaciones y secuelas del infarto miocárdico agudo. A. C. Ernstene.
- Osteomielitis de las vértebras lumbares debida a *Escherichia coli*. Herfort.
- \* Consideraciones quirúrgicas en los divertículos del esófago. M. E. De Bakey, J. P. Heaney y O. Creech.
- William Stewart Halsted: Una apreciación. A. Blalock.
- \* Butazolidina en la artritis reumatoide. C. A. Stephens jr., E. E. Yeoman, W. P. Holbrook, D. F. Hill y W. L. Goodin.
- \* Fenilbutazona en la artritis y otros trastornos musculoesqueléticos. O. Steinbrocker, S. Berkowitz, M. Ehrlich, M. Elkind y S. Carp.
- Antihistamínicos como anestésicos locales para la manipulación uretral. R. J. Fitzpatrick, L. M. Orr y F. J. Stubbart.
- \* ¿Qué es una urgencia médica? R. D. Potter.
- \* Efecto de la hialuronidasa sobre la orina y su posible significación en la litiasis renal. A. J. Butt, E. A. Hauser y J. Seifter.
- Tratamiento del cáncer intraoral. J. W. Hendrick y G. E. Ward.
- N-alilnorfina en el tratamiento de la sobredosificación de dihidromorfina y morfina. H. F. Chase, R. S. Boyd y P. M. Andrews.
- Hipoparatiroidismo familiar. R. Goldman, J. L. Reynolds, H. R. Cummings y S. H. Bassett.
- Perforación de un aneurisma aórtico en la vena cava superior. A. Jackson, H. Morris, E. J. Twin, W. H. Miller y M. Slavin.
- "Reacción psicótica" a la terapéutica con antabuse. D. Fiske.
- Estenosis aórtica manifestada como cor pulmonale crónico. L. A. Soloff, J. Zatushni y L. Turner.
- Comisurotomía mitral durante el embarazo. D. A. Cooley y D. W. Chapman.
- Aparato para facilitar la irrigación de la colostomía. B. McSwain.
- Apopleja abdominal en un niño. A. J. Jurishica y J. E. Vaccaro.
- Mecanismo de la acción cariostática de los fluoruros. N-alilnorfina.

**Diagnóstico clínico y serológico de la toxoplasmosis.** Señalan los autores que los participantes de una Conferencia sobre toxoplasmosis patrocinada por la U. S. Public Health Service, se mostraron de acuerdo en que: a) Las manifestaciones clínicas más corrientemente apreciadas de la toxoplasmosis humana son el resultado de la infección congénita. b) La infección congénita puede diagnosticarse por métodos serológicos con seguridad razonable. c) El diagnóstico serológico de la infección congénita debe llegar a ser una función de ciertos

laboratorios diagnósticos, mientras que otras manifestaciones posibles de la toxoplasmosis humana deberán continuar siendo problemas para la investigación. Las siguientes manifestaciones clínicas sugieren la posibilidad de la toxoplasmosis congénita y exigen la realización de las pruebas serológicas: a) Durante el período neonatal, signos de encefalitis, rash, ictericia y hepatoesplenomegalia, con o sin hidrocefalia, microcefalia o coriorretinitis; y b) Durante la infancia y niñez, convulsiones, hidrocefalia, microcefalia o retardo psicomotor en unión de coriorretinopatía, con o sin calcificación cerebral. El principal beneficio práctico que se deriva del diagnóstico específico de la toxoplasmosis congénita es el buen pronóstico para los hijos subsiguientes; más de 50 madres que habían dado origen a un niño con toxoplasmosis congénita, dieron a luz ulteriormente a uno o más niños normales. Es también importante el diagnóstico específico de una infección activa reciente, porque exige el tratamiento con sulfonamidas, que está indicado sobre la base de su eficacia en animales infectados experimentalmente con toxoplasmas. Desde el punto de vista serológico, recomiendan la prueba modificadora del citoplasma o del colorante para el descubrimiento de anticuerpos. La prueba de fijación del complemento sólo la recomiendan para los niños sospechosos de toxoplasmosis congénita que muestran altos títulos en la prueba del colorante durante los primeros días de la vida, puesto que es el único procedimiento serológico que puede indicar si la infección es o no reciente y activa; puede asegurarse que hay una infección activa y reciente cuando el suero de la madre tiene títulos altos de ambos anticuerpos y el suero del niño tiene un alto título de anticuerpos en la prueba del colorante, pero no de los anticuerpos fijadores del complemento.

**Complicaciones y secuelas del infarto miocárdico agudo.**—Describe el autor las complicaciones más importantes del infarto miocárdico agudo, entre las que cita el shock, insuficiencia del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva, trastornos del ritmo cardíaco, tromboembolias, ruptura del ventrículo, perforación del septo interventricular y ruptura de los músculos papilares. Entre las secuelas más corrientes refiere la angina pectoris, periartrosis del hombro con o sin el síndrome hombro-mano, depósito de calcio en el área del infarto, aneurisma del ventrículo, reducción permanente de la reserva del ventrículo y la neurosis cardíaca.

**Consideraciones quirúrgicas en los divertículos del esófago.**—Señalan los autores que se encuentran ahora divertículos esofágicos con mayor frecuencia, debido al empleo más sistemático de los estudios radiológicos. Aunque pueden presentarse en cualquier parte del esófago, los puntos más corrientes son en la unión faringo-esofágica (el más frecuente), a nivel de la bifurcación de la tráquea, y en el tercio inferior del esófago. Se han dividido clásicamente según su patogenia en tipos de pulsión y de tracción, englobando los primeros la mayor parte de los situados en la región faringo-esofágica y del tercio inferior y los últimos a nivel de la bifurcación de la tráquea. Los síntomas se presentan por la producción de ciertas complicaciones como la obstrucción parcial consecutiva y la distorsión y angulación de la apertura del esófago distal a la bolsa, inflamación o ulceración con la consiguiente formación de estrechez o la perforación, hemorragia o transformación maligna; los de tracción se asocian particularmente con manifestaciones pulmonares, debidas a pequeñas fistulas esofagotraqueobronquiales. Recomiendan el tratamiento quirúrgico de todos los divertículos esofágicos que produzcan síntomas. Los procedimientos quirúrgicos pueden dividirse en: 1) Diverticulectomía en uno o dos tiempos. 2) Diverticulopexia. 3) Inversión de la bolsa; y 4) La diverticulogastrotomía para los divertículos bajos. El método de elección es la extirpación completa del divertículo con reparación adecuada del orificio en el esófago. Así como previamente en los divertículos

faringoesofágicos daba mejores resultados el método en dos tiempos, actualmente se prefiere el método en un tiempo por contar con una quimioterapia eficaz para combatir la infección y con progresos en la técnica. En los divertículos esofágicos bajos, el método de elección es la extirpación completa del saco por vía transtorácica. En algunos casos con formación de una marcada estrechez del esófago distal al divertículo, puede ser necesario resear este segmento del esófago, incluyendo el divertículo, seguida de esofagogastrotomía para restaurar la continuidad.

**Butazolidina en la artritis reumatoide.**—Los autores han ensayado una nueva droga, fenilbutazona (butazolidina) en 188 enfermos, de los que 147 tenían artritis o espondilitis reumatoide. La duración media del tratamiento fué de ochenta y seis días. Subrayan que la fenilbutazona no es una droga inofensiva, pues se presentaron fenómenos tóxicos en el 44 por 100 de los enfermos, consistentes principalmente en descenso de las plaquetas y de la hemoglobina, irritación del tracto gastrointestinal, hematuria y rash cutáneos. La fenilbutazona produce una notable mejoría subjetiva en un alto porcentaje de casos de espondilitis reumatoide y es menos eficaz en la artritis reumatoide periférica; la mejoría objetiva es menos marcada, pero si evidente en un pequeño porcentaje de casos. No se sabe aún si esta droga es verdaderamente antirreumática o sólo analgésica.

**Fenilbutazona en la artritis y otros trastornos musculoesqueléticos dolorosos.**—Los autores han administrado fenilbutazona (butazolidina) a 52 enfermos con trastornos musculoesqueléticos dolorosos y butapyrin (piramidón y fenilbutazona) a 140. Sus observaciones preliminares indican que estas drogas son analgésicas superiores en los procesos musculoesqueléticos dolorosos crónicos y sobrepasan la supresión de los síntomas por el salicilato, gentisato y piramidón. Se produjeron notables efectos "antiartríticos" en el 23 por 100 de las artritis reumatoides, por lo que no están impresionados en el sentido de una propiedad específica; no pueden establecer si los buenos efectos sobre la función en la espondilitis anquilosante y en la osteoartritis representan una acción antiartrítica o simplemente un efecto asociado de la analgesia. Durante el período relativamente corto de observación han visto 51 reacciones tóxicas, que aunque no fueron graves, obligaron a suspender el tratamiento en 22 enfermos. Piensan que en vista de los favorables resultados y de que las reacciones son generalmente moderadas y controlables, deben señalarse estos derivados del pirazol como adiciones prometedoras al tratamiento de los trastornos musculoesqueléticos dolorosos crónicos.

**Hialuronidasa y su significación en la litiasis renal.**—Declaran los autores que la inyección subcutánea de hialuronidasa, mezclada con suero fisiológico, aumenta pronunciadamente los coloides protectores en la orina, con desaparición de la turbidez y sedimento de la mayoría de las personas estudiadas. Después de referir los métodos de determinar los coloides protectores de la orina, presentan un régimen de terapéutica con hialuronidasa para los enfermos con litiasis renal. La dosificación de hialuronidasa varía de 150 a 900 unidades reductoras de turbidez cada veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Finalmente, señalan que esta terapéutica ha sido eficaz en la prevención de la formación de cálculos o nueva creación durante un período de once a veintidós meses en 19 de 24 enfermos (79 por 100), en los que se formaban cálculos renales previamente a un ritmo muy rápido.

150 - 12 - 22 de noviembre de 1952

Estado actual del tratamiento específico con drogas de la tuberculosis. C. W. Temple.  
Estado actual de la terapéutica antimicrobiana de la tuberculosis. D. T. Carr.



Aspectos médicos industriales de las enfermedades del tórax de origen profesional. F. Princi.  
Algunos problemas en el diagnóstico radiológico de la sílicosis. E. P. Pendergrass.  
Adquisiciones recientes en el conocimiento de la poliomielitis. H. W. Kumm.  
Neoplasias dermales benignas y malignas. H. Montgomery.  
El cervix postpartum. J. H. Moore y F. A. Hill.  
Experiencia ulterior con anticoagulantes cumarínicos. R. Rotter y O. O. Meyer.  
Transfusiones de plaquetas y la patogenia de la púrpura trombocitopénica idiopática. C. C. Sprague, W. J. Harrington, R. D. Lange y J. B. Shapleigh.  
Ostrucción de la vena cava superior de veinticinco años de duración. L. B. Rose.  
Localización radiológica de la aorta descendente en niños con tetralogía de Fallot. H. F. Zinsser jr., T. G. Schnabel jr. y J. Johnson.  
Reparación del tórax en embudo mediante injerto costal osteoperiostico subesternal. J. E. Dalley.  
Arsenoterapia en el tratamiento de la neuropatía eosinófila. W. G. Ensign.  
Medio clínico sencillo para el diagnóstico del derrame pericárdico hemorrágico. C. W. Mills.  
Experiencias con el extractor cefálico de Murlless en la cesárea. A. I. Weisman y S. R. Carraba.  
Infarto miocárdico como complicación postoperatoria. F. Wróblewski y J. S. La Due.  
Trombosis auricular, comisurotomía mitral y embolectomía aórtica. A. E. Bloomberg, P. Blumberg y H. Halmovici.  
Insuficiencia suprarrenal iatrogénica.  
Biosíntesis de la hemoglobina.  
Acetato de desoxicorticoesterona y metabolismo electrolítico.

**Anticoagulantes cumarínicos.** — Señalan los autores que la bishidroxycumarina (dicumarol), el ciclocumarol (cumopyran) y el etilbiscumacetato (tromexano) son agentes hipoprotrombinémicos potentes que han sido utilizados clínicamente en el tratamiento de los procesos tromboembólicos. Aunque el que más se ha empleado es el dicumarol, el tromexano tiene la ventaja de un comienzo de acción más precoz y el cumopyran la de producir una mayor estabilidad en el grado de hipoprotrombinemia con una dosis fija de la droga. Combinando la acción precoz del tromexano con el efecto de mantenimiento estable del cumopyran, puede instituirse y mantenerse un tratamiento anticoagulante satisfactorio. La resistencia a un anticoagulante cumarínico no implica necesariamente que exista también para otro; se ha provocado y mantenido una hipoprotrombinemia terapéutica por el cumopyran en enfermos que no habían respondido al dicumarol y tromexano. Terminan diciendo que con un control cuidadoso son mínimas las complicaciones hemorrágicas.

**Transfusión de plaquetas y patogenia de la púrpura trombocitopénica idiopática.** — Los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1. El plasma de ciertos enfermos con púrpura trombocitopénica idiopática contiene un factor trombocitopénico que disminuye el número de las plaquetas circulantes y lesiona los megacariocitos. 2. El bazo juega probablemente, por lo menos, un papel doble en esta enfermedad, particularmente en la eliminación de las plaquetas sensibilizadas y participación en la producción de anticuerpos. 3. Probablemente existen grupos específicos de plaquetas y puede producirse la isoimmunización por transfusión de plaquetas incompatibles. 4. Las transfusiones de plaquetas son de una importancia terapéutica limitada, pero pueden ser de valor en la púrpura trombocitopénica idiopática inmediatamente antes de la esplenectomía y en las anemias aplásicas agudas hasta que se recupere la médula ósea. Su eficacia está limitada por el hecho de que la supervivencia de las plaquetas tiende a disminuir progresivamente cuando se hacen transfusiones repetidas.

150 - 13 - 29 de noviembre de 1952

- \* Experiencia de cinco años en el tratamiento del hipertiroidismo con yodo radioactivo. D. E. Clark, J. H. Rule, O. H. Trippel y D. A. Coffrin.
- \* Cortisona y corticotropina en la fiebre reumática y artritis reumatoide juvenil. J. J. Bunim, A. G. Kuttner, J. S. Baldwin y C. McEwen.
- \* Corticotropina y cortisona en las enfermedades de la sangre en niños. J. M. Stieyned y S. D. Mills.

- Empleo clínico de cortisona, hidrocortisona y corticotropina. E. W. Boland.
- \* Corticotropina y cortisona en el síndrome nefrótico en niños. C. M. Riley.
- Nuevo factor etiológico en el embarazo ectópico. L. Krohn, M. S. Priver y M. H. Gotlib.
- Lo que el clínico debe saber sobre la electromiografía. O. L. Huddleston.
- Lipogranuloma esclerosante. B. T. Golbraith y J. M. Young.
- \* Nueva técnica radiográfica en el asma bronquial. C. Jiménez Díaz, C. Albert, V. L. Barrantes, F. Lahoz, J. Salgado y C. Lahoz.
- Absceso cerebral paradójico con síndrome de Lutembacher. G. Ehni y E. L. Crain.
- Fístula arteriovenosa adquirida con endocarditis y endarteritis bacteriana subaguda. G. B. Heckler e I. J. Tikellis.
- \* Necrosis papilar hemorrágica del riñón. H. T. Tamaki y M. A. Whitman.
- Ayuda visual en la enseñanza de la radioterapia. O. H. Cohen y R. Rosh.
- Alteraciones urográficas en la diabetes insípida. R. C. H. Chung y L. K. Mantell.
- Salvaguarda para empleo en la broncoscopia del enfermo tuberculoso. R. A. Wetrich.
- Bacteriemia persistente con gérmenes similares a los de la pleuroneumonía en una enferma postpartum. D. W. Slingerland y H. R. Morgan.
- Cirrosis biliar colangioliítica.

**Yodo radioactivo en el hipertiroidismo.** — Comunican los autores su experiencia en el tratamiento de hipertiroidismo con yodo radioactivo en 384 casos; de ellos, 204 tenían un bocio tóxico difuso y 180 bocio tóxico nodular; aproximadamente el 70 por 100 eran mayores de cuarenta años. Se precisó aproximadamente el doble de  $I^{131}$  para conseguir la remisión en los bocios nodulares que en los difusos. Se obtuvo la remisión con una o dos dosis en el 76,1 por 100 de los enfermos y en los restantes de 3 a 7 dosis. Se logró una remisión satisfactoria en el 85,2 por 100 de los casos, mientras que el 13,8 por 100 desarrolló grados diversos de hipotiroidismo, aunque sólo el 1 por 100 con mixedema permanente; no han visto recidivas en los diversos periodos de observación, que oscilaron entre seis y sesenta meses. Se observó exoftalmos en 114 casos; de los 94 casos que fueron adecuadamente valorados, en el 19,1 por 100 hubo una regresión completa y el 58,5 por 100 mostró grados variables de mejoría; no se apreció aumento del exoftalmos presente antes de la terapéutica; en cambio, en tres casos apareció un exoftalmos unilateral. Salvo estos tres casos y los de hipotiroidismo, no se vieron otras complicaciones por la terapéutica con radiyodo. Han muerto ocho enfermos, pero en ninguno se debió a dicho tratamiento. Concluyen que la administración de yodo radioactivo es un método aceptable de terapéutica para casos seleccionados de hipertiroidismo.

**Cortisona y ACTH en la fiebre reumática y artritis reumatoide juvenil.** — Señalan los autores que la terapéutica con cortisona y ACTH produce una notable y rápida mejoría clínica en las manifestaciones extracardíacas de la fiebre reumática aguda como la poliartritis, fiebre, taquicardia, "toxicidad", anorexia y anemia; en algunos casos, incluso, salvan la vida. Los hallazgos anormales de laboratorio, como aceleración de la velocidad de sedimentación y aumento del fibrinógeno, globulinas totales y gamma globulina y la presencia de proteína C-reactiva, se restauran o tienden a normalizarse en unas pocas semanas. Los efectos sobre las manifestaciones cardíacas son más difíciles de valorar; la pericarditis, con o sin derrame, desaparece generalmente durante la primera semana de tratamiento, pero esto puede ocurrir también espontáneamente; es posible frecuentemente controlar con cortisona la insuficiencia cardíaca congestiva por carditis aguda, siempre que se limite la ingestión de sal; el ritmo de galope desaparece a menudo, mejora la cualidad de los tonos cardíacos y se lentifica el ritmo; en la gran mayoría de los casos, persisten los soplos orgánicos, incluso los de origen reciente, a pesar del tratamiento; rara vez se normaliza un corazón aumentado de tamaño. La actividad reumática persiste en aproximadamente el 50 por 100 de los enfermos, después de suspender la cortisona o ACTH. En el momento actual no se sabe si la adminis-

tración de dichas hormonas evita o disminuye significativamente la lesión de las estructuras cardíacas; es natural que las alteraciones antiguas y morfológicamente inactivas resultantes de la cardiopatía reumática, como las deformidades valvulares y la hipertrofia cardíaca, no reviertan por la terapéutica hormonal. Como en la fiebre reumática, la cortisona o ACTH suprimen las manifestaciones generales y articulares en la mayor parte de los casos de artritis reumatoide juvenil; cuando se suspende la administración de hormonas, se presentan generalmente recidivas, a menos que haya ocurrido una remisión espontánea de la enfermedad. A menudo pueden presentarse exacerbaciones cuando el enfermo está en terapéutica de mantenimiento y se precisa para el control un aumento de la dosis; en algunos casos puede avanzar el proceso anatomopatológico de la enfermedad, incluso aunque se hayan suprimido las manifestaciones clínicas. Concluyen diciendo que las hormonas corticales son de un valor definido en casos adecuadamente seleccionados; sin embargo, su administración no debe ser la única terapéutica empleada, sino constituir una parte integral de un régimen terapéutico bien planeado e individualizado. Su indicación especial está en las formas graves y rápidamente progresivas de la enfermedad, en los que la afectación general es intensa o en los que el enfermo está enfrentado con incapacidad, invalidez o muerte.

**ACTH y cortisona en las enfermedades de la sangre en niños.**—Señalan los autores que la corticotropina y la cortisona no ejercen un efecto significativo sobre la médula ósea humana normal. Estas hormonas, con los antagonistas del ácido fólico, constituyen una adición a los agentes terapéuticos utilizables para el tratamiento de la leucemia aguda. Añaden que las remisiones producidas en el 25 por 100 de los niños con leucemia linfocítica aguda, en los que se utilizaron dichas hormonas, fueron espectaculares, pero no continuaron durante mucho tiempo. A su juicio, la radioterapia o el tratamiento con mostaza nitrogenada debe preferirse a la terapéutica hormonal en el tratamiento del linfoma. En la anemia hemolítica adquirida y en la púrpura trombocitopénica se obtienen beneficios con la terapéutica hormonal, pero si la enfermedad es muy intensa no se puede, generalmente, evitar la esplenectomía. Finalmente, la anemia aplásica no responde a la terapéutica con dichas hormonas.

**ACTH y cortisona en el tratamiento del síndrome nefrótico en niños.**—El autor refiere que la administración de corticotropina o cortisona es un medio eficaz de producir la remisión en una gran proporción de enfermos con síndrome nefrótico. Ambas hormonas son igualmente eficaces, pero la facilidad de la administración por vía oral de la cortisona hace que ésta sea la droga de elección. Las remisiones son generalmente transitorias, pero a menudo son lo suficientemente largas como para que tengan un valor real en el tratamiento de dicho proceso. Añade que se han realizado intentos para aumentar la eficacia de dichas hormonas o para ampliar la duración de las remisiones y declara que no puede aún afirmarse si la albúmina humana concentrada pobre en sal aumenta las posibilidades de una respuesta favorable a las hormonas; la administración prolongada de lactato sódico o de pequeñas dosis de cortisona no aumenta aparentemente la duración del estadio libre de edemas. Los principales peligros de esta forma de tratamiento son las infecciones intercurrentes, la elevación de la presión arterial y la depresión de la función renal. Termina diciendo que no hay evidencia de que tal terapéutica altere el curso básico de la enfermedad y que no hay criterios satisfactorios en los que fundar una predicción sobre qué enfermos responderán favorablemente al tratamiento.

**Nueva técnica radiográfica en el asma bronquial.**—Presentan los autores una nueva técnica radiográfica, que ha sido de gran valor en su experiencia. Consiste en hacer dos radiografías: una, en inspiración forzada,

y la otra, en espiración; la superposición de ambas permite observar la expansión del diafragma, costillas y clavículas. Por medio de este método rápido y sencillo, se puede determinar el mecanismo de la respiración y la participación de cada uno de los factores afectados. Puede reconocerse la presencia de obstrucción bronquial, enfisema, atelectasia, congestión y edema y fibrosis y, desde luego, más detalles que con una radiografía simple. Creen los autores que este procedimiento es de importancia especial para individualizar el tratamiento de acuerdo con los procesos patológicos apreciados.

**Necrosis papilar hemorrágica del riñón.**—Los autores describen un caso de necrosis papilar hemorrágica del riñón en un niño de ocho semanas de edad. El proceso se manifestó principalmente por síntomas gastrointestinales, fiebre, imposibilidad de mantener un equilibrio ácido-base normal y finalmente insuficiencia renal. Como el enfermo no tenía diabetes ni lesión obstructiva del tracto urinario, los autores creen que representa un proceso no corriente de necrosis isquémica de las papilas renales debida al infarto focal.

150 - 14 - 6 de diciembre de 1952

- \* Tratamiento médico de la fiebre hemorrágica. S. Katz, C. L. Leedham y W. H. Kessler. Diagnóstico de laboratorio de las enfermedades del hígado H. Popper y F. Schaffner.
- \* Tratamiento de las leucemias crónicas con irradiación total del cuerpo dosificada y espaciada regularmente. E. E. Osgood y A. J. Seaman.
- \* Empleo de métodos físicos simulando los mecanismos de la tos en la poliomielitis, asma bronquial, enfisema pulmonar y bronquiectasias. A. L. Barach, G. J. Beck, H. A. Bickerman y H. E. Seanor.
- \* Respiración con presión positiva intermitente en el enfisema de las enfermedades pulmonares crónicas. R. H. Smart, C. K. Davenport y G. W. Pearson.
- Aspectos de sanidad pública de un programa de habla y audición. R. M. Foote.
- Embolectomía de las arterias ilíaca y femoral. W. Klingensmith y F. T. Theis.
- Cirugía ortopédica en la parálisis cerebral. H. E. Barnett.
- \* Transmisión del radioyodo ( $I^{131}$ ) a infantes a través de la leche materna. C. E. Nurnberger y A. Lipscomb.
- \* Visammin como broncodilatador. G. L. Snider, M. M. Mosko, D. B. Radner y D. A. Lang.
- Tripsina en los enfermos de poliomielitis con traqueotomía. A. J. Steigman y C. H. Scott.
- Peligros de los vendajes oclusivos de urgencia en las heridas torácicas con aspiración. B. W. Haynes jr.
- Leptospirosis en el hombre y animales.
- Afectación del tracto respiratorio en la fibrosis quística del páncreas (mucoviscidosis).
- Bacteriología y medicación en la otitis externa.
- Producción de alimentos por los hongos.

**Tratamiento médico de la fiebre hemorrágica.**—La fiebre hemorrágica es una enfermedad de etiología no conocida, quizá viral o rickettsiósica. Sus principales manifestaciones (febriles, cardiovasculares, gastrointestinales, hemorrágicas, renales y neurológicas) son inespecíficas. La fase febril aguda dura de tres a seis días y se trata con reposo en cama, sedación y aporte adecuado de líquidos. El shock se presenta generalmente entre el tercero y sexto días de la enfermedad y se asocia con afectación del sistema cardiovascular; es intenso cuando ha habido una fase aguda prolongada, iniciación tardía del tratamiento, evacuación traumática o larga e intenso edema por aporte excesivo oral o parenteral. Como la mayor parte de las muertes tiene lugar en esta fase aguda de shock, hay que tratar éste con liquidoterapia, posición de Trendelenburg, vendaje elástico de las extremidades inferiores, vasoconstrictores y albúmina humana concentrada. Las manifestaciones hemorrágicas que aparecen al tercer día, y duran de tres a ocho, se asocian con disminución del número de plaquetas, aumento de la fragilidad capilar y prolongación del tiempo de hemorragia y de retracción del coágulo. Pueden producirse hemorragias en cualquier parte del cuerpo y su tratamiento es a base de transfusiones. La afectación renal se presenta del tercero al sexto día y cursa como una nefrosis de la nefrona inferior; la diuresis comienza del 9-11 días de enfermedad; el tratamiento consiste en reposo, sedantes, res-



trición de sal, aporte abundante de hidratos de carbono y de líquidos, gluconato cálcico como terapéutico y profiláctico de las manifestaciones neurológicas urémicas, insulina, glucosa y una resina de cambio de cationes para la hiperkalemia y riñón artificial o lavado peritoneal. La fase de convalecencia dura de tres a cinco semanas. Las secuelas son extremadamente raras; en un sólo caso ha quedado una parálisis del pie izquierdo por hemorragia medular.

**Tratamiento de las leucemias crónicas con irradiación total del cuerpo.**—Subrayan los autores que con su técnica de tratamiento han obtenido una prolongación significativa de la vida de los enfermos, a partir del comienzo de los síntomas o desde la primera terapéutica específica. Hay menos de una posibilidad de cada mil de que la supervivencia media de sus casos no sea significativamente mayor de la media de 1.978 enfermos tratados por otros métodos y menos de una por 40 de la 330 enfermos de la literatura tratados con fósforo radioactivo. Como en los casos previamente referidos por los autores, el 85 por 100 de tiempo post-terapéutico de los 95 leucémicos no tratados anteriormente pudo dedicarse a sus ocupaciones habituales. En 359 años de vida leucémica después del tratamiento, este grupo de enfermos consumió una media de sólo nueve días en el hospital y 3,4 (500 c. c.) transfusiones por año leucémico. Añaden que aunque actualmente no puede curarse la leucemia, sí puede controlarse durante largos períodos de tiempo y que el pronóstico de los tratados por los autores es mucho más optimista.

**Métodos físicos que simulan la tos en la poliomielitis, asma bronquial, enfisema pulmonar y bronquiectasias.** Describen los autores dos técnicas físicas que simulan el mecanismo fisiológico de la tos humana: 1. La cámara mecánica de tos utiliza una modificación de la cámara inmovilizante del pulmón, con la que la descompresión explosiva se combina con una presión diferente de compresión sobre la pared torácica y el abdomen. 2. El mecanismo de exsuflación depende de una expansión completa del pulmón por medio de una presión negativa de 40 mm. Hg. en el respirador; cuando se suprime abruptamente esta presión, la presión de relajación de los pulmones y de la pared torácica provoca un gran volumen espiratorio. La dilatación del árbol bronquial a 40 mm. Hg. facilita la entrada de aire en los alvéolos durante la inspiración y la contracción y acortamiento de los bronquios durante la espiración contribuye a la producción de grandes volúmenes espiratorios, que se aproximan a la de la tos de sujetos normales; en los enfermos con parálisis infantil supera a los de la tos más vigorosa. La adición de presión negativa aplicada a las vías aéreas superiores aumenta la eficacia de este procedimiento. El empleo en enfermos de poliomielitis hizo desaparecer la atelectasia en los ocho enfermos tratados; en 10 de 16 enfermos, la eliminación de las secreciones bronquiales se siguió de marcada mejoría en la ventilación y poder seguir en el respirador sin disnea. El valor de estos métodos de eliminar el esputo mucopurulento se apreció en la mayoría de 31 enfermos con asma bronquial, enfisema pulmonar y bronquiectasias; refieren un caso de status asmaticus, que expulsó moldes mucopurulentos y mejoró de la disnea con desaparición de la cianosis. Colocada la cámara con la cabeza baja facilita el drenaje bronquial y aumenta la presión de relajación de los pulmones. El efecto de elevar el diafragma por presión hacia arriba de las vísceras resultó de una sorprendente mejoría de la disnea en enfermos con enfisema; se observó radiológicamente un marcado aumento en la excursión diafragmática de reserva; al cambiar a la posición sentada disminuyó la ventilación pulmonar un 26 por 100. Concluyen que los efectos beneficiosos de la "respiración viscerodiafragmática" están causados por una ventilación más eficiente de los lóbulos pulmonares inferiores mal aireados.

**Respiración con presión positiva intermitente en el enfisema o enfermedades crónicas pulmonares.**—Des-

criben en detalle los autores los resultados de tratar 200 enfermos consecutivos con enfermedades pulmonares crónicas con una técnica de presión positiva intermitente. Del número total de enfermos, murió el 5,5 por 100, se puso peor el 1,5 por 100, siguió la misma el 11 por 100 y el 82 por 100 mejoró.

**Transmisión de radioyodo a los niños a través de la leche materna.**—Los autores discuten dos casos que demuestran la presencia de yodo radioactivo ( $I^{131}$ ) en la leche de madres lactantes después de la administración oral de dosis trazadoras del isótopo. La concentración de éste en la leche materna es lo suficientemente alta para apreciar el acaparamiento por el tiroides del niño. Advierten que los estudios trazadores en madres lactantes pueden ser peligrosos para los niños, aparte de que por la diversión hacia la leche puede dar resultados falsos. La terapéutica con yodo radioactivo está contraindicada en madres lactantes, puesto que el tiroides del niño puede tomar yodo radioactivo suficiente con la leche para deprimir o abolir la actividad funcional de la glándula.

**Visammin como broncodilatador.**— Los autores han administrado visammin (Khellin), 120 mg. diarios, y un placebo por vía oral en períodos alternos a ocho enfermos con asma crónico. Evalúan los efectos broncodilatadores de la droga por comparación con los broncodilatadores conocidos, utilizando métodos clínicos y de laboratorio. Dan un total de 300 mg. de visammin por vía intramuscular a seis enfermos durante el ataque asmático agudo y comparan los efectos broncodilatadores con los de la aminofilina y adrenalina. Concluyen que a las dosis usadas no pudieron demostrarse efectos broncodilatadores significativos, tanto por vía oral como intramuscular.

150 - 15 - 13 de diciembre de 1952

- Agentes antibióticos y quimioterápicos en las infecciones del tracto respiratorio. M. J. Romansky y G. A. Keiser.
- Agentes antibióticos y quimioterápicos en las infecciones de la sangre y del corazón. W. E. Herrell.
- \* Agentes antibióticos y quimioterápicos en las enfermedades del tracto gastrointestinal. J. D. Hughes.
- Agentes antibióticos y quimioterápicos en las infecciones del tracto genitourinario. R. M. Nesbit y W. C. Baum.
- \* Agentes antibióticos y quimioterápicos en las infecciones del sistema esquelético. W. A. Altier y T. Lagen.
- Tendencia actual en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades del tórax. J. W. Peabody.
- \* Comparación de los resultados de la vagotomía y gastrectomía subtotal para la úlcera duodenal. H. M. Pollard, R. J. Bolt, H. K. Ranson y J. E. Orebaugh.
- Factores infecciosos en la alergia pediátrica y del adulto. R. Chobot.
- Tratamiento de la intoxicación ocular por metil rosanilina con solución de fluoresceína. G. N. Hosford y J. G. Smith.
- \* Ictericia debida a la terapéutica con metiltestosterona. J. C. Wood.

**Antibióticos y quimioterápicos en las enfermedades gastrointestinales.**—Señala el autor que se han obtenido éxitos sorprendentes en el tratamiento de las infecciones intestinales y de la peritonitis y en la preparación operatoria del intestino con los quimioterápicos y antibióticos; sin embargo, los cuidados médicos y quirúrgicos siguen siendo tan importantes como siempre y no pueden ser sustituidos por dichas drogas. La fiebre tifoidea cura en la mayor parte de los casos con cloranfenicol a dosis altas continuadas durante dos semanas. La estreptomycin es la droga de elección en el tratamiento de la enteritis tuberculosa; la dosificación eficaz es 0,5 gr. dos veces al día, intramuscular, durante ciento veinte días, si el enfermo puede tolerarla durante tanto tiempo. Existe todavía gran controversia sobre la terapéutica de la amebiasis con antibióticos; todavía no han podido reemplazarse los métodos antiguos de tratar esta enfermedad por aureomicina, terramicina y bacitracina. La mayor parte de los antibióticos son eficaces contra la disenteria bacilar, pero ninguno es más eficaz que las sulfonamidas. Se han utilizado con éxito diversas sulfonamidas y antibióticos, bien individual o con-

juntamente, en el tratamiento de la peritonitis, siendo lo más popular una combinación de aureomicina, estreptomycin y penicilina o una sulfonamida. La aureomicina, 750 mg. cuatro veces al día, por vía oral, durante cinco días, es el método preferible de preparar el intestino para la operación; también son excelentes las sulfonamidas y la mayor parte de los antibióticos.

**Antibióticos y quimioterápicos en las infecciones del esqueleto.**—Declaran los autores que, como resultado de numerosos avances en la terapéutica antibacteriana, el pronóstico de los enfermos con infecciones del esqueleto ha mejorado ampliamente. Se ha revolucionado con la terapéutica antibiótica el tratamiento de la osteomielitis hematógena aguda piógena, ya que se produce un control rápido de la infección y la curación espontánea en la gran mayoría de los casos. En la osteomielitis piógena crónica y en las infecciones tuberculosas del esqueleto, el efecto de la terapéutica antibacteriana ha sido menos dramático; el tratamiento de estos dos tipos de lesiones está todavía basado primariamente en la excisión quirúrgica de los focos infectados, pero el empleo asociado de antibióticos antes y después de la operación ha conseguido una disminución de la morbilidad y una mayor incidencia de curación primaria después de la obliteración de las paredes rígidas de las cavidades resultante de la extirpación quirúrgica del foco. La osteomielitis crónica producida por la sífilis y la actinomicosis ha respondido lenta pero progresivamente en unos pocos casos a la terapéutica antibacteriana prolongada con resultados finales muy buenos. La osteomielitis blastomycótica sigue siendo refractaria a la quimioterapia.

**Comparación de la vagotomía y la gastrectomía subtotal en la úlcera duodenal.**—En los enfermos tratados por los autores de complicaciones de la úlcera duodenal crónica, utilizando las mismas indicaciones quirúrgicas y empleando la operación en tipos similares de enfermos, han obtenido un porcentaje comparable de resultados satisfactorios en los tratados con resección subtotal y en los que se hizo la vagotomía y gastroenterostomía. Sus cifras muestran un menor porcentaje de recidivas al cabo de cinco años en los tratados con vagotomía y gastroenterostomía. La mortalidad en su grupo de 53 personas resecadas fué del 6,1 por 100 y nula en las 38 personas tratadas por vagotomía, con o sin gastroenterostomía.

**Ictericia por metiltestosterona.**—El caso descrito por el autor demuestra todos los rasgos característicos de la hepatopatía por la terapéutica con metiltestosterona: hígado no doloroso, hiperbilirrubinemia prolongada sin aumento paralelo de la fosfatasa alcalina del plasma, descenso de la colesteroína esterificada del suero, ausencia de alteraciones en las proteínas del suero o de las pruebas de floculación, un cuadro histológico caracterizado por tapones de biliar en los canaliculos intercelulares sin necrosis y recuperación al suspender el tratamiento. En este caso se apreció además un descenso marcado de la colesteroína total y de la esterificada y tendencia a la hipoprotrombinemia. Piensa que en la producción del cuadro interviene un producto intermediario de la metiltestosterona, más que esta hormona per se y que sería responsable no sólo del efecto icterígeno, sino también de la creatinuria que presentan tales enfermos.

### The Journal of Experimental Medicine.

97-4-1953

- La producción in vitro de nuevos tipos de *Hemophilus influenzae*. G. Leidy, E. Hahn y H. E. Alexander.
- \* Homeostasis osmótica mantenida por el hígado, riñón y otros tejidos de los mamíferos. E. O. Opie y M. B. Rothbard.
- \* Recambio acuoso de los tejidos colágenos y de la gelatina. E. L. Opie y M. B. Rothbard.
- El efecto de la temperatura sobre el crecimiento del carcinoma de la rana inducido por virus. B. Lucké, L. Berwick y P. Nowell.

- \* Observaciones sobre la producción y excreción de colesterol en mamíferos. S. O. Evers, M. Friedman, M. W. Biggs y B. G. Glick.
- \* Malignidad inducida en células del miocardio de rata sometidas a anaerobiosis intermitente durante larga propagación in vitro. H. Goldblatt y G. Cameron.
- \* La distribución citológica en el músculo estriado de paloma de enzimas que actúan sobre nucleótidos fosforilados. A. Kitiyakara y J. W. Harman.
- \* La inactivación del complemento y sus componentes por la plasmina. L. Pillemer, O. D. Ratnoff, L. Blum y J. H. Lepow.

**Homeostasis osmótica mantenida por el hígado, riñón y otros tejidos de los mamíferos.**—Así como en los hematies han sido muy estudiadas las variaciones que en ellos producen las soluciones anisomóticas, en las células de los tejidos fijos es mucho menos conocido el problema. La presión osmótica mantenida por tejidos puede medirse estudiando las variaciones de peso de láminas delgadas de tejido, introducidas en soluciones salinas, inmediatamente después de su extracción del organismo. Así, puede verse que la concentración osmótica mantenida por el hígado de varios mamíferos es algo más del doble de la de la sangre y la del riñón es algo menos del doble de la de la sangre. Durante media hora, la presión osmótica se mantiene constante y después aumenta con la autólisis del tejido. El ayuno no influye en la presión osmótica de los tejidos; la dieta pobre en proteínas la disminuye, así como la obstrucción biliar.

**Recambio acuoso de los tejidos colágenos y de la gelatina.**—Utilizando la misma técnica del trabajo anterior, los autores demuestran que la toma de líquido por los tejidos, a partir de las soluciones débiles y su suelta de líquidos en las soluciones concentradas, depende de la presión osmótica en los tejidos. Pero cuando éstos son muy colágenos, como el corión de la piel o los tendones, aponeurosis, etc., influye mucho la capacidad de imbibición de la colágena, incluso en presencia de soluciones concentradas. Comparando la toma de agua de uno de tales tejidos fibrosos con la de gelatina en diferentes fases de hidratación, se ve que la curva es absolutamente equiparable.

**Observaciones sobre la producción y excreción de colesterol en mamíferos.**—En trabajos anteriores han demostrado los autores que cuando se eleva la concentración de colato en la sangre de ratas normales, como por la obstrucción biliar o por la inyección intravenosa continua de colato, se produce una hipercolesterinemia. Inversamente, en varias afecciones con hipercolesterinemia se ha demostrado una mayor concentración de colato en la sangre. En el trabajo presente se demuestra que la hipercolesterinemia por colato no se debe a alteraciones en la absorción, síntesis o distribución de la colesteroína, sino a la inhibición del paso de la colesteroína al hígado, probablemente por bloqueo de las proteínas plasmáticas que normalmente fijan colesteroína. En este sentido, su acción sería similar a la de algunos detergentes.

**Malignidad inducida en células del miocardio de rata, sometidas a anaerobiosis intermitente durante larga propagación "in vitro".**—Aunque se conocen muchos agentes carcinógenos, no se sabe nada del mecanismo íntimo de su acción. La diferencia de actividad enzimática de las células neoplásicas y las normales ha inducido a los autores a estudiar los efectos de la anaerobiosis intermitente (colocación en atmósfera de nitrógeno) sobre un cultivo de fibroblastos, procedentes de corazón de rata y mantenido "in vitro" durante años. Solamente después de la anaerobiosis repetida se produjeron alteraciones morfológicas de naturaleza maligna en el cultivo, las cuales no se produjeron en otras muestras del mismo no sometidas a la acción del nitrógeno puro.

**La distribución citológica en el músculo estriado de paloma de enzimas que actúan sobre nucleótidos fosforilados.**—La elaboración de uniones fosfato de gran actividad es considerada hoy como de importancia cru-



cial para las transformaciones de energía que se asocian al mantenimiento de los sistemas biológicos. Los estudios en los homogeneizados libres de células han demostrado que la actividad biológica de los mismos se puede prolongar por las medidas que aumentan la estabilidad de las uniones de fosfato de gran actividad. Los autores han ideado un método de fraccionamiento por centrifugación de los componentes citológicos del músculo pectoral de la paloma. En las mitocondrias es en las que se encuentra un máximo de adenosintrifosfatasa activable por el magnesio y de mioquinasa. Los componentes nucleares microfibrilares son el asiento de la adenosintrifosfatasa activable por el calcio y de la deaminasa del ácido adenílico.

**La inactivación del complemento y sus componentes por la plasmina.** — Se desconoce la acción del enzima proteolítico del plasma, plasmina, sobre las proteínas de la sangre. Es sabido que la adición de estreptoquinasa al plasma activa el plasminógeno a plasmina y los autores han demostrado que entonces se inactiva el complemento. Lo mismo sucede cuando se activa el plasminógeno con cloroformo. De los componentes del complemento, se inactivan por la estreptoquinasa el C'2, el C'4 y cantidades variables de C'1; el C'3 es el componente del complemento más resistente a la acción de la plasmina. La inactivación por la estreptoquinasa es inhibida por la alta concentración de hidrogeniones y por la temperatura baja. Es dudosa la relación que tienen estos hallazgos con los estados de la clínica en que se demuestra una disminución del poder complementario del suero.

### The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

39 - 6 - 1952

- El problema megaloblasto-normoblasto: un estudio citológico. H. Downey.
- \* Estudios sobre las plaquetas. V. Observaciones sobre la eliminación por la circulación pulmonar de las plaquetas inyectadas en enfermos con púrpura trombopénica idiopática. M. Stefanini, J. E. Chatterjee y W. Dameshek.
- \* Absorción de hierro por mujeres: comparación de tres sales ferrosas. M. R. Gram y R. M. Leverton.
- \* La velocidad de desaparición de la albúmina humana yodada del suero en relación con la concentración de albúmina, albúmina circulante total y la presencia de ascitis en enfermos con cirrosis. M. P. Tyor y D. Cayer.
- \* El patrón de anormalidad de la función hepática en el carcinoma metastásico. L. J. Thomas y H. J. Zimmerman.
- \* Tratamiento por corticotropina de las enfermedades crónicas del hígado. C. F. Williams y E. B. Flink.
- Los efectos de la cortisona sobre la respuesta cutánea a la histamina en conejos usando el azul de Evans como indicador. J. W. Chappell, R. H. Ebert y W. R. Barclay.
- Efectos y significado clínico de los contaminantes bacterianos en la sangre transfundida. A. I. Braude, J. P. Sanford, J. E. Bartlett y O. T. Mallory.
- Broncoespirometría. I. Revisión de la literatura. E. A. Gaensler.
- Broncoespirometría. II. Observaciones experimentales y consideraciones teóricas de la resistencia respiratoria. E. A. Gaensler, J. V. Maloney y V. O. Bjork.

**Estudios sobre las plaquetas.**—Se toman simultáneamente muestras de sangre de la arteria carótida primitiva y de una vena braquial en dos enfermos con púrpura trombopénica idiopática de la variedad "aguda", inmediatamente después y a diversos intervalos de tiempo tras la transfusión directa de sangre policitémica rica en plaquetas en la sangre periférica. Las plaquetas inyectadas desaparecen pronto, pero no se observaron diferencias significativas en su nivel en ningún momento entre las muestras tomadas de las porciones arterial y venosa de la circulación pulmonar. Aunque no se puede excluir que la eliminación activa de las plaquetas sucede en el pulmón, es obvio que no sucede tan precipitadamente como se ha descrito para los elementos leucocitarios.

**Absorción de hierro por mujeres.**—85 mujeres reciben 100 mg. de hierro por día durante cuatro semanas dis-

tribuidos de la siguiente manera: 29, en forma de gluconato ferroso; 29, como lactato ferroso, y las restantes, 27, como sulfato ferroso. Se midió la absorción de hierro, o la diferencia entre la ingestión y la excreción por las heces, durante la tercera y cuarta semana de medicación, determinándose asimismo los valores de hemoglobina semanalmente durante el tiempo de la medicación, y otras cuatro semanas después. La absorción media diaria fue de 9 mg. para el gluconato ferroso, 11 mg. para el sulfato ferroso y 13 mg. para el lactato ferroso. Aunque las diferencias no son significativas estadísticamente, constituyen una cierta indicación de que la mujer absorbe más lactato que gluconato o sulfato ferroso. La hemoglobina de estas mujeres normales no aumentó con la medicación por el hierro.

**La velocidad de desaparición de la albúmina humana yodada del suero.**—Los enfermos con cirrosis hepática tienen muchas anormalidades metabólicas, siendo de particular importancia el trastorno en la síntesis y metabolismo de la fracción albuminoidea del suero, habiéndose señalado que la disminución de la concentración de albúmina en el suero está relacionada con el desarrollo de ascitis, un disturbio complejo que está influenciado por muchos factores. Observando distintos factores, los autores concluyen que en los enfermos con cirrosis y ascitis la velocidad de desaparición de la proteína inyectada fue significativamente más lenta y la albúmina total circulante estaba reducida. Tales casos tenían un pronóstico uniformemente pobre. Los datos encontrados demuestran que la presencia de ascitis en los enfermos con cirrosis está asociada con una depleción de los depósitos de albúmina lábil.

**El patrón de anormalidad de la función hepática en el carcinoma metastásico.**—Se valoró el estado de la función hepática en 53 enfermos con carcinomas originados en diversos órganos. De los 17 casos sin metástasis evidentes, solamente seis mostraron retención anormal de bromosulfaleína, mientras los 37 con metástasis tenían todos retención anormal de bromosulfaleína. La turbidez del timol fue anormal en aproximadamente una cuarta parte de cada grupo y la floculación de la cefalina era anormal en el 30 por 100 de los casos sin metástasis y en el 40 por 100 de los casos con ellas. La desproporción entre la retención de bromosulfaleína y el mucho menor grado de anormalidad de las pruebas de floculación es frecuente, pero no invariablemente característica del carcinoma con metástasis hepáticas. Este hallazgo no se observa usualmente en los pacientes con carcinoma que no ha metastatizado el hígado.

**Tratamiento por corticotropina de las enfermedades crónicas del hígado.**—Los autores han tratado 10 casos con enfermedad crónica del hígado con ACTH durante períodos cortos, siendo dudoso que ningún caso haya recibido beneficio importante de esta terapéutica. Cuatro enfermos desarrollaron complicaciones serias. En uno aumentó la ascitis durante el tratamiento y murió de hemorragia por rotura de varices esofágicas veinticinco días más tarde. Otros dos casi tuvieron hemorragias graves, pero no fatales, en la primera semana de tratamiento. Otro desarrolló una psicosis transitoria. Cuatro de los cinco enfermos que tenían niveles elevados de ácidos biliares en sangre y prurito notaron mejoría completa o parcial de esta molestia, aunque la mejoría fue sólo temporal en todos los casos. En la mayoría de los pacientes hubo una disminución de las globulinas séricas y especialmente de la gamma-globulina.

### The Lancet.

6.743 - 22 de noviembre de 1952

- Lipomas. C. Warkle y P. Somerville.
- Anestesia general para la amigdalectomía por disección en niños. J. Bullough.
- \* Acciones hipotensoras del bromuro de hexametonio y alguno de sus homólogos. F. H. Smirk.

- Cambio de color tipo "arlequín" en el recién nacido, G. A. Neligan y L. B. Strang.
- \* Carcinoma primario del hígado consecutivo a la hepatitis viral, J. M. Walshe y H. H. Wolf.
- Investigación de grupos sanguíneos y estigmas falciformes en judíos yemenitas, R. Dreyfuss, E. W. Ikin, H. Lehmann y A. E. Mourant.
- \* Isoniazida en la lepra, J. Lowe.
- Necrosis hepática dietética, J. M. Naftalin.
- \* Raquitismo y aminoaciduria, J. H. P. Jonxis, P. A. Smith y T. H. J. Hulsman.
- Determinación de dextrosa en sangre, D. W. Vere.

**Acciones hipotensoras del bromuro de hexametonio y homólogos.**—El autor compara en hipertensos la acción del bromuro de hexametonio con la de dos nuevos bloqueantes ganglionares, el pendiomid (dibromuro de N, N, N', N'-pentametil-N, N'-dietil-3-azapentileno-1,5-diamonio) y el gaplegin (bromuro de hexametileno-bis-etil-dimetilammonio). Los resultados demuestran que las tres drogas son cualitativamente similares en su efecto hipotensor, producción de hipotensión postural y provocación de tolerancia, tanto para una droga como para los homólogos. Se necesita una dosis diez o más veces mayor por vía oral que por vía subcutánea. En inyección subcutánea, antes de producirse tolerancia se producen descensos iguales de la presión con 7 mg. de gaplegin, 15 mg. de bromuro de hexametonio y 7 mg. de pendiomid; desarrollada la tolerancia, el pendiomid es generalmente mucho menos eficaz que las otras dos drogas. En unos pocos enfermos, el gaplegin se tolera mejor que el bromuro de hexametonio, en el sentido de que a igualdad de efecto hipotensor son menores los efectos colaterales.

**Carcinoma primario del hígado consecutivo a hepatitis viral.**—Los autores describen dos casos de hepatitis viral y que evolucionaron a una cirrosis hepática y que ulteriormente desarrollaron un carcinoma primario del hígado. Piensan que la transformación neoplásica sea la consecuencia del proceso de regeneración continua de las células hepáticas, aunque aceptan como posible que el virus, permaneciendo activo, indujera tal transformación de las células regeneradas.

**Isoniazida en la lepra.**—El autor ha podido ver que la isoniazida no produjo mejoría significativa en 27 enfermos de lepra, que fueron tratados durante períodos de 14 a 23 semanas. Admite que dicha droga sea beneficiosa en la lepra, pero su acción es mucho menor que la de las sulfonas o tiosemicarbazona en casos comparables; puede tener cierto valor en el tratamiento de las manifestaciones agudas y subagudas de la enfermedad, pero sus resultados no fueron todos concluyentes.

**Raquitismo y aminoaciduria.**—Encuentran los autores que los niños con raquitismo eliminan una cantidad mucho mayor de aminoácidos en forma libre y conjugada que los niños normales. Se sabe que en el raquitismo padecen algunas funciones normales, como por ejemplo, la reabsorción de los fosfatos, que podría deberse a un hiperparatiroidismo secundario a la hipocalcemia o ser un resultado primario del déficit de vitamina D. Posiblemente tenga relación la defectuosa reabsorción de los fosfatos con la de los aminoácidos, péptidos y conjugados y tengan una causa común; sin embargo, al mes de tratamiento con calciferol se han normalizado los fosfatos en sangre mientras que persiste, aunque reducida, la excreción de aminoácidos. Finalmente, señalan que los miembros de una familia con raquitismo o signos de haberlo tenido eliminan más aminoácidos que los otros.

6.744 - 29 de noviembre de 1952

- \* Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa, P. B. Counsell y J. C. Goligher.
- Efecto de la reducción de peso sobre la presión arterial normal y elevada en la obesidad, L. Martin.

- Diverticulosis yeyunal con hemorragia, A. P. Waterson.
- \* Enfermedad cerebral debida a tumores de células insulares funcionantes, J. E. Richardson y D. S. Russell.
- Examen de la médula ósea costal para bacilos tuberculosos, K. Marsh y G. E. Barton.
- Más luz sobre la hepatitis del ratón, J. S. F. Niven, A. W. Gledhill, G. W. A. Dick y C. H. Andrewes.

**Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa.**—El tratamiento quirúrgico moderno de la colitis ulcerosa consiste en la ileostomía, seguida generalmente de colectomía y excisión del recto; al principio, los médicos no se mostraban propicios a aconsejar operación tan drástica, excepto en los enfermos casi moribundos, y en ellos la mortalidad quirúrgica era alta. Con los avances técnicos en la ileostomía, hoy se hace el tratamiento quirúrgico en estadios más precoces de la enfermedad. En el hospital de San Marcos, de Londres, se ven anualmente unos 120 enfermos con proctocolitis inespecífica crónica, de los que se operan unos 15-20 enfermos con procesos graves. Los autores revisan los primeros 90 casos en que se empleó el régimen quirúrgico moderno; en seis de ellos se había hecho ya la ileostomía y fueron enviados para completar el tratamiento. De su estudio llegan a la conclusión de que la ileostomía no es más que una parte del tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa; realizada exclusivamente no asegura la mejoría del estado general, ni evita las complicaciones como la degeneración maligna, hemorragias, artritis y otras manifestaciones metastásicas de la enfermedad. Para conseguir la curación completa deben extirparse el colon y el recto; la tendencia actual es hacia la colectomía precoz simultánea con la ileostomía.

**Enfermedad cerebral debida a tumores de células insulares funcionantes.**—En el London Hospital se han visto en los cinco últimos años seis casos de enfermedad cerebral consecutiva a hipoglucemia espontánea. La semejanza del curso clínico fué notable y todos los enfermos presentaron un problema neurológico. Los autores consideran sorprendente que se diagnostique tan poco un síndrome tan constante, pero los adenomas insulares son generalmente pequeños y pueden pasar inadvertidos en la necropsia. Las células del sistema nervioso central son muy sensibles al descenso de la glucemia; al principio, el trastorno es sólo funcional, pero más tarde la lesión es irreversible. En todos los casos descritos, los síntomas sugerían una lesión difusa del cerebro, con trastorno hipotalámico en particular. Las marcadas manifestaciones vegetativas (sudoración, fiebre, taquicardia, sofocos y, posiblemente, embotamiento de la conciencia) condujeron a los neurólogos a localizar la lesión en el hipotálamo en cuatro casos. Es difícil decidir si el predominio de dichos síntomas se debe a una susceptibilidad especial de dicha región a la hipoglucemia o si son tales manifestaciones las que atraen la atención. En los dos casos fatales existía fiebre y taquicardia; en uno de ellos la fiebre fué terminal y se meaba estrechamente los casos en que se lesiona accidentalmente el hipotálamo; la hipoglucemia estimula la producción de adrenalina, pero esto no explicaría el resto de las manifestaciones clínicas. En los casos avanzados la glucemia y la respuesta a la glucosa no son uniformes, lo que conduce a confusiones; una de las razones de error en el diagnóstico es que la glucemia no está siempre baja y puede no haber respuesta al dar glucosa intravenosa. En uno de los enfermos, visto a los diecisiete días del primer ataque, los síntomas eran paroxísticos y había una rápida respuesta a la glucosa; otro enfermo respondía también a la glucosa a los dos meses y medio del comienzo de los síntomas y en otro la respuesta era sólo parcial. En dos enfermos que fueron operados con éxito hubo una glucosuria postoperatoria transitoria; éste es un signo de seguridad para el cirujano, de no haberse dejado sin extirpar pequeños adenomas de tejido insular.