

MEDICINA INTERNA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CONSECUENCIAS DE LA NEFROANGIOGRAFIA, LA CARDIOANGIOGRAFIA Y LA ANGIOGRAFIA CORONARIA

Södermark, T. y Mindus, P.

Acta. Med. Scand., 183:177, 1968.

Se presenta el estudio de los expedientes de 329 pacientes en los que se realizó una angiografía. Se encontraron quince complicaciones (4,6%). Se valoran las complicaciones observadas en las nefroangiografías realizadas en la investigación de la hipertensión en función de los beneficios obtenidos; sólo tres pacientes de los 101 estudiados obtuvieron algún beneficio de la intervención. Se revisan algunos datos de la literatura, y los autores concluyen que las indicaciones de la nefroangiografía podrían modificarse mediante la inclusión de otras investigaciones selectivas.

NUEVAS EXPLORACIONES RADIODIAGNOSTICAS DEL HIGADO

Wellauer, J.

Schweiz. Med. Wschr., 98:262, 1968.

Se han introducido y probado en la práctica los siguientes procedimientos radiodiagnósticos hepáticos: la colangiografía transhepática percutánea, la esplenoportografía, la hepatovenografía y la aortografía total y selectiva. Estos nuevos métodos de investigación han mostrado tener un espectro en aumento de utilidad, haciendo posible visualizar con igual exactitud la estructura anatómica vascular normal y sus cambios degenerativos, inflamatorios o tumorales. La densitometría representa un adelanto importante para lograr estudiar mediante el radiodiagnóstico, no sólo la morfología del hígado y sus vasos, sino, en cierto grado, también su función.

CAPACIDAD DE FIJACION DE CALCIO POR EL PLASMA EN ALGUNAS CONDICIONES PATOLOGICAS

Adamski, A. y Smarsz, C.

Pol. Arch. Med. Wewn. 40:667, 1968.

Se realizó una investigación en 180 pacientes con cirrosis hepática, ictericia por coleditiasis, pancreatitis aguda o crónica, úlcera gástrica o duodenal, trastornos por gastrectomía parcial y diabetes. Se midió la capacidad de las proteínas plasmáticas para fijar el calcio; esto se hizo determinando la fracción

proteica del calcio plasmático total, calculando la cantidad de calcio proteico por gramo de proteína plasmática, y midiendo la constante de disociación de los proteinatos de calcio. En todos los grupos de pacientes los parámetros mencionados se encontraron alterados, indicando un aumento de la capacidad de las proteínas plasmáticas para fijar al calcio. Se sugiere que, si se eliminan otras causas, las proteínas plasmáticas pueden ser las responsables del fenómeno.

MICROBIOLOGÍA

TRANSDUCCION DE UN GENE QUE CONTROLA LA SENSIBILIDAD A LA RADIACION Y LA SINTESIS DEL POLISACARIDO BACTERIANO DE SHIGELLA DISENTERIAE A E. COLI

Markovitz, A., Rosenbaum, N. y Baker, B.

J. Bact., 96:221, 1968.

Cuando se emplea la cepa 60 de *S. Disenteriae* como donador y cepas de *E. coli* K-12 sensibles a la luz ultravioleta (UV), mucoides y que requieren prolina como receptores, la selección de las bacterias Pro⁺ da un 2 a un 6% de clones mucoides. Todas las clones no mucoides examinadas son UV-resistentes. La mayoría de las transductantes UV-resistentes no mucoides son diploides parciales de los genes estudiados. Cuando estos híbridos de *Shigella*-*Escherichia* se emplean como donadores con los mismos receptores de *E. coli*, la cotransducción de la característica de mucoides y Pro⁺ aumenta notablemente (59 a 94% de cotransducción). Todas estas transductantes no mucoides fueron también UV-resistentes. Los resultados indican que *Shigella* contiene un alelo (denominado ShproC⁺) homólogo al ProC de *E. coli* y un segundo alelo ligado (denominado ShcapR⁺) homólogo al alelo capR de *E. coli*. El alelo ShcapR⁺ cambia el fenotipo de ciertas cepas de *E. coli* de mucoides y UV-sensibles (capR6) o muy sensibles (capR9) a no mucoides y UV-resistentes. Se describen interacciones no anticipadas del alelo capR en los híbridos parcialmente diploides.

PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR MUTACIONES SIN SENTIDO

Berkowitz, D., Hushon, J. M., Whitfield, Jr., H. J., Roth, J. y Ames, B. M.

J. Bact., 96:215, 1968.

Se ha ideado un método para la identificación rápida de

mutaciones sin sentido (UAG, UAA, UGA) en *Salmonella*. Las mutaciones a probar se revierten, y las revestientes se copian en placas de lactosa sembradas con las cepas de prueba. Estas cepas de prueba contenían episomas F⁺lac con mutaciones sin sentido en el gene episómico Z. Las revertientes se infectan con el episoma de la capa de la cepa de prueba. Debido a que *S. typhimurium* es incapaz de fermentar la lactosa, sólo las revertientes que tienen supresores sin sentido pueden crecer en lactosa. Si aparecen colonias sobre la placa de lactosa, se puede concluir que la cepa original tiene ahora una mutación sin sentido, ya que los supresores sin sentido suprimen al fenotipo mutante.

TRANSFERENCIA GENETICA EN CEPAS DE PASTEURILLA PSEUDOTUBERCULOSIS

Morris, B. C. y Burrows, T. W.
J. Gen. Microbiol. 52:25, 1968.

La cepa 321V de *P. pseudotuberculosis*, aceptó el episoma F⁺lac de la cepa 23.10S de *E. coli*, y se comportó como un donador genético en cruces con distintos auxótrofos de *P. pseudotuberculosis*. Algunas marcas seleccionadas en el donador se transfirieron a frecuencias de 10^{-4} a 10^{-5} , y otras parecieron no haberse transferido. Hasta el cuarenta por ciento de las recombinantes fueron Lac⁺. Las recombinaciones seleccionadas mostraron distintas frecuencias en las marcas no seleccionadas, empleando distintos marcadores seleccionados: las obtenidas empleando una selección de dos marcas mostraron un aumento de la frecuencia de las marcas no seleccionadas. Este experimento no apoya algunas explicaciones postuladas para el origen de las recombinantes (crecimiento sintrópico, clones mixtos o reversiones múltiples del receptor).

VIABILIDAD DE STOCKS FERTILES DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Herman, A. I. y Griffin, P. S.
J. Bact., 95:1758, 1968.

La composición del diluyente, el tiempo utilizado para las manipulaciones experimentales y la presencia de agentes letales del grupo de la plocina, afectaron la viabilidad de los stocks de cepas auxótrofas de *Pseudomonas aeruginosa*, factor de fertilidad positivo o factor de fertilidad negativo. En los mismos cultivos, la recuperación de revestientes protótrofos aumentó al disminuir el número de células viables colocadas en cada placa. Como consecuencia, el número de revertientes recuperado se determinó indirectamente por las actividades combinadas de las tres situaciones que afectaron la viabilidad. Se presentan las modificaciones posibles que afectan la viabilidad y la interpretación del sistema de recombinación genética mediado por el factor de fertilidad positivo y el factor sexual.

MORFOLOGÍA

VASOS SANGUINEOS TERMINALES DE LOS MUSCULOS ESTRIADOS EN EL HOMBRE

Markizov, F. P.
Arch. Anat. Cistol. Embriol., 54:21, 1968.

El estudio de diversos músculos estriados, previa inyección del lecho vascular mostró que en las aponeurosis más delgadas, los vasos sanguíneos más delgados forman sistemas microcirculatorios relativamente aislados unos de otros que constan de precapilares y postcapilares unidos por capilares y distribuidos en forma transversal en relación con los haces musculares. A lo largo de los haces musculares, cada capilar y postcapilar están situados entre dos precapilares. La densidad de la red capilar en los haces musculares depende del número y diámetro de las fibras que los componen, así como de la masa de las capas de tejido conjuntivo. Los haces musculares con mayor número de fibras y menor masa de tejido conjuntivo presentan la mayor saturación con vasos sanguíneos; en condiciones semejantes, los haces de fibras delgadas tienen más capilares, en comparación con los de fibras gruesas. El diámetro de los capilares es siempre de 7 a 10 micras. En condiciones normales, tanto los capilares como los vasos mayores corren en línea recta en los haces musculares; en condiciones patológicas se observan sinuosidades y alteraciones irregulares del calibre. La vascularización de los haces de distintos músculos se caracteriza por una relación cuantitativa distinta entre los vasos sanguíneos y los elementos que sostienen a los haces, así como por diferente arquitectura de los pre- y postcapilares.

INSERCCIONES Y PERFORACION DEL MUSCULO CORACOBRAQUIAL

C. R. Ass. Anat., 139:923, 1968.

En un estudio de 350 preparaciones, se encontró que el músculo coracobraquial se inserta en el vértice y la cara interna de la apófisis coracoides en el 60.3% de los casos; en el vértice y borde interno, en el 26.3% y en el vértice de la apófisis en el 13.4% de los casos. En general, el músculo coracobraquial y la cabeza corta del bíceps se unen en una distancia de 2.5 a 14 cms., con un promedio de 7.9 cms. La inserción inferior se encuentra en el tercio medio de la superficie interna y borde del húmero (79.5%), en el tercio inferior de la superficie interna y borde (14.7%) y en el tercio superior de la superficie interna (5.8%). No pocas veces la inserción inferior del músculo se encuentra en el tabique intermuscular medio (60.3%). El nervio musculocutáneo perfora al músculo en el 93.16% de los casos. En el 33.73% de las preparaciones, perfora al músculo en su tercio superior, en 53.45% en el tercio medio, y en el 4.28% en el tercio inferior. En el 4.28% de los casos, la perforación es superficial. En uno solo de los casos, el nervio perforaba al bíceps (0.29%), mientras que en el 6.25% no perforaba al músculo coracobraquial, sino que pasaba cerca y por encima de él. La longitud del conducto muscular formado por el paso del nervio musculocutáneo al través del músculo coracobraquial varía de 0.5 a 4.3 cms., con un promedio de 3.15 cms. En ocasiones el conducto muscular puede duplicarse (0.87%).

ALGUNOS ASPECTOS DEL ANALISIS ESTADISTICO DEL "MODELO MIXTO"

Koch, G. G. y Kumar Sen, P.
Biometrics, 24:27, 1968.

El trabajo revisa el análisis estadístico (paramétrico o no) de experimentos en "modelos mixtos". La estructura general de tales experimentos implica a n sujetos elegidos al azar que responden una vez a cada uno de p tratamientos diferentes.

De esta manera se tiene una distribución de los efectos sobre el grupo al azar y se fijan los efectos del tratamiento. La hipótesis del no efecto del tratamiento se analiza bajo diferentes combinaciones de suposiciones relativas a la distribución conjunta de las observaciones de cada uno de los sujetos en particular. Para cada situación se analiza un procedimiento adecuado de prueba y se estudian sus propiedades. Los distintos métodos mencionados en el trabajo se ilustran al detalle con dos ejemplos numéricos; estos ejemplos se eligieron para ilustrar los valores relativos de los distintos criterios de prueba para una situación en la cual la hipótesis de la negación es esencialmente verdadera, y para una situación en la que es esencialmente falsa. El lector podría desear empezar por estudiar estos ejemplos para una mejor comprensión de la teoría. Finalmente, la sección de los ejemplos contiene algoritmos para la computación eficiente de los distintos criterios de prueba. Tomando como base estos algoritmos, se ha escrito un programa de computación que puede proporcionarse a las personas interesadas.

NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

DIAGNOSTICO NEUROLOGICO. SIGNIFICACION Y LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS AUXILIARES

Johnson, A. C.
Rocky Mtn. Med. J., 65:51, 1968.

Las pruebas son útiles dentro del objeto específico de cada una, y dentro de los límites de su exactitud. La suposición de que cualquiera de estos estudios, sobre todo si resultan negativos, puede aceptarse como definitivo, puede llevar a resultados desastrosos. Todos los estudios auxiliares son simplemente mediciones; hay un rango variable para el valor "normal" y hay cifras que se desvían de él, pero no necesariamente son "anormales" e indican la presencia de una enfermedad. La precisión técnica con que se pueden realizar los procedimientos diagnósticos en la actualidad no significa una precisión igual en la significación diagnóstica. Una prueba de laboratorio fuertemente "positiva" que no se correlaciona con los datos clínicos puede significar un error en la prueba misma. Un dato "sugestivo" que se correlaciona con la historia y datos clínicos puede tener más significación que una prueba fuertemente "positiva" que no corresponde con la clínica.

PROBLEMAS NEUROLOGICOS DE LOS ANCIANOS

Forster, M. D.
Wisc. Med. J., 67:121, 1968.

El factor más importante en la neurología de la población de edad avanzada es el desarrollo de la sospecha en relación con aquellos síntomas y signos que, dentro de ciertos límites, pueden ser naturales en la senectud normal. El grado, la localización y la frecuencia pueden indicar que se trata del re-

sultado de un proceso patológico y no del envejecimiento normal. A esto deberá de seguir el empleo juicioso de los medios diagnósticos y el empleo de medidas de seguridad, de acuerdo con el paciente en particular, de manera de prescribir medidas terapéuticas el sistema nervioso de los ancianos tan joven como sea posible.

ESTUDIO ANALITICO DEL COMA

Snah, G. B.
Indian Pract., 21:263, 1968.

Se han estudiado cien casos consecutivos de coma. Se analizaron los casos para determinar la frecuencia del coma en relación con la edad y el sexo, los factores etiológicos y la correlación entre la profundidad del coma y el pronóstico. Se compararon los datos con los de otros estudios. El coma no siempre es una situación terminal irreversible; su resultado está en relación con la profundidad de la inconciencia alcanzada. El descubrimiento oportuno de la causa del coma a menudo permite instituir la terapéutica salvadora.

ESTUDIO DE LA FUNCION DEL CEREBRO EN LA PSORIASIS

Borza, L.
Z. Haut-Geschl. Kr., 43:59, 1968.

Se estudió el efecto de una serie de fluctuaciones de frecuencia crítica en un grupo de veinte pacientes con psoriasis vulgaris y un grupo testigo de veinte personas con distintos tipos de padecimientos. Se observó que el grupo con psoriasis presentó un aumento de la tolerancia a la integración en el sistema nervioso central. Los resultados fueron verificados con métodos estadísticos matemáticos, y se encontró una gran significancia. Los estudios adicionales no mostraron ninguna evidencia sobre el papel de ningún factor neurótico.

EL CEREBRO HUMANO Y LA MEDULA ESPINAL. ESTUDIO HISTORICO ILUSTRADO CON ESCRITOS DESDE LA ANTIGÜEDAD HASTA EL SIGLO VEINTE

Clarke, E. y O'Malley, C. D.
University of California Press, Berkeley, 1968.

De acuerdo con la creencia de Aristóteles de que "ve mejor las cosas quien las ve desde el principio", se hace una revisión del camino del conocimiento humano del cerebro y asuntos relativos del sistema nervioso desde los principios más remotos hasta los conceptos más modernos. La mayor parte de esta obra consta de extractos (en inglés) de los escritos que representan los principales acontecimientos en la evolución del conocimiento humano sobre la anatomía y fisiología del sistema nervioso. Estas contribuciones clásicas están ordenadas en forma cronológica bajo grupos que representan las estructuras anatómicas principales, como la médula espinal y el cerebro, y principios fisiológicos, como los de las localizaciones cerebrales y los reflejos. Cada una de estas selecciones se acompaña de una nota biográfica breve de cada autor y una discusión de la relación de su contribución con las de otros.

Se incluye también un apéndice de Técnicas Neuroanatómicas y una Bibliografía sencilla.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

FRACTURAS DESPLAZADAS DE LA ORBITA: METODO DE TRATAMIENTO CON REPORTE DE TRES CASOS

McLachlan, L. H.

J. Amer. Osteopath. Ass., 67:788, 1968.

El diagnóstico y tratamiento tempranos de las fracturas orbitarias disminuyen la posibilidad de lesión e incapacidad permanentes, particularmente en las lesiones múltiples del piso de la órbita. El diagnóstico se basa en los datos clínicos y radiológicos. El primer tratamiento quirúrgico se intenta por medio de una incisión infraorbitaria para examinar el piso de la órbita directamente. Esto va seguido de una antrotomía oral para reacomodar los fragmentos desplazados y mantenerlos en su sitio con un empaque en el antro. Para reparar los defectos orbitarios se emplean diversos materiales; el hueso autógeno se considera el material de elección. Se reportan tres casos de fracturas orbitarias para ilustrar el empleo de la antrotomía y la vía infraorbitaria. En dos de los casos se emplearon fragmentos recortados de la lámina perpendicular del etmoides o del cartilago cuadrangular para reparar el piso de la órbita.

ENTRENAMIENTO PARA PREGRADUADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Alberti, P. W. R. M. y Dawes, J. D. K.
J. Laryng., 82:723, 1968.

En la Universidad de Newcastle, en Tyne, se ha introducido un nuevo curriculum que implica un cambio considerable en el entrenamiento en otorrinolaringología. Se proporciona la teoría durante todas las tardes de dos semanas, por medio de conferencias, y métodos auxiliares de enseñanza. El entrenamiento clínico se proporciona a grupos de 2 ó 3 alumnos a lo más en dos hospitales durante dos semanas; en uno de ellos se requiere que los estudiantes residan en él. Los grupos pequeños permiten que el tutorio sea práctico y personal. Se mencionan también algunas dificultades con que se tropezó en la iniciación y desarrollo del curso.

PROBLEMAS COMBINADOS NEURO-OTOLOGICOS Y NEUROQUIRURGICOS EN LOS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA

Schnzider, R. C. y Boles, R.
Laryngoscope, 78:955, 1968.

Se presentan problemas generales relacionados tanto con la neuro-otología, como con la neurocirugía. Deberá de hacerse hincapié sobre una buena valoración inicial del problema y exámenes subsecuentes seriados. Se presentan los signos y síntomas de algunos de los problemas más engañosos. Si en estos problemas traumáticos combinados se han de reducir los

índices de mortalidad, es necesario contar con un equipo en cooperación de un neurocirujano con un neuro-otólogo.

ENFOQUE CEFALOMETRICO PARA ESTABLECER LA DIMENSION FACIAL VERTICAL

Hull, C. A. y Junghans, J. A.

J. Prosthet. Dent., 20:37, 1968.

Se discute la cefalometría como arma clínica. La aplicación del análisis cefalométrico en la protodoncia dependerá de su uso y valoración clínicas. Se puede adaptar una técnica aceptable para obtener cefalogramas laterales con fines protodónticos para el equipo común del consultorio dental. El análisis cefalométrico de la dimensión facial vertical presenta un panorama gráfico de los problemas a los que se enfrenta el protodoncista en la valoración de la disminución de las dimensiones verticales de cada paciente. El valor del análisis cefalométrico como ayuda diagnóstica para el protodoncista sólo se podrá determinar mediante su aplicación clínica.

EL VALOR DEL METODO DE SUBSTRACCION EN RADIOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGICA

Frattina, A. y Chiesa, A.

Minerva Otorinolaring., 17:206, 1967.

Esta técnica se ha empleado en varias de las investigaciones angiográficas que son de valor en la especialidad, así como en la arteriografía de las carótidas externa e interna en la arteriografía de la vertebral y en la venografía de la yugular. Se le ha empleado también en el estudio de la parótida en la sialografía y durante el examen de la laringe en proyección AP. Se ha encontrado que en todas estas aplicaciones, el método es particularmente útil, y proporciona una información significativamente mayor.

PSIQUIATRÍA

LA RELIGIOSIDAD, LA ANSIEDAD GENERAL Y LA APRENSION EN RELACION CON LA MUERTE

Williams, R. L. y Cole, S.

J. Soc. Psychol., 75:111, 1968.

Se dividió al grupo de sujetos en subgrupos de religiosidad alta, intermedia y baja, de acuerdo con sus índices de participación religiosa. Partiendo de la afirmación de Freud, de que la religión es el producto de la inseguridad, se postuló que la religiosidad y los índices de seguridad mostraban una relación inversa. En los tres grupos mencionados de diferente religiosidad, se determinaron dos tipos, la ansiedad generalizada y la aprensión en relación con la muerte, y dos niveles de inseguridad manifiesta, la ansiedad consciente, y las repercusiones fisiológicas. Los individuos de religiosidad alta manifestaron la menor ansiedad en todos aspectos, y el grupo de religiosidad baja, la mayor inseguridad generalizada (p menor de 0.001). El grupo intermedio, aunque no en grado significativo, mostró los índices más altos de repercusión fisiológica de la ansiedad general, un temor controlado a la

morte, así como repercusiones fisiológicas con los estímulos relacionados con la muerte.

ESTUDIO CRITICO Y REINTERPRETACION PROBABLE DE LA BAJA FRECUENCIA DE NEUROSIS EN LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO CON CANCER DEL PULMON

Huggan, R. R.
Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 7:122, 1968.

El autor pone en duda la idea de Kissen, de que el bajo índice de neurosis del grupo de pacientes considerado es un dato que confirma la hipótesis de que los hombres con cáncer pulmonar presentan una disminución de las vías de descarga emocional. La interpretación de Kissen de la neurosis, no sólo no es la más lógica, sino que además implica la suposición, no comprobada, de que el comportamiento autorrepresor del sujeto refleja en forma exacta su posición en la dimensión de la neurosis. Los otros datos parecen interpretarse en forma más sencilla, y sin alejarse demasiado de los datos, como manifestaciones de una tendencia a distorsionar la respuesta en el sentido de una valoración positiva. El autor ha aplicado la expresión "engaño benéfico" para esta tendencia. A la luz de datos adicionales, se sugiere una reestructuración del modelo conceptual aplicado a la interpretación de los datos. Tomando como base el modelo revisado, se hacen predicciones susceptibles de ser demostradas y se indican sistemas de prueba que pueden ser aplicados para su verificación.

PEDIATRÍA

SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS E INFANTES. ESTUDIO CLINICOPATOLOGICO DE 135 CASOS

Soule, E. H., Mahour, G. H., Mills, S. D. y Lynn, H. B.
Mayo Clin. Proc., 43:313, 1968.

Se estudiaron 135 sarcomas de tejidos blandos en niños de menos de 16 años (exclusivamente del sistema nervioso central y sarcomas y linfomas malignos intracraneales). Los tumores fueron observados en la Clínica Mayo en el periodo de 16 años comprendidos de 1950 a 1965. La edad promedio de los pacientes fue de 7.3 años; 67 fueron del sexo masculino y 68 del femenino. Se encontraron once tipos histológicos de sarcoma. El rhabdomyosarcoma y el sarcoma de origen no determinado representaron el 75 por ciento de los casos. Más de las dos terceras partes de los tumores representaron lesiones de la cabeza, el cuello y las extremidades. De 81 casos que recibieron tratamiento inicial antes de enero de 1961, 19 (23.4%) vivieron cinco o más años.

PROBLEMAS QUIRURGICOS DEL RECIEN NACIDO

Wilkinson, A. W.
Canad. Med. Ass. J., 98:205, 1968.

En Canadá, durante 1964, la mortalidad infantil fue de 24.7 por cada 1,000 nacimientos, y 11,169 niños murieron

durante el primer año de su vida. Entre las causas de la muerte, después del nacimiento prematuro, la siguiente causa más común fueron las malformaciones congénitas (1,969 muertes). Las anomalías del sistema nervioso central representaron cerca de los dos tercios de todas las muertes, siendo la hidrocefalia congénita y el meningocele las más comunes del grupo. Cuando se observan manifestaciones de hidrocefalia progresiva, deberá de insertarse alguna válvula, como la de Spitz-Holter. En los casos de meningocele, la lesión deberá de cubrirse con piel sana. Las posibilidades de tratamiento quirúrgico de las anomalías congénitas del aparato cardiovascular han aumentado considerablemente en los últimos años. El procedimiento de Blalock-Hanlon y la operación de Mustard para la transposición de los grandes vasos, permiten que vivan niños que solían morir antes del primer año de su vida. Para muchas de las anomalías del aparato urinario, desgraciadamente no hay aún muchas esperanzas de corrección quirúrgica, y la mayoría de los niños nacidos con vejiga ectópica requieren la desviación de la orina hacia el colon o hacia un segmento aislado del ileon. La detección temprana de anomalías digestivas es de la mayor importancia, ya que, sobre todo cuando producen obstrucción intestinal, pueden ser fatales, y el tratamiento quirúrgico adecuado asegura la corrección definitiva del funcionamiento satisfactorio. El tratamiento quirúrgico de estas anomalías es posible sólo en algunos centros, cada uno de los cuales debe de servir a una población suficientemente grande, de cuando menos 3 millones, para asegurar que el equipo quirúrgico o el hospital logren experiencia adecuada.

REHABILITACIÓN

TEORIA DE AJUSTE AL TRABAJO. REVISION

Davis, R. B., Lofquist, L. H. y Weiss, D. J.
University of Minnesota, Minneapolis, 1968.

En el centro de relaciones industriales de la Universidad de Minnesota se ha desarrollado una teoría del ajuste al trabajo. Existen actualmente múltiples instrumentos (cuestionarios, escalas, pruebas) para quien los solicite. Estos instrumentos hacen posible que las agencias vocacionales de rehabilitación y los consejeros realicen investigaciones sobre clientes colocados en trabajos, midiendo su ajuste al trabajo (satisfacción propia y de los demás) y su relación con la conservación del mismo. Mediante este método es posible valorar la eficacia del programa de una agencia vocacional de rehabilitación, y comparar los distintos métodos de consejo vocacional. La teoría del ajuste al trabajo proporciona un sistema para pensar en cómo se relacionan las personas con el trabajo, y qué tipo de información se requiere para comprender esta relación. La base es la comunicación entre las personas y su medio. Todo individuo busca lograr y mantener comunicación con el medio; este es el motivo básico del comportamiento humano. El trabajo representa un medio importante con el cual la mayoría de los individuos deben de relacionarse. La comunicación entre el individuo y el trabajo se puede describir en términos de la satisfacción de los requerimientos del trabajo por el individuo y la satisfacción de los requerimientos del individuo por parte del trabajo. El proceso continuo y dinámico mediante el cual el individuo busca lograr y mantener

comunicación con su ambiente de trabajo es lo que se denomina ajuste al trabajo. La estabilidad de la comunicación entre el individuo y el medio de trabajo se manifiesta en la conservación del trabajo. La satisfacción propia y la de los demás es una indicación de la comunicación del individuo y su medio de trabajo. Estos son los indicadores básicos del grado en que son adecuadas las relaciones logradas para mantener la comunicación con el medio de trabajo. La habilidad y las necesidades son los principales factores que definen la personalidad en el trabajo. El medio de trabajo puede describirse en términos de la personalidad en el trabajo, es decir, en términos de los requerimientos de habilidad y sistemas de refuerzos. Los requerimientos de habilidad se pueden establecer del estudio de los trabajadores eficientes con una conservación adecuada del trabajo. Los sistemas de refuerzo o incentivos se pueden establecer del estudio de trabajadores satisfechos que han conservado su trabajo. Se ilustran con gran claridad la predicción de la conservación, el establecimiento de los requerimientos para el ajuste al trabajo, la personalidad en el trabajo y el ajuste al trabajo.

CUIDADO CONTINUO. LA RELACION ENTRE EL CENTRO MEDICO AGUDO Y LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Rowlands, G. R., Jaeger, B. J. y Gregg, R. A.
Arch. Phys. Med., 49:285, 1968.

Una de las áreas más débiles en el proceso de rehabilitación es el regreso del paciente del hospital al medio de la comunidad. El contraste entre la institución del Centro Médico, que es eminentemente dinámico con su aumento creciente de la especialización y sofisticación, y la familia, que es esencialmente estática y circunscrita en términos de recursos, es un hecho aparente. Esto es particularmente notable en aquellas partes en que el centro médico se encuentra en un medio semirural de pocos ingresos y educación. Frente a tal situación, las posibilidades del médico en relación con los problemas de los cuidados posteriores al tratamiento son demasiado estrechos para permitirle prescribir nada que se acerque al óptimo en relación con el tratamiento. El resultado es que los beneficios obtenidos en el hospital, a menudo se disipan. El

proyecto de Cuidado Continuo de la Universidad de Duke en su Centro Médico representa un intento para reforzar este aspecto, tratando de encontrar nuevas alternativas para elevar el potencial de rehabilitación de los pacientes que requieren cuidado continuo.

REHABILITACION Y GERIATRIA

Van De Ven, G. R. M.
Ons Ziekenhuis, 30:171, 1968.

El autor critica las conclusiones de un reporte en relación con la rehabilitación y la geriatría. Se discute el enfoque general de la gerontología y la geriatría. Se indica el lugar del especialista en rehabilitación y medicina física en el hospital y el centro de rehabilitación y su contacto y cooperación con médicos en centros para enfermos crónicos. Se hace un análisis del concepto de gerontología, las tareas del gerontólogo y la educación médica del personal de los centros para enfermos crónicos que han de tratar con la reactivación, más que con la rehabilitación en su consenso amplio y activo.

RESPIRATORIO

LA MEMBRANA HIALINA PULMONAR. SITIOS DE FORMACION EN PULMONES ADULTOS DESPUES DE LA RESPIRACION ADICIONAL E INHALACION DE OXIGENO

Barter, R. A., Finlay-Jones, L. R. y Walters, M. N-I.
J. Bact. Path., 95:481, 1968.

Se describen diez pacientes en quienes se encontró membrana hialina en la autopsia. La revisión de los protocolos clínicos reveló un factor etiológico común, la inhalación de oxígeno con tranqueotomía por medio de un aparato de presión positiva intermitente (el aparato de Bird). Las membranas se localizaron predominantemente en los bronquiolos respiratorios, y mostraron relación con las concentraciones de fibras elásticas en estas vías aéreas. Se indica que se requieren investigaciones anatómicas más detalladas para aclarar esta localización precisa y específica de las membranas, tanto en pulmones adultos como neonatales.