

en su cara superior una abertura proporcionada al tamaño de la arteria que se va a anastomosar y se procede a hacer la anastomosis con hilo de seda n.º 00000, montado en aguja atraumática en sutura de colchonero continua, sólo interrumpida con cuatro puntos de fijación en los cuatro puntos cardinales (fig. 2).

La mortalidad global de la operación es de un 25 por 100 en manos de BLALOCK. Pocos son los cirujanos que la practican en los Estados Unidos, pues la mayor parte de los enfermos de la Unión son enviados al John Hopkins Hospital, siendo tal la concentración de enfermos, que a pesar de ser rara la enfermedad, durante mi visita en junio último, operaba BLALOCK un caso diario.

Los resultados obtenidos son francamente alentadores. La situación de los enfermos, según BLALOCK, cambia de un invalidismo casi completo a una situación que se acerca a la normalidad. La cianosis desaparece en gran parte o totalmente y los dedos de pies y manos de aspecto habitualmente en palillo de tambor, recuperan lentamente su forma normal. Aumenta el contenido de oxígeno en la sangre y desaparece el estímulo a la producción de la

policitemia que habitualmente se encuentra. No obstante, la saturación de oxígeno en la sangre no es nunca completa, cosa que era de esperar, pues la comunicación anormal entre los dos ventrículos hace que pase siempre a la aorta sangre pobremente oxigenada.

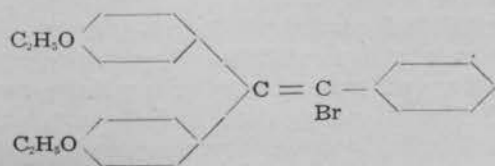
La situación que se crea con la operación de BLALOCK equivale a la persistencia de un conducto arterioso abierto, ya que establecemos una comunicación directa a través de *canales no oxigenados* de la aorta con la pulmonar. No obstante esto, no se han observado aún hipertrofias cardíacas ni se han dado casos de endocarditis sépticas, complicaciones ambas, como ya dijimos, que pueden presentarse en la persistencia del conducto arterioso.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOT, M. E.—Atlas of congenital cardiac diseases. New York, American Hearts Association, 1936.
BLALOCK, A. y PARK, E. A.—Ann. Surg., 119, 445, 1944.
BLALOCK, A. y TAUSSING, H. B.—Journ. Am. Med. Ass., 128, 189, 1945.
GROSS, R. E. y HUBBARD, J. P.—Journ. Am. Med. Ass., 112, 729, 1939.
GROSS, R. E.—Surg. Gynec. and Obst., 78, 87, 1944.
CRAPOORD, C. y NYLIN, G.—J. of Thorac. Surg., 14, 347, 1945.
TOUROFF, A. S. W. y VESELL, H.—Journ. Am. Med. Ass., 115, 1270, 1940.
WHITE, P. D.—Heart disease. New York, Mac Millan, 1937.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

El estrógeno D. B. E., útil en las molestias menopáusicas.—La sustancia designada con las iniciales D. B. E. es el *aa*-di-(*p*-etoxifenil)- β -fenil-bromoetileno



Fué sintetizada por ROBSON y SCHOENBERG en 1942. Se diferencia de otros estrógenos en que su acción es prolongada y necesita un tiempo de latencia, probablemente por tratarse más bien de un proestrógeno, que necesita sufrir una transformación en el organismo para ser activo. Es eficaz por vía gástrica. Teniendo en cuenta estas propiedades, ha de resultar útil en principio para suprimir los trastornos menopáusicos, ya que su comodidad de empleo facilita su adopción por las mujeres en tal época. GREENE (Brit. Med. J., 1, 9, 1946) y WAY (Brit. Med. J.,

1, 10, 1946), han tratado en total a 20 enfermas menopáusicas, contando el número de sofocos diarios, como criterio de eficacia terapéutica. Las enfermas fueron sometidas durante un mes a la administración de un placebo, y después se les administró por vía oral uno o dos gramos de la sustancia D. B. E.; al día siguiente o a los dos días se observaba una disminución o supresión de los sofocos, la cual duraba una a tres semanas. La dosis de sostenimiento fué posteriormente variable entre 0,10 y 0,30 gramos a la semana. Así como en la menopausia los efectos son bastante marcados, en tres casos de atrofia uterina con dismenorrea, tratados por GREENE, no se obtuvo ningún éxito, y lo mismo sucedió en otros tres enfermos con carcinoma de próstata (dos de ellos respondieron posteriormente de modo muy brillante al estilbestrol). La toxicidad del nuevo estrógeno es pequeña. En algunas enfermas se presentaron vómitos o náuseas; en 3 surgió una metrorragia no intensa y en 5 se presentó cefalea antes no existente.

Uretano en las leucemias.—El uretano, administrado a ciertos animales de experimentación, inhibe en ellos el crecimiento de tumores. En la clínica humana se empleó sin éxito en la lucha contra el cáncer, y entonces se observó que disminuye las cifras de leucocitos en los pacientes. De tal observación surgió la idea de tratar con uretano a los leucémicos, y PATERSON, HADDOW, THOMAS y WATKINSON (Lancet, 1, 677, 1946) han referido los resultados de su experiencia. Han tratado con uretano 19 casos de leucemia mieloide y 13 de leucemia linfóide, tanto de las formas crónicas como agudas. La fórmula empleada se componía de

Uretano	1 gramo.
Jarabe de naranjas	1,5 c. c.
Agua cloroformada hasta.....	15 c. c.

La cantidad de uretano se gradúa según la tolerancia, siendo lo habitual emplear dos a tres cucharadas del preparado citado. La cantidad de uretano necesaria para descender el valor de leucocitos hasta 20.000 por milímetro cúbico osciló entre 19 y 134 gramos, y el tiempo medio requerido para ello fué de treinta días. Los efectos del tratamiento con uretano son comparables a los que se logran con la radioterapia: disminuye el tamaño del bazo y de los ganglios linfáticos, aumenta la cantidad de hemoglobina, etc. Aún es pequeña la casuística sobre el empleo de uretano en las leucemias, y es preciso esperar una confirmación de los datos proporcionados por PATERSON y sus colaboradores antes de poder enjuiciar con seguridad el valor del método.

Tratamiento de la colitis ulcerosa con mucosa intestinal.—Parte MORTON GILL (Proc. Roy. Soc. Med., 39, 517, 1946) de la idea de que en la colitis ulcerosa puede intervenir un factor carencial y posiblemente la carencia de algún principio originado en la mucosa del intestino delgado. En un enfermo que llevaba tres años de enfermedad y no había mejorado con ningún tratamiento, empleó la terapéutica con mucosa cruda de intestino delgado de cerdo, y el paciente quedó sin molestias; éstas reaparecían en cuanto el sujeto suspendía la medicación citada. Posteriormente se han elaborado extractos de mucosa intestinal, y con ellos han sido tratados 20 casos, de los que 11 han mostrado una respuesta favorable, en tanto dura la administración del extracto. Cree MORTON GILL que el síndrome de la colitis ulcerosa puede ser producido por diferentes enfermedades, solamente algunas de las cuales se deberían a la carencia de factor intestinal. La cantidad de mucosa administrada debe sobrepasar un cierto mínimo, y el efecto que no se obtenga con una dosis de media libra diaria no es alcanzable con cantidades más elevadas.

Tratamientos empíricos del catarro común.—Es tan frecuente el catarro y tan ineficaces los distintos remedios propuestos para combatirlo, que no es de extrañar que se aconsejen las medidas terapéuticas más variadas, algunas de las cuales entran en el terreno de lo pintoresco. Cuando se encuentra el catarro en su fase inicial, recomienda PRIBRAM (Lancet, 2, 290, 1946) la práctica de gargarismos cada dos horas con una solución en medio vaso de agua de 20 a 25 gotas de amoníaco diluido oficial. Un remedio muy en boga fué también el de CHENEY, consistente en la ingestión de 4 gramos de bicarbonato sódico cada dos horas durante un tiempo de tres días; en este método se funda el propuesto por STRATTON (Pharmac. J., 156, 401, 1946), consistente en la toma de 2 gramos de citrato sódico en 25 c. c. de agua cloroformada cada dos horas, hasta que cesan los síntomas del catarro; como medidas coadyuvantes figuran la dieta ligera y la ingestión de abundante cantidad de líquidos (un vaso de agua caliente o de zumos de frutas también calientes, con cada toma del citrato potásico). Son numerosos los tratamientos que del catarro común pudieran citarse; su valor es discutible, pero la falta de un proceder científico hace que se multipliquen los que no tienen otra base que la de un mecanismo patogénico arbitrario o la de una experiencia clínica no obtenida con rigor.

Polvo de sulfanilamida contra el dolor de la laringitis tuberculosa.—En las tuberculosis laringeas, la sedación del dolor se encuentra en el primer plano de la terapéutica. Aunque son varios los mecanismos productores del dolor, los principales son la pericondritis de los aritenoides y la infección secundaria de la úlcera. Contra este último factor, que es el único existente en muchos casos, proporciona un resultado brillante la inhalación de polvo de sulfanilamida. MYERSON (J. Am. Med. Ass., 130, 1014, 1946) ha tratado con este método 60 enfermos con tuberculosis laríngea, y los efectos han sido muchas veces teatrales; en 14 de ellos que se encontraban en una situación desesperada, con imposibilidad para deglutir, el aspecto cambió radicalmente al permitirles alimentarse y ganar peso. Las pulverizaciones se realizan con un atomizador de polvo, dirigiendo la corriente de aire hacia la laringe, después de deprimir la lengua; la cantidad de polvo utilizada en cada insuflación es de 0,3 a 0,65 gramos, la mayor parte del cual se elimina con el moco sin llegar a contactar con la úlcera tuberculosa. En vez de sulfanilamida se ha empleado a veces sulfotiazol, que tiene el inconveniente de su reparto desigual, por su escasa solubilidad, y penicilina, que resulta más difícil de preparar e inhalar. Cuando el dolor es debido fundamentalmente a la pericondritis, las inhalaciones de sulfanilamida carecen de utilidad.