

ura osteitis tífica). Se observó también una rápida respuesta favorable en un enfermo infectado con un bacilo paratípico, y que fué tratado con la administración oral de 0,5 gr. de estreptomicina cada cuatro horas.

Infusión en la médula ósea en niños.—La infusión en la médula ósea es casi imprescindible en niños que no tienen venas utilizables. HEINILD, SONDERGAARD y TUDVAD (J. of Pediat., 30, 400, 1947) han realizado 982 transfusiones o infusiones en niños menores de cuatro años. La técnica es sencilla, consistiendo en la perforación de la cara anterior de la tibia, en su tercio superior, mediante una cánula, por la que se introduce a continuación la sangre u otro líquido, con una jeringa de 10 c. c. La velocidad de inyección no debe sobrepasar la de 10 c. c. por minuto. Aproximadamente en el 10 por 100 de los casos se encuentra alguna dificultad para encontrar la cavidad medular o para realizar correctamente la infusión, pero solamente en el 2 por 100 llega a ser impracticable. Los peligros de la transfusión son escasos, excepto cuando se realiza de un modo continuo o se inyectan sustancias hipertónicas. En estos casos no son raras las osteomielitis, de las que han observado 5 casos los autores. La transfusión de suero desecado origina a veces accidentes graves, refiriendo HEI-

NILD y colaboradores dos casos de muerte con un cuadro de shock a raíz de su inyección. El estudio histológico o radiológico ulterior de las tibias no reveló la existencia de ninguna alteración a consecuencia de las transfusiones en la médula.

Pulverización de penicilina en el impétigo.—La penicilina es el remedio más eficaz contra el impétigo, y su aplicación en pulverización poseería grandes ventajas, en opinión de HELLIER (Br. J. Dermat. Syph., 59, 249, 1947). Para realizar el tratamiento se disuelve una tableta de 6.000 a 10.000 unidades en 25 c. c. de agua estéril y se pulveriza sobre la piel enferma. En un total de 204 casos tratados se obtuvo la curación de 191 en un tiempo medio de ocho-nueve días. Hay, por lo tanto, un 6,4 por 100 de fracasos, los cuales se explican en unas ocasiones por tratarse de gérmenes resistentes, pero en otros casos no existía tal resistencia "in vitro", siendo entonces un motivo frecuente de fracaso el estado seborreico de la piel, en el cual existe una gran tendencia a infecciones piógenas. En estas circunstancias se logra la curación clínica por el uso de una pomada mercurial al 2 por 100 ó de agua de Alibour, durante cuarenta y ocho horas, a continuación del tratamiento con fumigaciones de penicilina.

EDITORIALES

DISTINTAS CLASES DE COREA DE SYDENHAM

Cuando se describió el corea de Sydenham se ignoraba su causa y se atribuía generalmente a la influencia de factores psíquicos, especialmente del miedo. Seguramente fué STOLL, en 1780, el primero en señalar la coexistencia de reumatismo agudo y corea, pero la correlación se estableció principalmente por ROGER. Pronto se vió la gran frecuencia de manifestaciones coreicas en el reumatismo agudo y viceversa, de tal forma que la identidad entre reumatismo y corea fué considerada como un axioma. STILL llegó a decir que el corea es tan patognomónico del reumatismo como un goma de la sífilis, y por otro gran clínico se ha afirmado que no se debe hablar de la frecuencia de corea en los reumáticos, sino de la cuantía de las manifestaciones coreicas en tales enfermos, ya que, en grado atenuado, serían constantes.

Siempre ha habido, a pesar de todo, opiniones contrarias a la identidad de corea y reumatismo. STURGES, por ejemplo, mantuvo la idea de que en la mayoría de los casos de corea no se demostraban datos en pro de su naturaleza reu-

mática, y posteriormente las numerosas estadísticas sobre enfermos coreicos mantienen este mismo criterio. Recientemente, KAGAN y MIRMAN han revisado 6.543 casos de corea de la literatura, y solamente en 33 por 100 han encontrado razones en pro de su naturaleza reumática, en tanto que en 67 por 100 no se podía admitir con seguridad tal etiología. Se plantean entonces KAGAN y MIRMAN el problema de si habrá diferencias clínicas entre unos casos y otros, según sean o no de naturaleza reumática. Parten para ello de la diferente velocidad de sedimentación globular que muestran unos y otros enfermos con corea. En tanto que en un gran número de los mismos son altas las cifras de velocidad de sedimentación, en la mayoría se encuentran en límites normales.

Cuando se examinan durante el primer brote coreico los enfermos con velocidad de sedimentación aumentada (en la estadística de KAGAN y MIRMAN, que comprende 107 casos, constituyan el 42 por 100), se observa que en el 84 por 100 se encuentran síntomas concomitantes reumáticos o antecedentes evidentes de reumatismo. En el 62 por 100 del total de enfermos

del grupo se desarrolló una cardiopatía. En oposición a estos datos, en los enfermos con el primer brote coreico y con normalidad de la velocidad de sedimentación (el 58 por 100 de los vistos durante el primer brote) no se descubren nunca síntomas reumáticos simultáneos y solamente en un caso existían antecedentes de reumatismo; más digno de destacar es aún el hecho de que ningún enfermo de este grupo adquirió una cardiopatía. Un carácter diferencial muy importante entre ambos grupos de enfermos es el referente a la frecuencia de alteraciones psíquicas en los enfermos, las cuales existían en el 30 por 100 de los enfermos del grupo con velocidad de sedimentación acelerada, y en el 65 por 100 de los del segundo grupo.

Son frecuentes las recidivas en el corea, pero tal frecuencia es mucho mayor (24 por 100) entre los enfermos que cursaron con aumento de la velocidad de sedimentación (corea reumático) que entre los que padecían un corea no reumático (recidivas en el 6 por 100). Las recidivas en este segundo grupo no se acompañaron nunca de aumento de la velocidad de sedimentación; las del primer grupo generalmente sí mostraban aceleración de la eritrosedimentación, pero no constantemente. La influencia de factores psíquicos en la génesis del corea era conocida desde muy antiguo, como antes se ha dicho, y no es extraño que tales factores influyan también en el desencadenamiento de nuevos brotes en enfermos efectivamente reumáticos, lo cual explica que en estos nuevos brotes la velocidad de sedimentación sea normal.

Los datos aportados por KAGAN y MIRMAN sobre la distinción de dos tipos bien definidos de corea, cuya significación etiológica y pronóstica es diferente, son realmente valiosos, pero no aportan una prueba concluyente. Merece destacarse el hecho de que la frecuencia de cardiopatías en los enfermos que padecen corea sin aumento de la velocidad de sedimentación no es mayor que en la población media. De todos modos, antes de llegar a una conclusión definitiva, es necesaria una mayor experiencia, y, a ser posible, un estudio anatómico de corazones de unos y otros enfermos. Pudiera simplemente tratarse de que los casos sin velocidad de sedimentación aumentada sean los de menor actividad reumática y, por ello, los que muestren con menor frecuencia cardiopatías o éstas no lleguen a alcanzar relieve clínico.

BIBLIOGRAFIA

KAGAN, B. M., y MIRMAN, B.—J. Pediat., 31, 322, 1947.

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CON HORMONAS SEXUALES

La osteoporosis no resulta de un trastorno del metabolismo del calcio y del fósforo, sino que es una afección de la matriz ósea. Queda así

bien deslindado de la osteomalacia, en la que lo fundamental es un trastorno de la mineralización y de las afecciones fibrosantes del hueso (osteitis fibrosa generalizada), en las que la esencia de la enfermedad es un aumento de la destrucción ósea.

Comprendida así, la osteoporosis aparece en la clínica en múltiples circunstancias. Existe, en primer término, una atrofia por falta de uso, en la que falla el estímulo normal para la actividad osteoblástica. En los viejos se produce una osteoporosis que no es más que la localización en el hueso de la atrofia existente también en otros tejidos. La nutrición defectuosa, en la que faltan componentes dietéticos para la formación de la matriz ósea, se acompaña habitualmente de osteoporosis. Un gran grupo de osteoporosis son las de naturaleza endocrina. En primer lugar, por su frecuencia, se halla la que ALBRIGHT, BLOOMBERG y SMITH han denominado osteoporosis post-menopáusica, y que interpretan como debida a la falta del estímulo que normalmente ejercen los estrógenos sobre la formación de hueso por los osteoblastos. Muy conocida es también la que acompaña al síndrome de Cushing, y que ha sido interpretada por ALBRIGHT, PARSON y BLOOMBERG como ocasionada por un exceso de la hormona "S" de la corteza suprarrenal, la cual inhibe el anabolismo del protoplasma en general y del hueso en particular. En la acromegalia no es raro encontrar osteoporosis, cuya causa puede ser el exceso de hormona antehipofisaria o la falta secundaria de estrógenos. También se ha descrito osteoporosis en el síndrome de alarma de Selye, probablemente por un mecanismo similar al de Cushing. Queda, por último, un grupo de osteoporosis idiopáticas, en las que hasta ahora no se conoce el mecanismo que interviene en su producción.

En un reciente trabajo, REIFENSTEIN y ALBRIGHT han estudiado los efectos metabólicos de la administración de estrógenos y andrógenos en sujetos con osteoporosis, principalmente con osteoporosis post-menopáusica. En total, las experiencias se han realizado en 5 casos de osteoporosis post-menopáusica, 1 senil, 2 de osteoporosis por falta de uso (a continuación de intervenciones ortopédicas) y tres casos de síndrome de Cushing. La administración de estrógenos hacia disminuir la eliminación fecal y urinaria de calcio y fósforo en todos los casos. Los efectos se hacen aparentes ya a los seis días, alcanzan su máximo a los treinta días y persisten hasta treinta y cinco días después de cesar la administración del estrógeno. Los efectos observados son exactamente iguales con los estrógenos naturales que con los sintéticos. Otros efectos metabólicos son la moderada y pasajera retención de nitrógeno, probablemente empleado en la constitución del tejido óseo matriz; la disminución en la eliminación urinaria de 17-cetoestroides y el ligero descenso de las cifras de fósforo del suero; las de fosfatasa no se modifican por el tratamiento.

Los andrógenos ejercen una acción similar. Disminuyen la eliminación urinaria y fecal de calcio y fósforo en tiempos semejantes a los observados con los estrógenos, hacen descender la cifra de fósforo de la sangre, no modifican la fosfatasa, etc. A diferencia de los estrógenos, sin embargo, la disminución de nitrógeno urinario que ocasionan es más acentuada y más persistente. Aún es mayor el efecto que se logra por la asociación de estrógenos y andrógenos que el que se consigue con una sola de tales sustancias. En cambio, la progesterona no tiene ningún efecto sobre el metabolismo del calcio y del fósforo.

Como se deduce de estas experiencias, los estrógenos y andrógenos ejercen una acción, siquiera sea indirecta, sobre el metabolismo del calcio y del fósforo, acción que era bien conocida en algunos animales, como en las aves, y que se suponía existente también en otras especies. Por otra parte, los experimentos de REIFENSTEIN y ALBRIGHT constituyen una base firme para el tratamiento de afecciones frecuentes en la práctica, como son las osteoporosis postmenopáusicas por inmovilización, las que acompañan al síndrome de Cushing, etc. Las dosis de estrógenos con las que se obtienen estos efectos son las siguientes: el benzoato de estradiol se administró en cantidad variable, desde 1,66 mgr. intramusculares cada tres días a 3,32 mgr. diarios; la dosis (oral) de dietilestilbestrol osciló entre 1 y 15 mgr. Las dosis de andrógenos se limitan por su efecto virilizante; en general, no suelen tolerarse cantidades superiores a 300 miligramos por mes; las dosis variaron entre 25 y 50 mgr. diarios intramusculares para el propionato de testosterona y de 40 a 100 mgr. diarios de metiltestosterona, por vía oral.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F.; BLOOMBERG, E., y SMITH, P. H.—Tr. Ass. Am. Physic., 55, 298, 1940.
 ALBRIGHT, F.; PARSON, W., y BLOOMBERG.—J. Clin. Endocr., 1, 375, 1941.
 REIFENSTERN, E. C., y ALBRIGHT, F.—J. Clin. Invest., 26, 24, 1947.

LONGEVIDAD Y MORTALIDAD DE LOS MÉDICOS EN COMPARACIÓN CON EL RESTO DE LA POBLACIÓN

Siempre es interesante el tratar de averiguar si los individuos de la profesión médica, merced a sus estudios especiales sobre las enfermedades, causas, propagación, diagnóstico y tratamiento, que les permiten una autovigilancia, dan lugar a una mayor longevidad y la consiguiente menor mortalidad entre los médicos que entre el resto de la población. Estudios de este tipo ya se han realizado, pero es ahora, con motivo del centenario de la fundación de la American Medical Association, cuando DUBLIN y SPIEGELMAN estimaron pertinente realizar un trabajo estadístico sobre el problema entre los médicos nor-

teamericanos durante los años 1938 a 1942.

En líneas generales, puede decirse que la mortalidad entre los médicos es inferior a la población restante en aquellos tipos de enfermedades en que las medidas profilácticas son de probada eficacia, o en las que una terapéutica médica, pero sobre todo quirúrgica, que exige un diagnóstico precoz para ser eficaz, es decir, en las enfermedades infecciosas y urgencias quirúrgicas y tumores malignos. Este hecho es importante, ya que vemos que la mortalidad por tuberculosis es entre los médicos inferior a la mitad de la del resto de la población, siendo lógico suponer y aceptar que las posibilidades de contagio son, sin embargo, superiores. En cuanto a la sífilis, la cifra de mortalidad entre los médicos es un tercio de la del resto de la población. La mortalidad por cáncer entre los médicos es el 85 por 100 de la del resto de la población, e igualmente son favorables a la clase médica las cifras de mortalidad por urgencias quirúrgicas, especialmente síndromes de abdomen agudo, diabetes, nefritis y afecciones de la próstata.

Sin embargo, en las afecciones cardiovasculares la cifra de mortalidad entre los médicos es considerablemente superior a la del resto de la población, especialmente la que corresponde a las enfermedades de las arterias coronarias, que es 1,8 veces superior como causa de muerte entre los médicos. Esta mayor frecuencia de coronariopatías ha preocupado mucho, y varios autores se han ocupado de ella, y SMITH ha publicado en 1937 un trabajo, en el que se demostraba palpablemente este aserto, e igualmente fué señalado por otros autores, y también por DUBLIN y SPIEGELMAN, quienes lo atribuyen a las especiales condiciones de vida, con las incesantes y continuas preocupaciones, estado de constante servicio, etc., que lleva consigo el ejercicio de la Medicina.

La mortalidad por afecciones leucémicas es muy superior entre los médicos, ya que es el 175 por 100 de la del resto de la población. La explicación que se da a este exceso, que ya había sido observado por HENSHAW y HAWKINS y por ULRICH, es, por una parte, la mayor facilidad de un diagnóstico correcto de la causa de la muerte y la exposición a los rayos X, hecho constatado por el autor últimamente citado, que estudió la incidencia de la leucemia en los radiólogos. Afortunadamente, sin embargo, la mortalidad por leucemia ocupa una parte casi insignificante dentro de la mortalidad global.

Como dato curioso es digno de mención la menor mortalidad observada entre la clase médica como consecuencia de accidentes automovilísticos, que es el 89 por 100 de la del resto de la población, y por accidentes en general, que es el 60 por 100.

BIBLIOGRAFIA

- L. I. DUBLIN y M. SPIEGELMAN.—Journ. Am. Med. Ass., 134, 1.211, 1947.
 H. L. SMITH.—Journ. Am. Med. Ass., 108, 1327, 1937.
 P. S. HENSHAW y J. W. HAWKINS.—Cit. DUBLIN y SPIEGELMAN, loc. cit.
 H. ULRICH.—New England J. Med., 234, 45, 1946.