

REACCIONES.—Prácticamente no tienen importancia. En algunos casos hemos observado una ligera febrícula después de la primera o segunda inyección, con molestias de poca importancia en el punto de aplicación de las mismas, que desaparecieron en pocas horas. En algunos casos se produjo una ligera recrudescencia de las molestias gástricas al iniciar el tratamiento.

CONCLUSIONES.

El tratamiento del úlcus gastroduodenal, por los extractos de mucosa, constituye una terapéutica digna de ser tenido en consideración por su sencillez, inocuidad y eficacia.

La mayor ventaja del mismo consiste en la posibilidad de ser practicado en forma ambulatoria, factor de gran importancia, principalmente en la clientela hospitalaria.

La desaparición de los síntomas clínicos se produce, por lo general, en breve plazo. El cuadro radiológico no se modifica con ritmo paralelo.

Exceptuando aquellos casos en los que la indicación quirúrgica es indiscutible, debe ser ensayado el tratamiento en todos los enfermos: el fracaso del mismo constituye, a nuestro entender, un argumento muy valioso en favor de aquéllo.

Los mejores resultados parecen observarse, como era de esperar, en los casos de corta evolución; sin embargo, la fecha de evolución de la enfermedad no debe constituir una contraindicación para el ensayo terapéutico.

Es todavía muy breve el plazo de nuestra casuística para poder sacar conclusiones respecto a la eficacia definitiva del método y a la profilaxis de las recidivas. Las estadísticas de otros autores parecen orientarnos en forma muy alentadora. Conviene continuar y multiplicar las observaciones para obtener datos más concluyentes.

Son dignos de atención los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de la úlcera péptica postoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

IVY.—Amer. J. Dig. Dis., 10, 1941.
 IVY.—Journ. Am. Med. Ass., 117, 1013, 1941.
 IVY.—Journ. Am. Med. Ass., 83, 877, 1925.
 IVY, LIM y McCARTHY.—Quart. J. Exper. Physiol., 15, 55, 1928.
 BAEKIN, B. P.—Canad. M. A. J., 18, 267, 1928.
 BAEKIN, B. P.—Canad. M. A. J., 29, 5, 1933.
 BAEKIN, B. P.—Amer. J. Dig. Dis., 5, 467, 1938.
 KZMAROV.—Rev. Canad. de Biología, 191, 377, 1942.
 IVY.—Physiol. Rev., 14, 1, 1934.
 IVY.—Journ. Am. Med. Ass., 113, 2413, 1939.
 IVY.—Journ. Am. Med. Ass., 117, 111, 1941.
 GREENGARD y SHEN.—Am. J. Physiol., 134, 733, 1941.
 KESARA.—Chin. J. Phys., 7, 5, 1933.
 QUIGLEY, ZEELEMAN y IVY.—Am. J. Physiol., 108, 643, 1934.
 GRAY, BRADLEY y IVY.—Am. J. Physiol., 118, 463, 1937.
 GRAY, WIECZROWSKY y IVY.—Am. J. Digest. Dis., 7, 13, 1940.
 GRAY.—Am. J. Digest. Dis., 8, 265, 1941.
 SANWEISS, SALZSTEIN y FARBERMAN.—Am. J. Digest. Dis., 7, 70, 1940.
 SANDWEISS y FRIEDMANN.—Am. J. Digest. Dis., 7, 50, 1940.
 CRUWILHIER.—Maladies de l'estomac et ulcère simple chronique. Paris, 1829.
 IVY, FAULEY, GREENGARD y FRESON.—Prevention of experimental gastrojejunum ulcer by Enteroagastone. Department of Physiology and Pharmacology. Northwestern Medical School. Chicago. The Am. J. of Physiol. Junio, 2, 314 y 315, 1941. Proceedings of the American Physiological Society, Chicago, Illinois, 1941.
 IVY.—Reprinted from Surgery, St. Louis, 861, 8781, 1941.
 HIL BECKER.—Comunicación a la 98 sesión anual de la American Medical Association, sobre Modernos tratamientos en gastroenterología en los Estados Unidos.
 SANDWEISS.—Gastroenterology, 1946.
 SANDWEISS.—J. Digest. Dis., 8, 371, 383, 1941.
 ROULET y FRUTIGER.—J. Suisse de Med., 17, 1943.
 ROULET.—Suisse de Med., 41, 1945.
 GRANGEAN.—Helv. Physiolog. Acta, 6, 7, 1948.
 H. SCHMIDMANN.—Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Año 74, núm. 21, pág. 576.
 ST. BERHIER.—Schweizerische Med. Woch. Año 74, núm. 21, pág. 113.
 DAGBERT KIESER.—Schw. Med. Woch., Año 71, núm. 41, pág. 913.
 O. HUFACHER.—The Lancet, 24, 272, 1946.
 K. BEER.—Schweizer. Rundschau für Medizin. 3*, Agosto 1940.
 H. KAPP.—Gastroenterología, Vol. 71, Fasc. 5-6, pág. 339.
 H. NEEMANN.—Journal Suisse de Medicine, 8, 44, 1085, 1948.
 M. MAMIE.—Gastroenterología, Vol. 73, Fasc. 3, 1948.
 M. MAMIE.—Revue Medicale de la Suisse Romande, 68, 1948.
 A. W. STURKES.—Schw. Med. Woch., 19, 4-5, 1947.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Glicocola en la angina de pecho.—De un modo empírico, AUDIER y DUMON ("Presse Méd.", 57, 570, 1949) han observado efectos beneficiosos del empleo de glicocola en los enfermos de angina de pecho. El método surgió a raíz de comprobar la mejoría de un síndrome anginoso de un enfermo que era tratado con glicocola intravenosa por padecer una retracción palmar de Dupuytren. En total, han tratado 52 casos, de ellos 42 bien seguidos, durante tiempos de seis meses a tres años. En la casuística se incluyen casos con accidentes de infarto y otros que sólo tenían el síntoma doloroso, agudizado por el esfuerzo. En 25 enfermos se observó una mejoría considerable por el tratamiento, en tanto que 15 no se beneficiaron en absoluto. Solamente es eficaz el proceder cuando se emplea la vía intravenosa, inyectando 10 c. c. de una solución al 10 por 100. Las inyecciones se practicarán diez días seguidos, descansando cinco a diez días y repitiendo otras 10 inyecciones. En los casos que responden favorablemente, el efecto se manifiesta a las cuatro o cinco

inyecciones; en estos casos es conveniente proseguir con una cura de mantenimiento, en forma de series de cinco inyecciones, con descansos de diez días, durante tres a seis meses, y posteriormente series de diez días al mes otros tres a seis meses. Los autores suponen que la acción favorable de la glicocola se debe a su efecto vasodilatador y que quizás influya también la activación metabólica (?) del miocardio por el aminoácido.

Novocaina intravenosa contra la atelectasia postoperatoria.—SIDDONS y LANDAU ("Lancet", 2, 419, 1949) afirman haber obtenido buenos resultados con la inyección intravenosa de novocaina en la atelectasia postoperatoria. Como es sabido, uno de los factores principales en la génesis de ésta es la incapacidad del enfermo para toser violentamente para expulsar las secreciones bronquiales a causa del dolor. Los autores recomiendan, tan pronto como se realiza el diagnóstico de atelectasia, colocar al enfermo en una posición que favorezca el

drenaje. Se inyecta lentamente unos 10 ó más centímetros cúbicos de la solución de novocaína al 0,5 por 100, hasta que se produzca una sensación de atontamiento en el enfermo o aparezcan parestesias en los miembros, mareos o contracciones musculares; entonces se recomienda al enfermo que tosa fuertemente, al mismo tiempo que se percute con intensidad el tórax, para facilitar la movilización de exudados. Si se considera necesario, se repetirá la inyección de novocaína pasados unos cinco minutos. El éxito del método depende de la precocidad del diagnóstico. Aunque los autores no han observado ningún accidente desagradable, recomiendan se disponga de un preparado inyectable de un barbitúrico de acción rápida, por si apareciesen convulsiones.

Sales de bismuto en el bocio simple.—Se puede producir una disminución de tamaño del bocio simple por el empleo de sales de bismuto, en opinión de VILLAVERDE ("J. Clin. Endocr.", 9, 462, 1949). Carecen de acción sobre la función de la glándula, por lo que no están indicadas en el tratamiento de la tirotoxicosis; sin embargo, muchos casos de hipertiroidismo tratados con tiouracilo disminuyen ulteriormente de tamaño, si se les trata con bismuto. El método consiste en inyecciones intramusculares de subsalicilato (0,13 gr. por centímetro cúbico) o de heptadiencarbonato (0,045 gr. por centímetro cúbico). Se inyectaron dos veces por semana 0,5 c. c. hasta un total de 20 inyecciones, repitiendo a veces el ciclo una o dos veces, con intervalo de dos a cuatro semanas. De 10 enfermos con bocio simple difuso, 5 mostraron una gran mejoría y 3 no respondieron al tratamiento. De 6 casos tratados con bocio nodular, 3 mejoraron considerablemente y uno en pequeño grado. Los dos únicos pacientes que recibieron tres series de inyecciones de bismuto, mejoraron de modo marcado.

Trihexifenidil en el Parkinson.—El trihexifenidil es el 3-(1-piperidil, 3-(1-fenil-1-ciclohexil-1-propanol), cuyo clorhidrato se elabora con el nombre comercial de Artane. Pertenece a una nueva serie de sustancias antiespasmódicas, de muy escasa toxicidad. El empleo en la enfermedad de Parkinson

se deriva de que influye considerablemente en la sialorrea y en la rigidez y produce una cierta excitación cerebral. Por el contrario, carece de efectos atropínicos sobre el corazón o la presión arterial. DOSHAY y CONSTABLE ("Journ. Am. Med. Ass.", 140, 1317, 1949) han tratado a 117 casos de Parkinson o parkinsonismo postencefalítico con la nueva droga. La dosis inicial es de 2,5 mgr., tres veces al día, por vía oral; se aumenta progresivamente la cantidad administrada, hasta lograr la mejoría deseada. Lo más habitual es llegar a dosis diarias de 6 a 10 mgr., aunque se toleran bien incluso 30 mgr al día. Un 76,1 por 100 de los enfermos tratados observaron mejoría, a veces extraordinaria, si bien la supresión de la medicación condujo siempre a una recaída. El porcentaje de mejorías es superior al que se logra con atropina, parpanit, cura búlgara, etc., y, en cambio, son menos frecuentes las manifestaciones desagradables del tratamiento (sequedad de boca, depresión, náuseas).

Estreptomicina en la diarrea y vómitos infantiles.—La etiología de las epidemias de diarrea y vómitos en los lactantes es aún desconocida, y son numerosos los intentos terapéuticos fracasados en tal enfermedad. La estreptomicina ha sido una de las drogas ensayadas, y HOLZEL, MARTYN y APTER ("Br. Med. J.", 2, 454, 1949) revisan la literatura sobre el asunto, y comunican sus resultados en 26 casos, en los que emplearon estreptomicina por vía oral, y en 24, en los que se inyectó intramuscularmente. Un grupo de 29 niños fué estudiado simultáneamente como testigo. La dosis consistió unas veces en 20 mgr. por libra de peso y por día ó 100 miligramos diarios (en dosis fraccionadas, cada cuatro horas), y rara vez se sobrepasó la cantidad de 3 gr. en el total del tratamiento; todos los niños recibieron además plasma o sueros salinos. El examen de los datos clínicos sugiere que la estreptomicina carece de valor en tal enfermedad y es uno más de los remedios fracasados en la misma: murieron 5 niños tratados por vía parenteral, 6 de los que recibieron estreptomicina oral y 3 de los pertenecientes al grupo testigo. Entre los que curaron, no hubo diferencia en el tiempo de recuperación de los niños de uno u otro grupo.

EDITORIALES

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Como señala HENCH, la artritis reumatoide tiene dos características dispares: la de su cronicidad y la de reversibilidad potenciales; entre las causas de reversibilidad están la espontánea, la consecutiva a la terapéutica y la accidental. Por todos son conocidas las remisiones espontáneas, incluso en aquellos casos de pronóstico menos favorable (DAVIDSON); desde el punto de vista terapéutico, pueden verse remisiones por el tratamiento con sales de oro o con transfusiones sanguíneas, y, finalmente, las remisiones accidentales más frecuentes son las que se observan por el embarazo o por la aparición de ictericia. Todos estos hechos hacen pensar que la en-

fermedad sea una parte de un trastorno bioquímico basal de tipo desconocido, que puede corregirse accidental y transitoriamente por determinados fenómenos. Ya se han publicado trabajos sobre el tratamiento de la artritis reumatoide con hormonas femeninas con el fin de reproducir los efectos beneficiosos del embarazo, pero con resultados desalentadores, e incluso BARTSI, recientemente, ha aconsejado el empleo de transfusiones de sangre de mujeres embarazadas, con lo que dice haber obtenido mejorías notables.

Los trabajos de SELYE sobre lo que él ha denominado síndromes de adaptación y enfermedades de adaptación, le han permitido descubrir que la corteza suprarrenal puede jugar un papel importante en la patogenia de las enfermedades reumáticas y reumatoideas en el hom-