

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 BARRI, recientemente, ha aconsejado el empleo de transfusiones de sangre de mujeres embarazadas, con lo que dice haber obtenido mejorías notables.

Los trabajos de SELVE 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 reumatoides en el hom-

bre. Para KNOWLTON, las enfermedades de adaptación serían el resultado de un doble mecanismo, siendo uno factor el efecto inespecífico de los corticoides y el otro una propiedad específica en relación con un esfuerzo tipo y el determinante del sitio del efecto. En 1948, KENDALL pudo proporcionar a HENCH y cols. el llamado compuesto E 6 17-hidroxi-11-dehidrocorticoesterona, para su ensayo clínico. Esta hormona, que fué aislada en 1935 por KENDALL, ha sido sintetizada finalmente por SARETT en los laboratorios americanos de Merck. Los primeros ensayos realizados con dicho producto no han podido ser más favorables, ya que no solamente se obtiene la mejoría sintomática de la enfermedad, sino también un marcado descenso de la velocidad de sedimentación. En el reciente Congreso americano de reumatología dichos autores comunican el tratamiento de 16 enfermos de artritis reumatoide, 3 de fiebre reumática aguda y uno de lupus eritematoso con poliartritis. Resultados similares, tanto clínicos como bioquímicos se obtuvieron por la administración de hormona corticotropa de la hipófisis a cuatro enfermos de artritis reumatoide. Si bien la mejoría es muy manifiesta y se presenta rápidamente, también es cierto que los síntomas reaparecen en cuanto se suspende la terapéutica; realizaría un control similar al de la insulina en la diabetes. Las comunicaciones en dicho Congreso del propio HENCH, de FREYBERG, BOLAND, BAUER, etc., confirman los buenos resultados en diferentes procesos reumáticos.

Se ha conseguido, pues, con la cortisona un gran avance en el tratamiento de la artritis reumatoide y enfermedades afines. El único y grave inconveniente en el momento presente es su gran coste, y sobre todo, la escasez de producción, aunque se está realizando un gran esfuerzo para acelerar el ritmo de producción. El conocimiento de los maravillosos efectos de dicho compuesto ha supuesto una gran demanda, queriendo los enfermos adquirirlo a cualquier coste, sin darse cuenta de que para conseguir un efecto duradero, se requiere una cantidad elevada, ya que, como antes dijimos, tan pronto se suspende la terapéutica vuelven a aparecer los síntomas.

BIBLIOGRAFIA

- HENCH.—Ann. Rheum. Dis., 8, 97, 1949.
DAVIDSON.—Textbook of the Rheumatic Diseases de Copeman, 1948.
BARSI.—Brit. Med. J., 2, 252, 1947.
SELYE.—J. Clin. Endocrinol., 6, 117, 1946. Ann. Int. Med., 29, 403, 1948.
KNOWLTON.—Endocrinology, 38, 315, 1946.
KENDALL, HENCH, SLOCUMB y POLLEY.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 24, 181, 1949.
VII Congreso Internacional de Enfermedades Reumáticas. Nueva York.

TRATAMIENTO DE LA ERITROBLASTOSIS FETAL

Tiene dos aspectos el tratamiento de la enfermedad hemolítica del recién nacido. El primero reviste un carácter exclusivamente profiláctico y consiste en la terminación precoz del embarazo; sin embargo, este método no deja de tener sus inconvenientes, ya que no puede precisarse exactamente el momento adecuado para su aplicación, y, por otro lado, el que un feto sobreviva en un determinado momento, adecuado para su viabilidad, no quiere decir que no esté ya más o menos afectado.

Desde el otro punto de vista se ha utilizado la transfusión con sangre Rh negativa. Cuando LEVINE y cols. descubrieron el papel del factor Rh en la producción de la enfermedad, señalaron que la transfusión de sangre Rh negativa era mucho más eficaz que con sangre Rh positiva. Más tarde MOLLISON demostró que los eritrocitos Rh positivos desaparecen a los dos-tres días de la transfusión, mientras que los Rh negativos van eliminándose más lentamente en el curso de unos cien días; observó también que la sangre periférica puede contener

después de unos pocos días hematies Rh negativos exclusivamente, dando la impresión de haberse deprimido por la transfusión la formación de sangre por la médula ósea. Debido a los estudios de WALLERSTEIN, WIENER y WEXLER, DIAMOND, etc., se ha introducido un nuevo método de tratamiento, cuyo principio consiste en reemplazar en los niños la sangre Rh positiva por Rh negativa del grupo homólogo ABO, con el fin de eliminar los hematies Rh positivos, que tan rápidamente se hemolizan, haciendo al mismo tiempo en la circulación del niño un lavado de los anticuerpos Rh. Aunque los diferentes autores aplican el mismo principio terapéutico, la técnica utilizada varía. Así WALLERSTEIN extrae la sangre del seno longitudinal e infunde en una de las grandes venas; WIENER utiliza la arteria radial para la extracción y la vena safena para la infusión, y DIAMOND extrae e inyecta sangre a través de un catéter fino de plástico introducido en la vena umbilical. Otros autores (ARNOLD y ALFORD y BUHOT) emplean un catéter similar, que hacen llegar hasta la cava a través de la safena y la femoral, pero esto supone una herida en la ingle y debe limitarse el método a cuando no sea permeable la vena umbilical. WALLERSTEIN, más modernamente, recomienda la transfusión sustitutiva no sólo en los niños gravemente enfermos, sino también como medida profiláctica inmediatamente después del nacimiento para evitar el desarrollo de las complicaciones, como el kernicterus.

En el estudio practicado en 63 niños por MOLLISON y CUTBUSH, estos autores concluyen que no se ha demostrado el valor del método en la reducción de la mortalidad y morbilidad, aunque se consigue corregir el déficit circulatorio de los enfermos anémicos y además simplifica el tratamiento, ya que se proporciona un suficiente número de hematies en una sola operación. Últimamente, VAN LOGHEM y cols. refieren una mortalidad del 22,5 por 100 en 160 niños tratados con transfusión sustitutiva, en contraste con el 63,5 por 100 de un grupo de 88 niños no tratados con dicho método.

A juzgar por estas cifras, la impresión no puede ser más favorable. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para que una comparación estadística tenga un valor acusado y real, es preciso que los casos a que se hace referencia sean superponibles, y aunque se acepte la intervención de otros factores que apoyen aún más una diferencia entre los casos no tratados y los tratados con transfusiones, queda aún por resolver si la transfusión sustitutiva es más eficaz que las transfusiones simples repetidas, lo que parece deducirse del trabajo de VAN LOGHEM y cols. y que habrá de confirmarse en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- LEVINE, BURNHAM, KATZIN y VOGEL.—Am. J. Obstet. Gynec., 42, 925, 1941.
MOLLISON.—Arch. Dis. Childh., 18, 161, 1943.
WALLERSTEIN.—Science, 103, 583, 1946.
WIENER y WEXLER.—J. Pediat., 31, 1016, 1946.
DIAMOND.—Proc. Roy. Soc. Med., 40, 546, 1947.
ARNOLD y ALFORD.—J. Pediat., 32, 113, 1948.
BUHOT.—Rev. Hématol., 3, 92, 1948.
WALLERSTEIN.—Am. J. Dis. Childh., 73, 19, 1947.
MOLLISON y CUTBUSH.—Lancet, 2, 522, 1948.
VAN LOGHEM, VAN BOLHUIS, SOETERS y VEENEKLAAS.—Brit. Med. J., 2, 49, 1949.

TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Conocida la naturaleza histopatológica de la cirrosis hepática, no puede esperarse la curación del proceso por la aplicación de un determinado tipo de tratamiento, y es que, salvo los escasos casos en los que podría hacerse una terapéutica orientada profilácticamente, en general, cuando se nos presenta un enfermo con cirrosis es imposible hacer retroceder la enfermedad. Pero los conocimientos adquiridos en los últimos años nos han per-

mitido ver que, a pesar de todo, hay ciertos aspectos de la terapéutica en los que se puede actuar activamente. Desde que PATEK introdujo la dieta rica en proteínas y vitaminas con buenos resultados, los trabajos ulteriores han sido casi unánimemente confirmatorios. Un reciente trabajo de BEAMS y ENDICOTT refiere el estudio de 14 enfermos a los que se administró una dieta rica en proteínas y pobre en grasa, dándose en 9 de ellos un suplemento diario de 4,5 a 5 gr. de metionina; todos los enfermos a los que se dió este suplemento mostraron evidencia histológica de respuesta favorable, lo que sólo ocurrió en uno de los que no lo recibieron. En conjunto, la impresión es de que se consiguen efectos beneficiosos por la administración de una dieta pobre en grasas y rica en proteínas (con o sin la adición de aminoácidos esenciales) y terapéutica vitamínica muy intensa; nosotros hemos podido ver la mejoría clínica de estos enfermos, no sólo desde el punto de vista sintomático, sino también de las pruebas de función hepática.

Uno de los aspectos terapéuticos de mayor interés práctico es el tratamiento de la ascitis. Es un problema muy difícil de comprender lo que pasa en los cirróticos con el equilibrio acuoso del organismo; enfermos con análogo proceso, con igual grado de ascitis, responden de modo diferente a la inyección de diuréticos y a los acidificantes, ya que al lado de unos, en los que se obtienen diuresis profusas con conservación de la humedad de las mucosas, hay otros en los que la diuresis apenas se eleva y las mucosas permanecen secas. Es desesperanzador, en nuestra experiencia, el vernos obligados a tener que puncionar una ascitis, pues si bien el enfermo mejora momentáneamente al vaciarle el líquido, el vientre se llena pronto y la repetición de las punciones supone un gran acercamiento al término fatal. SCHEMM y LAYNE han seguido una línea de conducta similar a la observada en el tratamiento de los edemas y ascitis resultantes de la asistolia, y han conseguido en 19 de 20 casos de cirrosis hepática la desaparición del líquido ascítico. Esto confirma la impresión de que en los edemas y ascitis de los cirróticos no intervienen como

factores principales, aunque sean accesorios, el descenso de la fracción albuminosa del plasma con inversión del cociente y la hipertensión portal. En los enfermos a que antes hacíamos alusión, tampoco las transfusiones de plasma consiguen un efecto diurético. Es posible que la eliminación adecuada de un factor anti-diurético, probablemente de origen hipofisario, dependa de la integridad del hígado y que el empeoramiento de la función hepática conduzca a una disminución de su eliminación y consiguientemente a la retención acuosa, como parece deducirse de la observación de RALLI y colaboradores, quienes han visto un descenso de dicho factor en la orina en casos de hepatitis parenquimatosa.

Otro aspecto terapéutico se refiere a los trastornos endocrinos que tan frecuentemente acompañan a la cirrosis, de los que los más ostensibles son en los hombres la ginecomastia y la atrofia testicular junto con la disminución del pelo en la barba, desaparición del vello corporal y disposición feminoide del mismo en el pubis. A este respecto, ROSENAK y cols. han estudiado el efecto del propionato de testosterona en 12 casos de cirrosis alcohólica a la dosis de 25 a 100 mgr., tres veces por semana, en unión con la dietética adecuada; todos los enfermos se encontraron mejor, y en 11 de ellos la mejoría se manifestó en el aumento de peso, desaparición de la ascitis, de las arañas vasculares y del eritema palmar; sin embargo, no se afectó el vello ni la atrofia testicular, aunque mejoró la potencia sexual. No juzgan dichos autores que los beneficios sean el resultado exclusivo de la terapéutica con andrógenos, pero la consideran como un medio adicional muy valioso.

BIBLIOGRAFIA

- PATEK.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 37, 329, 1937.
BEAMS y ENDICOTT.—Gastroenterology, 9, 718, 1947.
SCHEMM y LAYNE.—Gastroenterology, 9, 705, 1947.
RALLI, ROBSON, CLARKE y HOAGLAND.—J. Clin. Invest., 24, 316, 1945.
ROSENAK, MOSER y KILGORE.—Gastroenterology, 9, 695, 1947.

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. CLINICAS

Sesión del jueves 2 de diciembre de 1948.

Se presentaron los siguientes enfermos:

EPILEPSIA

Enfermo de cincuenta y siete años, que desde el mes de enero último hasta la actualidad ha tenido cinco ataques, durante los cuales ha perdido bruscamente el conocimiento, teniendo convulsiones generalizadas, mordedura de lengua y en alguno emisión involuntaria de orina. A veces van precedidos de un sabor en la boca como de yodo. En la familia no existen antecedentes epilépticos, ni nunca anteriormente había padecido el enfermo ataques.

La exploración neurológica es negativa. La tensión arterial es de 9,5/7. Tiene bradicardia de 58 pulsaciones. Los tonos cardíacos, puros. El resto de la exploración es negativa.

El análisis morfológico de sangre y el de orina es normal. El Wassermann, negativo. La exploración

O. R. L., normal. En el examen de fondo de ojo se aprecia la existencia de esclerosis vascular, que da a las arterias y a las venas un aspecto arrosariado. En el electroencefalograma se aprecia una disritmia en lóbulos frontales. La hiperventilación provoca la aparición de ondas delta clarísimas.

El enfermo es presentado por el Dr. LÓPEZ GARCÍA, e intervienen en la discusión los Dres. OBRADOR y ROF. Teniendo en cuenta la edad avanzada en que en este caso ha empezado el proceso, se plantea el problema de si a pesar de ello se trata de una epilepsia genuina o, por el contrario, es sintomática de un proceso vascular o una neoformación. El Prof. JIMENEZ DIAZ valora la disritmia demostrada en el electroencefalograma, y considera por ello que el enfermo puede ser un epiléptico genuino. Pero, por otro lado, llama la atención sobre el hecho de que tiene una bradicardia acentuada y una tensión arterial baja. Ambas cosas, dejando descartado el que pueda tratarse de una neoformación cerebral por la falta de hipertensión intracraneal y de signos focales, le inclinan a pensar que el enfermo es un ictafin, como