

dicación sintomática, y por lo tanto, administración de antibióticos (si existen fenómenos inflamatorios), analépticos y analgésicos, pero en este caso evitaremos escoger los preparados que tengan opio o sus derivados, por su efecto paralizante sobre las secreciones bronquiales. En aquellos enfermos en los que sospechemos la existencia de una atelectasia activa administraremos preparados de atropina y belladona, con los que, según TAPIA, parecen obtenerse muy buenos resultados.

Una vez hayamos hecho el diagnóstico causal, obraremos en consecuencia.

Es interesante tener en cuenta en las intervenciones una serie de medidas profilácticas con las cuales se evitan muchas alelectasias postoperatorias. Estas son: eliminación de dientes infectados, asepsia faríngea, evitar una excesiva narcosis, movilización precoz e inhalación de la mezcla de Henderson, antes indicada, inmediatamente de terminada la operación.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento del herpes zóster con bloqueo del simpático.—Ya en 1943, STREET empleó el bloqueo simpático en tres casos de herpes zóster. FERRIS y MARTIN ("Ann. Int. Med.", 32, 257, 1950) son muy partidarios del método y comunican su experiencia en 22 casos. Los herpes de la cara y del cuello se tratan con el bloqueo estrellado, mediante la inyección de 8 c. c. de una solución de novocaina al 1 por 100. Las zonas del tronco son tratadas por el bloqueo de los ganglios correspondientes, incluyendo uno o dos por encima y por debajo de la zona afecta. Las lesiones del miembro inferior se tratan bloqueando los ganglios lumbares primero a cuarto. Veinte de los enfermos tratados eran casos recientes, observados en los tres días siguientes al brote de las vesículas: en 15 de ellos se obtuvo la cesación del dolor con la primera inyección anestésica; los otros cinco casos quedaron sin dolor con el segundo bloqueo, practicado dos días después. En todos los casos, las lesiones se desecaron rápidamente, de tal modo, que a los dos a cuatro días solamente quedaban costras secas. Dos enfermos fueron tratados solamente a las cuatro semanas del zona, por padecer neuralgias post-herpéticas; en un caso se obtuvo una mejoría transitoria con el primer bloqueo y definitiva con el segundo, realizado a los cuatro días. En el segundo caso no se produjo mejoría con dos bloqueos y, por el contrario, cesó el dolor por la inyección intravenosa de 4 gr. de cloruro de tetraetilamonio.

DOCA y azul de metileno en las artritis reumatoideas.—La eficacia de la asociación de DOCA y ácido ascórbico en el tratamiento de la artritis reumatoide ha hecho especular sobre el posible mecanismo de acción de dichas sustancias. HALLBERG ("Lancet", 1, 351, 1950) piensa que, por reacción entre ellas, se formaría otro tercer cuerpo, que sería el realmente activo. Es posible que el efecto del ácido ascórbico sea simplemente de oxidación de la molécula de la DOCA, y en tal caso, podría substituirse por otro oxidante. En 8 enfermos (6 con artritis reumatoide, uno con espondilartritis y uno con probable gota úrica), ha empleado la asociación de DOCA y azul de metileno. A los pacientes se les inyecta intramuscularmente 5 mgr. de DOCA e inmediatamente después se practica una inyección intravenosa de 8 c. c. de una solución al 5 por 100 de azul de metileno. En todos los casos se observó el mismo efecto de disminuir el dolor y aumentar la movilidad

articulación, efecto que se logra tan rápidamente como con DOCA y ácido ascórbico, si bien es algo menos duradero.

Ineficacia de ACTH en la poliomielitis.—En la clínica de la poliomielitis existen datos para pensar que la respuesta del organismo es más importante aún que la virulencia del germen. CORIELL, SIEGEL, COOK, MURPHY y STOKES ("Journ. Am. Med. Ass.", 142, 1279, 1950) se han planteado la cuestión de si la infección poliomielítica precipitará una reacción de alarma y piensa que el tratamiento con hormona adrenocorticotropa (ACTH) pudiera ser de utilidad en estos casos. En 35 enfermos de poliomielitis, observados en los primeros días de la enfermedad, emplearon ACTH, en dosis diaria de 40 a 120 mgr., administrada en cuatro inyecciones diarias. Un número igual de enfermos fué tratado con un placebo. Los enfermos de poliomielitis muestran variaciones en sus eosinófilos que sugieren la puesta en marcha de una reacción de alarma y el tratamiento con ACTH produce en ellos un mayor descenso de eosinófilos y una transitoria elevación de los 17-cetosteroides urinarios. En cuanto a los resultados del tratamiento fueron completamente nulos; no se observó variación en relación con los testigos, en lo que respecta a la fiebre, parálisis y secuelas.

Empleo de hematies lavados para evitar ciertos accidentes de la transfusión.—DAMESHEK y NEBER ("Blood", 5, 129, 1950) han descrito un nuevo tipo de reacción a la transfusión, que no se debe a la presencia de pirógenos ni a la producción de hemólisis. La reacción consiste en una opresión precordial, sensación de frío, fiebre y luego sudoración. En sus casos existía perfecta tolerancia entre las sangres "in vitro". La misma reacción puede en tales enfermos provocarse por la inyección intravenosa de 20 a 30 c. c. de plasma, obtenido de sangre fresca, lo cual demuestra que en ciertos plasmas existe algún elemento capaz de originar en algunas personas reacciones febiles, independientemente de la presencia de pirógenos. DAMESHEK y NEBER han obtenido en tales casos buenos resultados por la transfusión de hematies lavados hasta tres veces con solución salina estéril, centrifugando después de cada lavado y diluyendo posteriormente los glóbulos hasta un volumen igual a las dos ter-

ceras partes de la cantidad de sangre total originaria. Aunque este tipo de reacción transfusional no sea frecuente (le han observado 11 veces) en algunos casos perturba extraordinariamente el tratamiento de enfermos que requieran ser transfundidos con frecuencia.

Visammin en la tos ferina.—El tratamiento de la tos ferina está lejos de ser satisfactorio, y consiste en gran parte en medidas sintomáticas. KHALIL y SAFWAT ("Am. J. Dis. Child.", 79, 42, 1950) han preconizado el tratamiento, también de carácter sintomático, con visammin (obtenido del Ammi visna-

ga), sustancia que se emplea como dilatador coronario en los adultos. En una casuística de 21 enfermos, tratados exclusivamente con visammin, se demuestra claramente la eficacia del preparado, con el que se logra la rápida disminución del número e intensidad de los accesos de tos, mejorando el apetito y el estado general. La administración se realiza en un jarabe que contenga 5 a 7 mgr. por kilogramo de peso del niño y por día, repartida en tres o cuatro tomas, prolongando el tratamiento, en tanto dure la fase paroxística. Aun en los niños muy pequeños no se observó nunca una reacción desagradable por el empleo de visammin.

EDITORIALES

VASODILATADORES EN LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS

No se contaba hasta el presente más que con la simpatectomía para el tratamiento de los enfermos con trastornos obstrutivos de las arterias y arteriolas periféricas, operación que, por ejemplo, en los ancianos no deja de tener peligros. La acción, por otro lado, de los vasodilatadores empleados hasta ahora es difusa e indiscriminada; así ocurre con los bloqueantes del simpático, como el tetraetilamonio y similares, y con la dibenamina (acción adrenolítica) que actúan más descendiendo la presión arterial que provocando vasodilatación arterial periférica.

Ha constituido un éxito la introducción en terapéutica de la bencilmidazolina, cuyo clorhidrato es conocido con el nombre de "priscol". Entre sus acciones farmacológicas destacan la producción de dilatación de arterias en lo que difiere de la histamina; tiene acción simpaticolítico, adrenolítica y colinérgica y finalmente aumenta la secreción gástrica de ácido clorhídrico y estimula la contracción del intestino.

En sujetos sanos, WINSOR y OTTOMAN estudiaron el efecto del priscol en 70 casos sin enfermedades cardiovasculares a la dosis de 50 mgr. por vía intravenosa, y sus hallazgos demuestran efectivamente un aumento de la temperatura cutánea y muscular, que aparece a los ocho minutos de la inyección y se mantiene al mismo nivel durante otros cincuenta, con la particularidad de observarse un aumento de volumen evidente de los dedos de las manos y de los pies; esto nos indica, pues, un indudable efecto vasodilatador y marcadamente duradero; pero es que además es mucho más acentuado en las extremidades inferiores, debido a su tono vasomotor más alto.

En ocasiones, después de la dosis citada, puede observarse palidez, sudoración, flojedad, mareo, palpaciones, etc., esto es, el shock por priscol, por lo que debe estudiarse previamente, la sensibilidad al sujeto por la administración oral de 25 mgr. y si no se aprecian trastornos, puede utilizarse la vía intravenosa.

GRIMSON y colabs. encuentran los mejores resultados terapéuticos con el priscol en las enfermedades en que predomina el espasmo como en el Raynaud, eritema pernio, etc., menos favorable en la arteriosclerosis y desfavorables en el Buerger.

En un trabajo reciente, DOUTHWAITE y FINNEGAN comunican la investigación de los efectos del priscol en 10 sujetos normales y en 45 enfermos con trastornos vasculares periféricos. De sus observaciones deducen que es, en efecto, un poderoso vasodilatador, cuya principal acción se ejerce sobre las arterias y arteriolas de las extremidades; sólo a dosis muy grandes provoca vasodilatación difusa, y descenso de la presión sanguínea. Es singular su influencia extraordinaria y prolonga-

gada sobre los vasos de los dedos de las manos y de los pies. Su efecto es principalmente simpaticolítico, pero, en contra de la opinión actual, aceptan también un efecto directo sobre la pared vascular, ya que su actividad puede ponerse de manifiesto en sujetos simpatectomizados. De lo observado por ellos respecto al efecto sobre la temperatura de la piel de las extremidades en personas ancianas en comparación con jóvenes y en las enfermedades puramente vasoespásticas en comparación con las afecciones orgánicas obstrutivas, llegan a la conclusión de que los mejores resultados se logran cuando es máximo el elemento espasmo y mínimo el bloqueo orgánico de la luz; así, por ejemplo, se obtiene el éxito en la enfermedad de Raynaud, pero encuentran que el tratamiento tiene un valor apreciable en la claudicación intermitente de origen arteriosclerótico y, en cambio, no les parece demasiado útil en la tromboangitis obliterante.

BIBLIOGRAFIA

- WINSOR y OTTOMAN.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 70, 647, 1949.
GRIMSON.—Ann. Surg., 127, 968, 1948.
DOUTHWAITE y FINNEGAN.—Brit. Med. J., 1, 869, 1950.

PULMOESCLEROSIS QUISTICA EN LA ESCLERODERMIA

Existe actualmente un gran interés por aquellas afecciones que durante muchos años habían sido relegadas al estudio de los dermatólogos, a causa del relieve predominante de las manifestaciones cutáneas en su cuadro clínico. Ejemplos bien conocidos de tales afecciones son el lupus eritematoso diseminado, el psoriasis, los sarcoides y la esclerodermia. En lo que se refiere a esta última afección, existe una abundante literatura demostrativa de que el trastorno no se limita a la piel, sino que mejor le cuadraría el nombre, propuesto por GOETZ, de esclerosis sistemática progresiva. Basta leer el trabajo de BEERMAN para darse cuenta de la difusión de las lesiones por distintos órganos y aparatos. Merecen también citarse los trabajos de WEISS, STEAD, WARREN y BAILEY sobre las alteraciones cardíacas de la esclerodermia, el de BEVANS sobre la participación del aparato digestivo en el cuadro, etc.

Ya a finales del pasado siglo, FINLAY insistió sobre la asociación de esclerodermia y fibrosis pulmonar. Más resonancia alcanzó el trabajo de MATSUI, el cual halló tres casos de fibrosis pulmonar en seis autopsias de enfermos de esclerodermia. MURPHY, KRAININ y GERSON hicieron radiológicamente en vida el primer diagnóstico de neumopatía de la esclerodermia y a DOSTROVSKY se