

días, sin duda alguna porque los depósitos de úrico son muy grandes. En un caso de gota tofácea, GUTMAN ha logrado con el benemid la eliminación de 100 g. de ácido úrico en el curso de varios meses.

La acción del benemid se ejerce por impedir la reabsorción de ácido úrico en el tubo sin afectar para nada la filtración glomerular (GIVOTA y colaboradores). El mecanismo exacto de por qué impide su reabsorción tubular no es conocido.

Interesa señalar que la acción uricosúrica del benemid se interrumpe por la simultánea administración de salicilato, pero no por la de ACTH.

El benemid puede emplearse durante largo tiempo sin manifestaciones tóxicas. No obstante, en algunos casos pueden presentarse alteraciones gastrointestinales que obligan a suprimir la droga. En otras ocasiones aparece un rash o bien cólicos renales debidos a la gran concentración que alcanza el úrico en la orina. Se deben dar, los días que se administra el benemid, grandes cantidades de agua alcalina para evitar su precipitación en la orina. Por último, en algunas ocasiones, en los primeros días de su administración puede provocarse la aparición de un ataque gotoso. Se aconseja para prevenirlos suministrar simultáneamente los primeros días una dosis de colchicina.

BIBLIOGRAFIA

- BARNES, F. W. y SCHÖNHEIM, R.—J. Biol. Chem., 151, 123, 1943.
 BAUER, H.—Z. Zellforsch., 15, 4, 1932.
 BENEDICT, J. D., ROCHE, M., YU, T. F., BIEN, E. B., GUTMAN, A. y STETTEN, W.—Metabolism, 1, 3, 1952.
 BROCHNER-MORTENSEN, K.—Medicine, 16, 161, 1940.
 BROCHNER-MORTENSEN, K.—Acta Med. Scand., 106, 81, 1941.
- BUCHANAN, J. M. y SONN, J. C.—J. Biol. Chem., 166, 781, 1946.
 BURIAN, R. y SCHUR, H.—Pflügers Arch., 80, 24, 1900.
 COHEN, A.—Amer. J. Med. Sci., 192, 488, 1936.
 COOMBS, F. S. y cols.—J. Clin. Inv., 19, 525, 1940.
 ELVYN, D. y SPRIMSON, D. B.—J. Biol. Chem., 184, 465, 1950.
 FFULGEN, R. y ROSENBACK.—Hoppe-Seylers Z., 135, 203, 1924.
 FOLIN, P. A. y SCAFFER, P. A.—Hoppe-Seylers Z., 32, 552, 1901.
 FORSHAM, P. H.—J. Clin. Endocr., 8, 15, 1948.
 FRIEDMAN, M. y BYERS.—Amer. J. Med., 9, 31, 1950.
 GEREN, W. y cols.—J. Biol. Chem., 183, 21, 1950.
 GUTMAN, A. B. y YU, T. F.—Adv. Int. Med., 5, 227, 1952.
 HENCH, P. S.—Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, 12, 262, 1937.
 HILL, A. G. S.—Lancet, 2, 810, 1951.
 HOLLANDER, J. L.—Bull. Rheum. Dis., 2, 3, 1951.
 INGBAR, S. H.—J. Clin. Invest., 29, 824, 1950.
 JACOBSON, B. M.—Ann. Int. Med., 11, 1.277, 1938.
 JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Lec. Pat. Médica, t. III, 1942.
 KUZUL.—Cit. en Handbuch Innere Med. Springer, Berlin, 1955.
 LICHTWITZ, L.—Bull. New York Acad., 10, 306, 1934.
 LICHTWITZ, L. y CZONITZER.—Z. Klin. Med., 104, 1, 1926.
 LOCKIE, L. M. y HUBBARD, R. S.—Jour. Amer. Med. Ass., 104, 2.072, 1935.
 LOEFFLER, W. y KOLLER.—Handbuch der Innere Medizin. Springer, Berlin, 1955.
 MC EWEN.—J. Mt. Sinai Hosp., 8, 854, 1942.
 MENDEL, L. B. y BROWN, E. W.—Jour. Amer. Med. Ass., 49, 896, 1907.
 NEEL, J. V.—Medicine, 26, 115, 1947.
 NICOLAIE, A. y DOHRN, M.—Deutsch. Archiv. f. Klin. Med., 93, 331, 1908.
 SCHITTENHELM, A. y WARNAT.—Z. Exp. Med., 3, 397, 1914.
 SHEMIN, D. y RITTMERBERG, D.—J. Biol. Chem., 167, 875, 1947.
 SONNE, J. C., BUCHANAN, J. M. y DELUVA, A. M.—J. Biol. Chem., 166, 395, 1946.
 SMYTH, C. J. y cols.—Ann. Int. Med., 16, 230, 1942.
 STECHER, R. M. y cols.—Ann. Int. Med., 31, 595, 1949.
 STETTEN, W.—Bull. New York Acad. Med., 28, 664, 1952.
 STENZL.—Cit. en Handbuch der Innere Medizin. Springer, Berlin, 1955.
 TALBOT, J. H.—J. Clin. Invest., 19, 84, 1940.
 TALBOT, J. H.—New York, Oxford University Press, 1943.
 THORN, G. W.—Science, 105, 528, 1947.
 UMBER, F.—Fortsch. Ther., 16, 1, 1940.
 UMBER, F.—Dtsch. Med. Wschr., 1, 216, 1921.
 WEINTRAD, W.—Therap. d. Gegenw., 25, 97, 1911.
 WOLFSON, W. Q. y cols.—J. Clin. Endocr., 9, 497, 1949.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento con corticoides en las enfermedades oculares.—Ha habido varias comunicaciones sobre efectos favorables del tratamiento con corticoides de afecciones oculares diversas, especialmente de tipo agudo. WOLFSON, QUINN y SPEARMAN (A. M. A. Arch. Int. Med., 95, 400, 1955) han ensayado tratamientos prolongados en enfermos de afecciones oculares crónicas. Además de 21 casos de afección aguda, han tratado 36 casos de enfermedades crónicas (siete con afecciones de la cámara anterior o de la esclerótida, 16 con coriorretinitis diseminada, cinco con otras enfermedades retinianas inflamatorias o degenerativas y ocho con neuritis retrobulbar). La duración media del tratamiento ha sido de 452 días y una dosis total media de 15.400 unidades. En los primeros 100 días la dosis media diaria fué de 73 unidades, pero posteriormente fué suficiente una dosis media diaria de 26 unidades. Con estos tratamientos intensos y prolongados se consiguió la recuperación de la visión normal en el 78 por 100 de los tratados, si bien en dos enfermos (uno de sarcoidosis y otro de retinitis exudativa) disminuyó la acuidad al suspender la medicación. El preparado utilizado de preferencia por los autores ha sido ACTH en suspensión en medio retardador.

Tratamiento quirúrgico de la ectopia testicular.—La experiencia de SNYDER y CHAFFIN (J. Am. Med. Ass., 157, 129, 1955) alcanza a 363 casos de ectopia testicular y les ha permitido establecer algunas normas de conducta práctica. Cuando la palpación en sentido descendente, a lo largo del conducto inguinal, permite conducir el testículo al escroto, no es necesaria ninguna intervención. En los casos en que el testículo puede ser palpado a través de la pared abdominal, pero no conducido al escroto, es aconsejable la operación antes de los cinco años: existe en tales casos un obstáculo mecánico, la bolsa inguinal superficial, que sólo puede ser vencido por la cirugía. Los resultados operatorios y funcionales son mejores cuando la intervención se realiza tempranamente que cuando se hace en edades posteriores. Solamente cuando el testículo no puede ser palpado a través de la pared, es aconsejable la terapéutica endocrina y aplazar la intervención hasta los diez o los doce años. Es probable, aunque no está sancionado por la experiencia, que la norma más aconsejable es los casos bilaterales de esta última categoría sea la operación precoz en uno de los dos lados, asociada a terapéutica endocrina.

Tratamiento de la Schistosomiasis con nilodin.—La infestación por Schistosoma está extraordinariamente difundida en las regiones tropicales y subtropicales y supone un considerable problema sanitario. KING (*Br. Med. J.*, 1, 185, 1955) ha tratado casos de infestación urinaria y rectal, causados, respectivamente, por *S. haematobium* y *S. mansoni*, mediante la administración de nilodin (clorhidrato de 1-beta-dietil-aminoetilamino-4-metiltioxantona). En un grupo de 24 casos de infestación vesical se empleó una dosis media diaria de 22 mg. por kilo, repartida en tres tomas y mantenida durante doce días; se logró un 60 por 100 de curaciones a los seis meses del tratamiento; otro grupo similar de 22 casos, tratado con 25 mg. por kilo diarios, sólo curó en un 33 por 100, probablemente por algunos defectos en la realización de la terapéutica. En los cuatro casos tratados de la forma rectal, el resultado fué excelente. Los síntomas tóxicos fueron muy frecuentes (hasta en el 56,7 por 100 de los casos), pero su intensidad nunca obligó a la suspensión de la medicación.

Myleran en la leucemia mieloide crónica.—Se ha acumulado ya bastante experiencia desde 1953, en que HADDOCK y TIMMIS propusieron el tratamiento de la leucemia mieloide con myleran. GALTON y TILL (*Lancet*, 1, 425, 1955) han revisado los resultados de la terapéutica en 31 enfermos. En un principio se utilizaron tratamientos intensos (100 a 150 mi-

ligramos en uno a seis días), pero se observaron tres casos de depresión medular, uno de ellos mortal. Después, se ha establecido como normal una dosis diaria en adultos de 0,06 mg. por kilo (aproximadamente 4 mg. diarios). El tratamiento se administra en forma intermitente, cuando reaparecen los síntomas, observándose generalmente que los intervalos de remisión se hacen progresivamente menores. Algunos enfermos han sido sostenidos en estado satisfactorio durante dos años, pero en tres de ellos se produjo resistencia al myleran. Este parece ser superior al uretano y a la tri-etileno-melamina y es útil especialmente en los casos que no responden a la radioterapia.

Peligros de la meperidina en los cardiópatas.—La acción analgésica y sedante del clorhidrato de meperidina (demerol) es motivo de que se utilice con suma frecuencia en la clínica. Aunque se han comunicado efectos depresores sobre el miocardio, así como hipotensores, tienen escaso relieve en la clínica. HARVEY, BERKMAN y LEONARD (*Am. Heart J.*, 49, 758, 1955) han resaltado el riesgo que supone la acción anticolinérgica de la meperidina en los enfermos cardíopatas. Especialmente en los pacientes con flutter auricular, pueden producirse taquicardias que perjudiquen el estado de compensación circulatoria. Los autores comunican siete casos en los que el efecto nocivo de la sedación con meperidina fué muy manifiesto.

EDITORIALES

LA RADIOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MAMA

No suele hacerse habitualmente una exploración radiográfica de la mama y, sin embargo, puede proporcionar datos diagnósticos sumamente útiles, en opinión de GERSHON-COHEN, INGLEBY y HERMET. Además de permitir fijar la evolución de lesiones en el tiempo, la mayor parte de las enfermedades ofrecen imágenes típicas, aunque se requiere una buena técnica y una gran experiencia para su correcta interpretación. De 102 carcinomas, 85 fueron diagnosticados correctamente y 14 fueron sospechados por el aspecto radiográfico, en tanto que por los datos clínicos sólo 55 fueron diagnosticados con exactitud. En un grupo de 316 tumores benignos, 287 fueron diagnosticados exactamente por el radiólogo y 29 fueron sospechados de tal naturaleza; clínicamente, se hizo correctamente el diagnóstico en 225 casos y se sospechó en 79. Esto demuestra que la radiografía puede suponer un considerable apoyo a la clínica en las afecciones mamarias.

En los casos de carcinoma se aprecia habitualmente un nódulo espicular que interrumpe las líneas trabeculares del tejido mamario. Los adenofibromas y los quistes múltiples tienen contornos redondeados, suaves. Los papilomas intraductales no dan sombras definidas, sino líneas tortuosas. Los papilomas intraquisticos dan imágenes semejantes a las de los quistes, si bien suelen ser algo más densas.

En las mujeres jóvenes, la palpación de múltiples nódulos plantea frecuentemente el diagnóstico diferencial entre adenosis y quistes o adenofibromas; en oposición a los contornos limpios de estas formaciones, las aden-

sis se caracterizan por opacidades borrosas. En las mujeres viejas, en las que puede no palparse nada anormal y consultar por una adenopatía axilar, por ejemplo, la radiografía de la mama puede indicar la presencia de carcinomas aun menores de 5 mm. de diámetro.

BIBLIOGRAFIA

GERSHON-COHEN, J., INGLEBY, H. y HERMET, M. B.—J. Am. Med. Ass., 157, 325, 1955.

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS FORMAS DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA

Cada vez se resalta más por los tratadistas la existencia de dos tipos bien definidos de distrofia muscular progresiva, independientemente de otras formas menos frecuentes: el tipo infantil, con predominio por los varones, presencia de seudohipertrofias musculares, clara historia familiar y progresión rápida hacia la muerte, que raramente se presenta después de los veinte años; el tipo de la adolescencia es el llamado tipo facio-escáculo-humeral, que muestra un reparto igual en ambos sexos y una progresión muy lenta de las alteraciones musculares, las cuales no son nunca seudohipertroficas.

Las alteraciones cardíacas son variables en estos enfermos y no es rara la hipertrofia cardiaca (ZATUCHNI y colaboradores). SCHOTT, JACOBI y WAAD han obser-