

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-

vado un aumento de la amplitud del complejo QRS en alguna de las derivaciones precordiales de enfermos con distrofia muscular progresiva, fenómeno que también ha sido descrito por WEISENFELD y MESINGER. El aumento de voltaje se produce en una o en varias de las derivaciones precordiales y la mayor parte de las veces sobrepasa los valores que se consideran normales en estos trazados.

SCHOTT y sus cols. asignan valor a las alteraciones electrocardiográficas en el diagnóstico diferencial entre estos dos tipos de distrofia muscular. En un conjunto de nueve casos, seis de ellos de la forma seudohipertrófica infantil, todos los de este grupo tenían el aumento de voltaje indicado en las derivaciones precordiales, en tanto que los tres enfermos de tipo facio-escáculo-humeral no presentaban alteración electrocardiográfica. Aunque WEISENFELD y MESINGER no señalaron esta diferencia entre ambos tipos de enfermos, la revisión de sus protocolos por SCHOTT y sus cols. les ha permitido comprobar que también existía esta diferencia en su casuística.

La diferenciación entre los dos tipos de distrofia tiene aún poca importancia clínica, excepto en lo que se refiere al pronóstico peor del tipo infantil. Los estudios electrocardiográficos son datos a sumar a los ya conocidos y que inducen a suponer que la esencia de ambos tipos de distrofia sea radicalmente distinta.

BIBLIOGRAFIA

- SCHOTT, J., JACOBI, M. y WALD, M. A.—Am. J. Med. Sci., 229, 517, 1955.
 WEISENFELD, S. y MESINGER, W. J.—Am. Heart J., 43, 170, 1952.
 ZATUCHNI, J., AEGERTER, E. E., MOLTHAM, L. y SHUMAN, C.—Circulation, 3, 846, 1951.

IMAGENES RADIOLOGICAS DE DILATACIONES LINFATICAS EN LA ESTENOSIS MITRAL

Las alteraciones radiológicas del tórax en los enfermos de estenosis mitral son muy variadas y algunas no han sido interpretadas hasta muy recientemente. Los aspectos radiológicos de los infartos pulmonares, de los depósitos hemosideróticos, etc., han sido diferenciados de los debidos a la congestión venosa, edema, atelectasias, etc. (véase el trabajo de VARELA DE SEIJAS y ALVARADO). Existen algunos aspectos radiológicos que no se explican tampoco por los citados hechos anatomo-clínicos. No es raro observar unas líneas transversales cortas, de 2 a 3 cm. de longitud, situadas en la parte externa de los campos pulmonares, y que se dirigen

hacia la superficie pleural, frecuentemente como dos líneas paralelas y de frecuencia igual en uno u otro pulmón.

Imágenes similares han sido señaladas por SHANK y KERLEY en la silicosis y atribuidas a depósitos en linfáticos pleurales comunicantes. WHITAKER y LODGE indicaron su frecuencia en los procesos de hipertensión en el círculo pulmonar, especialmente en la estenosis mitral. Lo mismo han observado FLEISCHNER y REINER y lo atribuyen al depósito de hemosiderina en los septos o en macrófagos paraseptales.

LEVIN ha estudiado con gran detención el problema de las imágenes rectas basales y paralelas que se encuentran en la estenosis mitral con más frecuencia que en otras enfermedades que originan hipertensión en el círculo pulmonar, probablemente por la cronicidad de la hipertensión en el caso de la estenosis mitral. Las líneas se diferencian de las atelectasias discoides de FLEISCHNER porque éstas generalmente son únicas, no están situadas tan externas y nunca se disponen como líneas paralelas. Las líneas de quistes aéreos, vesículas enfisematosas, etc., no son rectas, sino arqueadas; además, las vesículas enfisematosas se aprecian mejor en las placas tomadas en inspiración y lo contrario sucede con las líneas de la estenosis mitral.

La presencia de tales líneas guarda una estrecha correlación con el aumento de presión en el círculo pulmonar, determinado por cateterismo (LEVIN), y se observa la desaparición de las líneas al disminuir la presión pulmonar por el tratamiento médico o por la comisurotomía mitral (FLEISCHNER y REINER y LEVIN). No es raro que las líneas en cuestión coincidan con la aparición en las partes basales de los campos pulmonares de unas sombras nubosas, que no es raro se consideren como de engrosamiento pleural y que también es posible ver desaparecer por los citados tratamientos. LEVIN ha realizado estudios anatómicos de biopsias obtenidas en el curso de operaciones de comisurotomía y ha demostrado la existencia de dilataciones linfáticas, con revestimiento endotelial, situados especialmente en los septos interlobulillares y que terminan casi en ángulo recto en los linfáticos pleurales, los cuales constituyen un rico plexo. Las líneas paralelas tantas veces citadas serían debidas al estasis en los linfáticos interlobulillares, en tanto que los velos difusos basales son la expresión de estasis linfático en las pleuras.

BIBLIOGRAFIA

- FLEISCHNER, F. G. y REINER, L.—New Eng. J. Med., 250, 900, 1954.
 LEVIN, B.—Am. Heart J., 49, 521, 1955.
 SHANKS, S. C. y KERLEY, P.—A text-Book of X-ray diagnosis, Filadelfia, 1951.
 VARELA DE SEIJAS AGUILAR, J. y ALVARADO AZEVEDO, E.—Rev. Clin. Esp., 50, 347, 1953.
 WHITAKER, W. y LODGE, T.—J. Fac. Radiol., 5, 182, 1954.