

El segundo dato es objetivo y directamente valorable por el clínico; nos referimos al aumento de la capacidad funcional de estos sujetos. Tenemos por costumbre determinar qué cantidad de escalones puede subir el enfermo sin que la disnea se haga tan intensa que le obligue a interrumpir la marcha; se realiza la misma prueba después de la intervención y se anota la diferencia entre ambos datos. Es impresionante ver hasta qué punto ha mejorado los enfermos al final de la primera semana del postoperatorio, siendo lo más frecuente que ya en este momento hayan duplicado, por lo menos, su capacidad funcional.

Queda aún otro dato importante cuando existe, pero inconstante, porque también es inconstante el signo en que se basa; nos referimos a la desaparición de las hemoptisis. Es frecuente que los enfermos con hemoptisis preoperatorias presenten expectoración sanguinolenta en los tres o cuatro primeros días del postoperatorio, para luego desaparecer total y definitivamente.

3. *Signos radiológicos.*—Desde el punto de vista radiológico debemos fijarnos fundamentalmente en los tres signos siguientes: a) Disminución del tamaño del cono pulmonar, perceptible radiológicamente, dato observado en algunos de nuestros casos vueltos a examinar a los seis meses de operados. b) Aumento del tamaño del ventrículo izquierdo, paralelo al incremento de su función. c) Disminución del estasis pulmonar en radiografías practicadas con los mismos datos técnicos y aparatos.

Clasificando nuestros casos con arreglo a este criterio podemos agruparlos en los siguientes apartados:

A) *No mejorados.*—Casos no modificados.

B) *Resultado bueno.*—Marcada mejoría del estado funcional con persistencia de una clara limitación de la capacidad física.

C) *Resultado excelente.*—Enfermos que pueden reanudar una vida normal, aunque con cierta limitación para los esfuerzos extremos.

D) *Resultado óptimo.*—Restitución total de la capacidad funcional con modificación de todos los signos clínicos y radiológicos.

Analizando nuestros casos de acuerdo con estas ideas hemos encontrado:

No se ha conseguido mejoría en el 14 por 100 de los casos.

Han mejorado el 86 por 100 de los casos.

De este 86 por 100 de casos mejorados, podemos entresacar las siguientes cifras:

El 10 por 100 sólo ha conseguido un resultado bueno, el cual siempre ha justificado la intervención.

En el 60 por 100 de los casos el resultado puede calificarse de excelente.

En un 16 por 100 de los casos el resultado ha sido óptimo.

Nos parece oportuno señalar aquí que el resultado obtenido ha sido independiente del tipo de caso operado; se ha obtenido resultados óptimos en enfermos del grupo IV y resultados simplemente buenos en enfermos del grupo III.

BIBLIOGRAFIA

- BROCK, R. C.—Comunicación personal.
FIEDBERG, C. K.—Diseases of Heart Saunders, Fil., 1950.
LEVINE, S. A.—Clinical Heart Disease, Saunders, Fil., 1951.
TAQUINI, A. C., LOZADA, R. B., DONALDSON, R. J., D'AUTOLLO, R. E. H. y BALLINA, E. S.—Am. Heart Jour., 46, 639, 1953.
DEXTER, L.—Bull. New York Acad. of Med., 28, 90, 1952.
GRIFFITH, G. C y cols.—Circulation, 7, 30, 1953.
HARKEN, D. E.—Comunicación personal.
HARKEN, D. E. y cols.—Circulation, 5, 349, 1952.
CALVET, J. P.—Entretiens de Bichat, Expansion Scientifique Française, 1952.
SCHERF, D.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos. Edit. Labor, Madrid, 1947.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Ejercicios musculares en el tratamiento del asma bronquial.—Los ejercicios respiratorios han demostrado su gran utilidad en los programas de rehabilitación de heridos de la última guerra. También serían sumamente eficaces en el tratamiento del asma bronquial. SCHUTZ y MCGREGOR (*New York State J. Med.*, 55, 635, 1955) han revisado los resultados obtenidos en 23 asmáticos con un sistema de ejercicios variados, entre los cuales, están los siguientes: ponerse en puntillas 50 a 60 veces, propulsar y retraer la pared anterior del abdomen otras 50 a 60 veces, inspiración "olfateante", es decir, con gran presión negativa; espiración silbante o espiración ruidosa por la nariz; ejercicios graduados de gimnasia, marcha, etc. El enfermo debe realizar los ejercicios respiratorios estando sentado y con los músculos relajados y aumentará gradualmente la intensidad y complejidad de los ejercicios. En 10 de los 23 enfermos se lograron excelentes resultados en tiempos variables entre tres y catorce semanas; en otros nueve casos se logró una mejo-

ría menos marcada. La mejoría se manifestó en la disminución de la sensación subjetiva de disnea y en la mejoría objetiva de las excursiones diafragmáticas y aumento de la capacidad vital. Es probable que los ejercicios físicos realicen su influencia por intermedio de estímulos a la secreción de hormonas suprarrenales.

Globulina gamma en la encefalitis sarampinosa.

La encefalitis sarampinosa es una complicación poco frecuente de la enfermedad y no existe aún acuerdo sobre si la globulina gamma puede evitar su aparición o modificar su curso. GREENBERG, PELLITERI y EISENSTEIN (*J. Pediat.*, 46, 642, 1955) han comprobado en un total de 115.847 casos de sarampión una frecuencia de encefalitis de 0,14 por 100 con una mortalidad del 15 por 100 y un 9 por 100 de secuelas. Tan sólo uno de los niños con encefalitis había recibido una inyección profiláctica de globulina gamma, de 2 c. c., a pesar de lo cual desarrolló un cuadro típico de sarampión, con síntomas en-

cefalíticos desde el comienzo. La posible acción curativa de la globulina gamma sobre la encefalitis sarampionosa ha sido estudiada por GREENBERG, APPELBAUM, PELLITERI y EISENSTEIN (*J. Pediat.*, 46, 648, 1955). Han tratado con ella a 51 niños y los resultados han sido comparados con los de 108 niños con encefalitis, que no recibieron globulina gamma. La mortalidad o la persistencia de secuelas llegó al 25 por 100 en ambos grupos, independientemente del tratamiento, de la precocidad del mismo, de la dosificación o de la edad de los niños enfermos.

Tratamiento del tétanos con mefenesin intravenoso.—El mefenesin es un relajante muscular de acción central, por disminuir la excitabilidad refleja de la médula. No actúa sobre la unión mio-neural, como el curare, y tampoco actúa sobre los centros superiores, por lo que no altera la conciencia. No deprime en absoluto la respiración. DOCHERTY (*Lancet*, 1, 437, 1955) se funda en estas peculiaridades de la acción del mefenesin para emplearlo en el tétanos. Refiere el caso de un muchacho de dieciséis años, que fué tratado con inyecciones intravenosas de un gramo de mefenesin cada dos horas, durante diez horas, y posteriormente con una infusión continua intravenosa de glicosa al 4,5 por 100 y cloruro sódico al 0,18 por 100 y que contenía cuatro gramos de mefenesin por litro y 5.000 unidades de heparina. En un total de dos semanas se administraron de esta forma 198 gramos de mefenesin. Al principio del tratamiento se inyectaron 100.000 unidades intravenosas de suero antitetánico y se utilizaron sedantes y penicilina, 500.000 unidades cada seis horas. El enfermo, que padecía una forma muy grave de tétanos, curó sin accidentes desagradables, siendo de notar que, probablemente a causa de la dilución del mefenesin, no se produjo la hemoglobinuria que a veces se observa por las inyecciones intravenosas de dicho producto.

Rapé de extracto de post-hipófisis para combatir la enuresis nocturna.—En muchos casos de enuresis nocturna no llega a descubrirse la causa de la misma y es posible que sus vejigas tengan una me-

nor capacidad o que exista en tales personas una relativa poliuria nocturna. MARSON (*Br. Med. J.*, 1, 1.194, 1955) sugiere que en tales casos puede ser útil una reducción pasajera de la diuresis durante las horas de sueño. El empleo de pituitrina con este objeto data de 1925 (BONACORSI), pero faltan estudios farmacológicos vigilados que permitan darse una idea exacta de la eficacia del proceder. MARSON ha tratado con extracto de post-hipófisis, en forma de rapé, a cuatro enfermos de enuresis nocturna, en períodos de siete a once meses y comparando sus efectos con los de un placebo. A los enfermos no se les administraba líquido en las tres horas anteriores a la iniciación del sueño. Los resultados son claramente demostrativos del valor del método, de tal forma, que la aplicación nasal de pituitrina es capaz de inhibir intensamente la diuresis durante cinco a diez horas, por lo que su utilidad es mayor en los niños que no tienen sueño muy prolongado.

Intervenciones quirúrgicas en los casos de costilla cervical o de síndrome del escaleno anterior. El diagnóstico de los casos que se etiquetan como de síndrome del escaleno anterior es muchas veces incorrecto o poco seguro. Esto hace que los resultados del tratamiento sean también muy dispares. RAAF (*J. Am. Med. Ass.*, 157, 219, 1955) ha tratado 117 casos y en un total de 30 intervenciones por síndrome del escaleno anterior, sin costilla cervical, 13 veces no existía compresión por dicho músculo, sino por el escaleno medio, por una banda fibrosa, por una apófisis transversa larga de la séptima cervical o por una arteria anómala. Cuando existe costilla cervical, muchas veces es eficaz un tratamiento conservador, de fisioterapia, ejercicios correctores o inyectores de novocaína en el escaleno anterior; si el método médico fracasa, está indicada la sección del escaleno anterior, con resección de la costilla suprenumeraria. Cuando no existe costilla cervical, se debe implantar un largo período de tratamiento médico y psiquiátrico. Si el enfermo no responde al tratamiento médico, está justificada la intervención quirúrgica, la cual no debe limitarse a la sección del músculo escaleno anterior, sino que se debe explorar la región del plexo, en busca del factor de compresión.

EDITORIALES

EL CONTENIDO EN ACIDO NUCLEICO DE LAS CELULAS DE LA MEDULA OSEA EN LA ANEMIA PERNICIOSA

Los avances de la histoquímica han permitido profundizar en la esencia de algunos fenómenos patológicos y han iniciado el camino de la localización intracelular de alteraciones metabólicas. La profunda basofilia de los megaloblastos, por ejemplo, se ha demostrado que es debida a la presencia en su citoplasma de ácido ribonucleico (THORELL). Como la vitamina B₁₂ parece estar relacionada con la síntesis de los ácidos nucleicos que se verifica durante los procesos de crecimiento (WRIGHT y colaboradores) y la médula ósea megaloblástica es más rica en fósforo de ácido ribonucleico que la normal (DAVIDSON y colaboradores), parece lógico

pensar que en la anemia perniciosa existe un trastorno fundamental en el metabolismo del ácido ribonucleico. Algo similar puede decirse sobre el ácido desoxirribonucleico, el cual está también aumentado en la médula ósea megaloblástica (DAVIDSON y colaboradores), y LA COUR coloca en la misma línea de razonamientos la demostración de anomalías cromosómicas en las células rojas y leucocitos de la anemia perniciosa.

Existen estudios microespectrofotométricos, sin embargo, que demuestran que el contenido de ácido desoxirribonucleico de cada megaloblasto no es mayor que el de normoblastos de tamaño similar (REISNER y KORSON, MARINONE). Con técnicas químicas, BREBNER y WILKINSON han estudiado el contenido en fósforo de ácido nucleico y de ácido desoxirribonucleico de suspensiones de sangre o de médula ósea, cuya intensidad celular es