

das formas, en oposición a la afirmación de GOLDMAN, no se observó ninguna diferencia entre el efecto del pronestyl y de un placebo y quizá se pudo observar que el tratamiento no impedía el curso lentamente progresivo de la enfermedad.

La asociación de antibióticos con otras drogas en el tratamiento de la disentería amebiana crónica.—La emetina es capaz de curar un ataque agudo de amebiasis. La cloroquina se absorbe tan rápidamente que no llega a las porciones inferiores del intestino. Reparos diversos podrían hacerse a cada una de las distintas drogas abemicidas. Y todas ellas fracasan aisladas en la amebiasis crónica. SINGH (*Lancet*, 1, 527, 1955) ha tratado a 32 enfermos, que padecían disentería amebiana durante tres a doce años, y en muchos de los cuales habían fracasado varios intentos terapéuticos. El método de SINGH consiste en administrar conjuntamente 500 miligramos de aureomicina, 250 mg. de carbarsona, 600 mg. de diiodohidroxiquinolina y 200 mg. de cloroquina, cada ocho horas, durante seis días, continuando otros catorce días sólo con diiodohidroxiquinolina y cloroquina. Si persisten algunos síntomas, a las seis semanas del comienzo del primer tratamiento, se hace un segundo choque con 500 miligramos de terramicina, 250 mg. de carbarsona y 100 mg. de mepacrina, cada ocho horas, durante seis días. En algunos enfermos persistió una diarrea, probablemente debida a la aureomicina, que curó espontáneamente. Al cabo de tres meses, todos los enfermos estaban curados clínicamente y por

examen de heces y sigmoidoscopia. La revisión de 20 de los casos en períodos de ocho meses a dos años mostró que la curación era permanente.

El tratamiento endocrino del carcinoma de próstata.—El asunto ha sido revisado por CARROLL y BRENNAN (*J. Am. Med. Ass.*, 157, 581, 1955), los cuales discuten las ventajas de asociar la orquidectomía a la administración de estrógenos o reservar la intervención para el caso de reagudización, asunto sobre el que no existe acuerdo. La administración de 25 mg. de hidrocortisona en días alternos o la adrenalectomía bilateral pueden ofrecer mejoras pasajeras en casos resistentes. Probablemente, la introducción en terapéutica del estrógeno clorotrianisene (TACE) es el mayor avance registrado recientemente en el tratamiento del carcinoma prostático. Tiene acción más duradera que la de otros estrógenos, estimula la formación de estrógenos en el sujeto, carece de los efectos desagradables de otros preparados estrogénicos (edematos, náuseas, anorexia), no estimula el crecimiento de la suprarrenal o de la hipófisis y es eficaz cuando otros estrógenos han fracasado. Alguno de los enfermos de CARROLL y BRENNAN recibió hasta 180 mg. diarios de TACE, durante 55 días, sin fenómenos tóxicos, pero en general bastan cantidades mucho menores. De los 53 enfermos tratados por los autores citados, ocho murieron por el cáncer y ocho por otras causas; de los enfermos restantes, 19 han vivido más de tres años y los otros llevan menos tiempo de tratamiento.

EDITORIALES

DEPOSITO AGUDO DE CALCIO EN LA MANO

El depósito de calcio en los tejidos puede hacerse en condiciones que produzcan una sintomatología aguda. El fenómeno es bien conocido en la localización en el hombro y lo es mucho menos en la mano. Aunque son escasas las publicaciones sobre el asunto, desde que COHEN, en 1924, señaló su posibilidad, no se debe tratar de una eventualidad demasiado rara, ya que CARROLL, SINTON y GARCÍA han podido estudiar 100 casos.

El comienzo de la afección es agudo y doloroso; a veces el enfermo despierta de un sueño profundo por el dolor. Este suele acompañarse de hinchazón, por lo que resulta una marcada impotencia de la mano. Los enfermos, y muchas veces los médicos, creen que se trata de una distensión articular o de una infección aguda. La mano suele estar enrojecida, los dedos en semiflexión y el enfermo evita el menor contacto del miembro hinchado. La afección puede recaer en cualquier edad, entre los trece y los ochenta y un años, pero lo más habitual es entre treinta y sesenta años, y el 60 por 100 de los enfermos son mujeres.

Cuando se palpa cuidadosamente la mano afecta, se puede localizar un punto de máximo dolor, y tal punto se debe radiografiar en varias proyecciones. Es posible descubrir el depósito radiográfico constantemente en la radiografía, pero a veces se precisan varias placas en diferentes proyecciones. El lugar de predilección de los depósitos es al lado del pisiforme (PHALEN), pero pueden aparecer en numerosos otros sitios, especialmente en la proximidad de las articulaciones de los dedos.

Aunque sólo en un tercio de los casos es posible encontrar el antecedente de un esfuerzo excesivo o traumatismo, dada la frecuencia de éstos en las manos, es lo más verosímil que una sección de fibras tendinosas o ligamentosas sea el foco de necrosis sobre el que se depositen secundariamente sales cálcicas. En las intervenciones quirúrgicas se observa una masa cretácea blanda, situada por debajo del peritenon, en plena sustancia fibrosa y rodeada de un acusado edema inflamatorio. Se desconoce por completo la razón de que en algunas personas se produzca tal precipitación cálcica en pequeñas necrosis fibrosas y en otras no. Tan sólo en seis enfermos existían o habían existido depósitos cálcicos en otras partes del organismo. Tampoco se han observado nunca depósitos cálcicos asintomáticos en las manos, con lo que se puede descartar que los accidentes agudos sean episodios de reactivación de calcificaciones preexistentes.

La evolución espontánea del proceso es hacia la curación. Después de unos días o semanas, ya no es posible descubrir los depósitos cálcicos en la radiografía. Seis meses después de la fase aguda no se encuentran nunca calcificaciones y el proceso no tiende a recidivar. La evolución espontánea se favorece con algunas medidas terapéuticas. Los simples baños calientes o la colocación de un vendaje acortan la curación a diez o doce días. No se debe colocar un apósito escayolado, el cual está rigurosamente contraindicado. Las inyecciones de hialuronidasa o de hidrocortisona no presentan utilidad. Más eficaces son las inyecciones de novocaina, con las que se consiguen remisiones temporales; la repetición de

las mismas consigue la curación en unos seis días. Raramente está indicada la evacuación quirúrgica del depósito de cal, con lo cual se logra la supresión inmediata del dolor.

BIBLIOGRAFIA

- CARROLL, R. E., SINTON, W. y GARCÍA, A.—J. Am. Med. Ass., 157, 422, 1955.
PHALEN, G. S.—J. Bone Joint Surg., 34, 579, 1952.

PERICARDITIS CRONICA CON DERRAME

En el lenguaje usual de la clínica suelen considerarse como sinónimos los términos de pericarditis con derrame y pericarditis aguda, así como también suele considerarse que una pericarditis crónica es una pericarditis adhesiva. Es posible, aunque poco frecuente, que existan casos crónicos de pericarditis con derrame, y el no tener en cuenta esta posibilidad es motivo de errores diagnósticos, al pensar que se trata de una dilatación cardíaca. El ejemplo más conocido es el del mixodema, en el que el ensanchamiento de la silueta radiológica del corazón ha sido considerado como dependiente de alteraciones miocárdicas hasta que se ha llegado a la conclusión de que en muchas ocasiones se trata de un derrame pericárdico.

CONTRO, DE GIULI y RAGAZZINI han estudiado el caso de una niña de siete años, sin síntomas subjetivos, y que tenía una silueta cardíaca muy grande. Los estudios clínicos, la angiocardiógrafa, el neumomediastino, etcétera, demostraron que no existía aumento de tamaño de las cavidades cardíacas y que tampoco se trataba de un tumor mediastínico o un divertículo del pericardio, sino de un auténtico derrame pericárdico, el cual pudo ser seguido durante cuatro años. El líquido contenía 5 gramos de proteínas por 100 c. c. y su siembra fué estéril. En la literatura existen pocas comunicaciones sobre derrames pericárdicos crónicos. BLUMENFELD observó uno durante cuatro años, a consecuencia de la radioterapia por un carcinoma de mama; en la autopsia se encontró un pericardio con fuerte engrosamiento fibroso. Otros dos casos han sido referidos por BARKER y JOHNSTON, en cuya autopsia el pericardio tenía sólo alteraciones inespecíficas.

No es posible excluir la etiología tuberculosa en casos como el de CONTRO y cols., pero no existen datos a su favor. Dichos autores sugieren la posibilidad de una obstrucción congénita del drenaje linfático del pericardio, hipótesis no demostrada.

BIBLIOGRAFIA

- BARKER, P. S. y JOHNSTON, F. D.—Circulation, 2, 134, 1950.
BLUMENFELD, H. y THOMAS, S. F.—Radiology, 44, 335, 1945.
CONTRO, S., DE GIULI, G. y RAGAZZINI, F.—Circulation, 11, 844, 1955.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL CANCER PULMONAR

Todo lo referente al cáncer pulmonar es de sumo interés para los médicos. Se trata de una neoplasia cuya frecuencia aumenta progresivamente y que ya en 1953

ha sobrepasado en Inglaterra como causa de muerte al cáncer de estómago. La terapéutica de la afección es principalmente quirúrgica, ya que los resultados de la quimioterapia, de la radioterapia o del tratamiento con isótopos no han conseguido superar las marcas de la Cirugía.

En una reciente discusión de "mesa redonda" en la Academia Médico-Quirúrgica Española, prestigiosos médicos y cirujanos se han ocupado del problema, y queda latente de dicha reunión la impresión de pesimismo sobre la precariedad de los resultados que pueden conseguirse en esta enfermedad. La mortalidad operatoria va disminuyendo, pero aún es significativa. Aún es mayor la mortalidad por recidivas o metástasis y son muy escasos los enfermos que llegan a sobrevivir cinco años a la intervención.

No se obtiene esta impresión pesimista del examen de las estadísticas de autores extranjeros. Así, BOYD hace resección en 104 de 403 casos estudiados; mueren el 8 por 100 a consecuencia de la operación y viven a los cinco años el 32 por 100 de los operados. La supervivencia a los cinco años de OCHSNER es de 34 por 100 y la de GIBBON, 26 por 100. HOLMES SELLORS hace 689 toracotomías, las cuales van seguidas de resección en 446 casos. La mortalidad operatoria es de 18 por 100, si bien en la última época es sólo de 9 por 100, y la supervivencia a los cinco años es de 21 por 100. Los resultados son, pues, superiores a los que se logran en el cáncer gástrico o en el de la mama.

¿A qué puede deberse esta discordancia entre los datos de los cirujanos extranjeros y la impresión que se deduce de los medios quirúrgicos españoles? Debemos hacer constar que se ignoran las cifras reales de supervivencia en las clínicas españolas y sólo se conoce la impresión general. Es hora ya de que los cirujanos españoles analicen su casuística y comuniquen los resultados exactos que van consiguiendo. La causa no parece estar en la mayor tardanza en el diagnóstico de los casos, ya que GONZÁLEZ DUARTE ha llegado a operar 93 de los 160 cancerosos estudiados por él, lo que supone un porcentaje de operabilidad de 58 por 100, superior al de estadísticas extranjeras. De los operados, el 64 por 100 fueron resecables, lo cual supone el 37 por 100 del total de enfermos estudiados. Tampoco parece consistir en la técnica quirúrgica la causa de la discrepancia. El cirujano español citado no ha perdido postoperatoriamente más que uno de los últimos 20 enfermos intervenidos.

Es posible que los tipos histológicos de cáncer pulmonar sean más malignos en España que en otros países, aunque faltan datos demostrativos de esta posibilidad. Más probable es que se intervengan casos con metástasis no diagnosticadas y que, con un examen más detenido, se podrían calificar como inoperables. Cabe también pensar que la radioterapia postoperatoria o el empleo de algunos quimioterápicos en dicho momento pueda mejorar los porcentajes de supervivencia a los cinco años. De todas formas, es obligado que médicos y cirujanos analicen sinceramente las causas que concurren en cada uno de sus casos y que hacen que la supervivencia global no sea igual que la que se comunica en las clínicas extranjeras.

BIBLIOGRAFIA

- GONZÁLEZ DUARTE, P.—Bol. Acad. Méd. Quir. Esp. Sesión de 7 de febrero de 1955.
SELLORS, T. H.—Br. Med. J., 1, 445, 1955.