

ella; todos los niños estuvieron en cama cuatro a ocho semanas y recibieron una dieta adecuada en calorías y en vitaminas. Los niños tratados con isoniazida recibieron 3 mg. por libra de peso y día, durante tres meses, en tomas fraccionadas, tres veces al día. Los resultados son favorables al empleo del fármaco. Aunque el resultado final a los 1-3 años es igual en los tratados y en los no tratados, la respuesta fué más rápida, con mejor estado general y mayor apetito y con aclaramiento más pronto de las sombras radiológicas, en los que se trataron con isoniazida. Se desconoce la aparición de resistencia, aunque no es probable, dada la favorable evolución.

**Sinematina B en la tifoidea.**—La sinematina fué extraída del *Tilachlidium* por GÖTTSHALL y colaboradores y separada en formas A y B por OLSON y sus asociados. "In vitro" posee una considerable actividad contra varias especies de *Salmonella*. BE-NAVIDES, OLSON, VARELA y HOLT (*J. Am. Med. Ass.*,

157, 989, 1955) han aplicado el nuevo antibiótico a la clínica. Han tratado con sinematina B a 15 enfermos de fiebre tifoidea y a uno de paratifíca A, de edades comprendida entre dos y once años. Las dosis no fueron iguales y tampoco lo fué la pureza del preparado empleado en unos y otros enfermos; la dosis diaria osciló entre 20 y 87,5 mg. por kilo y día, calculando el contenido real de sinetatina del preparado. La droga se administra en inyección intramuscular, cada cuatro horas, y el tratamiento se mantiene durante doce o catorce días. Los resultados fueron alentadores. La sintomatología, prácticamente desapareció en dos a seis días. Sólo se presentaron tres recidivas (dos de ellas en los que recibieron dosis menores) y hubo un caso de fiebre persistente. No hubo ninguna hemorragia intestinal, ni perforación, ni muerte. La sangre y las heces quedaron libres rápidamente de gérmenes y a los tres meses no pudo descubrirse ningún portador. No se observaron efectos tóxicos, excepto algunos escalofríos, con uno de los lotes del preparado.

## EDITORIALES

### LA PERICARDIECTOMIA EN LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA

La suerte de los enfermos de pericarditis constrictiva es poco mejorada por los tratamientos médicos, que sólo de un modo temporal pueden disminuir la ascitis y los edemas de los pacientes. Esta ineficacia de la terapéutica médica indujo ya a finales del siglo pasado a DELORME a proponer la pericardiección para el tratamiento de la citada enfermedad y fué REHN en 1913 el primero en realizarla con éxito.

La mortalidad que acompaña a la operación ha sido en los primeros tiempos muy elevada. Los trabajos de SCHMIEDEN, de CHURCHILL, de BLALOCK y BURWELL, de HOLMAN y WILLETT, etc., han tratado de solventar las dificultades técnicas que la intervención presenta. Aun así, hay que contar con el riesgo dependiente del mal estado del miocardio de muchos de tales enfermos y con la posibilidad de agudizaciones o siembras de la infección tuberculosa, que casi siempre es la causa de la constrictión pericárdica.

Una reciente revisión de su casuística por HOLMAN y WILLETT tiene el interés de poner bien de manifiesto la necesidad de lograr una liberación suficientemente completa del pericardio para que se logre éxito. Muchos de los fracasos atribuidos a insuficiencia del miocardio se deberían realmente a la timidez en la extirpación del pericardio, la cual debe comprender el situado sobre la punta cardíaca, los bordes izquierdo y derecho del corazón y las porciones intrapericárdicas de las venas cava superior e inferior. El ventrículo izquierdo debe ser liberado en primer lugar, para evitar la dilatación e insuficiencia aguda del ventrículo derecho. La existencia de una tuberculosis activa en varios de los casos de HOLMAN y WILLETT no fué obstáculo para un buen resultado terapéutico. De los 26 casos intervenidos por los citados autores, dos murieron, varios días después de la operación, a causa de insuficiencia circulatoria. Los ocho enfermos de etiología tuberculosa que fueron operados por HOLMAN y WILLETT mejoraron, a pesar de que en seis de ellos se encontraron

bacilos viables en la cavidad pericárdica; tres de tales enfermos tienen actividad física limitada por otras localizaciones tuberculosas. Los 14 enfermos de pericarditis no tuberculosa mejoraron considerablemente, si bien tres tienen impedimento para su actividad física por otras afecciones simultáneas.

Casuísticas como la de HOLMAN y WILLETT son sumamente alentadoras y deben inducir a los clínicos a aconsejar la intervención de los enfermos que aquejan una pericarditis constrictiva, al mismo tiempo que impulsar a los cirujanos a perfeccionar su técnica, ya que el mejoramiento progresivo de las estadísticas operatorias no es achacable sólo a los antibióticos, sino al perfeccionamiento quirúrgico, el cual deriva en gran parte de la comprensión de la fisiopatología del proceso y de la necesidad de liberar las porciones de miocardio que se hallan comprimidas y dificultadas en su función.

### BIBLIOGRAFIA

- BLALOCK, A. y BURWELL, C. S.—*Surg. Gyn. Obst.*, 73, 433, 1941.  
 CHURCHILL, E. D.—*Ann. Surg.*, 104, 516, 1936.  
 HOLMAN, E. y WILLETT, F.—*J. Am. Med. Ass.*, 157, 789, 1955.  
 SCHMIEDEN, V.—*Surg. Gyn. Obst.*, 43, 89, 1926.

### EFFECTO DE LOS TRATAMIENTOS MEDICOS SOBRE LA ULCERA PEPTICA

No pasa día sin que se proponga un nuevo tratamiento de la úlcera péptica con pretensiones de ser superior a los anteriores. Resulta esto tanto más extraño si se piensa en el entusiasmo optimista que en médicos y pacientes se produce a la aparición de cada nuevo fármaco, y que es fielmente renovado con la misma intensidad ante el nuevo producto. Si de estas impre-

siones pasamos a los resultados de grupos tratados con diferentes pautas, pero estudiados en condiciones que parecen alejar la influencia perturbadora de otros factores, sorprende igualmente la obtención de conclusiones contrapuestas por clínicos que trabajan en condiciones similares. Así, DOLL y PYGOTT observan que los enfermos ulcerosos curan más rápidamente cuando están sometidos a una dieta estricta y guardan cama, en tanto que LAWRENCE observa que los enfermos que cumplen los requisitos indicados tardan más en curar que los tratados con reposo en cama, pero que no se someten a una dieta rigurosa. Del mismo modo, HOWELL no encuentra diferencia en sus enfermos por hacer o no reposo en cama o por seguir estrechamente un régimen alimenticio. La complejidad de los factores que hacen que mejore la sintomatología ulcerosa o que cicatrice la lesión anatómica es muy grande y podemos, más o menos voluntariamente, favorecer algunos de los mecanismos curativos, aunque ignoremos la esencia de la acción curativa. De este modo, GILL refiere haber conseguido la curación de 20 ulcerosos gástricos por la inyección subcutánea diaria de agua destilada.

La mayor parte de los intentos curativos de indole médica han procurado que en el enfermo ulceroso se produzca una disminución de la actividad motora y secretora de su estómago. Los enfermos ulcerosos mejoran con atropina, aunque las dosis necesarias para reducir la acidez gástrica son superiores a las toleradas (NICOL). Las aminas cuaternarias, como el bromuro de hexametonio, ocasionan un descenso acusado en la acidez gástrica, pero los efectos hipotensores hacen que su empleo no se haya generalizado. Bien conocidos son los efectos clínicos beneficiosos de los bloqueantes anticolinérgicos del tipo del banthine o del antrenyl (oxifenonio), aunque a veces la mejoría subjetiva no se acompañe de cicatrización de la úlcera (WEINBERG y GINSBERG). Por otra parte, RONALD hizo notar que una úlcera puede cicatrizar aunque no varíe la acidez del contenido gástrico. En el mismo sentido es demostrativa la reciente experiencia de HOWELL con oxifenonio. Comparando los efectos en 10 enfermos tratados con esta droga y en 10 tratados con un placebo, observa la curación radiológica de la úlcera en seis enfermos de cada grupo sin relación con las variaciones de la acidez. Son necesarias experiencias más numerosas y especialmente seguir prolongadamente a los enfermos y observar qué proporción de ellos han requerido ulteriormente un tratamiento quirúrgico para que se pueda formar una idea segura del valor real de cada una de las terapéuticas antiulcerosas.

## BIBLIOGRAFIA

- DOLL, R. y PYGOTT, F.—*Lancet*, 1, 171, 1952.  
HOWELL, A. M.—*Lancet*, 1, 291, 1947.  
HOWELL, C. A. H.—*Practit.*, 174, 574, 1955.  
LAWRENCE, J. S.—*Lancet*, 1, 482, 1952.  
NICOL, B. M.—*Lancet*, 2, 881, 1939.  
RONALD, J.—*Br. Med. J.*, 8, 1.033, 1939.  
WEINBERG, B. J. y GINSBERG, R.—*Amer. J. Dig. Dis.*, 20, 232, 1953.

## EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME NEUROANEMICO

Los estudios clínicos recientes, y especialmente los efectos de algunos tratamientos como el ácido fólico, han puesto en evidencia la falta de paralelismo entre la

sintomatología hematológica y la neurológica de la enfermedad de Biermer, a la que quizás fuera mejor denominar avitamínosis B<sub>12</sub> (BESANCON). Esta falta de sincronismo y de igualdad de intensidad sintomatológica puede motivar que la primera manifestación de un enfermo sea la neurológica: esto sucedía en 16 de los 70 enfermos estudiados por BESANCON. Dos factores vienen a añadir dificultades al diagnóstico de estos casos: los cuadros clínicos anormales, resultantes de tratamientos antianémicos insuficientes, y el polimorfismo que ya espontáneamente presenta el síndrome neuroanémico y que sólo muy forzadamente encaja en las descripciones de LICHTHEIM.

En los tiempos recientes se ha perfeccionado el diagnóstico de la anemia perniciosa, la cual se puede reconocer en ocasiones, a pesar de la remisión lograda por la hepatoterapia. Algunos de los métodos diagnósticos tienen más bien interés para descartar la posibilidad de anemia que para lograr un dato positivo. Esto sucede con los análisis de la acidez gástrica, después de la inyección de histamina o de insulina, y especialmente con el método de CONARD y cols. de estimulo con 2 y aun con 4 mg. de histamina, neutralizando las restantes manifestaciones de esta sustancia con una inyección previa de un antihistamínico.

Mayor valor se ha asignado recientemente a la biopsia de la mucosa gástrica, iniciada por DOIG y cols., los cuales consideran como característica de la enfermedad la atrofia no inflamatoria de la mucosa. Los estudios de DEBRAY, LAUMONIER y BESANCON, entre varios otros, no apoyan la idea de la especificidad lesional, pero demuestran el valor de la biopsia de la mucosa gástrica para eliminar el diagnóstico de anemia perniciosa en los casos en los que no se encuentre atrofia. La eliminación de taurina por la orina (WEAVER y NEILL), así como los valores bajos de vitamina B<sub>12</sub> en el plasma (MOLLIN y ROSS), tienen el inconveniente de requerir técnicas complicadas (cromatografía, dosificación bacteriológica) y no ser fieles en los enfermos previamente tratados con extractos hepáticos. Aún necesita amplia confirmación el hallazgo de GRAHAM y RHEAULT de gigantismo celular y otras alteraciones citológicas en el material procedente de frotis de exudado vaginal y de extraído gástrico, lo cual revelaría que la falta de vitamina B<sub>12</sub> es necesaria para alcanzar la morfología normal las células de casi todo el organismo. Mayor importancia práctica promete tener el estudio de los enfermos con vitamina B<sub>12</sub> marcada con cobalto radiactivo, como ha sido propuesto por WELCH y cols. La administración oral diaria de 0,5 gammas de esta vitamina marcada va seguida de la eliminación fecal del 70 por 100 de la dosis en los enfermos biermerianos y sólo de un 30 por 100 en los testigos. Es de esperar que la generalización de estas técnicas permita un diagnóstico más precoz de los síndromes neuroanémicos en un momento en que un tratamiento con dosis elevadas de B<sub>12</sub> pueda conseguir la curación con el mínimo grado de secuelas.

## BIBLIOGRAFIA

- BESANCON, F.—*La Sem. des Hôp.*, 31, 2.112, 1955.  
CONARD, V., KOWALSKI, K. y GEERTRUYDEN, J. V.—*Acta Gastro-Ent. Belg.*, 2, 97, 1949.  
DEBRAY, C., LAUMONIER, R. y BESANCON, F.—*La Sem. des Hôp.*, 31, 2.083, 1955.  
DEBRAY, C., LAUMONIER, R. y BESANCON, F.—*La Sem. des Hôp.*, 31, 2.096, 1955.  
DOIG, R., MOTTERAM, R., ROBERTSON, E. y WOOD, I.—*Lancet*, 2, 836, 1950.  
GRAHAM, R. y RHEAULT, M.—*J. Lab. Clin. Med.*, 43, 235, 1954.  
HEINLE, R., WELCH, A., SCHAFER, V., MEACHAM, G. y PRUSOFF, W.—*Tr. Ass. Am. Phys.*, 65, 214, 1952.  
WEAVER, J. y NEILL, D.—*Lancet*, 1, 1.212, 1954.