

de peso, administradas por vía intravenosa en una solución de glucosa al 5 por 100, durante cuatro días. Estos ciclos se llegaron a repetir hasta cuatro veces cuando las respuestas anteriores no daban el resultado apetecido.

MERCER y STARTZMAN⁴⁸ han utilizado la asociación ACTH-mostazas nitrogenadas en nueve niños en los que estas drogas habían fracasado al utilizarlas independientemente, obteniendo resultados altamente satisfactorios en ocho de ellos.

BIBLIOGRAFIA

1. VOLHARD y FAHR.—Die Brightsche Nierenkrankheit. Springer, Berlin, 1914.
2. SMETANA y JOHNSON.—Am. J. Path., 18, 102, 1942.
3. BELL.—Renal Disease, 2.^a ed. Lea & Febiger, Filadelfia, 1950.
4. ALLEN.—Am. J. Med., 18, 277, 1955.
5. ELLIS.—Lancet, 1, 1, 1942.
6. FISHER.—Hypertension and Nephritis, 5.^a ed. Lea & Febiger, Filadelfia, 1954.
7. JIMÉNEZ DÍAZ.—Schweiz. Med. Wschr., 80, 965, 1950.
8. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica. Científico-Médica, Madrid, 1950.
9. RIFKIN y BERKMAN.—Med. Clin. North Amer., 37, 683, 1953.
10. METCOFF, NAKASONE y RANGE.—Jour. Clin. Invest., 33, 665, 1954.
11. BARNES, MOLL y JANEWAY.—Pediatrics, 5, 486, 1950.
12. MERCHANT.—Orientaciones terapéuticas actuales, 2.^a edición. Paz Montalvo, Madrid, 1954.
13. FRIEDMAN.—Arch. Int. Med., 89, 1, 1952.
14. EMERSON.—Arch. Int. Med., 88, 5, 1951.
15. CÍ, ESCALADA, FRANCO y ALONSO, Rev. Clin. Esp., 51, 120, 1953.
16. OLMSTED y cols.—Am. J. Med. Sci., 230, 49, 1955.
17. EPSTEIN.—Am. J. Med. Sci., 154, 638, 1917.
18. FREY y SUTER.—Nieren und Ableitende Harnwege, en Handb. d. Inn. Med. Springer, Berlin, 1951.
19. MONASTERIO.—Clin. Terap., 4, 17, 1953.
20. GONDSMITH y BINGER.—Arch. Int. Med., 66, 1, 191, 1940.
21. DEROT y cols.—B. M. Soc. Med. Hop. Paris, 63, 1, 008, 1947.
22. RAMBERT.—Encyclopedie Medico-Chirurgicale, 18, 065 a 30, 1954.
23. GRONWALL e INGELMAN.—Acta Physiol. Scand., 7, 97, 1944.
24. WALLENIUS.—Scand. J. Clin. Lab. Invest., 2, 228, 1950.
25. OLIVE y cols.—Proc. Mayo Clin., 28, 199, 1953.
26. MOLLISON y RENNIE.—Brit. Med. J., 1, 893, 1954.
27. CRUCHAUD y cols.—Schweiz. Med. Wschr., 84, 17, 1954.
28. LORENZ.—Wiener. Klin. Wschr., 66, 62, 1954.
29. MUNK.—Pathologie und Klinik der Nierenerkrankungen, 2.^a ed. Urbach, Berlin, 1925.
30. GAIRDNER.—Lancet, 1, 842, 1952.
31. BYRNE.—Lancet, 1, 844, 1952.
32. DURAND y DE TONI.—Minerva Pediatr., 6, 48, 1954.
33. FARNSWORTH.—Proc. First Clin. ACTH Conference. Baskiston, Filadelfia, 1950.
34. REUBI y cols.—J. Urol., 58, 740, 1952.
35. LUETSCHER y cols.—J. Clin. Invest., 30, 1, 530, 1951.
36. ARNEIL y WILSON.—Arch. Dis. Child., 28, 372, 1953.
37. FARNSWORTH.—J. Clin. Endocrinol. Metab., 13, 1, 169, 1953.
38. LUETSCHER y cols.—Journ. Am. Med. Ass., 153, 1953.
39. MAC CALL y SINGER.—J. Clin. Endocrinol. Metab., 13, 1, 157, 1953.
40. COREY y BRITTON.—Am. J. Physiol., 133, 511, 1941.
41. GALAN y cols.—Pediatrics, 12, 233, 1953.
42. BIRNIE y cols.—Endocrinology, 47, 1, 1950.
43. GAUNT.—Physiol. Rev., 29, 281, 1949.
44. PASCUAL SANTISO.—Trabajo en preparación.
45. HEIDORN y cols.—J. Am. Med. Sci., 229, 180, 1955.
46. KRAMER.—Am. J. Dis. Child., 82, 246, 1951.
47. RAPOPORT y cols.—Journ. Am. Med. Ass., 147, 1101, 1951.
48. TAYLOR.—Med. Clin. North Amer., julio 1955.
49. CHASIS y cols.—Proc. Soc. Exper. Biol. Med., 71, 565, 1949.
50. TAYLOR, CORCORAN y PAGE.—J. Lab. Clin. Med., 36, 996, 1950.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Infusión intravenosa de ACTH en las enfermedades reumáticas.—Ya en 1950, GORDON y cols. establecieron el método de la infusión continua intravenosa con ACTH como más beneficioso que la administración discontinua intramuscular en el tratamiento de los reumatismos. BEATTIE y HARTFALL (*Br. Med. J.*, 1, 1, 494, 1955) han alcanzado con el método una amplia experiencia que llega a 425 enfermos. La inmensa mayoría eran casos de artritis reumatoide, pero también algunos de artritis psoriásica, espondilitis, artrosis y periartrosis de hombro. Aunque las dosis no fueron siempre las mismas, la más corriente es la de 20 a 25 mg. de ACTH, disuelta en un litro de solución salina normal. La duración óptima de la infusión es entre 18 y 24 horas y se repetían con intervalos de cuatro a siete días. La norma fué administrar tres infusiones, pero en varios enfermos sólo se administró una y en alguno llegó a once veces. Los resultados son muy alentadores. En conjunto, se obtuvo una mejoría marcada en el 89 por 100 de los enfermos de artritis reumatoide y en el 15 por 100 se llegó a completa capacidad funcional. De ordinario, la mejoría aparece con la primera infusión y se mantiene, pero no aumenta con las siguientes. El método está prácticamente desprovisto de efectos colaterales desagradables, excepto algunas trombosis venosas locales y muy raras reacciones de pirógenos.

Tratamiento del síndrome adrenogenital con cortisona y estrógenos.—En el tratamiento del síndrome adrenogenital que aparece en la clínica como pseudohermafroditismo femenino, el tratamiento prolongado con estrógenos es impotente para modificar el cuadro y para disminuir la eliminación urinaria de 17-cetosteroides. Por el contrario, son bien conocidos los éxitos que se obtienen en tales enfermos mediante el tratamiento intenso con cortisona. ARMSTRONG (*Lancet*, 1, 1, 051, 1955) ha comunicado tres casos en los que a la administración de 25 a 50 miligramos diarios de cortisona se añadió la de 1 mg. diario de estilbestrol, con lo que se logró un mayor descenso en la eliminación de 17-cetosteroides y un cambio en el aspecto somático de las enfermas, con reaparición de los caracteres sexuales femeninos y en dos de los casos se restableció la menstruación.

Valoración de las drogas usadas en el tratamiento de la epilepsia de petit mal.—Existen en la literatura opiniones contradictorias sobre el valor de los distintos medicamentos usados contra el petit mal y esto se debe a las diferencias individuales de respuesta y al diverso criterio de los clínicos para interpretar los accesos. ZIMMERMAN y BURGEMEISTER (*J. Am. Med. Ass.*, 157, 1, 194, 1955) han establecido un método rotatorio de diversos medicamentos y

placebos en los mismos enfermos, de tal modo que puede así apreciarse la eficacia relativa de cada uno de los métodos de tratamiento. En un grupo de 72 enfermos, los medicamentos fueron administrados en un cierto orden a la mitad de ellos y en orden inverso a la otra mitad. En total, el estudio duró dos años y se utilizaron como drogas activas luminal, trimetadiona, milontin (N-metil-alfa-fenilsuccinimida), PM 396 (N-metil-alfa-metilfenil-succinimida) y PM 449 (alfa-etilfenil-succinimida). Los medicamentos se administraron en cápsulas que contenían 0,3 g., en el caso de trimetadiona, milontin y PM 396; 0,1 g., en el caso de PM 449, y 0,015 g., para el luminal, y se incrementó la cantidad administrada hasta cuatro cápsulas diarias. En general, si se considera como criterio de eficacia la supresión de accesos, las drogas de elección fueron PM 396 y trimetadiona, con las que se logró reducción del 80 al 99 por 100 de los accesos, si bien la dosis administrada de milontin es inferior a la que se considera óptima con dicha sustancia.

Tratamiento de la osteoporosis senil.—La osteoporosis senil no es un trastorno del metabolismo cálcico, sino un defecto en la actividad de los osteoblastos. La administración de vitamina D no estaría indicada y más bien sería perjudicial, al favorecer la eliminación de calcio urinario, con peligro de producción de cálculos (MOLDAUER: *A. M. A. Arch. Int. Med.*, 96, 202, 1955). El tratamiento, según este autor, debe consistir en movilización y ejercicios para favorecer el desarrollo muscular, administración de una dieta rica en proteínas de un modo prolongado y que contenga hasta 1.000 mg. de

calcio con vitaminas del grupo B y ácido ascórbico. En las mujeres se hace un tratamiento inicial con andrógenos hasta que aparecen signos de virilización y después se hace una cura de sostenimiento con estrógenos. En los varones, la cura inicial se realiza con estrógenos hasta que se inician signos de feminización y se hace posteriormente un tratamiento prolongado con andrógenos. Si la osteoporosis es intensa y se asocia a debilidad general, es aconsejable un tratamiento simultáneo con andrógenos y estrógenos.

Tratamiento del shock con aramina.—La aramina es una amina simpaticomimética sintética cuya composición es: levo-1-(M-hidroxifenil)-2-amino-1-propanol, y que tiene un efecto más prolongado que la noradrenalina. MOYER y BEAZLEY (*Am. Heart J.*, 50, 136, 1955) la han administrado a 20 enfermos, con distintas formas de shock, mediante una infusión continua intravenosa. La concentración varió entre 50 y 200 mg. por litro y la velocidad de infusión osciló entre 2 y 6 c. c. por minuto. En 19 enfermos se logró una respuesta favorable rápidamente (en 8 a 10 minutos). El tratamiento se mantuvo continuamente en periodos que variaron entre 5 y 231 horas. En casi todos los enfermos se hizo una comparación con los efectos de la noradrenalina y se vio que la potencia presora de la aramina es muchísimo menor, pero con esta sustancia se mantiene el nivel de la presión sanguínea más constante y con más facilidad que con el arterenol. La función renal mejoró en los enfermos tratados, como lo demuestran los aumentos en la filtración glomerular, flujo sanguíneo renal y volumen de orina.

EDITORIALES

ALTERACIONES CIRCULATORIAS EN LA ENFERMEDAD OSEA DE PAGET

Hace diez años que EDHOLM, HOWARTH y MCMICHAEL hicieron la observación de un enfermo que tenía signos de hiposistolia y de enfermedad ósea de Paget; en tal enfermo se obtuvo el dato llamativo de que su volumen minuto cardíaco era de 13,3 litros. Los citados autores sugirieron que el aumento del volumen minuto se debía al incremento de la circulación por los huesos enfermos, probablemente por la existencia en los mismos de comunicaciones arteriovenosas. El aumento de circulación en los huesos pagéticos ha sido demostrado por RUTISAUSER y cols. y por otros patólogos, pero no se han logrado ver las comunicaciones arteriovenosas.

HOWARTH ha confirmado el aumento del volumen minuto en 5 entre 13 enfermos de Paget y afirma que es necesario que el proceso afecte por lo menos al 35 por 100 del esqueleto para que exista la alteración hidrodinámica. LEQUIME y DENOLIN han estudiado las condiciones circulatorias en 7 enfermos de osteitis deformante y han confirmado un considerable aumento del flujo sanguíneo por los miembros que tenían huesos enfermos. Sin embargo, el volumen minuto cardíaco era normal en todos los enfermos en estado de reposo. Por el contrario, durante el ejercicio muscular, el flujo de sangre por los miembros con huesos afectados se incrementa considerablemente y también lo hace el volumen minuto cardíaco. El hecho es idéntico al que JONNART

y cols. encuentran en pacientes con fistula arteriovenosa de la circulación general y también al que se encuentra en perros con fistula arteriovenosa experimental en los vasos femorales. Todo esto indica que, aunque la observación de EDHOLM y cols. sea exacta y real, el peligro de hiposistolia en los enfermos pagéticos, tan sólo esto sucede en casos excepcionales en formas muy graves y de gran actividad.

BIBLIOGRAFIA

- EDHOLM, O. G., HOWARTH, S. y MCMICHAEL, J.—*Clin. Sci.*, 5, 249, 1945.
 HOWARTH, S.—*Clin. Sci.*, 12, 271, 1953.
 JONNART, L., LEQUIME, J. y DENOLIN, H.—*Acta Cardiol.*, 7, 76, 1952.
 LEQUIME, J. y DENOLIN, H.—*Circulation*, 12, 215, 1955.

LA MEMBRANA HIALINA DEL PULMON DEL RECIÉN NACIDO

En los pulmones de niños recién nacidos, especialmente de niños prematuros, se encuentra muchas veces un precipitado granuloso eosinófilo en los alvéolos que se ha denominado membrana hialina, y se ha llegado a hablar de la enfermedad de la membrana hialina de los recién nacidos. Se trataría de un cuadro de disnea