

EDITORIALES

LA ASPIRINA Y LA CORTISONA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Los brillantes resultados inmediatos obtenidos por la introducción de la cortisona en el tratamiento de la artritis reumatoide se han ido atenuando gradualmente. En una enfermedad tan crónica y sujeta a variaciones espontáneas como es la artritis reumatoide resulta difícil valorar la eficacia de terapéuticas breves, que pueden tener un efecto brillante, pero fugaz. Para tratar de obviar las objeciones, el Comité conjunto del Medical Research Council, de Inglaterra, y la Fundación Nuffield ha emprendido una investigación seriada, conducida en varios hospitales, y de la que han comunicado ya dos informes al fin del primero y del segundo año de tratamiento.

En total han sido estudiado 61 casos precoces de artritis reumatoide, 30 colocados en tratamiento con cortisona y 31 con aspirina. Durante el primer año se establecieron ciclos de tratamiento de doce semanas, separados por una semana de descanso. Despues de unos días de dosis elevadas (300 a 100 mg. diarios de cortisona y 6 gr. diarios de aspirina) se estableció una dosis de sosténimiento, que era la menor que les mantenía con el máximo de mejoría (media de 80 mg. de cortisona diaria o de 4,5 gr. de aspirina). En el segundo año, al observarse que frecuentemente los enfermos empeoraban en la semana de descanso, se hizo un tratamiento continuo durante todo el año.

Al final del primer año se observó muy escasa diferencia entre los grupos tratados con cortisona y con aspirina; la mejoría pareció haber sido algo más rápida y el número de hematies era ligeramente más elevado en los tratados con cortisona. Al cabo del segundo año no existe ninguna diferencia entre ambos grupos. La actividad motora y la capacidad profesional son exactamente iguales en los dos grupos. Tampoco existe diferencia en el aspecto radiológico de las articulaciones ni en el estado general de los enfermos. Casi el mismo porcentaje existe en ambos grupos de enfermos invalidados y de otros con plena actividad profesional. Los efectos colaterales desagradables sólo obligaron a la suspensión de la terapéutica en un enfermo de cada grupo.

BIBLIOGRAFIA

Comité del Med. Research Council.—Br. Med. J., 1, 1.223, 1954; 2, 695, 1955.

LA DETERMINACION DEL SEXO CROMOSOMICO EN LA CLINICA

El diagnóstico del sexo en algunos hermafroditismos y casos de disgenesia gonadal puede ofrecer a veces dificultades casi insuperables. MOORE y cols. hicieron la observación de que los núcleos celulares de la epidermis en las mujeres contienen un grupo de cromatina sexual, que es perfectamente reconocible en cortes finos de piel, y que seguramente se debe a la fusión de porciones heterocromáticas de los dos cromosomas X. Tal grumo de cromatina faltaría en las células de los varones y el estudio de biopsias cutáneas podría ser útil para hacer el diagnóstico del sexo. DAVIDSON y SMITH han observado un fenómeno similar en los leucocitos

polinucleares de la sangre periférica y MOORE y BARR recomiendan recientemente el estudio de frotres de la cara interna de la mejilla, obtenidos por el raspado con un depresor de lengua y teñidos con el método de Papanicolaou; se lograrían así imágenes muy nítidas, en las que el diagnóstico del sexo sería fácil de realizar.

La posibilidad de diagnosticar el sexo genético o cromosómico ha modificado nuestros conocimientos sobre los hermafroditismos y algunos otros estados de patología gonadal. POLANI y cols. y otros clínicos han demostrado que algunos casos que se consideraron de síndrome de Turner (agenesia ovárica) eran realmente varones, aunque con aspecto femenino. SWYER ha aplicado el método al estudio de casos de amenorrea primaria y ha podido así descubrir un síndrome de seudohermafroditismo masculino, caracterizado por los siguientes hechos: se trata de personas de aspecto femenino, altas, de proporciones casi eunucoides, con escaso desarrollo mamario y vello axilar y pubiano normal; la vagina es de longitud normal, si bien los frotres de su epitelio revelan hipoestrogenismo; el útero es muy pequeño y nunca ha menstruado; las cifras de 17-cetosteroides urinarios son normales; los estrógenos urinarios son más elevados que los que suelen hallarse en la amenorrea primaria. Una de las enfermas de SWYER tenía hipertrofia del clítoris; la otra tenía un timbre de voz grave. En ambas el sexo cromosómico era masculino. En ninguno de los casos de SWYER se hizo laparotomía para estudiar las gonadas, pero en un enfermo similar de GREENBLATT y CARMONA la laparotomía demostró la existencia de unas gonadas rudimentarias, sin folículos, y que en su médula y corteza contenían células de Leydig.

Es seguro que los estudios de investigación del sexo cromosómico se generalizarán y despertarán polémicas en el asunto tan debatido de los estados intersexuales. En lo sucesivo será obligada su realización, junto a las dosificaciones de estrógenos, gonadotrofinas y 17-cetosteroides, para el enjuiciamiento de casos en litigio.

BIBLIOGRAFIA

- GREENBLATT, R. B. y CARMONA, N.—J. Clin. Endocr., 15, 877, 1955.
- MOORE, K. L., GRAHAM, M. A. y BARR, M. L.—Surg. Gyn. Obst., 96, 641, 1953.
- MOORE, K. L. y BARR, M. L.—Lancet, 2, 57, 1955.
- POLANI, P. E., HUNTER, W. F. y LENNOX, B.—Lancet, 2, 120, 1954.
- SWYER, G. I. M.—Br. Med. J., 2, 709, 1955.

LA ENFERMEDAD DE REITER

La coexistencia de uretritis, poliartritis y conjuntivitis constituye lo que se ha llamado enfermedad o síndrome de Reiter. Recientemente ha revisado BUCHAN la cuestión de la independencia nosológica del cuadro y hace notar que ya CAELIUS AURELIANUS señaló en el siglo V la existencia de una artritis postdisentérica y en los siglos siguientes se han descrito con diferentes denominaciones cuadros clínicos en un todo comparable con el que lleva el nombre de REITER. La descripción de este autor se refería a un enfermo en el que el cuadro había seguido a una enfermedad diarreica con dolores abdominales.

El síndrome de Reiter aparece muchas veces después de una disentería bacilar o amebiana, pero también después de otras diarreas no disentéricas, y la frecuencia de presentación del cuadro es distinta de unas epidemias disentéricas a otras y no guarda relación con la gravedad del cuadro diarréico (MANSON-BAHR). Algunos autores consideran más frecuente que el comienzo diarréico la iniciación por una uretritis (HARKNESS), y esto sucedería habitualmente en los varones; el cuadro poliartricular que se produce en las uretritis gonocócicas es idéntico al que se presenta como complicación de las no gonocócicas (FORD), lo cual sugiere que en ambos casos se trata del mismo proceso y que el papel del gonococo no es fundamental en este tipo de artritis.

El cuadro clínico puede ser variado. Tan sólo el 8 por 100 de los casos presentan los tres síntomas conjuntivitis, artritis y uretritis; en un 25 por 100 existirían dos de estos síntomas y los restantes casos serían monosintomáticos (PARONEN). La uretritis puede ser aguda o subaguda y puede durar un día o prolongarse durante varios. También es muy variable la intensidad de la conjuntivitis, la cual suele ser bilateral y a veces llega a ser purulenta. La poliartritis domina habitualmente el cuadro; tiene preferencia por las rodillas (en las que suelen apreciarse derrames intraarticulares), por los tobillos y pies; no es raro que existan zonas localizadas de mayor hinchazón y dolorimiento (periostitis, miositis o bursitis). La duración suela ser de dos a cuatro meses, con agudizaciones y remisiones, pero a veces dura unos días o persiste durante años; la curación espontánea y completa se produce en el 80 por 100 de los casos.

La naturaleza del síndrome o enfermedad de Reiter es muy discutida. Algunos han supuesto que se trataría de localizaciones bacterianas en las articulaciones y otros tejidos afectos, pero en la inmensa mayoría de los casos los exudados son estériles y los tratamientos con antibióticos son infructuosos. La teoría alérgica admite que las distintas manifestaciones de la enfermedad se deben a fenómenos de choque por sensibilización bacteriana; la teoría alérgica es posible, pero falta una demostración clara de la misma. HENCH sostuvo que es una forma especial de artritis reumatoide, pero los caracteres clínicos son un tanto diferentes de los de éste. La mayor parte de los autores creen que se trata de una enfermedad causada por un agente especial, si bien no hay acuerdo sobre cuál sea éste. DUNHAM y colaboradores piensan en un virus que produciría conjuntivitis en el ratón. DIENES y cols. atribuyen importancia causal a organismos como el de pleuroneumonía, que pueden aislar frecuentemente de uretritis abacterianas y de los exudados de enfermos con el típico síndrome de Reiter.

BIBLIOGRAFIA

- BUCHAN, J. F.—Proc. Roy. Soc. Med., 48, 432, 1955.
 DIENES, L., ROPES, M. W., SMITH, W. E., MADOFF, S. y BAUER, W.—New Eng. J. Med., 238, 509, 1948.
 DUNHAM, J., ROCK, J. y BELT, E.—J. Urol., 58, 212, 1947.
 FORD, D. K.—Ann. Rheum. Dis., 12, 177, 1953.
 HARKNESS, A. H.—Br J Vener Dis., 25, 185, 1949.
 HENCH, P. S.—Ann. Int. Med., 28, 77, 1948.
 MANSON-BAHR, P. H.—The Dysenteric Disorders. Londres, 1943.
 PARONEN, I.—Acta Med. Scand. Supl. 212, 1948.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 14 de noviembre de 1955 por la que se autoriza a la Dirección General de Sanidad para convocar un curso de Oficiales Sanitarios en la Escuela Nacional de Sanidad para Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios. (*Boletín Oficial del Estado* de 22 de noviembre de 1955.)

ADMINISTRACION CENTRAL TRABAJO

Instituto Nacional de Previsión.

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Zaragoza. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de noviembre de 1955.)

JUSTICIA

Dirección General de Justicia.

Anunciando concurso para la provisión de la Forensia del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 10 de Barcelona. (*Boletín Oficial del Estado* de 28 de noviembre de 1955.)

SEGUNDO CONCURSO DE LA CIBA FOUNDATION

A fin de dar impulso a una investigación bien fundada del problema del envejecimiento, la CIBA Foundation, de Londres, institución independiente destinada a favorecer la colaboración internacional en el terreno de la investigación médica y química, ha organizado un nuevo concurso para el periodo 1955-1956. El tema del citado concurso es: "Investigación experimental sobre los problemas del envejecimiento", y se han instituido

cinco premios de 300 libras esterlinas cada uno. El resultado del concurso se dará a conocer el mes de julio de 1956 e integrará el Jurado una serie de personalidades científicas de relieve internacional. Los trabajos pueden enviarse, hasta el 10 de febrero de 1956, al Doctor G. E. W. Wolstenholme, Director and Secretary to the Executive Council, CIBA Foundation, 41, Portland Place, London, W. 1. Se dará preferencia a los trabajos de autores jóvenes. Es condición indispensable que los manuscritos no hayan sido publicados en otro lugar antes del 31 de julio de 1955, si bien pueden haber sido enviados con dicho fin antes de la referida fecha. Los trabajos destinados al concurso pueden estar escritos en la lengua materna del autor, pero su extensión no debe exceder de 7.000 palabras. Deben ir acompañados de un resumen en inglés que, como máximo, equivalga en extensión al 3 por 100 de todo el trabajo. Si éste se debe a dos o más autores, se hará entrega del premio al autor más destacado (que debe ser designado como tal) para que lo distribuya como crea más conveniente.

FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA

Estudios del Doctorado. Dirección General de Sanidad.
 Secretario de Geriatría.

Curso de Geriatría.

Director: Profesor M. Beltrán Báguna.

Colaboradores.—Profesores A: E. Alcalá Llorente, A. González Cruz y V. Sorribes Santamaría.

Ayudantes: E. Martínez Ramón, J. Mur Linares, V. Tormo Alfonso, R. Báguna Candela y J. Báguna Candela.

Cuatro geriatras españoles todavía no designados.

Secretario del Cursillo: E. Martínez Ramón.

Comenzará el 1 de mayo de 1956.