

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Empleo de cerveza en la dieta pobre en sodio de los enfermos renales.**—La cerveza es una bebida rica en calorías, con pocas proteínas y escasa cantidad de sodio. OLMSTEAD, CASSIDY y MURPHY (*Am. J. Med. Sci.*, 230, 49, 1955) se han planteado la cuestión de si la adición de la citada bebida a la dieta de enfermos renales puede hacer más fácil la alimentación sin sobrecargar sus aparatos renal y circulatorio. Han sometido a cinco enfermos de glomerulonefritis crónica, dos de síndrome de Kimmels-tiel-Wilson y dos de hipertensión maligna a un régimen con 250 a 500 mg. diarios de sodio. En una fase del estudio, la cuarta parte de las calorías eran provistas por cerveza. Los enfermos tomaban con más gusto la dieta con poco sodio cuando contenía cerveza y en ningún caso se observó un efecto desfavorable de la ingestión de la misma sobre el proceso renal o la tensión arterial. El empleo de cerveza puede ser, pues, un buen coadyuvante en los tratamientos hiposódicos prolongados. El contenido en sodio de la cerveza es de 2,5 mg. por 100 c. c.

**Inyecciones intravenosas de lidocaína en el estado epiléptico.**—El estado epiléptico es una complicación grave de la epilepsia que puede aparecer incluso en casos bien tratados. Actuamente se observa muchas veces como complicación de traumatismos craneales o en el curso postoperatorio inmediato de enfermos neuroquirúrgicos. El tratamiento del estado epiléptico con barbitúricos intravenosos presenta el inconveniente de la acción hipnótica de los mismos, con depresión de la respiración y enmascaramiento de otras posibles complicaciones postoperatorias (en los casos quirúrgicos). BERNHARD, BOHM y HÖJEBERG (*A. M. A. Arch. Neur. Psych.*, 74, 208, 1955) han partido de estudios propios sobre la acción antiepiléptica de varios anestésicos locales y han demostrado que la lidocaína por vía intravenosa es intensamente anticonvulsiva sin poseer efectos hipnóticos. En 10 casos con ataques epilépticos prolongados o verdadero estado epiléptico, la infusión intravenosa de suero con 2 a 4 mg. de lidocaína por kilo y hora consiguió la supresión de las convulsiones. En algunas ocasiones, la adición de una dosis muy pequeña de un barbitúrico potencia la acción antiepiléptica de la lidocaína, sustancia que posee muy pocos efectos tóxicos.

**Efecto de la hidrocortisona en el hombro doloroso.**—Las afecciones del hombro tienen una tendencia a la curación espontánea, pero su duración es muy variable, a veces hasta más de dos años, y dejan una limitación más o menos grave de los movimientos. Los distintos tratamientos propuestos influyen más o menos intensamente en el curso de la afección, pero ésta sufre variaciones inesperadas que originan dificultades para el enjuiciamiento de los resultados terapéuticos. Son varios los autores que han propuesto el empleo de inyecciones de hidrocortisona en el hombro doloroso y MURNAGHAN

y MCINTOSH (*Lancet*, 8, 798, 1955) han tratado de ver cuál es la real eficacia de dichas inyecciones y han comparado los resultados del tratamiento de 24 enfermos con acetato de hidrocortisona y de 27 que recibieron inyecciones locales de un anestésico local (lignocaína). Las soluciones inyectadas contenían 25 mg. de hidrocortisona y 1.000 unidades de hialuronidasa en un volumen de 5 c. c. en el primer caso y eran de 5 c. c. de una solución del anestésico al 2 por 100 en el segundo caso. Los enfermos mejoraron con ambos tipos de tratamiento y no se apreció diferencia a favor de la hidrocortisona, cuyo efecto en este tipo de afección debe carecer de especificidad.

**Efectos colaterales desagradables de la prednisona y prednisolona.**—Los nuevos esteroides sintéticos prednisona y prednisolona han tenido un rápido éxito en el tratamiento de afecciones susceptibles de mejorarse con compuestos del tipo de la cortisona. Su eficacia es cuatro veces mayor que la de esta hormona en la supresión de las manifestaciones inflamatorias articulares. A diferencia de la cortisona, no originan retención de agua y sodio ni eliminación de potasio. Otras manifestaciones desagradables del tratamiento con cortisona son menos marcadas con esta sustancia. Sin embargo, se han comunicado la aparición de hirsutismo, redondeamiento de la cara, insomnio, disminución de tolerancia a los hidrocarbonados, acné, aumento de la pigmentación cutánea, turbidez mental y algunas molestias abdominales poco precisas. BOLLET y BUNIM (*J. Am. Med. Ass.*, 158, 459, 1955) refieren complicaciones más graves que las indicadas. En tres enfermos se produjo una úlcera duodenal asintomática y en uno de ellos se desarrolló una psicosis depresiva, así como disminución a la tolerancia a los hidrocarbonados. La falta de síntomas de úlcera obliga a un estudio radiológico de los enfermos sometidos a tratamiento con esteroides y sería aconsejable realizar un tratamiento profiláctico con un gel de hidróxido aluminico. La posibilidad del desarrollo de psicosis debe también tenerse en cuenta en la selección de enfermos que han de ser sometidos a tratamiento con esteroides.

**BZ 55 en el tratamiento de la diabetes.**—El preparado BZ 55 es el  $N_1$ -sulfanil-N<sub>2</sub>-n-butilcarbamida, sustancia que se cree bloquea las células  $\alpha$  del páncreas y permite la acción de la insulina segregada por las células  $\beta$ . BERTRAM, BENFELDT y OTTO (*Dtsch. Med. Wschr.*, 80, 1.455, 1955) han tratado a 82 pacientes diabéticos con la nueva droga, la cual se administra por vía oral en comprimidos de 0,5 g. La acción hipoglicémica se presenta tarde, por lo que los autores administran cinco comprimidos el primer día, tres el segundo y dos comprimidos diarios los días siguientes. En 28 diabéticos que habían sido tratados antes con medios dietéticos, la glicosuria desapareció y la glicemia se normalizó con BZ 55; en algunos casos fué posible

suspender la medicación a los diez días y el enfermo seguía bien cuatro meses después. De 38 diabéticos que habían sido tratados hasta entonces con insulina (en alguno con 88 unidades diarias), el preparado BZ 55 fué eficaz en vez de la insulina en 28 enfermos, en tanto que los restantes 10 debieron volver a tratarse con insulina. Tampoco fué eficaz

la droga en tres enfermos que se encontraban en acidosis leve. El mismo resultado negativo se obtuvo en 10 enfermos de edades comprendidas entre 15 y 40 años. La tolerancia del BZ 55 es buena, excepto en tres enfermos que desarrollaron un exantema pruriginoso y otros tres que tuvieron un cuadro de dermatitis sulfonamídica.

## EDITORIALES

### INSENSIBILIDAD ADQUIRIDA A LA VITAMINA D

En raras ocasiones existe una insensibilidad o disminución de la sensibilidad del organismo a la vitamina D. Así sucedía en un caso descrito en 1937 por ALBRIGHT, BUTLER y BLOOMBERG, el cual presentaba un síndrome raquitico que no mejoraba con las dosis usuales de calciferol, pero si con la administración diaria de 450.000 unidades internacionales.

Recientemente, refieren DENT y cols. una disminución de la eficacia de la vitamina D cuando se administra prolongadamente a algunos enfermos. Como es sabido, una de las complicaciones relativamente frecuentes de la tiroidectomía es la tetanía por lesión o extirpación simultánea de las paratiroides, y el empleo en tales casos de dosis altas de vitamina D suele ser sumamente satisfactorio. En ocasiones (HOWARD y CONNOR, etc.) se observa en el curso de tales tratamientos que es necesario variar la dosis de calciferol o de A. T. 10 que se suministra a los enfermos y a veces se desarrolla una verdadera insensibilidad al preparado.

DENT y cols. han realizado estudios metabólicos en cuatro enfermos con tetanía postoperatoria tratados con calciferol o con A. T. 10 y en los que se produjo una resistencia a la droga administrada. Aun cuando las dosis eran elevadas, los enfermos tenían una escasa absorción intestinal de calcio y una pequeña eliminación de calcio por la orina, a pesar de la hipocalcemia e hiperfosfatemia que presentaban.

Es notable que en los enfermos de DENT y cols. el cambio de calciferol por A. T. 10 o viceversa, aun con dosis pequeñas de la nueva forma vitamínica, hacia que ésta ejerciese su efecto metabólico, aumentase la absorción intestinal de calcio, etc. Resulta difícil explicar este hecho de observación clínica, pero no por ello disminuye su importancia práctica, ya que en los tratamientos crónicos con vitamina D se obtendrían mejores resultados del cambio periódico de preparado que del aumento de la dosis del que se estaba utilizando con anterioridad.

### BIBLIOGRAFIA

DENT, C. E., HARPER, C. M., MORGANS, M. E., PHILPOT, G. R. y TROTTER, W. R.—*Lancet*, 2, 687, 1955.  
HOWARD, J. E. y CONNOR, T. B.—*Tr. Ass. Am. Phys.*, 67, 199, 1954.

### TROMBOFLEBITIS MIGRANS Y CARCINOMA DE PANCREAS

Ya TROUSSEAU insistió sobre la coincidencia de tromboflebitis y carcinomas viscerales y sobre el hecho de que la aparición de una tromboflebitis puede ser la pri-

mera manifestación de un carcinoma que no ha dado hasta entonces otros síntomas. Se ha acumulado mucha literatura sobre el asunto y DURHAM ha revisado recientemente el problema.

Son dos los tipos de tromboflebitis que pueden estar relacionados con un carcinoma visceral. En ocasiones, se trata de la aparición de una tromboflebitis aislada, indistinguible, de las que pueden aparecer por otras causas, pero en la que no se descubre motivo de aparición. La gran frecuencia con la que tales trombosis aparecen en el cáncer de páncreas ha sido señalada en las estadísticas de SPROUL y de KENNEY. Un trombo único se presentaría en 56 por 100 de los casos de carcinoma del cuerpo o de la cola del páncreas y un trombo múltiple en 30 a 33 por 100 de los casos. Más característica de la existencia de un tumor visceral es la aparición de una tromboflebitis migrans. Las lesiones aparecen bruscamente en cualquier territorio de las extremidades, que se presenta enrojecido, inflamado y doloroso a la presión; en un par de semanas disminuyen las manifestaciones inflamatorias, para surgir en otro territorio venoso, generalmente próximo al anterior, pero a veces alejado e incluso en las venas mesentéricas (SULLIVAN y WALSKE).

La aparición de una tromboflebitis migrans debe sugerir intensamente la presencia de un carcinoma visceral e inducir a su búsqueda. En la inmensa mayoría de los casos se trata de un carcinoma del cuerpo o de la cola del páncreas y más raramente de la cabeza pancreática, del hígado, pulmones, estómago, vesícula biliar, etc. JENNINGS y RUSSELL, así como SIMPSON, han hecho notar que casi sistemáticamente se trata de carcinomas mucinosos y se ha llegado a pensar en la posible acción de enzimas mucolíticas en la producción de los trombos, ya que es rarísimo que se encuentren células tumorales en la proximidad del trombo.

Se desconoce la causa de la aparición de tromboflebitis en enfermos neoplásicos, especialmente cuando el tumor primario asienta en el páncreas. No siempre existen las alteraciones de las constantes de coagulación sanguínea y no se encuentra nunca una lesión local de la pared venosa. Este desconocimiento no resta valor a la sospecha de carcinoma cuando se observa una tromboflebitis sin causa aparente y especialmente si la tromboflebitis es del tipo emigrante. Aún sería más fuerte la sospecha, según WRIGHT, si aparecen nuevos focos de tromboflebitis en el curso de un tratamiento con anticoagulantes, especialmente si el enfermo es mayor de 35 a 40 años.

### BIBLIOGRAFIA

DURHAM, R. H.—*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 96, 380, 1955.  
JENNINGS, W. K. y RUSSELL, W. O.—*Arch. Surg.*, 56, 186, 1948.  
KENNEY, W. E.—*Surgery*, 14, 600, 1943.  
SIMPSON, W. L.—*Ann. New York Acad. Sci.*, 52, 1.125, 1950.  
SPROUL, E. E.—*Am. J. Cancer*, 34, 566, 1938.  
SULLIVAN, J. M. y WALSKE, B. R.—*Ann. Surg.*, 132, 260, 1950.  
WRIGHT, I. S.—*Circulation*, 5, 161, 1952.