

esos efectos, sus partidarios hicieron tan generosa aplicación del método que le llevaron más allá de sus lógicas aplicaciones, incluso en cavernas que reunían las mejores condiciones para una neumolisis o toracoplastia. Y se aplicó también en las cavernas residuales de plastias fracasadas, aunque las condiciones mecánicas de este tipo de cavidades no fueran las más apropiadas para su drenaje aspirativo, pues su rigidez, que resistió hasta el aplastamiento, se hace mayor por la esclerosis y carnificación del parénquima, verdadero bloque en cuyo seno persiste socavada la caverna residual, amén de las dificultades y peligros que representa su abordaje por su reducido tamaño a través del regenerado costal.

La experiencia universal de quince años vino a demostrar ampliamente que la aspiración endocavitaria apenas si logró su objetivo, ni aun aprovechando la sonda para la administración directa de los tuberculostáticos, logrando sin embargo, y ya fué bastante, colocar a la caverna y al cavitario en condiciones de curación como método preparante para una toracoplastia.

Seguimos manteniendo nuestro punto de vista, a pesar de los cinco años transcurridos, cuando decíamos en un trabajo de aquel tiempo lo que transcribo: "Somos de la opinión que el drenaje aspirativo debe ser solamente indicado en aquellas cavernas que por su tamaño, localización, así como por bilateralizaciones, pruebas cardiocirculatorias deficientes, el enfermo no puede someterse a otros métodos coápsantes, sirviendo en unos casos como paliativo, en otros como preparante y en los menos como úni-

co tratamiento; raras veces como tabla de salvación para algunos enfermos."

En la actualidad, aún están más restringidas las posibilidades de su indicación, pues los tuberculostáticos preparan a los tuberculosos cavitarios como antes lo hacía la aspiración endocavitaria para la plastia, y la exéresis da cuenta de mejor modo de aquellas cavernas gigantes o residuales, en las que por algún tiempo justificaron el sistema de MONALDI.

La *cavernostomía con taponamiento*, abocando, según MAUVER, la cavidad mediante un canal ensanchado paulatinamente con tallos de laminaria colocados en la primera punción por medio de un trocar y sustituidos de modo progresivo por otros de tamaño mayor, y taponando a diario con finas tiras de gasa empapadas en soluciones de tuberculostáticos, es un método que desde que lo propuso su autor no lo consideramos necesario, ya que sus resultados pueden alcanzarse igualmente por la instalación de la sonda intracavitaria. Además la experiencia nos vino a confirmar que es un método pesado y doloroso que los pacientes no aceptaban con facilidad.

Y por último, la *cavernectomía* o amplia apertura quirúrgica de la caverna con relleno de gasa, sucesivas pulverizaciones de quimioterápicos y cauterización final de los bronquios de drenaje, la consideramos de uso excepcional, y sólo en grandes cavernas aisladas, periféricas, con sínfisis pleural sólida que por su localización, tamaño, pruebas deficitarias, bilateralizaciones, etc., contraindiquen los métodos coápsoterápicos o de resección.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento de la angina de pecho con una pomada de nitroglicerina.— En la angina de curso prolongado, la rápida acción de los nitritos y nitroglicerina hace que los enfermos estén sólo breves momentos libres de dolor. Los nitritos con mayor duración de efecto son muchas veces poco eficaces o producen reacciones colaterales desagradables. DAVIS y WIESEL (*Am. J. Med. Sci.*, 230, 259, 1955) refieren un caso cuyo dolor no cedía a la ingestión de 15 a 20 comprimidos diarios de nitroglicerina, además de otros nitritos de acción lenta, y que mejoró teatralmente con la aplicación de una pomada de nitroglicerina que contiene 2 por 100 de esta sustancia. La pomada se extiende con un aplicador de madera, tres o cuatro veces en el día, en una zona del tórax de 5 a 8 pulgadas de diámetro. En 17 enfermos han realizado este tipo de tratamiento y en nueve se observó una disminución del número de ataques, cuatro no tuvieron disminución del número de accesos, pero tenían una sensación general de bienestar y los otros cuatro no apreciaron mejoría. La eficacia del método parece radicar en una absorción lenta y prolongada. La única manifestación desagradable que suele acompañar al tratamiento es una cefalea que a veces obliga a reducir la dosis diaria de pomada.

Radioterapia en el cáncer bronquial.—La radioterapia se ha aplicado en el carcinoma bronquial en dos formas principales: como paliativa en casos inoperables o como complemento de la cirugía. El valor como paliativo ha sido estudiado recientemente por BLANSHARD (*Lancet*, 2, 897, 1955), el cual ha tratado 35 casos comprobados histológicamente. Casi todas las manifestaciones clínicas pudieron mejorar con la radioterapia, en mayor o menor cuantía, y al finalizar el tratamiento 60 por 100 habían mejorado de estado general y 17 por 100 pudieron reanudar su trabajo. La dosis media administrada fué de 2.160 r. dividida en doce sesiones. La respuesta fué algo menos marcada en los tumores de células escamosas. La combinación de radioterapia y ulterior resección ha sido analizada por BROHLEY y SZUR (*Lancet*, 2, 937, 1955) con motivo de 66 casos tratados; tan sólo viven 13 en el momento de la revisión y sólo dos han pasado de los cinco años desde la operación. La mortalidad del tratamiento fué grande, especialmente por fistulas y empiema, y en conjunto la estadística no es mejor que otras en las que no se emplea radioterapia.

Empleo de antihistamínicos para evitar las reacciones en las transfusiones.—Con un cuidadoso es-

tudio de las condiciones inmunológicas, las reacciones de transfusión se pueden reducir considerablemente, pero aún persisten algunas de tipo alérgico o de pirógenos que pueden constituir un contratiempo desagradable de la terapéutica transfusional. STEPHEN, MARTIN y BOURGEOIS-GAVARDIN (*J. Am. Med. As.*, 158, 525, 1955) han estudiado el efecto de la adición de una ampolla que contiene 25 mg. de piribenzamina al frasco de sangre poco antes de la transfusión (sólo se añade al primer frasco y no se repite hasta que hayan pasado más de seis horas o se administren más de 12 frascos de sangre). La frecuencia de reacciones pirogénicas, que era de 5,8 por 100 en los testigos, descendió a 3,4 por 100 en los tratados con piribenzamina; las alérgicas disminuyeron de 3,1 por 100 a 0,6 por 100. La disminución de las reacciones alérgicas ha sido confirmada con benadryl y con otros antihistamínicos por WILHELM, NUTTING, DEVLIN, JENNINGS y BRINES (*J. Am. Med. Ass.*, 158, 529, 1955), los cuales no observan, por el contrario, que el empleo de antihistamínicos disminuya la frecuencia de las reacciones pirogénicas en los enfermos transfundidos.

Nueva droga contra el síndrome parkinsoniano. Las sustancias antihistamínicas y antiacetilcolínicas se emplean con éxito en el tratamiento sintomático de los enfermos parkinsonianos. GILLHESPY y RATCLIFFE (*Br. Med. J.*, 2, 352, 1955) han utilizado el preparado denominado B. S. 5.930, que es el clorhidrato de beta-dimetil-aminoetil-2-metilbencidrido, sustancia de composición parecida a la de la difenhidramina, pero de efectos antihistamínicos menos marcados y, en cambio, más intensamente

antiacetilcolínicos. Con este compuesto han tratado a 67 enfermos y en 39 de ellos han observado una mejoría, la cual fué muy acusada en 31 pacientes lo cual supone un 46 por 100 de buenos resultados. La dosis utilizada fué de 50 mg., repetida tres veces al día, y en algunos enfermos hasta cinco veces diarias. Con la dosificación citada, son muy escasos los efectos desagradables y sólo en un caso hubo que reducir la cantidad administrada por presentarse retención de orina. Con dosis mayores se presenta inquietud, náuseas y turbidez de la visión.

Estudio comparativo de la tiocolchicina, demecolcina y myleran en la leucemia mieloide.—Además del myleran y la demecolcina, BOUSSER y CHRISTOL (*Presse Méd.*, 63, 1.229, 1955) emplean en la terapéutica de la leucemia mieloide el cuerpo designado como R. 261 Roussel, que es la N-desacetil-tiocolchicina. Con demecolcina han tratado seis casos y en tres de ellos fracasó completamente, a pesar de llegar a dosis de 7 mg. diarios. La experiencia con tiocolchicina es de siete casos, en los que se emplearon dosis de hasta 20 mg.; dos de ellos estaban en fase terminal; otro caso fué un fracaso y los cuatro restantes respondieron favorablemente. El myleran fué empleado por los clínicos citados a dosis de 6 mg. diarios y se obtuvo éxito en 14 casos tratados de leucemia mieloide; sólo se logró una remisión incompleta en la fase mieloblástica terminal de dos casos y no se logró ningún beneficio en dos casos de esplenomegalia mieloide osteomielosclerótica. En resumen, los autores consideran que el myleran es superior a las otras dos drogas tanto por su eficacia como por su menor toxicidad.

EDITORIALES

GANGRENA DE LOS DEDOS CON CRIOGLOBULINEMIA

La existencia de proteínas del suero precipitables por el frío (las que LERNER y WATSON llaman crioglobulinas) no es rara en la clínica. Tales globulinas han sido descritas principalmente en el mieloma múltiple, kalaazar, paludismo, artritis reumatoide, leucemia linfática, endocarditis lenta, cirrosis hepática, asma, glomerulonefritis, poliarteritis nodosa, lupus eritematoso disseminado, brucelosis, etc.

La crioglobulinemia carece la mayor parte de las veces de trascendencia clínica, pero en algunas ocasiones se acompaña de un síndrome caracterizado por sensibilidad al frío, fenómeno de Raynaud y púrpura. El enfriamiento de algunos órganos produce en ellos estasis y coagulación de la globulina, con el resultado de trombosis y fenómenos isquémicos. Esta isquemia puede ser tan intensa que se llegue a originar necrosis de las extremidades, como en los casos de CUGUDDA y de HUTCHINSON y HOWELL, en los que los enfermos padecían mieloma múltiple.

MYERSON y STOUT creen que el fenómeno dista de ser raro y han podido estudiar tres casos en el transcurso de un año. En ninguno de los tres enfermos se trataba de un mieloma. Uno tenía una esclerodermia. Los otros

dos padecían arterioesclerosis. Parece lógico suponer que la crioglobulinemia ocasionará más fácilmente gangrena, cuando previamente la circulación arterial se realice con algunas dificultades y con escasa reserva circulatoria, como es el caso en la arterioesclerosis y en la esclerodermia.

Se desconoce la causa de la crioglobulinemia en estos casos. La crioglobulina se halla en la fracción gamma y se sostiene que se produce en las células plasmáticas, especialmente en los mielomas; sin embargo, no se encontraron lesiones con hiperplasia plasmocelular en los tres casos de MYERSON y STOUT. Algunos autores han pensado en la posible relación con las aglutininas "frías", que también pueden originar manifestaciones clínicas muy similares. Sin embargo, en ninguno de los tres enfermos tantas veces citados existían aglutininas frías en su suero.

BIBLIOGRAFIA

- CUGUDDA, E.—*Minerva Médica*, 43, 204, 1952.
HUTCHINSON, J. H. y HOWELL, R. A.—*Ann. Int. Med.*, 44, 350, 1953.
LERNER, A. B. y WATSON, C. J.—*Am. J. Med. Sci.*, 214, 401, 1947.
MYERSON, R. M. y STOUT, R. E.—*Am. J. Med. Sci.*, 230, 498, 1955.