

fué superior la mejoría lograda con acetato a la conseguida con el éster superior. Las diferencias nunca han sido extraordinariamente acentuadas y es posible que en lo sucesivo se descubran ésteres más activos y de acción más prolongada que el butilacetato.

La eficacia del tratamiento hormonal en las diabéticas embarazadas.—A pesar del tratamiento con insulina de las mujeres diabéticas, la mortalidad fetal sigue siendo muy elevada y aun en buenas clínicas sobrepasa el 25 por 100. Cuando NELSON y colaboradores afirmaron que la mortalidad fetal disminuía con el tratamiento de la madre con estilbestrol y progesterona, se emprendieron numerosos estudios de comprobación. Dada la importancia del tema, el Medical Research Council británico designó un Comité para su estudio y recientemente (*Lancet*, 2, 833, 1955) ha comunicado los resultados obtenidos. En 76 mujeres se empleó un tratamiento con dosis crecientes de estilbestrol (entre 50 y 200 miligramos diarios) y etisterona (de 25 a 250 mg. diarios) y los datos se compararon con los de 71 mujeres que recibieron un placebo. La mortalidad fetal fué de 24 por 100 en el grupo tratado y de 26 por 100 en el testigo y no hubo tampoco diferencia en la frecuencia de toxemia gravídica o de hipertensión arterial. Hubo cuatro casos de malformaciones en el grupo tratado y siete entre los testigos. En resumen, se deduce que el tratamiento hormonal no influye sobre la mortalidad fetal ni sobre la salud materna en las diabéticas embarazadas.

Des-epicardialización en la angina de pecho.—Son numerosos los procedimientos que se han ideado para aumentar la vascularización del miocardio en los casos de insuficiencia coronaria y muchos de ellos son poco eficaces o peligrosos. HARKEN, BLACK, DICKSON y WILSON (*Circulation*, 12, 955,

1955) han revisado los distintos procedimientos y refieren sus resultados clínicos y experimentales de la destrucción del epicardio con una pincelación de fenol al 95 por 100. A continuación se insufla polvo de tãco en el pericardio o se implanta un extremo de la lingula pulmonar en el pericardio. En los animales pudo demostrarse que se originaban vasos anastomóticos que permitían el paso de partículas de diámetro superior a 40 micras. En 18 enfermos de angina de pecho, resistentes a otras medidas terapéuticas, el método de la des-epicardialización produjo siempre la mejoría del dolor anginoso. La intervención fué siempre bien tolerada y probablemente su empleo se generalizará.

El tratamiento de elección de las adenopatías cervicales tuberculosas de los niños.—No existe acuerdo general sobre las ventajas en el tratamiento de las adenopatías tuberculosas cervicales de las medidas puramente expectantes o de la incisión o la extirpación de las masas inflamadas. Incluso se ha propuesto recientemente por KAZLEHURST el empleo de estreptoquinasa y estreptodornasa en lesiones de este tipo. KENDIG y WILEY (*J. Pediat*, 47, 607, 1955) atribuyen las actuales discrepancias a que ahora es mucho menos frecuente la adenopatía tuberculosa cervical que en los años en que no existía quimioterapia eficaz. Habiendo estudiado 25 casos, KENDIG y WILEY creen que el tratamiento de elección es la extirpación aunque los ganglios se hayan reblandecidos. Un mes antes y dos o tres meses después de la extirpación, el enfermo será tratado con isoniazida y PAS. Cuando el enfermo tenga signos de infección amigdalina o adenoidea, es conveniente realizar simultáneamente la extirpación. Si las adenopatías están ya fistulizadas, quizá pueda ser útil un tratamiento local inicial con estreptoquinasa y estreptodornasa, pero a continuación realizar también la extirpación de la lesión.

EDITORIALES

LA HIPERCALCIURIA IDIOPÁTICA

La eliminación urinaria de calcio está aumentada muy en exceso de la cifra normal de 100 a 200 mg. diarios en numerosos procesos. En la mayor parte de los mismos se trata de afecciones en las que se movilizan las sales cálcicas del hueso y se origina un aumento de la calcemia, que es la causa directa de la hipercalcemia. Así sucede en el hiperparatiroidismo, en la disfosfatemia, en la hiperfosfatemia, en la disfosfatemia prolongada, especialmente en las enfermedades como la de Paget, en las que existe una viva destrucción y neoformación ósea; en la enfermedad de Schaumann en la enfermedad de Cushing, en las acidosis renales con insuficiencia de la formación de amoniaco, etc.

Existen casos de hipercalcemia de causa absolutamente desconocida y en las que el trastorno primario parece ser la eliminación excesiva de calcio con calcemia normal. Los autores que se han ocupado del cuadro (ALBRIGHT y cols., MCCUNE y PRAY y MORTENSEN y colaboradores) piensan que se trata de una reabsorción defectuosa en el tubo renal del calcio que se filtra en el glomérulo. ALBRIGHT, HENNEMAN, BENEDICT y

FORBES sostienen que la causa del trastorno tubular podría hallarse en una infección urinaria por estafilococo de sintomatología muy atenuada, pero que ellos habrían podido descubrir en 18 de sus 22 enfermos.

El cuadro clínico ha sido revisado recientemente por KLOTZ, COHEN y BOUVERY a partir de 11 observaciones, lo cual indica que el trastorno no es excesivamente raro. En cinco de los casos de KLOTZ y cols. el síndrome dominante era el dependiente de la existencia de litiasis renal. En cuatro pacientes era la catarata precoz la manifestación primera que apreciaba el enfermo y en cuatro casos existían signos clínicos y eléctricos de hiperexcitabilidad muscular propios de la tetania.

KLOTZ y sus cols. no han encontrado infección urinaria, la cual, caso de existir, podría también ser considerada no como la causa, sino como la consecuencia de la litiasis renal. Piensan si en algunos casos no se tratará más bien de acciones endocrinas que influyan sobre la función renal. Partiendo de esta idea, han tratado de disminuir la actividad tiroidea con yodo o con antitiroideos y han observado un descenso notable de la eliminación cálcica, lo cual hace pensar que quizá algunos casos se deban a una sensibilidad excesiva del

tubo renal a las hormonas tiroideas. La inyección de testosterona disminuye también la calciuria de los enfermos, probablemente a causa del efecto renotrófico (SELYE) de dicha hormona. Sin embargo, estas experiencias no demuestran de un modo absoluto la influencia hormonal en la génesis de la calciuria idiopática, ya que pudiera tratarse de efectos farmacológicos independientes de las citadas sustancias hormonales, que pueden ser útiles en la terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F. y REIFENSTEIN, E. C.—The parathyroid glands and metabolic bone diseases. Baltimore, 1948.
 KLOTZ, H. P., COHEN, A. y BOUVRY, M.—La Sem. des Hôp., 31, 3.438, 1955.
 McCUNE, D. J. y PRAY, L. G.—Am. J. Dis. Child., 60, 993, 1940.
 MORTENSEN, J. D., EMMET, J. L. y BAGGENSTOSS, A. M.—Proc. Staff Meet. Mayo Cl., 28, 305, 1953.

LAS MUCOPROTEINAS DEL INTESTINO DELGADO EN EL ESPRUE TROPICAL

En los enfermos de esprue se hallan defectos de absorción para sustancias muy variadas. Aun en los casos que se encuentran en remisión hematológica y prácticamente sin manifestaciones clínicas, el estudio de la absorción revela anomalías que no son bien comprendidas. SMART y DALEY han fijado la atención sobre el contenido en secreciones mucosas del intestino delgado y han sugerido que las mucoproteínas anormales podrían interferir con la absorción de la grasa. FRAZER y colaboradores han realizado experiencias "in vitro" demostrativas de que las suspensiones de sulfato bórico floculan en presencia de secreciones mucosas. Podría muy bien suceder que en el esprue estuviere alterada la función del moco o existiesen cantidades excesivas del mismo y ello interfiriese con los procesos de absorción.

GARDNER y ROMERO han tratado de conocer mejor la concentración en mucoproteínas del contenido del intestino delgado y han realizado extracciones con un tubo intestinal colocado a unos 20 cm. más allá del ligamento de Treitz. En total, han analizado el contenido intestinal de 15 personas normales, de siete enfermos de esprue tropical sin tratar, de seis casos de esprue tropical tratado y de 11 casos de síndrome de esprue. En el líquido obtenido han analizado las mucoproteínas solubles y las mucoproteínas solubles por el método de Glass y Boyd.

A pesar de que el estímulo de la sonda puede producir un estímulo variable a la secreción de moco, los valores de éste en los enfermos de esprue no difieren significativamente de los normales. El número de personas estudiadas por GARDNER y ROMERO es probablemente pequeño para poder deducir conclusiones definitivas, pero en términos generales se observa en los enfermos de esprue, tanto tratados como sin tratar, una disminución de las mucoproteínas solubles, que los autores citados interpretan con cautela como sugestivos de una alteración metabólica del epitelio intestinal

en el esprue. Es muy probable que en los tiempos próximos se obtengan nuevos datos del estudio de más enfermos en el mismo sentido.

BIBLIOGRAFIA

- FRAZER, A. C., FRENCH, J. M. y THOMPSON, M. D.—Br. J. Radiol., 22, 123, 1949.
 GARDNER, F. H. y ROMERO, C.—Am. J. Med. Sci., 231, 81, 1946.
 GLASS, C. B. J. y BOYD, L. J.—Gastroenterology, 12, 801, 1949.
 SMART, G. A. y DALEY, R.—Lancet, 2, 159, 1946.

EPILEPSIA FOTOGENICA

Por medio de la estimulación fótica, WALTER y colaboradores, y luego otros muchos clínicos, han podido obtener descargas electroencefalográficas anormales y se ha señalado por varios autores la coincidencia de tales descargas con fenómenos convulsivos o de petit mal. BICKFORD y sus cols. han podido estudiar 27 casos y les han clasificado en tres categorías: a) Los sensibles en los que se producen ataques epilépticos por estímulos luminosos de intensidad habitual en la vida corriente. b) Los de menos sensibilidad, que sólo tienen ataques en condiciones experimentales de iluminación excesiva. c) Aún menos sensibles: sólo tienen descargas electroencefalográficas, y no ataques convulsivos, en presencia de intensa iluminación. Es notable que algunos enfermos de BICKFORD y cols., de ROBERTSON, etcétera, conocían el mecanismo de provocación de accesos y se los provocaban voluntariamente por encontrar en ello una sensación de placer.

RAO y PRICHARD han tratado de averiguar cuál es la calidad de luz que provoca más fácilmente los accesos, lo cual puede tener importancia práctica para el tratamiento de los enfermos. BICKFORD y cols., MARSHALL y los suyos, etc., han descrito una mayor sensibilidad de muchos enfermos para la porción roja del espectro, y ROA y PRICHARD han profundizado más en el asunto, estudiando los electroencefalogramas de cuatro enfermos, en respuesta a colores distintos de la luz; así han visto que no existe una norma general aplicable a todos los enfermos, sino que la sensibilidad para unos u otros colores varía en cada enfermo. Dos de los enfermos de RAO y PRICHARD quedaban sin ataques con gafas rojas y verdes, respectivamente; los otros dos enfermos tenían una sensibilidad aproximadamente igual para los diversos colores del espectro y únicamente la reducción global de la iluminación con unas gafas ahumadas era capaz de conseguir una mejoría.

BIBLIOGRAFIA

- BICKFORD, R. G., DALY, D. y KEITH, H. M.—Am. J. Dis. Child., 86, 170, 1953.
 MARSHALL, C., WALKER, A. E. y LIVINGSTON, S.—Arch. Neur. Psych., 69, 760, 1953.
 RAO, K. S. y PRICHARD, J. S.—J. Pediat., 47, 619, 1955.
 ROBERTSON, E. G.—Brain, 77, 232, 1954.
 WALTER, W. G., DOVEY, V. J. y SHIPTON, H.—Nature, 158, 540, 1946.