

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Tratamiento del pénfigo con p-aminobenzoato potásico.**—Partiendo del efecto favorable que a veces se observa en el tratamiento de la dermatitis herpetiforme con p-aminobenzoato potásico, ZARAFONETIS, CURTIS y SHAW (*Am. J. Med. Sci.*, 231, 30, 1956) lo han utilizado en el pénfigo. Los enfermos tratados han sido 10 de pénfigo vulgar, 4 de pénfigo foliáceo, 3 de pénfigo eritematoso y uno de pénfigo ocular. El p-aminobenzoato sódico se administró en solución acuosa al 10 por 100, y en cantidad de 3 gr. cada tres horas, durante más de un mes. Todos los casos de pénfigo vulgar mejoraron o curaron por completo de sus lesiones. En dos de los 4 casos de pénfigo foliáceo se logró también una mejoría considerable. De los 3 enfermos de pénfigo eritematoso, uno curó por completo y otro experimentó una mejoría parcial. También mejoró bastante el enfermo de pénfigo ocular. En 3 casos, que no habían respondido a la cortisona, se obtuvo una respuesta favorable al combinarla con p-aminobenzoato potásico. El único efecto desagradable del tratamiento es el desarrollo de una hipoglicemia, por lo que el enfermo no debe interrumpir las tomas de alimento o es necesario interrumpir la medicación si la alimentación se suspende con cualquier motivo.

**Tratamiento indefinido con drogas antituberculosas.**—La tuberculosis pulmonar presenta reagudizaciones, muchas veces imprevisibles, a pesar de que el caso haya tenido una respuesta brillante al tratamiento. Por otra parte, en el curso de una terapéutica antituberculosa es difícil decidir cuándo las lesiones deben considerarse suficientemente inactivas para poder suspender la administración de las drogas antibacterianas. Así se explica que se haya planteado por DOONEIEF, HITE y BLOCH (*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 96, 470, 1955) la cuestión de si debe continuarse el tratamiento antibiótico por un tiempo indefinido o si esta práctica conducirá a resistencias bacterianas o a síntomas tóxicos. En 127 enfermos consecutivos se empleó continuamente tratamiento con una combinación usual de drogas (estreptomicina y PAS, estreptomicina e isoniazida, etc.), durante 12 a 45 meses, a pesar de que habían desaparecido los signos de actividad y los enfermos se habían reintegrado a sus ocupaciones. Tan sólo en tres de los casos se produjo una reactivación del proceso, frecuencia muy inferior a la de los casos no tratados continuamente. Los síntomas tóxicos, que se presentan en el 2 por 100 aproximadamente de los enfermos, no obligaron nunca a la suspensión de la medicación, aunque a veces aconsejaron cambiar una droga antituberculosa por otra.

**Hipofisectomía en la diabetes grave.**—La insulina ha aumentado la supervivencia de los graves diabéticos juveniles, pero al mismo tiempo se ha elevado la frecuencia de las complicaciones vasculares en los diabéticos. Con la intención de evitar el desarrollo de tales complicaciones, LUFT y cols. han propuesto desde 1952 la realización de hipofisecto-

mías en diabéticos graves y recientemente LUFT, OLIVECRONA, IKKOS, KORNERUP y LJUNGGREN (*Br. Med. J.*, 2, 752, 1955) refieren los resultados logrados en 20 pacientes a los que les fué practicada la intervención. En todos los casos existía retinopatía y en casi todos hipertensión y albuminuria. Dos de los enfermos murieron en la primera semana, después de la hipofisectomía, y otros cinco en los 19 meses siguientes. Los supervivientes fueron tratados con tiroxina, estrógenos o andrógenos y DOCA o ACTH. La dosis usual de insulina para mantenimiento fué de 2 a 24 unidades de insulina de acción prolongada. En casi todos los casos se observó un descenso de la tensión arterial y una disminución del tamaño del corazón. Las calcificaciones arteriales preexistentes no se modificaron, pero nunca aparecieron nuevas. Se observó un descenso de la albuminuria y el flujo plasmático renal no se modificó; la retinopatía no progresó y en algunos casos parece que mejoró la acuidad visual. Los casos son poco numerosos y la observación aún muy corta, pero los resultados son animadores.

**Cortisona en el tratamiento inmediato del ataque apoplético.**—Es discutible la eficacia de las medidas terapéuticas propuestas para el ataque apoplético causado por una trombosis o embolia cerebrales. La persistencia del edema perilesional es causa de que la secuela neurológica sea considerable. RUSSEK y ZOHMAN (*J. Am. Med. Ass.*, 159, 102, 1955) parten de la acción favorable de la cortisona sobre el edema inflamatorio para establecer su indicación en las primeras fases que siguen a un insulto apoplético. La cortisona ha sido además muy eficaz en la rehabilitación de los hemipléjicos, ya que estimula la actividad psicomotora y produce bienestar y disminución del dolor. Con esta experiencia previa, los autores han tratado 35 enfermos apopléticos en las primeras 48 horas siguientes al accidente. Los dos días primeros se administró habitualmente 300 miligramos diarios de cortisona por vía oral (si el enfermo podía deglutar) o en inyección; la dosis fué disminuyendo gradualmente en los días siguientes hasta administrar 50 mg. diarios durante la tercera semana. En 21 de los enfermos se obtuvo un efecto muy brillante en pocos días y en 27 era la restitución muy notable al final de la tercera semana de tratamiento. No se observó ningún efecto desagradable de la terapéutica, a pesar de que varios enfermos eran hipertensos, habían pasado fases de hipotensión, de infarto de miocardio, etc.

**Cloropromazina en el tétanos.**—El empleo de sedantes y relajantes en el tratamiento del tétanos ha demostrado que, cuando la sedación es profunda, existe un defecto en la función laringea con tendencia a la obstrucción y suele requerirse la traqueotomía. El empleo en tales casos de ventilación artificial mediante intubación sólo es posible en clínicas bien montadas. COLE y ROBERTSON (*Lancet*, 2, 1.063, 1955), que trabajan en el Centro de Afri-

ca, han observado buenos resultados en seis casos mediante el empleo de cloropromazina y luminal (en los niños, cloropromazina e hidrato de cloral). La cloropromazina se administró en dosis de 50 miligramos, por vía intramuscular e intravenosa, tres

veces al día. Los espasmos tetánicos cesan inmediatamente y desaparece la ansiedad y el insomnio. El método no requiere cuidados especiales y aún es pequeña la experiencia para decidir si influye sobre la mortalidad de la enfermedad.

## EDITORIALES

### HIPERLIPEMIA ESENCIAL

Desde 1932, en que BÜRGER y GRÜTZ comunicaron un caso, en un niño de once años, se conoce el cuadro de la hiperlipemia esencial. En efecto, ya anteriormente eran del dominio clínico las hiperlipemias en el curso de numerosos procesos patológicos: diabetes, nefrosis, trombosis de la vena renal, enfermedades por almacenamiento, de Gierke y d<sup>o</sup> Niemann-Pick, anemias, leucemias, afecciones hepáticas, estados caquéticos, intoxicaciones por fósforo, cloroformo, tetracloruro de carbono, etcétera. De la hiperlipemia esencial se conocen unos 30 casos y BENARD y cols. revisan el problema de la misma con motivo de un nuevo caso.

La enfermedad predomina en los varones y puede aparecer a cualquier edad. Se caracteriza por hepatomegalia, esplenomegalia, xantomatosi, hiperlipemia y crisis dolorosas abdominales. A veces se observa una presentación familiar, como en el caso de BENARD y colaboradores, y el curso es habitualmente benigno, prolongándose los síntomas durante largos años, aunque a veces quedan asintomáticos y sólo la elevación lipémica permite llegar al diagnóstico. Generalmente son moderados los aumentos de tamaño del hígado y del bazo y se ha descrito un aumento de estas vísceras en el momento de las crisis dolorosas, las cuales, según HOLT y colaboradores, se deberían a un depósito agudo en los citados órganos de las grasas plasmáticas. Las crisis dolorosas suelen comenzar bruscamente, con dolor epigástrico o periumbilical o en fosas ilíacas; se acompañan de vómitos, de postración, a veces de defensa abdominal, de fiebre y de leucocitosis, por lo que algunos enfermos son diagnosticados de apendicitis o pancreatitis aguda; la sintomatología desaparece espontáneamente en pocos días. Los depósitos lipoides en la retina, en forma de coloración blanco-amarillenta de sus vasos, es bastante frecuente. Aún lo es más, aunque no es constante, la presentación de xantomas cutáneos, localizados de preferencia en la cara externa de los miembros o en los párpados y que, según THANNHAUSER, se diferencian de los xantomas de la xantomatosi hipercolesterinémica familiar en que aquellos presentan un halo rojizo de capilares dilatados.

Desde el punto de vista bioquímico, lo más característico es el aumento de los lípidos totales, llegando las grasas neutras en ocasiones hasta la cifra de 60 gr. por litro. También suelen estar aumentados los fosfátidos y la colesterina, no existiendo alteraciones en el cociente entre colesterina libre y esterificada. BENARD y colaboradores han visto que los lípidos más abundantes son los que emigran lentamente durante la electroforesis (lípidos gamma). Los enfermos de hiperlipemia esencial tienen muchas veces hiperglicemia discreta y a veces glicosuria, lo cual hace posible su confusión con la diabetes.

Se desconoce la causa de esta rara afección. THANNHAUSER piensa que no es más que una exageración de la hiperlipemia alimenticia fisiológica. HOLTZ y sus colaboradores ven que el cociente respiratorio muestra una utilización normal de los lípidos y sugieren un dé-

ficit hepático en la retirada de los lípidos del plasma. De cualquier modo que sea, la administración de sustancias lipotrópicas (colina, metionina, etc.) no influye en la cuantía de la lipemia ni en el estado de los enfermos. La inyección de 100 mg. de heparina ocasiona un descenso considerable de los lípidos totales sanguíneos y especialmente de los ácidos grasos esterificados. También un régimen pobre en grasas y muy sostenido es capaz de hacer descender moderadamente las altas cifras de la lipemia.

### BIBLIOGRAFIA

- BENARD, H., DUNET, R., GAJDOS, A., PEQUINOT, H. y PONOVSKI, J.—*La Sem. des Hôp.* 31, 3.077, 1955  
BÜRGER, M. y GRÜTZ, O.—*Arch. Dermat. Syphil.* 166, 92, 1932  
HOLT, L. E., AYLWARD, F. X. y TIMMERS, H. G.—*Bull. J. Hopkins oHsp.* 64, 279, 1939  
THANNHAUSER, S. J.—"Lipidoses". Nueva York, 1950.

### RESECCION PULMONAR EN EL NEUMOTORAX ESPONTANEO

Se suele considerar que el neumotorax espontáneo es una afección benigna, si bien la repetición frecuente del cuadro es causa de numerosas molestias y períodos de inhabilitación para la vida ordinaria. Aparte de la ansiedad que produce en ocasiones la duda diagnóstica con una angina de pecho, un aneurisma disecante de la aorta u otros graves procesos dolorosos irtratorácicos, en algunas ocasiones el neumotorax espontáneo puede originar graves complicaciones, como hemoneumotorax, neumotorax valvular hipertensivo, etc.

La consideración de la benignidad del proceso ha informado la terapéutica, la cual suele ser conservadora. El simple reposo, la aspiración detensiva, la aspiración continua, la compresión frénica, la instilación de sangre o de polvo de talco en la pleura para conseguir adherencias entre sus hojas, etc., figuran entre los métodos habitualmente empleados.

A partir de FISCHER, en 1922, se ha reconocido la importancia de las vesículas superficiales de enfisema en la producción del neumotorax espontáneo; alrededor de una zona de esclerosis peribronquiolar no específica se produce un enfisema intersticial, el cual se colecciona en un quiste subpleural, en comunicación con el bronquiolo, y en el que es fácil un mecanismo valvular de insuflación hasta llegar a estallar. Sycamore ha insistido en que tales vesículas se pueden ver fácilmente en los pulmones retraídos del neumotorax espontáneo y así sucedió en 14 de los 19 enfermos estudiados por ENRENHAFT y cols. La persistencia de la vesícula es la causa de las recidivas del episodio agudo. Clagett, así como BREWER y cols. y algunos clínicos más