

electrochoque. SCHROEDER y PERRY (*J. Am. Med. Ass.*, 159, 839, 1955) han podido observar 5 de tales reacciones psicóticas con depresión en personas que tomaban reserpina y en los que la sintomatología desapareció al suspender la medicación. También ACHOR, HANSON y GIFFORD (*J. Am. Med. Ass.*, 159, 841, 1955) han observado 10 reacciones emocionales entre 58 casos tratados y en algunas ocasiones tales estados depresivos pueden tener gravedad clínica, ya que 2 hubieron de ser tratados con electrochoque y 4 necesitaron un tratamiento psiquiátrico prolongado.

**Tratamiento de la moniliasis con pentamidina.**—En experiencias "in vitro" se ha demostrado que con bajas concentraciones de estilbamidina y pentamidina se impide el crecimiento de *C. albicans*. WOLFF y colaboradores refirieron en 1955 el efecto favorable de la hidroxi-estilbamidina en dos casos de esofagitis por monilia. STENDERUP, BICHEL y KISSMEYER-NIELSEN (*Lancet*, 1, 20, 1956) han tratado tres casos de estomatitis y faringitis por monilia, mediante inyecciones intramusculares de 200 miligramos de pentamidina cada veinticuatro horas o cada doce horas. En el curso de ocho a quince días, las molestias a la deglución desaparecieron y los estudios micológicos demostraron la ausencia del germe causal. La respuesta terapéutica no fué tan rápida como en los casos tratados con hidroxiestilbamidina por WOLFF y tal diferencia es achacable a que este autor empleó la vía venosa.

**Empleo de trietileno-melamina en el carcinoma ovárico.**—En 26 casos de carcinoma ovárico no resecables y que no obedecieron al tratamiento radioterápico, SYKES (*Surg., Gyn. and Obst.*, 101, 133, 1955) ha empleado la administración oral e intravenosa de TEM. La administración intravenosa con-

sistió en tres a cuatro dosis de 0,04 mg. por kilogramo, inyectada en el tubo de una perfusión continua. La dosis oral usual fué de 2,5 a 5 mg. durante uno o dos días, tomada con un vaso de agua, una hora antes del desayuno. En general, la cantidad inyectada de TEM fué de 20 a 40 mg. en el primer mes. En 14 de los enfermos se apreció una mejoría subjetiva y 8 de ellos también mostraron mejoría objetiva. La supervivencia de los tratados con TEM fué varios meses mayor que la de los que no recibieron dicha terapéutica o que la de aquellos en los que la terapéutica con TEM fué ineficaz. Este tratamiento estaría, pues, indicado en los casos de fracaso de la terapéutica quirúrgica o radiológica.

**El tratamiento de la osteomielitis hematogena.**—TRUETA (*Practit.*, 175, 613, 1955) ha revisado los aspectos actuales del tratamiento de la osteomielitis, fundándose en una experiencia de más de 150 casos. Tan sólo dos eran producidos por estafilococos resistentes a la penicilina y otros dos eran causados por estafilococos; el resto fué originado por la infección por estafilococos sensibles a la penicilina. A pesar de ello, la simple administración del antibiótico no impide la formación de secuestros, a causa de la acumulación de pus entre el periostio y el hueso. La pauta de tratamiento que considera recomendable el autor es la administración de 1.000.000 de unidades diarias de penicilina, con intervalos de tres horas, y vigilancia del miembro, que se mantiene en reposo. Si, como es habitual, no se observa regresión indudable de la inflamación en veinticuatro horas, debe incindirse hasta el periostio, evacuar el absceso subperióstico y practicar numerosas perforaciones con trépano de la cortical ósea. Unos diez días después se puede colocar un apósito escayolado y la penicilina se mantiene durante unas tres semanas.

## EDITORIALES

### EL MECANISMO DE LA SECRECIÓN DE ALDOSTERONA

La regulación de la secreción de aldosterona no se conoce bien. Así como otras hormonas suprarrenales se hallan regidas por la cuantía de la producción de ACTH, es dudosa la intervención de esta hormona en la elaboración de aldosterona por las suprarrenales. FARRELL y ROYCE han demostrado que la hipofisección en el perro ocasiona una ligera disminución de aldosterona en la sangre de la vena suprarrenal. En el hombre, LUETSCHER ha demostrado que la administración de ACTH a enfermos nefróticos, al mismo tiempo que les estimula la diuresis, produce una disminución de la eliminación urinaria de aldosterona. El mismo LUETSCHER con AXELRAD han podido comprobar que la orina de enfermos de hipopituitarismo contiene cantidades normales de aldosterona, en tanto que los 17-cetosteroides y 17-hidroxicorticoides están muy disminuidos. VENNING y colaboradores tampoco han podido observar aumento de aldosterona en la orina de personas a las que inyectaban ACTH, mientras que si se producía tal aumento por la inyección de hormona del crecimiento.

ROSENFIELD y sus cols. han tratado de aclarar el asunto por el estudio del líquido de perfusión "in vitro" de glándulas suprarrenales, con lo cual se consigue analizar el efecto de una cierta hormona o equilibrio electrolítico, sin la influencia perturbadora de otras glándulas de secreción interna. El líquido de perfusión se estudia por cromatografía en papel y se demuestra la existencia de una sustancia de acción mineralcorticoide y que muy probablemente es aldosterona. La adición al medio de perfusión de ACTH originaba un ligero aumento de aldosterona, al mismo tiempo que se producía un incremento considerable de corticosterina y de 17-hidroxicorticosterona.

Se ha sugerido por AXELRAD que un escaso aporte de sodio podría ser el estímulo para la producción de aldosterona. En las experiencias "in vitro" de ROSENFIELD y colaboradores, la variación del cociente Na/K, en el sentido de disminuir el Na y aumentar el K, produjo un aumento marcado de la producción de aldosterona. Es probable que las condiciones de experimentación y estudio no sean comparables en unas y en otras publicaciones, ya que se trata de diferentes especies animales y también de preparados de distinta pureza, por lo que

cabe que existan numerosas fuentes de error. De todos modos, parece que la secreción de aldosterona se encuentra hasta cierto punto liberada de la tutela hipofisiaria y que probablemente depende de factores de equilibrio electrolítico y de otros aún desconocidos.

## BIBLIOGRAFIA

- AXELRAD, B. J., JOHNSON, B. B. y LUETSCHER, J. A.—J. Clin. End. Metab., 14, 783, 1954.  
 FARRELL, G. L., ROYCE, P. C., ROUSCHKOLB, E. W. y HIRSCHMANN, H.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 78, 141, 1954.  
 LUETSCHER, J. A. y AXELRAD, B. J.—J. Clin. Endoc., 14, 1.086, 1954.  
 LUETSCHER, J. A., DEMING, Q. B. y JOHNSON, B. B.—J. Clin. Invest., 30, 1.950, 1951.  
 ROSENFIELD, G., ROSENBERG, E., UNGAR, F. y DORFMAN, R. I.—Endocrinology, 58, 255, 1956.  
 VENNING, E. G., CARBALLEIRA, A. y DYRENFURTH, I.—J. Clin. Endoc. Metab., 14, 784, 1954.

## LA ULCERA DEL CONDUCTO PILORICO

El diagnóstico de la úlcera péptica se hace en la inmensa mayoría de los casos por el interrogatorio. Los caracteres clínicos suelen ser tan típicos que apenas existe posibilidad de error diagnóstico. Este puede presentarse cuando la sintomatología ulcerosa se ha hecho atípica por la existencia de una complicación (estenosis pilórica, perforación, infección del nicho, etc.). La localización de la úlcera puede también hacer variar la sintomatología y es bien conocido que existen diferencias sintomatológicas que permiten diagnosticar o sospechar una úlcera yuxtagastral, de la corvadura menor, del duodeno, etc.

Es poco conocido que el cuadro de la úlcera del conducto pilórico puede ser muy atípica. En los tratados de enfermedades del estómago se describen las úlceras del conducto pilórico en formas distintas según cada autor y esto hace pensar que la sintomatología de esta localización ulcerosa debe ser variable. RUFFIN y colaboradores han revisado los síntomas y evolución de 100 casos consecutivos de úlcera del conducto pilórico. Se trataba de 75 varones y 25 mujeres y las edades variaban entre los 19 y los 83 años, con una gran preferencia por las edades entre 30 y 60 años.

La úlcera del conducto pilórico, tan sólo en 14 por 100 de los casos originaba el típico cuadro ulceroso. Las manifestaciones más frecuentes son náuseas y vómitos, que hacen pensar muchas veces en una neurosis o en una afección biliar o pancreática. Es frecuente que el episodio de vómitos sea nocturno y no tiene relación con la comida. Se acompaña en el 79 por 100 de los casos de dolor de características variables, muy frecuentemente de tipo cólico, y otras veces de tipo continuo, sin relación con las comidas e incluso agravado por la ingestión de alimentos. En más de la mitad de los casos se produce un adelgazamiento considerable, lo cual despierta muchas veces la sospecha de una neoplasia gástrica. El diagnóstico de úlcera del conducto pilórico puede plantearse ante casos de náuseas y vómitos, con dolor epigástrico y de presentación nocturna. La exploración radiológica se hace por la demostración del nicho o el alargamiento y distorsión del conducto pilórico y por la demostración de una cierta retención gástrica, que existe en el 46 por 100 de los casos.

El tratamiento de la úlcera del conducto pilórico suele ser considerado como quirúrgico por la mayor parte

de los autores. Sin embargo, RUFFIN y cols. han observado una buena respuesta al tratamiento médico, si se lleva con rigor, de tal modo que pronto se observa una disminución de la retención gástrica y una cesación de las molestias; de los 100 casos de RUFFIN y cols., sólo 38 fueron operados y el resto fueron tratados con éxito médica.

## BIBLIOGRAFIA

- RUFFIN, J. M., JOHNSTON, D. H., CARTER, D. D. y BAYLIN, G. J.—J. Am. Med. Ass., 159, 668, 1955.

## ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES EN LAS PIERNAS

La individualidad de la arteritis de células gigantes se ha reconocido universalmente. Fué descrita clínicamente en la región temporal por HUTCHINSON ya en 1890, pero los caracteres histológicos fueron primariamente resaltados por HORTON y cols. Si bien se generalizó la denominación de arteritis temporal, a causa de la habitual localización en dicha región, pronto se vió que existían frecuentemente localizaciones en otras arterias cefálicas.

HARRISON ha insistido sobre la difusión de las lesiones, a veces muy superior a la del territorio cefálico: en sus 75 casos se encontraban dos con lesiones en la femoral y uno con lesiones en la pedia. HEPTINSTALL y sus colaboradores han hecho notar la existencia de dolores en los miembros en los casos de arteritis temporal y tales dolores estarían probablemente en relación con lesiones de sus arterias; entre 14 casos de arteritis de células gigantes que pudieron estudiar, se realizó autopsia en tres y todos ellos presentaban lesiones arteriales intensas en las femorales y poplíticas. Es posible que algunos casos de supuesta arterioesclerosis obliterante o supuesta enfermedad de Buerger sean realmente arteritis de células gigantes; como la arteritis de células gigantes se presenta en personas de edad media o viejas, no es raro que las lesiones coincidan con otras de arterioesclerosis.

El polimorfismo del cuadro de la arteritis de células gigantes puede ser muy grande. Recientemente, HARRISON y sus cols. refieren algún caso que durante varios meses presentaba sólo síntomas generales de sudores, pérdida de peso, etc., y sólo después aparecieron manifestaciones locales que indicaban la participación vascular. En uno de los casos de HARRISON se produjeron aneurismas en la arteria subclavia. En otras ocasiones, el fenómeno dominante puede ser la isquemia de un miembro y FINLAYSON y ROBINSON han publicado un caso muy demostrativo en el que hubo de llegar a la amputación del miembro inferior. El conocimiento de que la arteritis de células gigantes puede ser causa de gangrena de las piernas tiene el interés de poder hacer un tratamiento con cortisona si se llega al citado diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- FINLAYSON, R. y ROBINSON, J. O.—Br. Med. J., 2, 1.595, 1955.  
 HARRISON, C. V.—J. Clin. Path., 1, 797, 1947-48.  
 HARRISON, R. J., MARRISON, C. V. y KOPELMAN, H.—Br. Med. J., 2, 1.593, 1955.  
 HEPTINSTALL, R. H., PORTER, K. A. y BARKLEY, H.—J. Path. Bact., 67, 507, 1954.  
 HORTON, B. T., MAGATH, T. B. y BROWN, G. E.—Arch. Int. Med., 53, 490, 1934.