

## EDITORIALES

INTENTO DE PRUEBA CUTANEA DIAGNOSTICA  
EN LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas dista aún mucho de ser satisfactorio. Los datos clínicos, la velocidad de sedimentación, los estudios radiológicos, etcétera, permiten resolver el problema diagnóstico en muchas ocasiones. En otras muchas, persisten las dudas sobre si se trata de una artritis reumatoide o un reumatismo agudo o un síndrome reumatoide sintomático de otro proceso. La reacción de aglutinación a los hemáticos sensibilizados de carnero ha supuesto un gran avance en diferenciar la artritis reumatoide de otras afecciones con las que puede confundirse.

La prueba de la proteína reactiva C despertó gran interés, que en parte ha sido defraudado; resulta demasiado inespecífica, ya que aparece en numerosas otras afecciones distintas del reumatismo agudo; su valor es mayor como índice de actividad de un proceso reumático que se tiene ya diagnosticado. Casi lo mismo podría decirse de la dosificación de glucosamina en el suero. (Véase sobre estas reacciones plasmáticas el reciente trabajo de AGUIRRE, ALÉS, JIMÉNEZ DÍAZ y ORTIZ.) La antiestreptolisina-O se encuentra aumentada en el reumatismo agudo, pero el título es muy variable de unas personas a otras e incluso en normales, por lo que tiene más valor que una simple dosificación realizar determinaciones seriadas, cada cierto tiempo (STREITFELD, SASLAW y DOFF).

STREITFELD y SASLAW han observado que cuando se aplica una pomada al 5 por 100 de tetracil (éster tetrahidrofurfuril del ácido nicotínico) a la piel de un niño reumático activo, no se produce reacción hiperémica, la cual nunca faltaría en personas normales y en reumáticos inactivos. En un total de 1.200 pruebas realizadas, se encuentra reacción hiperémica, con o sin edema, en 95 por 100 de los normales y en 97 por 100 de reumáticos inactivos, en tanto que la reacción faltaría en 86 por 100 de los reumáticos activos (SASLAW). En caso de confirmarse por otros clínicos, esta reacción podría ser de indudable valor práctico.

LEIFER y BATTERMAN han tratado de ver si existe la misma falta de respuesta cutánea en los enfermos de artritis reumatoide y si el efecto es igual con otros ésteres del ácido nicotínico y si tiene alguna ventaja la inyección intradérmica del éster. Los resultados con tetracil fueron iguales que con el éster 2-tetrahidropirranil y con el propio ácido nicotínico no esterificado. La inyección intradérmica no resultó más eficaz que la simple aplicación local en pomada. Por otra parte, no se demostró que en la artritis reumatoide existiesen diferencias cualitativas de respuesta, en relación con los sujetos normales. Desgraciadamente, los sujetos normales de LEIFER y BATTERMAN no reaccionaron tan uniformemente como los de STREITFELD y colaboradores: en 11 de 51 casos no se produjo reacción hiperémica con los ésteres nicotínicos. La causa de esta diferencia en los testigos debe radicar en la diferente edad de los mismos, ya que LEIFER y BATTERMAN han estudiado preferentemente adultos.

## BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE JACA, M.; ALÉS REINLEIN, J. M.; JIMÉNEZ DÍAZ, C., y ORTIZ MASLORENS, F.—Rev. Clin. Esp., 59, 376, 1955.  
LEIFER, P., y BATTERMAN, R. C.—Am. J. Med. Sci., 230, 657, 1955.  
STREITFELD, M. M., y SASLAW, M. S.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 84, 628, 1953.  
SASLAW, M. S.—J. Am. Med. Ass., 159, 653, 1955.

## LA DIETA EN LA ULCERA PEPTICA

Pocas nociones dietéticas se hallan más arraigadas en la mente del médico como la necesidad de tratar a los enfermos ulcerosos con un régimen blando, no irritante y en tomas repetidas con frecuencia. Son numerosas las pautas propuestas por los diferentes clínicos, y en nuestro país ha tenido un gran predicamento la preconizada por SIPPY. Aunque MEULENGRACHT y otros autores han hecho notar las ventajas de regímenes menos restringidos y especialmente tales dietas más amplias, se han acreditado y generalizado en la terapéutica que sigue a una hemorragia gástrica, es lo cierto que la dietética de los ulcerosos sigue siendo complicada, con numerosas prohibiciones y detalles culinarios.

LAWRENCE se planteó la cuestión de comparar los efectos de la dieta clásica de úlcera con un régimen más liberal de comidas. En 140 enfermos empleó alternativamente una dieta blanda y un régimen "de convaleciente", en el que se incluían alimentos fritos, etc. Los enfermos fueron mantenidos en cama y con la misma medicación en ambos grupos. Los resultados fueron prácticamente iguales con uno y otro régimen alimenticio, con una ligera ventaja en el tiempo de curarse radiológicamente la úlcera y en desaparecer los dolores a favor del grupo tratado con dieta más amplia.

Un estudio similar ha sido emprendido por DOLL, FRIEDLANDER y PYGOTT, los cuales han tratado 64 enfermos hospitalizados con úlcera gástrica, 80 enfermos ambulatorios con úlcera gástrica y 50 enfermos ambulatorios con úlcera duodenal. Los enfermos fueron divididos en dos grupos iguales y uno de tales grupos se trató con la habitual dieta ulcerosa; el otro grupo recibió una alimentación casi normal, si bien sin alimentos fritos. Los enfermos con dieta "ulcerosa" recibían tomas cada dos horas; los del otro grupo se alimentaban a las horas corrientes, pero tomaban una pequeña ración de alimento al despertarse, a media mañana y al acostarse. Los resultados de la terapéutica fueron exactamente superponibles en ambos grupos, en cuanto al tiempo necesario para curarse o quedar sin molestias. En el grupo tratado más liberalmente se obtuvo un porcentaje ligeramente mayor de curaciones y un mayor incremento de peso, en tanto que la proporción de los sujetos que quedaron completamente libres de molestias durante el tratamiento fué algo mayor en los tratados con régimen estricto.

Los buenos resultados terapéuticos con una alimentación casi normal hacen pensar a DOLL y colaboradores que el efecto de los regímenes rigurosos es puramente psicológico. La úlcera gástrica y duodenal tienen una sintomatología cíclica, con mejorías independientes de la terapéutica. Pero el ciclo que tiende espontáneamente a la curación puede ser acelerado por influjos psíquicos y seguramente radica en este campo la mayor parte de la eficacia de las distintas pautas dietéticas. No quiere decir esto que la dieta carezca de influencia en la génesis de la úlcera y en su terapéutica; probablemente existen factores dietéticos nocivos y otros benéficos para el mantenimiento de la mucosa gástrica normal. Tales factores son aún desconocidos y las medidas empíricas que los médicos emplean no tienen el fundamento científico que fuera de desear.

## BIBLIOGRAFIA

- DOLL, R.; FRIEDLANDER, P., y PYGOTT, F.—Lancet, 1, 5, 1956.  
LAWRENCE, J. S.—Lancet, 1, 482, 1952.

## LA CURACION SIN CIERRE DE LAS CAVERNAS TUBERCULOSAS

Antes de que se utilizasen las modernas drogas anti-tuberculosas, la curación sin cierre o esterilización de las cavernas era sumamente rara. Una caverna, para ser considerada curada desde el punto de vista de su infección tuberculosa, habría de estar bien delimitada por conjuntivo fibroso, no contener bacilos ni caseum u otros elementos de inflamación tuberculosa. Los criterios de algunos patólogos, como HUEBSCHMANN, son aún más rigurosos, pues sólo consideran curadas las cavidades que tienen un revestimiento epitelial, lo cual es rarísimo, si se exige un revestimiento continuo, en tanto que un revestimiento parcial, a partir del epitelio de bronquios comunicantes, ha sido observado frecuentemente por AUERRACH y GREEN.

Las circunstancias han variado desde el empleo de antibióticos. THOMPSON ha tratado de averiguar cuál es la frecuencia real de la curación sin cierre de las cavernas tuberculosas, estudiando las cavernas situa-

das en las piezas de resección pulmonar. En un conjunto de 335 piezas de resección, existían 23 casos de curación sin cierre, lo cual supone el 9,6 por 100 de todas las lesiones cavitarias. En 20 de tales enfermos se había empleado un tratamiento de isoniácida con estreptomycinina y PAS.

Es notable el aspecto histológico de la pared de las cavidades con curación sin cierre. Por dentro de una capa fibrosa se hacen unas células gigantes peculiares, con inclusiones cálcicas laminares y calcificación de la porción central de los tubérculos caseificados. Las citadas células gigantes atípicas han sido atribuidas al tratamiento con isoniazida por DENST. Tanto el aspecto histológico, como el clínico y el radiológico de estas cavernas curadas son completamente distintos de las cavidades bronquiectáticas o enfisematosas.

## BIBLIOGRAFIA

- AUERRACH, O., y GREEN, H.—Am. Rev. Tbc., 42, 707, 1940.  
DENST, J.—Am. Rev. Tbc., 68, 144, 1953.  
THOMPSON, J. R.—Am. Rev. Tbc., 72, 601, 1955.

## I N F O R M A C I O N

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 17 de abril de 1956 por la que se anuncia concurso libre de méritos para cubrir una vacante de Inspector Médico tercero de Correos. (*Boletín Oficial del Estado* de 25 de abril de 1956.)

Otra de 23 de abril de 1956 por la que se convoca concurso para la provisión con carácter eventual de diversas vacantes de Médicos Especialistas y Odontólogos de Centros Secundarios de Higiene Rural. (*Boletín Oficial del Estado* de 28 de abril de 1956.)

## ADMINISTRACION CENTRAL

## Presidencia del Gobierno.

## Dirección General de Marruecos y Colonias.

Anunciando oposición para cubrir tres plazas de Médicos Anestesiistas de los Servicios Sanitarios de la Zona de Protectorado de España en Marruecos. (*Boletín Oficial del Estado* de 18 de abril de 1956.)

Anunciando concurso para proveer quince plazas de Médicos de la Zona de Protectorado de España en Marruecos entre Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria. (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de abril de 1956.)

## GOBERNACION

## Dirección General de Sanidad.

Convocando concurso de antigüedad para la provisión de plazas en la plantilla de Médicos Tocólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 17 de abril de 1956.)

Convocando concurso de antigüedad para la provisión de plazas en la plantilla de Odontólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 19 de abril de 1956.)

Convocando oposición libre para provisión en propiedad de plazas de Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales. (*Boletín Oficial del Estado* de 22 de abril de 1956.)

Convocando oposición libre para ingreso y adjudicación de plazas de Odontólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 24 de abril de 1956.)

Convocando oposición libre para ingreso y adjudicación de plazas de Médicos Tocólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 25 de abril de 1956.)

## JUSTICIA

## Dirección General de Justicia.

Anunciando a concurso de traslado entre médicos Forenses de primera, segunda o tercera categoría de las Forensías de los Juzgados de Instrucción que se indican. (*Boletín Oficial del Estado* de 26 de abril de 1956.)

## TRABAJO

## Dirección General de Previsión.

Resolviendo el concurso para nombramientos definitivos de Médicos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Oviedo. (*Boletín Oficial del Estado* de 27 de abril de 1956.)

## Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad.

Convocando concurso-oposición para cubrir plazas de Médicos Especialistas Jefes de Clínica de la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Badajoz. (*Boletín Oficial del Estado* de 27 de abril de 1956.)

Convocando concurso-oposición para cubrir plazas de Médicos Especialistas Jefes de Clínica de la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Málaga. (*Boletín Oficial del Estado* de 27 de abril de 1956.)