

MORRISON, L., y otros.—Ann. Otol. Rhin. and Lar., 58, 18, 1949.  
MIRoux.—Contribución al estudio de ciertos cánceres de cavum de sus complicaciones oculares. Tesis doctoral. París, 1941.  
NARIAS.—Ass. Franc. et Cencer, 15 feb. 1932.  
OYA, J. C., y SEGOVIA, J. M.—Rev. Clin. Esp., 3, 15 agosto 1952.  
OREGGIA.—Otorrino-Laring. Uruguay, 6, 162, 1936.  
PINTO VIEIRA, A.—Rev. Bras. de O. R. L., 15, 1947.  
PORTMANN.—Monde Med., 733, 1928.  
RODA y FERNÁNDEZ CRIADO.—Rev. Clin. Esp., 3, 41, 3, 1951.  
REBATTU.—Rev. Prat. Méd. Pays Chauds., nov. 1928.  
RICHTER.—Med. Klin., 42, 1940.  
RIDOUH y SCOTT.—Proc. Roy. Soc. Med., junio 1932.

ROGER y CARREGA.—Rev. Oto-Neuro-Opht., 2, 1947.  
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A.—Conferencia pronunciada en la cátedra del Prof. CASADESUS, de Barcelona, en Cursos de ampliación, 1951.  
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A.—Conferencia en la Academia Deontológica el 5 de diciembre de 1952.  
SEBASTIÁN, J.; SIRS, N. J.—Publ. Alger de Cancer, 1951.  
SUBIRANA, A.—Rev. de Med. Cirug. y Especial., enero 1936.  
TERRACOL, BERT y REYMCND.—Soc. Med. Biol. Montpellier, 1930.  
TAVARES, A.—Portugal Médico, 6, 1942.  
GARCÍA TAPIA, R.—Rev. Esp. y Ame. La. O. R., 5 y 6, 1952.  
VASALLO DE MUMBERT, A.—Bol. Españ. de O. R. L. y Bronc., 6, 8, 1951.  
WOODWARD y ARCHER.—Virginia Med. Month., 67, 751, 1940.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Diátesis hemorrágica con aumento de la fragilidad capilar en el curso de tratamientos salicílicos.**—La posibilidad de hemorragias durante la cura salicilada se conoce de muy antiguo, pero siempre ha sido considerada como sumamente rara. La mayor parte de los casos que se conocen se deben a la ingestión de dosis muy superiores a las terapéuticas. Ocasionalmente, sin embargo, aparecen publicaciones sobre síntomas hemorrágicos surgidos tras la ingestión de dosis no excesivas de compuestos salicílicos. La similitud estructural entre el ácido salicílico y los derivados cumarínicos hizo pensar en que las hemorragias podrían deberse a una hipoproteíнемia, inducida por la droga. FRICK (*Am. J. Med. Sci.*, 231, 402, 1956) ha podido observar tres enfermos en los que se presentaron hemorragias (metrorragias, hematemesis, epistaxis), en el curso de tratamientos con aspirina. Todos ellos tenían prueba de Rumpel-Leede positiva y un tiempo de hemorragia prolongado; tan sólo en uno se observó una prolongación del tiempo de consumo de protrombina. La supresión de la administración de aspirina suprimió la prolongación del tiempo de hemorragia y el signo de Rumpel-Leede y, al reanudar el tratamiento, nuevamente se presentaron tales anormalidades. La acción del salicilato parece establecerse directamente sobre la permeabilidad capilar.

**Empleo de silicona para evitar las úlceras por decúbito.**—BATEMAN (*Br. Med. J.*, 1, 554, 1956) ha empleado una silicona, denominada lactagol (poli-dimetil-siloxana, al 20 por 100) en los puntos en los que se suelen producir úlceras por decúbitos, en pacientes viejos, reclusos en cama. El producto se extiende en capa fina y uniforme en las áreas de presión, dos veces al día, durante una semana, y luego una vez al día; la posición del enfermo se cambia por lo menos cinco veces al día y la piel se lava lo menos posible con agua y jabón (aproximadamente, dos veces en semana o cuando se manchan de secreciones, etc., aplicando agua templada y secando cuidadosamente). A los enfermos se les administra además 25 mg. de tolazolina y 50 mg. de ácido ascórbico, tres veces al día. Cuando ya existen úlceras por decúbito, la aplicación de silicona solamente se realiza en los alrededores de la lesión. Con el procedimiento indicado, BATEMAN afirma haber conse-

guido una menor frecuencia de úlceras y un ahorro de diez minutos diarios en el cuidado de cada enfermo.

**Tripsina en las enfermedades reumáticas.**—Ya en 1954, GOODSEN y colaboradores emplearon tripsina en el tratamiento de la artritis reumatoide. SANS SOLÁ y BARCELÓ (*Rev. Esp. Reum.*, 6, 373, 1956) han utilizado el proceder en afecciones reumáticas muy diversas: dos casos de artritis reumatoide, seis de espondilitis anquilopoyética, ocho de artrosis, tres de periartritis del hombro y uno de reumatismo psoriásico. La dosis utilizada en la mayoría de los casos ha sido de 1 c. c. (5 mg.) por vía intramuscular cada doce horas, durante diez días, y después 2 c. c., dos veces por semana, durante quince días, y luego 2 c. c. a la semana, hasta mes y medio o dos meses, a partir del comienzo del tratamiento. Los resultados son alentadores, ya que se observaron algunos resultados buenos (especialmente en dos casos de periartritis escapulo-humeral, en tres de artrosis y en tres artritis reumatoideas), en tanto que en los restantes el resultado fué escaso o nulo. Localmente pueden producirse reacciones dolorosas o indurativas, que se evitan, en parte, con la administración de antihistamínicos a los enfermos.

**Descompresión orbitaria en el exoftalmos progresivo.**—La progresión del exoftalmos, con o sin oftalmoplejía, constituye frecuentemente un problema de difícil solución y que conduce en ocasiones a la ambliopía. En los casos hipertiroideos, el tratamiento antitiroideo suele agravar la afección oftalmológica. Han fracasado los estrógenos y la p-hidroxipropiofenona, así como la cortisona y los estrógenos. Aún se halla en experimentación la aplicación intraorbitaria de hialuronidasa (LAURENT y SCOPES, 1955) y algunos han obtenido éxito con la radioterapia hipofisaria. ROWBOTHAM y CLARKS (*Lancet*, 1, 402, 1956) creen que esta medida terapéutica no está justificada en la citada afección y sostienen que el mejor tratamiento es la descompresión quirúrgica, mediante una intervención ideada por ellos y que han empleado en 15 casos no hipertiroideos (12 de ellos unilaterales) y en 15 hipertiroideos (todos ellos bilaterales). La operación es sencilla; se practica por una incisión en la región frontotemporal y aper-

tura de la pared externa de la órbita por la fosa temporal, llegando en ocasiones al reborde orbitario; se abre la fascia intratorácica y se cierra por planos. Todos los enfermos mejoraron de su exoftalmos, pero la oftalmoplejía, si existía, no se modificó.

**Dramamina intramuscular en los vómitos postoperatorios.**—MOORE y sus colaboradores habían señalado en 1951 que la administración intramuscular de dimenhidrinato (dramamina) es capaz de suprimir en gran parte los vómitos del período postoperatorio. Recientemente (*J. Am. Med. Ass.*, 159, 1342, 1955) han ampliado su experiencia y refieren

los resultados logrados en una amplia casuística. En un conjunto de 1.502 enfermos que no recibieron el tratamiento, la frecuencia de vómitos postoperatorios fué de 22,6 por 100. En 8.849 casos se empleó una inyección intramuscular de 50 mg. de dramamina al entrar en el quirófano, otros 50 mg. al salir y luego 50 mg. cada cuatro horas, hasta cuatro veces. En este grupo de operados, la frecuencia de vómitos fué de 13 por 100. En la experiencia se realizaron las pruebas de empleo en 20 casos de dramamina o placebo, que se inyectaron sin que el médico tuviese conocimiento previo de cuál era la sustancia inyectada y se confirmó también así la significación del resultado favorable.

## EDITORIALES

### EL VALOR DE LA ANTIESTREPTOLISINA-O EN EL DIAGNOSTICO DE LOS DOLORES ARTICULARES

En repetidas ocasiones ha insistido MASSELL en que un tratamiento precoz del reumatismo agudo con cortisona o ACTH es capaz de impedir el desarrollo de lesiones cardíacas. De ello se deduce la conveniencia de realizar un diagnóstico precoz en los casos cuya sintomatología inicial sean los dolores articulares. ROY y colaboradores hacen notar que muchas veces es la presencia de molestias articulares la primera manifestación del reumatismo agudo, ya que los nódulos subcutáneos faltan o son tardíos, y también el corea o las manifestaciones cardíacas suelen aparecer con posterioridad a las articulares. En un conjunto de 658 enfermos, menores de diecisiete años, con manifestaciones reumáticas o articulares, existían 142 cuya primera manifestación había sido el corea, y el 50 por 100 de los restantes tenía artritis evidente, y de ellos, la mitad tenía ya cardiopatía cuando acudieron a la consulta. Si se tiene en cuenta esta gran frecuencia con la que la primera manifestación del reumatismo agudo la constituyen los dolores articulares, todo esfuerzo será escaso ante un enfermo con dolores en las articulaciones para decidir si se trata de una manifestación de un reumatismo agudo y establecer así precozmente un tratamiento eficaz.

Desde los estudios de TODD y los de COBURN y PAULI se sabe que la antiestreptolisina-O está aumentada en el suero de los enfermos de reumatismo agudo. ROY y sus colaboradores han tratado de comprobar si tal reacción serológica, de técnica relativamente sencilla, es útil para diferenciar las afecciones articulares reumáticas de las de otra naturaleza. En 208 casos de cardiopatía reumática y en 227 casos de reumatismo agudo sin carditis se encontraron títulos de antiestreptolisina-O superiores a 400 unidades en el 85 por 100 de los casos. Tal título de anticuerpos se encontró en 28 por 100 de 75 casos de artritis reumatoide, y en 8 por 100 de 92 casos de afecciones diversas. Por otra parte, sólo en 1,8 por 100 de los enfermos de reumatismo agudo existían títulos inferiores a 159 unidades. En resumen, puede concederse valor a los títulos de antiestreptolisina-O, en el sentido de que su asociación a dolores articulares, y en título alto, hace pensar en un reumatismo agudo y un título inferior a 159 unidades induce a descartar esta etiología. Esta afirmación es válida especialmente en edades comprendidas entre cuatro y dieciséis años, ya que por debajo de los cuatro años es muy rara la enfermedad reumática y relativamente más frecuente la artritis reumatoide.

### BIBLIOGRAFIA

- COBURN, A. F. y PAULI, R. H.—*J. Exper. Med.*, 56, 651; 1932.  
MASSELL, B. F.—*Med. Clin. N. Am.*, 37, 1215; 1953.  
ROY, S. B.; STURGIS, G. P., y MASSELL, B. F.—*New Eng. J. Med.*, 254, 95; 1956.  
TODD, E. W.—*Br. J. Exper. Path.*, 13, 248; 1932.

### LA AZOTEMIA EN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

No existe acuerdo sobre el mecanismo de la elevación ureica que sigue a las grandes hemorragias digestivas. SCHIFF y sus colaboradores demostraron que tal elevación era proporcional a la cuantía de sangre vertida en el intestino y que los productos nitrogenados resultantes de la digestión de la sangre eran responsables del aumento del nitrógeno residual. JOHNSON hizo fijar la atención sobre el factor renal en estos enfermos; la reducción de la cantidad de sangre circulante por el riñón ocasionaría una alteración funcional del mismo, a la que habría que achacar la retención ureica. GREENBLATT y COHN adujeron argumentos a favor de este supuesto y observaron que existía un nivel crítico de hemorragia, a partir de la cual se produce una alteración renal y aumento del nitrógeno residual: con una sangría y autodigestión de 580 c. c. de sangre no se produce alteración del aclaramiento ureico ni variación de la azotemia, en tanto que estas alteraciones se manifiestan con 800 centímetros cúbicos de sangre vertida en el intestino.

COHN y colaboradores han investigado en personas sanas el efecto de la administración por sonda gástrica de sangre, de concentrados de proteínas y de carne, de tal forma que sea constante la cantidad de proteínas suministradas por cualquiera de estos medios. La introducción de 800 c. c. de sangre, con un contenido de 180 gramos de proteínas origina en las personas sanas un pequeño aumento de la urea en sangre, aumento que se presenta en las primeras cinco horas y que ha desaparecido a las veinticuatro horas. Cuando se administra un concentrado de proteínas o carne (con un contenido de 180 gramos de proteínas), la elevación ureica es mayor que con la sangre, se establece entre las seis y las diez horas, y persiste aún a las veinticuatro de la ingestión. El estudio de la eliminación urinaria de nitrógeno revela su paralelismo con la cantidad de proteínas administradas y absorbidas, y es menor con la sangre que con las otras proteínas utilizadas.