

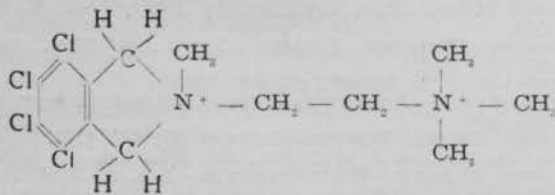
28. CHAPMAN, WYMAN y cols. — *Gastroenterology*, 28, 500, 1955.
 29. NASIO. — *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nut.*, 11, 120, 1952.
 30. EDITORIAL. — *Brit. Med. J.*, 4741, 1205, 1951.
 31. NASIO. — *Gastroenterology*, 28, 103, 1955.
 32. RANCH, BIETER. — *Surgery*, 38, 21, 1953.
 33. ATKINSON. — *Gastroenterology*, 26, 288, 1954.

34. HOLTZEM. — *Praxis*, 43, 390, 1954.
 35. SHANB. — *Praxis*, 49, 1073, 1952.
 36. RIDER, GIBBS, RANSON, SWADER. — *Jour. Am. Med. Ass.*, 159, 1085, 1955.
 37. TEXTER, BAYLIN, LEGERTON, RUFFIN. — *Am. J. Med. Sci.*, 224, 612, 1952.
 38. TEXTER, BARBORKA. — *Gastroenterology*, 28, 519, 1955.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Balarsen en la amebiasis. — Las diferentes terapéuticas propuestas contra la amebiasis apenas logran la curación del 50 por 100 de los enfermos. Únicamente la fumagilina, en dosis de 10 a 20 miligramos, tres veces al día, durante diez días, parece ofrecer mejores perspectivas para la clínica. BROWN, GEBHART y REICH (*J. Am. Med. Ass.*, 160, 360, 1956) han empleado el Balarsen o arsthinol, que es un compuesto arsenical cíclico, preparado por acción de la forma arsenóxido de la acetarsona sobre el dimercaptopropanol (BAL). La droga fué primeramente utilizada en el tratamiento de la frambesia. BROW y cols. han tratado 34 enfermos que tenían *E. histolytica* en sus heces con una dosis diaria de cinco comprimidos de Balarsen, durante cinco a siete días, y en todos ellos la investigación de amebas en las heces, un mes después de la terapéutica, ha sido negativa. La droga fué generalmente bien tolerada y sólo en tres enfermos se presentó diarrea y algún espasmo intestinal.

Ecolid en la hipertensión arterial. — Las sales de metonio son sustancias hipotensoras poderosas. La actividad del pentolinium es mayor que la del hexametonio y, asociada a la reserpina, permite regular el tratamiento de un hipertenso con facilidad. Algunos enfermos, sin embargo, sufren depresión por la acción de la reserpina y se quejan de los efectos parasimpáticos colaterales del pentapirrolidinium. SMIRK y HAMILTON (*Br. Med. J.*, 1, 319, 1956) han ensayado otro compuesto, el ecolid, cuya fórmula es la siguiente:



Los autores citados han tratado con ecolid a 42 hipertensos, algunos de los cuales lo habían sido anteriormente con pentolinium. La nueva droga se administra por vía oral o en solución inyectable (al 2 por 100 en una solución al 20 por 100 de polivinilpirrolidona y con 0,5 por 100 de efedrina). La administración parenteral tiene una eficacia algo más de dos veces mayor que la misma dosis de pentolinium. La forma de actuar es similar a la de éste y es mayor el efecto hipotensivo en la estación en pie y después de las comidas. La vía oral es quince veces menos eficaz que la parenteral. Un hecho notable

es que los enfermos toleran cada vez dosis mayores de ecolid, por lo que es preciso incrementarlas periódicamente para obtener el mismo efecto. Cuando un enfermo ha sido tratado anteriormente con pentolinium, requiere una dosis inicial más elevada de ecolid y lo mismo sucede con la dosis necesaria de pentolinium para los enfermos que han recibido antes ecolid. Los efectos colaterales desagradables son muy similares con ecolid y con pentolinium; quizá algo menos marcados el estreñimiento y la turbidez de visión con ecolid.

Mecamilamina, hipotensor eficaz por vía oral. — La mayor parte de los agentes bloqueantes ganglionares se absorben mal y lo más habitual es que su actividad por vía oral sea quince veces menor que su eficacia cuando se emplean por vía parenteral. STONE y sus colaboradores demostraron en 1955 que la amina secundaria denominada mecamilamina (clorhidrato de 3-metilamino-isocanfano) es capaz de producir un descenso intenso y prolongado de la presión arterial y dicha droga tiene la propiedad de absorberse perfectamente por vía oral. FREIS y WILSON (*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 97, 551, 1956) han estudiado los efectos de la mecamilamina en 36 hipertensos graves, en los que han empleado una dosis media diaria de 29 mg. (con variaciones entre 3 y 90 mg. diarios). El efecto hipotensor de una dosis se inicia a la hora de la ingestión, es máximo a las dos horas y desaparece a las 6-12 horas. El descenso de la presión sistólica fué de 21 por 100 en la posición echada y de 27 por 100 en la posición erguida; la disminución media de la presión diastólica fué de 16 por 100 en la cama y de 20 por 100 en la posición en pie. Con una dosificación cuidadosa, las fluctuaciones tensionales son menos intensas que con otros hipotensores y se puede obtener con tratamientos prolongados una mejoría del fondo ocular y una disminución de las cifras de urea en sangre. Los síntomas tóxicos son similares a los que se observan con otros bloqueantes ganglionares.

Cortisona en la hipofosfatasa. — En los últimos tiempos se han publicado numerosas comunicaciones sobre la hipofosfatasa, proceso en el que existe un defecto en la calcificación, asociado a cifras altas de calcio, bajas de fosfatasa alcalina y normales de fósforo en el suero. FRASER y LAIDLAW (*Lancet*, 1, 553, 1956) han observado un caso y han sugerido que podría existir un trastorno suprarrenal en la base del trastorno y administraron al paciente (de cinco meses de edad) una dosis diaria de 100

miligramos de cortisona y luego 50 mg. diarios durante dos meses; el enfermo presentó signos de toxicidad, pero descendió el calcio y se elevó la fosfatasa sérica. La prosecución de la terapéutica con dosis menores (37,5 mg. diarios de cortisona) produjo en tres semanas una mejoría del aspecto radiológico de los huesos, cuyo crecimiento se realizó normalmente. Como en algunos casos se produce la remisión espontánea de la hipofosfatasa, los autores suspendieron en tres ocasiones el tratamiento con cortisona y se produjo siempre un descenso de la fosfatasa alcalina en tales momentos. No se conoce el mecanismo por el que la cortisona puede influir en la actividad fosfatásica del suero.

Pérdida de potasio por los enemas.—Es bien conocida la pérdida de potasio, por el aparato digestivo, en casos de vómitos copiosos, diarreas muy pro-

longadas, etc. También el empleo frecuente de enemas puede originar un empobrecimiento en potasio del organismo cuando concurren algunas circunstancias favorecedoras. DUNNING y PLUM (*Am. J. Med.*, 20, 789, 1956) han observado un caso de paroplejía por poliomiéltis, que requería ser tratado con enemas por su atonía intestinal, a veces precedidos de un purgante; al mismo tiempo, el enfermo estaba sometido a una dieta acidificante por padecer litiasis renal. En el enfermo se produjo una gran hipokaliemia, acompañada de intensa debilidad muscular, todo lo cual cedió por la administración de potasio. Los enemas pueden ocasionar mayor depleción de potasio cuando están largo tiempo en contacto con intestinos dilatados, como en afecciones neurológicas o en el megacolon, o cuando el sujeto está colocado en una dieta acidificante o de restricción de potasio.

EDITORIALES

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HIPERABDUCCION DEL BRAZO

Son varios los síndromes que pueden ocasionar dolores y trastornos vasomotores en los miembros superiores a consecuencia de alteraciones en la abertura superior del tórax. Los llamados síndromes del escaleno anterior, el síndrome costo-clavicular, el síndrome de hiperabducción, etc., son ejemplos de diversas modalidades de estos cuadros clínicos. No es raro que muchas veces se asocien a trombosis "de esfuerzo" de la vena subclavia, y en tales casos puede ser discutible si la sintomatología depende de la obstrucción venosa o de las restantes alteraciones.

WRIGHT fué el primero en señalar las molestias dependientes de un juego vasomotor alterado en sujetos que mantienen duraderamente una posición en hiperabducción de los brazos. Lo más frecuente es que se trate de personas que duermen con los brazos juntos, por encima de la cabeza, con los codos en flexión. También es frecuente observar el trastorno como afección profesional en pintores, engrasadores de coches, etc. WRIGHT considera que los vasos subclavios o los ramos inferiores del plexo braquial pueden ser comprimidos en la hiperabducción por el tendón del pectoral menor, o entre la clavícula y la primera costilla, en el espacio retro-clavicular. Se trataría de un caso poco intenso, de lo que FALCONER y WEDDELL denominaron síndrome costo-clavicular, en el que existe un espacio sumamente estrecho entre la clavícula y la primera costilla, espacio que a veces es aún más estrechado por la existencia de una costilla cervical, de un escaleno anterior hipertrófico, etcétera.

LORD y STONE insisten precisamente en que muy frecuentemente se observa una asociación de síndrome costo-clavicular al síndrome de hiperabducción, y tal posibilidad debe tenerse siempre en cuenta al plantear el problema terapéutico. En cinco casos, LORD y STONE han practicado la sección del tendón del escaleno anterior, al mismo tiempo que la tenotomía del pectoral menor, y en cuatro de los enfermos obtuvieron un resultado brillante. Su fracaso en el quinto paciente se debió a ignorar que existía un síndrome costo-clavicular, cuyo tratamiento eficaz consiste en la resección de la clavícula.

Es digno de mención que en tres de los cuatro casos en que se logró éxito existía una trombosis de las venas subclavias o axilares, la cual debe considerarse secundaria y no relacionada con la génesis de las molestias, ya que éstas cedieron inmediatamente después de la tenotomía, sin que se hubiese modificado el grado de obstrucción venosa.

BIBLIOGRAFIA

- FALCONER, M. A. y WEDDELL, G.—*Lancet*, 2, 539, 1943.
LORD, J. W. y STONE, P. W.—*Circulation*, 13, 537, 1956.
WRIGHT, I. S.—*Am. Heart J.*, 29, 1, 1945.

INTOXICACION POR OZONO

Las posibilidades de intoxicación industrial por ozono son muy considerables y se facilitan además por las dificultades en el reconocimiento de la sintomatología típica de la intoxicación. KLEINFELD y GIEL han estudiado tres casos observados en trabajadores empleados en soldadura con gas de arco, con la técnica llamada de electrodo consumible, y con este motivo han analizado el problema de la intoxicación por exposición aguda o crónica al citado gas.

Los síntomas de intoxicación por ozono son principalmente respiratorios. Se producen edema pulmonar y pequeñas hemorragias y puede llegarse en intoxicaciones graves hasta la muerte, si bien no se citan en la literatura casos mortales. Otros síntomas de la intoxicación corresponden a la irritación de otras mucosas, así como a un efecto depresor general y narcótico, originándose a veces un estado letárgico. Cuando se realizan estudios fisiopatológicos, llama la atención la disminución de la ventilación pulmonar con una disminución de la liberación de oxígeno proporcionalmente menor que el consumo de oxígeno, por lo que resultan cocientes respiratorios superiores a la unidad (BOHR y MAAR).

El conjunto sindrómico puede prestarse a confusiones