

Aunque no todos los casos presentan tan extrema gravedad, sino que hay otros estados intermedios más benignos, un número considerable de estos enfermos entra en coma y mueren en el curso de pocos días. En análisis sucesivos de esos pacientes se observa cómo va disminuyendo la reserva alcalina, siendo positiva la determinación de cuerpos cetónicos en orina o de acetona en el aire espirado. En la necropsia se encuentra una degeneración grasa de hígado de la parte central del lobulillo con desintegración celular que se extiende hacia la periferia, como en la atrofia amarilla de hígado.

En el caso del cloroformo, por tratarse de un anestésico liposoluble, LANGTON HEWER sugiere que pasaría la membrana celular interfiriendo la oxidación de los carbohidratos (hipoxia histotóxica), llegando a producir degeneraciones hepáticas de tipo irreversible que abocarían a la atrofia amarilla de hígado.

De todo esto puede concluirse que toda anestesia larga y profunda da lugar a hiperglucemia con disminución de la reserva de glucógeno del hígado y de su función glucogenética; como consecuencia de esto se produce una lipemia a la que sigue la formación de cuerpos cetósicos, productos de combustión intermedia de las grasas, al no poder ser quemadas en el fuego de los hidratos de carbono. Otros factores predisponentes son la emoción, stress físico, etc.

En diabéticos descompensados, enfermos en mal estado de nutrición, toxicosis gravídicas, sepsis agu-

da, el riesgo de la formación de cuerpos cetónicos es enorme. El ácido aceto-acético, cuando está presente en sangre en cantidad considerable, por su forma enólica estimula la respiración y deprime los centros cerebrales con el consiguiente coma.

Por tanto, podemos concluir que tenemos a nuestro alcance algunos medios que podemos poner en juego con el fin de evitar alteraciones metabólicas que pueden dar lugar a una serie de alteraciones, probablemente muchas de ellas aún desconocidas, que pueden ser las causantes de la mayoría de los estados nauseosos y vómitos postanestésicos e incluso de la muerte por atrofia amarilla de hígado. Tales medios serían, por ejemplo, la utilización de anestesia limitada a pérdida de la sensibilidad o incluso más superficial, sin olvidar las desventajas inherentes a este proceder, como broncoespasmo y reflejos cardiovasculares que, aunque normalmente son de protección, pueden poner en peligro la vida del paciente. Asimismo, la preparación adecuada del paciente, con la debida protección hepática, no solamente antes de la intervención, sino durante y después de ella. Todo esto unido a una serie de precauciones, algunas ya mencionadas en el transcurso de estas líneas, y otras de indicación precisa de la anestesia ideal para pacientes con alteraciones hepáticas, anatematizando los anestésicos de gran toxicidad en estos casos y siempre que se pretendan usar con el fin de obtener una relajación muscular que hoy en día podemos lograr con otros medios que implican menos riesgo para el paciente.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Pelagra por isoniazida. — HARRISON y FEIWEL (*Brit. Med. J.*, 2, 852, 1956) describen el caso de una enferma que desarrolló un cuadro de pelagra durante la administración de isoniazida para el tratamiento de una esclerosis múltiple. Esto sugiere un posible antagonismo metabólico entre la isoniazida y la nicotinamida, lo que no es de extrañar teniendo presente la gran semejanza estructural de ambos compuestos. Posiblemente la isoniazida sustituiría a la nicotinamida en la constitución del difosfopiridín nucleótido, perdiéndose así una de sus más principales acciones metabólicas.

Eritromicina en la endocarditis gonocócica. — Desde la introducción en la terapéutica de las sulfonamidas y ulteriormente de los antibióticos, la endocarditis gonocócica constituye una complicación extraordinariamente rara y hay poca experiencia, por lo tanto, en cuanto a su tratamiento. DAVIS y ROMANSKY (*Am. J. Med.*, 21, 473, 1956) han tratado una enferma con eritromicina, empezando con una dosis de 9 g. diarios (0,5 g. cada cuatro horas por vía oral y 1 g. cada cuatro horas por vía intravenosa) durante dos días, pasando a continuación a administrar en días sucesivos 0,5 g. por vía oral cada cuatro horas y 0,5 g. cada seis horas por vía intravenosa. A los siete días la enferma se encontraba totalmente asintomática, por lo cual se bajó la dosis

a 0,7 g. cada cuatro horas. En total se administraron 108 g. de eritromicina en treinta y dos días, consiguiéndose la total curación de la enferma.

Triyodotironina en el coma mixedematoso. — DYSON y WOOD (*Lancet*, 2, 757, 1956) refieren un caso de coma mixedematoso tratado con 3,5,3'-l-triyodotironina. Administraron 1,2 mg. por vía intravenosa, viendo que ya podía registrarse la presión arterial a las ocho horas y a las veinticuatro se había normalizado, descendió la colesterina de 393 a 288 miligramos por 100 y se normalizaba el electrocardiograma. Desde el punto de vista clínico, hubo poca respuesta hasta las quince horas, en que la enferma recuperó la conciencia. Consideran que debe emplearse una dosis inicial de 0,1 mg. por vía intravenosa en casos habituales, con lo cual se apreciará un evidente resultado en el término de cuatro a doce horas y, si nada se observa, deberá repetirse dicha dosis e incluso hacerlo ulteriormente a intervalos similares en casos necesarios. Más adelante se precisan inyecciones diarias, hasta que el enfermo pueda mantenerse con la triyodotironina oral, a la dosis de 50-100 mg. diarios y más tarde pasar al tratamiento con l-tiroxina.

Mecamilamina en la hipertensión. — La mecamilamina es un compuesto que bloquea la conducción a

través de los ganglios autonómicos y se absorbe completamente cuando se administra por vía oral. SCHNECKLOTH, CORCORAN, DUSTAN y PAGE (*J. Am. Med. Ass.*, 162, 868, 1956) la han empleado en el tratamiento de 35 enfermos con hipertensión grave. La dosis inicial fué de 2,5 mg. una o dos veces al día por vía oral y las dosis ulteriores se aumentaron en 2,5 mg. cada dos días hasta llegar a una dosis de mantenimiento, que se fijó en virtud de la respuesta terapéutica. La dosis media diaria de mantenimiento para los 18 enfermos que respondieron con reducción significativa de la presión fué de 24 miligramos; los 17 enfermos restantes no respondieron al tratamiento. De los 35, sólo uno toleró las dosis terapéuticas sin efectos colaterales y seis tuvieron que suspender la droga; los otros continuaron la medicación, en algunos casos hasta doce meses. Las molestias más frecuentes fueron estremecimiento, emborronamiento de la visión, xerostomía y diversos síntomas de hipotensión postural. Han visto además enfermos que mostraban signos de un trastorno raro neuromuscular con ansiedad, temblor e incluso convulsiones mientras estaban toman-

do la droga. Su conclusión es de que la mecamilamina es un agente útil en el tratamiento de la hipertensión, pero que sus ventajas terapéuticas sobre otras drogas bloqueantes similares son muy pequeñas.

ACTH en la corea gravidarum.—Existe poca experiencia sobre el tratamiento con corticoesteroides y nula con ACTH en el tratamiento de la corea gravidarum, proceso considerado generalmente como idéntico a la corea de Sydenham. SORREST y HALES (*Lancet*, 2, 874, 1956) han tratado un caso de este proceso que había resistido a todas las medicaciones previamente empleadas. Utilizaron una dosis de 120 unidades los dos primeros días, consiguiéndose ya una considerable mejoría, por lo que redujeron la dosis diaria a 80 unidades, viéndose la desaparición progresiva de los movimientos coreiformes. La enferma quedó completamente bien al mes de tratamiento, finalmente ya con una dosis reducida de 20 unidades diarias. La única complicación del tratamiento fué un grado moderado de facies lunar.

EDITORIALES

RELACIONES ENTRE GRUPOS SANGUINEOS Y ENFERMEDADES

La posible existencia de una relación entre grupos sanguíneos del sistema ABO y la preponderancia de algún tipo de enfermedad no es un problema nuevo, sino que ya se planteó en la literatura aproximadamente en 1920, siendo interesante en este respecto que BUCHANAN e HIGLEY, en 1921, y en relación con el estudio de 457 casos de anemia perniciosa dieron unos porcentajes de 41,4 por 100 para el grupo O y 44,2 por 100 para el grupo A, afirmando que no había datos suficientes para justificar una relación entre grupos sanguíneos y cualquier enfermedad.

Sin embargo, en 1951, STRUTHERS pudo ver que entre los niños que morían por bronconeumonia en Glasgow, la frecuencia del grupo sanguíneo A era superior a la de la población en general. Dos años después, AIRD y colaboradores demostraron la presencia en enfermos portadores de un carcinoma del estómago de un porcentaje significativamente superior en los pertenecientes al grupo A. Este trabajo animó a numerosos investigadores a ampliar la experiencia en este sentido, extendiéndolo también a otras enfermedades. Así, por ejemplo, el propio AIRD con sus colaboradores pudo ver que existía una proporción superior de sujetos pertenecientes al grupo O entre los que padecían úlcera péptica. Más tarde, CLARKE y cols. vieron que, efectivamente, se confirmaba este exceso, que aunque existía en la úlcera gástrica, era mucho más marcado en la úlcera duodenal. Posteriormente, esta mayor frecuencia del grupo O en la úlcera péptica ha sido confirmada en países fuera de Inglaterra como en Portugal (LESSA y ALARCÃO), Escocia (PEEBLES BROWN y cols.), Dinamarca (KOSTER y colaboradores), Noruega (WESTLUND y HEISTØ) y Estados Unidos (BUCKWALTER y cols., MAYR y DIAMOND). Al tiempo se vió por McCONNELL y cols. una mayor preponderancia del grupo A entre los enfermos de diabetes mellitus y asimismo que mientras que en relación con el carcinoma de pulmón (AIRD y cols. y McCONNELL y cols.) no

se apreciaba conexión alguna con los grupos sanguíneos ABO, sin embargo, si se apreciaba en cuanto al carcinoma del colon y del recto (AIRD y cols.).

En realidad, hay que tener presente que en este tipo de investigaciones se precisa saber en conclusión si se trata de una relación causal o puramente coincidente. Ya PENROSE subrayó que el hecho de que un grupo sanguíneo parezca asociarse con una enfermedad no implica necesariamente una conexión causal, y en este sentido insistió en el hallazgo de HENWERDEN y BOELE-NIJLAND, en Holanda, de que una aparente asociación entre el pelo oscuro y el grupo sanguíneo B se debía simplemente a la presencia de un grupo racial en la población general de estudiantes que se investigó; dicho autor sugería que se debería realizar un estudio de los grupos sanguíneos no sólo de los enfermos de úlcera duodenal, sino también de sus consanguíneos, con el fin de obtener un control que no podría criticarse sobre la base de que se había utilizado un extracto de la población distinto al de los enfermos ulcerosos.

Recientemente han aparecido dos trabajos importantes en relación con el problema que nos ocupa. En el primero de ellos, realizado por AIRD y cols., se recoge la experiencia procedente de gran número de centros de Inglaterra, estudiándose la relación de grupos sanguíneos con la anemia perniciosa; se apreció con toda claridad que esta enfermedad es un 20 por 100 más frecuente en las personas del grupo A que en las de otros grupos sanguíneos. Este hallazgo tiene una gran importancia, puesto que el porcentaje coincide con el señalado por el propio autor en relación al carcinoma del estómago, lo que subraya aún más la relación existente entre estas dos últimas enfermedades.

Y en el otro trabajo, realizado por CLARKE y colaboradores, se presentan las relaciones entre grupos sanguíneos y la úlcera duodenal. Aquí la conexión es mucho más marcada y ha podido confirmarse claramente. Estudian un gran número de familias, en cada una de las cuales un miembro por lo menos padecía úlcera duodenal. Estudian, pues, los consanguíneos, siendo aquí los