

ciente, utilizando "dietas reducidas", e incluso tratando de disminuir el apetito mediante derivados de la anfetamina. En determinados casos, cuando exista un componente hipotiroideo, debe asociarse un tratamiento con hormona tiroidea.

Los casos simples de amenorrea psicógena pueden ser fácilmente resueltos con la ayuda del Duogynon o la Prostigmina; no así en los casos de profundos complejos psicógenos, en los que puede ser necesario el auxilio del psiquiatra.

La administración de hormonas ováricas, con el fin de estimular la reaparición del ciclo menstrual, ha dado lugar a grandes controversias entre distintos autores; no obstante, su empleo se prodiga, a veces incorrectamente, sin tener en cuenta los principios antes apuntados.

En general, en su administración se sigue el llamado "método de Kaufmann", basado en el principio "uno-dos" de la acción estrógenos-progesterona, formulado por HISAW y colaboradores. Este método consiste en la administración de una inyección de

benzoato de estradiol de 1,66 mg. administrada por vía intramuscular, repetida cada tercer día, hasta ponerse un total de cinco inyecciones, seguidas de una inyección de 10 mg. de progesterona, repetida en cinco días consecutivos. Este tratamiento se repite durante tres-cuatro meses.

BIBLIOGRAFIA

- BISHOP, P. M. F.—Modern Trends in Obstetrics and Gynecology. London, Butterworth & Co., 1950.
 CARTER, F. B.—Am. J. Obst. & Gynec., 62, 794, 1951.
 DAVIDOFF, L.—Endocrinology, 10, 461.
 FLUHMAN, C. F.—The Management of Menstrual Disorders. Saunders, Philadelphia, 1956.
 GREENHILL, J. P.—Year Book of Obstetrics and Gynecology. Chicago, Year Book Publishers, 1952.
 KAUFMANN, C.—J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp., 42, 409, 1935.
 KLINEFELTER, H. F.; ALBRIGHT, F., and GRISWOLD, G. C.—J. Clin. Endocrinol., 3, 529, 1943.
 RUBIN and NOVAK, J.—Integrated Gynecology. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, 1956.
 SHEEHAN, H. L.—Am. J. Obst. & Gynec., 68, 202, 1954.
 STEIN, I. F., and LEVENTHAL, M. L.—Am. J. Obst. & Gynec., 29, 181, 1935.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Quinidina en la fibrilación auricular.—FRIEDBERG y SJOESTROEM (*Acta Med. Scandinav.*, 105, 293, 1956) han tratado con quinidina 133 enfermos con fibrilación auricular. Se consiguió la regularización del pulso y la presencia de ritmo sinusal en el electrocardiograma en 46 enfermos (35 por 100). No se vió relación entre el éxito del tratamiento y la edad y peso de los enfermos, fiebre reumática o difteria previas, causa de la cardiopatía, presión arterial, ritmo del pulso y grado de insuficiencia cardíaca. En cuanto a efectos desfavorables, los encuentran en 60 enfermos, viéndose que la cantidad de quinidina no era responsable de los mismos; murieron 16 enfermos en el curso o poco después del tratamiento y nueve de estas muertes las relacionan con la quinidina. Aconsejan como la dosis más conveniente 0,20 g. cada cuatro horas, aumentándola en 0,6 g. diarios hasta una dosis máxima de 0,5 g. seis veces al día durante cinco días; esta dosis es suficiente para regularizar el pulso en la mayoría de los enfermos que toleran bien la droga y no se obtienen mejores resultados por un aumento ulterior en la dosificación. El tratamiento con quinidina es peligroso en enfermos con extrasístoles ventriculares, bloqueo de arborización pronunciado o manifestaciones embólicas recientes.

ACTH y córticoesteroides en la peritonitis.—De un total de 50 enfermos en situación grave con peritonitis, HENEGAR, HUMMIGUTT y KINSELL (*A. M. A. Arch. Surg.*, 73, 804, 1956) seleccionan 31 para un tratamiento combinado hormonal, antibiótico y quirúrgico, dejando los 19 restantes para el tratamiento habitual. El tratamiento combinado consistió en administrar 100 mg. de hidrocortisona por vía intravenosa en 500 c. c. de glucosa al 5 por 100 al ritmo de 250 c. c. por hora; al mismo tiempo se introducen en la solución intravenosa 40 unidades

de ACTH; a los niños y ancianos, en los que los líquidos pueden crear problemas, administran hidrocortisona hemisuccinato directamente en la vena en 2 c. c. de solución acuosa. Simultáneamente se inyectan 300 mg. intramusculares diarios de acetato de cortisona en dosis divididas que se van reduciendo gradualmente y también ACTH intramuscular en dosis progresivamente decrecientes. La administración de ACTH se continuó durante por lo menos dos días más que la de cortisona y los antibióticos una semana como mínimo después de la suspensión de la terapéutica hormonal. Se realizó el tratamiento quirúrgico en cuanto se logró una mejoría en el estado clínico. Los esteroides y la ACTH se administraron durante cuatro o siete días para combatir los efectos tóxicos generales y permitir que pase el tiempo para que los antibióticos produzcan su efecto. Al estudiar los resultados se encuentra que sólo sobrevivieron 3 de los 19 enfermos en los que se realizó la terapéutica habitual y, además, tuvieron una convalecencia postoperatoria tormentosa. En cambio, sobrevivieron 12 de los 31 enfermos con el tratamiento combinado. Consideran que la ACTH y los esteroides suprarrenales son eficaces para preparar los enfermos, que de otra manera no podrían someterse a la intervención, y el tratamiento quirúrgico definitivo no debe demorarse por la presencia de una mejoría clínica.

Cortisona en la polineuritis aguda.—GRAVESON (*Lancet*, 1, 341, 1957) ha tratado 8 ataques de polineuritis aguda en 7 enfermos mediante la administración de cortisona. Sólo en uno de los casos no pudo detenerse rápidamente la enfermedad, lo que atribuye a que probablemente la cantidad de cortisona administrada fué inadecuada. En 7 ataques se produjo la recuperación total en un período de dos semanas en aquellos músculos que no estaban

intensamente afectos, viéndose que los casos leves curaron por completo y los casos graves mejoraban parcialmente. La mejoría está en relación con la intensidad de la afectación muscular al comienzo del tratamiento, y de aquí que para el éxito de la terapéutica se precisa un diagnóstico muy precoz. Recomendación para los casos leves una dosificación de 100 mg. diarios durante dos días, 75 mg. diarios durante otros dos días y después 50 mg. diarios durante diez días, y en los casos graves 300 mg. diarios durante dos días, 200 mg. los dos días siguientes y ulteriormente 100 mg. diarios.

Prednisona en el asma bronquial.—TAUB, KAPLAN y AARONSON (*J. Allergy*, 27, 514, 1956) han tratado con prednisona a 153 enfermos con asma bronquial. El régimen terapéutico consistió en una dosis inicial de 30 mg. dividida en seis dosis iguales de 5 mg. durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas; después se inicia un período terapéutico de tres a siete días con dosis entre 20 y 30 mg. diarios y más tarde se administra una terapéutica de mantenimiento con 5-15 mg. al día que se continúa durante semanas o meses. El primer síntoma observado fué una mejoría en el estado emocional de los enfermos hospitalizados, y en las primeras veinticuatro-cuarenta y ocho horas disminuye el grado de opresión, tos, disnea y expectoración, haciéndose el esputo más delgado y claro en comparación con el material mucoso y tenaz que expectoraban previamente; a continuación mejora el apetito y se aumenta la capacidad de sueño y reposo, disminuyendo al tiempo la necesidad de otras drogas hasta llegar a

mantenerse exclusivamente con la prednisona. Se obtuvo una desaparición completa del cuadro en 29 de los 81 enfermos con asma agudo, en 49 hubo una mejoría parcial y hubo 3 fracasos terapéuticos; mejoraron totalmente 14 de los 49 enfermos con asma crónico, 31 mejoraron parcialmente y 4 fueron fracasos. Los efectos colaterales observados previamente con ACTH, cortisona e hidrocortisona se presentaron en mayor o menor grado con la prednisona, pero la dosis necesaria para producirlos fué proporcionalmente mayor con duración de administración más larga.

ACTH y antibióticos en el empiema tuberculoso crónico.—FUSCO, ALEXANIAN y TOZZI (*Gazz. Med. Ital.*, 115, 304, 1956) han tratado 13 enfermos con empiema tuberculoso crónico mediante una combinación de ACTH y antibióticos. El tratamiento no originó complicaciones; se vió aumento del peso corporal sin producción de edemas, la hemoglobina se normalizó y disminuyó la velocidad de sedimentación. El tratamiento no mostró un marcado efecto sobre la cantidad o la calidad de los exudados. La hormona no pudo ejercer un efecto total desde el punto de vista antiflogístico u otros efectos beneficiosos a causa de que el empiema era muy intenso en todos los enfermos, existiendo lesiones tisulares y fistulas broncopleurales. Pero el notable efecto sobre el estado general y la mejoría en los hallazgos radiológicos hizo posible la intervención quirúrgica en algunos enfermos que no habrían podido sobrevivir al shock de la operación antes de dicha terapéutica.

EDITORIALES

VITAMINA B₁₂ RADIOACTIVA EN EL DIAGNOSTICO DE PROCESOS NEUROLÓGICOS

Cuando los enfermos nos presentan una historia típica de parestesias periféricas asociadas con paresia, signos neurológicos evidentes, anemia megaloblástica y aquilia, no ofrece ninguna duda el diagnóstico de degeneración combinada subaguda de la médula, pero desgraciadamente no siempre se encuentra un cuadro clínico tan recortado y claro. En ocasiones se ha utilizado la buena respuesta a la vitamina B₁₂ como criterio para el diagnóstico de dicho proceso y últimamente se ha empleado la determinación del nivel de vitamina B₁₂ en el suero con el mismo propósito. Lo que ocurre es que la determinación de este factor en el suero es técnicamente difícil y el resultado carece de valor si al enfermo se le ha administrado dicho principio por vía parenteral; además, el nivel en el suero puede ser bajo a causa de un defecto de la absorción no relacionado con la producción del factor intrínseco.

El método más satisfactorio para establecer el diagnóstico es demostrar que el enfermo no puede absorber la vitamina B₁₂. Como se sabe, esta vitamina contiene cobalto y puede etiquetarse convenientemente con sus radioisótopos Co⁶⁰ o Co⁵⁷. Aunque existen varias técnicas, la más conveniente es la preconizada por SCHILLING y colaboradores, quienes determinan la eliminación urinaria en las veinticuatro horas siguientes a una dosis

oral de vitamina B₁₂ etiquetada con Co⁵⁷; estos autores pudieron ver que en 18 controles se eliminaba por la orina en dicho plazo el 7-22 por 100 del material radioactivo ingerido; de los 31 enfermos con aquilia, pero sin trastorno hematológico, 24 eliminaron cantidades iguales a las de los controles; los 7 restantes eliminaron cantidades menores, pero apreciables; en 35 enfermos con anemia perniciosa la eliminación fué generalmente del 1 por 100 o menos (máximo, 2-3 por 100).

BERLYNE, LIVERSEDGE y EMERY han aplicado esta última técnica a la investigación de procesos neurológicos utilizando vitamina B₁₂ etiquetada con Co⁵⁷, que tiene una vida media de 72 días, y está virtualmente exenta de riesgos. En sus enfermos no tenían ninguno menor de cuarenta y cinco años y la dosis fué del orden de 0,5 mC. Para establecer sus propios controles estudian cinco sujetos normales y el grado de eliminación fué entre el 4 y el 7,1 por 100, achacando que sus cifras sean inferiores a las de SCHILLING a la edad de los sujetos estudiados.

Someten a la prueba a 10 enfermos con el cuadro clásico de la degeneración combinada subaguda, los cuales habían sido seguidos durante períodos de 2 a 17 años y habían respondido al hígado o a la vitamina B₁₂; la eliminación en estos casos osciló del 0,3 al 1,0 por 100 (media, 0,6 por 100). Se ve, pues, una clara diferencia entre estas cifras y las de los normales; en cuatro enfermos se repitió la prueba siete días después con la