

peligro de recidivas, por lo que, decidida la intervención, es más segura, a ser posible, la práctica de la proctocolectomía total.

BIBLIOGRAFIA

BARGEN, J. A.—"The modern management of colitis". Baltimore, 1943.

BARGEN, J. A.—Journ. Amer. Med. Ass., 126, 6, 1944.

BARGEN, J. A.—Coll. Papers Mayo Clinic, 40, 140, 1948.

BARGEN, J. A.—Med. Clin. of North Amer., 32, 967, 1948.

BARGEN, J. A.—Gastroenterology, 15, 581, 1950.

BARGEN, J. A.—Southern Med. Jour., 48, 192, 1955.

BROOKE, B. N.—Lancet, 2, 1.175, 1956.

BRUDEN, J. F.—Gastroenterology, 15, 426, 1950.

BUCAILLE y cols.—Int. Congress of Gastroenterology. London, julio 1956.

CREDITON, M. G., BEVANS, M., MUNDY, W. L. y RAGAN, C.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 74, 245, 1950.

CULLINAN, E. R. y MAC DOUGALL, I. P.—Lancet, 1, 487, 1957.

DEARING, W. H. y BROWN, P. W.—Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, 25, 486, 1950.

DE MIGUEL DEL CAMPO, J.—Bol. Cons. Gral. Coleg. Méd., 20, 108, 1957.

DENNIS, C.—Jour. Amer. Med. Ass., 139, 206, 1949.

DENNIS, C. y EDDY, F. D.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 65, 306, 1947.

DENNIS, C., EDDY, F. D., FRYKMAN, H. M., McCARTHY, A. M. y WESTOVER, D.—Ann. Sur., 128, 479, 1948.

DUBARRY y cols.—Arch. al. Ap. Dig. et Mal. Nutr., 39, 276, 1950.

DU TOIT, C. H. y BAUER, W.—Proc. of the first clinical ACTH conference. Ed. por J. R. Mote. Philadelphia. Blakiston Company, 1950.

GORDON, E. S., KELSEY, C. y MEYER, E. S.—Proc. of the 2nd clinical ACTH conference. Philadelphia. Blakiston Company, 1951.

GRUBER, R.—Amer. Journ. Med. Sci., 221, 169, 1951.

HERFORT, R. A. y LIVINGSTON, H. H.—New York J. Med., 52, 431, 1952.

KIRSNER, J. B. y PALMER, W. L.—Journ. Amer. Med. Ass., 155, 341, 1954.

KIRSNER, J. B., SKALR, M. y PALMER, W. L.—Amer. Journ. of Med., 22, 264, 1957.

LEVINE, M. D., KIRSNER, J. B. y KLOTZ, A. P.—Science, 114, 552, 1951.

LEVY, WILKINS, HERRMANN, LISLE y RIX.—Journ. Amer. Med. Ass., 165, 1.277, 1956.

MARATKA, R. y WAGNER, V.—Gastroenterology, 11, 34, 1948.

MACHELLA, T. E. y MILLER, C. T.—Gastroenterology, 10, 28, 1948.

MARTIN, L.—Lancet, 2, 944, 1946.

MEYERS y SWEENEY.—J. Iowa Med. Soc., 38, 42, 1948.

NEUMANN, H.—Brit. Med. Journ., 1, 9, 1943.

POLLARD, H. M. y BLOCK, M.—Arch. Int. Med., 82, 2, 1948.

PORTIS, S. A.—Lancet, 1, 591, 1950.

PORTIS, S. A., BLOCK, C. L. y NECHELES, H.—Gastroenterology, 3, 108, 1944.

PULANSKI, E. J. y AMSPECHER, N. W.—New Eng. J. Med., 237, 419, 1947.

PULANSKY, E. J. y DIETZ, G. W.—Journ. Amer. Med. Ass., 15, 922, 1940.

RAIL, G. A.—Lancet, 2, 816, 1951.

SVARTZ, N.—International Congress of Gastroenterology. London, julio 1956.

SVARTZ, N.—Gastroenterología (Basel), 66, 312, 1942.

TRUELOVE y WITTS.—Brit. Med. Journ., 2, 375, 1954.

TRUELOVE y WITTS.—Brit. Med. Journ., 2, 1.041, 1955.

TRUELOVE.—Lancet, 2, 1.306, 1956.

TUCKER.—Lahey Clin. Bull., 7, 239, 1952.

TULIN, M. y ALMY, TH. P.—Journ. Amer. Med. Ass., 150, 559, 1952.

VIESCA, P.—Rev. Clin. Esp., 43, 1, 1951.

WILKINSON, S. A. y SMITH, F. H.—Gastroenterology, 6, 171, 1946.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Estradiol ciclopentilpropionato: Un estrógeno de acción prolongada.—Los experimentos en ratas jóvenes y castradas habían demostrado que el 17-beta-ciclopentilpropionato de estradiol era superior al benzoato de estradiol en que su acción es más prolongada. MAYER y CAMENEN (*Sem. Hôp. Paris*, 33, 327, 1957) han ensayado esta nueva droga en 53 mujeres. La sustancia tiene un efecto estrogénico evidente, su acción es prolongada y no presenta efectos secundarios desfavorables. El efecto estrogénico es más pronunciado entre los cinco y diez días después de la inyección intramuscular. Es aconsejable inyectar pequeñas dosis iniciales, siendo más eficaz 5 mg. al comienzo que 25 mg. La actividad estrogénica persiste quince días con 5 mg. y dos meses con 25 mg. La droga ha mostrado su eficacia en los trastornos de la castración y la menopausia, en eczemas con exacerbación menstrual, en el prurito vulvar y en la jaqueca de tipo menstrual. Así como aumenta el apetito y el peso corporal, no origina retención significativa de agua.

Benzatina penicilina G en el tratamiento de la sífilis.—SMITH y cols. (*Bull. World Health Organ.*, 15, 1.087, 1956) confirman al cabo de dos años sus observaciones previas indicativas de que una inyección única de 2.500.000 unidades de benzatina penicilina G mantiene en la mayoría de los enfermos cifras apreciables en sangre durante períodos superiores hasta de cuatro semanas. Este preparado es alta-

mente eficaz en el tratamiento de la sífilis primaria y secundaria; en estas formas de sífilis produce resultados iguales o superiores a los que se obtienen con 4.800.000 unidades de procaina penicilina G en aceite con monoestearato aluminíco al 2 por 100. También han experimentado la benzatina penicilina G en la neurosífilis asintomática y han visto que se necesitan dosis mayores que las antes mencionadas. Las cifras altas y permanentes en sangre después de la administración de este preparado no producen reacciones tardías.

Fenilbutazona en el asma bronquial.—DELL'AERA (*Riforma Med.*, 71, 97, 1957) ha tratado tres grupos de enfermos asmáticos con fenilbutazona. El primero estaba compuesto por 18 enfermos con asma bronquial y enfisema, pero buen estado cardiovascular; el segundo, de 2 enfermos con bronquitis asmática, enfisema marcado e insuficiencia cardíaca; y el tercer grupo, de 20 enfermos, la mayoría de ellos jóvenes, con asma alérgico. A todos los enfermos se administró 0,3 gr. de fenilbutazona por vía intramuscular cada doce horas. A los tres o cuatro meses del tratamiento se ha visto que fué más beneficioso para los enfermos del primer grupo; 16 se habían recuperado por completo, 10 tenían algunos ataques, pero no tan intensos como los anteriores, y la terapéutica fracasó en dos enfermos. Fueron satisfactorios los resultados en los enfermos del tercer grupo. La terapéutica hubo de suspenderse por in-

tolerancia en los enfermos del segundo grupo. Se produjeron trastornos gástricos en 15, disminución de la diuresis con ligero aumento del sodio y cloro en sangre en tres enfermos y alteraciones renales en cinco.

Daptazol y megimida en la intoxicación barbitúrica aguda.—MADSEN (*Tidsskr. Norske Laegefor.*, 77, 60, 1957) ha administrado combinadamente dichas drogas a 14 enfermos para el tratamiento de la intoxicación barbitúrica. El efecto más notable fué un aumento en la actividad refleja y mejoría de la respiración. La duración del coma no pareció acortarse ni que se eliminaran más rápidamente de las intoxicaciones profundas, pero que no debe interpretarse como antídoto específico y que de ninguna manera hace superflua el resto de la terapéutica habitual.

Diacetilcolchicina en la terapéutica antiblástica.—PAOLINO y colaboradores (*Minerva Med.*, 48, 1, 1957) refieren el tratamiento con diacetilcolchicina de 78 enfermos con diferentes tipos de neoplasias. Administrada la droga por vía intravenosa, no origina reacción vascular local ni deprime el estado general del enfermo. La dosis inicial fué de 7 a 10 mg., continuándose igual, disminuyendo o ampliando los intervalos en relación con la forma de la neoplasia

y la presentación de efectos colaterales. El recuento leucocitario se normaliza después de una interrupción del tratamiento de pocos días; no consideran contraindicación del tratamiento un recuento leucocitario inicial de 3.000 a 4.000 por mm. c. El tratamiento diario con grandes dosis de la droga no se continuó más de diez a quince días, excepto en los enfermos con leucemia mieloide crónica; el tratamiento con una dosis pequeña (5 mg.) dada con intervalos de uno o más días, no se continuó más de veinte a treinta días. Un requisito previo para este tratamiento es la existencia de una buena función renal. Los resultados fueron excelentes y duraderos en los enfermos con leucemia mieloide crónica; excelentes, pero menos duraderos, en enfermos con reticulosarcoma; buenos y en algunos casos excelentes en enfermos con linfogranuloma maligno, bueno en algunos enfermos con linfosarcoma o metástasis pulmonar de carcinoma de mama y pobres en un enfermo con melanósarcoma y en otro con reticulendoletiosis. La droga no tuvo efecto en un enfermo con fibrosarcoma. Se consiguió una mejoría subjetiva en dos enfermas con carcinoma del ovario. La remisión puede mantenerse administrando una pequeña dosis de radioterapia, y en los enfermos con linfogranuloma maligno tratándoles ulteriormente con metenamina.

EDITORIALES

MUERTES ASOCIADAS CON LA TERAPEUTICA ESTEROIDEA

La mayoría de los efectos colaterales y complicaciones resultantes del empleo de cortisona y ACTH no son peligrosos y cesan al suspender la administración de la hormona. Sin embargo, algunas de las complicaciones reseñadas últimamente en la literatura son francamente graves y hasta existen citados numerosos casos de muerte. No obstante, la lectura de las comunicaciones publicadas da la impresión de que se han achacado injustamente algunas de las muertes ocurridas, y esto verosímilmente es la consecuencia de que el tratamiento se ha realizado para una enfermedad que ya de por sí es potencialmente fatal y susceptible de complicaciones similares durante su historia natural.

Por ello, ALLANBY ha hecho una revisión de un total de 18 enfermos que fallecieron en el curso de la terapéutica esteroidea. Ha podido deducir que, efectivamente, la terapéutica esteroidea pudo ser la causa de la muerte en 9 de los 18 casos y probablemente responsable de otros dos más; en dos enfermos no tuvo nada que ver la terapéutica y es muy poco probable que jugara algún papel en otros dos más; en los tres restantes, la muerte pudo posiblemente precipitarse por el empleo de dichas hormonas. De los 11 enfermos cuya muerte se atribuye a la terapéutica esteroidea, 5 por lo menos sufrieron de procesos frecuentemente fatales; 2 de los 3 enfermos cuya muerte pudo precipitarse por la terapéutica estaban profundamente graves, uno con poliarteritis nodosa y otro con colitis ulcerosa fulminante. Si aceptamos la versión de estos datos habría que presumir que la cortisona o la ACTH eran las responsables de las muertes, y así se exagerarían los riesgos de la terapéutica esteroidea; pero resulta que no es pos-

ible valorar exactamente la incidencia de complicaciones fatales puesto que no se conoce exactamente el número de enfermos a los que se aplicaba dicha terapéutica, aunque prejuzga que, aproximadamente, unos 500; incluso con cifras exactas, esta incidencia total sería de valor dudoso sin contar al propio tiempo el tipo de la enfermedad que venía siendo tratado.

En dichos casos fatales se vió que no había relación con el volumen de la dosis o la duración del tratamiento, aunque, naturalmente, cuanto más tiempo reciba esteroides un enfermo más se expone al riesgo. El tiempo mínimo para que aparezca una complicación grave es muy corto, y así un enfermo de PAGE murió de neumonía a los siete días de iniciar el tratamiento con ACTH; dos de los casos de ALLANBY con colitis ulcerosa presentaron complicaciones fatales a los doce y ocho días, respectivamente; en dos casos de muerte por hemorragia gastrointestinal se dieron dosis muy altas durante largos períodos, pero DAVIS y ZELLER observaron una complicación similar con dosis diarias de 50 miligramos de cortisona.

La infección y la perforación y hemorragia gastrointestinal fueron las complicaciones fatales más corrientes, de acuerdo con lo publicado en la literatura. Es difícil saber cómo puede prevenirse el riesgo de infección, aunque deben excluirse del tratamiento a los enfermos con tuberculosis y quizás otras infecciones crónicas, salvo en circunstancias muy especiales. De igual modo habrán de rechazarse los enfermos con historia de úlcera péptica; pero hay que reconocer que los esteroides pueden originar la ulceración en sujetos normales, de forma que esta complicación no puede evitarse por completo. La muerte podría probablemente haber sido prevenida en algunos casos (particularmente los consecutivos a la infección y muerte postoperatoria)