

en un plazo de cuatro años, debe hacer recusar el tratamiento por el neumotórax.

e) Complicaciones pleuropulmonares (perforación, empiema, exudado de abandono, muñón inexpandible).—En anteriores publicaciones nos hemos ocupado detenidamente de estas cuestiones, y remitimos al lector a su lectura en esta Revista.

f) Perturbaciones funcionales.—Ya han sido señaladas sucesivamente en párrafos anteriores.

CONCLUSIÓN.

Está lejos de nuestro ánimo negar las excelencias del colapso temporal. Preconizamos una

revisión de las indicaciones. Estimamos que deben seleccionarse los casos, ya que serán tributarios muchos de ellos de tipos de colapso definitivo, sin perder tiempo, como hemos hecho nosotros, y como veremos en la segunda parte de este trabajo al comentar los métodos de colapso definitivo. Pretendemos luchar contra la rutina del mismo modo que hizo J. ALEXANDER en Estados Unidos, y evitar que se inicien neumotórax por el solo hecho de que no haya sínfisis pleural. Es falso que esto sirva para mejorar la situación, porque las complicaciones pleurales muy numerosas lo impedirán.

La indicación ideal del neumotórax son las lesiones del Turban I.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento del insomnio con restricción de cloruro sódico.—Ya en antiguos trabajos sobre dietética puede leerse la afirmación de que la disminución de la ingestión de cloruro sódico puede ser beneficiosa para las personas irritables y nerviosas. Posteriormente, VON NOORDEN empleó la dieta pobre en sal en el tratamiento de la "neurastenia", y comprobó en tales enfermos una disminución de la excitabilidad cutánea. Recientemente, MILLER (J. Am. Med. Assn., 129, 262, 1945) ha instituido un régimen basado en tales principios en 20 sujetos en los que existía un insomnio pertinaz con tensión nerviosa, ansiedad y labilidad emotiva. La dieta contenía en abundancia verduras y patatas, y su contenido en cloruro sódico era de 0,5 a 2 gramos; en algunos breves períodos se administró una dieta con un contenido algo menor de 0,5 gramos de sal. Al cabo de cuatro a siete días de realizar el régimen, los sujetos experimentaron una disminución de su tensión nerviosa y de su irritabilidad, al mismo tiempo que mejoró la frecuencia y la intensidad del sueño. Objetivamente, se comprobó una disminución en la actividad refleja y decreció la reactividad cutánea y el temblor de las manos. El método solamente fracasó en 3 de los casos. La sintomatología anterior al tratamiento se reprodujo en 10 de los pacientes (de 13 en los que se probó) por la adición de abundante cloruro sódico en la dieta. Los efectos desagradables del tratamiento de restricción de sal son prácticamente nulos: en algún caso se observó un cierto grado de fatiga y somnolencia después de la comida; los electroencefalogramas y el estudio psiquiátrico no mostraron ningún cambio desfavorable.

¿Son eficaces las sulfonamidas en el tratamiento local de las heridas operatorias?—Desde el año 1936 se vienen empleando aplicaciones locales de sulfonamidas de un modo rutinario en las heridas accidentales o quirúrgicas. Tal práctica ha encontrado alguna oposición ocasional, pero son más los cirujanos partidarios de la misma. A pesar de su gran empleo, son pocos los datos existentes sobre la eficacia real del proceder. Faltan estadísticas bien elaboradas de resultados comparativos del uso de sulfonamidas o de la falta de empleo de tales sustancias en series comparables. La mayor parte de las razones aducidas para justificar el método consisten en la comparación de un grupo de enfermos tratados con otro de una época anterior, o bien se ha estudiado un número demasiado pequeño de testigos. O'DONNELL, POSCH y HIRSCHBELD (Surg. Gyn. & Obst., 82, 323, 1946) han estudiado comparativamente dos grupos de enfermos. Uno de ellos se componía de 270 pacientes, en los que se realizaron intervenciones limpias; el otro grupo, de 306 enfermos, sufrió intervenciones de carácter séptico. En la intervención de 128 sujetos del primer grupo y de 156 del segundo se empleó sulfotiazol en polvo o en suspensión de la forma microcristalina al 20 por 100 en solución salina; las superficies cruentas se espolvorearon con la droga, y la herida se cerró siempre por completo. En los pacientes restantes de cada grupo no se emplearon sulfonamidas. En el grupo de intervenciones limpias se presentó infección de la herida en el 3,9 por 100 de los tratados con sulfotiazol y en el 2,1 por 100 de los no tratados, diferencia que carece de valor estadístico.

Si se estudia el grupo de los pacientes con intervenciones sépticas, se halla un 9 por 100 de infecciones en los tratados profilácticamente y 16 por 100 de infecciones en los no tratados. Se deduce del estudio que el empleo de sulfotiazol localmente no ofrece ventajas en las operaciones limpias, y solamente muy escasa en las intervenciones sépticas. Existe aún un gran porcentaje de infecciones que no obedecen a los medios usuales; por otra parte, el empleo de sulfotiazol fué seguido de una mayor induración de la cicatriz y de más frecuencia de hematomas locales.

Fracaso del cloruro de colina en la hepatitis infecciosa.—La colina posee una poderosa acción lipotrópica, capaz de impedir la esteatosis dietética de los animales de experimentación. Esto ha inducido a su empleo en afecciones de la clínica humana, aunque no se conozca la influencia que en las mismas pueda ejercer la acción lipotrópica. Precisamente en la misma experimentación se conocen casos de esteatosis (como la provocada por la acción del principio cetógeno del lóbulo anterior de la hipófisis), que no se influyen por la administración de colina. RICHARDSON y SUFFERN (*Br. Med. J.*, 2, 156, 1945) han tratado 16 enfermos no seleccionados de hepatitis epidémica, y han comparado los resultados obtenidos con el curso de la afección en otros 16 enfermos no tratados. El tratamiento consistió en la administración de 1,5 gramos de cloruro de colina diarios, durante ocho días. Apenas pudo observarse variación en la marcha de ambos grupos de enfermos, pues si bien el tiempo de hospitalización es algo inferior en los enfermos sometidos a tratamiento, estadísticamente carece de valor la diferencia.

Edema en niños tratados con sulfonamidas; su evitación con potasio.—En los niños muy pequeños la labilidad del equilibrio acuoso se traduce en la tendencia a los edemas en algunos casos en los que no se observan en el adulto. Es corriente observar una retención acuosa durante la neumonía, hasta el momento en que comienza la crisis; esta retención de agua es suficiente

para originar edema en algunos niños pequeños. Desde la introducción de las sulfonamidas en el tratamiento, se observa que la frecuencia de edema en las neumonías infantiles es mucho mayor. KLEIN (*J. Pediat.*, 28, 37, 1946) ha estudiado la posibilidad de que los alcalinos que se suministran al paciente durante la terapéutica sean los responsables del edema, y ha ensayado su sustitución por sales potásicas. Analiza cuatro grupos de niños pequeños con neumonía, a los que trata con bicarbonato sódico (0,28-0,42 g./kg.), con citrato potásico (0,44-0,70 gramos/kg.), con una mezcla de estas sustancias (0,42 g. de citrato potásico y 0,21 g. de bicarbonato sódico por kilogramo de peso) y con lactato sódico al 10 por 100 (0,48 g./kg.). La frecuencia de edema fué mucho menor en los enfermos tratados con potasio que en los que recibieron solamente sales sódicas; en el grupo que solamente recibió citrato potásico no se presentó ningún caso de edema. No hubo ningún síntoma de intoxicación potásica, la cual sólo es de temer en los pacientes con anuria.

Tratamiento de la epilepsia con etil-fenil-sulfona.—El estudio del poder anticonvulsivante de ciertas sulfonas y sulfóxidos ha sido emprendido por MERRITT, PUTNAM y BYWATER (*Arch. Neur. Psych.*, 54, 319, 1945), los cuales han demostrado experimentalmente en el gato que el etil-fenil-sulfóxido y la etil-fenil-sulfona poseen una actividad anticonvulsiva comparable a la que anteriormente se demostró para la propiofenona, sin tener efecto hipnótico. De los preparados estudiados, el menos tóxico es la etil-fenil-sulfona, y ha sido ensayado en la clínica. Fueron tratados 20 pacientes en los que habían fracasado los tratamientos habituales con barbitúricos y con difenilhidantoína. La dosis de etil-fenil-sulfona fué de 0,2 a 1,6 g. diarios, y se mantuvo durante uno a ocho meses, sin que se observasen síntomas desagradables de ninguna clase, excepto una ligera ataxia en tres pacientes cuando se emplearon dosis altas. La frecuencia de los accesos sufrió una considerable reducción en 6 enfermos y una remisión ligera en otros 4, mientras que en los 10 restantes no se influyó su estado.