

56. ZINTEL, H. A., FLIPPIN, H. F., NICHOLS, A. C., WILEY, M. M. y ROADS, J. E.—Am. J. Med. Sci., 210, 421, 1945.
 57. HOWES, E. L.—Surg. Gynec. and Obst., 83, 1, 1946.
 58. HEILMAN, F. R.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 20, 169, 1945.
 59. DUNHAM, W. B. y RAKE, G.—Science, 103, 367, 1946.
 60. HERRELL, W. E. y NICHOLS, D. R.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 20, 449, 1945.
 61. BINKLEY, G. W. y BROCKMOLE, A. A.—Arch. Dermat. Syph., 50, 326, 1944.
 62. KOLODNY, M. H. y DENHOFF, E.—Jour. Am. Med. Ass., 130, 108, 1946.
 63. PUCHOL, J. R. e IRANZO, V.—Rev. Clin. Esp., 21, 238, 1946.
 64. Editorial del Jour. Am. Med. Ass., 130, 939, 1946.
 65. HETTING, R. A. y ADCOCK, J. D.—Science, 103, 345, 1945.
 66. BROWN, H. A. y HINSHAW, H. C.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 21, 347, 1946.
 67. BUCCS, C. W., MATTHEW, F. y PILLING, A.—J. Clin. Invest., 25, 94, 1946.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Bencedrina contra la intoxicación aguda por barbitúricos.—El tratamiento de la intoxicación aguda por barbitúricos ofrece bastantes dificultades en la práctica. No es infrecuente que se hipovalore inicialmente el cuadro del enfermo, que puede dar la impresión de estar simplemente dormido y se pierda un tiempo precioso para el resultado de la terapéutica. Entre las drogas propuestas para tratar la intoxicación barbitúrica figuran la efedrina, coramina, estricnina, brucina y picrotoxina. Los efectos de la picrotoxina son muy brillantes, pero a veces se precisan dosis elevadísimas, que pueden originar convulsiones, las cuales deben combatirse con la administración intravenosa de barbitúricos. FREIREICH y LANDSBERG (Jour. Am. Med. Ass., 131, 661, 1946) ha tratado con sulfato de bencedrina intravenoso a 14 intoxicados y ha obtenido la curación de 13; en el que falleció, la dosificación fué insuficiente. El preparado utilizado contenía en 1 c. c. 10 mgr. de sulfato de bencedrina. La dosis administrada no fué siempre la misma, pero lo más frecuente fué la inyección intravenosa, sin diluir, de 40 mgr. de bencedrina, seguidas por dosis de 20 mgr. cada treinta minutos. A partir de la primera inyección se eleva la tensión arterial y se produce una dilatación pupilar. En algún enfermo fué necesario inyectar hasta 400 mgr. de bencedrina, pero nunca se observaron accidentes serios. El tratamiento con bencedrina parece, pues, comparable al de la picrotoxina, pero menos peligroso; en la estadística de REIFENSTEIN y colaboradores, que trajeron 24 casos con picrotoxina, se produjeron 5 muertes, en tanto que en los 14 tratados con bencedrina por FREIREICH y LANDSBERG solamente murió uno.

Pomada para los sabañones.—Contra los sabañones se han propuesto multitud de remedios, tanto profilácticos como curativos. En tiempos recientes se ha elogiado mucho el tratamiento con fluoresceína, el cual no ofrece tampoco una seguridad absoluta de éxito. En una revisión de los medios paliativos empleados contra la citada afección cutánea, WINNER y COOPER-WILLIE

(Lancet, 2, 663, 1946) recomiendan como de gran resultado la siguiente fórmula:

Ácido fénico	1 gr.
Alcanfor	6 gr.
Bálsamo del Perú	2 gr.
Parafina blanda	25 gr.
Parafina dura	7,5 gr.
Lanolina anhidra, hasta	100 gr.

Las partes afectas se sumergen en agua muy caliente, se secan cuidadosamente y se tratan a continuación con la pomada descrita. Con ella se consigue la pronta cesación de las molestias y la curación rápida de las lesiones.

Inyecciones de alcohol en la neurodermatitis circunscrita (liquen crónico simple).—El tratamiento del liquen crónico simple, especialmente si está situado en lugares expuestos a traumatismos, roces, presiones, etc., no es muy satisfactorio, y los medios usuales (aplicaciones tópicas, radioterapia, mejoría del estado general, etc.) fracasan en un cierto número de casos. PELS y ELLIS (Arch. of Dermat. & Syphil., 54, 677, 1946) han tratado 45 pacientes con inyecciones de alcohol, y encuentran un 66 por 100 de enfermos curados, un 18 por 100 de mejorías y un 16 por 100 de fracasos. La técnica consiste en lo siguiente: Si las placas son mayores de 5 cm. de diámetro, al paciente se le inyecta previamente morfina o se realiza una anestesia general. La zona cutánea se divide en centímetros cuadrados. En cada uno de ellos se inyecta con una jeringa de tuberculina 0,1 a 0,2 c. c. (generalmente 0,12 c. c.) de alcohol al 95 por 100. La aguja se introduce verticalmente en la piel hasta un centímetro de profundidad, que es donde se practica la inyección. Al terminar, se aplican compresas calientes durante diez minutos y luego una pomada anodina. Poco después de las inyecciones cesa el picor y es reemplazado por una sensación de adormecimiento; en los días sucesivos la piel inyectada disminuye de espesor y adopta un aspecto completamente normal. Las inyecciones no deben aplicarse en regiones cutáneas muy próximas a un hueso.

Importancia del molibdeno en las anemias ferropénicas.—Algunos de los elementos que solamente en indicios se encuentran en la dieta parecen intervenir acelerando la asimilación del hierro en el proceso de regeneración de las anemias. Esto ha sido demostrado para el cobre, y es verosímil en el caso de otros metales. NEARY (Am. J. Med. Sci., 212, 76, 1946) ha visto el efecto estimulante del molibdeno en la regeneración de anemias en ratas jóvenes, producidas por la alimentación exclusiva con leche. Los resultados le animaron al empleo del método en la clínica, y ha ensayado en 22 pacientes obstétricas el tratamiento con sulfato ferroso adicionado de sesquioxido de molibdeno. Cada tabletta del preparado contenía 2,5 mgr. de molibdeno y 40 mgr. de hierro ferroso. La mitad de las personas de experiencia recibieron 6 tabletas diarias del medicamento; la otra mitad fué tratada con una cantidad igual de sulfato ferroso, pero sin molibdeno. La cantidad media de hemoglobina regenerada en las enfermas del primer grupo fué de 4,6 gr. por 100 en 6,2 semanas; las enfermas del grupo testigo ganaron una cantidad media de 2,1 gr. por 100 en 6,9 semanas. En ningún caso se observaron efectos desagradables por el tratamiento. La respuesta a la administración de hierro y molibdeno es más uniforme que a la de hierro solo. En este caso, la regeneración sanguínea es inicialmente intensa, pero pronto decrece; si se aumenta en este momento la dosis de sulfato ferroso o si se añade molibdeno a la cantidad que previamente se administraba, la respuesta mejora notablemente.

Tratamiento con penicilina de la peritonitis apendicular.—A pesar de que las peritonitis por perforación apendicular se hallan producidas por una flora microbiana mixta, Gram positiva y Gram negativa, es lo cierto que la penicilina puede ser en ellas de extraordinaria utilidad. CRAIG fué el primero en observar en la clínica humana la curación de varios enfermos con perforación apendicular, a los que se trató con dosis elevadas de penicilina. Una casuística mayor es la de CRILE (Surg. Gyn. & Obst., 83, 150, 1946), la cual comprende 25 pacientes con peritonitis generalizada de origen apendicular, y que se encontraban en estado precario al comenzar el tratamiento. Este consistió en la administración cada dos horas de 100.000 unidades de penicilina por vía intramuscular, disueltas en una solución de novocaína, o bien en la infusión continua intravenosa. La dosificación se mantenía en general cuatro días, después de los cuales, al mejorar la peritonitis, se disminuía la dosis a 100.000 unidades cada cuatro horas, la cual se mantenía a veces hasta diez a doce días. Tanto en esta serie de 25 casos de peritonitis generalizada como en otros 25 con peritonitis localizada, los resultados obtenidos por CRILE fueron excelentes: solamente falleció un enfermo por trombosis mesentérica. Los restantes habían mejorado notablemente al cuarto día, a veces al segundo. Nunca se produjo una colección localizada de pus, y las estenosis intestinales que en ocasiones surgieron, mejoraron con aspiraciones con tubo de Miller-Abbott.

EDITORIALES

TAQUICARDIAS PAROXISTICAS SINCOPALES

Como es sabido, el síndrome "síncope" puede producirse como consecuencia de causas tan diversas como son los traumatismos cefálicos o abdominales (síncope traumático), la hipersensibilidad del seno carotídeo (síncope reflejo), las grandes hemorragias internas o externas (síncope anémico), la simple ortoposición (síncope postural) y la insuficiencia del corazón para impulsar la sangre al árbol arterial (síncope cardíaco) (LEVINE¹, GOLDEN²); todos estos procesos ocasionan el síncope al determinar una brusca interrupción del riego encefálico.

Dentro de los síncope cardíacos es preciso diferenciar los debidos a fibrilación ventricular, los ocasionados por paro ventricular en el blo-

queo auriculoventricular (síndrome de MORGAGNI-ADAMS-STOKES), los síncope de esfuerzo de Gallavardin, los que aparecen en el taponamiento cardíaco por hemopericardio y, finalmente, los producidos por taquicardia paroxística. COSÍO y SOTOMAYOR³ hacen resaltar, en un reciente trabajo, la importancia vital de saber diferenciar unos de otros estos diferentes tipos de síncope cardíaco, ya que la medicación que en unos sería salvadora podrá ser mortal si se emplea en otros casos. Así, si en un síncope por paro ventricular la adrenalina, efedrina, benzadrina, etc., son los medicamentos de elección, en cambio su aplicación en un síncope por taquicardia o fibrilación ventriculares originará seguramente la muerte, al excitar el funcionamiento de los centros autónomos inferiores. Y, por el contrario, la quinidina, que salvaría la