

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento del dolor en la litiasis pancreática y pancreatitis.—Los enfermos con una pancreatitis crónica y pancreolitiasis presentan en ocasiones un dolor constante o paroxístico de una gran intensidad, y cuyo tratamiento es muy poco satisfactorio, de tal modo, que es frecuente observar toxicomanías en los enfermos afectados. Para suprimir el dolor han sido propuestas intervenciones quirúrgicas diversas, como pancrectomías parciales, ligadura de los conductos excretores, operaciones sobre las vías biliares, etcétera. RIENHOFF y BAKER (*Journ. Am. Med. Ass.*, 134, 20, 1947) han tratado a un enfermo que presentaba una historia muy antigua dolorosa y había sido sometido infructuosamente a varias operaciones sobre el páncreas. Los citados clínicos le han practicado una simpatectomía y vagotomía supradiafragmática, con lo que seccionan todas las posibles vías aferentes del dolor pancreático. El resultado obtenido fué muy brillante; el enfermo quedó sin dolor y su estado general se restableció rápidamente. A pesar de la importancia de la intervención, los autores creen que es menos traumatizante que la pancreatectomía total, que también pudiera realizarse en estos casos.

Eficacia de la vacuna B. C. G.—Los resultados conseguidos por la Sanidad Pública de Oslo con la vacunación por B. C. G. han sido referidos por HERTZBERG (*Tubercle*, 28, 1, 1947). Según las normas aceptadas, para poder recomendar una vacunación en grandes masas de población debe cumplir los requisitos de ser inocua, de eficacia real y de efecto duradero. La experiencia de Oslo resulta muy favorable para el empleo de la vacuna B. C. G. Entre 12.000 vacunados no hubo ningún caso que pudiera atribuirse a una infección por la vacuna empleada (la cual es de tipo bovino): en los vacunados aparecieron 38 casos de infección tuberculosa, todos ellos producidos por bacilos del tipo humano. La eficacia de la vacunación se demuestra comparando la mortalidad en el grupo vacunado (0,11 por 1.000), y en la población de Oslo no vacunada (0,62 por 1.000), así como la frecuencia de tuberculosis infectiva (0,34 por 1.000 en los vacunados y 3,43 por 1.000 en los no vacunados) y de tuberculosis cerrada (2,09 por 1.000 y 9,49 por 1.000, respectivamente). En lo que se refiere a la duración de la respuesta inmunitaria, el porcentaje de reacciones positivas de tuberculina era de 95 a 98 al cabo de cinco a seis años. Cuando se emplean dosis elevadas de vacuna las reacciones de tuberculina que se obtienen son más intensas y más duraderas; con

una cantidad de 0,1 mgr. de vacuna del Instituto Pasteur la positividad se logró en el 96,8 por 100 de 320 personas, pero se produjeron reacciones locales, por lo que HERTZBERG recomienda el uso de 0,05 mgr. solamente.

Empleo de líquido ascítico intravenoso.—En animales ha sido empleado el líquido ascítico para reponer las pérdidas de proteínas sanguíneas en el shock y en la hemorragia. Durante la ocupación japonesa en Filipinas, MOLINA, SANTOS y ALMURUNG (*Am. J. Med. Sci.*, 213, 435, 1947), al no disponer de goma acacia o plasma, emplearon en un caso de cirrosis hepática la inyección intravenosa de pequeñas cantidades del propio líquido ascítico, sin observar efectos desagradables. Animados por este ensayo, han tratado hasta seis casos de nefrosis, cirrosis hepáticas y shock por diarrea o por perforación gástrica, y nunca han observado ninguna manifestación desagradable, excepto una ligera sensación de opresión retroesternal en un caso, probablemente por excesiva velocidad de inyección. El líquido empleado se extraía de la ascitis de enfermos con cirrosis, con hiposistolia o con edema de hambre. Debía ser estéril, tener caracteres de trasudado y escasa riqueza en células.

El líquido era filtrado por un filtro Seitz y esterilizado a 60° varios días consecutivos. La cantidad inyectada osciló entre 10 c. c. y dos transfusiones en días seguidos de 500 c. c. Especialmente en dos de los casos que se relatan, el efecto de la inyección de líquido ascítico fué verdaderamente teatral, aumentando la diuresis y disminuyendo los edemas o el shock, por lo que los autores creen que se trata de un proceder que debiera generalizarse en la práctica, especialmente cuando no se disponga de suero líofilo.

Succinilsulfatiazol en la colitis ulcerosa.—Una más entre las drogas empleadas en la terapéutica de la colitis ulcerosa es el succinilsulfatiazol. COLLINS y HEWLETT (*Gastroenterology*, 7, 549, 1946) han tratado a 55 enfermos, a los que han podido seguir dos años o más. En 23 enfermos se trataba de un proceso difuso del colon; fueron tratados con un gramo de succinilsulfatiazol cada cuatro horas; el tratamiento se mantenía quince días, se descansaba una semana y se repetía otros quince días, siguiendo en la misma forma; cuando se establecía la mejoría, los intervalos libres entre cada serie eran mayores. Los otros 32 enfermos presentaban una colitis limitada preferentemente a la mitad izquierda del colon, y en ellos se realizó el trata-

miento exclusivamente con enemas de retención: al tiempo de acostarse el enfermo se introducía un enema de 2 gr. de succinilsulfatiazol en 200 centímetros cúbicos de agua caliente. Los enemas se repetían diariamente durante quince días, seguía una semana de descanso y nuevamente quince días de enemas, etc., es decir, una pauta semejante a la utilizada con el método oral. Los resultados globales fueron: en 41 (74,5 por 100) se apreció una completa desaparición de los síntomas, mejoraron 4 (7,3 por 100) y no se modificaron 10 (18,2 por 100); los resultados fueron mejores en las formas localizadas en el lado izquierdo, en las que se llegó a la remisión de los síntomas en el 87 por 100 de los casos.

Hidróxido aluminico y magnesia en la úlcera gástrica.—La introducción en terapéutica de los geles de hidróxido aluminico ha supuesto un gran avance para el tratamiento de la úlcera. La neutralización se consigue con el gel de hi-

dróxido aluminico mejor que con los alcalinos usuales y sin peligro de alcalosis. Algunos de sus inconvenientes son la tendencia a producir estreñimiento y la desigualdad de eficacia de unos a otros preparados. En opinión de JANKELSON (Am. J. Digest. Dis., 14, 11, 1947), se evitarían tales defectos del medicamento por su asociación al hidróxido magnésico. Su experiencia se extiende a 150 casos de úlcera gástrica tratados con gel aluminico con 4 por 100 de hidróxido magnésico. La dosis usual fué de 8 c. c., repetida tres o cuatro veces en el día. Con ella se obtuvo la supresión del ardor, dolor y otras molestias ulcerosas, sin que se presentase alcalosis ni aumentase el estreñimiento. El gusto algo desagradable de la mezcla puede evitarse con unas gotas de esencia de menta. La mezcla es bastante estable, pero la suspensión del gel no es homogénea después de un reposo largo, por lo que debe agitarse la solución antes del empleo.

EDITORIALES

CRISIS TIROTOXICAS

En la clínica del hipertiroidismo son conocidos los episodios agudos designados como crisis tirotoxicas. Se presentan en dos formas: la activa o agitada y la apática, de las cuales es la primera con mucho la más frecuente. Consiste la crisis agitada en la presentación progresiva de una intranquilidad motora y psíquica, que aboca gradualmente a un delirio y al mismo tiempo se observa taquicardia, vómitos, diarrea, fiebre muy elevada y a veces ictericia. La forma apática se caracteriza por una profunda postración, con hipotonía muscular, apatía mental y fiebre moderada; en ningún caso hiperpirexia.

A pesar del perfeccionamiento de los métodos terapéuticos del hipertiroidismo, no se han conseguido desterrar de la patología las crisis tirotoxicas. MCARTHUR, RAWSON, MEANS y COPE han encontrado 36 casos entre 2.033 enfermos de tirotoxicosis, estudiados en el Hospital General de Massachusetts durante los últimos veinticinco años. Se refieren estas cifras a las crisis graves, que **ponen en peligro** la vida del enfermo, ya que son muchísimo más frecuentes las formas atenuadas, de escasa trascendencia clínica.

Los enfermos que presentan crisis son siempre sujetos con una intensa tirotoxicosis, a juzgar por la altura del metabolismo basal, cuya media, en la estadística de MCARTHUR y cola-

boradores, es de + 70 por 100. Sobre esta base han de existir factores desencadenantes, que en 25 de los casos eran intervenciones quirúrgicas (habitualmente una tiroidectomía). No puede, sin embargo, diferenciarse una forma quirúrgica y otra médica en cuanto a la sintomatología, puesto que tanto las crisis que surgen después de una operación como las que no tienen tal antecedente, presentan manifestaciones idénticas. Tampoco pueden establecerse diferencias claras en cuanto al sexo de los enfermos (la proporción varones: hembras es 1:3) ni en cuanto a que la lesión sea un bocio difuso o un adenoma tóxico.

Es notable la frecuencia con la que las crisis se producen en los enfermos sometidos a tratamiento con yodo, en el momento de suspender la medicación. En otras ocasiones el motivo inicial de la crisis es otro tipo de intoxicación, como la digitálica, y más frecuentemente una infección (neumonía, infección de la herida operatoria, etc.). En los enfermos que presentaron crisis existía frecuentemente alguna otra enfermedad crónica asociada, especialmente una cardiopatía, cuya influencia en la génesis del cuadro es dudosa, pero cuya importancia para el pronóstico de la crisis es innegable. Existe un gran contraste entre la opinión mantenida corrientemente (MACLAGAN y RUNDLE) sobre la importancia de las lesiones hepáticas en la géne-