

sición sentada permanente favorece también la trombosis iliofemoral), excitándole a frecuentes cambios activos de postura en la cama, así como a ejecutar movimientos con las extremidades superiores e inferiores, sobre todo con éstas, a breves intervalos. La movilización pasiva, cuando la activa no sea posible, los ejercicios respiratorios suaves desde el primer momento, los masajes, los baños calientes de las extremidades, todas las cuales medidas favorecen la velocidad circulatoria y por ende disminuyen la facilidad para las trombosis, deben ejercerse rigurosamente en un asistólico, adiestrando a una persona de la familia, cuando no sea posible la ocupación de una enfermera especializada.

Por las razones antedichas se vigilará también muy estrechamente la aparición de infecciones por banales que parezcan, que serán tratadas enérgicamente desde su iniciación. Los antibióticos serán usados "larga manu", prefiriendo la penicilina cristalizada a la amorfa, a la que MACHT encuentra también cualidades favorecientes de la coagulación.

Finalmente se harán determinaciones frecuentes del tiempo de coagulación y del de protrombina, así como se estará atento a la aparición en el plasma del

fibrinógeno B para instaurar el oportuno tratamiento anticoagulante, que debe comenzarse, dado el tiempo que tarda el dicumarol en iniciar su acción, por la inyección de 100 mgr. de heparina. Los resultados espléndidos que han obtenido WRIGTH, MARPLE y FAHS, cumpliendo el encargo recibido de la Sociedad Americana de Cardiología, en el tratamiento por anticoagulantes del infarto de miocardio, con un número pequeñísimo de accidentes, nos obliga a sacudir el temor tan generalizado hacia esta clase de medicaciones y extenderlo en beneficio de los enfermos al mayor número posible de éstos. Naturalmente, este tipo de tratamiento sólo debe verificarse cuando se esté en condiciones de verificar muy frecuentemente determinaciones del tiempo de protrombina, y cuando se puede con facilidad instituir el tratamiento oportuno, si se ha sobrepasado la dosificación. Es indudable que a estas técnicas les está reservado un brillante papel en la reducción de la mortalidad accidental del cardiópata, del mismo modo que la dieta, la administración de los diuréticos del modo que hemos expuesto y la moderna pirología de la digital, han contribuido a la prolongación de su vida y a colocar a ésta en situación más llevadera.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento de los muñones de amputación y miembros fantasma.—A pesar de todas las precauciones quirúrgicas, es frecuente la presentación de muñones dolorosos de amputación y miembros fantasma, con sensaciones muy desagradables para el paciente. El tratamiento de estos casos es muy poco satisfactorio e incluso se han realizado extirpaciones de zonas de la corteza cerebral para suprimir dichas molestias. RUSSELL ("Br. Med. J.", 1, 1024, 1949) ha comprobado que ciertas maniobras sobre los nervios del muñón pueden ir seguidas de éxito. Se funda en que las terminaciones nerviosas normales se hacen insensibles en las profesiones que producen pequeños traumas repetidos o una presión constante. Con las historias de siete pacientes, el autor ilustra su método de tratamiento, el cual consiste en aplicar un manguito de tensíforo, a una presión de 200 mm. Hg., y después realizar un martilleo sobre los puntos sensibles del muñón, mediante un mazo de madera o someterle a la vibración de un vibrador mecánico, durante un mínimo de diez minutos; las sesiones se repiten al principio, al menos dos veces en el día, y pronto se observa la mejoría, a veces precedida de una agravación de las sensaciones anormales. Si el muñón es demasiado corto para aplicar el manguito neuromático, se realizará solamente una compresión de las zonas dolorosas del muñón, mediante un dispositivo adecuado (una pelota tensa, etc.).

Supronal en la actinomicosis. — Datán ya de bastantes años los primeros trabajos sobre el tratamiento de la actinomicosis con sulfonamidas, pero la inconstancia de los resultados hizo que el método

no se generalizase. La introducción de la penicilina en la terapéutica ofreció en un principio mejores auspicios y se llegó a comunicar hasta un 50 por 100 de curaciones. Sin embargo, muchos casos se demostraron como resistentes, incluso a dosis de un millón de unidades diarias. LINKE y MECHELKE ("Dtsch. Med. Wschr.", 74, 312, 1949) han tratado con el preparado sulfonamídico Supronal 10 casos de actinomicosis, los cuales habían sido tratados anteriormente de un modo infructuoso con otros métodos, y en 8 consiguieron la curación. El tratamiento consistió en la administración de 10 gr. diarios de Supronal, con 5-10 gr. de bicarbonato sódico, en dosis fraccionadas cada cuatro horas y prolongando el tratamiento durante mucho tiempo (las dosis totales administradas oscilaron entre 170 y 776 gramos de Supronal). Los enfermos experimentaron pocas molestias atribuibles al tratamiento, y sólo en uno hubo de ser suspendido por intolerancia.

Pirógenos en el síndrome de la nefrona distal. La gran mortalidad que lleva aneja el síndrome de la nefrona distal, así como las inseguridades existentes sobre su patogenia hacen que se propongan tratamientos cuyo fundamento es cuestionable. SCHEINMAN ("J. Urol.", 61, 1003, 1949) ha atacado el asunto desde un punto de vista experimental en conejos, a los que produce anuria por la inyección intravenosa de agua destilada. Se origina así un síndrome de la nefrona distal, de características parecidas a las del que se presenta en la clínica humana. Como la opinión más corriente sobre la patogenia del síndrome de la nefrona distal es la que

supone una isquemia renal, el empleo de medios que aumenten el flujo por el riñón sería de suma utilidad para el tratamiento. Ninguna droga es capaz de producir este efecto; por el contrario, la inyección de pirógeno origina un considerable aumento de flujo por el riñón. El autor ha inyectado bacilos tíficos intravenosos en los conejos, con el fin de obtener una reacción febril; si la inyección primera se practica a las dieciocho horas de la inyección de agua destilada y se repite cada doce horas, es posible obtener una recuperación de los conejos a los dos días, en tanto que espontáneamente la recuperación requiere un mínimo de tres días. Aún no se sabe si este tratamiento podrá ser utilizado en clínica.

Desensibilización a la penicilina.—En los enfermos que reciben penicilina se pueden observar varios tipos de manifestaciones de hipersensibilidad, siendo las más frecuentes las formas urticariales y las eritemato-vesiculares. La forma urticarial es usualmente transitoria, y no suele necesitar desensibilización. La forma eritemato-vesicular debe ser tratada por una desensibilización, mediante dosis graduadas de penicilina. PECK, SIEGAL, GLICK y KURTIN ("Journ. Am. Med. Ass.", 138, 631, 1948) han establecido una pauta para la desensibilización, la cual han obtenido en 8 casos. Cuando existe una reacción cutánea positiva a la penicilina, sirve de indicación, tanto para marcar la dosis inicial como para juzgar del éxito del tratamiento. La desensibilización puede hacerse por vía subcutánea u oral. En el caso de la desensibilización subcutánea se emplearán inyecciones cada dos o tres días, comenzando por una dosis de 200 unidades (en casos de intensa hipersensibilidad, la dosis inicial será de 50 unidades) y se aumentará gradualmente, hasta alcanzar una dosis de 20.000 unidades en la última de la serie de 12 inyecciones. Para la desensibilización por vía oral se empleará una solución que contenga 5.000 unidades por centímetro cúbico, comenzando por

una dosis menor de 1.000 unidades y ascendiendo durante tres semanas, hasta una dosis diaria de 100.000 unidades. En los casos en que la desensibilización haya de ser urgente, se empleará la llamada desensibilización terapéutica, consistente en la administración de una dosis inicial de 1.000 a 5.000 unidades, seguida, si no hay reacción, de una cantidad igual cada tres horas; al día siguiente, si no existen fenómenos desagradables, se aumenta la dosis hasta niveles terapéuticos.

Diferencia entre los preparados de vitamina K para neutralizar la hipoprotrombinemia producida por el dicumarol.—Las hemorragias ocasionadas por una hipoprotrombinemia excesiva, en el curso de una medicación con dicumarol, se combaten más difícilmente con vitamina K que hipoprotrombinemias similares ocasionadas por la obstrucción del colédoco o por otros procesos. Depende ello en parte de la acción del dicumarol sobre el fibrinógeno y sobre el calibre de los vasos, pero incluso sobre la hipoprotrombinemia por dicumarol es distinto el efecto de unos y otros preparados de vitamina K. JAMES, BENNETT, SCHELINBERG y BUTLER ("Arch. Int. Med.", 83, 632, 1949) han estudiado comparativamente los efectos del bisulfito de menadiona y sodio, de la sal tetrasódica, del ester difosfórico, de la 2-metil-1, 4-naftohidroquinona (Sinkavit) y del óxido de vitamina K₁ (óxido de 2-metil-3-fitil-1, 4-naftoquinona). El óxido de vitamina K₁ se reveló como mucho más eficaz que los otros dos preparados. En 26 enfermos con hipoprotrombinemia se consiguió un acortamiento del tiempo de protrombina a límites no peligrosos en un tiempo medio de trece horas, por la inyección intravenosa de 0,5 gr. de óxido, en tanto que se necesitaron 4,7 días con bisulfito de menadiona y sodio y 5,3 días cuando se empleó Sinkavit. Del mismo, la administración previa de óxido de vitamina K₁ confiere una resistencia para descender el nivel de protrombina, por la subsiguiente administración de dicumarol.

EDITORIALES

PSICOSIS MIXEDEMATOSA

Es bien conocida la torpeza psíquica que suelen tener los enfermos mixedematosos. Sin embargo, se olvida habitualmente que tales pacientes pueden presentar cuadros psicóticos de distinta naturaleza y que, de ser reconocidos, permitirían un diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz. Ha llamado la atención ASHER recientemente sobre este hecho, pero realmente se trata de un conocimiento ya antiguo. En el informe de una Comisión de la Clinical Society de Londres (1888) se afirmaba que en la mitad de los casos, especialmente en los avanzados, de mixedema, se presentan alucinaciones e ilusiones, y en una proporción similar la enfermedad llega a complicarse con locura. Una descripción similar (confusión mental, alucinaciones, ilusiones, etc. y evolución hacia la demencia) ha sido publicada por MOTT en mixedematosas, hacia la época del climaterio. Por el contrario, en los tratados clásicos rara vez se hace mención de esta variada sintomatología psíquica, y reciente-

mente sólo es tratada en pocos artículos de los que estudian el mixedema.

Las psicosis mixedematosas no son raras. ASHER ha encontrado 14 en el curso de un año, y afirma que es muy posible que si se revisase la población de los establecimientos psiquiátricos, se descubriría un número considerable de tales casos. Ninguno de los enfermos estudiados por ASHER había sido correctamente diagnosticado con anterioridad, a pesar de que la mayoría de ellos presentaban una facies típica. Este hecho hace resaltar una vez más lo poco que los médicos piensan en la posibilidad del mixedema, a pesar de que esta afección no es rara y de que posee rasgos característicos que facilitan el diagnóstico.

No existe un tipo uniforme de psicosis en el mixedema, sino que el sujeto reacciona según su tipo de reacción pre-psicótico (AKELAITIS). Suelen predominar en el cuadro una confusión y desorientación, unidas a ideas de persecución y alucinaciones; en algunos casos existen accesos de agitación violenta o de profunda depresión.