

las edades. En cirugía abdominal, especialmente en abdomen inferior, se consigue una mejor relación con el éter.

BARBITÚRICOS INTRAVENOSOS RÁPIDOS.

El evipán había entrado ya en la práctica quirúrgica corriente hace muchos años. Actualmente se emplea el pentotal sódico, que parece producir una anestesia más prolongada y tranquila que el evipán, sin observarse las contracturas ni excitación que frecuentemente provoca este último. La rápida pérdida de la conciencia que producen los barbitúricos intravenosos les hace muy útiles para la inducción anestésica en personas muy excitables, hipertiroides, etc. Son también muy útiles para las operaciones de corta duración o para combinados con otros anestésicos, especialmente el protóxido de nitrógeno, cuando no se necesita una relajación muscular completa.

El pentotal se usa diluido al 2,5 por 100 ó al 1 por 100. Generalmente se emplea al 2,5 por 100, lo que hace 20 c. c. de solución con ampollas de medio gramo. En las operaciones de breve duración, hasta media hora, suele bastar con medio a un gramo. Se inyecta primero lentamente tres o cuatro centímetros cúbicos en quince segundos, y luego se va inyectando cada minuto uno o dos centímetros cúbicos, según lo requiera el caso. Hay que esperar siempre, después de inyectar dos o tres centímetros, a ver el grado de depresión respiratoria que se produce antes de volver a inyectar pocos segundos después. Las dosis ulteriores de mantenimiento se regularán por el aspecto del enfermo: carácter de la respiración, movimientos defensivos, etc. En las operaciones de larga duración puede llegar a inyectarse cerca de cuatro gramos de pentotal, como se hace en la Sección de Ca-

beza y Cuello del Memorial Hospital de Nueva York. La dosis habitual en las operaciones largas es tres gramos.

Al usar el pentotal sódico hay que tomar ciertas precauciones, pues produce cierto grado de depresión respiratoria, sobre todo cuando se ha empleado premedicación con morfina. Además, los reflejos faríngeos y laríngeos están exaltados, por lo que se producen fácilmente espasmos que si no se tratan adecuadamente pueden ocasionar la muerte por asfixia. Por esta razón debe darse siempre oxígeno cuando se emplea pentotal o evipán. En las operaciones breves, por medio de un tubo faríngeo introducido por la nariz; en las de larga duración, especialmente en las de cabeza y cuello, debe hacerse siempre una intubación endotraqueal con dispositivo para la respiración ayudada. El antídoto del pentotal son los analépticos fuertes: cardiazol, coramina, picrotoxina.

La contraindicación principal de los barbitúricos intravenosos son las enfermedades cardíacas descompensadas, los pacientes con insuficiencia respiratoria de cualquier causa y los estados de hipotensión y shock.

Si queremos resumir los progresos de la anestesia general en los últimos años, diremos que principalmente son debidos a la difusión de la técnica de intubación endotraqueal que permite la respiración ayudada o dirigida. A la plena apreciación de la importancia de una perfecta oxigenación sanguínea, y de la conservación del calor y humedad mediante las técnicas de reinalación en circuito cerrado. Y al empleo de nuevos agentes, como el ciclopropano, pentotal, curare, etc., y a la mejor utilización de los métodos ya conocidos mediante una premedicación adecuada y combinaciones de anestésicos más convenientes para cada caso.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento con aureomicina del eczema vaccinatum.—Como es bien sabido, el eczema vaccinatum es una de las más temibles complicaciones de la vacunación antivariólica, que sobreviene en niños con historia de eczema. Son bastantes los casos que han fallecido por tal complicación, a consecuencia de una septicemia o una encefalitis. PERRY y MARTINEAU ("Journ. Am. Med. Ass.", 141, 657, 1949) refieren el caso de un niño de dos años con el citado cuadro, en el que un intenso tratamiento con penicilina no consiguió ninguna modificación de los síntomas; a los dos días de tal tratamiento infructuoso se cambió la penicilina por aureomicina, en tomas de 250 mgr. cada seis horas. Ya a las veinticuatro horas se observó desecación y regresión de las lesiones, y en las primeras cuarenta y ocho horas se normalizó la temperatura; se disminuyó entonces la dosis a 500 mgr. diarios, y seis días después fué dado de alta el niño. La rapidez de la respuesta sugiere que la aureomicina actúe no sólo sobre la infección asociada, sino quizá también sobre el propio virus vacunal.

Vitamina E en la menopausia.—Los sofocos y sudores, tan frecuentes en la menopausia, suelen desaparecer mediante un tratamiento con estrógenos. Tienen estas sustancias el inconveniente de la estimulación que ejercen sobre el aparato genital y el de la hemorragia que a veces se presenta por su supresión; quizá también exista la posibilidad de favorecer el desarrollo de neoplasias, aunque en la especie humana no ha sido demostrada. Ya en 1937 SHUTE empleó vitamina E con objeto de suprimir los sofocos, y McLAREN ("Br. Med. J.", 2, 1378, 1949) refiere su experiencia en 47 casos así tratados. Como el proceder es caro, se reservó para casos con molestias intensas. De las enfermas tratadas, los síntomas desaparecieron o disminuyeron en 30 (64 por 100) y no se modificaron en 17. Las dosis empleadas fueron variables entre 1.400 y 60.000 mgr., repartidas entre catorce a noventa y ocho días. Las cifras medias fueron 18.500 mgr. administrados y treinta y siete días de duración del tratamiento. Las manifestaciones desagradables por efecto del tratamiento fueron escasas: en una

enferma se produjo una dermatitis; en dos, hemorragia menstrual, y una desarrolló un quiste lúteo hemorrágico. Los rotis vaginales no mostraron alteración por efecto del tratamiento con alfatocoferol, y no se produjo secreción de moco cervical. En el 50 por 100 de las enfermas que presentaban lesiones vulvares y vaginales de tipo senil, con dispareunia, se logró la curación con vitamina E. Los casos en que la terapéutica no consiguió hacer cesar los sofocos, respondieron favorablemente a la administración de estilbestrol.

Acido p-aminobenzoico en la dermatomiositis y esclerodermia.—ZARAFONETIS y sus colaboradores han obtenido resultados alentadores en el tratamiento del lupus eritematoso con ácido p-aminobenzoico. Siendo ésta una de las afecciones que suelen incluirse hoy en el grupo de enfermedades de la colágena, ZARAFONETIS, CURTIS y GULICK ("Arch. Int. Med.", 85, 27, 1950) han ensayado un tratamiento similar en un enfermo con dermatomiositis, uno con esclerodermia y dermatomiositis y cuatro de esclerodermia. El ácido p-aminobenzoico fué administrado como sal sódica o potásica, por vía oral, en dosis de 2 gr. cada dos horas, durante un tiempo de dos o tres meses, continuando luego con una dosis de sostenimientos de 12 a 14 gr. diarios. Aunque resulta difícil valorar los tratamientos en afecciones como las citadas, que se caracterizan por exacerbaciones y remisiones, todos los enfermos tratados mejoraron, algunos muy considerablemente. El proceder merece ser ensayado en mayor escala, ya que no existe ningún otro tratamiento eficaz y las manifestaciones desagradables son prácticamente nulas. Se desconoce aún el mecanismo por el cual puede resultar útil el ácido p-aminobenzoico en la dermatomiositis y esclerodermia.

Insulina en la tromboangitis obliterante.—Autores franceses emplearon hace ya mucho tiempo la insulina en el tratamiento de afecciones arteriales, buscando un efecto trófico de la misma sobre la pared de los vasos. Cuando se generalizó el empleo del choque insulínico en Psiquiatría, se vio que la circulación de los miembros mejoraba durante la hipoglicemia, elevándose las cifras de tensión máxima y mínima. MAZANEK ("Lancet", 2,

935, 1949) ha aplicado el mismo proceder al tratamiento de casos de tromboangitis obliterante, y su experiencia se eleva a 20 casos. En ellos se practicaron dos inyecciones diarias de insulina, una antes del desayuno y la otra tres horas después de la comida del mediodía. La primera inyección era habitualmente de 40-60 unidades y la segunda llegaba a 60-80 unidades. A las tres horas de hipoglicemia se le administra al enfermo una bebida azucarada y quince minutos después una comida rica en hidrocarbonados; en caso de manifestaciones hipoglicémicas intensas se interrumpirá antes la hipoglicemia mediante una inyección intravenosa de glicosa. El tratamiento se mantiene durante veinte días seguidos y se descansa diez días antes de emprender una nueva serie de tratamiento. Los enfermos eran mantenidos sin fumar y se les administraba onda corta en los miembros afectados. En todos los enfermos se observó mejoría durante la primera serie de tratamiento o poco después. La mejoría se manifestó en la cesación del dolor y en la curación de las alteraciones tróficas, úlceras, etc., así como en la normalización de la temperatura y color de los miembros.

Aureomicina en la mononucleosis infecciosa. La aureomicina se ha revelado como un antibiótico muy eficaz en numerosas afecciones bacterianas y en algunas producidas por virus. Aunque se desconoce aún la naturaleza del agente causal de la mononucleosis infecciosa aguda, existen algunos datos en favor de que se trate de un virus, y GRUSKIN ("Ann. Int. Med.", 31, 678, 1949) ha empleado el citado antibiótico en el tratamiento de un enfermo de mononucleosis infecciosa, de curso prolongado. Se inició el tratamiento con aureomicina el décimo día de enfermedad, y la temperatura descendió en las primeras veinticuatro horas, durante las cuales se administraron 2,75 gr. por vía oral. En total se suministraron 8,75 gr. de la droga, en un tiempo de cinco días, sin que se observasen otras manifestaciones desagradables que algunas náuseas el día tercero de tratamiento. Aunque el curso habitualmente benigno de la enfermedad hace difícil enjuiciar un resultado terapéutico en la mononucleosis infecciosa, la rápida curación en este caso es sugestiva de una acción verdaderamente eficaz del medicamento.

EDITORIALES

PANCREATITIS CRONICA

Pocas materias se hallan tan oscuras como la clínica de las afecciones pancreáticas. El diagnóstico de pancreatitis crónica pasa por grandes alternativas, desde no diagnosticarse nunca o casi nunca a ser uno de los diagnósticos más frecuentes en las clínicas gastroenterológicas. El hecho de que exista tal vaivén es indicio de que las bases diagnósticas de las afecciones del páncreas son muy falaces. No cabe duda de que fuera de las pancreatitis agudas, de las litiasis pancreáticas, de las pancreatitis crónicas recidivantes (a las que se dedicó recientemente otro editorial de esta Revista), existen casos de inflamaciones crónicas, con fases de

mayor o menor agudeza, que no son diagnosticadas; la frecuencia con la que esto sucede no es bien conocida y las causas del hecho radican en la imprecisión de nuestros medios diagnósticos y en que no suele el clínico pensar en la posibilidad de una enfermedad del páncreas tan frecuentemente como fuera de desear.

Una de las vías de estudio de estos procesos es el conocimiento retrospectivo de la sintomatología y datos de exploración de enfermos en cuya autopsia se revela la existencia de una pancreatitis. EDMONSON, BULLOCK y MEHL han analizado a este respecto los protocolos de 33.500 autopsias consecutivas de un hospital de Los Angeles, y han encontrado 62 casos de pancreatitis (frecuencia de 0,18 por 100). El método no puede conside-