

las; sólo afirmamos que no todas están exentas de peligros, bien sea por la manipulación sobre un miembro isquémico, o por los cambios metabólicos tan profundos en un enfermo vascular.

Como complemento de cualquier proceder, se deben observar los cuidados higiénicos de todos conocidos, y la gimnasia postural, pero sólo como coadyuvantes al tratamiento más profundo realizado.

Por último, nos ocuparemos de las llamadas angioneurosis.

Si en el capítulo anterior resaltábamos la importancia del factor funcional, en la sintomatología de las enfermedades orgánicas de las arterias, aquí debemos afirmar lo contrario: la condición orgánica de muchas neurosis vasculares. Sólo así podremos hacer una buena terapéutica y al tiempo progresar en el conocimiento de la fisiopatología arterial.

Ejemplo claro de esto es la mal llamada enfermedad de RAYNAUD, en la que, a pesar de ser siempre igual la sintomatología vascular, reconoce múltiples etiologías, desde los microtraumas de los que trabajan con instrumentos vibratorios, hasta la costilla cervical supernumeraria, pasando por la siringomielia o los tumores medulares o la periartritis del hombro. Efectivamente, el síntoma RAYNAUD, con su axfisia local después del sincopal, es de estirpe funcional; pero si nos paramos en este concepto de disregulación vasomotora, además de dejar indiagnosticado un proceso que puede revestir gran importancia, el tratamiento que realicemos será contra el síntoma, no contra la enfermedad, que por lo tanto persistirá o recidivará.

Colocados en este punto, y al revés que decíamos en las lesiones orgánicas de la pared arterial, aquí afirmamos que el mejor tratamiento de una neurosis vascular es la búsqueda de su causa orgánica y la actuación directa sobre ella; únicamente, cuando nuestras pesquisas sean infructuosas, o si a pesar de ello, no es asequible a nuestra terapéutica, trataremos el síntoma.

En los casos leves, puede ser suficiente con evitar el frío, administrando vasodilatadores, etc. Si la evolución es alarmante, bien por las molestias, bien por los trastornos tróficos, actuaremos sobre el simpático; pero sin olvidar nunca lo que hemos dicho más arriba, de que la extirpación del estrellado puede agravar el cuadro clínico.

En la acrocianosis, que para JIMÉNEZ DÍAZ se debe a un espasmo arteriolar y no a disminución del calibre venoso, se darán vasodilatadores.

En la eritemalgia, lo más útil es la evitación del calor o tratar de habituarse a él.

Como final, podemos resumir que para conseguir los mejores resultados en el tratamiento de las arteriopatías periféricas debemos valorar y atender a cada uno de estos tres factores que convergen a la realización del estado circulatorio de un miembro: etiología, amplitud y tipo de las lesiones, y componente funcional sobrañadido.

#### ENFERMEDADES DE LAS VENAS.

Prescindimos de las varices, ya que éstas, la mayor parte de las veces no necesitan un tratamiento por se; únicamente en el caso de ser voluminosas, originar dolores, cursar con la presencia de úlceras o ser asiento de infecciones secundarias exigen un tratamiento, que se basará en los tres primeros casos, previas las pruebas de suficiencia de las comunicantes, según la técnica de TRENDELEMBURG, en la simple ligadura alta o la resección, según diversas técnicas quirúrgicas. En el caso de infección, lo más importante es ésta, y por lo tanto las consideramos como flebitis.

Mucho más importantes son los procesos obstructivos, los que según sean infecciones o no, se denominan tromboflebitis o flebotrombosis; cuadros distintos en su patogenia, etiología, síntomas y complicaciones, unidos por el nexo común de la disminución del calibre venoso. Estas diferencias están magníficamente recogidas por GIL SANZ y BUYLLA en esta misma REVISTA (XXV, 243, 1947), así como el tratamiento. Nos creemos, sin embargo, obligados a repetir aquí, simplemente a repetir, la pauta general del tratamiento. Si existe infección, se deben usar los quimioterápicos y antibióticos como regla general. Siempre que haya edemas, dolores o palidez, se hará anestesia del simpático. Los anticoagulantes se usarán según la norma dicha más arriba. Y siempre que sea posible, se debe hacer la ligadura de la vena enferma; pero no olvidando que las trombosis pueden ser, y de hecho son muy frecuentemente, bilaterales; es más, un enfermo con tromboflebitis de una pierna, puede estar soltando émbolos de una flebotrombosis situada en la otra y que está enmascarada por la sintomatología más aparatoso de la primera. En estos casos se impone la ligadura de la cava por debajo de las venas renales, operación delicada, pero que proporciona magníficos resultados.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**ACTH y cortisona en el cáncer.**—Se conoce el efecto de algunas sustancias esteroideas (estrógenos y andrógenos) sobre el desarrollo de ciertos cánceres. Por otra parte, con ACTH y cortisona se ha podido retrasar el crecimiento de leucemias e incluso de tumores trasplantados en ratones. TAYLOR, AYER y MORRIS ("J. Am. Med. Ass.", 144, 1058, 1950) han ensayado el empleo de estas sustancias en el tratamiento de 26 casos muy avanzados de cánceres diversos y otras enfermedades malignas. La ACTH se administró en dosis de 25 a 50 mg. cada seis horas, y la cortisona en la de 100 a 600 mg. diarios, y el tratamiento se mantuvo de dos semanas a tres meses y medio. En los enfermos con carcinoma, leu-

cemia aguda, leucemia mieloide y melanoma no se observó mejoría del tumor, aunque casi todos los enfermos experimentaron una mejoría de su estado general. Se produjo una dudosa remisión en un caso de tumor de Ewing y también se observó remisión en tres casos de enfermedad de Hodgkin, en cinco de linfosarcoma y en uno con leucemia linfática crónica; tales remisiones fueron siempre pasajeras.

**Tratamiento del mieloma múltiple con uretano.**—Los beneficios del empleo de uretano en algunas formas de leucemia han inducido a HARRINGTON y MOLONEY ("Cáncer", 3, 253, 1950) a ensayar sus

efectos en 11 casos de mieloma múltiple. La dosis utilizada fué de 3 a 6 gramos diarios, en grageas con cubierta entérica, para evitar la acción irritante sobre el estómago. Seis de los enfermos respondieron favorablemente. Se produjo aumento de peso y disminuyó la anemia, al mismo tiempo que se normalizó en cierto modo el espectro proteico. En todos los enfermos que presentaban dolores óseos mejoraron intensamente por efecto del uretano. Dos de los enfermos murieron al iniciarse el tratamiento por otros motivos. Tres enfermos fueron tratados sin éxito con uretano: se trataba de formas con células muy inmaduras. Aún es pronto para decidir si el uretano es capaz de prolongar la vida de los enfermos con mieloma. Los efectos desagradables del tratamiento consisten en la acción irritante gástrica, la cual se evita con la envoltura entérica de las grageas, y en la intensa leucopenia, la cual obliga a vigilar al enfermo con frecuentes análisis de sangre y a la práctica ocasional de transfusiones o al empleo profiláctico de penicilina, para evitar infecciones asociadas.

**Ácido p-aminobenzoico irradiado en afecciones reumáticas.**—EL-MOFTY y BASSIOUNY ("J. of the Roy. Egypt. Med. Ass.", 33, 617, 1950) han propuesto el empleo de soluciones de p-aminobenzoato sódico, sometidas a la irradiación ultravioleta, en el tratamiento de distintas afecciones reumáticas. En su estudio han utilizado como testigos tres casos de reumatismo agudo, dos de artritis reumatoide y otros dos de fibromiositis, los cuales recibieron p-aminobenzoato sódico sin irradiar, en dosis iguales y hasta triples de los del grupo estudiado. En 10 casos de reumatismo agudo se empleó 1 a 3 gramos diarios del producto irradiado; siete de tales enfermos mejoraron en una semana de sus dolores y fiebre y disminuyó la taquicardia y la velocidad de sedimentación globular; el efecto en los tres restantes se observó en la fiebre y los dolores, pero la taquicardia persistió. También se pudo apreciar un resultado favorable en una semana en seis casos de fibromiositis, entre ocho tratados. Tres casos de artritis reumatoide fueron tratados en la misma forma, y en ellos se observó una notable disminución de los dolores. Cuatro casos de artrosis de las rodillas, con fibrosis periarticular, mejoraron también sus dolores y aumentó la amplitud de los movimientos de las rodillas. En el grupo testigo no se observó ninguna mejoría.

**Respuesta de algunas anemias megaloblásticas al tratamiento con penicilina.**—FOY, KONDJ y HARGRAVES ("Br. Med. J.", 1, 380, 1951) observaron

una respuesta favorable en algunos pacientes anémicos africanos cuando se les trataba con algún motivo con penicilina. En su trabajo refieren los datos de una enferma con anemia megaloblástica, que anteriormente había respondido bien en ocasiones al tratamiento con hígado, y en la que un tratamiento con 400.000 unidades diarias de penicilina G cristalizada, durante siete días, consiguió una respuesta reticulocitaria de hasta 37 por 100, con elevación del número de hematíes, desaparición de los megaloblastos, etc.; es decir, una remisión tan brillante y completa como la que se logra con hígado, ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub>, etc. No se sabe el mecanismo de acción de la penicilina en estos casos. Es posible que destruya algún organismo que interfiera la utilización de los principios antianémicos; que neutralice algún factor antianémico; que intervenga en el metabolismo de algunos aminoácidos esenciales para la síntesis de la hemoglobina, etc. Es necesaria una mayor experiencia sobre el asunto antes de que pueda aclararse este punto.

**Tratamiento de las leucemias y enfermedades del retículo con beta-naftil-di-2-cloroetilamina.**—La respuesta terapéutica a las mostazas nitrogenadas en inyección intravenosa de las leucemias, enfermedad de Hodgkin, linfosarcomas, reticulomas, etcétera, tiene en la práctica el inconveniente de requerir una técnica cuidadosa. Se han realizado varios intentos de hallar preparados que sean eficaces por vía oral, y, entre ellos, HADDOCK y sus colaboradores han reconocido las ventajas del beta-naftil-di-2-cloroetilamina. Con este preparado, también denominado R 48, GARDIKAS y WILKINSON ("Lancet", 1, 137, 1951) han tratado a varios enfermos con dosis diarias totales de 100 a 400 miligramos, repartidas en tres horas. El tratamiento se continuó, en las leucemias, hasta cifras de unos 20.000 leucocitos; en la enfermedad de Hodgkin y otras afecciones, hasta que los leucocitos descendían a 3.000 o hasta que desaparecían las adenopatías, etcétera. Dos casos de leucemia aguda no mejoraron. De ocho casos de leucemia linfoide crónica, dos respondieron satisfactoriamente y en otros dos se obtuvo escasa mejoría. Sólo en dos, de cinco enfermos de leucemia mieloide, se consiguió remisión. Entre siete casos de enfermedad de Hodgkin, cuatro remitieron, uno no respondió y dos fallecieron. También se logró una buena respuesta en un paciente de micosis fungoide. Por el contrario, no se modificaron un linfosarcoma y un linfoblastoma folicular. En general, los resultados obtenidos con R 48 son inferiores a los logrados con mostazas nitrogenadas por vía intravenosa.

## EDITORIALES

### ESTENOSIS BENIGNA DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTRAHEPATICOS

De todos es bien conocida la dificultad diagnóstica entre las ictericias obstructivas y las de origen hepático, tanto en sus formas agudas como en las subagudas y crónicas. Es frecuente que se haga operar a un enfermo con una ictericia duradera, de tipo obstructivo, y que la minuciosa revisión de las vías biliares extrahepáticas no permita descubrir ninguna obstrucción. Como en los casos de alguna duración del proceso se

hallan ya alteraciones macroscópicas y de la consistencia del hígado, se piensa que se trata de una cirrosis hepática, con la compresión intrahepática de las finas raíces de los conductos biliares, conforme es bien conocido, especialmente desde los estudios de WHIPPLE.

CARTER y GILLETTE refieren recientemente la existencia de casos de estenosis benigna de los conductos intrahepáticos, la cual es capaz de originar un cuadro de ictericia obstructiva y conducir a la larga a una cirrosis, pero que en sus estadios iniciales es tratable, evitando así la evolución fatal.