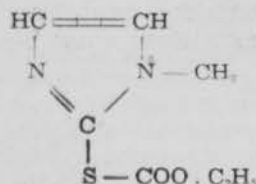


- IVERSEN, K. y MEULENGRACHT, E.—Brit. Med. J., 2, 510, 1951.
JUNG, K.—Zentralbl. f. Herz-Gefässkr., 7, 118, 1915.
KOLETSKY, S., BONTE, F. J. y FRIEDEL, H. L.—Cancer Research, 10, 129, 1950.
LAWRENCE, J. H.—Radiology, 35, 51, 1940.
LAWRENCE, J. H., TUTTLE, L. W., SCOTT, K. G. y CONNOR, C. L.—J. Clin. Invest., 19, 267, 1940.
LAWRENCE, J. H. y SCOTT, K. G.—Proc. Soc. Exper. Biol. Med., 48, 155, 1941.
LAWRENCE, J. H.—Journ. Am. Med. Ass., 141, 13, 1949.
MATTHEWS, W. B.—Lancet, 1, 896, 1950.
REINHARD, E. H., MOORE, C. J., BIERBAUM, O. S. y MOORE, S.—J. Lab. Clin. Med., 31, 107, 1946.
RICHARDSON, W. y ROBBINS, L. L.—New England J. Med., 238, 78, 1948.

- ROSENTHAL, N. y BASSEN, F. A.—Arch. Int. Med., 62, 903, 1938.
ROSENTHAL, N. y ROSENTHAL, R. L.—A. M. A. Arch. Int. Med., 90, 379, 1952.
SPURR, C. L., SMITH, T. R. y JACOBSON, L. O.—Radiology, 50, 387, 1948.
STROEBEL, C. F., HALL, B. E. y PEASE, G. L.—Journ. Am. Med. Ass., 146, 1301, 1951.
TINNEY, W. S., HALL, B. E. y GIFFIN, H. Z.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 18, 227, 1943.
VIDEBAEK, A.—Acta Med. Scand., 138, 179, 1950.
WARREN, S.—Am. J. Med. Sci., 209, 701, 1945.
WILKINSON, J. F. y FLETCHER, F.—Lancet, 2, 540, 1947.
WISEMAN, B. K., ROHN, R. J., BOURONCLE, B. A. y MYERS, W. G.—Ann. Int. Med., 34, 311, 1951.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Neo-mercazol en el hipertiroidismo.— El neo-mercazol es el 2-carboeto-xitio-1-metilglioxalina.



Su actividad, determinada por el método de Stanley y Astwood, es algo mayor que la del metimazol (mercazol, tapazol), según dosificación de MACGREGOR y MILLER (*Lancet*, 1, 881, 1953). Los efectos en clínica son igualmente muy alentadores. DONIACH (*Lancet*, 1, 873, 1953) ha tratado 120 casos, 30 de ellos como preparación a la operación y 90 como tratamiento definitivo. De ellos, 93 quedaron eutiroides en dos a ocho semanas y los 27 restantes respondieron más lentamente. La dosis diaria inicial fué de 15 a 45 mg., según la gravedad del hipertiroidismo, y después se disminuyó gradualmente la dosis para mantener un metabolismo alrededor de 0. Tan sólo en siete casos se presentaron reacciones bociógenas y no aparecieron manifestaciones tóxicas, lo cual constituye la principal ventaja del nuevo preparado. La misma opinión sostiene POATE (*Lancet*, 1, 879, 1953), el cual ha tratado nueve casos e insiste en que en la intervención quirúrgica ulterior no se encuentra la congestión vascular que es frecuente en los tratados con derivados del tiouracilo así como tampoco se presenta la depresión de los leucocitos que a veces muestran los enfermos en los que se emplean estas drogas.

Empleo de hialuronidasa en el tratamiento de la hemartrosis aguda hemofílica.— Las hemartrosis de repetición son un frecuente motivo de invalidez en los hemofílicos, en los que llegan a originarse deformidades reactivas de las articulaciones con gran defecto funcional. Siguiendo una sugestión de BRITTON y HABIF sobre el empleo de hialuronidasa para reabsorber las hemartrosis, MACAUSLAND y GARTLAND (*New Eng. J. Med.*, 247, 755, 1952) han utilizado el método en 13 episodios de hemartrosis aguda surgidos en seis enfermos de hemofilia. En condiciones de estricta asepsia, extraen unos pocos centímetros cúbicos de líquido articular y por

la misma aguja introducen 4 a 5 c. c. (algo menos que la cantidad extraída) de una solución que contiene unas 1.000 unidades de reducción de turbidez de hialuronidasa con novocaína al 1 por 100. A continuación, se coloca un vendaje compresivo y se mantiene la articulación en completo reposo durante veinticuatro horas. Si entonces se aprecia que persiste exudado articular, se repite la inyección. Si la mejoría fuese muy considerable, se vuelve a colocar el vendaje veinticuatro horas, pasadas las cuales se aconseja al enfermo que ejecute movimientos con la articulación. No se produjeron reacciones desagradables y los resultados fueron excelentes en cuarenta y ocho horas en 11 casos y la mejoría fué menos acentuada en los otros dos casos.

Acido undecilénico para evitar las infecciones por monilias secundarias al empleo de antibióticos.— La infección por monilias es a veces una complicación molesta e incluso grave del tratamiento con los nuevos antibióticos, especialmente con aureomicina, terramicina y cloromicetina. MOUNTAIN y KRUMENACHER (*Am. J. Med. Sci.*, 225, 274, 1953) han utilizado el ácido undecilénico en estos casos, por tratarse de un fungicida, que anteriormente se ha empleado en infecciones cutáneas por *Microsporon*. La dosis recomendada es de 0,44 gramos, en una cápsula, con cada 250 mg. de antibiótico administrado. En 20 enfermos se administró simultáneamente el antibiótico y el ácido undecilénico y ninguno tuvo glositis, faringitis, prurito de ano o de la vulva, vaginitis o proctitis. En otro grupo de 42 enfermos las tomas de ácido undecilénico se iniciaron a los tres días de tratamiento con antibióticos: dos enfermos presentaron prurito anal (éste apareció en 12 de 45 enfermos testigos, que no recibieron ácido undecilénico). Con la ingestión de ácido undecilénico no se evitan las diarreas que a veces acompañan al tratamiento antibiótico ni tampoco se inhibe el crecimiento de *Proteus*, *Pseudomonas* ni *Stafilococos* dorados hemolíticos.

Inyección intrarraquídea de alcohol para combatir la espasticidad de los parapléjicos.— Para combatir la espasticidad de los parapléjicos se ha recurrido en ocasiones incluso a extensas rizotomías anteriores. En 1948 propuso BOUCHER la inyección intrarraquídea de alcohol para combatir la citada

espasticidad, y STELLAR (A. M. A. Arch. Neur. Psych., 69, 343, 1953) se muestra ferviente partidario del método, el cual ha empleado en 12 casos. La aguja se introduce entre la segunda y la tercera vértebras lumbares; se extraen 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo; a continuación, se coloca al enfermo en posición supina y se inclina la mesa hasta un ángulo de 45° con la horizontal (con la cabeza en la parte declive). Se inyectan entonces por la aguja lentamente 15 c. c. de alcohol absoluto (la inyección dura treinta a sesenta segundos). El enfermo es mantenido una hora en la misma posición y luego se le deja horizontal hasta el día siguiente. La espasticidad mejora muy considerablemente, de un modo inmediato, y con resultados al parecer permanentes. También suele mejorar el funcionamiento vesical. Las reacciones desagradables por el método suelen ser escasas: un enfermo tuvo dolores en las piernas y otro presentó cefalea y vómitos durante cuatro días.

¿Cuándo está indicada la asociación de antibióticos?—La asociación de antibióticos potencia a veces los efectos de cada uno de ellos, pero se conocen casos en la investigación animal y también en la clínica de antagonismo y neutralización parcial de los efectos terapéuticos de los mismos.

DOWLING, LEPPER y JACKSON (J. Am. Med. Ass., 151, 813, 1953) creen que en la mayoría de las infecciones por un solo organismo basta el empleo de un solo antibiótico, especialmente de uno con un amplio espectro de ataque (aureomicina, terramicina o cloromicetina), los cuales son también eficaces en algunas infecciones mixtas como las que siguen a la ruptura intraperitoneal de una viscera; también es éste el caso de la eficacia de la penicilina en el absceso de pulmón. En algunas ocasiones está demostrado el efecto favorecedor de la asociación de antibióticos; es lo que sucede en la asociación de estreptomycin con aureomicina, cloromicetina u oxitetraciclina en las brucelosis; en la de estreptomycin y penicilina, en las endocarditis enterocócicas; en la de penicilina con aureomicina, cloranfenicol o terramicina, en varias infecciones estafilocócicas cuyo germen es resistente a cada uno de estos antibióticos por separado. Si la infección no es de las citadas, se debe ensayar "in vitro", a ser posible, la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos y emplear la combinación de los mismos que sea entonces más eficaz. En caso de no poderse realizar este estudio, es aconsejable asociar dos antibióticos bactericidas (penicilina, estreptomycin, bacitracina y neomicina) o uno bactericida y otro bacteriostático.

EDITORIALES

ALTERACIONES RADIOGRAFICAS EN LA ESCLEROSIS TUBEROSA

Se considera que la esclerosis tuberosa se debe a un trastorno genético que afecta especialmente al ectodermo. La afección fué descrita en 1880 por BOURNEVILLE, el cual hizo notar la asociación de síntomas neurológicos, principalmente convulsiones y retraso mental con una afección cutánea, que consideró como acné rosácea y que posteriormente, aunque no siempre con acierto, se considera como un adenoma sebáceo (adenoma de Pringle).

La alteración genética que constituye la base de la epiloia no se limita a lo indicado, sino que existen signos indicadores de que otros sistemas orgánicos son también afectados. Especialmente el esqueleto experimenta alteraciones, primeramente descritas en el cráneo por MARCUS en 1924 y mejor estudiadas por DALSGAARD-NIELSEN. Aparecen en la radiografía como manchas irregulares, más o menos limitadas, que se localizan en el endocráneo a la manera de cáscaras calcícas. Otra alteración típica de la esclerosis tuberosa, y que indica la participación del mesodermo, son los tumores de carácter embrionario, los cuales pueden aparecer en cualquier órgano y son especialmente frecuentes en el riñón. No es raro que los enfermos presenten aún otros estigmas congénitos como espina bífida, paladar hendido, alteraciones cardíacas o trastornos visuales, debidos a los facomas.

Existe una alteración ósea poca conocida de esta enfermedad y que, en opinión de BERLAND, tendría gran interés para el diagnóstico. Cuando se hacen radiografías de las manos o de los pies, se observan frecuentes alteraciones en los huesos de estos órganos, lesiones que son de diverso tipo. Por una parte, existen alteraciones cistoides de las falanges, con o sin osteoporosis.

Otra alteración consiste en un engrosamiento irregular de la cortical de las falanges, metacarpianos o metatarsianos, sin reacción perióstica. En ciertos casos se asocian los engrosamientos periósticos con las cavidades quísticas de las falanges. En opinión de BERLAND, la asociación de las calcificaciones craneales, con las alteraciones radiográficas en las manos y los pies sería casi patognomónica de la esclerosis tuberosa. Si bien las cavidades óseas pueden confundirse con las del sarcoide, con las del Recklinghausen, con las de la displasia fibrosa poliostótica, con las que ocasionalmente se observan en las artrosis, etc., y las calcificaciones craneales pueden aparecer en numerosas afecciones (meningiomas, telangiectasias, cisticercosis, toxoplasmosis, hematomas subdurales calcificados, etc.), la asociación de ambos trastornos apenas es posible fuera de la esclerosis tuberosa. El conocimiento de este hecho quizá permita aclarar la naturaleza de muchos casos de defecto mental en los que el cuadro de la epiloia no esté bien desarrollado.

BIBLIOGRAFIA

- BERLAND, H. I.—A. M. A. Arch. Neur. Psych., 69, 669, 1953.
DALSGAARD-NIELSEN, T.—Nord. Med. Tidssk., 10, 1541, 1935.

HEPATITIS PROGRESIVA

Las posibilidades evolutivas de las hepatitis epidémicas son muy variadas. La inmensa mayoría de los casos cursan de un modo benigno y terminan por la curación en uno a dos meses. Una forma de individualidad