RESUMENES BIBLIOGRAFICOS

NUEVO TRATAMIENTO CAUSAL DE LA COLITIS ULCEROSA INESPECIFICA. **Juan de Dulacska. Revista Médica Cubana, tomo LXVI, abril 1955, núm. 4.**

Basado en la teoría patogénica propia de que la causa primaria de la colitis ulcerosa inespecífica es una parasimpaticotonía, el autor rechaza todos los tratamientos clásicos (transfusiones, hierro, vitaminas, sulfamidas, antibióticos, ACTH y cortisona) y propugna la utilización exclusiva de un régimen blando y el bromuro de metantelina (Banthine).

Refiere 14 casos tratados por él, con notables remisiones clínicas, incluso a los pocos días de tratamiento, si bien aconseja prolongarlo bastante tiempo.

El tenesmo, la diarrea y la fiebre ceden rápidamente (unas 2 ó 3 semanas), consiguiéndose más adelante considerable aumento de peso y normalización del cuadro hemático. En los casos que llevaban mucho tiempo de evolución los resultados fueron menos rillantes.

La dosis de Banthine utilizada fué de 3 a 8 comprimidos al día en los casos en que había vómitos, administrada por sonda duodenal, disueltos en agua.

Dr. A. JARDÍ.

METODOS ESPECIALES DE ALIMENTACION. — **Luis de Aguiar. Clínica Higiene e Hidrología, febrero 1955, página 48.**

Podemos considerar tres modalidades: 1.ª, por vías naturales, con sonda bucal o nasal; 2.ª, por vía indirecta, rectal o parenteral; 3.ª, por medio de un orificio artificial (gastro o yeyunostomía).

Cuando utilicemos la sonda, y en general en cualquier régimen, el valor calórico a suministrar será, por lo menos, de 2.000 c. c., siguiendo la proporción de 50 % de glúcidos, 25 % de proteínas y 25 % de grasas.

Alimentos apropiados a ser usados por sonda:

Ricos en glúcidos: Azúcar, harinas, miel, zumo de frutas, caldos vegetales, harinas de legumbres, cacao, chocolate, etc.

Ricos en proteínas: Jugo de carne, huevos, leche y preparados comerciales de proteínas (hidrolizados de caseína, etc.).

Ricos en grasas: Yema de huevo, mantequilla, nata, leche concentrada, aceite, etc.

Al calcular la dieta se tendrán en cuenta las vitaminas y sales, añadiéndolas en proporción adecuada. También conviene añadir fermentos digestivos; por ejemplo, la taka-diastasa, teniendo en cuenta que 100 centímetros cúbicos de taka-diastasa digieren 1.350 gr. de hidratos de carbono. En otros casos será oportuno añadir acidol-pepsina u otros preparados de este tipo.

Para los enemas conviene tener como normas generales el no dar más de tres al día, que no sean superiores a 250 c. c., y poner un enema de limpieza antes del primero de cada día. Fórmulas de enemas alimenticios:

Leche, 250 gr. Yemas de huevo, 2. Sal, 1 cuch. Vino tinto, 1 cuch. Almidón, 1 cuch. Otra fórmula: Ron, 1 cucharadita. Fosf. sódico, 5 gr. Dextrina, 20 gr. Peptona soluble, 20 gr. Agua, 250 gr. Otra fórmula: Azúcar, 310 gr. Harina de arroz, 50 gr. Leche desgrasada en polvo, 50 gr. Mantequilla, 35 gr. Huevo en polvo, 100 gr. Sal y agua, para 2 litros.

La vía parenteral es útil como complemento de los enemas, siempre insuficientes. Se utilizan sueros glucosados iso e hipertónicos e hidrolizados de proteínas.

La alimentación por gastrostomía, rara vez indicada, puede practicarse con los mismos métodos y regímenes que con la sonda.

Dr. A. JARDÍ.

TRATAMIENTOS NO ESPECIFICOS DEL ASMA BRONQUIAL. — M. Salazar Mallen (México). Alergología, núm. 25, enero-febrero 1955.

En los casos de asma estudiados a fondo por el autor, encuentra un 27,84 % en que no puede demostrarse un alérgeno específico. Para éstos y aun para aquellos en que, por conocerse el alérgeno puede hacerse un tratamiento desensibilizante específico, recomienda una serie de tratamientos que esquematizamos a continuación.

1. Inyecciones de peptona. *Técnica:* Sol. de peptona Witte al 5-

10 %, 2 c. c. intramuscular en series de 10 a 20. *Indicación clínica:* Síntomas alérgicos rebeldes. Rara vez reacciones indeseables.

2. Proteinoterapia. *Técnica:* Preparados de caseína u otra albúmina. *Indicación clínica:* Algo peligroso. Ensayar antes prueba de escarificación.

3. Azufre precipitado. *Técnica:* Preparados comerciales de azufre coloidal. *Indicación clínica:* Casos crónicos. Especialmente con dermatitis.

4. Oro. *Técnica:* Preparados de tiosulfato de oro y sodio, 5 cgr. endovenosos. Series de 10-12. *Indicación clínica:* Casos con bronquitis «exudativa». Vigilar los leucocitos.

5. Rayos X. *Técnica:* Irradiación de los hilios en campos cruzados. Técnica a cargo del rontgenólogo. *Indicación clínica:* Casos con patente infección y exudación bronquial o bronquiectasias.

6. Antibióticos. *Técnica:* Pueden ensayarse todos vigilando las intolerancias y a las dosis corrientes. *Indicación clínica:* Si se sospecha con fundamento la etiología bacteriana.

7. ACTH y Cortisona. *Técnica:* Dosis pequeñas. *Indicación clínica:* Casos rebeldes.

El autor no pretende que esto solucione «todos» los casos de asma, pero confía en que la adecuada utilización de estos recursos mejore un considerable número de ellos. Aconseja esforzarse para reducir el número de casos en que el alérgeno no es reconocido y no se puede, por tanto, hacer la desensibilización específica.

Dr. A. JARDÍ.

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LOS CANCERES BRONQUIALES DESCUBIERTOS POR DESPISTAJE SISTEMATICO. — H. Brocard, C. Choffel, M. Bouvier, P. Solignac, M. Ledu. Journal français de Medecine et Chirurgie thoraciques, 1955, 9 : 1, pág. 66.

Los autores analizan la eficiencia del despistaje sistemático en relación con el cáncer bronquial, concluyendo que su rendimiento es débil aunque no despreciable.

El despistaje de las neoplasias bronquiales por medio de los reconocimientos sistemáticos puede ser real si el paciente es asintomático,

o aparente cuando el interrogatorio pone de manifiesto síntomas que no habían sido valorizados por el paciente. De 44 casos personales, 20 correspondían a este último grupo.

Hacen notar la relativa frecuencia y precocidad del síntoma dolor.

Refiriéndose a los *procedimientos diagnósticos,* comunican que la *broncoscopia* permitió el diagnóstico de certeza en 24 de las 44 observaciones de su estadística. Hacen hincapié en el gran interés de la búsqueda de *células neoplásicas en el esputo* durante los tres días siguientes a la broncoscopia; por este método lograron diagnosticar 11 casos en los que la broncoscopia fué negativa. Nueve veces el diagnóstico se hizo por la evolución clínica, por la pieza operatoria o en la necropsia.

A pesar de la precocidad del despistaje, el *pronóstico* es malo. De 19 operados sobrevive a los 4 años sólo un 18 %, del cual un 21 % fueron despistajes verdaderos y un 15 % aparentes.

Dr. R. CORNUDELLA.

LOS AEROSOLES DE TERRAMICINA EN LAS ENFERMEDADES DEL ARBOL BRONQUIAL. — H. Hammerl. Wiener Med. Wochs., 1955, 11-12, pág. 248.

La aerosolterapia ha experimentado un incremento considerable con el advenimiento de los antibióticos. El autor da a conocer su experiencia en el tratamiento de los procesos patológicos bronco-pulmonares con los aerosoles de terramicina.

Indicaciones: Bronquitis de todos los tipos. Asma bronquial con preponderancia del componente infeccioso. Bronquiectasias. Neumonías. Neumonitis.

Técnica: Preparar la solución a nebulizar disolviendo 1 comprimido de terramicina soluble de 50 miligramos en 2 c. c. de Solketal acuoso (dioxolano 2-dimetil-4-oximetil-1'3).

Practicar, según la gravedad del caso, de una a tres sesiones diarias, adicionando eventualmente a la solución Aleudrina o Hialuronidasa. En el caso de usar la Aleudrina, recomienda administrarla media hora antes de la nebulización antibiótica.

La Aleudrina se usa en aquellos casos en que exista un componente espástico bronquial.

La Hialuronidasa la emplea cuando conviene facilitar la licuación de las secreciones.

En las bronquiectasias añade estreptomicina intramuscular al tratamiento con aerosoles.

Obtiene buenos resultados en todos los casos.

Dr. R. CORNUDELLA.

EL EXOFTALMO ENDOCRINO. — L. Fornaro. Rivista oto-neuro-oftalmologica, volumen XXX, fasc. V, septiembre-octubre 1955.

Basándose el autor en experiencias clínicas personales, llega a conclusiones que le confirman la independencia del exoftalmo maligno de la función tiroidea, así como la confirmación de su compleja génesis diencefalohipofisaria.

Las tasaciones verificadas en los casos que el autor presenta, muestran un nivel elevado de tirotropina en la circulación y un aumento en otras secreciones hipofisarias.

Al final indirectamente sostiene la duda de si el exoftalmo es un signo de tanta importancia, que pueda permitir el considerar el síndrome de Basedow como de origen hipofisario.

Dr. J. ARUMÍ.