

# REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

\*

Londres, julio 26 de 1948.

## *Artículos originales:*

Carcinoma del pulmón.

Bacteriología de la recolección y preservación de leche humana.

Aspectos emocionales en dermatopatías.

Efecto de la masa del inoculum sobre la virulencia de las bacterias inyectadas intraperitonealmente en ratones.

Acido fólico en la anemia megaloblástica post-gastrectomía total.

Fracasos de los injertos corticales de hueso.

Agglutininas anti-N y otras de bajas temperaturas, en el suero humano.

Disfunción hepática en la úlcera péptica.

Osteomielitis estafilocócica de la columna en un niño de 3 semanas.

## *Editoriales*

La alimentación y el trabajador.

Isótopos y sus aplicaciones.

Educación del cuerpo.

## *Anotaciones*

### *Artículos especiales*

Salubridad pública

Cartas al editor

*Carcinoma del pulmón.*—Revisión basada en 122 casos tratados por neumonectomía. T. H. Sellors, G. Cruickshank y B. R. Billimoria. Harefield Hosp. Middlesex. Pp. 119-121. Es discutible la realidad absoluta del aumento

de incidencia del cáncer pulmonar, pero en verdad parece lo más cierto; debe buscársele con insistencia y el cirujano de tórax ha de estar dispuesto a examinar cincuenta casos con resultados negativos, antes que dejar pasar uno solo que pueda salvarse mediante operación temprana; esto sólo se consigue por la radiografía.

No se trata necesariamente de una enfermedad de la vejez ni el enflequecimiento, tos y hemoptisis son síntomas constantes. En los viejos no es raro que el cáncer pulmonar sea la causa de una neumonía que no se resuelve, de una bronquitis, de una insuficiencia cardíaca; es característico de estos neoplasmas el crecimiento lento y silencioso. En general, cuando el cuadro clínico de que se trata no coincida con las normas generalmente observadas para la enfermedad en cuestión, debe sospecharse siempre un cáncer del pulmón. *Síntomas.* Los síntomas son función de las relaciones del neoplasma con las formaciones vecinas y es factible ver una masa central relativamente grande, que ha crecido sin manifestarse mayormente; las formas invasoras tienen más tendencia a producir síntomas.

a) Efectos de presión: la obstrucción completa de un bronquio conduce a la producción de atelectasia periférica al tumor. La obstrucción incompleta, asociada a la infección, pone en pri-

mera línea el fenómeno supurativo y puede llevar al absceso pulmonar; pero el absceso puede resultar igualmente de fusión del tumor: es entonces excéntrico con respecto a la sombra de éste y su contorno suele ser irregular.

La invasión pleural produce dolor, malestar y derrame, que puede ser incoloro, cargado de sangre o purulento. El tumor tiene más tendencia a propagarse sobre la superficie pleural que a atacar la pared; en el vértice sí suele tomar las costillas y producir una masa subcutánea.

El ataque mediastinal suele proceder de adenopatías, más frecuentes en las formas indiferenciadas del carcinoma. Se marcan la compresión de las grandes venas y sobre todo la parálisis frénica o recurrencial, signos éstos de los más tempranos y comunes. La invasión del pericardio y la tendencia a la extensión a lo largo de las venas pulmonares puede ser razón de la fibrilación auricular que a veces abre el cuadro.

b) Metástasis. Se observan especialmente en las formas indiferenciadas, y son raras en el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma. Los ganglios hiliares son los más atacados, pero se afectan los mediastinales, abdominales y supraclaviculares, que tornan imposible la cirugía. Hay predilección por los huesos (costillas y vértebras) y pueden afectarse el hígado, piel y cerebro; los focos secundarios cerebrales pueden evolucionar silenciosamente hasta cerca del fin del paciente; con muy poca frecuencia la metástasis suprarrenal produce un cuadro addisoniano.

c) Síntomas tempranos. A menudo triviales y en general no asociados con hallazgo alguno en el examen físico, fuera de los datos radiológicos; como consecuencia, transcurre un año entre el primer signo clínico y la indicación quirúrgica. Entre los pocos sínto-

mas tempranos que revisten alguna importancia se cuentan: Tos persistente después de un ataque "gripal" o asociada con un proceso de pretendida naturaleza inflamatoria, que se considera en vía de resolución; puede haber expectoración. Debe sospecharse de cualquier alteración de la tos sobrevenida en tosedores crónicos de edad media o avanzada.

La hemoptisis exige radiografía. La expectoración persistentemente estriada por sangre sólo puede ser producida por el carcinoma o el quiste hidatídico. Las manifestaciones disneicas, especialmente de esfuerzo, pueden ser la manifestación del comienzo de la atelectasia.

Llamativa y temprana es la artropatía dolorosa, productora de incapacidad, que afecta puños, dedos de la mano y cuello del pie y que regresa (en cuanto a dolor y movilidad) rápidamente después de la neumonectomía.

Las bronquiectasias secundarias al cáncer y la atelectasia, pueden centrar la atención por su relieve clínico.

Bajo tratamiento, los síntomas pueden declinar y producirse la iniciación del aumento de peso: son todos datos engañosos.

Datos especiales:

1. Radiografía: es la base del diagnóstico; ocasionalmente se descubre a enfermos insospechados, mediante la radiografía en masa.

2. Sangre: suele haber anemia y eritrocitos acelerada.

3. Broncoscopia: es de rutina cuando se contempla la posibilidad de cirugía. Ignora lo que exista en los bronquios del lóbulo superior pero suele ser valiosa, especialmente si consigue una biopsia.

4. Broncografía inferior a la anterior en general, permite descubrir obstrucciones bronquiales en sitios a donde no alcanza el broncoscopio.

5. Búsqueda de células en los esputos: muy valiosa, exige un técnico para su interpretación; no debe realizarse en la quincena que siga a la broncoscopia u otra manera de estudio bronquial que haya podido producir descamación del epitelio del conducto.

*Tratamiento quirúrgico.* Es importante el tipo de tumor: los indiferenciados suelen poseer metástasis hiliares y a menudo no se salva el enfermo, si es que se puede hacer la escisión; los escamocelulares suelen producir obstrucción bronquial y atelectasia temprana, localizándose y haciéndose fáciles de extirpar. El adenocarcinoma periférico, infrecuente, se presta para escisión. La infección añade un riesgo pero no es contraindicación quirúrgica.

La radioterapia es pobre en sus resultados lejanos en cáncer del pulmón; la cirugía es el único camino y la combinación de ambas requiere mayor estudio. La cirugía obra en general por neumonectomía, con extirpación de los ganglios hiliares correspondientes; la mortalidad es baja con las técnicas actuales y porque se hace mejor selección de los pacientes; rechazando los casos que presenten ataque ganglionar franco, invasión mediastinal, del frénico y del vago, extensión al diafragma o a la pared costal, derrame pleural; no se trata de contraindicaciones absolutas pero sí de hechos que ensombrecen mucho el pronóstico, haciendo dudoso el éxito de una operación de todos modos sería. "La proporción de enfermos de cáncer pulmonar aptos para la cirugía es deprimentemente baja".

Entre las causas de muerte a corto plazo de la operación, destacan los autores la fístula bronquial y afirman que el problema del cierre del bronquio ha sido tema de avances indudables pero aún no está resuelto. Como siempre, las metástasis desarrolladas clínicamente en el postoperatorio forman un

peso muerto bien notorio; sus causas son las corrientes.

Antes de decidirse a operar es necesario determinar cuidadosamente la reserva funcional respiratoria y cardíaca, corregir el estado hemático y hacer neumotórax preliminar para saber de adherencias, etc.

Domina en el postoperatorio la existencia de medio tórax vacío, que va recibiendo continuamente un depósito de fibrina, de efecto obliterante, que ha de protegerse mediante penicilina. La deformidad subsiguiente es muy pequeña y si las reservas funcionales eran suficientes, el paciente puede volver a la totalidad de sus actividades previas.

"Es claro que los resultados dejan mucho qué desear, pero —como en todos los casos de malignidad— la incertidumbre del resultado no ha de impedir al cirujano correr riesgos legítimos".

*Disfunción hepática en la úlcera péptica.*—H. Pollak, Central Middlesex County Hospital. Pp.: 131-134. Los estudios al respecto son escasos. La evidencia patológica existe desde 1899 (Gandy), en que se reporta lesión hepática en ulcerosos. La evidencia clínica de dicha disfunción cuenta con bibliografía muy pobre; sin embargo, hay datos como el de Morrison (1942), quien encontró en 36 de 50 ulcerosos evidencia de disfunción hepática (drenaje biliar no quirúrgico y estalagmometría).

Se empleó el test de Quick del ácido hipúrico, con una dosis de 6 gramos de éste, recolección de la orina de 4 horas y análisis de acuerdo con las indicaciones de Londe y Probststein (con precipitación mediante 33% NaCl), aun cuando acudiendo a un exceso de clorhídrico concentrado, que es una ventaja. Resultados expresados en benzoato de sodio.

Los valores "normales" hallados

por el autor son más elevados que los de Quick pero acordes con los de Londe y Probst y de Hepler y Gurley. Posiblemente es asunto de técnica, pero las diferencias son bien apreciables y ocurren de manera prácticamente constante. Destaca el autor el hecho de que enfermedades diversas, graves y leves, producen disfunción hepática con frecuencia y que es corriente que se descuide tal detalle en la determinación de los valores normales. Los sujetos empleados como normales aquí, lo eran en toda la amplitud posible del vocablo; además, la banda de edades estudiadas fue más amplia de lo corriente (con la edad decrece la función hepática) y los dos sexos se consideran separadamente, toda vez que arrojan resultados diferentes (menores en la mujer).

Los pacientes estudiados fueron especialmente aquellos que presentaban sintomatología severa y se habían mostrado rebeldes al tratamiento; eran sujetos de extracción social baja, por lo general; el diagnóstico era radiológico o gastroscópico; la eficiencia renal se estudiaba por la úrea sanguínea y el vaciamiento gástrico por un test fraccionado de secreción gástrica. El test de ácido hipúrico mostró deficiencia funcional hepática en los ulcerosos, siendo notorio que esta desaparecía durante el tratamiento de la enfermedad, en un plazo de días a semanas; en general el descenso de excreción de ácido hipúrico fue más marcado en los pacientes que se hallaban en malas condiciones generales.

La discusión del tema tiene en cuenta que se trata de una prueba parcial de la función hepática, aun cuando recuerda el buen acuerdo de dicha prueba con otras distintas, en procesos hepáticos diversos. Son varias las posibles relaciones que ligan a la úlcera con la disfunción hepática:

a) Disfunción hepática como secuela y fenómeno secundario a la lesión gastroduodenal. La reducción de ingestión alimenticia es un posible factor, presente sólo en una parte de los casos. Además, puesto que experimentalmente, la distensión abdominal alta puede deprimir la función hepática, no es imposible que dolor y espasmo gastroduodenales lo consiguieran por camino reflejo.

b) Es posible que úlcera y disfunción hepática tengan la misma causa etiológica.

c) Experimental y clínicamente hay fuertes razones y hechos en pro de la idea de que la lesión hepática favorece la producción de úlceras gastroduodenales. Entre los mecanismos posibles de esta correlación, cabe suponer que se trate de interferencia con el metabolismo de algún producto necesario para el buen trofismo de la mucosa gastroduodenal. Hay varias sugerencias que tienden a sostener la idea de que esa posible sustancia sea una proteína o una vitamina. Alrededor de la citada correlación hay numerosos trabajos, entre los cuales es llamativa la observación de que los ulcerosos suelen tener bajos niveles sanguíneos de vitamina A, no explicables por ingestión inadecuada y más atribuibles a incapacidad hepática para almacenar y movilizar la vitamina; de acuerdo con esas afirmaciones y confirmando también otros trabajos, se halló en estos enfermos una alteración de la adaptación a la oscuridad, cuando la dieta no podía ser carencial para la vitamina A y la absorción no era defectuosa; de hecho, aun cuando no había correlación estrecha entre adaptación a la oscuridad y datos del test de Quick, sí se observaba que con el tratamiento (que incluía dosis fuertes de vitamina A), se corregían ambos fenómenos. En el mismo sentido de todo lo precedente, habla el

hallazgo de hipoproteinemias discretas y no relacionadas con el factor dietético, en pacientes ulcerosos.

Como consecuencia de las consideraciones dichas, el autor llega a la conclusión de que debe procurarse aquí, en la medida de lo posible, una dieta similar a la usada para la cirrosis hepática.

Aparte del problema doctrinario que el tema implica, pone de presente el autor el interés que existe en conocer el estado de la función hepática y en mejorarlo —si es el caso— en sujetos afectos de úlcera, que hayan de ser entregados a la cirugía.

*Isótopos y sus aplicaciones.*—(Editorial). Pp. 138-139. El sistema de emplear los isótopos como "rastreadores" de los procesos biológicos promete cuando menos tantos caminos cuantos abrió el descubrimiento de las técnicas histológicas en el siglo pasado. El biólogo acude aquí a un procedimiento idéntico al usado por el militar cuando mezcla a sus proyectiles, señales luminosas que indiquen el curso seguido por aquellos; por otra parte, debe recordarse que la radioactividad beta y gamma de los radioisótopos hace de ellos armas terapéuticas nada despreciables, máxime que por el hecho de ser concentrados con cierta electividad en determinados tejidos, permiten irradiar en forma, también electiva, tales estructuras.

Los isótopos estables se descubren en los tejidos mediante el espectrógrafo de masas, y su trayecto puede seguirse a través de la obtención de sucesivas muestras de tejidos, que han de estudiarse en dicho aparato.

Los isótopos radioactivos o radioisótopos son mucho más fáciles de descubrir y de seguir en sus evoluciones; sólo difieren de los elementos ordinarios correspondientes, por su radioactividad, pero gozan de las mismas pro-

piedades químicas y biológicas y se ven sometidos al mismo metabolismo que éstos. Muchos radioisótopos se prepararon en la última década mediante el ciclotrón; hoy, la pila de uranio permite una producción más abundante de ellos. De los muchos obtenibles, sólo cierto número, dotado de vida media de longitud adecuada, es susceptible de aplicación biológica. Los más empleados son:

I-131, de  $T=8$  días, emisor beta negativo y gamma.

P-32, de  $T=14$  días, emisor beta negativo.

Na-24, de  $T=14.8$  días, emisor beta negativo y gamma.

C-14, de  $T=25.000$  años, emisor beta y negativo.

Fe-59, con  $T=47$  días, emisor beta negativo y gamma.

Es necesario expresar el peso atómico del isótopo, porque suele haber varios para cada elemento, dotados de  $T$  y de radiación distintos.

Los métodos de detección de los radioisótopos son:

a) Incineración del tejido estudiado y medida de su radioactividad mediante un contador de Geiger o un electrómetro.

b) Colocación de un contador de Geiger sobre el órgano en el cual ha de acumularse el elemento, y medición de la radiación así detectada.

c) Radioautografía: hacer secciones de uno o varios tejidos y colocarlas en contacto con la placa fotográfica, por tiempo conveniente: sólo las porciones cargadas de radioelemento impresionan la placa.

El radiofósforo ha dado buenos resultados en policitemia vera y leucemia mieloide crónica pero no es recomendable en otros procesos. Dado que el radiofósforo es concentrado en los tejidos de crecimiento rápido, se ha recomendado, para casos dudosos, admi-

nistrar radiofosfato de sodio y seguir con un contador de Geiger la variación de actividad del tumor; dada la poca penetración de la radiación beta, sólo es aplicable para tumores vecinos de la superficie cutánea; se le está usando igualmente para estudiar el metabolismo de los fosfolípidos.

Con el radio-hierro se ha comprobado claramente el hecho de que el organismo sólo absorbe el hierro que necesita y que una vez absorbido, muy poco de él es excretado, así como también que el hierro administrado a un sujeto anémico es utilizado casi cuantitativamente para formar Hb, siendo acumulado primero en el hígado, que lo entrega gradualmente para su utilización. Mediante el radio-hierro se ha podido medir la supervivencia de los hematíes trasfundidos.

Mediante el radioyodo (131) se ha demostrado que un individuo normal excreta un 80% de una dosis de yodo, al paso que el mixedematoso excreta más y el hipertiroides mucho menos. Concentrado especialmente en tiroides, ejerce la irradiación de éste hasta el punto de que en el bocio tóxico 40-50 mc. en una sola dosis producen una remisión máxima al cabo de los dos meses, remisión que se prolonga mucho más tiempo, y ello aún en casos resistentes al tiouracilo. Se han tratado casos de cáncer tiroideo, algunos con éxito, incluso en uno se obtuvo respuesta en las metástasis óseas.

La rápida distribución del radioyodio (24) en los fluidos intra y extracelulares, poco después de su inyección, se aprovecha para la medida del tiempo de circulación brazo-pie y, por el estudio de la acumulación del elemento en un sitio dado, es posible obtener información sobre la eficiencia circulatoria en tal punto y conseguir datos pronósticos en cuanto a la posible utilidad de la simpatectomía.

El radioestroncio (89), emisor beta-negativo de 55 días de período puede aplicarse para estudiar el metabolismo óseo, porque es captado por el tejido osteoplástico; el Ca-45, de 180 días de período, puede ser muy útil en el mismo sentido.

El radiocarbono (14) y el H-3 son gran promesa para la química del carbono y para la bioquímica; tan grande campo abren estos dos isótopos, que para Seaborg "las mejores ideas aún están por venir".

Si el campo terapéutico no promete ser demasiado amplio, el investigativo ha demostrado ser inmenso; antes de mucho, estará tan atrasado un departamento de bioquímica que carezca de sección de isótopos, como puede estarlo hoy uno de anatomía patológica sin micrótopo, o de ortopedia sin rayos X.

\*

## THE LANCET

Londres, agosto 2 de 1948.

### *Artículos originales*

Penicilina en la prevención de infecciones durante las operaciones sobre cerebro y médula espinal.

La causa del shock espinal.

La causa del shock postoperatorio.

Meningitis por *Hemophilus influenzae* en bebés.

Meningitis por *H. Influenzae*, con curación.

Proctitis granulosa tratada con succinilsulfatiazol en supositorios.

Pirexia con hipernefrosis.

Microdeterminación de NPN en suero, plasma y sangre.

Tratamiento del cáncer prostático.

### *Editoriales*

Precauciones frente a la poliomielitosis.

### *Anotaciones.*

*Salubridad pública*

*Cartas al editor*

*Meningitis por H. Influenzae en bebés.*—B. Gotlieb, C. C. Forsyth., E. N. Allot-St. Alfege'e Hospital, Londres. Pp. 164-166. La meningitis por *H. Influenzae* es la más frecuente en los menores de dos años, si se excluye la TBC. La mortalidad, de casi 100% antes de las sulfonamidas, descendió un poco con ellas y más aún con la asociación de suero de conejo anti-influenza, específico para los diversos tipos, asociado a la medicación sulfamídica: se redujo así a 26-50%. El suero citado es difícil de obtener.

El *H. Influenzae* es sensible a la penicilina, aun cuando en grado variable, hallándose desde cepas inhibidas por 0.5 U. O./cc. hasta otras que requieren 2.5 U. O./cc.

Cita el autor dos casos reportados, en los cuales, meningitis por *H. Influenzae* relativamente sensibles a la penicilina, curaron por medio de la asociación sulfonamidas-penicilina; presenta por su parte casos que tienden a mostrar cómo las dosis masivas de penicilina, asociadas con sulfamidas, son capaces de curar casos relativamente insensibles a la penicilina.

En el primer caso relatado ocurrieron recaídas, atribuibles a insuficiente administración de penicilina I. M.; el caso terminó por muerte.

En el segundo caso el germen resultó insensible a 10 unidades de penicilina/cc. y 10 mgs. de sulfadiazina/100 cc., y en consecuencia se suspendieron las 2 drogas; empero, la gravedad del caso llevó a la administración de dosis masivas de penicilina intratecal e I. M., obteniendo una curación dramática.

El tercer caso presentó un germen de la misma sensibilidad del anterior; se acudió a las dosis masivas de penicilina intratecal e I. M., además de sulfadiazina oral, obteniendo la recuperación de la enfermita. Posteriormente se halló que el germen era sensible

a 100 U. O. de penicilina por cc.

Cuarto caso: presentó recaídas coincidentes con suspensiones de la penicilina intratecal; enseña este caso la necesidad de emplear dosis a veces inmensas de penicilina, de no suspender la administración intratecal antes de 7 días contados a partir del momento en que el LCR se halla estéril, de administrar grandes dosis de penicilina en las recaídas: por otra parte, muestra la ausencia de riesgo al dar penicilina en concentraciones de 10.000 U. O. por cc., siempre que el producto sea puro, que cada dosis se prepare en ampolla separada y que se extremen las condiciones de asepsia.

Las medidas de sensibilidad a la penicilina se verificaron en estos casos de acuerdo con la técnica del "pozo" en placa de agar, con una solución de -0 unidades penicilina/cc.; en estas condiciones los gérmenes de los dos primeros casos resultaron insensibles, pero dada la respuesta al tratamiento, en los otros dos se ensayó la sensibilidad ante concentraciones mayores de penicilina, usando las de 10, 100 y 1.000 U. O./cc.. Aún cuando no es posible, con lo hallado, hablar concretamente de la concentración de penicilina necesaria para inhibir el *H. Influenzae*, probablemente ella es mayor de 10 y menor de 100 veces la que inhibe al estafilococo de Oxford; de todos modos se impone la conclusión de que no es exacto calificar a un germen como sensible o insensible sobre la base de la prueba estandar de inhibición, toda vez que puede ser inhibido por concentraciones mucho más elevadas del antibiótico, concentraciones que deben ser ensayadas.

El método ideal para tratar meningitis por *H. Influenzae* sería asociar penicilina, sulfamidas y suero anti-influenzae; desgraciadamente, no suele ser factible conseguir el último. El si-



guiente esquema de tratamiento es al parecer efectivo en bebés.

1) Diagnosticada la meningitis piogénica, se inyecta diariamente penicilina intratecal, pura y cristalina; 30.000 U. O.; para la bacteremia que suele existir en estas condiciones, 60.000 U. O. I. M. cada 3 horas.

2) Sulfadiazina 1 gr. inicial y 0.50 gr. cada 4 horas, en los menores de dos años; se la administra por la posibilidad de una acción sinérgica.

3) Si la meningitis por H. Influenzae resultare confirmada, y los gérmenes causales sensibles a la penicilina, se realiza el tratamiento indicado por Smith et al. (Lancet, 1946, i, 185).

4) Si los gérmenes resultaren relativamente insensibles, se inyectan diariamente 50.000 unidades de penicilina pura y cristalizada, por la vía intratecal, por lo menos hasta 7 días después de que la LCR se torne estéril; al mismo tiempo, 120.000 unidades de penicilina I. M. cada 3 horas.

5) La penicilina I. M. y la sulfadiazina oral se continúan por dos semanas contadas a partir del momento en que el LCR aparece estéril; en la segunda semana puede reducirse la dosis de sulfadiazina.

6) En caso de recaída se administran dosis idénticas de penicilina intratecal.

Las reacciones ante dosis grandes de penicilina intratecal son bastante raras con productos puros; empero, se han citado cuadros convulsivos.

*Tratamiento del cáncer prostático con alfa-bromo-alfa-beta-beta-trifeniletileno (Y-59).*—M. Berger y Ng. Ph. Buu-Hoi, Pu. 172-173. Pese a los éxitos del stilbestrol en este campo, algunos casos se muestran resistentes a él; además la administración intensiva de stilbestrol produce cáncer mamario en ratones y se han observado casos de cáncer mamario en pacientes tratados

con dosis muy elevada de la droga. Por tanto, se pensó en la conveniencia de hallar productos menos estrogénicos que el stilbestrol pero tan activos como él contra el cáncer prostático; además, como se trataba de obrar especialmente sobre pacientes resistentes al stilbestrol, se prefirieron aquellos compuestos de molécula bastante diferente a la del stilbestrol mismo.

El alfa - beta -

El alfa - bromo - alfa - beta - beta-trifeniletileno es cuerpo de acción estrogénica ya conocida, de toxicidad ínfima y mecanismo de absorción ya estudiado. Con base en el test de Allen y Doisy se encontró una actividad estrogénica igual a 1/100 de la del stilbestrol; por otra parte, la destrucción enzimática del compuesto en los tejidos es más lenta que la del stilbestrol, de manera que es posible obtener mediante el Y-59 un estro muy extendido en el tiempo, hecho que puede tener significación terapéutica; en un estudio del metabolismo del Y-59 con radiobromo como isótopo "rastreador", se halló acumulación electiva en las glándulas prepuciales, cuya función ha sido asociada con la de la próstata.

Unos 20 casos de cáncer prostático han sido o están siendo tratados mediante Y-59 oral, en cápsulas que contienen 5 mgr. del producto, con dosis diarias de 15-20 mgr. (la de stilbestrol llega a 30 mgr./día).

Se presentan 4 casos ilustrativos:

El primero es un enfermo con historia de ciática de 1 año de duración, tratado sin éxito mediante stilbestrol y llevado a un estado prácticamente asintomático por medio del Y-59; este paciente salió del hospital, tomó irregularmente su medicina y los síntomas reaparecieron, para decaer nuevamente con la reiniciación correcta del tratamiento; en ambas ocasiones ocurrió mejoría local y general; los efectos se



han sostenido 20 meses. El segundo enfermo presentaba un adenocarcinoma de la próstata con invasión a la piel del periné; bajo stilbestrol mejoraron las molestias urinarias existentes pero el estado general decayó. Se empleó el Y-59, obteniendo reducción notoria de la masa prostática, pero se halló un nuevo carcinoma glandular, esta vez del recto; se suspendió el Y-59, se realizó resección del recto (enfermo de 73 años) y las molestias urinarias reaparecieron luego, al paso que descendió el peso; el stilbestrol administrado en ese momento no produjo beneficio alguno pero la reanudación del Y-59 hizo desaparecer las molestias urinarias, permitió aumento de peso y el enfermo volvió a su trabajo.

El tercer caso muestra igualmente fracaso del stilbestrol, lento beneficio por el Y-59, reaparición de las molestias al suspenderlo y mejoría general y funcional urinaria al volver a él regularmente.

El 4º caso, sometido a stilbestrol presentó edema de los miembros inferiores y adenopatía ilíaca; el Y-59 apenas produjo ligera reducción del dolor y el edema y como el estado general siguiera desmejorando, se acudió a la orquidectomía bilateral, que fracasó; el paciente finalmente murió.

Parece pues que el Y-59 puede ser activo en casos resistentes al stilbestrol y que si no cura el cáncer prostático, sí se muestra efectivo para detenerlo parcial o completamente; las metástasis óseas cesan de crecer bajo la acción de esta droga, pero todas las manifestaciones vuelven a emprender su marcha cuando el producto deja de administrarse.

No se hallaron trastornos digestivos por la droga; algunos pacientes anotaron sensación de hormigueo y tensión, sin dolor real, en la zona mamaria, sin que se hallara nada clínicamente anor-

mal en ese sitio.

El DBE, sustancia próxima al Y-59, se ha mostrado inefectivo en el carcinoma prostático (Greene, Haddow). En un caso anota Watkinson buenos resultados en cáncer prostático con dosis muy altas de clorotrifenetileno, sustancia relacionada con el Y-59.

Se sugiere que la actividad del Y-59 en el carcinoma prostático no se debe a su efecto estrogénico y que el efecto benéfico de los estrógenos no tiene por qué ser forzosamente fruto de una "castración bioquímica". Resulta posible que sustancias no estrogénicas ejerzan acción benéfica en el carcinoma prostático, por efecto directo sobre el epitelio de la glándula, cosa ya sugerida por Kahle y Maltry en el caso del stilbestrol.

*Precauciones ante la poliomielitis* (Editorial) Pp. 175-176. Debe concederse mayor importancia a la enfermedad prodrómica, que ocurre frecuentemente alrededor de una semana antes del ataque principal; en este momento la ineffectividad del paciente probablemente es la misma que un poco después; con base en las fechas de incidencia máxima de poliomielitis, es recomendable el aislamiento en tales casos, prolongándolo hasta que se haya descartado completamente la enfermedad.

La tendencia general habla de ineffectividad del suero de convaleciente en cuanto a tratamiento y se juzgan inoperantes las pulverizaciones nasales y las gárgaras, como medios de profilaxis. Los buenos cuidados de enfermería durante el estado agudo y el manejo ortopédico conveniente parecen lo más esencial aún hoy día.

El Ministerio de higiene británico acepta ahora tres semanas (a partir del comienzo) como período suficiente para el aislamiento de los casos; se conforma en ello a la práctica nort-

americana y se apoya en la poca evidencia de que la poliomielitis tiende a extenderse en los hospitales; por consiguiente, el plazo de 3 semanas a partir del aislamiento de caso es el plazo en que los contactos domésticos han de excluirse de la escuela. No se considera conveniente el cierre de escuelas porque los niños tienen tanto contacto con otros niños cuando la escuela está abierta como cuando se ha cerrado y es más fácil descubrir casos tempranos en la escuela misma.

En cuanto a kindergartens y otras instituciones para niños muy pequeños, conviene cerrarlas por tres semanas cuando se descubre un caso entre los niños atendidos en ellas.

Aun cuando hay razones para admitir el papel de los portadores adultos en la producción de algunas epidemias, la cuarentena para adultos implica dificultades administrativas casi insuperables; esta medida se estrellaría con grandes obstáculos, entre otros, demandas por lucros cesantes, si se la apli-

cara en las áreas industriales urbanas.

En caso de extensión notoria de un brote de poliomielitis, debe evitarse toda agregación humana, sobre todo cuando no sea indispensable y especialmente si es agrupación infantil; resulta aconsejable, entre otras cosas, el cierre de cines para niños y el de piscinas.

A los niños debe evitárseles la fatiga, los deportes de competencia, y posponerse en cuanto sea posible las operaciones de nariz y garganta, con el fin de hacerlas fuera de la época de epidemia.

La posibilidad de que las moscas sean vectores del virus debe tenerse en cuenta para obrar en consecuencia, aun cuando no hay pruebas categóricas de su realidad.

*Anotaciones.*—El higienista dental. Miembros artificiales. El deseo del alcohol. Corporación para la atención del anciano. Tratamiento del hidramnios. Estrógenos en el cáncer prostático. Hechos respecto a las parteras.