

Actualidades

Hemorragia masiva de úlcera Gastro-Duodenal

(Informe de la Asociación Médica
de los Estados Unidos).

Stewart y sus colaboradores creen que en vista de los últimos adelantos de la técnica quirúrgica, del mayor conocimiento en la manera de tratar la conmoción hemorrágica, y de una anestesia mejor, las ventajas de una intervención quirúrgica temprana en la úlcera péptica hemorrágica merecen considerarse más cuidadosamente que en el pasado. De acuerdo con esta idea, desde enero de 1947 el servicio quirúrgico de los autores se dedicó a estudiar un plan de tratamiento para las úlceras gástricas y duodenales agudas hemorrágicas, comprendiendo un reemplazo inmediato de sangre y una resección gástrica parcial. El estudio está todavía en progreso y no se ha llegado a conclusiones definitivas, aun cuando se están formando ya en la mente de los que están dedicados a este trabajo impresiones bien marcadas. El fin del presente informe es presentar el plan de tratamiento actualmente en uso y analizar los datos clínicos y de laboratorio compilados hasta la fecha.

Se define la hemorragia abundante aguda como puesta de manifiesto principalmente por vómitos de sangre o deposiciones negruzcas, con desmayos, palidez o pérdida del sentido a la semana de admisión al hospital. Se entiende por tratamiento quirúrgico temprano la resección gástrica con extracción de por no menos del 80% del estómago en las 24 horas siguientes a la admisión al hospital. Los únicos enfermos con hemorragia abundante aguda en el tubo digestivo superior que no se operan, son aquéllos que rehusan la operación, aquéllos que presentan claros indicios de una enfermedad sanguínea primaria con defectos de coagulación, o aquéllos que presentan pruebas de cirrosis hepática con várices esofágicas. En caso de una duda razonable acerca del origen de la hemorragia, se realiza de inmediato una laparatomía exploratoria. Cuando no se puede localizar el sitio de la hemorragia durante la laparatomía y ha habido vómito de sangre, o se encuentra sangre en el estómago o en el duodeno, se ejecuta de todos modos una resección gástrica parcial.

Se hace la determinación del volumen de sangre y del volumen del líquido extracelular a la media hora de la admisión del enfermo al hospital, iniciándose inmediatamente después una transfusión abundante de sangre. La intervención quirúrgica se lleva a cabo en el curso del reemplazo de la sangre.

En el último año se han estudiado 30 enfermos de acuerdo con el plan descrito: en 19 casos se ejecutó la operación y en 11 se siguió un tratamiento no operatorio, pues los enfermos rehusaron la intervención quirúrgica o fallecieron antes de que pudiera llevarse a cabo. En dos de los 19 enfermos se encontró que otras lesiones causaban la hemorragia; en un caso había várices esofágicas y en el otro una úlcera carcinomatosa del extremo del cardias del estómago. En ambos enfermos sólo se hizo entonces una laparatomía exploratoria a la que siguió, después de la operación, un curso de convalecencia sin novedades.

La experiencia adquirida hasta ahora indica que el tratamiento descrito proporciona un pronóstico mejor para el enfermo que un tratamiento no quirúrgico. En 17 casos operados, con un promedio inicial de eritrocitos de 2.3 millones por mc., el promedio de sangre administrada por transfusión fué de 3.5 litros. Las pruebas indican que esta cantidad fué más bien menor que mayor de la sangre necesaria.

(Stewart, J. D., Búfalo, N. Y., Masover, A. J., Potter, W. H., y Schaer, S. M.: *Surgery*, 24: 239-245 agosto, 1948. Los autores están relacionados con la Escuela de Medicina de la Universidad de Búfalo y el Edward J. Meyer Memorial Hospital).

La Aureomicinoterapia en la Brucelosis humana

(Informe de la Asociación Médica de los Estados Unidos).

Spink y sus colaboradores informan del estudio y observación hechos en 24 pacientes atacados de brucelosis humana que trataron con aureomicina. En todos los 24 casos se obtuvieron uno o más cultivos positivos de *brucella melitensis*. Dieciséis de los pacientes eran mujeres y 8 varones, oscilando en esta serie de casos la duración de la enfermedad de unos pocos días a un año. Seis de los 24 pacientes habían sido tratados sin éxito previamente con estreptomina o con estreptomina y sulfadiazina combinadas. Se principió a tratar a los pacientes con dosis de 0,5 gm. de aureomicina cada seis horas conjuntamente con 1 a 3 gm. diarios de sulfadiazina durante un período de 13 días.

Los resultados que se obtuvieron fueron tan satisfactorios que se acordó dar el mismo tratamiento a otros 8 pacientes usando aureomicina únicamente y los efectos fueron igualmente satisfactorios. Todos los pacientes tenían fiebre antes de iniciar el tratamiento; pero dos o tres días después de empezar la terapia, la temperatura fué normal. Dos de los pacientes necesitaron un se-

gundo tratamiento por haber reaparecido la fiebre, a pesar de que los cultivos hemáticos continuaron siendo negativos. La aureomicina causó reacciones tóxicas de gravedad, si bien 12 de los 24 pacientes experimentaron un súbito ascenso de temperatura, de 8 a 12 horas después de recibir la primera dosis oral. Entre las demás reacciones secundarias observadas figuraron a veces náuseas, vómitos y diarrea leve, pero estos efectos fueron pasajeros.

Los autores han llegado a la conclusión de que a pesar de los excelentes y alentadores resultados de la aureomicina en esta serie de casos, hasta la fecha sólo se ha estudiado el valor terapéutico inmediato de la aureomicina, y que se necesita todavía un largo período de observación post-hospitalaria de los pacientes para poder determinar completamente el valor de la droga en la terapia de esta enfermedad. En la actualidad se sigue observando cuidadosamente a los pacientes, con objeto de publicar en el futuro un informe sobre posibles reapariciones bacteriológicas.

(Wesley W. Spink, et al: "Aureomycin Therapy in Human Brucellosis due to *Brucella Melitensis*". Journal of the American Medical Association 138: 1145-1148, 18 de diciembre de 1948).

Aspectos técnicos del paludismo terapéutico

(Informe de la Asociación Médica de los Estados Unidos).

Kaplan y Read declaran que los refinamientos técnicos del tratamiento de la neurosífilis por medio del paludismo inducido se han pasado por alto durante mucho tiempo. Si se aprecian en lo que valen estos aspectos del tratamiento, se enfoca el problema desde un sólido punto de vista clínico, lo mismo que se comprenden los mecanismos de inmunización que entran en juego, y se adoptan en forma más general ciertas técnicas que son relativamente sencillas y que ayudan a producir cursos satisfactorios de la enfermedad. El cálculo cuantitativo de parásitos elimina la confusión y pérdida de tiempo en la aplicación del paludismo terapéutico, por cuanto ayuda muchísimo a determinar la gravedad de una determinada infección palúdica y el grado de resistencia del paciente; a prever rápidamente una reacción de inmunidad que exija intervención y reanudación del tratamiento sin necesidad de perder días y hasta meses en observación; y en la regulación bastante exacta del curso febril facilitando las inoculaciones cuantitativas.

Se ha demostrado que estirpes heterólogas de *P. vivax* producen suficiente actividad clínica, en individuos anteriormente in-

fectados de vivax, para permitir su empleo como método de rutina para la re-inoculación de neuro-sifilíticos blancos que presentan tipos de inmunidad parcial de la infección original (cinco a ocho paroxismos), con lo cual se puede prescindir de las cepas de cuartana, que no son convenientes para la reinoculación.

Se han establecido los criterios siguientes para la inoculación de paludismo en el tratamiento de la neurosifilis: (1) Los pacientes de raza blanca que han tenido ya paludismo, los procedentes de la zona del Mediterráneo, de Puerto Rico o de zonas palúdicas altamente endémicas, y todos los negros, deben ser inoculados primeramente con paludismo de la variedad cuartana, por vía intravenosa y en dosis considerables (más de 10.000.000 de parásitos). (2) Todos los demás pacientes blancos que no tengan historia de paludismo deben ser inoculados primeramente con paludismo de la variedad vivax, por vía intravenosa y con dosis de un millón de parásitos. (3) Los pacientes del grupo B en quienes se desarrollan reacciones de inmunidad parcial, con menos de cinco paroxismos, deben ser reinoculados con parásitos de cuartana. (4) Los pacientes del grupo B, en quienes se desarrollan reacciones de inmunidad parcial con cinco paroxismos o más, deben ser inoculados de nuevo con cepas heterólogas de vivax. El tioglicolato de sodio y bismuto (tiobismol), que inhibe los parásitos que se han desarrollado sólo parcialmente, puede emplearse para regular tanto las infecciones de vivax como las de cuartana cuando ocurren ciclos irregulares.

(Kaplan, Lawrence I., Nueva York, y Read, Hilton S.: Technical Aspects of Therapeutic Malaria. Am. J. Med. 4: 846-855, junio, 1948).
