

PARRAVICINI: "Las intervenciones quirúrgicas en los diabéticos". *Gazzet. Osped. e Clinic.*, febrero.

El problema del tratamiento quirúrgico en los diabéticos es siempre de actualidad. Lleva el problema consigo un número de consideraciones que se aplican a la preparación y al tratamiento postoperatorio. Para preparar al diabético, se le someterá durante tres días a una dieta conocida; llegando el cuarto día se le hará un examen de glucosa en orina y una curva de glucemia, y basándose en las cifras que se obtengan, se instituirá un régimen y un tratamiento insulínico.

Se puede dividir a los diabéticos en tres categorías. Primer grupo: compuesto por aquellos que reaccionan rápidamente a la terapéutica y en los cuales la glucemia puede ser mantenida a un nivel satisfactorio. Segundo grupo: formado por diabéticos en los cuales se podrá obtener una glucemia normal, pero será difícil mantener ésta sin glucosuria. Tercer grupo: constituido por los diabéticos graves que están casi constantemente en estado de acidosis, que están en equilibrio inestable y que presentan una insulinoresistencia más o menos fuerte.

Una vez obtenido un equilibrio nutritivo suficiente, se podrá operar, recordando que si la intervención interesa el abdomen habrá que tomar antes y después de la operación todas las medidas útiles para mantener un equilibrio glucémico y evitar la acetonemia que sobreviene tan a menudo. En el tercer grupo de enfermos insulinoresistentes, se hará una terapéutica intensiva con el fin de evitar, en la medida de lo posible, el síndrome acetonémico. Sobre todo en aquellos casos de equilibrio inestable habrá que reducir al mínimo la operación, evitando sobre todo una

M METABOLISMO

ODONTOIATRIA

Mineral metabolism on dephytinized bread (Metabolismo mineral con pan desfitinizado), por R. A. MACCANCE y E. M. WIDDOWSON. "Journal of Physiology", 101, 304-313, noviembre 1942.

Aunque Mellanby (1925) demostró claramente que la harina de avena y el trigo poseen propiedades raquitogénicas, el significado de sus hallazgos no se apreció generalmente. Las observaciones posteriores de otros investigadores, incluso del primero de los dos autores del presente trabajo (McCance, 1934) sugirieron que el agente raquitogénico era el ácido fítico, pero subsistió, sin embargo, en muchos sectores una gran resistencia a aceptar la existencia de un factor decalcificante en los cereales. Más recientemente Harrison y Mellanby (1939) demostraron que las dietas pueden hacerse raquitogénicas para los cachorros de perro añadiéndoles fitato de sodio, y Mellanby (1941) ha demostrado que cuando la avena se hierva con CaH desaparecen sus propiedades raquitogénicas, ya que su ácido fítico queda destruido.

Los presentes autores (véase B. M. B., 15) vieron que hombres y mujeres absorbían con menos libertad el calcio y el magnesio cuando sus dietas contenían mucho pan moreno que cuando contenían la misma cantidad de pan blanco. Se sospechó que el ácido fítico fuese la sustancia culpable de la absorción mediocre, ya que dicho ácido forma sales insolubles de calcio y magnesio. El pan moreno contiene dicha sustancia, pero no así el pan blanco. Estas sospechas quedaron confirmadas cuando se demostró que si se añadía fitato de sodio al pan blanco se inhibía la absorción del calcio.

anestesia larga, recurriendo siempre que sea posible a la anestesia local.

En los casos de urgencia (hernia estrangulada, apendicitis, etc.), el problema adquiere una gravedad particular; deberá en estos casos llevarse a cabo una terapéutica intensiva con fuertes dosis de insulina, inyectándose por todas las vías posibles soluciones salinas y alcalinas. Se recurrirá siempre a la técnica más sencilla con objeto de reducir al mínimo la operación, teniendo en cuenta que muchas veces es más peligrosos retardar el momento de la intervención con objeto de preparar al enfermo, que el intervenir precozmente aun en condiciones no muy favorables. (per Far. Act. II 2.)

En el presente trabajo los autores describen la preparación de una harina morena sin ácido fítico y un estudio de sus efectos sobre la absorción del calcio. Los fitatos quedaron destruidos mediante hidrólisis enzimática, y las disposiciones técnicas permitieron que los productos de la hidrólisis, (inositos y fosfatos inorgánicos) pudieran ser incorporados o excluidos de la dieta a voluntad. Se llevaron a cabo experimentos de control con dietas de pan blanco y pan moreno. Hubo seis sujetos humanos: tres hombres y tres mujeres. Los resultados demostraron que la absorción de calcio fue inferior cuando las dietas contenían pan moreno sin tratar. Destruyendo los fitatos mejoraron las absorciones, y la eliminación de los productos de la hidrólisis determinó una mejoría aun mayor. Con pan moreno tratado de esta forma, la absorción fue tan buena como con el pan blanco. Mediante el estudio de las absorciones de magnesio y fósforo, en condiciones semejantes se obtuvieron resultados similares.

Tomado en conjunto con los descubrimientos anteriores estos resultados dejan escaso lugar a duda de que en el trigo integral el ácido fítico es el agente primordialmente responsable de la mala absorción de calcio y magnesio, y confirman que el fósforo en el ácido fítico se absorbe con menos facilidad que el fósforo inorgánico.—B. M. B. 14. per Med. XII, I. (II).

do este método como tratamiento corriente en todos los casos de angina de Vincent comprobada clínicamente. El examen de laboratorio se emplea sólo para confirmar el diagnóstico, puesto que el hallazgo de microorganismos de Vincent en los frotis no justifica el diagnóstico si no se encuentran los signos clínicos.

Después de terminado el artículo, los autores trataron 12 enfermos más por el mismo método, sin recidivas, lo que eleva a 48 el total de casos. Estos pacientes mostraban también extensa ulceración tonsilar, y aunque la úlcera no estaba completamente curada a las setenta y dos horas de tratamiento, los síntomas habían desaparecido y la úlcera se encontró curada al siguiente examen, sin nuevo tratamiento. (per Sem. Med. Esp.)

V VINCENT, ANGINA DE

ODONTOIATRIA

La actualidad médica en los Estados Unidos, por el DR. ROBERT M. BARTON.
Tratamiento de la angina de Vincent con sulfotiazol.

En el *Journal of the American Medical Association* del 3 de febrero de 1945 publican W. W. MANSON y I. T. CRAIG una nota clínica sobre este tema.

Se sabe que los gérmenes de Vincent se encuentran frecuentemente en los frotis tomados de una boca normal. STAFNE los halló en el 75 por 100 de los adultos examinados, a pesar de la falta de síntomas de angina o gingivitis de Vincent. Su presencia en los frotis tomados para el estudio microscópico no debe ser la base para un diagnóstico de angina de Vincent si faltan signos y síntomas clínicos; pero cuando se ve un paciente con dolor a la deglución, temperatura elevada una membrana en la faringe o las amígdalas con una úlcera tonsilar necrótica y un frotis que muestre numerosos bacilos fusiformes y *borrelia*, puede afirmarse que los microorganismos de Vincent son la causa de la enfermedad.

Como han demostrado LUDWICK, FARREL y McNICHOLS, JEWESBURY, FARLEY y otros, los arsenicales, así como el bismuto, no son tan específicos como se creía en las infecciones de este tipo. Se ha publicado un gran número de casos de pacientes sifilíticos que han presentado angina de Vincent mientras estaban sometidos a tratamiento antiluéutico. Esto parece indicar que el arsénico y el bismuto no actúan ni siquiera como

inhibidores sobre los gérmenes de Vincent cuando se emplean por vía intravenosa o intramuscular.

FELLOWS empleó sulfotiazol por vía oral, en unión con una aplicación tópica de solución saturada de neoarsfenamina en glicerina, a las lesiones, y obtuvo buenos resultados en una serie de 36 casos. LINTON publicó cuatro casos tratados con sulfotiazol disuelto sobre la lengua, y sus resultados fueron tan satisfactorios y el tiempo necesario para obtener una curación clínica fué tan breve, que los autores decidieron adoptar esta forma de tratamiento en sus actividades de la Armada norteamericana, logrando así reducir el tiempo medio de tratamiento de la angina de Vincent desde diez días a setenta y dos horas.

En este tratamiento se disuelve una tableta de medio gramo de sulfotiazol sobre la lengua, cada dos horas durante el día y cada cuatro horas durante la noche. La temperatura se normalizó generalmente en veinticuatro horas, desapareciendo también los síntomas casi completamente en este periodo. A pesar de la mejoría clínica, el tratamiento se continuó durante setenta y dos horas en total, excepto en los casos muy leves, en que se terminó a las cuarenta y ocho horas. En los frotis tomados en este momento no se encontraron gérmenes de Vincent o se halló una pronunciada reducción de las formas de *borrelia*. El tratamiento, sin embargo, se interrumpió a las setenta y dos horas sin tener en cuenta el resultado de los frotis. Las lesiones habían desaparecido siempre a las noventa y seis horas de iniciado el tratamiento.

No incluyen los autores en este informe todos los casos en los que se encontraron microorganismos de Vincent en los frotis, sino sólo aquellos que presentaban una ulceración tonsilar con una membrana grisácea que en los frotis mostraba gran número de bacilos fusiformes y formas espirales. Se cree que sólo estos casos representa la verdadera angina de Vincent. Generalmente, estas lesiones son unilaterales. Un caso de esta serie mostraba ulceración bilateral de las amígdalas. Hubo también un caso que los autores consideraron como recidiva, aunque debe ser tomada en cuenta la posibilidad de una reinfección, ya que el intervalo fué de dos meses.

La serie de los autores comprende 36 casos tratados por el método descrito. Ningún caso fué tan tratado con sulfotiazol durante más de setenta y dos horas, siendo la dosis total, en estos casos, de 18 gramos. Los casos más leves fueron sometidos a tratamiento sólo durante cuarenta y ocho horas, con un total de 12 gramos de sulfotiazol. Los resultados fueron uniformemente buenos en los dos grupos. El promedio de días de enfermedad, 3,75 en este grupo, período mucho más corto que el obtenido con los antiguos métodos de tratamiento.

No se observaron casos de sensibilidad a las sulfonamidas en esta serie. A los pilotos y tripulantes de aviones se les prohibió volar durante cuarenta y ocho horas después de la terminación del tratamiento, medida que se emplea en todos los pacientes que reciben sulfonamidas.

Fueron tan satisfactorios los resultados, que los autores han adopta-