

mineral del organismo atacado de tetania. Mientras mayor cantidad de fósforo se administre, tanto mayor cantidad de calcio es necesaria para eliminar el fosfato por las deposiciones. Schelling recomienda la siguiente alimentación pobre en fósforo:

Frutas: Manzanas, plátanos, uvas, limones, naranjas, albaricoques, fresas, melones, dátiles, higos. *Hortalizas:* Espárragos, pepinos, lechuga, escarola, tomate, rábanos, coliflor.

Además, son alimentos pobres en fósforo: mantequilla, aceite refinado, miel, mermelada, azúcar, gelatina, clara de huevo, sal y pimienta, café y té, nata y aceite de oliva. Con una dieta así es posible disminuir el contenido en fósforo de una alimentación diaria a 0,3-0,5 gramos, manteniendo un contenido suficiente. La carne es posible limitarla para de esta forma impedir la formación de mayores cantidades de guanidina. También deben limitarse las nueces, leche, queso y yema de huevo. La leche y el queso contienen verdaderamente considerables cantidades de cal, pero a la vez también grandes cantidades de fósforo. En la osteitis fibrosa de Recklinghausen se intentará mejorar el balance del calcio alterado del organismo con una alimentación rica en cal. Esto no puede hacerse de un modo abundante mientras exista un tumor del corpúsculo epitelial. El éxito de la operación sobre éste y la regeneración del esqueleto puede favorecerse, sin embargo, con esta dieta. Tiene que ser rica en cal, pero simultáneamente también rica en fosfatos. Sin embargo, hay que proceder con cuidado, porque, si no, existe el peligro de complicaciones indeseables por la formación de cálculos urinarios.

D DIETETICA EN LOS TRASTORNOS ENDOCRINOS

ODONTOIATRIA

El tratamiento dietético en los trastornos de las secreciones internas, por MARX.—“Deutsche Medizinische Wochenschrift”, núms. 27-28, página 516, 1943 [616.4].

I

Aunque la dieta en los enfermos con trastornos de las secreciones representa solamente una medida suplementaria, no debe ser descuidada. Los conocimientos que se tienen referente a la acción que ejercen sobre estos enfermos las distintas formas de alimentación son todavía muy limitados, pero es probable que, mediante el cambio de la alimentación, pueda actuarse más profundamente en el organismo que con otras medidas medicamentosas.

En los pacientes con enfermedad de Basedow importa mucho, junto a la clase de alimentación, el cuidado de la preparación y la variación de los alimentos, cosa que vence con frecuencia la falta de apetito de los enfermos. La alimentación debe ser, en primer lugar, rica en sustancias combustibles. La mayoría de los enfermos han adelgazado por la pérdida de apetito, aceleración del metabolismo, diarrea y pérdida de agua. El tratamiento debe estar dirigido a aumentar la curva del peso; entonces es señal de que los enfermos mejoran. Con frecuencia todos los ensayos que se hacen con la dietética no dan resultado, hasta que por cualquier otro motivo “se abren las ganas de comer” y aumenta el peso.

La observación de Curschmann de que la enfermedad de Basedow es más rara en tiempos de guerra por la alimentación unilateral no ha sido confirmada en general. Es posible que una deficiente alimentación en carne evite la enfermedad de Basedow, pero esto no puede ser tenido en cuenta como tratamiento. Otros autores recomiendan períodos de parca alimentación, alternando "días de frutas". Otros recomiendan limitar especialmente la grasa en la alimentación. Es muy discutido el empleo de la albúmina alimenticia. Mientras que al principio se quería reemplazar las elevadas pérdidas de albúmina, destruidas por el metabolismo, mediante una mayor administración de albúminas, se ha prescindido después de esto, debido muy especialmente al miedo a la acción específico-dinámica. Kommerell admite que la albúmina de la carne aumenta la sensibilidad de los tejidos contra la tiroxina. Así, se ha recomendado un tratamiento exento de carne o de albúmina. A esto se ha añadido que una alimentación que, conjuntamente con la carne, suprimía los huevos, la leche y el queso, plantea problemas técnicos culinarios difíciles y no satisface, con el tiempo, el gusto de los enfermos. El autor cree que está bien limitar la administración de carne, pero que no es necesario suprimirla totalmente. La adición de alimentos necesaria para equilibrar el mayor gasto metabólico se toma siempre de los hidratos de carbono. En aquellos casos en los que exista intolerancia para ellos, habrá que acudir a las grasas. También será necesario cuidar que los enfermos tengan buena dentadura, que mastiquen bien y lentamente. La alimentación tiene que ser poco irritante. Debe prohibirse el café, té, alcohol, etc.; conservas,

frutas no maduras, especias, rábanos, vinagre, así como mucha sal. Deben evitarse las comidas muy frías o muy calientes. Una alimentación pobre en sal es natural que se imponga a los enfermos hipertensos y con alteraciones circulatorias hidrópicas. En el resto de enfermos pueden emplearse de dos a cinco gramos de sal diarios, que pueden soportarlos mejor que la abstención completa. Posiblemente desempeña aquí un papel importante la influencia del sistema suprarrenal, el que necesita imprescindiblemente de una cantidad suficiente de sal.

Podrá decirse que deberá prestarse atención a que la alimentación de los basedowianos sea abundante en vitaminas y, en ocasiones, se fortalezca el tratamiento dietético con vitaminas naturales. El autor dice, sin embargo, que no está muy convencido de la eficacia de ese tratamiento.

En los enfermos de mixedema puede ser complementada considerablemente la acción del tratamiento tiroideo con una dieta sin agua y sin sal, podrá emplearse la alimentación sólida pobre en sal que se usa en los enfermos de los riñones, corazón e hipertensos. Simultáneamente hay que administrar vitaminas, especialmente vitamina A y el complejo de vitamina B, así como también albúmina suficiente, particularmente animal.

El tratamiento dietético de la tetania se ha mostrado recientemente importante y eficaz. Hoy no se acepta el procedimiento de someter a los enfermos a una alimentación lacto-vegetal. La leche tiene el defecto de suministrar considerables cantidades de cal, al par que enormes cantidades de fósforo, que producen un estado desfavorable del metabolismo

que asegura la continuidad de una buena osificación y pone a cubierto de posibles acortamientos. Con este método, el autor ha resuelto con éxito la mayor parte de los casos.

2.º Diafisectomía, utilizada solamente en las formas agudas y en regiones topográficas de hueso doble; con ella débese contar siempre con un acortamiento más o menos notable de la extremidad. Esta intervención ha de descartarse en las localizaciones múltiples y formas hiperagudas que sugieran predominio del factor piohémico. Comenta minuciosamente diversas técnicas para efectuar la diafisectomía; entre los cinco casos por él intervenidos en el espacio de dos años, describe uno concluyente. Afirma que en todos los casos la indicación operatoria se fija en la mesa de operaciones.

3.º Método de Orr, preconizado para la osteomielitis crónica, consistente en enyesados cerrados e inmovilizantes, y con el cual el autor ha resuelto 16 casos en igual tiempo. Evidencia los favorables resultados obtenidos simultaneando la cura de Orr con la puesta en plano del hueso afectado y taponamiento con gasa estéril, empapada o no en vaselina estéril.

Recuerda que el concepto quirúrgico debe ser amplio, pero siempre procurando suprimir las más pequeñas injurias del cartílago de conjunción y del periostio, ya que del primero depende el crecimiento del hueso en profundidad y de la cara interna del segundo su crecimiento en espesor. (per "Extracta.", 158.)

O OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

Terapéutica actual de las osteomielitis, por R. MONEGAL CERDÁ.—"Farmacología y Terapéutica", 1943, IV, pág. 571.

Fundamentalmente la osteomielitis es debida a una noxa microbiana que se transmite por vía hemática en forma metastásica, favorecida por otros factores predisponentes, tales como traumatismos, edad juvenil, etc.

Desde el punto de vista etiológico, el traumatismo cerrado—el abierto ya no ofrece discusión—tiene una importancia indudable, pero para que sea aceptado como causal se requiere:

1.º Es imprescindible que exista con anterioridad una infección focal o generalizada. El traumatismo cerrado, por sí solo, no puede admitirse como causa exclusiva: la fundamental corresponde a las bacterias.

2.º Debe ser suficientemente intenso para que puedan ser destacadas las lesiones sobre el hueso enfermo.

3.º Debe tener idéntica topografía que el ulterior proceso osteomielítico.

4.º El período transcurrido entre el traumatismo y la enfermedad debe oscilar entre uno y tres días, cuando el agente etiológico sea el estafilococo.

De las diversas teorías formuladas para aclarar el mecanismo patogénico de la osteomielitis, y de su experiencia personal, deduce el autor que dicho mecanismo está supeditado a fenómenos focales debidos a al-

teración del metabolismo cálcico, a un mecanismo de perturbación vascular que siempre acompaña a los tejidos en formación y a un osteotropismo innato o adquirido por el traumatismo, todo ello favorecido por el poder hematopoyético de la medula ósea, que aparece constantemente congestionada en los animales de laboratorio pocas horas después de la inyección intravenosa de estafilococos. El tratamiento de las osteomielitis es fundamental e imprescindible quirúrgico; el tratamiento médico tiene una simple acción coadyuvante.

Sueroterapia.—Las estadísticas de Baker y Shands muestran que, en los enfermos tratados con suero específico, la mortalidad fué de 25,7 por 100; en los no tratados ascendió al 70 por 100. Se aconsejan las dosis de 20.000 unidades para niños menores de diez años, por vía intramuscular, y de 40.000 para los mayores de esta edad. Si transcurridas cuatro horas no se produce reacción, se inyectan endovenosamente 40.000 unidades más, diluídas en suero fisiológico, cantidad que puede repetirse cada veinticuatro horas. La sueroterapia debe aplicarse muy prematuramente, ya que el suero únicamente neutraliza la toxina recién formada y la que está en vías de formación.

Vacunas.—Su principal indicación la tienen en los casos de abscesos subperiódicos, una vez drenados, cuando no van acompañados de necrosis ni de secuestro. La vacunoterapia carece de acción en la septicemia y, utilizada en el momento inicial de la enfermedad, es por completo ineficaz.

Vitaminas.—Aunque el metabolismo vitamínico en los procesos osteomielíticos esté en parte por aclarar, parece lógico que la normalización de los síndromes carenciales coadyuve a la evolución favorable de la osteomielitis. La vitamina B₁, estimulante de la regeneración ósea, y la vitamina C, que aumenta la resistencia a las enfermedades infecciosas óseas, son los factores vitamínicos que han demostrado tener una influencia más notoria en dicha enfermedad.

Sulfamidoterapia.—Muy eficaz, si se asocia al tratamiento quirúrgico; pero no de una manera aislada, como algunos autores americanos preconizan. Según la etiología del agente provocador, se administrarán derivados tiazólicos o piridínicos.

Radioterapia.—Son diversas las opiniones que existen sobre esta terapéutica; el autor no la enjuicia todavía por carecer de amplia experiencia propia.

Calor húmedo. Transfusiones sanguíneas. Larvas de mosca.—Son tratamientos sintomáticos más bien que coadyuvantes; aunque de campo de acción reducido, se utilizan en algunas ocasiones.

Tratamiento quirúrgico.—Es el fundamental, como antes se ha expuesto. Con él se obtienen los mejores y más prácticos resultados, manifestándose una tendencia hacia la supresión radical del foco infectado. Describe con gran detalle las principales intervenciones utilizadas en la actualidad:

1.º Resección parcial, reservando una estrecha tira lateral del hueso,