

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Extracto intestinal en los reumatismos.—En diferentes ocasiones se ha intentado relacionar los padecimientos reumáticos con el aparato digestivo, y RENSHAW (Ann. Rheum. Dis., 6, 15, 1947) insiste en ello desde otro punto de vista. Cree haber observado una atrofia de la mucosa intestinal en los reumáticos, y construye sobre ello algunas hipótesis. En su opinión, tal atrofia facilitaría el ingreso por vía intestinal de sustancias antigénicas, las cuales originarián el estado alérgico reumático. Por otra parte, es posible que la erepsina intestinal (la cual probablemente faltaría en los reumáticos) intervenga en la regulación del espectro proteínico de la sangre. Aunque el mismo autor considera sus teorías poco plausibles, afirma, sin embargo, el buen resultado de su aplicación a la clínica. Ha tratado 556 casos de reumatismos diversos con un extracto de mucosa intestinal, cuya preparación no se indica, pero que contiene abundante cantidad de erepsina. El extracto se administra en cápsulas entéricas, a la hora y media o dos horas de las comidas, y se mantiene la medicación durante varios meses. De los 556 enfermos tratados mejoraron considerablemente 283 y de un modo menos marcado 219. En el grupo se comprendían 292 casos de artritis reumatoide, de los que 264 mejoraron en un grado variable. El resultado fué también muy bueno en los pocos enfermos tratados con enfermedad de Still.

Tratamiento de las uretritis.—Existen grandes discordancias en los datos que se comunican por los clínicos que tratan uretritis con sulfonamidas o penicilina. Estas discordancias se refieren especialmente a los resultados finales y al porcentaje de uretritis residuales. SPOONER (Can. Med. Ass. J., 56, 193, 1947) ha tratado 684 casos de uretritis gonocócica aguda con penicilina, mediante 8 dosis administradas con un intervalo de tres horas y con una cantidad total de inyección de 120.000 a 150.000 unidades; en las fases agudas considera contraindicado todo tratamiento local, y únicamente cree aconsejables los baños de asiento calientes. En seis días quedan sin ninguna secreción el 62,13 por 100 de los enfermos. Se produjo una recidiva después del tratamiento en el 3,37 por 100. Es notable, sin embargo, la gran frecuencia con que persiste una secreción uretral anespecífica, después del tratamiento; tal secreción era simplemente mucosa en el 15,35 por 100 y tenía carácter purulento en el 22,35 por 100, por lo cual tales enfermos requieren un tratamiento ulterior. Muchos de estos enfermos curan con el simple

reposo en cama. El 75 al 90 por 100 de tales pacientes quedan sin ningún síntoma con sulfonamidas, empleadas éstas en grandes dosis; el autor ha tratado 146 enfermos durante dos días, con una dosis diaria de 10 gr. de sulfotiazol o sulfadiazina, asociados a alcalinización de la orina, sin observar ninguna manifestación tóxica. Los casos resistentes a esta terapéutica deben ser sometidos a tratamientos locales (lavados con permanganato, masaje de la uretra anterior, tratamiento de la prostatitis, si existe, etc.) o a la asociación de piroterapia (producida con vacuna tífica intravenosa) y la administración de 10 gr. de sulfotiazol el día de la fiebre y 4,5 gr. durante varios días sucesivos. En 300 casos de uretritis residual, SPOONER ha conseguido un 82 por 100 de curaciones con esta asociación de piroterapia y sulfotiazol.

Estreptomicina en las brucelosis y fiebre tifoidea.—Aunque la estreptomicina posee un poderoso efecto antibacteriano contra los gérmenes de las brucelosis y de la tifoidea, las primeras comunicaciones clínicas fueron desfavorables en cuanto a su eficacia en el tratamiento de los pacientes. PULASKI y AMSPACHER (New Eng. J. Med., 237, 419, 1947) han ampliado la experiencia a un grupo más numeroso de enfermos. Los casos de brucelosis han sido 25, de ellos 12 agudos (11 con hemocultivo positivo) y 13 crónicos; los gérmenes obtenidos en los hemocultivos eran sensibles a concentraciones de estreptomicina de 0,5 a 1 microgramo por centímetro cúbico. Las normas de tratamiento fueron muy diversas, siendo las dosis máximas las de 6 gramos diarios de estreptomicina durante catorce días y las mínimas 1-2 gr. diarios durante diez días. Los resultados no son alentadores: solamente en dos casos, en los que se asoció la sulfadiazina a la estreptomicina, se consiguió una curación; la mayoría de los enfermos no se modificaron por la quimioterapia; en uno de ellos se observó la positividad del hemocultivo a los veintiséis días del tratamiento. Fueron tratados 6 enfermos de fiebre tifoidea; los gérmenes obtenidos de 3 de ellos eran inhibidos en su crecimiento "in vitro" por 8 microgramos de estreptomicina por centímetro cúbico; el bacilo aislado de otro era resistente al antibiótico. Los pacientes recibieron 3 a 4 gr. diarios de estreptomicina por vía oral o parenteral, y solamente en uno de ellos se observó una mejoría manifiesta, que pudiera atribuirse a la terapéutica. De tres portadores de bacilos que fueron sometidos a tratamiento con estreptomicina solamente uno quedó libre de bacilos (en la bilis y en el pus de

una osteitis tífica). Se observó también una rápida respuesta favorable en un enfermo infectado con un bacilo paratípico, y que fué tratado con la administración oral de 0,5 gr. de estreptomicina cada cuatro horas.

Infusión en la médula ósea en niños.—La infusión en la médula ósea es casi imprescindible en niños que no tienen venas utilizables. HEINILD, SONDERGAARD y TUDVAD (J. of Pediat., 30, 400, 1947) han realizado 982 transfusiones o infusiones en niños menores de cuatro años. La técnica es sencilla, consistiendo en la perforación de la cara anterior de la tibia, en su tercio superior, mediante una cánula, por la que se introduce a continuación la sangre u otro líquido, con una jeringa de 10 c. c. La velocidad de inyección no debe sobrepasar la de 10 c. c. por minuto. Aproximadamente en el 10 por 100 de los casos se encuentra alguna dificultad para encontrar la cavidad medular o para realizar correctamente la infusión, pero solamente en el 2 por 100 llega a ser impracticable. Los peligros de la transfusión son escasos, excepto cuando se realiza de un modo continuo o se inyectan sustancias hipertónicas. En estos casos no son raras las osteomielitis, de las que han observado 5 casos los autores. La transfusión de suero desecado origina a veces accidentes graves, refiriendo HEI-

NILD y colaboradores dos casos de muerte con un cuadro de shock a raíz de su inyección. El estudio histológico o radiológico ulterior de las tibias no reveló la existencia de ninguna alteración a consecuencia de las transfusiones en la médula.

Pulverización de penicilina en el impétigo.—La penicilina es el remedio más eficaz contra el impétigo, y su aplicación en pulverización poseería grandes ventajas, en opinión de HELLIER (Br. J. Dermat. Syph., 59, 249, 1947). Para realizar el tratamiento se disuelve una tableta de 6.000 a 10.000 unidades en 25 c. c. de agua estéril y se pulveriza sobre la piel enferma. En un total de 204 casos tratados se obtuvo la curación de 191 en un tiempo medio de ocho-nueve días. Hay, por lo tanto, un 6,4 por 100 de fracasos, los cuales se explican en unas ocasiones por tratarse de gérmenes resistentes, pero en otros casos no existía tal resistencia "in vitro", siendo entonces un motivo frecuente de fracaso el estado seborreico de la piel, en el cual existe una gran tendencia a infecciones piógenas. En estas circunstancias se logra la curación clínica por el uso de una pomada mercurial al 2 por 100 ó de agua de Alibour, durante cuarenta y ocho horas, a continuación del tratamiento con fumigaciones de penicilina.

EDITORIALES

DISTINTAS CLASES DE COREA DE SYDENHAM

Cuando se describió el corea de Sydenham se ignoraba su causa y se atribuía generalmente a la influencia de factores psíquicos, especialmente del miedo. Seguramente fué STOLL, en 1780, el primero en señalar la coexistencia de reumatismo agudo y corea, pero la correlación se estableció principalmente por ROGER. Pronto se vió la gran frecuencia de manifestaciones coreicas en el reumatismo agudo y viceversa, de tal forma que la identidad entre reumatismo y corea fué considerada como un axioma. STILL llegó a decir que el corea es tan patognomónico del reumatismo como un goma de la sífilis, y por otro gran clínico se ha afirmado que no se debe hablar de la frecuencia de corea en los reumáticos, sino de la cuantía de las manifestaciones coreicas en tales enfermos, ya que, en grado atenuado, serían constantes.

Siempre ha habido, a pesar de todo, opiniones contrarias a la identidad de corea y reumatismo. STURGES, por ejemplo, mantuvo la idea de que en la mayoría de los casos de corea no se demostraban datos en pro de su naturaleza reu-

mática, y posteriormente las numerosas estadísticas sobre enfermos coreicos mantienen este mismo criterio. Recientemente, KAGAN y MIRMAN han revisado 6.543 casos de corea de la literatura, y solamente en 33 por 100 han encontrado razones en pro de su naturaleza reumática, en tanto que en 67 por 100 no se podía admitir con seguridad tal etiología. Se plantean entonces KAGAN y MIRMAN el problema de si habrá diferencias clínicas entre unos casos y otros, según sean o no de naturaleza reumática. Parten para ello de la diferente velocidad de sedimentación globular que muestran unos y otros enfermos con corea. En tanto que en un gran número de los mismos son altas las cifras de velocidad de sedimentación, en la mayoría se encuentran en límites normales.

Cuando se examinan durante el primer brote coreico los enfermos con velocidad de sedimentación aumentada (en la estadística de KAGAN y MIRMAN, que comprende 107 casos, constituyan el 42 por 100), se observa que en el 84 por 100 se encuentran síntomas concomitantes reumáticos o antecedentes evidentes de reumatismo. En el 62 por 100 del total de enfermos