

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Aureomicina en salmonelosis.—En la tifoidea y salmonelosis han fracasado los intentos de tratamiento con antibióticos, incluso aquellos, como la estreptomina, que es muy eficaz "in vitro" contra tales gérmenes. La aureomicina es eficaz "in vitro" contra numerosos gérmenes Gram positivos y Gram negativos, incluyendo los del grupo tifoidea-salmonela, y COLLINS, PAINE, WELLS y FINLAND ("Ann. Int. Med.", 27, 1077, 1948) han ensayado en la clínica su empleo en cinco casos de tifoidea, tres de salmonelosis grave, uno de septicemia por colibacilo y un portador de bacilos de Eberth. En todos los enfermos se empleó la aureomicina por vía oral, en dosis variables entre 0,05 gr. cada ocho horas y 0,5 gr. cada seis horas; además, dos enfermos recibieron inyecciones intramusculares del antibiótico (20 mgr. cada doce horas). La interpretación de los resultados es dudosa, teniendo en cuenta el pequeño número de enfermos tratados y la variabilidad de las infecciones en cuestión. En dos de los enfermos de tifoidea y en uno de salmonelosis se observó un efecto muy favorable, comenzando una gran mejoría y negativación de los análisis bacteriológicos, a partir de la iniciación del tratamiento. Los otros tres enfermos de tifoidea probablemente también se influyeron favorablemente, ya que mejoró su aspecto clínico y disminuyó su gravedad. En los otros dos casos de salmonelosis y en el portador de bacilos no se obtuvo éxito, probablemente por existencia de focos purulentos, en los que la penetración de la aureomicina debe ser escasa.

Tratamiento de la neumonía con una inyección diaria de solución acuosa de penicilina.—La tendencia a espaciar más las dosis de penicilina se generaliza, a causa de los excelentes resultados prácticos. Ya en 1944 demostró TILLET que podía suprimirse la administración durante doce a catorce horas diarias en la neumonía neumocócica. TOMPSETT y colaboradores publicaron en 1948 la terapéutica de la neumonía con dos inyecciones diarias de 300.000 unidades de penicilina. Recientemente, WEISS y STEINBERG ("Am. J. Med. Sci.", 217, 86, 1949) han tratado 30 casos de neumonía neumocócica con una sola inyección de solución acuosa de 300.000 unidades de penicilina G, por vía intramuscular, hasta que la temperatura es normal durante tres días. En 18 de los casos se obtuvo una rápida curación por crisis; 9 casos curaron por lisis; un caso no respondió al tratamiento (probablemente se trataba de una infección asociada de estreptococo viridans) y dos casos fallecieron (uno era un viejo de setenta y dos años, tratado tardíamente; el otro un alcohólico, en el que se produjo un descenso de la temperatura, pero falleció con delirio y cianosis). Los resultados parecen no ser inferiores a los obtenidos con dosis frecuentes de penicilina.

Beta-metilcolina-uretano en el tratamiento de la retención urinaria postoperatoria.—La retención vesical de orina después de intervenciones quirúrgicas es un hecho relativamente frecuente, aun sin existir ningún obstáculo anatómico al vacia-

miento. Hasta ahora no se dispone de medios que resulten eficaces constantemente para resolver el problema, y únicamente el empleo de sustancias parasimpaticomiméticas va seguido de éxito en muchos casos. Entre tales sustancias, las más utilizadas son el mecolil y el doril, pero esta última posee además una marcada acción nicotínica y la primera es muy inestable, por lo que el tratamiento tropieza en la práctica con algunos obstáculos. GARVEY, BOWMAN y ALSOBROOK ("Surg. Gynec. & Obst.", 88, 196, 1949) han utilizado el preparado beta-metilcolina-uretano, que fué sintetizado por MAJOR en 1936, y que posee una acción parasimpaticomimética pura, la cual puede ser neutralizada completamente por la atropina. La técnica del tratamiento consiste en la inyección subcutánea de 5 mgr., que se repite hasta tres veces, con intervalos de treinta minutos; después de una de estas inyecciones se obtiene el vaciamiento de la vejiga en el 60 por 100 de los casos. Si no se ha logrado, se hace un cateterismo vesical y se repiten las inyecciones, consiguiéndose así una respuesta satisfactoria en otro 25 por 100 de casos. En 15 por 100 de los enfermos no se consiguió el vaciamiento vesical con la droga utilizada. El método está contraindicado en los casos de asma, hipertiroidismo, en la obstrucción del cuello vesical, en las intervenciones con suturas intestinales recientes y en los enfermos de las coronarias. La administración no produce manifestaciones desagradables cuando se realizan las inyecciones alejadas de las comidas, ya que en otro caso se producen náuseas y vómitos.

Tratamiento de la intoxicación plúmbica.—En la fase aguda de la intoxicación saturnina no hay discrepancias sobre las medidas a adoptar. Estas surgen cuando se trata de combatir las fases crónicas, existiendo quienes aconsejan acelerar la eliminación del plomo del organismo, en tanto que otros creen preferible la fijación del metal en los huesos. WILENTZ ("Journ. Am. Med. Ass.", 139, 823, 1949) aconseja las siguientes normas: En la fase aguda se proporcionará una dieta rica en calcio y se inyectarán 10 c. c. de solución al 20 por 100 de gluconato cálcico cada cuatro horas; todas las mañanas se proporcionarán al enfermo 15 a 30 gr. de sulfato magnésico y se combatirá el dolor abdominal con aplicaciones de calor y con administración de belladona, luminal, sintropán, etc. En la fase aguda no son aconsejables los preparados de hierro o de calcio por vía oral; éstos se utilizarán en la fase subaguda, en la cual se administrarán también laxantes suaves y se evitará la exposición al tóxico. En cuanto al problema de favorecer la eliminación del plomo, WILENTZ lo considera desacertado, ya que aumenta la intensidad y la duración de los síntomas y sus resultados son inseguros. La administración de vitaminas es recomendable para mejorar los síntomas de astenia y malestar, pero su eficacia es discutible.

Decorticación pulmonar en pacientes tuberculosos.—Teniendo presente los buenos resultados de la decorticación pulmonar en los hemotórax orga-

nizados, O'ROURKE, O'BRIEN y TUTTLE ("Am. Rev. Tbc.", 59, 30, 1949) han propuesto la misma intervención en ciertos casos de tuberculosis pulmonar. Las indicaciones para ella serían los casos de empiema tuberculoso, en los que se producen cámaras aisladas o mal comunicantes, los neumotórax que no se ocluyen aún en los intentos de abandono, la existencia de una "cáscara" pleural que impide la expansión del lóbulo restante, cuando se ha efectuado una lobectomía, etc. En total, los autores han efectuado la operación en 9 casos de complicación de pleuresía tuberculosa, en 27 que tenían una compli-

cación de un neumotórax y en 7 como coadyuvante de una lobectomía. Los resultados han sido excelentes en 20 enfermos, buenos en 14, poco marcados en 5 y la intervención fracasó en 4. Estos fracasos se deben a la falta de expansión de lóbulos ya muy fibrosos, a la reactivación de lesiones quiescentes y a la producción de fistulas broncopulmonares. Aunque en algunas de las intervenciones practicadas por los autores no se empleó tratamiento con estreptomina, aconsejan que siempre se realice, con objeto de evitar siembras en la cavidad pleural o reactivación de lesiones.

EDITORIALES

EPIDEMIAS DE TIROTOXICOSIS

A la mirada de los clínicos no había escapado el hecho de que frecuentemente se acumulan los casos de tirotoxicosis, en forma que semeja una epidemia. El fenómeno fué ya observado en 1890 por REYNOLDS, y con posterioridad ha sido señalado por otros autores, como MARAÑÓN y BÉRARD, y aún más tarde por BIRCHER, MAC CLURE, etc. Como en tantos otros casos, la explicación de las "epidemias" de tirotoxicosis se buscó en factores accesorios coincidentes con las mismas; así se habló de Basedow de guerra, en los casos que coincidieron con la europea de 1914-1918, y de Basedow yódico, cuando surgió un nuevo brote, al generalizarse el empleo terapéutico del yodo en los bocios.

En la época de la segunda guerra mundial, han surgido también comunicaciones sobre acúmulos de casos de tirotoxicosis. MEULENGRACHT e IVERSEN han estudiado la epidemia que apareció en Dinamarca en 1941. Simultáneamente se observó otra en Noruega (Grelland) y en París. La epidemia mejor estudiada ha sido la de Copenhague, la cual duró hasta 1945, con un total de 2.802 enfermos. Así como la frecuencia de tirotoxicosis fué en 1938 de 0,19 por 1.000 habitantes, en 1943 llegó a ser la proporción de 0,84 por 1.000.

Los caracteres de la tirotoxicosis fueron un poco distintos de los que se observan habitualmente. En primer lugar, fué relativamente más abundante en los varones (43 por 100) de lo que corrientemente se observa, y también se observó una desviación hacia edades más altas de la vida (media de 45,1 años, en 1942; en los diez años anteriores la media fué de 38,8 años). Muchos casos fueron oligosintomáticos, con metabolismo basal elevado, pero sin exoftalmos, taquicardia o gran bocio.

La causa de los acúmulos de casos de tirotoxicosis no se ha aclarado. La explicación más frecuente propuesta es la de que se trata de un desencadenamiento; por factores psíquicos, especialmente de naturaleza emotiva. Varias de las epidemias citadas se han producido en épocas de guerra, cuando los sujetos eran sometidos a estímulos emotivos intensos. MEULENGRACHT rechaza esta explicación, aduciendo que precisamente las epidemias se han observado en lugares relativamente poco afectados por la guerra, en tanto que no se han demostrado en países sometidos a mayores traumatismos psíquicos.

La influencia de factores nutritivos debe también ser tomada en consideración. Es poco probable que se trate del efecto de una dieta reducida en su valor calórico, ya que la desnutrición más bien tiene el efecto de disminuir el metabolismo basal. IVERSEN ha estudiado la dieta de Dinamarca en la época de la epidemia, y llega a la conclusión de que quizá sea la falta de factores antitiroi-

deos contenidos en la soja, cuya importación en Dinamarca cesó durante la guerra. MEULENGRACHT objeta a esta idea que tal factor dietético no se observó en las epidemias simultáneas de Noruega y Francia, y que en la misma Dinamarca la epidemia decreció antes de que se hubiese restablecido la importación de soja. Otros posibles factores causales, como las influencias climáticas, el consumo de yodo, etc., no jugaron ningún papel en las epidemias recientes de tirotoxicosis.

Juzga MEULENGRACHT verosímil que la tirotoxicosis epidémica sea ocasionada por un agente infeccioso, posiblemente un virus. En favor de la naturaleza infecciosa del proceso figuraría la evolución cronológica de la epidemia, la evolución cíclica dentro de cada año (se observó una agudización de la epidemia en los meses de verano) y especialmente la coincidencia con otras epidemias. Los datos sanitarios de la época muestran una intensa epidemia de hepatitis y una menos acentuada de neuritis, así como aumento de morbilidad por meningitis meningocócica, parotiditis y amigdalitis.

Resulta muy difícil valorar los argumentos en pro de cada una de las diferentes hipótesis etiológicas. El hecho de haberse producido la epidemia en una época de guerra hace que concurran numerosos factores (variaciones del aporte dietético, factores psíquicos, condiciones sanitarias defectuosas, penalidades físicas, etc.). Tan sólo la demostración del carácter contagioso de la afección y la transmisión a animales o a voluntarios permitiría aceptar las ideas de MEULENGRACHT.

BIBLIOGRAFIA

- BÉRARD, L.—Bull. Acad. Méd. París, 76, 422, 1916.
BIRCHER, E.—Klin. Wschr., 4, 742, 1925.
GRELLAND, R.—Acta Med. Scand., 125, 108, 1946.
IVERSEN, K.—Temporary rise in the frequency of thyrotoxicosis in Denmark, 1941-1945. Copenhagen, 1948.
MARAÑÓN, G.—Ann. de Méd., 9, 81, 1921.
MACCLURE, R. D.—Ann. Surg., 85, 333, 1927.
MEULENGRACHT, E.—Nord. Med., 18, 639, 1943.
MEULENGRACHT, E.—Arch. Int. Med., 83, 119, 1949.

NATURALEZA ATELECTATICA DE LA EPITUBERCULOSIS

La tuberculosis primaria de los niños va acompañada con frecuencia de sombras radiológicas extensas. En algunos de tales casos la evolución es fatal, y se demuestra en la autopsia que se trata de la apertura de un ganglio caseificado en un bronquio, con la formación