

tratados con eritromicina que en los que recibieron penicilina, pues en este grupo se observaron varios casos de urticaria y exantemas. Dos de los enfermos tratados con eritromicina tuvieron molestias epigástricas y diarrea.

**Tratamiento de la neumonía con eritromicina.**— Los estafilococos, estreptococos y neumococos son habitualmente muy sensibles a la eritromicina, cuya administración oral permite alcanzar fácilmente niveles eficaces. WADDINGTON, MAPLE y KIRBY (*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 93, 556, 1954) han tratado 75 enfermos de neumonía bacteriana, generalmente de

edad avanzada, con eritromicina, en dosis de 0,3 a 0,5 g., cuatro veces al día, fuera de las comidas, para que los alimentos no interfirieran con su absorción. En 63 de los enfermos se logró una rápida respuesta terapéutica; un enfermo, que ingresó moribundo, falleció a las pocas horas de tratamiento. Otros 11 enfermos tuvieron alguna complicación: resolución lenta (5 casos), derrame estéril (4 casos) y superinfección con un germen Gram-negativo. Dos de los enfermos que respondieron inicialmente bien, fallecieron posteriormente por otras causas. En general, los resultados son comparables a los logrados con penicilina o terramicina.

## EDITORIALES

### EPILEPSIA VISCERAL

La asociación de síntomas viscerales al ataque convulsivo epiléptico es conocida de muy antiguo y se describe ya en los escritos de MORGAGNI. TROUSSEAU prestó atención a las formas de epilepsia visceral y PENFIELD y KRISTIANSEN han demostrado que por estimulaciones eléctricas de distintas porciones cerebrales se pueden originar manifestaciones viscerales similares a las que presentan los epilépticos.

Cuando las manifestaciones viscerales no se acompañan de fenómenos motores o éstos son muy atenuados, el cuadro se presta a numerosas confusiones diagnósticas. Unas veces se diagnostica una afección visceral, la cual no responde al tratamiento dirigido sobre la misma. En otras ocasiones, teniendo en cuenta que la sintomatología no es la habitual de las enfermedades viscerales, se piensa en que se trata de una afección psicomotora, diagnóstico al que contribuye la natural ansiedad del enfermo ante los repetidos fracasos terapéuticos.

MULDER, DALY y BAILEY han analizado los síntomas viscerales presentados por 100 enfermos epilépticos, tanto como aura de los accesos convulsivos o como fenómeno más importante del acceso. El síntoma más frecuente es la náusea, que se presenta paroxísticamente, a veces varios meses antes de los accesos convulsivos. En algún caso, paroxismos de náuseas fueron la manifestación primera de un tumor cerebral. A veces se asocian las náuseas a vómitos, borborigmos, eructos o defecación involuntaria, pero sin pérdida de la conciencia. No es raro que los enfermos tengan sensaciones anormales a nivel del abdomen, como de vacío, de torsión, de sequedad o de angustia, o bien de dolor punzante o quemante, y esta sensación, a partir del abdomen o incluso de los genitales, asciende muchas veces como un calor o un frío hasta la región retroesternal o el cuello.

En 50 de los casos de MULDER y colaboradores existían manifestaciones referidas a la respiración o a la circulación: detención respiratoria, hiperventilación, palpitación, sensación de presión esternal, desmayo, asociación a hipotensión, palidez, cianosis. Otras manifestaciones vegetativas son: sudoración, incontinencia de orina (a veces como manifestación aislada), sensaciones genitales, como de orgasmo, etc.

Existe una amplia literatura sobre la reproducción por estímulos eléctricos de la corteza, de síntomas y signos como los enumerados. Su diagnóstico en la clínica

no suele ser difícil, si se hace un interrogatorio del enfermo y de los parientes, teniendo en cuenta la posibilidad del carácter epiléptico de los trastornos. Lo típico de ellos es su carácter paroxístico, breve y estereotipado, y el hecho de que frecuentemente se acompañan de alteraciones de la conciencia, que pueden pasar inadvertidas para el enfermo. No es raro que se asocien manifestaciones psicopatológicas, también paroxísticas, como alucinaciones, ilusiones de la percepción, automatismos, trastornos emocionales, etc. El electroencefalograma es sumamente útil en los casos dudosos y frecuentemente es posible la provocación del acceso, con lo que se confirma la suposición diagnóstica.

### BIBLIOGRAFIA

- MULDER, D. W., DALY, D. y BAILEY, A. L.—*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 93, 481, 1954.  
PENFIELD, K. y KRISTIANSEN, K.—*Epileptic seizure patterns*. Springfield, 1951.

### TRATAMIENTO PROLONGADO DE LAS PIELONEFRITIS CRÓNICAS INFANTILES

La trascendencia de las pielonefritis infantiles para la suerte ulterior del niño es bien conocida y son innumerables los trabajos sobre la frecuencia de esclerosis renal consecutiva a pielonefritis. La facilidad para esta transformación se deduce del estudio anatómico de WEISS y PARKER en 100 casos de infección renal crónica; tan sólo en uno de ellos se encontraba la inflamación localizada a las pelvis renales; en los 99 casos restantes existía simultáneamente una inflamación intersticial del riñón.

La pielonefritis aguda infantil cura rápidamente con sulfonamidas. Los 16 casos tratados por STANSFELD y WEBB en 1948 curaron sin recidiva. La respuesta de las pielonefritis crónicas es muy diferente; otros 16 niños con pielonefritis crónica, tratada por los citados clínicos en la misma época, tuvieron una buena respuesta inicial, pero todos recidivaron; en cuatro casos, la persistencia del proceso era debida a un proceso quirúrgico

de las pelvis, pero en los otros 12 casos el problema era puramente médico. Este ejemplo pone de manifiesto la necesidad de un tratamiento eficaz, en las primeras fases de la enfermedad, a fin de evitar su cronicidad.

BIRCHALL y ALEXANDER hicieron notar que el agente antibacteriano debe alcanzar una concentración eficaz en la sangre y no en la orina. Por esta razón no son superiores las sulfonamidas muy solubles, que son muy concentradas por el riñón, sobre las restantes. Tampoco son eficaces los mandelatos en las pielonefritis, ya que requieren un grado de acidez que es imposible lograr en los tejidos intersticiales del riñón.

Los citados clínicos BIRCHALL y ALEXANDER han preconizado en la terapéutica de las pielonefritis crónicas tratamientos prolongados con dosis altas de sulfonamidas, las cuales deben administrarse como mínimo veintidós días, asociándolas la primera semana a penicilina y estreptomycin. STANSFELD y WEBB han obtenido algunas reacciones desagradables por el empleo de sulfonamidas en dosis tan elevadas y durante un tiempo tan prolongado y han investigado si se obtienen iguales resultados con un tratamiento prolongado, pero de dosis más bajas. Su experiencia en 23 casos les demuestra que es suficiente el empleo de dosis elevadas del agente antibacteriano durante siete a diez días (la dosis diaria de sulfadimidina, fué de 0,22 g. por kilo; la de estreptomycin, de 44 mg./kg.; la de cloranfenicol, 110 mg./kg.) y después se continúa con dosis menores durante un tiempo que varía entre dos y seis meses. Es notable la perfecta tolerancia para este tratamiento y es posible que resultados similares se obtengan con aureomicina o con terramicina en lugar de los agentes antibacterianos empleados.

#### BIBLIOGRAFIA

- BIRCHALL, R. y ALEXANDER, J. E.—*Medicine*, 29, 1, 1950.  
STANSFELD, J. M. y WEBB, J. K. G.—*Brit. Med. J.*, 1, 616, 1951.  
WEISS, S. y PARKER, F.—*Medicine*, 18, 221, 1939.

#### CITOPATOGENICIDAD DE LOS VIRUS "IN VITRO"

Uno de los mayores avances recientes en el campo de los virus lo constituye el análisis de las propiedades patógenas de los mismos para las células normales o tumorales cultivadas "in vitro". Una de las primeras observaciones sobre el asunto ha sido la de NAUCK, el cual cultivó virus del linfogranuloma venéreo en epitelio corneal de conejo y demostró que el virus causaba una fragmentación de la membrana epitelial del cultivo con separación de islotes de tejido; microscópicamente, se encontraban vacuolas con gránulos intracelulares y un grueso corpúsculo oscuro cerca del núcleo. Posteriormente, han sido los estudios sobre el virus poliomiélico los que han hecho avanzar más nuestros conocimientos

a este respecto. Es así posible descubrir que el neurotropismo de éste y otros virus no es absoluto; se ha hecho cómoda la investigación de agentes inhibidores o neutralizantes de un virus, sin necesidad de prolongadas y caras titulaciones en animales, y se ha estudiado mejor la interferencia de los virus y su posible antagonismo. La alteración nociva que los virus ocasionan en las células cultivadas es a veces bien visible, como la antes citada del linfogranuloma venéreo, pero otras veces es mucho más fina y puede no revelarse sino por las alteraciones de las células, que no se traduce morfológicamente, pero que las hace impropias para el crecimiento ulterior de un virus para el que normalmente sirven de substrato.

LYNN y MORGAN revisan la literatura existente sobre el problema y hacen notar que existen virus sin citopatogenicidad (virus de la parotiditis epidémica, de la influenza, de la fiebre amarilla, de la encefalitis de San Luis, etc.); otros poseen una citopatogenicidad moderada (el virus del linfogranuloma venéreo, de la psitacosis, de la vacuna, de la varicela, del herpes, de la viruela aviar, de Newcastle, de la pseudo-rabia, de Coxsackie, etcétera). Otro grupo se caracteriza por su gran citopatogenicidad "in vitro" y en él se incluyen los virus de la encefalomiélitis equina, de la poliomiélitis, etc. Por último, hay un grupo de virus que despliega acción patógena "in vitro" sobre las células tumorales y no sobre las normales (virus de la influenza, virus Egipto 101, virus de la encefalitis de San Luis, etc.).

No se conocen bien las condiciones de producción de la acción patógena del virus sobre las células, la cual a veces revela una especificidad extraordinaria: el virus de la encefalomiélitis equina oriental, por ejemplo, destruye los fibroblastos de rata de la cepa M y los fibroblastos de rata de la cepa 14 p (BANG y GEY). La acción destructora parece ser en ocasiones de tipo mecánico, observándose el crecimiento de las partículas del virus hasta que hacen estallar la membrana celular (GEY y BANG con el virus del linfogranuloma inguinal). En otros casos, se desconoce el mecanismo que interviene en la acción citopatógena.

ROBEINS y sus colaboradores han demostrado que es posible identificar el tipo de virus por la acción neutralizante de un anticuerpo sobre la acción citopatógena del mismo (estudios con virus poliomiélicos). Quizá en el porvenir encuentre aplicación práctica la acción selectiva patógena sobre las células tumorales de algunos virus. TOOLAN y MOORE han demostrado en cultivo de epiteloma cutáneo humano que el virus Egipto 101 produce una destrucción selectiva, en tanto que las células normales no se afectan.

#### BIBLIOGRAFIA

- BANG, F. B. y GEY, G. O.—*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 91, 247, 1952.  
GEY, G. O. y BANG, F. B.—*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 65, 939, 1939.  
LYNN, J. W. y MORGAN, H. R.—*A. M. A. Arch. Path.*, 57, 301, 1954.  
NAUCK, E. G.—*Arch. Schiffs- u. Tropen-Hyg.*, 41, 748, 1937.  
ROBEINS, F. C., ENDERS, J. F., WELLER, T. H. y FLORENTINO, G. L.—*Am. J. Hyg.*, 54, 286, 1951.  
TOOLAN, H. W. y MOORE, A. E.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 79, 697, 1952.