

caz para combatir este tipo de úlceras cutáneas. En 72 casos ha empleado la aplicación local de polvo de cloranfenicol, de bacitracina, de bacitracina-polimixina B o de sulfanilamida. Tan sólo en tres casos no se obtuvo una rápida mejoría de las úlceras. En algunos casos se producen dermatitis por sensi-

bilización a los antibióticos empleados, pero tales dermatitis cesan espontáneamente al cambiar el antibiótico. Varios enfermos han tenido recidiva de sus úlceras, pero un nuevo tratamiento con polvo de antibióticos ha conseguido curar las úlceras recidivantes.

## EDITORIALES

### BOCIO HIPOTIROIDEO EN ENFERMOS TRATADOS CON COBALTO

En tiempos recientes ha habido numerosos intentos de tratamiento con cobalto de varios síndromes anémicos, fundándose en el hecho experimental de la producción de policitemia por la administración de cobalto (ROBINSON, JAMES y KARK; BERK, BURCHENAL y CASTLE, etcétera). En el curso de estos tratamientos no es raro encontrar diferentes manifestaciones desagradables como anorexia, vómitos, exantemas, zumbidos de oídos, sordera, trombocitosis, dolor retroesternal, etc. KRISS, CARNES y GROSS han comunicado cinco casos de aparición de síntomas hipotiroideos, asociados a hiperplasia del tiroides, en personas tratadas con cobalto, por padecer anemia.

Las dosis usuales de cloruro cobaltoso son de 30 a 40 mg. diarios, por vía oral, en los niños, y de 60 a 120 miligramos diarios en los adultos. De esta cuantía eran las dosis que originaban síntomas tóxicos en los casos de KRISS y cols. La acción bocígena del cobalto ha sido demostrada por estos autores sin lugar a dudas, ya que la supresión de la administración va seguida de la regresión de las manifestaciones y éstas no se producen por un placebo y si por la reanudación de la terapéutica con cobalto.

El mecanismo de la hiperplasia tiroidea por el cobalto es similar al de otras sustancias antitiroideas; al faltar la hormona tiroidea, aumenta la cantidad de hormona tirotrópica hipofisaria. Esto se confirma porque, lo mismo que sucede con otros antitiroideos, la supresión del cobalto va seguida de la rápida acumulación de yodo en el tiroides (D'ANGELO). Sin embargo, a diferencia del tiouracilo y similares, una sola dosis de cobalto es incapaz de disminuir la toma de yodo radiactivo por el tiroides y no ha sido posible obtener experimentalmente bocios por la acción del cobalto.

KRISS y cols. sugieren que el cobalto puede inhibir algún mecanismo fermentativo que intervenga en la oxidación del yodo por el tiroides o en alguno de los estadios intermedios para la elaboración de tiroxina. KIRKWOOD ha realizado estudios "in vitro" sobre el enzima tirosina-yodinasa, el cual cataliza la fijación de yodo en la tirosina, para formar monoyodotirosina. El cloruro cobaltoso, aun en grandes diluciones, es capaz de inhibir el sistema enzimático tirosina-yodinasa. No se sabe aún si el cobalto es un inhibidor específico del enzima o si interviene por competición con el yodo en las reacciones en que tal enzima ejerce su función.

### BIBLIOGRAFIA

- BERK, L., BURCHENAL, J. H. y CASTLE, W. B.—New Eng. J. Med., 240, 754, 1949.  
D'ANGELO, S. A.—Endocrinology, 54, 565, 1954.  
KRISS, J. P., CARNES, W. H. y GROSS, R. T.—J. Am. Med. Ass., 157, 117, 1955.  
ROBINSON, J. C., JAMES, G. W. y KARK, R. M.—New Eng. J. Med., 240, 749, 1949.

### OSTEOPOROSIS CONSECUUTIVA AL EMBARAZO

La relación del embarazo con los procesos decalcificantes del esqueleto es bien conocida. Así como en los países occidentales la osteomalacia está generalmente relacionada con la esteatorrea, en los países orientales, en los que es fundamental el aporte escaso de vitamina D, las demandas aumentadas de calcio y fósforo en la gestación y la lactancia pueden desencadenar el trastorno osteomaláxico. La relación del embarazo con la osteoporosis no aparece igualmente clara. La osteoporosis es un trastorno primario de la matriz ósea y se ha descrito su asociación con desnutrición, enfermedad de Cushing, tirotoxicosis, acromegalia, escorbuto y también en forma idiopática.

Es posible que la osteoporosis idiopática tenga relación con las incripciones sexuales. Se trata de una afección más frecuente en la mujer que en el varón y que suele presentarse en la época de la menopausia o en la edad senil.

Recientemente han insistido NORDIN y ROPER sobre la posible intervención del embarazo en la génesis de la osteoporosis. Han descrito cuatro casos de mujeres jóvenes con dolores de espalda y fracturas por compresión, cuyo primer síntoma apareció durante el embarazo o a continuación del mismo. En los cuatro casos existían vértebras biconcavas (vértebras de pez), no había líneas de LOOSER y no existían alteraciones bioquímicas en la sangre y orina, en lo referente a los elementos minerales, como las que son típicas de la osteomalacia. Es de notar que ya ALBRIGHT y REIFENSTEIN, en su trabajo sobre osteoporosis idiopática, fundado en cuatro enfermas, relatan dos casos de mujeres jóvenes con síntomas aparecidos poco después de un embarazo. Es posible que casos menos intensos sean más frecuentes de lo que suele admitirse, ya que el diagnóstico radiológico de la osteoporosis sólo es posible en fases muy avanzadas.

No es claro el mecanismo por el que el embarazo puede influir en la producción de osteoporosis. NORDIN y ROPER sugieren que sea responsable el aumento de actividad adrenocortical que BAYLISS y cols. han señalado en el embarazo, lo cual haría similar su patogenia a la de la osteoporosis de la enfermedad de Cushing.

### BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F. y REIFENSTEIN, E. C.—Parathyroid glands and metabolic bone diseases. Baltimore, 1948.  
BAYLISS, R. I. S., BROWNE, J. C., ROUND, B. y STEINBECK, A.—Lancet, 1, 62, 1955.  
NORDIN, B. E. C. y ROPER, A.—Lancet, 1, 431, 1955.

### ENDOCARDITIS ESTAFILOCOCICAS

La gran frecuencia con que se observan razas de estafilococos resistentes a la penicilina ha renovado el

interés de los clínicos por las afecciones causadas por dichos gérmenes. En lo que se refiere concretamente a las endocarditis, FISHER, WAGNER y ROSS han hallado un 42 por 100 de estafilococos resistentes a la penicilina en los doce últimos casos estudiados. Esta resistencia de los gérmenes a la penicilina debe haberse adquirido en el transcurso de los últimos años; aunque faltan suficientes determinaciones de la resistencia a la penicilina en los primeros años que siguieron al empleo de este antibiótico, es un hecho conocido el gran descenso de la morbilidad por estafilococos en tales años. Los ya citados FISHER y cols., que han revisado las causas de endocarditis estafilocócica del Hospital John Hopkins durante los últimos veinte años, observan 22 casos entre 1933 y 1943; tan sólo tres casos entre 1943 y 1948, y un nuevo ascenso a 13 casos entre 1948 y 1953.

El diagnóstico de la endocarditis estafilocócica presenta a veces grandes dificultades. Se han descrito casos de sujetos con afección valvular y que mueren de una sepsis estafilocócica y en los que no se encuentra endocarditis séptica. Las estadísticas actuales, al comprende casos supervivientes, forzosamente incluyen algunos casos de diagnóstico probable, aunque no comprobado. La endocarditis estafilocócica puede ser fulminante, pero en ocasiones adopta un curso prolongado similar al de la endocarditis lenta. Lo mismo sucede con algunos signos de laboratorio; en tanto que lo habitual es observar cifras elevadas de leucocitosis y poli-

nucleosis, en cinco de los 38 enfermos de FISHER y colaboradores la cifra de leucocitos oscilaba entre 5.000 y 10.000.

Tanto FISHER y cols. como HUNTER, FRIEDBERG, etcétera, han insistido en la falta de paralelismo entre la sensibilidad del germen a los antibióticos "in vitro" y su respuesta a los tratamientos "in vivo". A pesar del dato de laboratorio que indique una gran resistencia a la penicilina, es lo cierto que con dosis elevadas de este antibiótico se han curado ya muchos casos (la supervivencia es de 54 por 100 en la estadística de FISHER). La asociación a la penicilina de eritromicina, cloranfenicol, etc., puede mejorar las perspectivas terapéuticas, pero hasta ahora ningún enfermo ha curado sólo con otros antibióticos distintos de la penicilina. FISHER y colaboradores relatan casos mantenidos con hemocultivo negativo por la acción de una mezcla de antibióticos y en los que, al suprimir la penicilina, por recibir un informe del laboratorio expresivo de resistencia a este antibiótico, el hemocultivo se hace positivo a pesar de que el enfermo seguía recibiendo antibióticos a los que el germen era muy sensible "in vitro".

#### BIBLIOGRAFIA

- FISHER, A. M., WAGNER, N. N. y ROSS, R. S.—A. M. A. Arch. Int. Med., 95, 427, 1955.  
FRIEDBERG, C. K.—J. Am. Med. Ass., 148, 98, 1952.  
HUNTER, T. H.—J. Am. Med. Ass., 144, 524, 1950.

## INFORMACION

### ADMINISTRACION CENTRAL

#### TRABAJO

##### Dirección General de Previsión.

Continuación a la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Badajoz y Valencia. (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de junio de 1955.)

Rectificación a la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad correspondiente a la especialidad de Pediatría-Puericultura en la provincia de Cáceres. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de junio de 1955.)

Rectificación a la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Valladolid. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de junio de 1955.)

Rectificación al anuncio de la convocatoria y resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Valladolid. (*Boletín Oficial del Estado* de 5 de junio de 1955.)

Rectificación al anuncio de la convocatoria del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Sevilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 5 de junio de 1955.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Pontevedra. (*Boletín Oficial del Estado* de 14 de junio de 1955.)

### PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

#### Dirección General de Marruecos y Colonias.

Anunciando concurso para proveer una plaza de Teniente Médico en el Gobierno General del África Occidental Española. (*Boletín Oficial del Estado* de 10 de junio de 1955.)

#### JUSTICIA

##### Dirección General de Justicia.

Anunciando concurso entre aspirantes al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses para la provisión de las Fórencias vacantes turnadas a oposición de La Almudia de Doña Godina y San Sebastián de la Gomera. (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de junio de 1955.)

Anunciando concurso entre aspirantes al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses para la provisión de las Fórencias vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Algeciras, Arcos de la Frontera, Ateca, Berja, Cáceres, Caldas de Reyes, Cervera de Río Pisuerga, Colmenar, Escalona, Fraga, Gijón número 1, Huelma, Infiesto, Novelda, Pola de Siero, Rute, Valencia número 7 y Valverde del Hierro. (*Boletín Oficial del Estado* de 11 de junio de 1955.)

Anunciando a concurso de ascenso entre Médicos forenses de primera categoría la Fórencia del Juzgado de Instrucción número 10 de Barcelona.

### GOBERNACION

#### Dirección General de Sanidad.

Convocando oposición libre para provisión en propiedad de plazas de Médicos titulares con arreglo a las