

mantiene erguido sobre la mesa. Consistencia firme y elástica, botando como una pelota al echarlo sobre la mesa. Al cortarlo, las aristas son cortantes, dejando una superficie de color rojo anaranjado parecido al jamón cocido. No existe sangre ni pulpa esplénica.

Hígado: Muy aumentado de tamaño. Peso, tres kilos. Se mantiene erguido sobre la mesa. Gran sensación de dureza y elasticidad. Dibujo lobulillar desaparecido. Vías biliares permeables.

Riñón: Grande, de color pálido. Peso, 220-208 gramos. Cápsula lisa, que se desprende con facilidad. Al corte, la cortical aumentada en relación con la medular.

Abundantes ganglios mesentéricos grandes y algunos de ellos con una línea de caseificación. Entre ellos se encuentra un quiste del tamaño de una cereza lleno de líquido amarillo turbio, y en su interior la existencia de un pequeño papiloma.

Testículos: Gran edema en bolsas. Testículos grandes. Peso, 22 gramos con el epidídimo.

Diagnóstico analógico: Tuberculosis ulcerada y caseificada del vértice pulmonar izquierdo. Hidrotórax izquierdo. Edema pulmonar. Adenitis antracótica y caseificada de los ganglios bronquiales. Ascitis. Amiloidosis del bazo, hígado y riñón.

Examen histológico: (Dr. MORALES PLEGUEZUELO).

Bazo: Amilosis generalizada, de preferencia en los cordones de Billroth, por fuera de los vasos. Los folículos apenas se reconocen; no obstante, cuando se ven, no tienen depósito.

Hígado: Amilosis difusa que separa las trabéculas haciendo muy angostos los senos.

Riñón: Depósito de amilosis entre los capilares glomerulares, alrededor de los tubos y en la media de las arterias.

Pulmón: Tuberculosis caseosa con folículos y células gigantes.

Después del estudio anatomo-patológico vemos confirmado nuestro diagnóstico, y como comen-

tario final señalamos únicamente las enseñanzas que debemos recoger para los casos futuros:

1.º Que el criterio clínico para el diagnóstico de amiloidosis primaria o secundaria sólo nos sirve para los casos extremos.

2.º Cómo con lesiones mínimas y silentes puede haber amiloidosis secundaria masiva y la necesidad de valorar estas lesiones.

3.º La necesidad de pensar en amiloidosis en síndromes nefróticos con espectro del tipo de que hemos presentado, sobre todo cuando el cociente Alb/Glob. sea muy bajo.

4.º Comentar cómo el doctor PANIAGUA encontró en la punción esternal unas células macrofágicas y señalar el valor que hubiese tenido para el diagnóstico la tinción de estas células con los colorantes específicos de la amiloide.

5.º Señalar el camino abierto a la investigación de la génesis de la amiloidosis con la tesis de los anticuerpos fijos de TEILUM.

BIBLIOGRAFIA

- LUBARSCH, O.—Virchow's Arch. Path. Anat., 721, 867; 1925.
LARSEN.—Am. J. Path., 6, 147; 1930.
EISEN.—Am. J. Med., 1, 144; 1946.
LINDSAY.—Am. J. Med., 4, 765; 1948.
TEILUM, G.—Am. Rheum. Dis., 11, 119; 1952.
TEILUM, G.; HARBOE, N., y SIMONSEN, M.—J. Clin. Path., 1, 301; 1951.
REIMAN, SAHYOUN y CHAGLASSIAN.—Arch. Int. Med., 93, 5; 1954.
JACKSON, WADSWORTH y KAN.—Arch. Int. Med., 4, 494; 1954.
MATHEWS.—Am. J. Med. Sci., 3, 317; 1954.
JACKSON y SLAVIN.—Am. Heart. J., 47, 839; 1954.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LAS LARINGITIS ESTENOSANTES CON TERRAMICINA

R. FRANCO y A. GONZÁLEZ MARTÍNEZ.

Clinica Médica Universitaria.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.
Instituto Municipal Antidiftérico
Director: Prof. CALDERÍN.

(Continuación.)

III

Ya en dos ocasiones¹²⁷ y¹⁴², habíamos hecho resaltar la gravedad que las laringitis agudas pueden presentar en la práctica, gravedad no sólo debida a su carácter de estenosante, sino también al estado, muchas veces establecido de modo muy rápido, de grave afectación general secundaria al proceso infeccioso en sí. En la primera de estas publicaciones recogímos la estadística del Instituto Municipi-

pal Antidiftérico que dirige el Prof. M. CALDERÍN, y en el que trabajamos, correspondiente al año 1952. En ella, de 4.466 enfermos, 907 fueron diagnosticados de diferentes tipos de laringitis; el 20,3 por 100 del total. De ellos, 564 eran laringitis catarrales superficiales de curso benigno, y de los cuales solamente 5 fueron hospitalizados a título de observación; 343 fueron diagnosticados de laringitis estenosantes, lo que representa un 7,7 por 100 del total. De estos 343 fueron hospitalizados 177, rechazando el resto la hospitalización, para ser tratados de modo privado o en otros centros, por lo cual desconocemos su evolución. De estos 177, 50 necesitaron la intubación y 4 fueron traqueotomizados, cediendo 105 al tratamiento médico únicamente, que, establecido precozmente y de modo adecuado (ya lo decíamos entonces), estamos convencidos ahora en gran número de casos una actuación quirúrgica; 20 fallecieron y 2 salieron a petición de la familia en estado preagónico, ignorándose con certeza su fallecimiento.

Valorando, pues, únicamente los 20 seguros, la mortalidad corresponde al 5,8 por 100, mucho ma-

yor al 1,4 por 100 de mortalidad que presentaban los hospitalizados de difteria grave. Asimismo entonces, al hacer el estudio del tratamiento y los resultados obtenidos, llamábamos la atención de los magníficos resultados que se consiguieron con la terramicina, como base de la terapéutica.

De entonces a esta fecha, hemos procurado aclarar detalladamente el valor de los distintos antibióticos, para poder sacar conclusiones prácticas, que permitan aconsejar el uso precoz del que considerásemos más eficaz. Aun a pesar de tener un concepto claramente establecido en este sentido, hemos revisado de modo muy objetivo y con espíritu crítico extremo los datos correspondientes al mismo Centro (Instituto Municipal Antidiftérico de Madrid), desde abril de 1955 a mayo del año en curso.

Durante este año han sido vistos 4.123 enfermos. De ellos, 866 fueron diagnosticados de laringitis, lo que representa el 21 por 100 del total. De estos 866, 295 padecían laringitis estenosantes, lo que corresponde a un 7,1 por 100 del total. De estos 295, 168 fueron hospitalizados; el resto rehusó la hospitalización por diversos motivos, desconociendo su evolución posterior; 9 fallecieron, lo que representa una mortalidad del 1,15 por 100; como vemos, notablemente inferior a la de la anterior estadística; 24 fueron intubados y 8 traqueotomizados, o sea, entre ambas intervenciones un 3,7 por 100 del total de los enfermos de laringitis estenosantes observadas, cifras que también son mucho menores a las de la revisión anterior.

Estas cifras ponen de manifiesto de un modo claro y terminante una mejor evolución del proceso, que si, en parte, teóricamente al menos, podría relacionarse con una menor gravedad del mismo en esta última época, no es bastante para tan evidente diferencia en los resultados.

Por otra parte, el razonamiento anterior cae por su base al analizar las historias clínicas archivadas, lo que hemos hecho intencionadamente, y algunas de las cuales, las más significativas, expondremos más adelante. Si no es ésta la causa, si la edad de los afectos es sensiblemente igual y los medios y personal del Instituto los mismos, no podemos concluir sino que la disminución de la mortalidad se debe a una mejor eficacia terapéutica, ya que la morbilidad, como se ha visto por las cifras antedichas, es también muy semejante.

Ahora bien, si analizamos la terapéutica encontramos que se basa en idénticos principios que los enunciados entonces, a saber:

1º Tratamiento sintomático.

a) Obstrucción laríngea.—Se ha hecho uso de la intubación y la traqueotomía cuando su práctica era completamente inevitable, ya que, lógicamente, creemos que su uso preventivo debe proscribirse al contar con la posibilidad de una terapéutica de cuya eficacia puede esperarse la remisión del proceso sin necesidad de exponer al enfermo a los riesgos (aunque sean mínimos) de las mismas.

b) Cuadro de afectación general.—El círculo y el equilibrio hidroiónico han sido mantenidos con transfusiones de sangre y plasma, sueros, tónicos cardíacos y D. O. C. A. El ACTH y los derivados de la cortisona no han sido usados a pesar de la publicación de TURNER y MORGAN¹² por no disponer de dichos remedios y hacerlos su precio prohibitivo para el tipo de enfermos que acuden al Instituto. De todos modos esperamos poder usarlos en breve plazo.

c) Afectación broncopulmonar difusa.—La aspiración se ha llevado a cabo en algún caso y la oxigenoterapia en aquellos en los que la anoxia no era debida únicamente a la estenosis laríngea.

2º Tratamiento etiológico.—Ya en nuestra primera publicación llegábamos a la conclusión que la etiología de estos procesos era múltiple; sin duda alguna, y como analizamos entonces, el cuadro es inducido por diferentes virus a los que se suma una infección asociada por las bacterias habituales de la cavidad orofaríngea, exacerbadas en su virulencia y con un poder de difusión favorecido por el ataque viral previo. El carácter estenosante se relaciona con los caracteres anatómicos de la laringe infantil y con otras circunstancias geno y fenotípicas (factores constitucionales, hiponutrición, carencias vitamínicas) y su aparición en brotes a factores climáticos y epidémicos (sarampión, gripe).

Así concebida la enfermedad, es indudable que el uso de un antibiótico que reuniese estas tres cualidades tenía que ser indudablemente eficaz:

- A) Amplio espectro de acción.
- B) Inocuidad para su uso en niños de pocos meses en general.
- C) Facilidad de administración.

Partiendo de estos principios se han usado:

Penicilina.—Es eficaz en formas leves o algunas medianas, pero se muestra totalmente ineficaz en los casos graves.

Estreptomicina.—Análogos resultados a la anterior.

Cloromicetina.—Ha dado excelentes resultados en los casos empleados. Sin embargo, hemos observado un caso grave de agranulocitosis y en dos el medicamento tuvo que suspenderse a causa de vómitos y diarreas.

Aureomicina.—Sólo la hemos empleado en cinco casos. La respuesta fué buena, pero en todos, entre el tercero y cuarto día, aparecieron vómitos, que obligaron a sustituir el antibiótico.

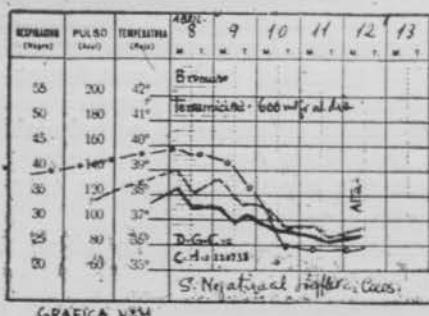
Eritromicina.—Usada solamente en un caso, fué eficaz. Se trataba de una laringitis postsarampiónica complicada con otitis media.

Terramicina.—Ya inicialmente nos pareció el más útil, y así lo publicamos entonces, porque reunía, además, todas las condiciones exigidas. Un defecto le encontramos aún, y es su precio todavía elevado. Esta última circunstancia ha sido la causa de que no la hayamos empleado de modo sistemático como hubiera sido nuestro deseo, aun a pesar de habernos sido facilitada generosamente por los laboratorios productores (Pfizer) en muchos de los casos, lo que aprovechamos para agradecer a los mismos esta atención. No quita, sin embargo, valor este hecho a nuestros resultados, sino que más bien lo aumenta, ya que por tal motivo se ha empleado siempre cuando habían fracasado los antibióticos de uso corriente y de los cuales disponemos con facilidad (penicilina y estreptomicina).

Aun a pesar de emplearse en estas condiciones desfavorables, los resultados no pueden ser más brillantes, de modo que de los 168 enfermos hospitalizados se ha empleado en 51, o sea, en el 30,4 por 100 de los mismos. De estos 51 sólo ha habido un fallecimiento por ocho de los no tratados (caso número 14), o sea, una tercera parte, y el caso, muy grave, precisó de la intubación mantenida, y llegó al Instituto en un período ya muy avanzado de enfermedad. Junto a esto existen 17 casos de brillantez

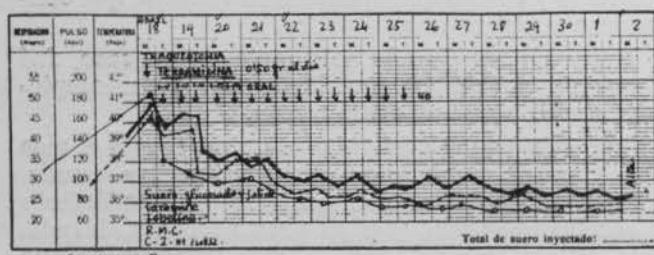
extrema; de los cuales vamos a hacer, como ya anunciamos antes, un breve resumen, al que adjuntamos las gráficas en las que, de un modo muy evidente, se puede observar el curso del proceso. Unimos tres casos en que pudimos usar la terramicina desde su comienzo y que demuestran nuestra opinión de su utilidad empleada de este modo.

Caso 1.—D. G. O. Niña de treinta meses. Ingresó el 8 de mayo de 1955 con una laringitis aguda con intensa dificultad respiratoria; se instituyó tratamiento con bromuros y 600 mg. de terramicina diarios. Al segundo día la fiebre descendió y al cuarto fué dada de alta sin precisar otro tratamiento (gráfica 1).



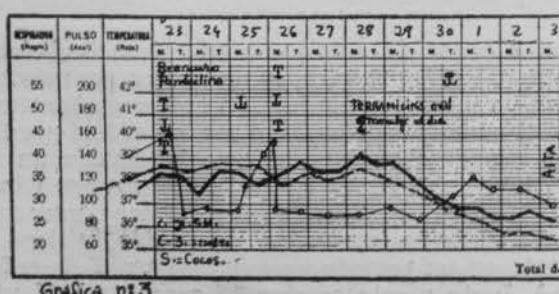
GRAFICA N°4

Caso 2.—R. M. C. Niño de dos años. Ingresó el 18 de mayo de 1955 con una laringotraqueobronquitis infantil estenosante con intensa dificultad respiratoria, cianosis y mal estado general. Se hizo traqueotomía de urgencia, inyectándose coramina, lobelina y suero glucosado y salino isotónicos. Inicialmente se instauró tratamiento con terramicina (500 mg. al día por vía intravenosa durante dos días; un día 500 mg. intramusculares y cuatro días igual dosis oral). Al cuarto día ha remitido la fiebre y el pulso y al sexto está completamente bien. No se le da de alta hasta el día 14 para vigilar la cánula. Fue decanulado a las tres semanas, con cierre normal de la fistula (gráfica 2).



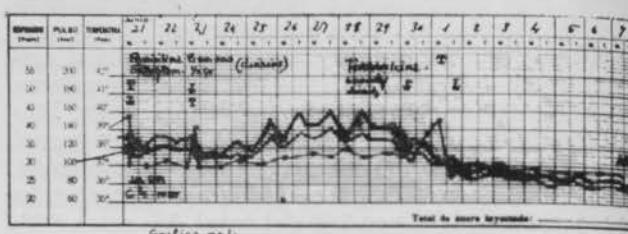
GRAFICA n° 2

Caso 3.—J. L. M. S. Niño de catorce meses. Ingresa el 23 de abril de 1955. Laringitis aguda estenosante que precisa la intubación urgente. Se instituye tratamiento con penicilina y sedantes, sin mejorar. Al quinto día, 700 mg. diarios de terramicina oral, y a las cuarenta y ocho horas la fiebre desciende, siendo desintubado a las cincuenta y cuatro horas y dado de alta perfectamente bien al sexto día de comenzado el tratamiento (gráfica 3).



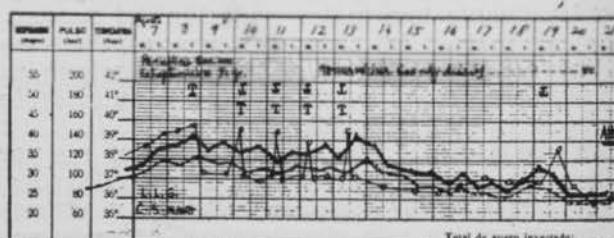
Grafica n° 3

Caso 4.—J. P. P. Niño de tres años. Ingresado el día 21 de junio de 1955. Laringotraqueobronquitis aguda estenosante. Precisa intubación urgente y se inicia el tratamiento de penicilina (800.000 u.) y estreptomicina (medio gramo). El cuadro infeccioso persiste, empeorando al quinto día. El día séptimo se le comienza a dar terramicina (600 mg. al día). A las cuarenta y ocho horas la fiebre se ha normalizado. Al cuarto día se desintuba espontáneamente y al décimo día es dado de alta completamente bien (gráfica 4).



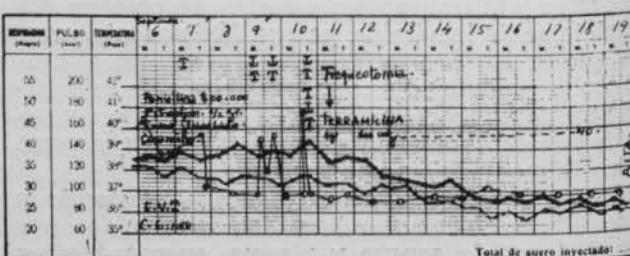
Geotextiles

Caso 5.—L. L. G. Niño de dos años. Laringitis aguda postsarampionosa. Al ingreso se inicia el tratamiento con penicilina y estreptomicina, 800.000 u. y medio gramo, respectivamente, al dia. A las veinticuatro horas precisa intubación. La intubación se repite diariamente por expulsión del tubo durante la tos. Al sexto dia, sin mejorar nada, se inicia el tratamiento con terramicina por vía oral (600 mg. al dia). A las cuarenta y ocho horas está afebril, iniciándose una rápida mejoría. A los seis días desintubación espontánea, y a los dos días de ésta es dado de alta curado (gráfica 5).



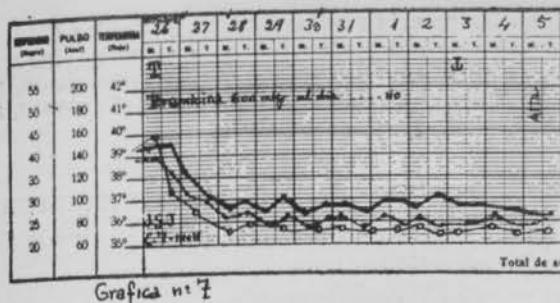
Gráfica 25

Caso 6.—E. V. T. Niño de un año. Ingresa el 6 de septiembre de 1955. Laringotraqueobronquitis aguda estenosante. Cianosis marcada, mal estado general. Se comienza a tratar con coramina, sueros y penicilina y estreptomicina. Cursa mal, aumentando la fiebre y desintubándose con la tos, obligando a reintubaciones rápidas. Al sexto día terramicina, un gramo el primer día y 600 mg. diarios durante seis días más. El mismo día se hace traqueotomía por desintubaciones repetidas que ponen en peligro su vida. Al tercer día la fiebre desaparece y a los ocho días, alta. Decanulado normalmente a las ocho semanas (gráfica 6).



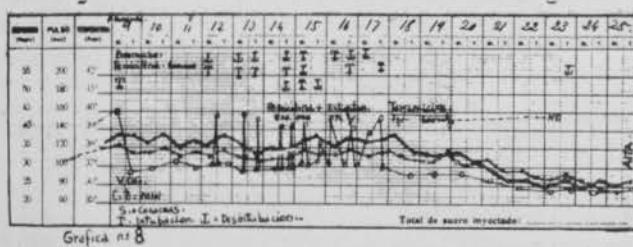
Geodesic flow

Caso 7.—J. S. J. Niño de seis años. Ingresa el 26 de diciembre de 1955 con laringitis postsarampionosa que precisa intubación urgente. Se trata con terramicina (600 mg. al dia) desde el comienzo; al tercer dia el enfermo está bien, sin fiebre, y al octavo es desintubado; al décimo día se le da de alta curado (gráfica 7).



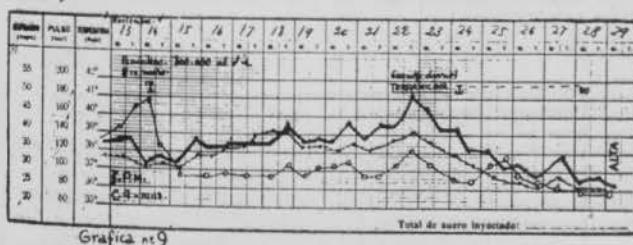
Gráfica n° 7

Caso 8.—V. O. G. Niño de dos años. Ingresa el día 9 de noviembre de 1955. Laringitis postsarampionosa. Intubación urgente. Tratamiento con sedantes y penicilina (800.000 u. al día). Al cuarto día empeora, desintubándose con la tos y precisando reintubación rápida. El cuarto y quinto continúa igual. El sexto se asocia medio gramo de estreptomicina al día, sin respuesta, y al noveno día se inicia tratamiento con un gramo de terramicina el primer día y 600 mg. diarios durante cinco días más. Al tercer día gran mejoría con caída de la temperatura; al sexto, desintubación, y al noveno día, alta curado (gráfica 8).



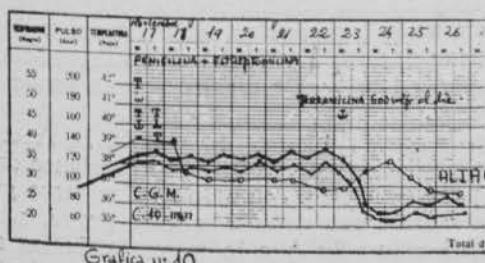
Gráfica n° 8

Caso 9.—J. P. M. Niño de dos años. Laringotraqueobronquitis aguda estenosante. Al octavo día de tratamiento penicilínico y sedantes, empeora; intubación a las veinticuatro horas; al décimo día, tratamiento con 600 mg. diarios de terramicina. Rápida mejoría. A las cuarenta y ocho horas es desintubado, y al sexto día, dado de alta completamente bien (gráfica 9).



Gráfica n° 9

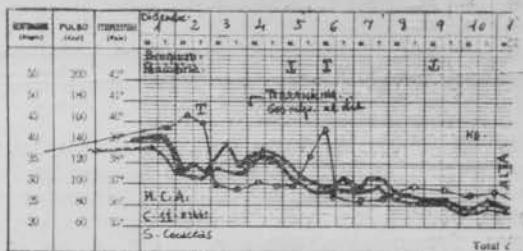
Caso 10.—C. G. M. Niña de tres años. Ingresa el 17 de noviembre de 1955. Laringitis aguda postsarampionosa. Intubación de urgencia. Al sexto día de tratamiento con penicilina más estreptomicina se inicia el terramínico (600 mg. al día). Al tercer día, afebril y desintubado. Al quinto día, alta por curación (gráfica 10).



Gráfica n° 10

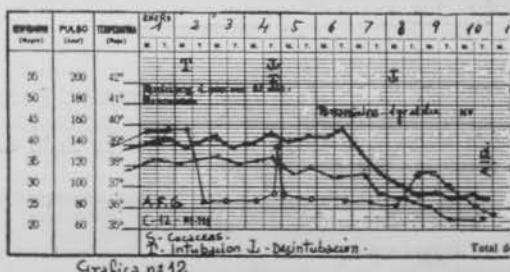
Caso 11.—M. C. A. Niña de cuatro años. Laringitis subglótica con intensa dificultad respiratoria. Al in-

greso se le pone tratamiento a base de sedantes y penicilina. A las veinticuatro horas precisa intubación. Al tercer día, terramicina por vía oral (600 mg. al día). Curso rápido a la curación. Al cuarto día, desintubación. Al sexto día se le da de alta por estar completamente curada (gráfica 11).



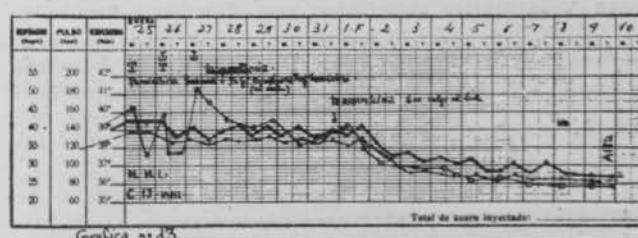
Gráfica n° 11

Caso 12.—A. F. G. Niña de siete años. Ingresa el día 1.º de enero de 1956. Laringotraqueobronquitis estenosante. Intubación a las veinticuatro horas de su ingreso. Con 1.000.000 u. al día de penicilina y sedantes, no mejora. Al sexto día se le administra un gramo de terramicina al día. Al segundo día la fiebre baja y la niña mejora rápidamente. A las cuarenta y ocho horas es desintubada y al cuarto día de tratamiento terramínico es dada de alta por encontrarse completamente curada (gráfica 12).



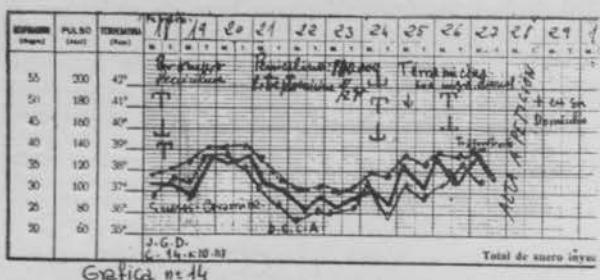
Gráfica n° 12

Caso 13.—M. M. L. Niña de tres años. Ingresa en este Instituto con laringitis subglótica con intubación de urgencia el día 25 de enero de 1956. Tratamiento penicilínico y sedantes. Desintubación diaria. Al cuarto día es necesario hacerla traqueotomía y asociación de penicilina y estreptomicina; persiste en análogo estado. Al séptimo día se le administran 600 mg. al día de terramicina. A las cuarenta y ocho horas caída de la temperatura y curso favorable con alta al día noveno de iniciar el tratamiento terramínico (gráfica 13).



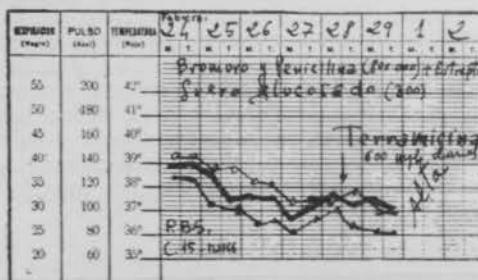
Gráfica n° 13

Caso 14.—J. G. D. Niño de treinta meses. Amigdalitis pultácea y laringitis subglótica. Intubación de urgencia. Sedantes y penicilina y estreptomicina. Mejoría inicial y empeoramiento al quinto día con reintubaciones repetidas. Al sexto día se le administra terramicina (600 mg. al día), con escasa mejoría. Al octavo precisa traqueotomía por desintubaciones muy frecuentes. El noveno está muy grave y la familia solicita el alta. Fallece en su domicilio al día siguiente. Este es el caso de fallecimiento, relatado al comienzo, único de todos los tratados. Llegó al sexto día de enfermedad abandonada. Era un niño desnutrido y con retraso de la dentición (gráfica 14).



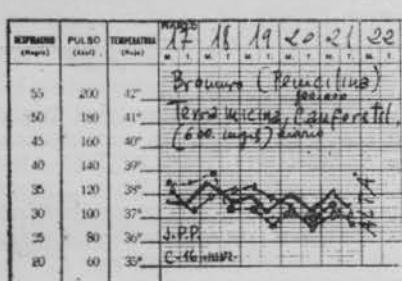
Gráfica n° 14

Caso 15.—P. B. S. Niña de once meses. Laringitis postsarampionosa. Ingresa el 24 de febrero de 1956. Al cuarto día de tratamiento penicilínico, aunque mejora la fiebre, persiste tos ronca y se inicia marcada disnea laringea. Terramicina, 600 mg. al día. A las cuarenta y ocho horas, alta por desaparición de síntomas (gráfica 15).



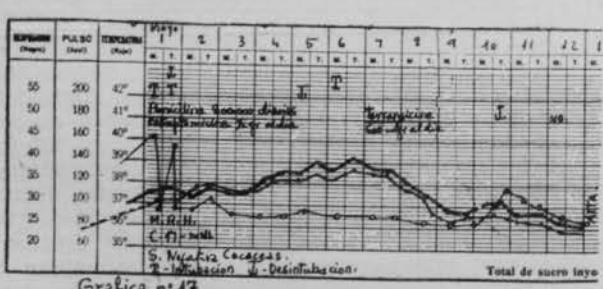
Gráfica n° 15

Caso 16.—J. P. P. Niño de nueve meses. Laringitis aguda con dificultad respiratoria y bronconeumonia. Tratado desde el comienzo con terramicina es dado de alta curado al quinto día (gráfica 16).



Gráfica n° 16

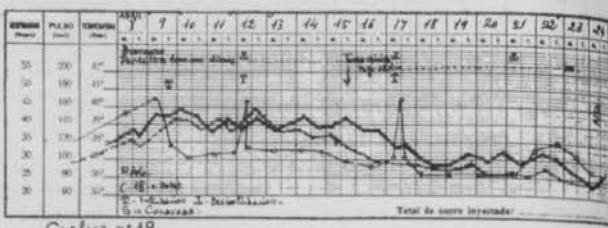
Caso 17.—M. R. H. Niña de dos años. Amigdalitis pulmonar y laringitis subglótica con dificultad respiratoria. Intubación al ingreso. Tratada con penicilina-estreptomicina, la amigdalitis cura, persistiendo los síntomas laringeos que obligan a reintubar al sexto día. Se inicia terramicina oral (600 mg. al día). Al tercer día, afebril. Al cuarto es desintubada. Al noveno día, alta curada (gráfica 17).



Gráfica n° 17

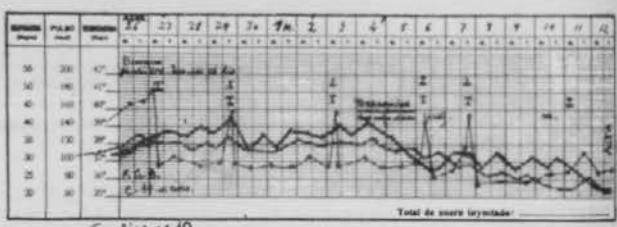
Caso 18.—P. A. G. Niña de cuatro años. Ingresa el día 8 de mayo de 1956. Laringotraqueobronquitis aguda estenosante. Intubación a las veinticuatro horas del

ingreso. Fracasa la medicación con penicilina (1.000.000 de unidades al día) y sedantes. Al octavo día, 500 mg. de terramicina diarios. Al tercer día de tratamiento, afebril. Al sexto, desintubación espontánea. Al noveno, alta en perfecto estado (gráfica 18).



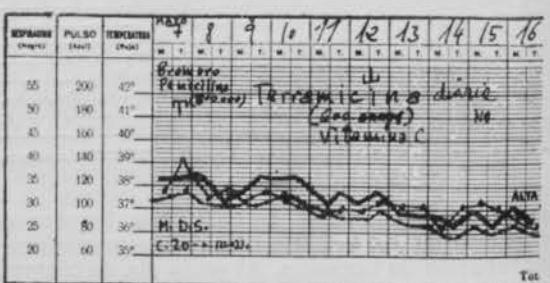
Gráfica n° 18

Caso 19.—F. G. B. Niño de quince meses. Laringitis subglótica con dificultad respiratoria. Ingresa el día 26 de abril de 1956. Intubado a las veinte horas de su ingreso, se inicia tratamiento con penicilina y sedantes. Permanece estacionario con dos desintubaciones espontáneas que precisan reintubación, hasta el día 4 de mayo, en que se instaura tratamiento con terramicina (600 miligramos al día), que se mantiene siete días. A las cuarenta y ocho horas cae la fiebre, mejorando rápidamente el cuadro clínico, de modo que a los siete días es desintubado y a los nueve se le da de alta bien (gráfica 19).



Gráfica n° 19

Caso 20.—M. D. S. Niña de cuatro años. Laringitis postsarampionosa. Ingresa el 7 de mayo de 1956. Cuadro rebelde a la penicilina, con intubación al ingreso. Al tercer día, terramicina (600 mg. al día), mantenida seis días. Al tercer día de este tratamiento, desintubación espontánea; al séptimo día, alta por curación (gráfica 20).



Gráfica n° 20

Como vemos, los casos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18 y 19 son brillantemente demostrativos de la eficacia de la terramicina tras el fracaso de otros antibióticos, y el 2, 3 y 7, del curso favorable de la enfermedad cuando este antibiótico es usado desde el comienzo.

Ahora bien, si tenemos en cuenta la frecuencia de estas laringitis estenosantes, el comienzo de aparición poco aparatoso, para en un número grande de casos seguir una evolución muy grave, con una mortalidad más alta que la mayoría de las enfermedades infantiles si no se hace un tratamiento correcto, los peligros de una intubación mantenida o de una traqueotomía, aunque mínimos, dignos de tenerse en cuenta, y los resultados obtenidos en esta

experiencia que hemos revisado y comparado con una estadística anterior ya publicada, nos han llevado a dar a conocer dichos resultados, para recalcar lo que nosotros creemos concluir, a saber:

CONCLUSIONES.

1.^a Las laringitis estenosantes del niño, llaméselas como se las llame, son una enfermedad frecuente, grave, de comienzo análogo y de evolución en muchos casos de extremo compromiso.

2.^a Así consideradas es evidente que interesa, desde el comienzo, instaurar un tratamiento etiológico energético que impida las graves complicaciones y curso de la enfermedad.

3.^a Etiológicamente creemos se trata de enfermedades inducidas por diversos virus a los que se asocian los gérmenes habituales oro-faringeos exacerbados en su virulencia y en un terreno favorable, local e inmunológicamente considerado.

4.^a Influyen factores anatómicos y constitucionales cuya importancia disminuye si somos capaces de actuar sobre el agente etiológico.

5.^a Quizá sea de interés también influir sobre la reacción inflamatoria por medio del ACTH y los esteroides suprarrenales o sus derivados.

6.^a Creemos que, como ocurre en la gripe, por ejemplo, la gravedad está condicionada especialmente por la asociación microbiana.

7.^a Estos gérmenes de asociación son principalmente cocos (estafilococos, estreptococos, micrococos catarrhalis) y bacilos (bacilo de Pfeiffer, bacilos pseudodiftéricos, bacilo de Friedlaender, etc.), gérmenes habituales del organismo y de muy diferente resistencia a diversos antibióticos.

8.^a Por ello, el remedio ideal sería aquel que fuese capaz de actuar sobre todos ellos; que fuera poco tóxico para el enfermo; que su administración fuese cómoda dada la edad de aparición de la enfermedad y que no origine secuelas tras el tratamiento.

9.^a Todo ello, y como demostramos estadísticamente y presentando 20 casos entresacados como más significativos entre 51 en los que ha sido empleada, lo hemos conseguido con la terramicina, que se ha demostrado superior al resto de los antibióticos usados, atendiendo a las condiciones enumeradas en el párrafo anterior.

10. Su empleo precoz puede evitar la evolución desagradable de la enfermedad, por lo que abogamos por el uso pronto del citado antibiótico.

11. Debe asociarse la medicación sintomática que exija cada caso.

12. Creemos de interés, y protegidos los enfermos con la terramicina, la asociación de hormonas o sus derivados, de acción anti-inflamatoria.

13. Si nos es posible, trataremos de comprobar la utilidad de esta asociación en los casos más graves y la terramicina sola, precozmente usada, en aquellos en que lleguen a nosotros en tales circunstancias.

14. Solamente el uso, restringido a los casos más graves, de la terramicina, ha permitido conseguir un descenso de la mortalidad de 5,8 por 100 a 1,15 por 100, lo que creemos hace de tal antibiótico una indicación bien precisa en el síndrome que nos ocupa.

BIBLIOGRAFIA

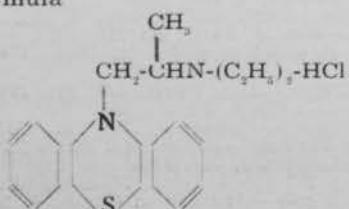
1. BAUER y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 395, 1950.
2. ROSE, H. M.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 385, 1950.
3. SCHOEMBACH, E. B., y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 245, 1950.
4. SMADEL y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 375, 1950.
5. SNYDER y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 362, 1950.
6. FINLAY y cols.—Science, 111, 85, 1950.
7. KASS y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 412, 1950.
8. QUILLIGAN y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 407, 1950.
9. PULASKI y cols.—Jour. Am. Med. Ass., 149, 35, 1952.
10. HCBBY y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 266, 1950.
11. WELCH y cols.—J. Am. Pharm. A., 39, 185, 1950.
12. GCKE y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 297, 1950.
13. BLISS y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 277, 1950.
14. TAYLOR y NOVAK.—Antib. Chemo., 2, 639, 1952.
15. MILLER y cols.—Am. Rev. Tuber., 66, 534, 1952.
16. LANE y cols.—Jour. Am. Med. Ass., 151, 986, 1953.
17. DOWLING y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 433, 436, 1950.
18. HUBBARD y TILLETT.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 429, 1950.
19. TIMPANELLI y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 440, 1950.
20. BLATTNER.—South Med. J., 44, 685, 1951.
21. FINLAND.—New England J. Med., 247, 317, 1952.
22. GRAVES y BALL.—J. Pediat., 39, 155, 1951.
23. JAMES.—Jour. Am. Med. Ass., 151, 810, 1953.
24. KNEELAND y MELCHER.—Ann. New York Sc., 53, 437, 1950.
25. JACKSON y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 422, 1950.
26. BCGDAN.—Brit. Med. J., 2, 1186, 1952.
27. CATALANO.—Policlinico (Séz. Prat.), 59, 1245, 1952.
28. STUART-HARRIS y cols.—Quart. J. Med., 22, 121, 1953.
29. BICKEL y PLATTNER.—Schweiz. Med. Wsch., 81, 1, 1951.
30. MAC HARDY y FRYE.—Jour. Am. Med. Ass., 154, 646, 1954.
31. SEVECS y MURPHY.—Antibiotics Ann., 1953-1954. New York Med. Encyclopedia Inc., 1953, pág. 570.
32. TOBIC y cols.—Am. J. Trop. Med., 31, 414, 1951.
33. IZAR y cols.—Minerva Med., 42, 191, 1951.
34. ANDERSON.—Lebanese Med. J., 4, enero 1951.
35. SÁNCHEZ VEGAS.—Jour. Am. Med. Ass., 151, 1059, 1953.
36. COPE.—U. S. Armed Forces M. J., 5, 345, 1954.
37. GORGINKEL y cols.—Jour. Am. Med. Ass., 151, 1157, 1953.
38. KAGAN y cols.—Antib. and Chem., 4, 308, 1954.
39. BRAUNICK y cols.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 29, 183, 1954.
40. REISS y cols.—A. M. A. Arch. Surg., 64, 5, 1952.
41. LATTERI.—Athena, 18, 357, 1952.
42. NIEDNER y LANGE.—Deutsch. Med. Wsch., 77, 242, 1952.
43. DEUCHER.—Schweiz Med. Wsch., 82, 1, 1952.
44. SCHATTEN y ABOTT.—Surg., Gynec. and Obst., 97, 445, 1953.
45. ZASLOW y RSENTHAL.—Ann. Surg., 139, 478, 1954.
46. ZASLOW.—Reunión de la A. M. A. New York, 1-5 junio 1953.
47. STÖTTER.—Med. Welt., 21, 1150, 152.
48. JIMENEZ DÍAZ y cols.
49. BUMBALO y GUSTINA.—Postgrad. Med., 14, 83, 1953.
50. WELLS y cols.—Antibiotics and Chemoth., 1, 299, 1951.
51. PELAEZ.—Bol. Colegio Med. Habana, 3, 362, 1952.
52. LOUGHLIN y cols.—Antib. and Chem., 1, 588, 1951.
53. ECKERLE.—Reunión de la A. M. A. New York, 1-5 junio 1953.
54. LINSELL y FLETCHER.—Prit. M. J., 2, 1190, 1950.
55. JONES y cols.—J. Nat. M. A., 43, 80, 1951.
56. PLAHEY.—Canad. M. A. J., 66, 151, 1952.
57. TRAPTON y LIND.—J. Urol., 69, 315, 1953.
58. LAZARUS y WOOD.—Am. Pract., 3, 445, 1952.
59. WAGNER.—Am. J. Pub. Health., 43, 853, 1953.
60. CARROL y cols.—Chicago M. Soc. Bull., 56, 626, 1954.
61. BUNN y cols.—J. Clin. Invest., 33, 920, 1954.
62. LEIBERMAN y cols.—J. Urol., 68, 399, 1952.
63. FERGUSON y MILLER.—J. Urol., 67, 762, 1952.
64. WILLCOX.—Antib. and Chem., 4, 173, 1954.
65. MERMELL y PRIGOT.—International Record Med. and Gen. Practice Clin., 168, marzo y abril 1955.
66. SEID.—Antib. and Chem., 4, 330, 1954.
67. MACEDO.—Rev. Med. Rio Grande do Sul, 9, 197, 1954.
68. KING y cols.—Jour. Am. Med. Ass., 143, 1, 1950.
69. SATTENSPIEL y CHESLEY.—Bull. Margaret Hague Maternity Hosp., 5, 67, 1952.
70. KISTNER y DUNCAN.—Obst. and Gynec. (en prensa).
71. BARTON.—G. P., 10, 74, 1954.
72. HORNE y cols.—Fertility and Sterility, 3, 321, 1952.
73. GREENE.—Antib. and Chem., 2, 119, 1952.
74. WALKER.—Lancet, 1, 521, 1953.
75. LANG y cols.—Obst. and Gynec., 2, 527, 1953.
76. HARRISON.—Am. J. Surg., 85, 160, 1953.
77. ANDINA y ALLEMANN.—Schweiz. Med. Wschr., 82, 253, 1952.
78. BAFFES y POTTS.—Ann. Surg., 139, 501, 1954.
79. MORASSUTTI.—Athena, 18, 217, 1952.
80. WANNAMAKER.—J. Neurosurg., 11, 151, 1954.
81. RITCHIE y WALLACE.—Antib. and Chem., 2, 394, 1952.
82. OSBORNE.—Lancet, 1, 257, 1954.
83. LONGHILL y MULLIN.—Antib. Med., 1, 147, 1955.
84. LONGHILL y cols.—Antib. and Chem., 4, 155, 1954.
85. GUIMARAES y cols.—Hospital. Rio de Janeiro, 38, 295, 1950.
86. AMPFO y FINDLAY, JR.—Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 45, 261, 1951.
87. HILL.—Bol. Ofic. San. Panam., 35, 147, 1953.
88. REIN.—Ann. New York Acad. Sc., 55, 1176, 1952.
89. HUDSON y CROSLEY.—Brit. J. Dermat., 48, 288, 1936.
90. REISS.—New York State. J. Med., 52, 1031, 1952.
91. HOLL-SMITH.—Lancet, 1029, 1954.

92. ROBINSON.—A. M. A. Arch. Dermat. and Syph., 69, 414, 1954.
93. WRIGHT.—A. M. A. Arch. Dermat. and Syph., 67, 125, 1953.
94. TSCHAN y WRIGHT.—A. M. A. Arch. Dermat. and Syph., 69, 621, 1954.
95. VALENTINE.—Lancet, 2, 351, 1952.
96. JANBON y cols.—Montpellier Med., 41, 281, 1952.
97. FINLAND y cols.—Ann. New York Acad. Sc., 53, 290, 1950.
98. KNIGHT.—New York State J. Med., 50, 2173, 1950.
99. APPEL.—Antib. and Chem., 3, 1258, 1953.
100. HUGHES.—J. Arkansas M. Soc., 50, 201, 1954.
101. PECKER.—A. M. A. Arch. Dermat. and Syph., 67, 173, 1953.
102. SULZBERGER.—Discusión del trabajo de PECKER: Ibid.
103. BARNAB.—New York State J. Med., 52, 1528, 1952.
104. MILLER y cols.—M. Clin. North. Am., 35, 341, 1951.
105. LÓPEZ CORTÉS.—Rev. Méd. de Chile, 80, 568, 1952.
106. TOWN.—Am. J. Ophth., 34, 723, 1951.
107. THYGESEN.—Tr. Am. Ophth. Soc., 49, 185, 1952.
108. BRALEY.—Comentarios al trabajo de THYGESEN: Ibid.
109. MITSUI y cols.—Antib. and Chem., 2, 501, 1952.
110. NACCACHE.—Brit. J. Ophth., 37, 106, 1953.
111. MITSUI y cols.—A. M. A. Arch. Ophth., 46, 235, 1951.
112. BILGER.—Jour. Am. Med. Ass., 149, 1667, 1952.
113. WILLCOCKSON y COX.—South Dakota J. Med. and Pharm., 6, 147.
114. MAWSAN y cols.—Brit. Med. J., 1, 817, 1953.
115. ARSLAN y DE VITO.—Athena, 18, 1, 1952.
116. HEIMENDINGER y LAFON.—Rev. de Laryng., 73, 112, 1952.
117. HECK y MCNAUGHT.—Jour. Am. Med. Ass., 149, 662, 1952.
118. RUTTER y BALLANTYNE.—Lancet, 2, 314, 1952.
119. MAGAURAN.—Lancet, 2, 589, 1952.
120. MORIN y NATHANSON.—J. Oral Surg., 60, 307, 1953.
121. SHPUNTCFF H. y W.—J. Am. Dent. A., 48, 169, 1954.
122. COLLINGS y STOUT.—J. Periodontology, 25, 96, 1954.
123. POLLOCK y ARCHER.—Pennsylvania Dent. J., 20, 10, 1953.
124. OSSERMAN.—New York State Dent. J., 18, 509, 1952.
125. BERNARDINI JARAMILLO.—An. Españo. Odontoestomatol., 11, 15, 1952.
126. CHEVALIER JACKSON.—Otorrinolaringología y Bronquiosofagología, Méjico, 1949.
127. FRANCO, ESCALADA y GONZÁLEZ-MARTÍNEZ.—Rev. Clin. Española, 61, 1, 1953.
128. CHEVALIER JACKSON.—Laringoscope, 480, 1915.
129. CHEVALIER JACKSON.—Endoscopy Chirurg. du Larynx, 509, 1920.
130. FONT y ORTIZ.—Health Bull., 3, 109. Puerto Rico, 1929.
131. BREWER y RAMBO.—An. Otol. Rhin. and Laryng., 57, 96, 1948.
132. DAVIS.—Journ. Kansas. Med. Chir., 48, 105, 1947.
133. MILLER.—Laryngoscope, 58, 514, 1948.
134. BOIES.—Diag. y trat. de los enfds. de la garganta, nariz y oídos, 373, Méjico, 1951.
135. PITTMANN.—Jour. Exp. Med., 53, 417, 1931.
136. ALEXANDER y cols.—Jour. Pediat., 18, 31, 1941.
137. MONCRIEF y WELLER.—Lancet, 2, 149, 1949.
138. MAC LEOD y cols.—J. Ann. Otorhin., 25 marzo 1948.
139. FEER y KLEINSCHMIDT.—"Trat. enf. de los niños", página 311. Barcelona, 1952.
140. GRIFFITH y MITCHEL.—Textbook of Pediatrics, 578, 1941.
141. SAMPERIO.—Vida Médica, marzo 1933.
142. FRANCO.—Orientaciones Terapéuticas Actuales, 147, Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1955.
143. TURNER y MORGAN.—Am. J. Dis. Child., 83, 440, 1952.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Empleo de la quinina en el parkinsonismo.—La acción de la quinina sobre el tono muscular puede utilizarse en los casos de síndrome parkinsoniano en los que predomine la espasticidad. KIDRON (*Br. Med. J.*, 1, 626, 1956) refiere en una breve nota su empleo empírico en un caso de miotonía distrófica, en el que se logró una considerable mejoría con tres dosis diarias de 0,30 g. durante varias semanas; el enfermo empeoró al suspenderle la medicación y mejoró de nuevo al reanudarla. A partir de esta observación ha tratado a otros 10 enfermos con síndrome parkinsoniano en la misma forma, y en la mitad de los casos ha obtenido una respuesta terapéutica que induce a establecer la misma terapéutica en mayor número de casos, ya que hasta ahora es difícil tener un criterio objetivo para juzgar del estado de tono y casi siempre hay que valorar las impresiones subjetivas del enfermo.

Parsidol en el parkinsonismo.—El parsidol es el clorhidrato de etopropacina, derivado de la fenotiazina y de fórmula



Farmacológicamente, tiene acciones depresoras sobre los centros nerviosos y parasimpaticolíticas, así como antihistamínicas y antinicóticas. DOSHAY, CONSTABLE y AGATE (*J. Am. Med. Ass.*, 160, 348, 1956) le han empleado en 147 enfermos de síndro-

me parkinsoniano (postencefalítico en 41 casos, idiopático en 40 y arterioscleroso en 56) y de edades comprendidas entre veintiocho y ochenta y tres años. La dosis inicial es de 50 mg., tres veces al día, y se aumenta lentamente hasta 100 mg., tres o cuatro veces al día; en casos graves se llega a dosis diarias de 950 mg. y en tales casos graves es conveniente fraccionar la cantidad total en mayor número de dosis. Los efectos se manifiestan especialmente sobre el temblor y menos sobre la rigidez, aunque también mejoran la postura, la marcha y el lenguaje. En el 45 por 100 de los casos, la mejoría fué bastante marcada y en ningún caso se observaron efectos secundarios desagradables que obligaran a la supresión del fármaco; únicamente se presentaron síntomas de mareo y embotamiento, de poca intensidad. La droga es compatible con otros preparados de los que son usuales en el parkinsonismo.

Glaucarrubina en la amebiasis.—En Méjico es popular el empleo de extractos de "chaparro amargo" y otras plantas, especialmente del género Simarouba, en el tratamiento de la amebiasis. Recientemente se han extraído distintas sustancias de la *S. amara* y de la *S. glauca* y un glicósido cristalino de esta última procedencia es la llamada glaucarrubina. DEL POZO y ALCARAZ (*Am. J. Med.*, 20, 412, 1956) han tratado a 78 enfermos de amebiasis crónica (portadores de quistes de *E. histolytica*) y a 9 enfermos de disentería amebiana aguda (con formas vegetativas). Se utilizaron hasta seis pautas distintas de tratamiento y la dosis diaria varió entre 10 y 280 miligramos y la duración del tratamiento entre cinco y treinta y dos días consecutivos. La tolerancia para la droga fué excelente y no se observaron síntomas tóxicos de ninguna clase. La mejoría clínica