

gramos de proteínas totales. Oro coloidal, 1223432210. Wassermann negativo hasta con 1 c. c. de líquido. Flo- ra microbiana nula. Siembra estéril. Orina: indicios de albúmina, con 1.028 de densidad, y en el sedimento, ci- lindros hialinos, hialinogranulosos y granulosos. Nume- rosos hematies y algunos leucocitos. Aglutinaciones a Malta, Tifus y Paratífus A y B, negativas. Aglutinacio- nes a Proteus X 19, positivas al 1/40. Se continúa con el mismo tratamiento durante cuatro días, añadiéndole solamente suero glucosado hipertónico intravenoso cada cuatro horas. La fiebre baja a 38°, y el estado general se mantiene algo mejor. Después de suspenderle la au- reomicina durante cuatro días se realiza hemocultivo, que resulta negativo. Se reanuda el tratamiento, y en vista de que continúa igual, se cambia la aureomicina por penicilina (1.600.000 unidades diarias) y estrepto- micina (1 g. diario), con el mismo resultado. A los ocho días se suspende la penicilina y estreptomycinina y se le da terramicina, 250 mgr. intravenosos cada 12 horas.

Al segundo día de tratamiento mejora considerablemen- te: pide y toma alimentos, que hasta entonces había que dárselos por sonda o por vía parenteral; reconoce a sus familiares, y recupera totalmente la vista, cosa que se había iniciado en los últimos días. Al tercer día de tratamiento con terramicina la fiebre desaparece, así como todos los signos de irritación meníngea, y a los seis días se encuentra muy bien, cambiándose el trata- miento por terramicina oral, 2 gr. diarios, que se con- tinúan durante seis días más. Al final de este tiempo se encuentra completamente bien, y la exploración neu- rológica, así como los análisis de sangre y l. c. r., son normales. En la orina continúan encontrándose indicios de albúmina y algunos cilindros hialino-granulosos, ex- presión de la nefritis crónica que padece. Vuelve a los cuatro meses de haber sido dado de alta, encontrándose completamente bien (véase gráfica 10).

(Continuará en el próximo número.)

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Cloropromazina en la porfiria.—MELBY, STREET y WATSON (*J. Am. Med. Ass.*, 162, 174, 1956) han ad- ministrado cloropromazina por vía oral a la dosis de 25 mg. tres o cuatro veces al día a nueve casos de porfiria aguda intermitente con dolor y otros sín- tomas neurológicos importantes. Dicha dosificación bastó para dominar los síntomas en la mayoría de los casos, aunque no hizo retroceder las parálisis establecidas. En tres enfermos una dosis única de 100 mg. se siguió de la remisión clínica completa. El primer efecto fué una desaparición de los sín- tomas nerviosos, incluyendo el dolor, mejoría que no estaba relacionada con alteraciones significativas en la eliminación de porfirina o porfobilinógeno du- rante el período de estudio. Al parecer, la droga in- terrumpe un círculo vicioso, después de lo cual el en- fermo es capaz de llegar a la remisión espontánea. A su juicio la cloropromazina es el remedio más uni- formemente eficaz para las manifestaciones doloro- sas y nerviosas de la porfiria.

Empleo clínico de novobiocín.—PEARSON y colabo- radores (*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 98, 273, 1956) uti- lizan el novobiocín en 75 enfermos con diferentes in- fecciones a la dosis de 2 g. diarios por vía oral. La respuesta a las infecciones por el estafilococo dora- do fué generalmente buena, excepto en los casos en los que las alteraciones tisulares crónicas predispo- nían a una infección continuada. También se apre- ció mejoría en los enfermos con infecciones pneumo- cócicas y beta-estreptocócicas, pero la respuesta no fué tan rápida y la supresión de los gérmenes tan uniforme como cuando se emplea la penicilina. No han observado efectos favorables en enfermos con infecciones originadas por enterococos, proteus o en enfermos con actinomicosis o absceso de pulmón. Se apreciaron reacciones desfavorables en el 18,7 por 100 de los enfermos: Erupciones cutáneas en 12, eo- sinofilia en 5, leucopenia en 2 e ictericia en 1. En 8 de estos enfermos a los que se administró un se- gundo curso de novobiocín, reaparecieron los signos y síntomas tóxicos en 5 de ellos. Además, aparecie-

ron razas de estafilococos resistentes al novobiocín en 4 enfermos que fueron tratados durante tres o más meses.

Efectos de la aspirina en la úlcera péptica.—La bi- bliografía sobre el problema de la relación entre úlcera péptica y aspirina muestra cierto desacuerdo entre los diferentes trabajos. BROWN y MITCHELL (*Gastroenterology*, 31, 198, 1956) refieren que de los enfermos ingresados en el Freedmen's Hospital con hemorragia masiva por enfermedad ulcerosa, el 72 por 100 siguió significativamente a la ingestión de compuestos salicílicos; como punto de comparación, la hemorragia fué consecutiva a la ingestión de be- bidas alcohólicas en el 15,2 por 100 de los casos de hemorragia masiva. En 9 casos de perforación, este fenómeno se produjo después de la ingestión de sa- licilatos, alcohol o ambos productos. Subrayan que otros enfermos que venían siendo sometidos a un régimen de tratamiento médico por su úlcera y que continuaban con los dolores, éstos desaparecieron por completo al suprimir la ingestión de los com- puestos salicílicos. Añaden que la ingestión de di- chos productos y de alcohol puede seguirse de una reactivación ulcerosa, dependiente de condiciones lo- cales en el momento de la ingestión. El empleo previo de salicílicos sin efectos desfavorables no supone una garantía contra la actividad erosiva en el sitio de la úlcera. Indican la posibilidad de un factor ra- cial, ya que todos sus enfermos pertenecían a la raza negra. Terminan manifestando que debe demo- rarse el tratamiento quirúrgico por hemorragias re- petidas en aquellos enfermos en los que tales fenó- menos siguen a la ingestión de compuestos salicí- licos y de alcohol.

Reacciones graves al PAS.—Son ya numerosas y bien conocidas las reacciones de hipersensibilidad o tóxicas que se presentan después de la administra- ción continuada de PAS en el tratamiento de los procesos tuberculosos, y recientemente ALT y SPEN-

GLER (*Ann. Int. Med.*, 45, 541, 1956) presentan la historia de un caso que tras un tratamiento con PAS e isoniazida durante un mes desarrolló un cuadro de mialgia generalizada, fiebre y días más tarde un eczema pruriginoso máculopapular y faringitis aguda. En el estudio sanguíneo se vió leucopenia y eosinofilia. En vista de ello se suprimió el PAS y desapareció el cuadro, aunque continuaba la fiebre. Pero una semana más tarde administran de nuevo el PAS y el enfermo desarrolla un cuadro de fiebre en agujas, mialgia generalizada, náuseas y dolores en el cuadrante superior derecho del abdomen; en la exploración se encontraron adenopatías, hepato y esplenomegalia. Nuevamente se suspendió el PAS y todos los síndromes del enfermo desaparecieron rápidamente, como asimismo se normalizó el tamaño del bazo y el hígado y retrocedieron los ganglios linfáticos. Insisten en mantener una vigilancia estricta en cuanto a la posibilidad de la producción de reacciones graves de hipersensibilidad al PAS en los sujetos sometidos a un tratamiento prolongado de la tuberculosis pulmonar.

Clorambucil en la leucemia linfóide crónica y otros linfomas.—El clorambucil es una mostaza nitróge-

nada aromática (ácido p-(di-2-cloroetil) aminofenilbutírico), también conocido con el nombre de CB 1348. ULMANN y GELLHORN (*J. Am. Med. Ass.*, 162, 178, 1956) lo administran por vía oral en dosis de 5 a 30 mg. diarios durante cinco a siete semanas, con un promedio total de 350 mg. Tratan así a 30 enfermos con leucemia linfóide crónica y diversos linfomas. De 18 enfermos con leucemia linfóide crónica, tres obtuvieron excelentes resultados, ya que se normalizaron la cifra de hemoglobina y el recuento de leucocitos, mejoró el recuento diferencial de una manera significativa y desaparecieron por completo la hepatoesplenomegalia y las adenopatías; en otros 8 enfermos de este grupo se obtuvieron también buenos resultados, ya que descendió el número de leucocitos, subió la hemoglobina, mejoró el recuento diferencial y disminuyeron de tamaño el hígado, el bazo y los ganglios. Sin embargo, fueron mucho menos evidentes los resultados en los casos de linfoma linfocítico y de enfermedad de Hodgkin. Señalan también que la droga no presenta apenas efectos colaterales cuando se administra por vía oral y que en dosis terapéuticas eficaces sólo muy raramente llega a producir lesión de la médula ósea.

EDITORIALES

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS FEBRILES AGUDAS

Van teniendo gran predominio en la patología actual una serie de procesos caracterizados por una enfermedad respiratoria febril aguda y que colectivamente fueron englobados por STUART-HARRIS bajo el nombre de catarro febril agudo. El descubrimiento ulterior de los agentes etiológicos que originan la mayoría de dichos procesos, junto con la puesta en práctica de métodos de laboratorio para el diagnóstico definitivo, ha hecho posible la descripción del cuadro clínico en casos demostrados de infecciones respiratorias agudas.

DASCOMB e HILLMAN refieren en un reciente trabajo los rasgos clínicos de 45 casos confirmados por el laboratorio de una enfermedad respiratoria originada por el virus 7 RI. Los enfermos manifestaron un síndrome de fiebre, faringitis y tos, lo que se asoció con uno o más de los siguientes fenómenos: Conjuntivitis, rinitis, otitis media catarral o externa, laringitis, tráqueobronquitis, bronquiolitis, neumonitis y síntomas generales. Basándose en los hallazgos clínicos, consideran la secuencia de hechos en este tipo de infecciones como sigue: Presumiblemente, el virus penetra en el hombre por el tracto respiratorio superior, esto es, a través de la mucosa faríngea o conjuntival; después de un período de incubación de aproximadamente cinco días, aparecen los síntomas generales y respiratorios, se presenta la característica hiperplasia linfóide de la faringe con fiebre, viéndose la afectación superficial del tejido linfático que da origen a manchas puntiformes de exudado blanco, que generalmente aumentan de tamaño y llegan a confluir con las adyacentes. Este proceso inflamatorio peculiar, que se acompaña a menudo de linfadenopatía local, se confina en ocasiones a la faringe posterior, pero lo más frecuente es que progrese rápidamente hasta llegar a afectar la laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos. En ciertos casos la bronquiolitis es

suficientemente intensa como para originar una atelectasia pulmonar, y en otros el proceso se difunde afectando los intersticios del pulmón, originando una neumonitis. La afectación conjuntival se produce simultáneamente con los síntomas respiratorios iniciales y tiene poca o ninguna significación en la intensidad de la enfermedad. La convalecencia se presenta con lisis de la fiebre, disminución de la hipertrofia linfática de la mucosa, desaparición de los exudados y un descenso más gradual en el tamaño de las adenopatías cervicales. La resolución de la neumonitis es menos rápida y sigue el mismo patrón de otros tipos de neumonitis por virus.

Es evidente que una gran proporción de enfermedades respiratorias en el hombre están originadas por virus de la familia RI. Esta familia incluye diferentes procesos, entre los cuales citaremos la enfermedad respiratoria aguda indiferenciada (ARD), la faringitis exudativa no estreptocócica, la bronquitis que imita a la neumonía atípica y ciertos casos de neumonía atípica primaria en los que son negativas las aglutininas para el frío y el estreptococo MG. Los casos de neumonía atípica primaria, en los que estas últimas pruebas son positivas, no están relacionados etiológicamente con los virus RI, sino con un agente distinto.

También a este grupo de enfermedades pertenece el síndrome de la fiebre faringoconjuntival, descrita recientemente por PARROTT y cols., que está originada por el virus 3 APC o RI. Los componentes principales de esta última enfermedad, fundamentalmente fiebre, faringitis con o sin exudados, rinitis y frecuente linfadenopatía cervical o submaxilar e inflamación conjuntival, existían también en los casos descritos por DASCOMB y HILLMAN, que en cambio estaban originados por el virus 7 RI. Sin embargo, existen diferencias en el grado de afectación; así, la duración e intensidad de la respuesta febril es similar en ambos grupos, pero la faringitis en estos últimos casos tiene mayor intensidad en