

**Tratamiento.**—El estreptobacilo moniliforme es sensible en general a la penicilina y estreptomina; algunas cepas son sensibles a la terramicina, aureomicina y cloromicetina. Por lo general es resistente a las sulfas. Las potenciaciones son útiles en muchos casos.

## EXPERIENCIA CHILENA.

Abarca 18 casos publicados.

## 1. Distribución geográfica.

Santiago .....	13 casos.
Talca .....	2 "
San Bernardo .....	1 caso.
Concepción .....	1 "
Curacaví .....	1 "

## 2. Edad de los pacientes.

Menores dos años....	4 casos.
Adultos .....	14 " (hasta 63 años).

## 3. Origen de la enfermedad.

Mordedura de rata .....	8 casos.
Mordedura de gato .....	1 caso.
Origen alimenticio .....	9 casos.

## 4. Evolución previa al diagnóstico.

1 a 2 meses .....	7 casos.
3 a 4 " .....	3 "
5 a 12 " .....	2 "
1 a 2 años .....	2 "
10 años .....	1 "
No precisada .....	3 "

## 5. Sintomatología presente.

Fiebre: 18 casos (100 por 100). Continua, en los agudos; intermitente, en subagudos y crónicos. Acme nocturno.

Artropatías: 12 casos (67 por 100). Artralgias localizadas o difusas, fluxiones mono o poliarticulares, de articulaciones grandes y pequeñas. Un caso de artritis supurada.

Exantemas: 12 casos (67 por 100). De preferencia eritematoso o eritematoso papuloso, generalizado localizado, habitualmente fugaz y recidivante ocasionalmente.

Esplenomegalia: 3 casos.

## 6. Complicaciones observadas.

Endocarditis .....	2
Abscesos .....	2
Amigdalitis .....	2
Neumonía .....	1
Pleuritis .....	1
Otitis media .....	1
Diarreas .....	1

## 7. Laboratorio.

Hemograma:

Anemia moderada (3 a 3.800.000) .....	9 casos.
Leucocitosis (8.600 a 17.000) .....	14 "
Leucopenia (bajo 5.300) .....	4 "

Sedimentación: 60 a 125 mms. (1 caso: 21 mms.).

Serología positiva (falsa) ..... 2 casos. |

Aislamiento de estreptobacilo:

Hemocultivo .....	10 casos.
Hemocultivo y cultivo del pus .....	5 "
Hemocultivo y faringe .....	1 caso.
Cultivo de pus .....	1 "
Negativo .....	1 "

## 8. Tratamiento.

Penicilina: 12 casos (asociado o no a sulfas).

Penicilina más estreptomina: 1 caso.

Resultados:

Curación... 7 casos.	
Remisión... 2 "	
Fracaso... 3 " (de evolución crónica).	

## 9. Evolución.

Mortalidad conocida. 4 pacientes (2 por endocarditis).

Recidivas conocidas. 5 "

## RESUMEN.

Los autores presentan un caso clínico de reumatismo infeccioso por estreptobacilo moniliforme de evolución crónica, que responde favorablemente a la terapia a base de penicilina y terramicina y abertura de abscesos.

Analizan las características más frecuentes de la enfermedad de Haverhill y hacen referencia a la casuística nacional acerca de este tema.

## BIBLIOGRAFIA

- CARLOS GARCÉS y E. PRADO GERMAIN.—Rev. Chil. Pediat., 3, 191, 1954.  
 E. S. PETERSEN, N. B. MCCULLOUGH, C. W. EISELE y J. M. GOLDINGER.—Journ. Am. Med. Ass., 144, 621, 1950.  
 VACCARO, H. y PAREDES, L.—Rev. Med. Chile, 74, 142, 1946.  
 V. J. STAINSBY.—Eritema artrítico epidémico. Tratado de Medicina Interna. Cecil. Editorial Interamericana, S. A. México, 1947.  
 COMROE'S.—Arthritis. Lea y Febiger. Philadelphia, 1949.

## IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION FISICA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS ALOJADOS EN APARATO RESPIRATORIO

E. FERNÁNDEZ GARCÍA.

Hospital Provincial de Nuestra Señora de la Montaña.  
Cáceres.

Servicio de Medicina Interna.  
Médico Jefe: Doctor E. FERNÁNDEZ GARCÍA.

Siempre hemos sido partidarios de la exploración clínica total del enfermo, pero en el transcurso de nuestra vida profesional hemos ido viendo cómo los métodos clásicos de exploración han sido absorbidos, y a veces abandonados, por otros más rápidos a los que se les consideraba mayor valor.

Efectivamente, trabajando en grandes Centros dispensariales, y concretamente refiriéndonos a los enfermos de aparato respiratorio, hemos visto, o mejor, hemos vivido una época en la que la radioscopia o la radiografía era el único medio de exploración de los enfermos, despreciándose en un principio, quizá por falta de tiempo y luego por habituación, los medios clásicos de exploración física, que sin duda al-

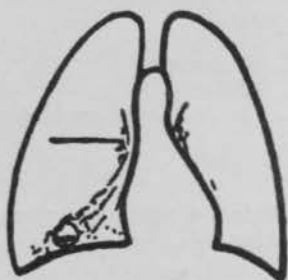


Fig. 1.

guna tuvieron, tienen y tendrán siempre un valor que el clínico no podrá nunca negar. Y así, muchos maestros dieron su consiguiente alabanza en este sentido, recalcando la gran importancia de la exploración física en los enfermos del aparato respiratorio, importancia que algunas veces es tan primordial o fundamental que ella por sí sola nos lleva al diagnóstico evitándonos el fracaso de una simple radioscopia o radiografía.

Al fin y al cabo, por ejemplo, la patología bronquial no se ha hecho sólo ayudándonos de la radiografía, la radioscopia o tomografía, broncoscopia, etc., sino de la exploración física, que en unas manos o en unos oídos avezados puede muy bien llevar de la mano a un juicio clínico correcto.

Por ello, nosotros queremos exponer hoy brevemente un caso más en el que una exploración incompleta—precisamente a falta de exploración física—hizo demostrar un diagnóstico que pudo ocasionar gravísimos perjuicios, pero que afortunadamente llevó después una evolución francamente inmejorable.

Se trata del enfermo P. S., de diecisiete años, vecino de Pozuelo de Zarcón, de esta provincia, quien hace aproximadamente siete meses, un día de fiesta, estando merendando con sus amigos, notó que un hueso pequeño se le iba por mal sitio, sintiendo seguidamente un acceso de tos que se repitió frecuentemente, acompañándose de discreta fiebre. Explorado por su médico fué diagnosticado y tratado, como un proceso gripal, con penicilina y sedantes de la tos, observando ligera mejoría con reagudizaciones de su catarro.

Al mes o mes y medio fué explorado a rayos X, ya que el enfermo insistía en que él se había tragado un cuerpo extraño, no apreciándose por el compañero que lo vió nada llamativo y lo trató con hidrazidas, PAS, etcétera, durante un periodo de tres o cuatro meses. Pero el enfermo, a pesar de este tratamiento, se encuentra cada vez peor, sus catarros son ya persistentes, tiene una tos convulsiva accesiforme con expectoración difi-

cil y alguna vez hemoptoica, por cuyo motivo decide venir a consultarnos, aquejando además de lo ya expuesto un dolor discreto en hemitórax derecho en su base y un adelgazamiento persistente. En su exploración nos encontramos con un sujeto de constitución y conformación normal, ligeramente desnutrido, sin ganglios en cuello ni axilas, boca séptica, 37,4° de temperatura en el momento de la consulta, tórax de forma normal y con ligero dolorimiento espontáneo en región costal derecha. En la exploración física de tórax se observa una disminución discreta de la movilidad en base derecha, una disminución muy acentuada de función en dicha base sin hallazgo anormal a la percusión, en contraste con una hiperfunción contralateral. El corazón es normal, el pulso es regular y rítmico, latiendo a 105 por minuto; sus tensiones arteriales son de 11-7 y en el abdomen no se aprecia nada anormal. No se palpa bazo y el hígado es normal.

Llamándonos extraordinariamente la atención esta intensa disminución de función en la base del pulmón derecho sin hallazgo patológico en su percusión, exploramos al enfermo radiológicamente, encontrándonos en ella una imagen cavitaria redondeada del tamaño de una moneda de diez céntimos inmediatamente encima del diafragma derecho y en su parte media, en cuya imagen observamos un pequeño nivel horizontal y además una continuación con unos tractus lineales, prolongación del polo inferior del hilio derecho. Se visualiza también una pleuritis interlobar media derecha. El resto del pulmón es normal, así como el pulmón izquierdo, en cuya base hay un evidente enfisema (fig. 1).

Radiográficamente se confirma la radioscopia anterior (fig. 2).

La baciloscopia para el Koch previa homogeneización del esputo, e incluso en el contenido gástrico en ayunas, es negativa. La velocidad de sedimentación es de 91 en

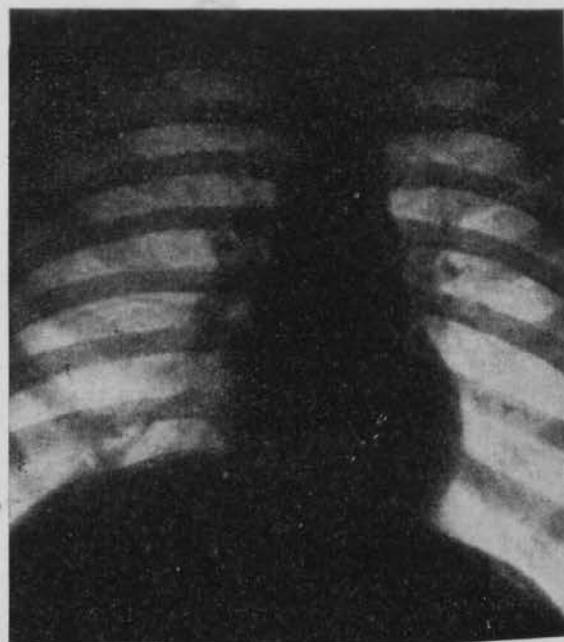


Fig. 2.

la primera hora y 112 en la segunda. Hematíes, 4.300.000; leucocitos, 14.800. Hemograma: 0-1-0-0-1-66-30-2. Nada anormal en la orina. Reacciones de Weimberg y Cassoni, negativas.

Ante estos datos de exploración, y teniendo en cuenta la historia del enfermo, se practica una broncoscopia, para lo cual solicitamos la colaboración del doctor MARTÍ VALVERDE, jefe del Servicio de Otorrinolaringología de nuestro Hospital, sospechando la existencia de un cuerpo extraño alojado en el bronquio inferior derecho, que debido al largo tiempo allí alojado hubiese producido un pequeño absceso de pulmón, y, efectivamente,

practicada dicha broncoscopia nos encontramos con un cuerpo extraño enclavado en el citado bronquio que, gracias a una hábil maniobra de nuestro competentísimo compañero, se logra extraer en el mismo momento de la broncoscopia, y que corresponde a un pequeño trozo de vértebra, que fué exactamente la que comiendo en el momento de iniciación de su enfermedad ingirió el enfermo.

Seguidamente se hizo un tratamiento por vía oral con terramicina, pudiendo comprobar a continuación

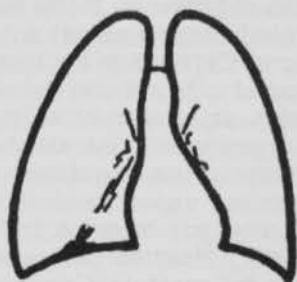


Fig. 3.

cómo el síndrome funcional de la citada base pulmonar derecha había desaparecido, restableciéndose casi normalmente su función, y comprobando posteriormente, radiológica y radiográficamente, la desaparición de la citada cavidad, sustituida a los pocos días por un pequeño campo indurativo (figs. 1 y 3).

El postoperatorio fué completamente normal, cediendo rapidísimamente la fiebre, la tos, la expectoración y

siendo en fin dado de alta el enfermo a los pocos días, no habiéndosele encontrado ningún hallazgo anormal en las sucesivas exploraciones practicadas.

He aquí, pues, un evidente éxito terapéutico, debido a un diagnóstico correcto, fundamentado en dar valor a unos métodos de exploración que por lo que antes exponíamos muchas veces no son debidamente valorados, consiguiendo con ello evitar graves perjuicios, ya que, como en este caso, la confusión con otros procesos (tuberculosis, quiste, etc.) hubieran conducido al enfermo a una supuración pulmonar que hubiera motivado la cronicidad del mismo, e incluso dado lugar a otros procedimientos terapéuticos de mayor importancia como la exéresis, etc.

Posteriormente, nuestra casuística se ha enriquecido con casos nuevos y recientemente tenemos entre otros el de una niña de cuatro años a la que en sucesivas exploraciones radioscópicas, radiográficas e incluso tomográficas no se apreció nada anormal a pesar de haber ingerido una pipa de girasol, pero insistentemente su exploración física de aparato respiratorio era positiva y sólo por ella, a pesar de la negatividad de los demás datos, se le practicó una broncoscopia, consiguiéndose extraer el citado cuerpo extraño.

## REVISIONES TERAPEUTICAS

### ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CON CLORPROMACINA Y CON RESERPINA

R. COULLAUT MENDIGUTIA y M. JOSÉ COLINA LEONÉS.

Servicio de Neuro-Psiquiatría (mujeres) del Hospital Provincial de Madrid (Prof. LÓPEZ IBOR) y Departamento de Medicina Psicosomática del Patronato "Ramón y Cajal" del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

La eficacia de la clorpromacina y de la reserpina en el tratamiento de los enfermos mentales expuesta en la bibliografía mundial, tan reveladora de una nueva y brillante etapa en la terapéutica psiquiátrica, unida a nuestra muy satisfactoria experiencia personal y a la escasez de publicaciones en España sobre esta materia, hace que consideremos un deber el contribuir a su mayor difusión y conocimiento. Con estos fines hacemos primero un somero resumen de los más importantes trabajos publicados, pues pretender abarcar toda la bibliografía existente hasta la fecha es imposible dada su enorme extensión, y después exponemos unos comentarios generales sobre la evolución que la esquizofrenia experimenta bajo la acción de estas terapéuticas, ya que los resultados concretos obtenidos por nosotros

hasta ahora han sido motivo de una reciente publicación<sup>1</sup>.

Como es sabido, la clorpromacina (Largactil 4560 R. P., Megaphen, Torazina) forma parte con la prometazina (Phenergan, Fargan) y la dietazina (Diparcol, Antipark 2987 R. P.) del grupo de las fenotiazinas que, como sustancias antiparkisonianas, fueron obtenidas y usadas desde hace muy pocos años y empleadas por LABORIT en sus estudios sobre la invernación. La reserpina (R) es un alcaloide de la *Rauwolfia serpentina* Bent, obtenido de la raíz de dicha planta que se usaba en la India desde hace cientos de años en el tratamiento de muchas enfermedades y, entre ellas, las mentales, y que se empezó a usar en Norteamérica para el tratamiento de la hipertensión arterial por WILKINS<sup>2</sup> y LOEFLE<sup>3</sup> y en psiquiatría por NOCE, WILLIAMS y RAPAPORT<sup>4</sup> al conocer sus efectos sedantes sobre el sistema nervioso. Ambas drogas actúan de una manera muy semejante y producen efectos similares, y no deja de ser curioso que, siendo de procedencia tan dispar, no pareciéndose nada en su fórmula química y siendo una de muy reciente síntesis y la otra conocida en la India desde hace muchos años y que por ello podía haberse difundido su uso tanto como, por ejemplo, el de las hojas de digital, hallan coincidido en un momento determinado para su empleo en terapéutica psiquiátrica.