

ZUSAMMENFASSUNG

Die Untersuchung der Maternausbreitung unter 46 Familien ergab, dass das Auftreten eines Krankheitsfalles in einer Familie nicht eine unbedingte Übertragung auf die im gleichen Hause wohnenden, empfänglichen Familienmitglieder zur Folge haben muss. Von 71 einwandfrei empfänglichen, dem Familienkontakt ausgesetzten Personen infizierten sich durch den ersten Krankheitsfall 12 (17 %) nicht, obwohl sie während der ganzen kontagiösen Zeit mit dem Kranken zusammengelebt hatten.

Um diese Nichtansteckung von empfänglichen Personen, die den optimalsten Infektionsbedingungen ausgesetzt waren, zu erklären, muss angenommen werden, dass die Ansteckungsfähigkeit der Masernpatienten geringer ist, als man im allgemeinen anzunehmen pflegt. Das kann daran liegen, dass es Epidemien gibt, mit kurzer kontagiöser Phase oder daran, dass die Kontagiösität der Masernkranken eine intermittierende ist, d. h. dass die Patienten nur hin und wieder Virus in genügender Menge und Vitalität zur Erzeugung von neuen Infektionen nach aussen absondern.

Nachdem das Vorhandensein von empfänglichen aber nicht durch Masern infizierten Personen nachgewiesen ist, obwohl diese Leute mit dem Kranken wiederholt zusammengelebt haben, erklärt sich zufriedenstellend, warum in einer Masernepidemie von 100 Personen, die in früheren Epidemien noch nicht erkrankt waren, auch jetzt nur 95 die Masern bekommen. Die übrigen 5 % bleiben gesund, nicht weil sie immun sind, sondern weil sie in Anbetracht der mitgeteilten Tatsachen quanti und qualitativ nicht genügend Virus bekommen, um die Infektion entstehen zu lassen.

RÉSUMÉ

Comme résultat de l'étude de propagation de la rougeole chez 46 familles, nous pouvons affirmer que l'apparition d'un cas de cette maladie dans le moyen familial n'implique pas la contagion inévitale des membres réceptibles qui convivent sous le même toit. De soixante et onze individus réceptibles sans aucun doute, exposés à la contagion intrafamiliale, douze (17 %) ne furent pas contagier par le cas initial, malgré avoir vécu avec lui pendant toute sa phase de contagion.

Pour expliquer ce manque de contagion chez des sujets réceptibles, situés dans des conditions excellentes pour recevoir l'infection, on est forcé d'admettre que la capacité de contagion des malades de rougeole est moindre de ce qu'on admet jusqu'à présent; ceci peut être dû à ce que dans les épidémies il y ait des cas avec une phase de contagion brève ou bien que la force de contagion des gens atteints de rougeole soit intermittente, c'est à dire, qu'ils expulsent à l'extérieur seulement, de temps en temps, du virus en quantité suffisante et avec la vitalité nécessaire pour déterminer de nouvelles infections.

Ayant démontré l'existence de sujets réceptibles qui ne sont pas contagier de rougeole malgré une convivence répétée avec le contagiant, on peut s'expliquer d'une manière satisfaisante qu'au cours d'une

épidémie morbileuse, de cent individus sans rougeole dans des épidémies précédentes, il n'y ait que quatre vingt quinze qui tombent malades. Le cinq pour cent qui reste ne contracte pas la maladie — non parce qu'ils jouissent d'une immunité en face de la même, — mais parce qu'êtant donné les circonstances exposées, il n'arrive pas à recevoir du virus en quantité et qualité adéquates pour le développement de l'infection.

¿AVENTAJAN LAS SULFAMIDAS A LA QUININA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA NEUMONÍA?

A. ABELLÁN AYALA

A. C. de la R. Academia de Medicina de Murcia

"Sorprenderse, extrañarse, es comenzar a entender. Es el deporte y el lujo específico del intelectual. Por eso su gesto gremial consiste en mirar el mundo con los ojos dilatados por la extrañeza. Todo el mundo es extraño y maravilloso para unas pupilas bien abiertas. Esto, maravillarse, es la delicia vedada al futbolista y que, en cambio, lleva al intelectual por el mundo en perpetua embriaguez de visionario. Su atributo son los ojos en pasmo. Por esto los antiguos dieron a Minerva la lechuza, el pájaro con los ojos siempre deslumbrados." (Ortega y Gasset.)

Pero esta extraordinaria concesión que la Providencia hace al hombre culto, al que traslada su músculo a las oquedades de su cavidad craneal, lleva implícita, como toda adquisición sublime, la pérdida de alguna otra facultad trascendental. Es una ley biológica. La célula nerviosa trueca el don supremo de la Maternidad por el regalo de sentirse acariciada por el halo del alma. Y el hombre dotado de la capacidad mental del perpetuo pasmo, adquiere simultáneamente su tónico de infantilidad, su entusiasmo fácil por cualquier problema nacido del predio sólo a él vedado. Más fácilmente cree quien más fácilmente duda.

En consecuencia, hagamos todo lo posible para eximirnos de esta terrible ley. Intensifiquemos nuestra abertura pupilar ante lo nuevo, pero si hemos de hacer honor a nuestra designación gremial de clínicos, esperemos que nuestra madre la Clínica diga siempre la última palabra sobre todos los problemas. No en vano está en la isla de Cos, la cuna de la figura médica de los siglos de los siglos.

Esta postura espiritual que acabamos de glosar, adoptada por nosotros sistemáticamente ante todo lo nuevo en Medicina, se la debemos en primer lugar a la lectura del corrosivo libro de BOURGET. Pensando así, abordamos el estudio de la acción de las sulfamidas en el campo de las neumonías, en comparación con el tratamiento clásico por la quinina. Cotizamos, en primer lugar, nuestra experiencia personal sobre el problema. Y en segundo plano, temerosos

de edificar un atrevido juicio partiendo de una casuística escasa, establecemos un parangón entre nuestros resultados y los expuestos en la bibliografía que nos fué posible consultar. He aquí el contenido del presente trabajo:

NUESTRA EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO POR LA QUININA. — Sabido es que el uso de estos preparados arranca de MORGENTH (V. BACMEISTER), quien recomendó un tratamiento nuevo para combatir las infecciones neumocócicas por vía quimioterápica. Se trataba de la optoquina. Cuanto antes se emplease, mayores garantías se tendrían de un rápido descenso de la fiebre y de un acortamiento de la enfermedad. Sus peligros en cuanto a la producción de ambliopía o amaurosis definitivas, desaparecieron tan pronto se comenzaron a usar los preparados de quinina básica.

Los excelentes resultados que desde el año 1930 veníamos observando con el uso de estos conocidos productos los encontramos confirmados, no hace mucho, por BERGMANN, quien sigue encomiando la qq. básica, empleada por él todavía, mejorando el antiguo método de AUFRECHT. Insiste BERGMANN en que la qq. básica usada precozmente acorta la enfermedad y disminuye la mortalidad. Incluso ejercería una acción abortiva sobre el proceso, cuando se administra con prontitud. A este respecto publica la siguiente estadística:

Comienzo del tratamiento	Duración media de la fiebre	Casos testigo
1.er día	2,9	
2.º día	4,6	
3.º día	5,3	4,3
4.º día	6,3	8,1

La beneficiosa acción de la quinina en la pulmonía encuentra su fundamento experimental en los trabajos de WINTERNITZ - KORANYI. Esta autora, bajo la dirección de KAUFFMANN, observa con la quinina una disminución de la reacción celular en la ampolla cutánea provocada por la cantaridina.

SCHONDÜBE y NISSEN han obtenido grandes éxitos asociando el calcio a la quinina, por cuanto aquél favorecería la acción antiflogística de ésta (*Entzündungshemmung*), impermeabilizando los capilares y endotelios pulmonares. NISSEN indica que en el ejército, en 1935, la mortalidad por neumonía es de 4,94 por 100 en los casos tratados con Ca. y qq. En cambio, con la qq. sola tiene el 9,8 por 100 de muertes.

No obstante nuestra anterior afirmación de conocer y manejar los preparados de quinina como antineumónicos desde el año 1930 aproximadamente, sólo disponemos en el momento presente de la casuística lograda a partir del año 1940. Pero nos apresuramos a indicar que los resultados que reseñamos a continuación coinciden rotundamente con los cosechados en años precedentes. Por lo demás, creemos que la cita de los casos silenciados, al ser cierto lo que acabamos de indicar, sólo serviría en definitiva para hacer más ingrata la lectura de este trabajo.

Casos tratados con quinina desde el año 1940:

CASO I. — ♀, 38 años. Neumonía base derecha. Se inicia el tratamiento a los tres días de enfermedad. *Resultado:* Temperaturas medias de 38, con algún recargo vespertino a 38,5. Perfectamente lúcida y despejada. Crisis a los siete días del comienzo del proceso. Parto a término en el segundo día de enfermedad.

CASO II. — ♀, 2 años. Neumonía base derecha. Se inicia el tratamiento a los tres días de enfermedad. *Resultado:* Temperaturas de 39 y 40. Casi imposible mantenerla en cama por lo despejada y lista que se encuentra. Crisis a los cinco días.

CASO III. — ♂, 22 años. Neumonía de base derecha. Se inicia el tratamiento a los dos días. *Resultado:* Temperaturas que fluctúan entre 39,5-40 y 35,5. Los descensos parecen coincidir con la inyección del preparado de qq. Magnífico estado general. Crisis a los seis días.

CASO IV. — ♀, 30 años. Neumonía lóbulo superior derecho. La vemos en el octavo día de enfermedad, por llevar cuatro en *delirium tremens*. Fallece en el undécimo día. Desde el primer día tenía instituido el tratamiento por su médico de cabecera, doctor BONIFACIO.

CASO V. — ♂, 63 años. Bronquitis crónica y crisis de asma típica desde hace más de 25 años. Neumonía de base derecha. Se inicia el tratamiento a los cuatro días. *Resultado:* Apirexia al segundo día. Despejado. Curado en quince días.

CASO VI. — ♀, 36 años. Gestación de siete meses y neumonía doble. Comienza en lóbulo inferior izquierdo y a los seis días se percibe otro foco en campo medio derecho. Se inicia el tratamiento en el segundo día de enfermedad. *Resultado:* Temperaturas medias de 37 con escasísimos momentos a 38. Curso penoso, con bastante disnea. Apirexia definitiva en el undécimo día de enfermedad. Curada a los diecinueve días.

CASO VII. — ♂, 14 años. Neumonía central izquierda. Se inicia el tratamiento el primer día. *Resultado:* Descenso gradual de la temperatura, quedando apirético en el séptimo día. Entonces se presenta un delirio que regresa en veinticuatro horas. Buen estado general. Alta a los doce días.

CASO VIII. — ♂, 35 años. Neumonía de base derecha. Lo vemos en el sexto día por presentar fiebre alta y sostenida (40) con estupor y postración marcados. Estaba tratado hasta este momento con un balsámico sencillo. *Resultado:* Apenas mejora hasta el noveno día en que hace crisis.

CASO IX. — ♂, 67 años. Neumonía base derecha. Los dos primeros días, delirio e inquietud motora. Hasta el quinto día, en que lo vemos y se inicia el tratamiento, se mantiene a 40, y aunque ha pasado el delirio, "todavía no tenía la sangre tranquila". Estaba tratado con un simple balsámico. *Resultado:* Remisiones marcadas de la temperatura y crisis a los tres días de tratamiento (octavo de enfermedad).

CASO X. — ♂, 60 años. Neumonía de base izquierda. Se inicia el tratamiento en el quinto día. *Resultado:* Apirexia al tercer día (octavo de enfermedad); mientras tanto, 37,5 y 38,5 grados.

CASO XI. — ♀, 15 años. Neumonía de base izquierda. Se inicia el tratamiento a los dos días. *Resultado:* Apirexia en la mayor parte del tiempo. Escasos momentos a 38,5. Crisis a los seis días.

CASO XII. — ♀, 43 años. Neumonía derecha. Se inicia el tratamiento a las veinticuatro horas de enfermedad. *Resultado:* Desaparece la disnea en el primer día, manteniéndose alta la temperatura. Al día siguiente, medias de 37,5. Desde entonces sigue en franca mejoría hasta quedar apirética y sin molestias en diez días.

CASO XIII. — ♀, 80 años. Neumonía base izquierda. Se inicia el tratamiento el segundo día. *Resultado:* Temperaturas de 37,5 y 38. Alta a los ocho días.

CASO XIV. — ♀, 64 años. Obesidad. Hipertensión. Cáncer uterino. Neumonía derecha. Se inicia el tratamiento el primer día. *Resultado:* Lúcida. 37,5 y 38. Crisis al sexto día.

RESUMEN CRÍTICO DE LOS CASOS PRECEDENTES. — En todos los enfermos citados, se logra una mejoría del estado general y un descenso de la temperatura menos en los casos VI y VIII, donde se recordará que existen claros motivos para que falte esta mejoría. De todas maneras aun en el caso VI puede verse que la temperatura sólo en raros momentos rozó el 38. El descenso de la fiebre está en razón directa de la precocidad del tratamiento. Instituido éste en el 1.^o y 2.^o días, los resultados son sensiblemente iguales (máximas de 38 y 38,5, respectivamente). Cuando se inicia el tratamiento del 3.^o al 5.^o días, aunque siguen apareciendo las temperaturas de 40°, no por ello faltan las de 38° en bastantes momentos. A partir del 6.^o día los resultados de la medicación son prácticamente nulos (caso VIII). La fecha de la crisis permanece inmutable, así como la marcha del foco neumónico.

En los 14 casos mencionados, existen 8 con incidencias clínicas que ordinariamente entenebrecen el pronóstico. A saber: Vejez pura, 2 casos. Bronquitis crónica, asma y vejez, 1 caso. Gestación con pulmonía doble, 1 caso. Confusión de ideas y vejez, 1 caso. Confusión de ideas, 1 caso. Obesidad, hipertensión, carcinoma y vejez, 1 caso. *Delirium tremens*, 1 caso, el que fallece.

NUESTROS ENSAYOS CON LA SULFAMIDOTERAPIA EN LA NEUMONÍA. — Fundamentalmente, nos decidimos al uso de las sulfamidas en los procesos neumónicos, tras la lectura del excelente trabajo de ROF CARBALLO aparecido en 1940 en esta Revista. En él se mencionaba que la sulfopiridina inaugura una nueva etapa en el tratamiento de la neumonía, mencionando además unas estadísticas con sólo el 7 y el 8 por 100 de mortalidad. Pero más impresionante que todas las estadísticas — agregaba ROF — sería la impresión clínica proporcionada por los casos tratados. En ellos, a las 24 ó 48 horas se normalizaría la temperatura y paralelamente con esta normalización térmica el estado general se mejoraría de tal suerte que el enfermo, según la feliz expresión de un autor, "se convertiría en un testigo de su enfermedad". Claro es que toda esta belleza, aparte de no acompañarse de una modificación de los síntomas focales, estaba a su vez un tanto empañada, por la presencia de los síntomas tóxicos de la medicación: náuseas, cefaleas, vértigos, anorexia y vómitos.

Confesamos que este último hecho fué, en realidad, el que fundamentalmente nos retardó en el empleo de estos compuestos. Pero publicaciones encomiásticas del método se sucedían ante nuestros ojos y, unido a esto, veíamos estuporosos y no sin cierto dolor, cómo la masa se permitía el libre tránsito por nuestro recinto, vociferando a los cuatro vientos la reciente simplicidad del tratamiento anti-neumónico. La adquisición de unos determinados comprimidos a precios abusivos, constituía el salvaguarda para este lujo espiritual.

Así las cosas, nos decidimos al uso de la medicación, siguiendo en sus líneas generales las pautas de EVANS y GAIFORD (V. ROF) o la parecida de LONG, BLISS y FEINSTONE (V. HARRIES y MITMAN), referentes a su dosificación.

Véanse nuestros primeros resultados:

CASO I. — ♂, 43 años. Neumonía de base derecha. (En cuarto proceso neumónico que padece.) Se inicia el tratamiento a las veinticuatro horas. Al día siguiente apiretico. Buen estado general. Alta a los seis días. Ante su mejoría subjetiva tan rápida, unida a la apirexia, nos costó trabajo convencer al enfermo de la realidad de su proceso de la necesidad de guardar cama el tiempo preciso. (Sulfatiazol.)

CASO II. — ♂, 38 años. Neumonía derecha. Iniciado el tratamiento el primer día, por su médico de cabecera, doctor CANO SORIA, se logra la apirexia en veinticuatro horas. Vemos el cuarto día de enfermedad, por presentarse un *darium tremens*. Fallece el séptimo día de enfermedad. (Sulfpiridina.)

CASO III. — ♀, 19 años. Neumonía de base izquierda, iniciado el tratamiento a las cuarenta y ocho horas de enfermedad. Apirexia al llevar veinticuatro horas de tratamiento. Poco después (unas seis horas), 40°. Desde este momento alternan las temperaturas de 40° con períodos de apirexia hasta el octavo día, en que desaparece totalmente la fiebre. Hasta este momento, no se modificó el estado general en sentido de mejoría. (Sulfatiazol.)

CASO IV. — ♀, 28 años. Neumonía doble. Se inicia la enfermedad en campo medio derecho, y a los cinco días nuevo foco al lado opuesto. Comienza el tratamiento el tercer día de enfermedad. Con temperaturas medias de 37,5 y 38°, unida a un estado general francamente malo, llega a la apirexia absoluta en el duodécimo día de enfermedad. (Sulfpiridina.)

CASO V. — ♂, 7 años. Neumonía de base izquierda, iniciado el tratamiento a los cuatro días. A las veinticuatro horas 37,5. A las cuarenta y ocho horas, 36,5, que persisten. Es el sexto día de enfermedad cuando desaparecen las molestias generales. (Sulfpiridina.) Algunas náuseas.

CASO VI. — ♀, 85 años. Neumonía izquierda. Se inicia el tratamiento el tercero día. Temperaturas irregulares de 37,5 y 40. Mal estado general. Alta a los dieciocho días. (Sulfpiridina.)

CASO VII. — ♂, 19 años. Neumonía base izquierda. Se inicia el tratamiento a los cuatro días. A las veinticuatro horas, apiretico y con franca mejoría subjetiva. (Es el quinto día de enfermedad.) (Sulfatiazol.)

CASO VIII. — ♀, 49 años. Neumonía de base derecha. Se inicia el tratamiento el primer día. Se mantiene diez días con temperaturas que fluctúan entre 37,5 y 38,5. Hasta el undécimo día, en que acusa el termómetro 35,5, se ha encontrado francamente molesta. Peso epigástrico. Anorexia marcada que persiste ocho días, tras el alta. (Sulfpiridina.)

CASO IX. — ♂, 53 años. Neumonía derecha. Se inicia el tratamiento el primer día. Con mal estado general, se mantiene con temperaturas de 37,5 y 38, hasta el quinto día de enfermedad en que aparece la crisis. (Sulfatiazol.)

CASO X. — ♀, 18 años. Neumonía de base izquierda. Se inicia el tratamiento a los dos días. Temperaturas de 37,5 y 39, a las veinticuatro horas que lícitamente van descendiendo hasta desaparecer el séptimo día de enfermedad. Mejoría subjetiva con el tratamiento. (Sulfatiazol.)

RESUMEN CRÍTICO DE LOS CASOS PRECEDENTES. — De los 10 casos tratados, el estado general no se mejora en 6 de ellos. En los casos tratados el primer día, se logra la apirexia en dos de los cuatro así tratados. Uno de ellos es el que fallece. Los otros dos casos se comportan sensiblemente igual que los del tratamiento instituido en los días 2.^o, 3.^o y 4.^o. Estos casos, por lo demás, tampoco ofrecen diferencias apreciables en sí. La fecha de la crisis y la marcha del foco tampoco se modifican lo más mínimo. Únicamente en lo que respecta al caso I, nos vemos tentados a pensar en que vimos algo que pudiese recordar la crisis térmica. Pero el foco, por lo demás,

bastante discreto, continuó igual y conservó su marcha usual.

En los 10 casos mencionados, sólo existen 3 con incidencias clínicas que agraven el pronóstico: Vejez pura, 1 caso. Neumonía doble, 1 caso. *Delirium tremens*, 1 caso. El que fallece.

*

Ya iniciados nuestros ensayos con la sulfamido-terapia antineumónica, llegó a nuestras manos una publicación del Profesor BAÑUELOS en la que se muestra sumamente partidario de la sulfapiridina como antineumónica, la que, para él, tendría una acción antiinfecciosa y bacteriolítica. Para este autor, la quinina, recomendada fundamentalmente por MORGENROTH y DE LA CAMP, sería buena pero extraordinariamente inferior a la sulfapiridina. La profunda admiración que nos produce la recia personalidad del Profesor de Patología Médica de la Universidad vallisoletana, nos animó aún más a perseverar en nuestro empleo de las sulfanilamidas en la neumonía. Y con profundo dolor manifestamos no poder compartir el entusiasmo de éste y tantos ilustres autores, tras el empleo de estos cuerpos en nuestra práctica privada, al considerar los resultados en sí mismos y en relación con los obtenidos anteriormente, utilizando los preparados de quinina.

Pero antes de manejar nuestros casos con miras a confirmar lo que acabamos de indicar, potencializándolos por su modestia con los existentes en la literatura a nuestro alcance, veamos si van contaminados de algún error de los que suelen observarse en el empleo de las sulfonamidas, errores sabiamente enunciados por ROF CARBALLO en 1943 y en esta misma Revista.

Primer error posible: ¿Existe una indicación inadecuada? No; por cuanto la neumonía todos reconocen que es tributaria en grado sumo de este tratamiento. Precisamente debemos a ROF, como ya indicamos antes, el primer conocimiento de esta indicación. *Segundo error posible:* Falsa idea en cuanto al etiotropismo particular de cada derivado sulfamídico. Nosotros sólo hemos usado sulfapiridinas o sulfatiazoles. *Tercer y cuarto errores posibles:* Dosis insuficientes o mala distribución o aplicación del preparado. Hemos seguido las pautas antes mencionadas. *Quinto error posible:* Error diagnóstico. En realidad, somos los primeros en reconocer que nuestros casos, procedentes todos de nuestra clientela privada, van catalogados de neumónicos por el solo hecho de haber presentado un cuadro clínico archinítido, eso sí, de neumonía. Se trata de los mismos enfermos, en cuanto a sintomatología se refiere, que mencionamos en el lote anterior tratado por la qq. y que si no recibieron esta medicación fué única y exclusivamente por nuestro sistemático empleo en aquel entonces de las sulfonamidas. De todas suertes, ante la posible objeción del estudio no acabado de nuestros casos, recordemos que STRICKLER, GINTY y PERCHAU, en 1941, aplicaron el tratamiento sulfapiridínico a 54 casos de neumonía lobar, complementando su estudio con el control radiológico, tipificación de los neumococos, recuentos globulares y análisis de orina. Como complemento a este alarde de

meticulosidad, determinaban periódicamente la concentración de sulfapiridina en sangre. Obtuvieron los siguientes resultados: 8 muertos (14,8 por 100); de los 46 que curaron, 9 (16,7 por 100) precisaron más de 72 horas para llegar a la apirexia; en 11 enfermos tuvo que suspenderse la medicación por presentarse hematurias, cefaleas, *rash* o anemia hemolítica; en 15 casos bajó el número de glóbulos rojos 1 o 2 millones por mm.³; se presentaron náuseas y vómitos en el 57,4 por 100 de los casos; 3 presentaron empiema, falleciendo uno de ellos, y otro de este grupo precisó una toracotomía. Los autores citados, a la vista de estos resultados, hablan de la eficacia del método, teniendo en cuenta que no se trata de casos seleccionados.

Nuestro grupo de neumónicos, clínicamente indiscutibles y tampoco seleccionados, sin estar, como ya indicamos, tan estudiados como los de STRICKLER y colaboradores, muestran, en cambio, entre otras muchas ventajas en cuanto a los resultados, una mortalidad más reducida. De todas maneras, aunque hubiésemos llegado a este derroche de investigaciones, vedadas por muchos motivos en el íntimo ejercicio domiciliario, la obtención de los resultados de STRICKLER y escuela nos hubiera permitido llegar a las mismas conclusiones de este trabajo y con más razones si cabe.

*

Sentado lo precedente, creemos llegado el momento de razonar nuestra opinión personal acerca del tratamiento sulfamídico de la neumonía, en cuanto se refiere a su pretendida superioridad sobre la terapéutica antineumónica por la quinina. Para ello, atañaremos la cuestión del estudio comparativo, desde los siguientes puntos de vista:

1.º *Mortalidad.* — En nuestros casos tratados por la qq., la mortalidad es del 7,1 por 100. Y si consultamos la literatura, la estadística que nos ofrece más garantías es la citada por BERGMANN. En ella recoge la experiencia propia y la aportada por varios autores, excluyendo de sus cifras, por referirse él sólo al tratamiento exclusivo por la qq., los resultados de NISSEN, quien trata a sus enfermos con qq. y Ca. De pasada recordemos que este autor tiene con la qq. sola el 9,8 por 100 de mortalidad y sólo el 4,94 por 100 de muertes al tratar sus enfermos con qq. y Ca.

Autores	Casos tratados	Mortalidad %
AUFRECHT y PETZOLD.	330	8,00
CAHN-BRONNER . . .	318	5,00
JOHN	200	16,40
NICOLAYSEN	95	9,40
BERGER	33	11,00
<i>Total.</i> . .	976 casos	Media. 9,96 %

En cuanto a las cifras de mortalidad con el tratamiento sulfamídico, prescindiendo de antemano del 10 por 100 que arroja nuestra modesta casuística, hemos de indicar que examinamos todas las publicaciones que estuvieron a nuestro alcance, sin pre-

juicios de ninguna especie. Tan sólo nos guia el más claro afán de conocer la verdad, cualquiera que fuese su signo. En la estadística global que hemos construido y que se expone más adelante, no figura el reciente trabajo de DOMAGK, por la razón de que en la estadística que cita de BÜRGER con un parangón entre los resultados obtenidos con el tratamiento por la quinina, el suero específico y la sulfopiridina, menciona las cifras de mortalidad del 20,1,

CE y MYERS (1939), por estar sus neumónicos tratados con sulfanilamidas en el sentido estricto químico, de la palabra. La mortalidad, en 115 casos, era del 15,8 por 100.

No obstante los motivos de rechazo que acabamos de resaltar en estos trabajos, somos los primeros en reconocer que su inclusión en la recopilación de casos que exponemos a continuación, apenas modificaría la cifra media obtenida.

RESULTADO ESTADÍSTICO DEL TRATAMIENTO SULFAMÍDICO

Año	Autor	Casos tratados	Mortalidad %
1938	EVANS y GAISFORD	100	8,00
1940	HEGLER	303	5,00
1940	WURM	2.156	7,00
1940	VOLINI, SERITT y OMEIL	169	5,30
1941	WINTERS	100	9,00
1941	STEWART, WAGONER y HUNTING	109	9,10
1941	PLUMMER y colaboradores	303	9,00
1941	JASONI	100	10,25
1941	STRICKLER, GINTY y PERCHAU	54	14,80
1941	GARVIN	40	12,50
1941	GARVIN	62	17,00
<i>Total</i>		3.496 casos	Media 9,72 %

25 y 6,7 por 100, respectivamente, para estos tres procederes. Por lo que afecta a la qq., se ve pronto su tremenda discrepancia con lo que dicen nuestros resultados y lo que indica BERGMANN. E incluso en lo que atañe al suero, también existe una evidente discordancia con lo citado en todos los libros. Así vemos que SCHARPF, recientemente, cita en su obra la estadística de BULLOWA referente al número de víctimas en los neumónicos tratados con suero y en la que puede verse lo siguiente:

Día de la primera dosis de suero	Mortalidad %	Media
1.º — 2.º	0,00 — 5,70	
3.º — 4.º	10,90 — 11,70	10,90
5.º — 6.º	18,60	

Confiere aún más valor a esta cifra media de mortalidad, el que SCHARPF se muestre, en su obra, partidario de las sulfamidas sobre todo. Aparte de lo citado, tampoco dejó de influir en nuestro ánimo para prescindir de la estadística de BÜRGER, el indefectible apasionamiento del padre de la sulfamidotterapia.

La misma conducta que con el citado trabajo de DOMAGK, hemos seguido con tres publicaciones de FLIPPIN y colaboradores, por la disparidad que muestran en lo referente a las cifras de mortalidad. En la primera (1939), FLIPPIN, LOCKWOOD, PEPPER y SCHWARTZ, dan una mortalidad del 4 por 100, en 100 casos tratados. En la segunda, FLIPPIN, REINHOLD y SCHWARTZ (1941) hablan del 13,5 por 100 de muertes, en 400 casos. Y en la tercera, FLIPPIN, SCHWARTZ y CLARK (1941) señalan un 10 por 100 de óbitos en 800 enfermos. Finalmente, rechazamos también un trabajo de PRI-

Y si ahora recopilamos las cifras finales de todo lo que acabamos de citar en este apartado referente a la mortalidad en los distintos tratamientos antineumónicos, veremos lo siguiente:

Mortalidad	Con el tratamiento por la qq.	Con el tratamiento	Casos de la literatura	9,96%
		Con tratamiento	Casos propios	7,10%
		Con tratamiento	Casos de la literatura	9,72%

sulfamídico. . . . Casos propios 10,00%

Con el tratamiento por el suero. 10,90%

Vemos, pues, con claridad que no existe una ostensible diferencia entre las cifras de mortalidad de los tres métodos que más predicamento tienen en la actualidad.

2.º *Toxicidad*. — SCHARPF ataca a la quinina, manifestando que pese a los brillantes resultados obtenidos por NISSEN, la qq. presentaba el inconveniente de su acción nociva sobre el corazón, sobre todo en los enfermos de edad. No podemos admitir la realidad de esta desventaja presunta.

En el año 1927, decía HERNANDO ante sus discípulos que la quinina, a dosis pequeñas, parece producir un estímulo de las contracciones cardíacas, con aceleración, aumento de su energía, ascenso de la presión sanguínea y vasoconstricción. Las dosis fuertes producen todos estos efectos invertidos. Repárese — señalamos nosotros — que las dosis fuertes no son las que se emplean en la neumonía. Y agregaba HERNANDO, citando a SEE y otros, que en los enfermos febricitantes, la quinina es capaz de aumentar la energía contráctil del corazón y hacer desaparecer el di-crotismo del pulso.

VELÁZQUEZ (1939) sólo habla de una acción nociva de la quinina en lo relativo a los niños, y esto cuando se administra en dosis superiores a su tolerancia, que no es precisamente el caso de la terapia antineumónica. Y concretamente en el terreno de su

administración al niño, SALA SÁNCHEZ (1941) manifiesta haberla empleado como antineumónica más de ocho años y sólo indica como accidente algún que otro absceso en el sitio de la inyección.

BAÑUELOS y PEÑA YÁÑEZ (1941) indican de la quinina su acción inhibidora sobre el corazón y el alargamiento que produce de la fase refractaria, por cuyo motivo aconsejan la conveniencia de administrar digital a los cardíacos a quienes se propinan dosis de qq. Estos autores no hablan, como vemos, de suprimir la medicación por este motivo de su acción cardiodeprimente. Y no se olvide que tratan de las dosis antipalúdicas de la quinina, mayores, como sabemos, de las que precisa el neumónico. Y aun suponiendo que estas dosis también amenazasen el corazón, utilizaríamos la digital si fuese preciso. No son justamente los tónicos cardíacos los fármacos que andan más lejos de la mesilla del neumónico. CALANDRE (1942), aunque menciona las propiedades depresoras de la qq. sobre el miocardio y la tensión, no por ello la considera peligrosa expresamente.

GUASCH (1943), estudiando los posibles daños irrigados por la quinina como antipalúdica, dice que los trastornos circulatorios severos son muy raros. Empleando las dosis terapéuticas habituales, es verdaderamente excepcional — para este autor — observar el desfallecimiento cardíaco.

A todo esto podemos agregar que en nuestra práctica jamás hemos visto una acción nociva de la qq. sobre el aparato circulatorio, ni en nuestros neumónicos, ni en los casos más numerosos en nuestra práctica diaria y tratados con mayores dosis de qq., como son los palúdicos. Esta firme y antigua opinión nuestra, ha tenido muy recientemente un punto de apoyo más, al ver en fecha no lejana, en nuestra consulta, a una muchacha de diecisiete años que, diagnosticada erróneamente de paludismo, acababa de soportar sin interrupción y por vía intravenosa el contenido de diez cajas de Solvochín (!). Su aparato circulatorio soportó sin fallo alguno tanto la quinina como las temperaturas de 40 a 41° que venía teniendo sin tregua, desde hacía más de dos meses, en brotes vespertinos.

En lo que atañe a la toxicidad de las sulfamidas, si bien de antemano hemos de reconocer que está en baja, entre otros motivos por la creación de derivados de atoxicidad creciente, no por ello son nuevos para el lector los fenómenos que resumimos acto seguido:

Cutáneos: eritemas, exantemas, urticaria, edema de Quincke, púrpura.

Nerviosos: cefalea, astenia, raquialgia, polineuritis, somnolencia, vértigo, alucinaciones, neuritis óptica.

Sanguíneos: anisocitosis, leucopenia, polinucleosis, eosinofilia, agranulocitosis, metahemoglobinemia, sulfohemoglobinemia.

Digestivos: gastralgia, vómitos, diarreas, ictericia conjuntival, hemorragias, anorexia, náuseas, constipación.

Génitourinarios: azoospermia, hematurias, cálculos urinarios, uremia.

Generales: reacción térmica.

Insistimos en que por muy raros que sean hoy

estos enfermos, lo poco que reste de ellos siempre será de mayor volumen que lo nulo de la peligrosidad de la quinina.

3.º *Acción sobre el foco neumónico.* — Dice SCHARPFF que hay casos en que la administración de la qq., aun antes de verse radiológicamente la pulmonía, no impide el que ésta se desarrolle como si no se hubiera administrado ningún medicamento. Esto es verdad.

Pero es que un poco más adelante este mismo autor indica lo consignado por BANSI y BRAUN y en general por todos los autores que se ocuparon del tratamiento de las neumonías por las sulfamidas, cuando se refieren a la acción de éstas sobre el foco. Todos coinciden en que tampoco se modifica por la terapéutica sulfamidada.

4.º *Acción sobre la temperatura.* — Nuestra larga experiencia del manejo de los preparados de quinina en la terapia antineumónica, nos permite afirmar lo sistemático de la mejoría en lo referente a la fiebre. Las excepciones, como se pudo ver antes, son raras y casi siempre justificadas.

En lo referente a las sulfamidas, se pretende por muchos que en la mayoría de los casos, y sobre todo en los tratados precozmente, la crisis térmica acaece rápidamente. Aparte que la literatura no es unánime en lo que afecta a este doble fenómeno: crisis y rápidez, nosotros hemos visto la apirexia pronta en sólo dos de los cuatro casos tratados el primer día. Uno de ellos fué el que falleció. Los restantes enfermos mantuvieron su fiebre en iguales o peores condiciones que los del grupo quínico.

5.º *Acción sobre el estado general.* — Al igual que la temperatura, casi sin excepción observamos una mejoría del estado general de nuestros enfermos, cuando se tratan con la quinina. De los casos que hemos tratado con las sulfamidas, sólo hemos visto 4, en 10, que mejorasen en sus molestias generales.

6.º *Acción sobre la aparición de las crisis térmica, urinaria y clorurada.* — NAVILLE y ALPHONSE en 1942, estudian la influencia que sobre este hecho podían tener las sulfamidas, utilizando 41 enfermos de pulmonía y bronconeumonía confluente, en la Clínica Médica de Génova (1939-42). En 8 casos faltó la crisis urinaria. Los 33 restantes se condujeron de tal forma en cuanto a la aparición de las crisis térmica, urinaria y clorurada que su comportamiento no difería en nada de los casos no tratados por sulfamidas. Además, según estos mismos autores (WOOD y LONG, y MAIER y GRÜMBACH), han demostrado que los anticuerpos aparecen entre el 7.º y 8.º día, con y sin tratamiento sulfamídico.

7.º *Acción en los casos complicados o graves.* — Recordemos que en nuestro grupo de neumónicos tratados por la qq., existían 8, ante los cuales nadie pecaría de timorato haciendo un pronóstico sombrío. Sólo fallece uno (12,5 por 100).

FLIPPIN, SCHWARTZ y CLARK, estudiando los factores que influencian la mortalidad de las neumonías neumocócicas tratadas por las sulfamidas, mencionan el 18,4 por 100 de muertos en los casos tratados después del 4.º día de enfermedad.

Para los enfermos con bacteriemia, dan el 32,3 por 100. Cuando coexisten enfermedades cardíacas

asociadas, la mortalidad es de 31,10 por 100. En 8 embarazadas no ven ninguna defunción, en contra — según ellos — de lo visto antes del tratamiento sulfamídico.

En nuestros casos tratados por la quinina, figuran el VI (gestación y neumonía doble) y el I (parto a término el 2.º día de enfermedad). Tampoco pasó nada.

Para los casos de neumococo tipo III, dan el 20 por 100 de víctimas. Pero a la cabeza de todos los factores que pueden impedir el éxito sulfamídico, colocan la edad. Para FLIPPIN y colaboradores es el factor edad, tal vez, el de mayor importancia en el pronóstico de la neumonía, y con razón, evidente para todos, mencionan una directa proporcionalidad entre el número de años y el número de muertos. WINTERS, RHOADS, FOX y ROSE, en 1941, también abundan en este criterio pronóstico, por lo demás universalmente admitido. Y DOMAGK, basándose en esto, intenta justificar en parte los 16 casos fallecidos en la estadística de HEGLER, señalando expresamente que cinco de ellos tenían las edades de 60, 63, 72, 73 y 86 años.

En nuestros 14 casos tratados por la qq., existen 5 en edad avanzada. De ellos, 2 presentan sólo el factor senil (60 y 80 años). Y en los restantes, el de 63 años adiciona a esto una bronquitis crónica con crisis de asma desde hace más de 25 años. El de 64 años conlleva una obesidad, una hipertensión y un carcinoma uterino. Y el de 67, soportó su neumonía con unos disturbios mentales bastante señalados. No se murió ninguno.

Todavía más curioso que estos intentos de justificación del alza de mortalidad en los casos de neumonía complicados o graves, pero que no evitan el lógico desencanto ante la medicación sulfamidada, tan prometedora en el tratamiento antineumónico, todavía más digno de señalar, repetimos, es el hecho de la proposición del suero para los casos rebeldes por algún concepto.

Ya BULLOWA, en los comienzos del uso de las sulfamidas en la batalla contra el neumococo, junto a la exposición de su buena impresión acerca de ellas, manifestaba su fe inquebrantable en el suero. VELÁZQUEZ (1940), siguiendo a BULLOWA y OSGOOD, LONG, PERRIN y BARRY, PLUMMER y ENSWORTH, y a LEFEVRE DE ARRIC, señala que los mejores resultados se obtienen cuando se asocia la sulfamidotterapia a la seroterapia específica. Y agrega que en aquellos casos en que se inició el tratamiento sulfamídico solo, si a las 18 ó 24 horas no se ha logrado una favorable reacción, "se impone la asociación del suero antineumocócico". FLIPPIN también declara que en los casos de toxicidad franca, precisó recurrir a la seroterapia. Y WINTERS y colaboradores, tras mencionar para el suero una mortalidad del 10,9 por 100, frente a la del 9 por 100 en los tratados con sulfpiridina, aconsejan, no sin extrañeza nuestra, que es justamente la terapéutica biológica la que se debe emplear en los casos cuyo tratamiento se inicie tardíamente, en la vejez, en los de gran extensión del campo pulmonar afectado, en los de bacteriemia y en los alcohólicos.

Por lo que vemos, tanto WINTERS como otros varios sabios, los enfermos que en realidad conside-

ran como dignos de mostrar la eficiencia antineumática de las sulfonamidas, son los que tienen su paradigma en nuestro caso III del lote tratado por esta medicación. Esta muchacha de 19 años, robusta y sana por todos conceptos y cuyo único antecedente morboso es un paludismo perfectamente tratado cuatro meses antes, se presentó en nuestra consulta privada, por llevar dos días con temperatura sostenida de 40° iniciada con escalofríos, dolor pungitivo en base izquierda y tos seca. Para venir a la consulta hubo de cubrir a pie una distancia no menor de 6 kilómetros (!), lo que realizó con toda tranquilidad psíquica y orgánica, pensando, con la resignación entre hidalgas y suicida de nuestros huertos, que nuevamente era víctima del paludismo. Y aun con todas estas ventajas, su curso, que no repetiremos, no es ciertamente de los que inclinan el ánimo hacia las sulfamidas.

De todas suertes nos preguntamos, tras lo que llevamos dicho, si no sería pensando en éste o parecidos casos, cuando se redactó lo que puede leerse en la clásica obra de STRÜMPPELL y SEYFARTH: "Cuando la neumonía sigue un curso típico y benigno, son muchos los casos leves que no necesitan tratamiento especial. La mayoría de las neumonías curan con cualquier terapéutica y hasta se puede decir que a pesar de toda terapéutica..."

Este "a pesar de toda terapéutica" confesamos recordar que martilleaba nuestro pensamiento antes de conocer las sulfamidas. Si, pese a lo dicho, sistemáticamente hemos unido a la terapia sintomática y fisiopatológica la pretendida medicación etiológica (quinina o sulfonamidas), más que a nada obedeciendo esta actitud al indefectible influjo que sobre la persona del médico ejerce el cuadro neumónico en todo su apogeo. Por mucho que se piense en su redonda mortalidad, gran trabajo nos costaría prescindir de una medicación inocua en principio que parece aliviar al enfermo y simultáneamente a nuestra conciencia. Esto lo hemos conseguido casi siempre con la qq. y pensábamos cosecharlo en mayor escala con las sulfanilamidas. De nuestros intentos en este sentido, tomando como término de comparación los frutos logrados con el proceder iniciado por MORGENTHOLD, sacamos en definitiva las siguientes

CONCLUSIONES

1.º La cifra de mortalidad de los casos tratados por las sulfamidas no aventaja en nada a la cifra usual de los medicinados con quinina.

2.º Frente a la ausencia de peligros de la medicación quinina, se alza la toxicidad de las sulfamidas, que si bien hoy está, al parecer, en un plano más secundario y no ha sido observada por nosotros en grados alarmantes, no por ello deja de ser mencionada por los autores de más experiencia y exige una vigilancia estrecha de la sangre y orina, con lo que se aumentan los inconvenientes del tratamiento sulfamídico.

3.º La influencia de las sulfanilamidas sobre el foco neumónico es tan nula como la influencia de la quinina.

4.º Su acción sobre la temperatura, tampoco ha

podido convencernos que aventaje a la del tratamiento quíntico.

5.^a Las sulfamidas no mejoran el estado general de los neumónicos ni con la sistematicidad que se pretende, ni de una manera más regular que la quinina.

6.^a La crisis térmica, por lo general, no se aleja mucho del plazo natural en la evolución del proceso. La crisis urinaria y clorurada, así como la formación de anticuerpos, permanecen inalterables ante las sulfamidas.

7.^a En los casos complicados o graves, su eficacia es menor que en el tratamiento por la quinina e incluso precisan la ayuda de la seroterapia o han de ser substituidas por ella en muchos de estos casos.

8.^a A la vista de las precedentes aserciones, tenemos la impresión de que, en el terreno de la neumonía, las sulfamidas no nos prestan la valiosa colaboración a que estamos acostumbrados en las meningitis meningocócicas, melitocócicas y procesos estreptocócicos (erisipela fundamentalmente). Los brillantísimos resultados que llevamos obtenidos en estos procesos desde que manejamos las sulfamidas no pueden impedirnos el manifestar, no sin cierta pena, que ante la neumonía y hasta el momento presente, la genial creación de DOMAGK no rinde lo que esperábamos.

BIBLIOGRAFÍA

BACMEISTER. — Enfermedades del pulmón. Labor, 1930.
BAÑUELOS. — Pulmonías y bronconeumonías. Salvat, 1941.
BAÑUELOS y PENA YÁNEZ. — En M. Bañuelos. Manual de terapéutica clínica, 1, 112, 1941.
BERGMANN. — Patología funcional. Labor, 1940.
BOURGET. — Errores y engaños de la medicina moderna.
BULLOVA. — Journ. Am. Med. Ass., 109, 2.061, 1937.
CALANDRE. — Tratamiento de las enfermedades del corazón. Pegaso, 1942.
DOMAGK. — Med. Welt., 11, 1942.
EVANS y GAISFORD. — Lancet, 2, 14, 1938.
FLIPPIN, LOCWOOD, PEPPER y SCHWARTZ. — Journ. Am. Med. Ass., 12, 529, 1939.
FLIPPIN, REINHOLD y SCHWARTZ. — Journ. Am. Med. Ass., 8, 683, 1941.
FLIPPIN, SCHWARTZ y CLARK. — Ann. Int. Med., 1, 969, 1941.
GARVIN. — Journ. Am. Med. Ass., 116, 300, 1941.
GUASCH. — Paludismo, kala-azar y fiebre recurrente. Servet, 1943.
HARRIES y MITMAN. — Práctica clínica de las enfermedades infecciosas. Servet, 1943.
HEGLER. — Dtsch. Med. Wschr., 2, 303, 1940.
HERNANDO. — Lecciones de terapéutica. (Apuntes de A. MORA.) 1, 213, 1927.
JASONI. — Il Policlinico, 3, 3, 1941.
NAVILLE y ALPHONSE. — Présse Médicale, 53, 756, 1942.
PLUMMER y Colabs. — Journ. Am. Med. Ass., 116, 2.366, 1941.
PRICE y MYERS. — Journ. Am. Med. Ass., 112, 1.021, 1939.
ROF. — Rev. Clín. Esp., 1, 61, 1940.
ROF. — Rev. Clin. Esp., 7, 56, 1948.
SALA SÁNCHEZ. — Med. Esp., 6, 142, 1941.
SCHARPF. — Tratamiento moderno de la pulmonía. Espasa-Calpe, 1942.
STEWART, WAGONER y HUNTING. — Journ. Am. Med. Ass., 116, 267, 1941.
STICKLER, GINTY y PERCHAU. — Ann. Int. Med., 9, 1.595, 1941.
STRUMPF y SEYFARTH. — Patología y terapéutica de las enfermedades internas, 1, 373, 1935.
VELÁZQUEZ. — Formulario, 1939.
VELÁZQUEZ. — Recientes avances en terapéutica, 1940.
VOLINI, SERUTI y OMEIL. — Amer. Journ. Med. Sci., 200, 778, 1940.
WINTERS. — Ann. Int. Med., 10, 1941.
WURM. — Dtsch. Med. Wschr., 4, 102, 1940.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Mortalitätsziffer der mit Sulfamiden behandelten Fälle zeigt keinerlei Vorteil gegenüber der Zahl der mit Chinin behandelten Fälle.

2. Gegenüber der Ungefährlichkeit der Chininmedikation atcht die Toxizität der Sulfamide, wenn dieselbe auch heute nurmehr noch eine sekundäre Stel-

lung einzunehmen scheint und von uns selbst nicht in alarmierender Form beobachtet werden konnte. Immerhin wird sie von erfahrenen Autoren erwähnt und erfordert eine strenge Überwachung von Blut und Harn, wodurch die Nachteile der Sulfamidbehandlung noch erhöht werden.

3. Der Einfluss der Sulfamide auf den pneumonischen Herd ist ähnlich wie die des Chinins gleich Null.

4. Auch haben wir uns nicht davon überzeugen können, dass der Einfluss auf das Fieber besser wäre als der des Chinins.

5. Die Sulfamide bessern den Allgemeinzustand der Pneumoniekranken nicht so systematisch, wie angegeben wird und auch nicht gleichmässiger als das Chinin.

6. Die Temperaturkrise weicht im allgemeinen nicht sehr viel von dem natürlichen Zeitpunkt der Entwicklung des Prozesses ab. Die Harn- und Kochsalzkrise ebenso wie die Bildung der Antikörper bleibt von den Sulfamiden unbeeinflusst.

7. Bei den komplizierten oder schweren Fällen ist die Sulfamidwirkung geringer als die der Chininbehandlung und benötigt sogar oft eine zusätzliche Serumtherapie oder muss sogar in vielen Fällen ganz durch dieselbe ersetzt werden.

8. In Anbetracht der vorangehenden Feststellungen haben wir den Bindruck, dass die Sulfamide uns auf dem Gobiet der Pneumonie keine so wertvolle Mitarbeit leisten, wie wir sie bei der Meningokokkenmeningitis, dem Maltafieber und den Streptokokkeninfektionen (hauptsächlich beim Erysipel) zu sehen gewohnt sind. Die ausgezeichneten Resultate, die wir seit Anwendung der Sulfamide bei diesen Prozessen haben beobachtet können, können uns nicht an der Ausserung hindern, dass die geniale Schaffung VON DOMAGK bis heute bei der Pneumonie nicht das geleistet hat, was wir von ihr erwarteten.

RÉSUMÉ

1. Le chiffre de mortalité de ces cas traités avec des sulphaïmides n'est pas supérieur à celui qui est usuel chez les cas qui ont subi un traitement de quinine.

2. En face du manque de dangers de la médication chimique s'élève la toxicité des sulphaïmides mais bien qu'aujourd'hui cette toxicité se trouve apparemment dans un niveau secondaire, et que nous n'avons pas pu l'observer dans un degré alarmant, elle continue à être mentionnée par les auteurs d'une plus grande expérience. Aussi elle exige une étroite surveillance du sang et des urines, ce qui vient à augmenter les inconvénients du traitement sulphaïmidique.

3. L'influence des sulphaïmides sur le foyer pneumonique est aussi nulle que celle de la quinine.

4. Son action sur la température n'a pas pu nous convaincre, car elle n'a aucun avantage sur celle du traitement chimique.

5. Les sulphaïmides n'améliorent pas l'état général des neumoniques, n'offrant non plus la systématique qu'on prétend leur attribuer, ni d'une façon plus régulière que la quinine.

6. La crise thermique, en général, ne s'éloigne pas beaucoup du terme naturel de l'évolution du processus. La crise urinaire et chlorurée, ainsi que la formation d'anticorps, restent inaltérables en face des sulphamides.

7. Dans les cas compliqués ou graves, leur efficacité est moindre que dans le traitement à la quinine; parfois elles ont besoin de l'aide de la sérothérapie, et dans beaucoup de ces cas, ce dernier procédé doit les substituer.

8. Etant donné les affirmations précédentes, nous

avons l'impression que dans le terrain de la néphrite, les sulphamides ne collaborent pas avec autant d'efficace comme elles le font d'habitude dans les meningites méningocociques, mélytotoxiques et processus streptocociques (fondamentalement l'érysipèle). Ces très brillants résultats que nous avons obtenus dans ces processus depuis que nous employons les sulphamides, ne nous empêchent pas de manifester cela non sans un certain chagrin, — qu'en face de la pneumonie et jusqu'à présent, la création géniale de DOMAGK ne fournit pas ce que nous attendions.

COMUNICACIONES PREVIAS

CISTOSCOPIA POR TRANSILUMINACIÓN

¿Un nuevo método de exploración urológica?

A. y E. DE LA PEÑA

(Madrid)

A pesar del progreso de la óptica endoscópica en sus aplicaciones a la exploración urológica — gracias al empleo de lentes anastigmáticas-panorámicas, microscópicas, retrógradas, foroblicuas, etc. (cistoscopios de YOUNG, McCARTHY, etc.) — existen lesiones de la pared vesical como los tumores y la llamada "úlcera evasiva de HUNNER" en las que no es posible determinar la profundidad de la infiltración parietal por los medios exploratorios corrientemente empleados.

Teniendo esto en cuenta hemos venido tratando de encontrar un procedimiento que nos permitiera subsanar esta falta de medios exploratorios. Para ello hemos recurrido al viejo procedimiento de la transiluminación, que viene siendo empleado desde hace muchos años para el diagnóstico diferencial de algunos procesos del testículo (espermatocele, hidrocele, etc.) y por los otorrinolaringólogos para la exploración de los senos de la cara. Pensábamos que la transiluminación de la vejiga mediante un foco luminoso introducido en el recto podría proporcionar datos interesantes; al observar el interior de la vejiga con un cistoscopio no iluminado.

Con este fin nosotros, una vez explorada la cavidad vesical por cistoscopia corriente, apagamos la iluminación del cistoscopio y procedemos a la transiluminación. Nosotros utilizamos los cistoscopios corrientes (YOUNG, McCARTHY, ya citados; JAHR-ZEISS, etc.) para la observación vesical, y como aparato transiluminador el "Surgilite", de la casa Cameron, de Chicago, que consiste en una lámpara de porcelana especial y de forma de sonda uretral acodada de gran calibre. Este aparato transiluminador proporciona una luz muy potente, sin que por ello irradie calor capaz de afectar la sensibilidad de

los tejidos a los que se aproxima. Como aparato transiluminador el "Surgilite" tiene empleos múltiples en cirugía. También hemos empleado un iluminador construido por nosotros mismos, cuya principal diferencia es la de ser flexible.

La transiluminación puede hacerse introduciendo el foco luminoso a través del recto, de la vagina en la mujer desflorada o, simplemente, aplicando aquél al hipogastrio para observar la pared anterior de la vejiga, en individuos delgados sobre todo.

Una vez introducido el transiluminador en el recto o la vagina se mueve éste en todas direcciones para recorrer toda la pared posterior de la vejiga, pudiendo apreciar la movilidad y flexibilidad de la misma, así como la existencia de infiltraciones de todo tipo (neoplasias, úlceras, cicatrices, etc.). En el caso de neoplasias es posible apreciar la extensión en infiltración de su base de implantación. Según que el foco luminoso se aproxime o se aleje de la pared vesical así se hace más o menos intensa la coloración amarillenta de la mucosa vesical. Igualmente la coloración varía del amarillo intenso al rojo oscuro, según la mayor o menor transparencia de la pared vesical.

Nosotros creemos que es en el diagnóstico diferencial de los tumores en los que la transiluminación ha de tener más valor, sin que, sin embargo, pretendamos que pueda substituir a la biopsia, aunque ésta no sea un procedimiento infalible, ya que con frecuencia, los trozos de tejido que se extirpan para el examen anatopatológico, por haberse tomado de porciones de la mucosa vesical o de la neoplasia en las que aun no existen signos de degeneración maligna, pueden inducir a errores diagnósticos de importancia. Por otra parte, la biopsia presenta riesgos que a nadie se le ocultan, como la posibilidad de hemorragia, la infección y la activación de la lesión tumoral. Esto, aparte sus dificultades técnicas, hace que la biopsia sea poco utilizada, basando el diagnóstico el urólogo en el aspecto cistoscópico de la lesión y en su experiencia de cistoscopista.

Es posible que en el futuro la transiluminación