

alarmante número de infecciones en la clínica, producidas por razas bacterianas resistentes a las sulfamidas, y se ha intentado asociar estas substancias a otros compuestos, cuya unión fuera capaz de contrarrestar al inhibidor sulfamídico (ácido p-amino benzoico), especialmente potente de estas razas.

En este sentido comentamos hoy los trabajos de WALLERSTEINER, iniciados en 1940¹ y seguidos más tarde², confirmados por TENNENBERG y colaboradores³ y de MIRICK⁴, el último de los cuales demostró que el compuesto inhibidor producido por las razas bacterianas sulfamidorresistentes, era, efectivamente, el ácido p-amino benzoico.

WALLERSTEINER realiza sus experimentos con dos razas sulfamidorresistentes de estreptococo viridans y de estafilococo áureo. De las asociaciones por él probadas se muestra la más eficaz el compuesto sulfamido-urea, y en menor grado, el sulfamido-alantoina, mientras que el sulfamido-urato se muestra en sus manos totalmente inactivo. El hecho curioso observado en todas las experiencias, es que, mientras que la unión sulfamido-urea es altamente eficaz sobre la detención del desarrollo de estas razas, la urea, o las sulfamidas por separado, no tienen el

menor efecto, confirmándose así, efectivamente, su sulfamidorresistencia.

El descubrimiento de la gran actividad frente a las razas bacterianas sulfamidorresistentes de las sulfamido-ureas, ha tenido ya repercusiones clínicas, especialmente en América, donde, aunque aun en poco número, los resultados clínicos parecen despertar grandes esperanzas sobre esta nueva clase de productos. En Inglaterra también están usándose en gran escala, y todo hace suponer que una mayor experiencia y quizás el descubrimiento de nuevos compuestos, nos dirán la última palabra sobre si realmente poseemos un arma terapéutica eficaz en aquellos casos de infecciones, desgraciadamente cada día más numerosos, que se muestran resistentes al tratamiento ordinario por las sulfamidas corrientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 WALLERSTEINER. — W. K. S. Lond. Hosp. Gaz. Clin. Supp., 5, 1940; Proc. Roy. Soc. Med., 34, 349, 1941.
- 2 WALLERSTEINER. — W. K. S. Nature, 151, 586, 1943.
- 3 TENNENBERG, TSUCHIYA, CLARK y STRAKOSCH. — Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med., 51, 247, 1942.
- 4 MIRICK, A. — J. Clin. Invest., 21, 628, 1942.

CONSULTAS

En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.

R. S. S. Tratamiento actual local y general del carbunco y edema maligno. Cantidad en unidades de suero diarias. Junto con el suero, ¿debe utilizarse el tratamiento con sulfamidas o con Neosalvarsán? Dada la incompatibilidad del Neo y sulfamidas, ¿a cuál de ambos debe darse desde el primer momento la preferencia como tratamiento de fondo y topical, junto al suero? Ante cualquier tratamiento con sueroterapia (difteria, tétanos, carbunco, F. ondulante), conducta a seguir cuando aparece un brote intenso de urticaria. ¿Debe insistirse en el tratamiento o suspenderse en afecciones que, como éstas (difteria, tétanos), sólo curan con este tratamiento?

El tratamiento del carbunco ha sido tan variado en las distintas épocas que, como sucede siempre que esto ha sucedido, van agregándose terapéuticas de períodos distintos y el médico cree haber obtenido excelentes resultados con las más diversas medicaciones que él emplea de modo sistemático. Así, si preguntamos a médicos de diversas generaciones qué recomiendan para sus enfermos de carbunco, nos encontraremos con los más dispares criterios.

A nuestro juicio, y según nuestra experiencia sobre el problema, lo interesante antes de valorar la eficacia de una terapéutica es saber si existe o no una sepsis del bacilo anthracis.

Si el hemocultivo es positivo, la muerte es casi siempre y fatalmente lo más probable, hagamos lo que hagamos; y si es negativo, entonces la evolución más o menos tórpida será la regla, pero sin poner en peligro la vida del enfermo.

Todo lo anteriormente dicho no quiere decir que seamos fatalistas, sino que para valorar un resultado terapéutico no basta recoger muchos casos, sino especificar las características de los hemocultivos.

Como norma a seguir en un caso de carbunco diremos que si el caso es reciente y sin edematización intensa, se debe emplear localmente la termocauterización con infiltración perifocal con suero anticarbuncoso, que se mide en centímetros cúbicos. Si el caso es menos reciente y ya hay edematización alrededor de la pústula entonces no se cauterizará, sino que localmente sólo se hará un tratamiento perifocal con suero e inyectando lo suficiente, unos 100 ó 200 c. c., para que quede bien infiltrada toda la región. Además de este tratamiento local se empleará el suero por vía fundamentalmente subcutánea e intramuscular y los primeros días, y previa desensibilización, también por vía intravenosa a la dosis de 50 c. c. por cada vía diariamente. Todo este tratamiento se mantendrá durante unos días hasta que el proceso local y general (estado tóxico y febril) cedan, teniendo la precaución siempre de desensibilizar si se emplea la vía venosa y suprimir por ella la administra-

ción del suero en cuanto se inicie la mejoría, no repitiéndola si por encontrarse peor el enfermo quisieramos forzar la terapéutica, ya que en estas condiciones son muy peligrosas las reacciones séricas fulminantes, que matan en el acto al enfermo. Por esta razón las vías intramuscular y subcutánea, por ser más manejables, serán por donde de modo más constante y prolongado se puede administrar el suero. También, y para evitar la reacción sérica, se debe administrar calcio por vía venosa, que, como se sabe, tan excelentes resultados tiene. Precisamente recientemente CIBAL (Dutsch. Med. Woch., 69, 353, 1943) insiste en este sentido.

Además del tratamiento sérico, el empleo de las sulfamidas representa un indiscutible avance y su uso debe ser tanto local como general. No está contraindicado en absoluto el empleo de la asociación sulfamidas y suero. Insiste DOMACK justamente llamando la atención sobre los beneficios que se obtienen en la gangrena grosera con la asociación del preparado reciente "Marfanil-Prontalbin" por vía local y el suero antigangrenoso.

Las sulfamidas se deben emplear sobre todo localmente cuando se inicia una ulceración de la pústula, ya que las formas necrosantes con ganglios satélites abscesificados y pustulados suelen ser de evolución lentísima y muy tórpida. Hemos de considerar que el criterio de KIRSCHNER, opuesto al empleo local de las sulfamidas, no se ha comprobado y actualmente ambos beligerantes utilizan para sus heridos los preparados sulfamídicos, del que el "Marfanil", de DOMAGK, es un ejemplo.

El Neosalvarsán nos parece ineficaz y, además, contraindicada su utilización con las sulfamidas por su doble efecto leucopenizante.

Finalmente, y para contestar a su última e inquietante pregunta, le diré que es muy difícil poder concretar en unos renglones un problema tan difícil de resolver de un modo general. Tengo la impresión de que en la mayoría de las ocasiones, cuando el médico se halla en esta disyuntiva ante un enfermo; es decir, si seguir poniendo suero que puede producir la muerte o no ponerlo y dejar que se muera el enfermo, es consecuencia de una terapéutica muy mal llevada desde su iniciación. Si el tratamiento con suero se inicia precozmente

e intensamente, sin miedo, desensibilizando y administrando calcio y adrenalina, cuando empieza la reacción urticariaforme ya ha habido tiempo para inyectar tal cantidad de suero que en conciencia ya podemos suprimirlo seguros que por su falta ya no le puede pasar nada al enfermo y si hay éxito letal ello no se hubiera podido evitar por el suero empleado en unos días. De todos modos, la vía subcutánea e intramuscular, asociando calcio y adrenalina como tratamiento, puede permitir una mayor margen de acción. — E. ORTIZ DE LANDAZURI.

F. Q. C. Teniendo una enferma con síndrome de Mauriac y descando administrarle Lipocaic, agradecería me indicara qué Laboratorios preparan la hormona de Dragstedt.

Que yo sepa no existe hasta la fecha ningún preparado comercial de Lipocaic, por lo que me es imposible aclarar la última parte de su pregunta. Sin embargo, existe una posibilidad de tratar a la enferma y es la administración por vía oral de páncreas de ternera o de cordero, ligeramente crudo, o bien prepararse uno mismo un extracto alcoholílico o acetónico del mismo por simple maceración, del cual se puede evaporar luego el alcohol y administrarlo en esta forma, ya que es por este procedimiento por el que se obtiene el Lipocaic. — F. VIVANCO.

E. S. H. ¿Qué procedimiento hay para la determinación de colesterolina en sangre que sea lo suficientemente exacto para la clínica y que pueda realizarse en el laboratorio del médico práctico?

Realmente son difíciles de conciliar esas dos condiciones. Los métodos fácilmente manejables para la determinación de la colesterolina son todos muy inexactos, incluso como valores clínicos, y el único método del cual se puede estar completamente seguro es el gravimétrico de Windaus y sus modificaciones, pero se requiere cierta delicadeza y precisión en la técnica difícil de llevar a cabo en un laboratorio que no disponga de buenos medios. — F. VIVANCO.

BIBLIOGRAFÍA

A) CRÍTICA DE LIBROS

TRATADO DE MEDICINA INTERNA. por G. V. BERGMANN, R. STAELIN y V. SALLE. Tomo III, 1.^a y 2.^a parte. 1.576 páginas. Ed. Labor. Barcelona, 1943.

Siguiendo el camino trazado, la Editorial Labor presenta en forma impecable, que en nada desmerece de la edición alemana, la versión castellana de este tratado. Corresponde este tomo a las enfermedades del aparato digestivo y en él colaboran, dirigidos por los autores, las figuras de Alemania más destacadas hoy en día en esta especialidad. Es traducción de la tercera edición alemana y únicamente hemos de lamentar que la edición española no haya sido más inmediata.

Se trata de un libro básico, en el que consta de forma precisa y clara el estado de esta especialidad durante estos últimos años. En el primer tomo, los doctores Müller y Gigon y Merkelbach se ocupan de las enfermedades de la boca; Ludin lo hace del esófago; Katsch y Kalk de las del estómago, en las cuales son tratados todos los problemas con la valiosa aportación crítica y orientadora de quienes tanto se han preocupado por el estudio de la clínica de las enfermedades gástricas. En el segundo tomo, Henning hace el estudio de las

enfermedades del intestino, sacándole el mayor provecho al estado actual, relativamente precario en relación con los otros órganos digestivos en que se halla la patología intestinal. Baumann ilustra esta parte con magníficas radiografías. Katsch y su antiguo colaborador Brink se ocupan de las enfermedades del páncreas y, por último, Stroebe, con Schwiegk, de la clínica de v. Bergmann, exponen con estilo ameno y claro los capítulos dedicados al hígado.

En suma, la obra, de la que no es necesario hacer un análisis más detenido, por ser sobradamente conocida, creemos ha de ser acogida por los médicos con el mismo interés que los tomos anteriormente aparecidos.

NEFROPATÍAS (enfermedad de Bright). por el DR. LUIS CIFUENTES DELATTE. Salvat, editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1943. Un volumen en 4.^o de 150 páginas. 18 pesetas. De la Colección Manuales de Medicina práctica.

Las relaciones del urólogo con el internista van siendo cada vez más imprescindibles y el viejo concepto de enfermedades médicas y quirúrgicas del riñón, como entidades independien-