

Penicilina intrapleural, 50.000 unidades (hasta ahora lleva administradas por esta vía 350.000 unidades); después de extracción de 50 c. c. de derrame. Buen estado general. Se suspende la penicilina intramuscular, llevando administradas por esta vía 1.100.000 unidades.

En días sucesivos (7, 8, 9, 10 y 11) el enfermo va recobrando fuerzas, se repone, aunque no completamente; las temperaturas no remiten por completo, quedando con elevaciones ligeras por encima de los 37° y llegando a cerca de los 38°. Del 11 al 12 inicia elevación térmica, que sigue en aumento en los días siguientes; coincidiendo con pérdida de estado general, anorexia, tos seca persistente; en los días 13, 14, 15 y 16, con ascensos térmicos por sobre 38°. Día 17, radiografía (véase fig. 3), mostrando nivel de líquido pleural igual al que había hace diez días. Persisten las temperaturas y mal estado general, con pérdida de peso. Y se decide intervenir, lo que se hace el día 18. Colocación de sonda Petzer, con resección costal (octava), en parte posterior; salida de más de 100 c. c. de líquido fétido en el que se hallan estreptococos.

Curso postoperatorio normal, mejorando en días sucesivos.

El enfermo, a la hora de escribir estas líneas, sigue en tratamiento.

Acompañamos una gráfica en que se consignan temperaturas, datos de tratamiento y otros dignos de mención.

De todo lo anteriormente expuesto se pueden subrayar las siguientes particularidades y hacer las siguientes deducciones:

A) Varias fases: 1.<sup>a</sup>, neumonía; 2.<sup>a</sup>, erupción de escarlatina; 3.<sup>a</sup>, nueva neumonía; 4.<sup>a</sup>, primer empiema; 5.<sup>a</sup> segundo empiema, o, mejor, otro empiema mal e incompletamente comunicado con el anteriormente abierto; posteriormente la comunicación ha sido insuficiente y transitoria.

B) Pluralidad o asociación de gérmenes: neumococo (neumonía), estreptococo (escarlatina, neumonía), *catharralis*. Correspondiendo a ella, mayor gravedad. La intervención del estreptococo podría explicar la sulfamidorresistencia (relativa, posiblemente, por no sulfamidorresistencia de uno de los gérmenes, el neumococo). El papel del *catharralis* es difícil de valorar.

C) Mayor gravedad, correspondiente no sólo a la pluricidad o asociación de gérmenes, sino también al hecho de ser los empiemas metaneumónicos.

D) Existencia de septicemia (o de sépticopiemia) apoyada por la sucesión de localizaciones y favorecida por la clase de gérmenes.

E) La incomunicación, al principio, de las cavidades de empiema; posteriormente, la comunicación establecida ha sido insuficiente e inconstante, transitoria; aunque, en algunos momentos haya podido influir en el curso, en estos momentos aparentemente favorable (sólo temporalmente), lo que invalidaría, por lo menos en parte, el resultado, también aparentemente favorable, de la penicilina local si en este caso se hubiese podido prescindir de la segunda pleurotomía. Hay que tener en cuenta que las aparentes mejorías han coincidido con los momentos en que se ha establecido una cierta comunicación entre las dos cavidades.

F) La no absorción pleural, confirmando las ideas de autores como GOFREY y SCOT, y RAMMEL-KAMP y KEEFER, lo que apoyaría el interés de la penicilina local, si no con otra utilidad, con la de esterilizar el líquido y cavidad pleurales, disminuyendo la virulencia de la infección y la tendencia a las recidivas, acortando el curso de la enfermedad y

reduciendo la supuración y la probabilidad de secuelas.

G) La esterilización del líquido purulento parecía en un principio apoyada por los exámenes de líquidos pleurales practicados antes y después de la primera inyección intrapleural de penicilina, con hallazgo de los tres tipos de gérmenes citados al primer examen y negatividad a los siguientes; pero esta idea ha sido invalidada por el hallazgo, a la pleurotomía segunda, de líquido pútrido, con estreptococos. Era sólo una esterilización aparente.

H) La conveniencia de asociar la terapéutica local a la general por la penicilina, lo que vendría a combatir mejor la septicemia existente. En nuestro enfermo no se han dado más incidentes ni localizaciones.

I) Queda en pie la cuestión ardua de la posibilidad de prescindir de la cirugía: nuestra observación tampoco es favorable a esta idea; tanto más cuanto que, aun habiendo habido una comunicación parcial, incompleta e inconstante, pero comunicación al fin y al cabo, no se ha podido prescindir de la cirugía.

J) En nuestro enfermo, asimismo, y teniendo en cuenta que se trataba no de una experimentación sino de hacer lo posible para su curación, ha habido que procurar poner en práctica lo posible para evitar un neumotórax residual, por lo que, vistas las dificultades para variar, y que al repetir los intentos de extracción la cavidad de neumo aumentaba, se ha procurado el cierre por supresión de la sonda Petzer, siendo el resultado no desfavorable. Aunque no se puede negar terminantemente (sin que pueda tampoco afirmarse) que al suprimir la sonda y, por ella, la salida inconstante, pero salida, al líquido del empiema que pudieramos llamar "cerrado" (el segundo en abrir) ello haya influido desfavorablemente en el curso de éste; esto por lo que se refiere a la primera cavidad y primera sonda retirada; para la segunda, el resultado ha sido igualmente favorable (con la ventaja de que no dejábamos ninguna cavidad sin drenar); aunque ha quedado alguna ligera febrícula, la radioscopia ha demostrado repetidamente la ausencia de derrame.

#### SOBRE EL CURSO DE LA DIFTERIA FARINGEA LOCALIZADA. NO TRATADA CON SUEROTERAPIA. "DIFTERIA GANGLIONAR"

A. VIDAL ABASCAL

Beneficencia Municipal de Santander

Si nos atenemos a las descripciones clásicas, veremos que el curso de la difteria no tratada con sueroterapia, en los casos favorables, evoluciona en la siguiente forma: Las placas blanquecinas (seudomembranas) que recubren las amígdalas, aumentan

a veces en los primeros días hasta invadir la úvula y a veces la pared posterior de la faringe; en otras ocasiones quedan estacionadas en una o las dos amígdalas, se afecta la mucosa nasal sin llegar a formar seudomembranas y existe secreción abundante, serosa, seromucosa o purulenta, se infartan los ganglios del ángulo de la mandíbula hasta el tamaño de avellanas y en el curso de una semana desaparecen las placas y todo se restituye a la normalidad, persistiendo a veces una parálisis del velo palatino, de la acomodación o polineuritis localizadas en distintos nervios, especialmente de las extremidades inferiores. Sin embargo, otras veces se produce la *restitucio ad integrum* sin ninguna secuela. En la orina se suele encontrar albúmina en un 50 por 100 de los casos.

Otras veces, no obstante, según nuestra experiencia, una vez desaparecidas las placas persiste un aumento de tamaño de los ganglios del ángulo de la mandíbula y cuello que aumentan paulatinamente, haciéndose muy sensibles y acompañados de fiebre remitente que oscila entre 37,5 y 39°, continuando en esta forma hasta adquirir los ganglios un tamaño considerable. En esta situación el diagnóstico resulta dudoso, pues la ausencia de seudomembranas y el curso prolongado de la fiebre hacen pensar en cualquier otra enfermedad febril y sólo una cuidadosa anamnesis permite una orientación segura.

Estos casos son los que nosotros hemos podido calificar como de difteria ganglionar, por constituir su aumento de tamaño el síntoma más acusado. Claro está que no nos referimos a esos casos de difteria en los cuales las amígdalas aparecen muy aumentadas de tamaño y recubiertas de una capa achocolatada, de un olor *sui generis* con infarto grande de los ganglios del ángulo y a veces cuello "proconsular" que responden mal a dosis pequeñas de suero, pues por su malignidad requieren una dosis grande e inmediata. Al principio de nuestra práctica observamos algún caso de este tipo que, por no responder inmediatamente a la terapéutica sérica, enviamos al otorrinolaringólogo y éste, diagnosticándolas de amigdalitis gangrenosa, efectuó la extirpación de las mismas y unas curas muy penosas que fueron seguidas de "éxito letal". Posteriormente tratamos todos los casos de este tipo con suero abundante y precoz, con éxito decisivo.

Los casos a los que nos queremos referir son esos otros en los cuales los síntomas faríngeos no son muy intensos, se diagnostican quizás de anginas estreptocócicas sin más ni más, transcurre una semana, desaparecen las placas, persiste temperatura cada vez más acentuada hasta 39,5°, los ganglios del ángulo y del cuello siguen aumentando y, transcurridos veinte días con esta fiebre persistente, se olvida el comienzo de la afección y se conjeta la posible existencia de una fiebre tifoidea, tuberculosis, septicemia, etc.

Los casos vistos por nosotros son dos:

E. A. G., de 3 años (1934). Hace veintitantes días, fiebre hasta 39°. Comenzó con anginas; ahora tiene voluminosos infartos ganglionares en el cuello a la izquierda y parálisis del velo palatino. Le ha visto un notable otorrinolaringólogo, el cual, no observando ninguna placa (seudomembrana) en fa-

ringe ni en otro punto, y resultando los frotis negativos, extirpa operatoriamente uno de los ganglios más voluminosos y construye una teoría muy curiosa a propósito de la parálisis del velo palatino. Otros médicos suponen fiebre tifoidea. Una anamnesis un poco más precisa aclara perfectamente el caso. Interrogada la madre del niño, refiere la existencia anterior a las "anginas" de un catarro nasal con exudación de moco ligeramente sonrosado; a continuación, con fiebre, apareció la inflamación amigdalas con algunas placas blanquecinas; transcurrida una semana desaparecieron éstas, pero persiste la fiebre hasta 39°; los ganglios, cada vez más voluminosos, y, por último, la parálisis palatina. Se administra suero antidiártico y en pocos días, después de una reacción sérica muy intensa, el niño se pone completamente bien.

Indudablemente este enfermo comenzó con difteria nasal que después se hizo faríngea, desaparecieron las placas en el período ordinario de una semana; pero la infección, sea localizada en las criptas (PLATE), en algún punto poco visible y quizás también en los ganglios, produce el aumento progresivo de tamaño de éstos y la fiebre remitente.

Este otro caso es, a nuestro juicio, todavía más interesante:

P. V. G., niña de 5 años (16-X-1944). Padres sanos, otra hermana sana. Al año, tos ferina y bronconeumonia. Estando convaleciente, sarampión, que se atenuó por previa inyección de sangre materna. A los dos años, difteria; mes y medio después, otra vez difteria. Dos días después de la suero-terapia extirparon amigdalas. Hace un año, molestias faríngeas y de pared posterior extrajeron pus (?); posteriormente se inflamó un ganglio submaxilar, que incendiaron y supuró. Hace 6 meses, 10 c. c. de suero antitetánico. Hace 24 días comenzó con fiebre y dolor de garganta, la amigdala izquierda se puso de color blanco amarillento (le enseñamos a la madre de la niña una lámina en colores de angina diftérica y nos dice: "exactamente igual que ésa!"); en esa forma permaneció semana y media, transcurrida la cual desapareció la placa y comenzaron a hincharse los ganglios del ángulo de la mandíbula izquierda; continuó en esta forma con fiebre de 39° y 39,5°. Hace 5 días se inflamaron mucho más intensamente ganglios del cuello superficiales muy próximos a la inserción mastoidea del esternocleidomastoideo, con empastamiento de la piel y dolor; tanto es así que la niña mueve la cabeza con dificultad. Este mismo día examina a la niña un otorrinolaringólogo, el cual no encuentra nada patológico en fosas nasales ni faringe, por lo que supone fiebre tifoidea o tuberculosis. Nosotros, con el cuadro dicho más la existencia de albúmina en la orina, diagnosticamos difteria ganglionar y ordenamos 15.000 unidades (6 ampollas) en inyección intramuscular precedidas de 1 c. c., media hora antes, en inyección subcutánea. Al hacer la inyección de la totalidad del suero prescribimos la mezcla con éste de media ampolla de adrenalina (desde que seguimos esta práctica no hemos observado el menor accidente). La fórmula sanguínea fué la siguiente: leucocitos, 8.600; eosinófilos, 1; metamielocitos, 1; en cayado, 10; segmentados, 37; linfocitos, 47; monocitos, 4.

A los tres días veo de nuevo a la enferma; han desaparecido ganglios por completo, mueve el cuello perfectamente, no duele nada, no ha tenido más de 37,3° (anteriormente llegaba la fiebre diariamente a 39 ó 39,5°). La orina no tiene albúmina. Se dispone más suero, que no ponen hasta pasados unos días, y frotis, que no acusa más que la presencia de algún escasísimo bacilo Gram positivo. Posteriormente sigue mejorando la niña rápidamente, presentando algunas déjimas, que desde la segunda inyección de 10.000 unidades intramuscular desaparecen en el curso de 10 a 12 días. Como desde el comienzo de la afección practicaban enemas (suponiendo "infección intestinal"), tenía la niña hipermotilidad intestinal con dolores antes de defecar (lo que reforzaba la creencia de la madre y médico de cabecera en la existencia de dicha afección). Éstos desaparecieron inmediatamente con una pequeña dosis de Eupaco.

Creemos estos casos instructivos y nos afirmamos en la idea de que:

1.º Toda angina blanca debe ser tratada siempre

con suero antidiftérico, aunque posteriormente se efectúe investigación bacteriológica (cultivo).

2.º El suero es inofensivo y puede repetirse sin temor alguno con la frecuencia que sea necesario.

3.º Los frotis negativos o positivos no son decisivos (el cultivo sí (ROUFOGATIS)). Sobre todo en los casos no tratados en los que los ganglios persisten inflamados y la fiebre continua es posible que queden localizados en las vías linfáticas y ganglios (J. TRUMP), dando lugar a cuadros como los citados.

Aunque en todos nuestros enfermos se ha prescindido de un examen bacteriológico (cultivo), el éxito terapéutico inmediato en toda angina clínicamente diftérica obtenido por el suero nos induce a creer muy raros los casos en que clínica y anatómicamente el cuadro es de difteria y, sin embargo, el responsable etiológico sea el estreptococo. Estos últimos casos se suelen acompañar de grandes infartos ganglionares y hemorragias mucosas (FISCHER).

## RESUMEN

Se describe el curso ordinario de la difteria faríngea localizada no tratada con sueroterapia.

Se citan dos casos de difteria en los cuales no se aplicó suero y siguieron un curso prolongado caracterizado principalmente por fiebre remitente y aumento de tamaño de los ganglios del ángulo de la mandíbula y cuello. Se hace referencia a su posible confusión con otros cuadros patológicos y se insiste en el valor de una precisa anamnesis para su diagnóstico. Se concluye la importancia de tratar siempre la angina blanca con suero antidiftérico, la inocuidad de éste y la falta de valor de los frotis negativos.

## BIBLIOGRAFÍA

- FISCHER, W. — Dtseh. med. Wschr., 15/16, 206, 1944.  
PLATE, F. — Therap. der Gegenw., 11, 452, 1941.  
ROUFOGATIS, S. — Dtseh. med. Wschr., 3, 56, 1943.  
TRUMP, J. — Tratado enciclopédico de Pediatría de PFAUNDLER y SCHLOSSMANN. F. Seix. Barcelona, págs. 166-172, 1909.

## RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

### RECENTES AVANCES EN LA QUIMIOTERAPIA ANTIBACTERIANA CON SULFONAMIDAS

E. LÓPEZ GARCÍA

Hospital Provincial de Madrid. Clínica  
del PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

El avance terapéutico en los últimos diez años es verdaderamente asombroso, en lo que se refiere a la lucha contra las enfermedades infecciosas. Cada día leemos en las publicaciones científicas noticias de nuevos progresos, de fines alcanzados que antes parecían utópicos, de la curación de enfermedades hasta entonces tenidas como fatales. Es tal el acúmulo de datos que continuamente se vierten sobre el médico que éste queda a veces abrumado por falta de normas para enjuiciar el valor de los nuevos medicamentos. Se crean así dos tipos de reacción mental anormal en el práctico: la del que sobrevalora los efectos de la quimioterapia y trata inadecuadamente con ella enfermos susceptibles de otra terapéutica (especialmente la quirúrgica), y la del escéptico, que niega el valor a los nuevos quimioterápicos por prejuicio o por haber fracasado con ellos en enfermos para los que no estaban indicados. No es raro leer en las revistas médicas artículos que traducen tales modos anómalos de enjuiciar la actual terapéutica. La revisión periódica y objetiva — en lo posible — de las nuevas adquisiciones tiene el valor de poner en claro la extensión del dominio de la quimioterapia y establecer el puesto que en ella ocupa cada una de las drogas utilizadas. En

esta misma Revista se publicó hace dos años un magnífico trabajo de ROF CARBALLO en el que se puntualizaba la posición terapéutica de las sulfonamidas en el momento en que apareció. Desde aquella fecha, son numerosos los nuevos preparados sulfamídicos propuestos y — sobre todo — se ha dado el hecho trascendental de la aparición de nuevos quimioterápicos en la clínica corriente, por lo que parece conveniente establecer de nuevo el cuadro de la quimioterapia actual.

Precisamente ha sido la generalización de los conocimientos sobre la penicilina uno de los factores que más han influido en el confusionismo actual, de tal modo que se ha llegado a pensar que es el nuevo quimioterápico el agente electivo en todo caso de enfermedad infecciosa y que las sulfonamidas no serían utilizables sino a falta de penicilina. En realidad, las cosas no son así. Cada uno de los métodos quimioterápicos posee sus indicaciones que no son completamente cubiertas por los otros y cada medicamento tiene además sus ventajas y sus inconvenientes. Existen afecciones microbianas, como la disentería bacilar, que hasta ahora no es influida por los antibióticos y sí por las sulfonamidas. Tendrían estas drogas además la ventaja de su fácil administración, obteniéndose sin gran esfuerzo una concentración adecuada en la sangre, de un modo mantenido.

La acción de las sulfonamidas es superada por la penicilina en muchos de sus aspectos. Para la quimioterapia local, tiene ésta la ventaja de ser activa en presencia de pus, sangre, etc.; sus efectos tóxicos son mucho menores que los de las sulfonamidas y su actividad sobre ciertos gérmenes (estafilococo, ba-