

trabajo, en la que dicho factor posiblemente lo es todo, pero ello no nos evitará hacer algunas reflexiones patogénicas, para lo cual comenzaremos por reseñar lo que hoy se sabe acerca de la producción del pneumotórax espontáneo en general.

Desde luego, parece indispensable una causa predisponente local, como lo demuestra el hecho de que del 10 (NICKOLSKI) al 70 (ZINN y SIEBERT) por 100 sean recidivantes, y alrededor del 90 por 100 (EDWIN, HAWES y WOOD, de la Mayo Clinic) del mismo lado. Esta vulnerabilidad local puede ser congénita, como demuestran los hallazgos de autopsia de ORTH, BARLÖW, MILLER, RINDFLEICH, SMINSKE, etc., bajo la forma de debilidad pleural (MORAWITZ) o de pulmón poliquístico (STOLAK, KOOUTZ), o adquirida a causa de alteraciones anatómicas producidas por lesiones generalmente tuberculosas ya cicatrizadas (hallazgos necrópsicos de FISCHER y WASELS). A estas circunstancias predisponentes locales ha de sumarse como desencadenante otro elemento que CARDIS y MICHETTI han demostrado ser la tendencia a la atelectasia por obstrucción bronquial.

No es posible negar que en los casos que referimos en esta publicación existiera labilidad congénita mayor o menor, pero es indudable que si la había tuvo que ser acrecentada por la alteración del espectro proteico orgánico que hacían patentes los edemas, ya que desde las investigaciones de BEATTY y colaboradores sabemos que las proteínas del plasma no constituyen, como los hematíes, por ejemplo, un conjunto encerrado dentro del aparato circulatorio, sino que fluyen de aquél a los tejidos, y viceversa, al igual que en un sistema de vasos comunicantes, y así sus variaciones son como un espejo de las que ocurren en el seno tisular, y no hay que insistir en que el desequilibrio proteico ha de debilitar la resistencia de los órganos, incluso contra los insultos mecánicos. Sin duda alguna, tal desequilibrio, que, como decíamos al principio, pudo verse en casi las dos terceras partes de todos los enfermos de rubeola por nosotros asistidos, tuvo por causa la infección misma, al actuar sobre individuos desnutridos, ya que, como también hacíamos notar, los edemas sólo se produjeron en los más pobres; pero aparte de todo esto, tenemos que considerar la intensísima nocividad histiocitaria, que es capaz de desarrollar el virus de la afección que nos ocupa, puesta de relieve incluso en el desenvolvimiento fetal cuando la padecen las embarazadas, según se desprende de estudios muy completos realizados en Australia por CREEG, SWAN, REESE, RONES, ERCKSON, PERERA, GREENTHAL y ALBAUGH, los cuales han descrito las más variadas anomalías congénitas en los hijos nacidos de madres que durante los embarazos correspondientes habían padecido rubeola.

Por lo que respecta a la tendencia atelectási-

ca desencadenante, aparecía bastante ostensiblemente originada por los gruesos ganglios traqueobronquiales descritos, cuya acción compresora y estenosante de los conductos aéreos, ponían bien de manifiesto los fuertes roncus de que también hicimos mérito.

RESUMEN.

Se describen tres casos de pneumotórax espontáneos, ocurridos todos ellos en la fase final de cuadros de rubeola, con sintomatología diferente a la que suele leerse en los tratados clásicos de Patología. Después de considerar las causas generales de producción de esta clase de pneumotórax, se razona la posible patogenia de los casos reseñados.

BIBLIOGRAFIA

- CERVIA.—Práctica Médica, 2, 329, 1929.
CERVIA y PÉREZ.—Rev. Tub. de La Habana, 1, 1937.
CERVIA y PÉREZ.—Trabajos del Dispensario Antituberculoso de Tenerife. Fascículo III, pág. 93.
CASTEX y MAZZEI.—Prensa Méd. Argent., 21, 8, 1935.
CASTEX y MAZZEI.—Prensa Méd. Argent., 5, 8, 1936.
CASTEX y MAZZEI.—Neumotórax Espontáneos. Manuales de Medicina Práctica. Ed. Labor, 1940.
JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica. Tomo II.
BEATTY.—Lancet, 237, 1943.
MORAWITZ.—Münch. Med. Wschr., 80, 1861, 1933.
FISCHER y WASELS.—Münch. Med. Wschr., 74, 1927.
MARINO.—Revista de Fisiología Práctica del Uruguay, 1, 14, 1935.
MILLER.—Arch. of Surg., 1926.
COURCOUX y LEREBOUILLLET.—Presse Méd., 21, 349, 1930.
ALBAUGH, ERICKSON, GREENTHAL, GREGG, OWEN, PERERA, REESE y SWAN.—Edit. Rev. Clin. Esp., 20, 255, 1946.
PARDAL y MAZZEI.—Arch. Argent. Ap. Resp. y Tub., 1, 1935, 1933.
WATSON y ROBERTSON.—Arch. of Surg., 16, 431, 1928.
SALARIS.—Riv. di Pat. e Clin. delle Tub., 8, 211, 1934.

EL YODOBISMUTATO DE QUININA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FIEBRES TIFOPARATIFOIDEAS

M. TORRES y FERNÁNDEZ-CUARTERO

Ecija.

Desde hace bastante tiempo en que leímos un trabajo de LANGERON, en el que resucitaba antiguas observaciones de SAHLI sobre los favorables resultados obtenidos en varios casos que trató de F. T. con Yodobismutato de quinina, hemos seguido paso a paso y con creciente interés científico cuanto se ha venido publicando a este respecto, confirmándose cada vez más el excelente resultado obtenido en nuestro país recientemente por reputados colegas, los cuales han utilizado el Yodobismutato de quinina en todos los casos por ellos publicados, muchas veces sólo y otras asociado a diversas medicaciones.

A partir de estos trabajos hemos tenido un verdadero interés en aportar nuestro esfuerzo en la comprobación del Yodobismutato de quinina en estas afecciones de tipo T. P., y hemos conseguido reunir, tras ímprobos trabajos, y en

el curso de algún tiempo, una casuística personal de 52 casos, de ellos 40 con aglutinaciones positivas al Eberth, que han oscilado entre el 1/100 y el 1/400; 8 con aglutinaciones positivas al Paratífus B al 1/200, y 4 con aglutinaciones igualmente positivas al Paratífus A al 1/100. Renunciamos expreso a reproducir en extenso las historias clínicas de estos enfermos, ya que lo que tratamos de hacer ver es que en todos los casos en que hemos empleado esta medicación los resultados obtenidos han sobrepasado, sin ningún género de dudas, las esperanzas que en ellos teníamos puestas, quedando altamente satisfechos de las excelentes condiciones en que han quedado todos los enfermos.

En todos los enfermos se comprobó, mediante aglutinaciones o hemocultivos, la especificidad de la afección. Sometidos a tratamiento con Yodobismutato de quinina (Yodismut), a razón de una ampolla intramuscular cada tres días, observamos en la mayoría de los casos que, a partir de las veinticuatro horas de puesta la primera inyección, la fiebre descendía a 38° C., sin que en ninguno de los días posteriores rebasase esta cifra, desapareciendo al mismo tiempo el estupor tífico, tan frecuente en estos enfermos; con la segunda inyección cedían aún más las molestias, y notamos en los enfermos mucha menos fiebre y una iniciación del apetito, y a partir de la tercera inyección generalmente el enfermo se encontraba apirético y se levantaba, con buen apetito y con una mejoría franca, siendo pocos los que han precisado una cuarta inyección, que generalmente ha sido la última.

En todos ellos hemos comprobado una mejoría franca y rápida y un acortamiento de toda la sintomatología que acompaña a estos procesos. Solamente hemos coadyuvado en algunos casos, y más que nada como medida psicológica ante el enfermo y sus familiares, con piramidón a dosis de 15 cg. cada tres horas, y en aquellos en que ha sido preciso a consecuencia de enterorragias, los hemos sometido a tratamiento con vitamina K, hielo en vientre, etc., y a los afectos de complicaciones neumónicas hemos seguido con ellos el tratamiento adecuado.

Entre todos estos casos hemos tenido uno con asma, que continuó su tratamiento sin interrupción, y en 12 casos, complicaciones neumónicas, aparecidas en el curso de la segunda inyección, que fueron sometidos al tratamiento oportuno, y que curaron bien.

Sólo hemos tenido un caso de *exitus letalis*, debido a lo tarde que se acudió al tratamiento, y cuya enferma se encontraba en un estado tal de agotamiento (cuando fuimos requeridos en consulta por otro compañero) por las complicaciones sufridas, que, desde el principio, nos hizo suponer un fatal desenlace, y que si precozmente se hubiese éste establecido, posiblemente, como en otros de los casos, se hubiese yugulado la enfermedad con su total restablecimiento.

Esta casuística comprende enfermos de uno y otro sexo, y con edades que oscilan entre los once y los sesenta y cuatro años de edad, no habiendo encontrado en ninguno de los casos intolerancia alguna para la medicación, bien es verdad que se extremaron los cuidados de sepsis bucal y general.

A todos ellos les hemos hecho periódicamente análisis de orina, y no se encontró albuminuria en ninguno de ellos.

Por todo lo anteriormente expuesto, y de los estudios que hemos realizado en esta clase de enfermos, deducimos las siguientes conclusiones:

1.^a Con el Yodobismutato de quinina (Yodismut empleado en nuestra casuística) hemos conseguido aminorar notablemente el curso de estas afecciones.

2.^a Esta ejerce un marcado efecto beneficioso en estos estados, haciendo disminuir y desaparecer la fiebre a partir de la segunda inyección, mejorando extraordinariamente el estado general del enfermo.

3.^a Dados los hemocultivos y aglutinaciones que hemos practicado en todos ellos, y cuyos títulos oscilan entre el 1/100 y el 1/400, con complicaciones de tipo neumónico y enterorragias, deducimos que no sólo se benefician los casos benignos de la misma, sino en general todos ellos.

4.^a Damos gran importancia al empleo precoz del fármaco, ya que ello nos ha demostrado la rápida mejoría del estado general del enfermo, con despejamiento del sensorio y, por consiguiente, con una ventaja enorme en el ulterior curso de la afección.

5.^a No hemos comprobado intolerancia ni susceptibilidad medicamentosa alguna, a pesar de que las edades en que lo hemos empleado, decíamos, oscilaban entre los once y los sesenta y cuatro años; y

6.^a Que de todo lo expuesto anteriormente, deducimos el fácil manejo y las ventajas que dicho preparado reporta en estas afecciones, tan frecuentes en nuestro país, y que en número tan elevado se han presentado de poco tiempo a esta parte, siendo éstos muy numerosos en el pasado otoño, y sin que se pueda considerar a dicho preparado como una medicación específica y definitiva de estas afecciones, hoy por hoy constituye uno de los recursos más eficaces de que disponemos para tratar estos procesos.

BIBLIOGRAFIA

- DOMINGO CAMPS.—Rev. Clín. Esp., 10, 325, 1943.
 SACRISTÁN TERRADILLAS.—Rev. Clín. Esp., 13, 35, 1944.
 MARCHÁN HERREROS.—Sem. Med. Esp., 11, 674, 1944.
 IDOPE.—Farmacoterapia actual, Enero 1945.
 PÉREZ HERVADA.—Rev. Clín. Esp., 16, 110, 1945.
 AZCÚNADA.—Rev. Clín. Esp., 16, 111, 1945.
 RUIZ BADANELLI y SOLER JIMÉNEZ.—Comunicación a la IV Reunión Jornadas Médicas, Sevilla, 1945.
 BANDRES.—Med. Esp., 13, 569, 1945.
 FUENTES GÓMEZ.—Rev. Clín. Esp., 17, 46, 1945.
 PROF. LORENZO VELÁZQUEZ.—Formulario Ter. Clín., 1941.
 PAREDES GÓMEZ.—Rev. Clín. Esp., 18, 52, 1945.
 ALVAREZ SUÁREZ, M.—Noticiero Med. Esp., 5, 97, 1945.