

colapso obtenido, que puede apreciarse en la radiografía, podemos atribuir ese comienzo a la fecha en que se seccionan las adherencias (septiembre de 1940).

Este neumotórax fué abandonado en septiembre de 1944; esto es, a los cuatro años justos.

b) El neumotórax del lado derecho puede ser considerado satisfactorio desde el momento en que a los tres meses de su iniciación (julio de 1941) los esputos se hacen negativos y la V. de S., que era de 37 mm. a la primera hora, desciende a la cifra de 10 mm. a la primera hora. Desde este momento hasta su abandono, en agosto de 1943, por las razones que anteriormente hemos señalado, transcurrieron dos años.

c) El tiempo que debe mantenerse un pulmón colapsado depende de la naturaleza y extensión de las lesiones que aconsejaron el colapso, del tiempo que llevaba de desarrollo la enfermedad, de la frecuencia de reactivaciones y complicaciones del neumotórax y de factores personales y sociales, que son extensa y agudamente revisados por ALIX, MUR y VILLANÚA en un reciente trabajo. Para J. ALEXANDER es evidente que los muy diferentes tipos y grados de lesiones susceptibles de colapso por el neumotórax, no obtendrían su curación en el mismo plazo de tiempo. Es de presumir que se necesitará más tiempo para conseguir la unión de las paredes de una gran cavidad, que las de otra más pequeña. Por ello, ALEXANDER aconseja restringir el mínimo de dos años propuesto por algunos autores (AMBERSON, PACKARD) a aquellas lesiones que pueda esperarse curarán con la mayor rapidez. Estas lesiones son las exudativas de poca extensión, generalmente apicales o por lo menos del lóbulo superior, cavitadas o no, que se comprenden en el grupo de las llamadas lesiones "mínimas" por los americanos, comparables a las del estadio I de la clasificación de TURBAN. En un estudio de AYCOCK y KELLER, dirigido a comprobar la frecuencia de reactivaciones en los distintos casos, se señala una frecuencia nula para el grupo de los casos bajo colapso por un período de dieciocho a veinticuatro meses, cualquiera que fuera el grado de avance de la lesión. Sin embargo, el propio ALEXANDER recoge el hecho de que la mayoría de los fisiólogos bajo la presión de su propia experiencia, tienden a prolongar el tiempo de aplicación del neumotórax "incluso indefinidamente". Para HURST y SCHWARTZ, los mejores resultados corresponden a los casos en que el neumotórax había durado por lo menos cuatro años, y fueron tanto mejores cuanto más leve fué la lesión. De 21 casos con neumotórax de cuatro a cinco años o más, sólo dos permanecieron activos.

4.º Como aportación propia a una consideración objetiva de cuestión tan debatida, juzgamos significativa la coincidencia en nuestra enferma de dos actitudes diferentes en cuanto al tiempo de colapso. Al abandonar el neumotó-

rax derecho se siguió el criterio entonces aceptado para la presunción de curabilidad de las lesiones mínimas, fijando su duración alrededor de dos años. En cambio, para el lado izquierdo, y también de acuerdo con la recomendación de ALEXANDER, se prolongó el colapso hasta cuatro años, por tratarse de lesiones más extensas. Sin embargo, ha sido precisamente en el lado derecho donde se ha presentado la reactivación al cabo de los tres años de la reexpansión, lo que puede interpretarse, a nuestro juicio, como un apoyo para el criterio de prolongar por lo menos a cuatro años el tiempo de colapso, incluso en los casos muy poco avanzados.

Aunque nos damos cuenta de la dificultad de sacar conclusiones útiles de la consideración de un solo caso, creemos que en este problema no deben desdeñarse las enseñanzas que se derivan de la experiencia clínica, siempre viva y acuciante, frente a los fríos números de las estadísticas, sujetas al error en tantos aspectos.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, J.—Collapse Therapy of Pulmonary Tuberculosis. Ch. Thomas, Springfield, 1937.
 ALIX ALIX, J.—Clínica y Laboratorio. Julio 1944.
 ALIX, J., MUR, J. M. y VILLANÚA, E.—Rev. Clin. Esp., 22, 319, 1946.
 AYCOCK y KELLER.—Amer. Rev. Tbc., 45, 117, 1942.
 BARNES.—Amer. Rev. Tbc., 28, 160, 1933.
 BOBROWITZ.—Amer. Rev. Tbc., 45, 144, 1942.
 HURST y SCHWARTZ.—Amer. Rev. Tbc., 45, 132, 1942.
 MYERS, J. M.—Jour. Thorac. Surg., 6, 1937.
 SODERSTROM, K. M.—Amer. Rev. Tbc., 44, 173, 1941.
 THOMPSON y JANES.—Amer. Rev. Tbc., 45, 357, 1942.

PENICILINA RETARDADA EN UN CASO DE MENINGITIS NEUMOCOCICA

M. BALCÁZAR RUBIO

Académico C. de la Real de Medicina y Cirugía de Valencia.

El motivo de la publicación de la presente nota clínica no es precisamente para resaltar, una vez más, el conocido efecto de la penicilina sobre las infecciones cocógenas, por lo demás ya muy estudiado en las diferentes Revistas profesionales, nacionales y extranjeras, sino para expresar los maravillosos efectos logrados con la penicilina retardada, concentrada o lenta, que hemos tenido la suerte de utilizar en un caso de meningitis neumocócica, ya que de su empleo aún no he visto referencias personales de autores españoles en las principales Revistas españolas.

De la misma manera que para otros medicamentos (insulina, adrenalina, etc.) de absorción rápida se han ideado procedimientos que tienden a su más lento pero prolongado aprovechamiento por parte del organismo, con las consiguientes ventajas fáciles de comprender, tam-

bién para la penicilina se ha encontrado el método que favorece su acción durante más tiempo, evitando el molesto y fastidioso empleo para sanitarios y enfermos que más corrientemente se viene usando. Fueron también los americanos (ROMANSKY y RITTMANN, Science, vol. 100, número 2.592), los que en 1944 realizaron ensayos para administrar dicha droga en forma que se reabsorbiera lentamente, utilizando en sus primeras experiencias conejos de unos 3 kg. de peso, separando tres lotes: al primero se le administra la penicilina con solución salina; al segundo, con aceite de cacahuete, y al tercero, con la mezcla cera de abejas y aceite de cacahuete. Observan a continuación el nivel de penicilina en sangre y su eliminación por la orina, y comparándolos en los diversos lotes, comprueban después de la inyección de 5 a 10.000 unidades Oxford de penicilina que en el primer grupo la penicilinemia decae a las tres horas de la inyección; en el segundo, si bien alcanza el mismo nivel, no baja hasta las cuatro horas, y en el tercero, donde la concentración del medicamento no sube tanto, se mantiene un nivel por unas siete horas, que a veces se alarga hasta las nueve, después de la inyección. Es más, en este último lote la eliminación urinaria de la droga persiste de veinte a treinta y dos horas de la administración de la misma. Además observan estos autores que la estabilidad del medicamento con la mezcla cera-aceite se conserva a 37° por espacio de treinta a sesenta días.

En vista de estos resultados, aplican esta última mezcla a enfermos de blenorragia, suministrándoles una inyección única de 66.400 unidades, con magníficos resultados, comprobando en el hombre también la persistencia de un nivel útil de penicilina por un tiempo no inferior a siete horas.

Por nuestra parte, se ha utilizado penicilina del Laboratorio Cutter, de Berkeley, Califor-

nia, que contiene por centímetro cúbico 200.000 unidades de penicilina cálcica, 0,03 gr. de cera blanca de abejas y aceite de sésamo c. s. p. 1 c. c. La ampolla contiene en total 5 c. c. Cuando la misma permanece cierto tiempo en el medio frigorífico, su contenido se espesa, por lo que suele haber necesidad de agitarla unos momentos para permitir cargar la jeringa a través de la aguja, que debe ser un poco gruesa; la inyección es indolora o produce ligeras molestias.

Y, para terminar, un breve resumen de la historia:

Enfermo M. A. A., de veintiséis años, que hace dos días que nota fiebre de 39°, cuando llevaba dos o tres con un ligero catarro, presentándole al mismo tiempo una cefalea intensa, cada vez mayor, acompañada de vómitos repetidos.

A la exploración, bradicardia intensa, fiebre (46 pulsaciones con 38,5°), Genickstarre típica, con los correspondientes signos de Kernig, Brudzinski, etc., pupilas iguales, con ligero retardo del reflejo fotomotor, los tendinosos algo exaltados y nada anormal en tórax y abdomen, faringe enrojecida.

La punción lumbar suministra un inmediato alivio a su cefalalgia, saliendo el liquor a presión, siendo las primeras gotas del mismo turbias y el resto transparente; su análisis demuestra un notable aumento de células, 1.000 por milímetro cúbico, globulinas positivas, albúmina 0,80, glucosa 0,48. Al examen microscópico se evidencia la presencia de neumococo. La fórmula suministra neutrofilia, así como en sangre, teniendo además 12.000 leucocitos (Lab. CHORRO).

Con todos estos datos se comienza inmediatamente la aplicación de la penicilina retardada antes expuesta, a razón de medio centímetro cúbico, es decir, 100.000 unidades Oxford, cada ocho horas, notando el enfermo una patente mejoría a la segunda inyección, y siendo la exploración casi negativa a partir de varias horas después de administrar las 300.000 unidades, dando para mayor seguridad hasta 500.000, encontrándose el enfermo perfectamente bien, sin volver a recaer.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LAS HEMIPLEJIAS

J. IZQUIERDO RUBÍN

Del Servicio de Neurología de la Cruz Roja de Oviedo.

No sería oportuno estudiar, precisamente en este momento, las causas que ya directamente, o bien por mecanismos indirectos, llegan a motivar las lesiones causales de las hemiplejias. No podemos tampoco parar nuestra atención en los modernos conceptos que sobre los accidentes vasculares del cerebro han emitido al-

gunos autores argentinos sobre la importancia del espasmo como precursor del cuadro¹.

Desde hace muchos decenios, la mayor parte de los patólogos se han ocupado del generalmente aparatoso cuadro del ictus apoplético y de su inmediato tratamiento. Pocos, sin embargo, se han parado a descender la cortina tras la cual se oculta como persistente secuela la hemiplejia cerebral.

Aun al enfocar el problema desde el punto de vista terapéutico de la lesión ya establecida y del déficit motor concomitante, no podemos re-