

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Clorhidrato de oxofenarsina en el lupus eritematoso.**—El clorhidrato de oxofenarsina es el arsenical más activo de que actualmente se dispone para el tratamiento de la sífilis. Como otros arsenicales habían sido empleados en el lupus eritematoso, a veces con éxito, SULZBERGER propuso tratar esta afección con la nueva droga, y HYMAN (Arch. Dermat. & Syph., 53, 26, 1946) ha tratado ya a 40 pacientes y ha referido sus resultados en los 20 primeros. La dosis inicial es de 5 mg., y las inyecciones se repiten con intervalos semanales, aumentando cada vez 5 mg. hasta una dosis de 30 mg. en las mujeres y 40 mg. en los varones, dosis que se continúan administrando hasta alcanzar una cantidad total de 1.200 mg., seguida de un descanso de cuatro a seis semanas y un nuevo tratamiento. Como coadyuvante se empleó una solución tópica de salicilato de fenilo y ácido tánico, para proteger las lesiones de la acción solar. Los resultados de la terapéutica no son uniformes. En 6 de los 20 enfermos se obtuvo una respuesta rápida favorable; otros 8 mejoraron considerablemente, pero sin curar por completo; en los 6 restantes no se obtuvo ninguna mejoría; uno de ellos hubo de suspender el tratamiento por aparecer edema de párpados. En resumen, puede afirmarse que el tratamiento del lupus eritematoso con clorhidrato de oxofenarsina debe ensayarse en los pacientes por su escasa toxicidad y gran frecuencia de efectos favorables, si bien no debe desconocerse que son bastantes los enfermos que no se benefician del proceder. El lupus eritematoso de las mucosas es más resistente que el de la piel, pero el de la conjuntiva parece responder fácilmente.

**Tratamiento de la fiebre tifoidea con bacteriófago.**—La literatura existente sobre el tratamiento de la tifoidea con bacteriófago es muy numerosa y discordante. El número de bacteriófagos conocido es muy grande y difieren unos de otros en cuanto al número de especies bacterianas que atacan, siendo algunos muy específicos. KNOUF, WARD, REICHLE, BOWER y HAMILTON (J. Am. Med. Ass., 132, 134, 1946) emplean un tipo inmunológico de bacteriófago activo sobre el antígeno Vi del bacilo de Eberth, y que puede ser adaptado a distintos tipos del bacilo. Este bacteriófago ha demostrado ser muy eficaz en las infecciones experimentales en ratones. Los autores antes citados obtienen un bacteriófago concentrado contra el mismo tipo del bacilo aislado por hemocultivo. Un centímetro cúbico de bacteriófago se inyecta intravenosamente, gota a gota, después de diluirle en

una solución glicosada. La inyección suele ir seguida de un escalofrío y un ascenso febril, que alcanza su máximo a las tres a seis horas de la misma. De 56 enfermos tratados por este método, 3 fallecieron. Los restantes mostraron una gran mejoría a raíz de la inyección, de tal modo, que los hemocultivos se hicieron negativos (hubo solamente un 10 por 100 de recaídas), el estado general mejoró y la curva térmica descendió rápidamente. Uno de los síntomas que más rápidamente responden al tratamiento es la alteración del estado mental del enfermo.

**Citocromo C en la anoxia de los tejidos.**—Aun en las condiciones de anoxemia, casi incompatibles con el mantenimiento de la conciencia (alrededor del 10 por 100 de oxígeno), el contenido en oxígeno de la sangre venosa es bastante considerable. Se comprende fácilmente la posibilidad de que por la inyección de enzimas respiratorios o sus componentes pueda utilizarse el oxígeno hasta el máximo y mejorar las condiciones de la respiración tisular. Entre las sustancias promotoras del recambio gaseoso en los tejidos, el citocromo C es la única que puede ser fácilmente preparada a partir de corazón de buey. Es una sustancia estable, no antigénica (a pesar de su carácter de proteína, unida a una porfirina y a hierro) y no tóxica. Su desaparición de la sangre es bastante lenta, de tal modo, que la inyección de 50 mg. va seguida de su aumento hemático durante veinticuatro a cuarenta y ocho horas, y la inyección de 350 mg. es suficiente para proporcionar valores altos en la sangre durante cinco a seis días. PROGER y DEKANEAS (Science, 104, 389, 1946) emplean generalmente una inyección inicial de 50 mg., y después las necesarias para mantener algo de citocromo C presente en la sangre. Con este procedimiento han obtenido mejorías en los casos de angina pectoris (no en el infarto de miocardio), y es posible que en la clínica puedan también confirmarse los excelentes resultados obtenidos en la experimentación animal en el shock por hemorragia, en la anoxia cerebral, etcétera, y que puedan extenderse a otras condiciones en las que la anoxia tisular interviene, como en la enfermedad de Raynaud, en el enfisema pulmonar, etc.

**¿Cuándo está indicada la profilaxis de las infecciones con sulfonamidas?**—La profilaxis con sulfonamidas ha proporcionado resultados brillantes en muchas ocasiones, especialmente en el reumatismo agudo, en la yugulación de epidemias de meningitis meningocócicas, en la go-

nococia, en las infecciones respiratorias, etc. La experiencia sobre estos distintos aspectos profilácticos ha sido ya muy extensa, y se ha llegado a conclusiones que poseen indudable interés. Uno de los riesgos de la profilaxis en gran escala con sulfonamidas (las reacciones tóxicas son prácticamente despreciables) le constituye la aparición de razas microbianas resistentes a las drogas, de tal modo, que al cabo de cierto tiempo la morbilidad en la comunidad tratada profilácticamente es casi idéntica a la existente con anterioridad. Una evaluación reciente de los riesgos y ventajas del método de administración preventiva de sulfonamidas, publicada por BOYCOTT (Practit., 157, 466, 1946), establece como indicaciones para el mismo las siguientes:

1.º La convalecencia de enfermos con reumatismo agudo, bajo la vigilancia médica.

2.º En escuelas o comunidades similares, en las que aparezcan casos de infección meningocócica o estreptocócica.

3.º En pequeños grupos de personas de vida reglada, en los que sea deseable evitar toda afección (equipos deportivos en entrenamiento, por ejemplo):

En general, es suficiente una dosis diaria de

1 gr. de sulfodiazina, la cual no se mantendrá más de unas semanas, excepto en el caso del reumatismo.

**Tratamiento con benadril de la enfermedad por irradiación.**—En los pacientes sometidos a un tratamiento con radioterapia, la enfermedad por radiación puede ser lo suficientemente intensa para obligar a suspenderle. Los diferentes medios propuestos para combatir tal trastorno son de una eficacia dudosa e insegura. NURNBERGER (Am. J. of Roentgenol., 56, 211, 1946) ha empleado benadril en el tratamiento de la enfermedad de irradiación. El medicamento se administra en inyección intravenosa en dosis de 50 a 100 mg. o en cápsulas de 50 mg., de las que se administran una cada cuatro horas. Fueron tratados de esta forma 19 pacientes, de los cuales uno no siguió el tratamiento; los restantes mejoraron todos, y 17 de ellos pudieron continuar las sesiones de radioterapia en la forma usual, sin interrupción. El efecto se manifestaba más marcadamente en los casos en que el benadril se empleó en inyección. En general, la respuesta favorable no es solamente de los vómitos y náuseas, sino también del estado mental del enfermo.

## EDITORIALES

### LA DIARREA DE LOS DIABÉTICOS

Ante un diabético con diarreas se nos presenta siempre el problema de saber a qué se deben sus diarreas. Son numerosas las explicaciones que hasta el presente se han dado, pero frente a un caso particular frecuentemente el mecanismo se nos escapa. Es evidente que existen diabéticos en los que al lado del defecto en la secreción interna del páncreas padecen también una insuficiencia exocrina, manifestándose con los caracteres típicos de la dispepsia pancreatogénica. Para otros enfermos se ha tratado de invocar la intervención de la aquilia, pero aparte de que la aquilia no es constante en la diabetes (en el 33 por 100 de los casos, según JOSLIN), no todos los diabéticos aquílicos tienen diarreas. Para el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ se trataría de una disbacteriosis por implantación de un cambio de flora que crece y se multiplica con especial facilidad por el exceso de glucosa que contienen la mucosa y los jugos digestivos.

Recientemente SHERIDAN y BAILEY han des-

critado un tipo de diarrea en los diabéticos que se separa de la diarrea pancreatogénica y de la dispepsia o enteritis disbacteriósica. El rasgo más sorprendente de esta diarrea, que se observó en 40 enfermos, fué su presentación nocturna, con ocho o más deposiciones, algunas con incontinencia durante el sueño y sin presentar ningún trastorno durante el día; las heces eran muy hidratadas y no recordaban en absoluto a las de la dispepsia pancreatogénica. Otro rasgo a señalar era la tendencia a las remisiones espontáneas. En todos los casos pudo saberse que el comienzo de la diarrea fué después de un cierto tiempo en el que se había descuidado el tratamiento de la diabetes. El análisis del jugo gástrico en 29 enfermos demostró una aquilia en 14, y el enema opaco descubrió una espasticidad del colon en 6 de 28 enfermos explorados.

La observación en algunos casos de un aumento de las proteínas totales en el líquido cefalorraquídeo, de la existencia de retinitis en la tercera parte de los enfermos y de la presencia de un cuadro de neuritis antes del comienzo de