

bién de tratar con suero hipertónico y extracciones frecuentes de líquido cefalorraquídeo, sin perjuicio de la adopción de los otros agentes medicamentosos indicados. Incluso ciertas vitaminas, la B₁, las del complejo B y otras (D. C. E.).

La terapéutica por sueros hipertónicos repetida y asiduamente, extracciones de líquido cefalorraquídeo, vitaminas indicadas, sulfamidas, penicilina. A propósito de la vía intrarraquídea, adoptamos como regla de conducta la de emplearla prudentemente en ciertos casos (y estaría más indicada en los bloqueos), sin prolongarla en exceso, y añadiendo las vitaminas expresadas. Las dosis raquídeas sin sobrepasar las 10.000 ó 20.000 unidades Oxford por inyección y día. Las musculares adaptadas a cada caso. Próximamente nos proponemos tratar concretamente de la vía subaracnoidea con más extensión. Y rehuyendo las reacciones locales, por lo que usamos dosis prudentes. Para no citar mucha bibliografía (ya muy extensa en esta materia), recordemos sólo a CAIZUS, DUTHIE, LEURIN y SMITH (Lancet, 20, 5, 44) y a KEEFER, BLAKE, MARYHALL, LOCWOOD, WOOD (Journ. Am. Med. Ass., 28, 8, 43).

Por último, queda el problema de la cesación de tratamiento y del criterio de curación; naturalmente, es la clínica la que debe decidir, con una vigilancia estrecha y un tanteo si hubiera dudas; pero los exámenes sistemáticos de sangre, líquido cefalorraquídeo, sedimentación globular y fondo de ojo, añadido a los exámenes y exploraciones clínicas pueden darnos la pauta a seguir en cada caso. En general, la normalización de fórmula (leucocitaria y de sedimento líquido), de sedimentación globular y de sintomatología clínica son de mucho valor para la cesación de tratamiento quimioterápico (cuando el l. c. r. está normalizado o casi normalizado), ya que la positividad de reacciones de globulinas, de cierta alteración del Benjuí coloidal y de cierta albuminosis con ligero aumento de células durante algún tiempo es muy frecuente; estas alteraciones, que pueden ser residuales, con las de fondo de ojo, indican siempre la conveniencia de vigilancia estrecha antes de afirmar una curación completa. Y aún queda la eventualidad de secuelas por lesiones irreversibles o por otras cicatriciales, muy posibles, especialmente en la visión, aunque nosotros no las hemos visto en ninguno de nuestros enfermos.

Terminado nuestro trabajo, nos enteramos del resultado de los últimos exámenes practicados al enfermo D. M. R. (observación VI), que continuamos vigilando estrechamente, en remisión clínica aparentemente completa de su tercer brote meningítico, y cuyos exámenes muestran una sediment. glob. normal y un l. c. r. con albúmina, 0,96; células, 72; Pand y Weichbrodt, ++, y Benjuí, 00000.02222.20000.0. Lo que es muy significativo, contrastando con una normalidad clínica aparente.

SUMMARY

Beginning with a detailed study of 11 personally treated cases of acute purulent meningitis,

the author speaks of the aetiopathogenic problems, those of diagnosis and of treatment which the occurrence of this condition produces.

ZUSAMMENFASSUNG

An Hand eines eingehenden Studiums von 11 eigenen Fällen mit akuter, eitriger Meningitis bespricht der Verfasser die Probleme der Aethiopathogenese, der Diagnose und Behandlung, die bei solchen Prozessen in der menschlichen Klinik auftreten.

RÉSUMÉ

A l'occasion de l'étude détaillée de 11 cas personnels de méningite aiguë purulente, l'auteur commente les problèmes étiopathogéniques, de diagnostic et de traitement, posés par la présentation de ce processus dans la clinique humaine.

TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA POR EL IODOBISMUTATO DE QUININA

C. MOLINA

Abarán (Murcia).

Hace trece años (marzo de 1933) publiqué en "Noticias Médicas", de Murcia, los primeros resultados obtenidos en el tratamiento de sesenta casos de F. T. con el I. B. Q., estimulado por la lectura del primitivo trabajo del Profesor SHALI y aprovechando un brote epidémico de esta enfermedad, que endémicamente padecemos en esta región.

La impresión clínica del primer momento (y digo clínica por la falta de comprobaciones bacteriológicas y de anatomía patológica, así como de grandes estadísticas) no se ha modificado ni con el resultado obtenido en los numerosos casos tratados posteriormente (ya más que suficientes para tener un juicio definitivo) ni tampoco con la lectura de los trabajos publicados y, muy especialmente, con los aparecidos en esta Revista. Decíamos entonces que bajo la influencia del tratamiento con el I. B. Q. en la F. T. ésta se modificaba muy favorablemente, en una elevada proporción de casos, cuya curva febril se sostenía a menor altura y cuyo estado general se modificaba muy beneficiosamente. Estos efectos son los más constantes del tratamiento, y si de una manera tan convencional como arbitraria tratamos de fijarle días a una enfermedad tan proteiforme, cuya duración puede variar desde unos días, en las formas abortivas, hasta meses en las formas

prolongadas, y tomamos como tipo medio de duración las cuatro semanas clásicas, podemos objetivar, por comparación entre ambas gráficas (véase números 1-2), el resultado del tratamiento sobre la duración del proceso y sobre la curva febril, a cuya acción va asociada una mejoría tan manifiesta del estado general que en muchos casos cuesta trabajo retener en cama a los enfermos. Como puede verse, en estos casos que obedecen al tratamiento no llega a producirse el período de fiebre continua y elevada, sino que inmediatamente que se llega al apogeo febril, tras el ascenso lento y gradual, se inicia un descenso lítico con lo que resulta



Fig. 1.—Curva febril de un enfermo de fiebre tifoidea tratado con yodo-bismutato de quinina.

y en las heces durante el período de incubación, de personas, en apariencia normales y que luego desarrollaron la enfermedad (CONRADI, MAYER y COWAYASKI), la existencia de una bacteriemia transitoria acabada rápidamente por la actividad de S. R. E., principalmente del hígado y bazo, donde proliferarían los gérmenes dando lugar a una septicemia y generalización por todo el organismo e invasión final del intestino por vías biliares. Y segundo: Los que como SCHOTTMÜLLER, MÜLLER y otros sostienen la opinión más generalizada de que a partir del intestino se invadirían los ganglios linfáticos abdominales, donde se reproducirían los gér-

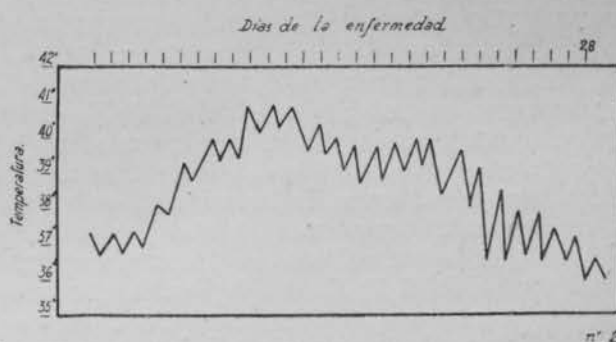


Fig. 2.—Curva febril de un enfermo de fiebre tifoidea no tratado con yodo-bismutato de quinina.

acortado el proceso, por término medio, en unas dos semanas.

Como características especiales de la yodo-bismuterapia señalábamos ya al principio su irregularidad de acción, pues, al lado de casos que se influenciaban favorablemente veíamos otros cuya evolución en nada se modificaba, atribuyendo esta inconstancia al momento de aplicación del tratamiento, que sería más eficaz cuanto más precozmente se iniciaba, opinión que actualmente comparten otros autores. Pudimos observar pronto que los casos que no obedecían a las dos o tres primeras dosis de bismuto, posteriormente ya no se modificaban por más que se insistiera en esta medicación.

Para explicarnos esta acción tan irregular del bismuto tendremos que recordar brevemente la patogenia de la F. T.

Se puede dar como seguro que en la invasión del organismo por el B. tífico los hechos se suceden en el siguiente orden: La puerta de entrada es siempre el aparato digestivo, siendo la excepción que tenga lugar, como sostiene DRIGALSKI, a nivel de las formaciones linfoides de la faringe (amígdalas principalmente); lo corriente es que la penetración del germen tenga lugar a nivel del intestino, de donde por vía linfática se invadirían los ganglios abdominales, que sistemáticamente se encuentran siempre afectados. En este punto las cosas, hay dos tendencias para explicar la evolución ulterior de la enfermedad: Primera, los que sostienen basados en el hallazgo del bacilo en la sangre

menes dando lugar a la invasión sanguínea (constancia de los hemocultivos positivos en la primera semana), y de aquí van disminuyendo a medida que van aumentando los anticuerpos (aglutinaciones positivas a partir de la segunda semana) para ir localizándose la infección al hígado, bazo, ganglios linfáticos de todo el organismo y en general a todo el S. R. E. a invadir secundariamente el intestino a través de las vías biliares (presencia constante de gérmenes en el intestino en la tercera y cuarta semana).

Es ahora cuando podemos explicar la acción terapéutica del bismuto en relación con el momento de su aplicación, admitida una supuesta afinidad de este metal por el tejido linfóideo. Sería eficaz, por lo tanto, en los primeros momentos de la enfermedad, en que la septicemia tífica está sostenida por la invasión continua de la sangre a partir del foco de infección representado por los ganglios linfáticos mesentéricos, y tendría escasa eficacia en períodos ulteriores en que la infección ya está localizada en otros órganos: bazo, hígado, médula ósea, pulmón, meninges, etc. ROVOLINA, MONTEIRO y OPIZZI, citados por SERVIÁ, admiten esta afinidad por el tejido linfóideo, por similitud con lo que ocurre en las afecciones amigdalares agudas, donde independientemente de una etiología tan variada y de una patogenia tan confusa (disminución del pH en los casos por enfriamiento, por producción final de la histamina, que sería la responsable de los aparatosos síntomas generales;

por reacción alérgica o para-alérgica a multitud de gérmenes, como puerta de entrada y sitio de la enfermedad, por alteración de la sangre, por mecanismo linfógeno, etc.), es indudable que existe una mejoría tan manifiesta por la aplicación parenteral o rectal del bismuto, que únicamente se reconoce por todos su acción eficaz y constante, a excepción de las flegmonosas y diftericas.

A esto añadimos nosotros que la acción del bismuto en la F. T. no es más que un caso particular de la acción quimioterápica que, en general, ejercen todos los metales a través del S. R. E. Está plenamente demostrado por infinidad de trabajos, para lo cual no citaremos más que los efectuados por autores españoles: ROF CARBALLO, BESARÁTEGUI, ELÓSEGUI, GOYANES ALVAREZ, JIMÉNEZ DE ASÚA, RIVERA DE LA PORTILLA, etc., que los metales, después de absorbidos se acumulan en las células del S. R. E., que a este fin cumpliría la misión de almacenamiento o reservorio que, impidiendo de este modo el paso brusco a la sangre de los mismos, evitaría los consiguientes fenómenos de intoxicación.

Después de haber sufrido una transformación en las células del S. R. E., que lo harían más activo, como lo demuestra la diferencia de actividad de los productos quimioterápicos, a menores concentraciones en la sangre que en el tubo de ensayo, irían pasando progresivamente a la sangre en formas semicoloidales combinados con las globulinas, y volverían a actuar sobre los gérmenes, no en el mismo terreno circulatorio, sino a través de las células del mismo S. R. E., particularmente los reticuloendotelios e histiocitos, y también actuarían, exaltando las funciones defensivas y protectoras de este vasto sistema, ampliamente difundido por todo nuestro organismo, encargado de la trascendental misión de la protección y defensa nuestra ante todas las enfermedades infecciosas y parasitarias; acción defensiva que se ejerce mediante la función humoral de formación de anticuerpos y mediante las actividades celulares macrofágicas o destructoras de células y antigénicas o granulopépsica o fijación de toxinas y cuerpos extraños. Por igual mecanismo, o sea, a través del S. R. E., actúan las sulfamidas y diversos metaloides. Únicamente la penicilina, según los trabajos de LOWEL y PEDRO RODRÍGUEZ, ejercen su acción independiente del S. R. E.

La acción estimulante que en general ejercen los metales a pequeñas dosis sobre las funciones defensivas del S. R. E., queda demostrada para la F. T. por los trabajos de BESARÁTEGUI y ELÓSEGUI, citados por PITTALUGA, mediante bloqueo sostenido del S. R. E. por impregnación a grandes dosis repetidas con carmín y tinta china, consiguiendo disminuciones considerables de la cantidad de aglutininas antitíficas en los animales bloqueados, y también con los trabajos de WALBRUN y MADSEN, que mediante la inyección de pequeñas dosis de metales coloidales consiguieron aumentar la formación de anticuerpos por dicho S. R. E.

A la vista de estos trabajos convendría en algunos casos (sujetos debilitados, mujeres, etc.) reducir la dosis habitual de 5 c. c. cada tres días a 4 ó 3 c. c., ya que, como se ve, la quimioterapia a veces es un arma de dos filos, puesto que las pequeñas dosis excitan y las grandes inhiben la actividad del S. R. E., y mientras no dispongamos de un procedimiento para determinar con exactitud tendremos que hablar de intoxicaciones, intolerancias, resistencias, etc., siendo preferible decidimos por las pequeñas dosis repetidas, como ha venido a ocurrir con el oro en la tuberculosis y otras quimioterapias.

Podría explicarse la mayor eficacia del bismuto, cuando es usado precozmente, por esta estimulación de las funciones defensivas del S. R. E. cuando esto se hace con anterioridad a la impregnación tífica de las células de este sistema, hecho que ocurre constantemente al final del período septicémico, lo que justifica que se designe actualmente a esta enfermedad como una reticulitis específica por el B. de Eberth, como lo atestiguan las afectaciones constantes de todos los órganos constituyentes del S. R. E. en la F. T.: ganglios linfáticos, médula, bazo, hígado, red histiocitaria alveolar, subdérmica, submucosa, peritoneal, vascular, meníngea, etc.

Posteriormente a mi primera publicación he adoptado en dos lotes iguales de 100 enfermos distintos tratamientos. Uno formado por los enfermos de Beneficencia, que forzosamente hubieron de ser sometidos al tratamiento clásico higiénico-dietético y sintomático que requería cada caso, y otro constituido por la clientela particular, en el que pude usar además esta modalidad de quimioterapia. Los resultados obtenidos van expresados en el siguiente cuadro:

Complicaciones	Neumonías y bronconeumonías	Hemorragias	Perforaciones	Parálisis Cardiovas- cular	Formas hipertérmicas	Supuraciones	Mortalidad
	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Muertes	Total
Casos tratados con Bi	1	0	0	2	0	1	4 por 100
Casos no trata- dos con Bi...	2	1	2	1	2	0	8 por 100

No reproducimos todas las historias clínicas correspondientes a esta estadística porque se haría interminable este trabajo, pero no pasaremos por alto un hecho importante, y es que esta estadística es anterior a la era penicilínica en su totalidad, y sólo en parte es anterior al uso de las sulfamidas. Como se ve, el tanto por ciento de mortalidad obtenida es del 4 por 100 para los casos tratados con Bi. y del 8 por 100 en los no tratados con Bi. JOKMAN da una mortalidad del 10 al 12 por 100; SCHOTMÜLLER, del 5 al 10 por 100, y CURSCHMAN, del 9 al 12 por 100. Aparte de las diferencias manifiestas que siempre existen entre las estadísticas hospitalitarias y particulares, cuyos resultados se inclinan siempre a favor de esta última, pues casi nunca ingresan en los hospitales los casos leves, sino los graves, y lo que es peor, los casos diagnosticados tardíamente; se hace muy ostensible la gran diferencia de los resultados obtenidos por nosotros con los de los autores citados, considerándola debida, por un lado, a la influencia manifiesta del tratamiento por el bismuto, y por otro, por los motivos que vamos a comentar, haciendo de antemano la salvedad de que si bien las cifras comparativas de los resultados obtenidos en ambos grupos no pueden tener un valor absoluto, dada la influencia que el factor medio social (distinta alimentación, asistencia, higiene, etc.) tienen en la evolución de esta enfermedad, es, sin embargo, tan manifiesta la distinta mortalidad en ambos grupos, que forzosamente hay que atribuirle un valor a esta medicación. No obstante, al valorar estas cifras debemos tener en cuenta dos factores, cuyo desconocimiento podrían falsear los resultados obtenidos: uno de ellos es que, debido al perfeccionamiento de los medios diagnósticos actuales (aislamiento del germen principalmente, aglutinaciones, etc.), podemos descubrir y diagnosticar acertadamente multitud de casos leves, que antes eran catalogados de simples empachos gástricos y cuya benignidad pudiera ser motivo de engaño, a juzgar por ellas, de la eficacia de cualquier tratamiento empleado; el otro factor es la evolución en un sentido cada vez más leve, que venimos observando en la F. T., como consecuencia de las modificaciones que en el factor terreno está provocando la vacunación profiláctica, que de una manera bastante generalizada venimos realizando durante los últimos años, evolución que conviene tener en cuenta al valorar la eficacia de la terapéutica de que nos estamos ocupando y el tanto por ciento de mortalidad del anterior cuadro, pues no cabe duda que la enfermedad, como toda manifestación biológica, está sujeta a evolución, ley fundamental de la vida, evolución que puede ser por modificación natural del germen, o del terreno, o por modificación provocada en ambos (NICOLLE). Así sucede que estamos asistiendo a la desaparición de algunas enfermedades, como la viruela, cólera, peste y también F. T.; a la modificación natural y espontánea de otras, como la si-

filis y la tuberculosis, que a través de un forcejeo de siglos van perdiendo su primitiva agudeza, haciéndose cada vez más crónicas, y, por último, es innegable que estamos presenciando la aparición de otras enfermedades nuevas.

En lo tocante a hablar de enfermedades nuevas hay que hacer una distinción previa entre las enfermedades que se están identificando actualmente como entidades clínicas independientes, al conocer su etiología exacta, y que se describen como si fueran enfermedades nuevas y las enfermedades que indudablemente son de aparición reciente. Así, pues, no cabe duda alguna que son enfermedades nuevas ciertas alergias como consecuencia de la sensibilización a ciertos productos nuevos, que anteriormente no existían. Así la agranulocitosis descrita por BERNEZSCHULTZ en 1922, forzosamente ha de ser posterior a la quimioterapia iniciada por EHRLICH, habiendo demostrado los trabajos de ROBERT KRAKE y de MADISON SQUIER que era producida por sensibilización de la aminopirina. Lo mismo podemos decir de las panmielopatías alérgicas al Neo, oro, descritas por LOBISATO, WEIL, GAUTIER, etc. Esto no quita para que, como dice WAUGHANT, siempre haya habido anginas de evolución mortal con falta de leucocitos, de otras diversas etiologías. También se pueden llamar enfermedades nuevas la arteritis de la temporal, descrita por HORTON, MAGAT y BROUN, L. T. POST y T. E. SANDERS; la enfermedad de Steven-Johnson, descrita por R. C. MURPHY; las leptopirosis benignas descritas por R. C. MACH, y la fiebre cefalálgica rusa, descrita por SCHULTZTEN y BROSHIE, etc., sin extenderme más en este tema, cuya discusión nos llevaría muy lejos, con el peligro casi seguro de volver a "redescubrir y rebautizar" alguna enfermedad ya conocida.

Volviendo a nuestro tema, podemos decir que aunque los hechos biológicos se suceden muy lentamente, en el caso particular de la F. T. su evolución se está realizando con tal rapidez, que hemos podido seguirla de cerca a través de nuestra práctica profesional, hecho que ha trascendido al público profano, que ya no escucha con el temor de antaño el diagnóstico de la F. T. Gracias a los esfuerzos de la medicina preventiva se ha logrado una notable reducción en la proporción de F. T., consecuencia de la mejor organización sanitaria de los países civilizados, y muy particularmente de la vacunación preventiva, cuya eficacia profiláctica ya nadie discute, habiendo constituido una prueba final y concluyente las experiencias obtenidas en la guerra, donde se vió que la morbilidad era de 9 por 10.000 de los vacunados y de 103 por 10.000 de los no vacunados, siendo lo más interesante para nuestro trabajo la distinta mortalidad, que fué del 4 por 100 entre los vacunados y del 18 por 100 en los no vacunados.

En los resultados obtenidos en nuestra estadística hay que tener presente que, dada la inconstancia de acción del iodobismuto de quinina,

nunca hemos descuidado las reglas generales del tratamiento, ni hemos despreciado las nuevas adquisiciones hechas en el terreno biológico y quimioterápico durante los últimos tiempos.

Así el mejor conocimiento sobre la estructura antigénica del bacilo de Eberth, que ha demostrado ser, en oposición a la primitiva idea simplista de una sola toxina, un verdadero mosaico de antígenos (antígenos H o flagelar, de escaso papel en la toxemia; antígeno O, somático, que representa la endotoxina y es importante en la infección y en la inmunidad, y el antígeno Vi, aislado en las cepas muy virulentas, y que es de suma importancia en relación con la virulencia, inmunidad y vacunación profilácticas), ha hecho que, abandonados los primeros ensayos de la sueroterapia antitífica publicados en 1907 por CHANTÉMESS, se haya vuelto de nuevo a la sueroterapia con la obtención de sueros más eficaces y más ricos en anticuerpos O, capaces de neutralizar los efectos tóxicos, al par que dotados de gran riqueza de anticuerpos Vi, que combatirían la bacteriemia y toxemia responsables de las infecciones graves. FELIX y PITT, han obtenido sueros que contienen una gran riqueza de estos dos anticuerpos, el cual ha sido empleado con resultado satisfactorio sobre la toxemia, determinando un acortamiento de la enfermedad y reducción de la letalidad, a pesar de haber tratado solamente casos graves. Otros tratamientos biológicos, como suero de convaleciente e inmunotransfusión, a pesar de su eficacia, no son de fácil aplicación, y la vacunoterapia intravenosa como medio curativo, al lado de casos brillantes, ha determinado casos mortales.

Finalmente, en el orden quimioterápico, tenemos que hacer resaltar que han fracasado los dos grandes colosos de la moderna terapéutica, al menos mientras se usa por separado, habiéndose publicado muy recientemente mejores resultados cuando se usan asociadas ambas terapéuticas (sulfamidas y penicilina). Esto se refiere a los casos puros no complicados; no así a ciertas complicaciones debidas a gérmenes asociados (bronconeumonía, no las neumonías precoces debidas al Eberth, supuraciones, etc.), en que ambas medicaciones son muy eficaces.

Si ahora volvemos la vista atrás y analizamos los motivos porque perdimos nuestros enfermos, podemos sacar alguna enseñanza útil que nos servirá para hacer en lo sucesivo una terapéutica preventiva y eficaz, y a cuyo estudio vamos a dedicar las siguientes líneas.

En las complicaciones hemorrágicas podemos hacer una terapéutica preventiva extraordinariamente eficaz, si ante el aviso de ciertos síntomas indiciarios de una mayor fragilidad vascular o una disminución de la coagulabilidad sanguínea (petequias, equimosis, epístaxis, etc.) actuamos elevando el contenido en calcio y protrombina en sangre, que con cierta constancia están disminuídos en estos enfermos (TORRES GOST) mediante la vitamina K, la vitamina C y

calcio. Ya provocada la hemorragia, aún podemos ser muy útiles usando además de los remedios corrientes de todos conocidos la medida más eficaz de la terapéutica moderna: la transfusión sanguínea directa, la cual reemplaza los vectores de oxígeno perdidos, los hematíes (mecanismo final por el que se muere en las hemorragias agudas), que aumenta la coagulabilidad sanguínea mejor que todos los coagulantes conocidos, que aporta anticuerpos, que estimula la médula ósea, que replecciona el sistema vascular colapsado, etc., pero esta medida tan eficaz no siempre está al alcance del médico, que conoce la indicación vital que cumple esta medicación, ya como complemento de ciertas intervenciones de urgencia, abortos, partos, etc., o como fase preparatoria de otras intervenciones, o como medicación heroica de algunas complicaciones, en este caso particular, la hemorragia en la fiebre tifoidea. No pudimos usarla en estos casos por motivos independientes de nuestra voluntad.

En el orden profiláctico de las perforaciones, hay un hecho concluyente, y es que las antiguas dietas de hambre, consecuencia obligada del primitivo criterio simplista de la llamada infección intestinal, al disminuir la vitalidad de los tejidos por hipoalimentación e hipoavitaminosis, hacían más intensa la ulceración y necrosis intestinales y, por consiguiente, más frecuentes las perforaciones que con los actuales métodos de alimentación sana, nutritiva y de fácil digestión. Los dos casos que perdimos de perforación, así como el de muerte por hemorragia en nuestras estadísticas fueron observados en el grupo de casos no tratados con el bismuto, lo cual hablaría en favor de la acción del mismo sobre el tejido linfoideo. Ninguno de los casos perforados llegaron a ser intervenidos, única terapéutica eficaz, si se hace precozmente (GARCÍA BARÓN) y sobre enfermos que aún conserven un mínimo de reservas orgánicas. La perforación en estos casos ocurrió en medio de un estado general tan grave, que no se podía decir si los enfermos se morían porque habían tenido una perforación o habían tenido una perforación porque se iban a morir. La operación propuesta fué rechazada por los familiares.

En la profilaxis de la parálisis circulatoria, complicación de las más frecuentes y temibles en la F. T., tenemos que hacer una distinción a los fines de tratamiento entre las de tipo periférico y las de tipo central. Cuando predomina la insuficiencia circulatoria de tipo periférico, recurrimos a los preparados que elevan el tono del sistema vascular, actuando en uno de estos tres puntos de ataque: 1.º Las de acción central, cuyos preparados actuarían sobre los centros vasomotores, como son el cardiazol, cafeína y muy particularmente la estricnina a altas dosis, con la que se consiguen resultados notables (2 ó 3 mgr. tres o cuatro veces al día), técnica propuesta por EPPINGER, para quien la medicación cardiovascular ocupa el primer lu-

gar en las enfermedades infecciosas agudas, a continuación de las medicaciones específicas. 2.º Los que actúan sobre las terminaciones nerviosas simpáticas periféricas, adrenalina y derivados, efedrina, simpatol, veritol, etc., que además tienen la acción de vaciar los depósitos de sangre, aumentando la cantidad de sangre circulante y contribuyendo de este modo a la replección del sistema vascular, a cuyo fin también emplearemos las inyecciones salinas isotónicas e hipertónicas, y muy particularmente la transfusión o la moderna plasmoterapia; y 3.º Los que actúan sobre las fibras musculares lisas de los vasos, tipo la pituitrina.

Como en la práctica diaria la mayoría de las veces no es posible decidir si la parálisis vascular es de tipo central o periférico, lo mejor es asociar ambas medicaciones sin prescindir de los productos opoterápicos.

Cuando predomina la insuficiencia de tipo central, damos la preferencia a la estrofantina sobre la digital, ya que ésta cierra el camino a la estrofantina y es poco eficaz por no fijarse sobre el miocardio intoxicado.

Sin embargo, a pesar de todos estos tratamientos, por este motivo perdimos tres de nuestros enfermos.

Otra complicación por la que perdimos un enfermo fué por supuraciones y abscesos múltiples que se iniciaron en los sitios de las inyecciones, siendo seguidas de necrosis y ulceraciones profundas de boca y mucosas, sin que las sulfamidas mostraran ninguna eficacia. Según TORRES GOST, con el tratamiento moderno de la penicilina se han obtenido brillantes resultados en estos casos, como en uno reciente nuestro de parotiditis supurada.

Y, finalmente, perdimos dos casos de forma hipertérmica, con fiebre continua y elevada, entre 40 y 41º, con remisiones inferiores a un grado, signos de gran intoxicación general, con obnubilación creciente, gran taquicardia y cruce ominoso de las gráficas del pulso y temperatura y coma final.

Como comentario al tratamiento de estas formas hipertérmicas, vamos viendo cómo cada vez se va hablando más del piramidón y menos del método de Brand, cuya indicación se va limitando al enfermo con hipertermia y delirio (TORRES GOST). Es cierto que esta reacción defensiva (la fiebre) muchas veces es extremada, es decir, "se pasa de su objeto", como ocurre con las reacciones alérgicas, y estas elevaciones extremadas, altamente perjudiciales para los sistemas nervioso y cardiovascular, son las que debemos moderar con el piramidón, procedimiento cómodo y sencillo que debemos usar siempre que la fiebre sobrepase los 38,5 a 39º. Fuera de estas exageradas reacciones febriles, no debemos olvidar que la fiebre, teleológicamente, es un fenómeno parcial, dentro del concierto inmunitario y defensivo del organismo, y empeñarnos en anular una acción fisiológica defensiva, haciendo que transcurra sin fiebre una enfermedad infec-

ciosa aguda, como la fiebre tifoidea, es antifiológico y perjudicial. Así lo expresan la sudoración intensa, la debilidad y estado angustioso que acusan los enfermos sometidos sistemáticamente a dosis continuas y refractas de piramidón, sin tener para nada en cuenta la altura de la curva febril.

CONCLUSIONES.

Primera. Siempre que se trate de una enfermedad fácilmente evitable, como la fiebre tifoidea, el mejor tratamiento es la profilaxis.

Segunda. Queda demostrada la eficacia del bismuto en el tratamiento de la fiebre tifoidea por los datos estadísticos que se aportan (menor duración del proceso, descenso de la fiebre, mejoría del estado general, menor número de complicaciones y menor mortalidad); por todo lo cual no seríamos demasiado pretenciosos si decimos que puede cerrarse la discusión sostenida en esta misma Revista sobre la eficacia del bismuto en el tratamiento de la F. T., dando como cierto que esta quimioterapia es hasta ahora la más eficaz de las conocidas en el tratamiento de la F. T., para la cual nos apoyamos en nuestra casuística, bastante numerosa para tener una impresión clínica definitiva, aunque no contamos con las suficientes pruebas bacteriológicas ni anatomopatológicas.

Tercera. Dada la característica de acción inconstante de este tratamiento, constituiría una grave falta prescindir de los remedios clásicos aquí reseñados, pues al lado de casos que se influyen tan favorablemente que dan la sensación de una acción específica, hay otros que apenas se modifican en su evolución. La acción eficaz del I. B. Q. la atribuimos al bismuto, pues los mismos efectos beneficiosos hemos observado con otros preparados que contienen bismuto solamente, y, por el contrario, no hemos obtenido ningunos resultados con los preparados de quinina y yodo aisladamente.

Cuarta. La acción del bismuto, que para algunos sería sobre determinado tejido (linfoideo) y no sobre determinado germen, para nosotros sería producida como la de cualquier quimioterapia, por la estimulación e impregnación precoz del S. R. E. cuando ésta es anterior a la invasión del mismo sistema por los gérmenes tíficos, hecho que constantemente ocurre al final del período septicémico (segunda semana).

Quinta. Está comprobada su mayor eficacia en los primeros momentos en que el foco de infección que mantiene la septicemia está localizado en los ganglios mesentéricos.

Sexta. Es innegable que estamos asistiendo a la evolución y desaparición de la fiebre tifoidea, y que en los sitios donde la vacunación profiláctica se hace de una manera intensa y repetida, ésta va tomando un carácter de mayor benignidad, que hay que tener presente al valorar la eficacia de cualquier tratamiento.

Séptima. Como contraindicación de este tratamiento tendríamos los casos con manifestaciones o antecedentes nefríticos (hematuria, oliguria, edemas, hipertensión, etc.), si bien la escasa albuminuria, expresión de la ligera nefrosis reversible y habitual en la fiebre tifoidea, no sería contraindicación al tratamiento. También ante la hemorragia intensa ya constituida se debería suspender el tratamiento por el bismuto.

Octava. Las dosis empleadas es de 5 c. c. cada cuatro días, y 3 c. c. cada tres días en las personas debilitadas y en niños.

Novena. En ningún caso hemos visto que se influenciara desfavorablemente la marcha del proceso por la medicación bismútica, lo que no quita para que se guarden las mismas precauciones que en general se tienen con toda medicación bismútica.

BIBLIOGRAFIA

- AZCUNAGA.—Rev. Clin. Esp., 16, 111, 1946.
 CAMPOS, D.—Rev. Clin. Esp., 10, 325, 1943.
 FUENTES GÓMEZ.—Rev. Clin. Esp., 17, 46, 1945.
 PÉREZ HERVADA, E.—Rev. Clin. Esp., 16, 110, 1945.
 SACRISTÁN y TERRADILLOS.—Rev. Clin. Esp., 13, 35, 1944.
 SALINAS GONZÁLEZ.—Rev. Clin. Esp., 19, 112, 1945.
 TORRES GOST.—Rev. Clin. Esp., 18, 57, 1945.
 J. A. SERVIÁ.—Rev. Clin. Esp., 21, 63, 1946.
 Boletín del Instituto de Patología Médica, 6, 114, 1946.
 JOKMAN.—Trat. Enf. Infecciosas.
 KOLLMAN.—Inmunología.
 FLORIANI.—Trat. Enf. Infecciosas.
 TOPLEY.—Bacteriología.
 M. GUNDEL.—Trat. Enf. Infecciosas.
 BERGMAN y STAEHELIN SALLE.—Trat. Patología Médica.
 JURGENS.—Enf. Infecciosas.
 CAZAL.—Reticulopatías.
 PITTALUGA.—La sangre y S. R. E.
 Bibliografía Médica Internacional, 7 Dic. 1944.
 R. S. MACH.—Schweiz. Méd. Wschr., 26, 753, 1944.
 CURSHMAN.—Pronóstico especial de las enfermedades internas.
 G. BARÓN.—Clínica de las perforaciones tíficas.
 LORENZO VELÁZQUEZ.—Terapéutica.
 M. TORRES y FERNÁNDEZ CUARTERO.—Rev. Clin. Esp., 23, 149, 1946.
 Editorial Rev. Clin. Esp., 23, 240, 1946.
 RANDES.—Méd. Esp., 13, 569, 1945.
 ALONSO ORTEGA.—Gaceta Méd. Esp., 20, 9, 374.

SUMMARY

The author, personally, observes the indubitable efficacy of quinine iodo-bismuthate in the treatment of typhoid fever. He believes the action to be due to the bismuth which operates upon the S. R. E. Its effect, though at times inconsistent, would be more marked the earlier it were used. It would be contra-indicated in cases complicated by nephritis or haemorrhage. In all other cases it cannot produce unfavourable results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser konnte beobachten, dass die Chinin-Jodwismutverbindung in der Behandlung des Typhus abdominalis von guter Wirksamkeit ist, was seiner Ansicht nach auf den Einfluss auf das R. E. S. zurückzuführen ist. Wenn der Erfolg auch nicht immer konstant ist, so ist jedoch eine umso intensivere Wirkung zu sehen, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt. Kontraindikationen bestehen bei Nephritis und Blutungen. In allen übrigen Fällen treten keine unangenehmen Nebenwirkungen auf.

RÉSUMÉ

L'auteur, dans son expérience personnelle observe une indouteuse efficace dans le traitement de la fièvre typhoïde par l'Iodobismuthate de quinine. Il attribue cette action au bismuth, qui agirait sur le S. R. E. Son effet, bien que parfois inconstant, serait plus marqué autant que son emploi soit plus précoce. Il serait contre-indiqué dans des cas avec néphrite ou avec hémorragies. Chez le reste des cas, il ne produit jamais des effets défavorables.

NOTAS CLINICAS

NOTAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS SOBRE LA SIFILIS EN EL CIRCULO MEDICO DE MESERAH (ALCAZARQUIVIR)

A. SÁNCHEZ-COVISA CARRO

A pesar de la extraordinaria difusión de la sífilis es realmente raro observar un afecto primario genital.

Bien puede pensarse que el hecho sea debido a infecciones precoces infantiles ocasionadas por enfermos portadores de lesiones fuertemente contagiosas (pápulas mucosas, etc.). Esta hipótesis casi adquiere categoría de certeza después

de haber observado el régimen de vida de los indígenas.

Sus casas, construídas de adobe con el techo de heno y el pavimento de tierra apisonada, suelen estar constituidas por dos habitaciones, una de las cuales se destina a dormitorio, cocina y comedor común y la otra se reserva para alojar el grano y aperos de labranza. Sus dimensiones son exigüas, teniendo una superficie aproximada de seis metros cuadrados. La entrada a la casa tiene la anchura necesaria para permitir el paso de un hombre, y su altura no suele sobrepasar el metro cincuenta centímetros. La habitación destinada a la familia suele tener uno o dos ventanucos de unos cincuenta cen-