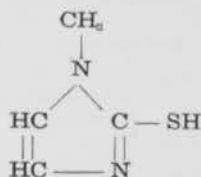


NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tapazol en el tratamiento del hipertiroidismo.
El tapazol es el 1-metil-2-mercaptopimidazol



cuya acción antitiroidea fué demostrada por STANLEY y ASTWOOD en 1949. Recientemente, REVENO y ROSENBAUM ("J. Am. Med. Ass.", 143, 1.407, 1950) han tratado con la nueva droga a 18 hipertiroides. Diez de ellos estaban previamente en tratamiento con propiltiouracilo y continuaron en buen estado, sustituyendo cada 25 mg. de propiltiouracilo por 1 mg. de tapazol. En tres casos con bocio tóxico difuso se alcanzó la remisión en unas ocho semanas, mediante dosis de 2 mg. cada ocho horas o de 5 miligramos cada doce horas. Otros tres enfermos con adenoma tóxico fueron mejorados considerablemente en cinco a seis semanas con dosis entre 2 miligramos cada ocho y 2 mg. cada doce horas. Los otros dos enfermos estaban en recidiva discreta y se trataron con éxito con 2 mg. de tapazol cada doce horas. La nueva droga ha resultado ser veinticinco veces más eficaz que el propiltiouracilo y no se han observado manifestaciones tóxicas, aunque hay que reconocer que la experiencia es aún escasa.

Profilaxis de los accesos nocturnos de asma.
La frecuencia de los accesos recortados de asma es máxima en las horas de medianoche y madrugada y mínima al mediodía. Teniendo este hecho en cuenta, KUEHNE y MARTINI ("Med. Monatschr.", 4, 439, 1950) proponen el empleo en una cápsula de gelatina endurecida de la siguiente mezcla:

Dimetilaminofenazona	40	miligramos
Teofilina	25	"
Clorhidrato de efedrina	25	"
Metilbromuro de atropina	0,085	"
Luminal	50	"

Hasta ahora han tratado a 50 enfermos con la administración de una de tales cápsulas, entre las nueve y las once de la noche. El efecto de la medicación se extiende hasta las seis de la mañana y los resultados son generalmente buenos, aunque a veces se requiere aumentar la dosis a dos cápsulas. No se logra resultado terapéutico en el status asthmático ni en los casos que no tienen regularidad de presentación de accesos o en los que existen más bien crisis de tos u otros equivalentes en vez de accesos disneicos.

Bacitracina en infecciones neuroquirúrgicas.
La toxicidad de la bacitracina para el tejido nervioso es muy pequeña, siendo mejor tolerada incluso que la penicilina. TENG, COHEN y MELENEY ("Surg. Gynec. Obst.", 92, 53, 1951) han tratado casos de

osteomielitis crónica del cráneo, de meningitis séptica por gérmenes variados, de absceso cerebral, de heridas quirúrgicas o accidentales, y etc., y sus resultados son muy alentadores. Muchos de los enfermos habían sido antes tratados infructuosamente con otros antibióticos. El tratamiento se realizó en aplicaciones locales en las heridas, en inyección intrarráquidea o intraventricular (en dosis de 10.000 y aun de 50.000 unidades diarias) y en inyección intramuscular (10.000 a 20.000 unidades cada cuatro a ocho horas). Aun con las dosis intrarráquideas o intraventriculares citadas no se produjeron fenómenos irritativos locales ni reacciones por parte del riñón. Con la administración intramuscular se observaron a veces ligeras albuminurias o cilindrurias transitorias, pero en ninguno de los 44 enfermos así tratados se produjo elevación del nitrógeno residual. El antibiótico ha sido utilizado con fines profilácticos en varios casos de intervenciones potencialmente sépticas del sistema nervioso, sin que en ningún caso se presentase infección postoperatoria.

Tratamiento de la bursitis subacromial.— Han revisado recientemente CALDWELL y UNKAUF ("Ann. Surg.", 132, 432, 1950) los resultados del tratamiento en 485 casos de bursitis subacromial: 28 por 100 eran agudas, 31 por 100 eran subagudas y 41 por 100 crónicas. En los casos agudos se empleó la infiltración con novocaina al 1 por 100 en la piel, músculos y bolsa subacromial, seguida por punciones múltiples del tendón, junto a su inserción en la tuberosidad; el mismo proceder se siguió con éxito en algunos casos subagudos y crónicos. En la mayor parte de los enfermos se utilizó fisioterapia, en forma de calor, masaje suave y ejercicios. La radioterapia fué muy eficaz en la fase inicial del absceso agudo. La intervención quirúrgica (incisión de la bolsa y eliminación de los depósitos cárnicos) se reservó para los casos agudos que no cedieron a las medidas conservadoras. En resumen, la terapéutica conservadora fué eficaz en el 70 a 85 por 100 de los casos; la radioterapia consiguió la supresión del dolor en el 85 por 100 de los enfermos. Sólo en 7 casos crónicos se empleó la manipulación bajo anestesia y los resultados no fueron buenos. Hay que tener en cuenta que en el 33 por 100 de los casos crónicos los autores no lograron resultados favorables con ningún procedimiento terapéutico.

Estreptomicina en la peritonitis tuberculosa.
Un estudio bien conducido sobre los efectos terapéuticos de la estreptomicina en la peritonitis tuberculosa fué el realizado en 26 casos por WICELHAUSEN y BROWN ("Am. J. Med.", 8, 421, 1950). Hay que hacer notar que sólo 5 de los enfermos no tenían otras localizaciones tuberculosas distintas de la peritoneal. La dosificación de la estreptomicina varió entre uno y tres gramos diarios, repartidos en 2 a 6 dosis al día y con una cantidad total de 42 a 254 gramos. El efecto más rápido se

logró sobre la fiebre: la presentaban 21 enfermos, y 18 quedaron afebriles en pocos días. En 10 de 11 pacientes desapareció la ascitis en dos a cuatro semanas. Seis enfermos tenían fistulas en la pared abdominal y todas cerraron. Los restantes síntomas cedieron lentamente y mejoró mucho el estado general, aunque en 8 de los enfermos no se modificaron las lesiones tuberculosas extraperitoneales.

Los resultados fueron iguales en los enfermos tratados con un gramo diario que en los que recibieron dosis más elevadas. Cuatro de los enfermos recidivaron, de los que uno murió, dos respondieron a un nuevo tratamiento y uno no se modificó. En total hubo cinco casos de fallecimiento: uno, durante el tratamiento, y otros cuatro, con posterioridad.

EDITORIALES

EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ESTREPTOMICINA SOBRE EL BACILO TUBERCULOSO

En la práctica de la terapéutica con antibióticos es necesario conocer el mecanismo de acción de los mismos, ya que ello habrá de reflejarse en el establecimiento de normas adecuadas. Si se trata de una acción bacteriostática, el desideratum es mantener una acción continua todo el tiempo que sea posible. Si el efecto es bactericida, cada dosis del antibiótico tendrá un resultado favorable, independientemente del intervalo entre las dosis. En lo que se refiere al tratamiento con estreptomicina, han variado las ideas sobre su mecanismo de acción y se han modificado, de acuerdo con ello, las normas terapéuticas.

La opinión más extendida y compartida por WAKSMAN es la de que se trata de una sustancia de acción bacteriostática. En ello se fundaría su empleo en forma de inyecciones con intervalos de pocas horas. Sin embargo, se ha demostrado en la clínica y también en la experimentación animal (FELDMAN) que con una inyección diaria, y aun con sólo dos inyecciones semanales, se observa esencialmente la misma eficacia. En la clínica se ha generalizado esta idea, y hoy es raro realizar un tratamiento con más de una inyección diaria del antibiótico.

Paralelamente, los estudios "in vitro" han acumulado cada vez más argumentos en pro de una acción bactericida de la estreptomicina. Es curioso que en la comunicación original de SCHATZ, BURGIE y WAKSMAN se atribuía a la estreptomicina una intensa acción bactericida, y SMITH y WAKSMAN comunicaron efectos esterilizantes en pocas horas de cantidades pequeñas de estreptomicina sobre cultivos de bacilo tuberculoso. Sin embargo, no faltaron experimentos con resultados opuestos, y CORPER y COHN han llegado a negar toda acción directa de la estreptomicina sobre el bacilo de la tuberculosis.

El problema ha sido revisado por GARROD, el cual había observado que la acción de la estreptomicina sobre el estafilococo dorado es ciertamente bactericida. En una serie de investigaciones cuidadosas ha añadido cantidades variables de estreptomicina a un cultivo de bacilo tuberculoso en medio líquido de Dubos. A pequeños intervalos se han contado los bacilos viables con una pipeta de dilución, que deja caer una gota de 0,02 c.c. sobre una placa de agar de Dubos. De esta forma se demuestra claramente que con una concentración de 100 gammas de estreptomicina por c.c. se logra esterilizar el cultivo en ocho horas, requiriéndose noventa y seis horas cuando la concentración alcanzada es sólo de 5 gammas, y esterilizándose en dos horas cuando se llega a concentraciones de 500 gammas por centímetro cúbico. Estos experimentos parecen demostrar concluyentemente que "in vitro" el mecanismo de actuación de la estreptomicina es bactericida.

No se sabe hasta qué punto son aplicables a la clí-

nica estas deducciones, aunque todo hace pensar que si lo sean. Faltan aún estudios cuantitativos "in vivo" libres de objeciones. Hasta ahora, los intentos más dignos de mención en este sentido son los de JENSEN, aunque sus condiciones de experiencia no están libres de reparos. De confirmarse que "in vivo" es también fundamental la acción bactericida de la estreptomicina, la norma de tratamiento más aconsejable sería la de inyectar una gran dosis de antibiótico, dejando luego varios días sin tratamiento. Se conseguiría así la destrucción de los gérmenes que se encontrasen en proliferación y se limitaría el riesgo de crear una resistencia bacteriana a la estreptomicina.

BIBLIOGRAFIA

- CORPER, H. J. y COHN, M. L.—Yale J. Biol. Med., 21, 181, 1949.
 FELDMAN, W. H.—Tr. Stud. Coll. Phys., 14, 81, 1946.
 GARROD, L. P.—Br. Med. J., 1, 382, 1948.
 GARROD, L. P.—Am. Rev. Tub., 62, 582, 1950.
 JENSEN, K. A.—Biological studies on streptomycin therapy. Acta tuberc. scand. Suplemento 21, 1949.
 SCHATZ, A., BUGIE, E. y WAKSMAN, S. A.—Proc. Soc. Exper. Biol. Med., 55, 66, 1944.
 SMITH, D. G. y WAKSMAN, S. A.—J. Bact., 54, 253, 1947.
 WAKSMAN, S. A.—Streptomycin. Baltimore, 1949.

ULCERA DUODENAL EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS

La úlcera duodenal es frecuente en todas las edades, pero la úlcera de los niños ha sido poco estudiada. El asunto no es de conocimiento reciente, pues ya CRUVEILHIER describió úlceras múltiples en el estómago de tres niños y posteriormente han existido comunicaciones aisladas. En 1909 publicó HELMHOLZ nueve casos de úlcera duodenal halladas en la autopsia de niños atróficos y reconoció su importancia clínica. La recopilación de BIRD, LIMPER y MAYER de 243 casos de úlcera péptica en niños, descritos en la literatura, comprende 84 presentados durante el primer año de vida, y de ellos eran sólo 20 úlceras gástricas y 64 úlceras duodenales.

La importancia del conocimiento de la úlcera duodenal o gástrica de la primera infancia tiene suma importancia para el tratamiento. A diferencia del criterio conservador que suele adoptarse en las hemorragias por úlcera péptica en otras edades, en las hemorragias ulcerosas de los niños pequeños la gravedad es extraordinaria y solamente la intervención quirúrgica puede ofrecer perspectivas de curación. Sin embargo, la existencia de una melena en un niño pequeño suele despistar la sospecha de un divertículo de Meckel o de un pólipos rectal, y rara vez la de una úlcera péptica, por