

rante años; en cambio, los enfermos con cirrosis colangiectásica y hepatitis infecciosa residual, responden mal a todos los tipos de tratamiento.

Una proporción muy alta de enfermos, a veces hasta del 15 al 20 por 100, mueren a consecuencia de hemorragia de las varices esofágicas, aun después de comprobada una gran mejoría en la función hepática. Una vez estabilizada la evolución de la enfermedad, se vigilará regularmente el estado de la circulación esofágica con los rayos X o con esofagoscopia. Los conocimientos sobre tratamiento por inyección esclerosante o anastómosis entre los sistemas porta y cava se encuentran en sus primeros pasos, pero con posibilidades futuras.

Como resumen de estos comentarios, cabe una posición de moderado optimismo respecto al tratamiento y pronóstico de la cirrosis crónica del hígado. Se trata de un campo en el que los progresos no son espectaculares y los éxitos dependen especialmente de la aplicación cuidadosa, atendiendo a los menores detalles, de hechos dietéticos y farmacológicos derivados de los nuevos conocimientos fisiológicos. Como en muchos otros aspectos de la medicina, el mayor número de éxitos en relación con lo observado en años anteriores se debe al diagnóstico precoz. Daremos, para terminar, dos normas de conducta: atención extremada a todos los síntomas que puedan orientar al diagnóstico precoz y perseverancia en el tratamiento, ya que la respuesta es a veces muy demorada; cuento en mi archivo con historias de enfermos que no señalaron progreso alguno durante varios meses y finalmente cambiaron su curso en sentido favorable hasta lograr condiciones de salud muy satisfactorias. La perspicacia y la paciencia son las dos grandes cualidades del médico en el tratamiento eficaz de las enfermedades crónicas del hígado.

## TENDENCIAS MODERNAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS \*

Dr. DONALD R. NICHOLS

**L**os progresos numerosos y recientes en la terapéutica química y antibiótica han dado mayor importancia a la precisión diagnóstica de las enfermedades infecciosas, pues de este diagnóstico depende el método de tratamiento más eficaz. Esta afirmación se apoya en el hecho de que cada agente antibacteriano está indicado en cierto número especial de afecciones, pero resulta enteramente impropio para otras. En el momento en que una substancia antibiótica se emplee en enfermedades contra las cuales no está indicada, se corre el riesgo definido de que el paciente quede sensibilizado sin necesidad de dicha substancia, así como que las bacterias resistentes puedan multiplicarse. Las combinaciones de substancias bactericidas están indicadas en determinadas infecciones, aunque, en términos generales, deberán evitarse. De todo ello se deduce que los médicos deberán persistir en el diagnóstico correcto antes de emprender el tratamiento, en vez de recurrir al sistema de tanteos terapéuticos.

Durante los dos últimos años se ha experimentado con nuevas substancias antibióticas, ninguna de las cuales, sin embargo, ha pasado al empleo generalizado, debido a su toxicidad o a la necesidad de proseguir las investigaciones.

\* "The Med. Clinics of N. A." Julio 1948

Entre estos medicamentos se cuentan la cloromicetina, la polimixina y la aerosporina; respecto a la bacitracina, principalmente activa contra ciertos organismos grampositivos, ha dado resultados esperanzadores para uso local, pero no se ha generalizado a consecuencia de las reacciones nefrotóxicas experimentadas.

### Nuevos productos y métodos de administración

*Procaína Penicilina G.* Esta combinación es suficientemente satisfactoria para la concentración eficaz y prolongada en la sangre, objetivo que ha venido persiguiéndose durante mucho tiempo. Se trata de una sustancia cristalina, no pirógena, que se prepara según la combinación de una molécula de procaína con una molécula de penicilina; la sal resultante es relativamente insoluble en el agua, por lo que deberá suspenderse en diversos tipos de aceite, especialmente en el de sésamo, de modo que cada centímetro cúbico de la suspensión venga a contener 300.000 unidades de penicilina y 125 mg. de procaína. El material puede ser inyectado con una aguja del calibre 19 ó 20, después de sacudirlo y calentarlo ligeramente con la mano. Con 1 c. c. de procaína penicilina G inyectado por vía intramuscular, se suele obtener la concentración terapéutica satisfactoria de penicilina en la sangre, por lo menos durante 24 horas. Hasta la fecha esta sustancia aparece como enteramente segura, sin haber dado nunca reacciones tóxicas intensas; de todos modos, el hecho de que persistan durante mucho tiempo pequeños depósitos de aceite, debe tomarse en cuenta antes de seguir inyectando varias veces en la misma región. Los efectos curativos obtenidos parecen ser idénticos a los que se consiguen con cualquier otra forma de penicilina.

*Caronamida (4' — carboxifenilmetanosulfonamida).* En muchos tipos de infecciones provocadas por organismos sensibles a la penicilina, son imperiosas las altas concentraciones del antibiótico en los líquidos orgánicos; entre estas infecciones se cuenta, por ejemplo, la endocarditis bacteriana subaguda y la actinomicosis. El método del gota a gota continuo intravenoso, parece ser todavía el procedimiento más eficaz y seguro de conseguir estas altas concentraciones deseadas, pero, en ciertas circunstancias, incluso este sistema fracasa, por lo que debe considerarse el modo de impedir la rápida excreción del medicamento por el aparato urinario. Puesto que ni el ácido paraaminohipúrico ni el diodrast han parecido prácticos, el empleo de la caronamida posiblemente es el mejor en la actualidad. Los resultados de administrar 2 gm. de caronamida cada 3 horas no dieron resultados, por lo que se adoptó la dosis de 4 gm. cada 4 horas, la cual aumenta notablemente las concentraciones de penicilina. Esta dosificación produce muchas veces manifestaciones de irritación renal; por lo tanto, aunque no se han citado casos de lesión permanente, esta sustancia sólo se usará en los casos específicamente indicados.

*Combinaciones de compuestos sulfamídicos.* Los estudios de LEHR en 1946 sugirieron la posibilidad de que la frecuencia de complicaciones renales provocadas por las sustancias sulfamídicas podría reducirse por una combinación de las mismas, gracias al hecho de que así aumentan su solubilidad respectiva y, como consecuencia, disminuye el riesgo de la precipitación cristalina en el riñón. Estas apreciaciones teóricas se han confirmado en la práctica, pero, como compensación desfavorable, parece que aumentan así las probabilidades de reacción alérgica. Son precisas nuevas investigaciones para comprobar si las ventajas de las combinaciones de varias sulfamidas compensan estos últimos inconvenientes.

### Progreso en el tratamiento de ciertas enfermedades específicas

*Brucelosis.* En febrero de 1947, PULASKI y AMSPACHER publicaron la curación en condiciones satisfactorias de 2 pacientes con brucelosis, por medio de una

combinación de estreptomycin y de sulfadiazina; este resultado se confirmó con los trabajos experimentales y clínicos de SPIN y sus colaboradores, según los cuales la terapéutica con estreptomycin y sulfadiazina era notablemente más eficaz que cualquiera de las empleadas hasta la fecha. La dosificación más satisfactoria ha sido a base de 0.5 gm. de estreptomycin por vía intramuscular cada 6 horas durante 7 días, junto a la absorción oral simultánea de la sulfadiazina (4 gm. iniciales y sucesivamente 1 gm. cada 4 horas durante dos o tres semanas).

*Peste.* En 1944, HEILMAN demostró la eficacia de la estreptomycin in vitro, contra la «*Pasteurella pestis*». Recientemente, KARAMCHANDI y RAO han puesto de manifiesto la respuesta favorable a la estreptomycin por parte de los pacientes atacados por este organismo. La satisfacción ante estos resultados es más patente al considerar que, hasta la fecha, no se habían obtenido resultados medianamente positivos en el tratamiento de la peste.

*Fiebre de las Montañas Rocosas.* Los estudios preliminares de FLINN y sus colaboradores se han confirmado en el sentido de que el ácido paraaminobenzoico es la substancia de elección para tratar esta enfermedad. La dosis más conveniente es aquella que logre alcanzar concentraciones sanguíneas de 30 a 60 mg. por 100 c. c.

*Actinomycosis.* Debido a la evolución crónica de la actinomycosis y también por su tendencia a las recaídas después de la curación aparente, ha sido difícil dar valor exacto a las diversas formas de tratamiento. Con la penicilina ocurrieron fracasos iniciales por insuficiencia de dosis, pero, más adelante, al emplear cantidades mucho más considerables y seguidas, se demostró que su acción es poderosa, aunque varía algo de acuerdo con la situación de las lesiones.

Bajo nuestra dirección han sido tratados con penicilina 46 actinomicóticos, después de cuya terapéutica han sido seguidos durante periodos entre uno y cinco años. De los 26 con actinomycosis cérvicofacial, 24 manifestaron excelentes resultados después de un tratamiento promedio inferior a los 2 meses, considerablemente más corto que en los tratamientos sin penicilina. De los 9 pacientes con actinomycosis pulmonar, 5 curaron. De los 8 pacientes con actinomycosis abdominal, 6 curaron. Los 3 pacientes con actinomycosis pélvica todos curaron. La totalidad de los «*Actinomyces bovis*» cultivados, resultaron sensibles in vitro a la penicilina.

En resumen, aunque varios métodos de tratamiento de la actinomycosis cérvicofacial, como los basados en el empleo de los yoduros, en la radioterapia y en la intervención quirúrgica consiguen curar la afección, la penicilina acorta el periodo de tratamiento. La actinomycosis pulmonar ha dejado de ser, con la penicilina, la enfermedad invariablemente progresiva y casi siempre mortal; la curación de 5 de los 9 pacientes tratados es muy esperanzadora. Lo mismo puede decirse de las formas abdominal y pélvica, de muy mal pronóstico antes de la introducción de la penicilina, y en cambio con un 75 por 100 de curaciones según nuestras estadísticas.

En el tratamiento de todos los tipos de actinomycosis se emplearon dosis por lo menos de 500.000 unidades diarias de penicilina, por las vías intramuscular o intravenosa, durante periodos de 6 semanas. El drenaje puede ser indicado si se forman abscesos, así como la excisión quirúrgica en algunos casos. Parece posible que en el futuro se obtengan mejores resultados gracias a la administración de la penicilina combinada con el empleo de las sulfamidas, la estreptomycin y la radioterapia.