

embargo, resultó mucho mayor la diferencia entre los necesitados de ayuda y los que la recibieron.

De los necesitados de ayuda, sólo 26 por 100 estaban dispuestos a aceptarla y sólo el 5 por 100 estaba sometido a tratamiento psiquiátrico. Además, el 61 por 100 de los hombres que necesitaban y deseaban psicoterapia requerían un servicio gratuito, y el 39 por 100 restante, con pocas excepciones, sólo podía pagar una asistencia de poco coste. Los autores llegan a la conclusión de que para proporcionar un servicio, incluso sólo parcialmente adecuado, se requerirá aumentar mucho el personal y los presupuestos. Sin embargo, aun con las limitaciones actuales podrá hacerse mucho si se cuenta con la necesaria comprensión, preparación, determinación y reconocimiento de lo que se requiere.

TERAPEUTICA

APRECIACIÓN ACTUAL DE LA TERAPIA CON LA CLOROMICETINA

Dr. E. H. PAYNE

Detroit, Michigan

DESPUÉS que BURKHOLDER descubrió la inhibición de ciertas bacterias patógenas con cultivos de «Streptomyces» aislados en una muestra de tierra recogida en Venezuela, ERLICH, BARTZ y SMITH consiguieron ampliar la acción del agente microbiano hasta comprender gran número de microorganismos susceptibles.

La cloromicetina ha podido cristalizarse, lo que hace suponer que pronto se obtendrá de modo sintético. McLEAN descubrió su actividad contra la «Rickettsia prowazeki» con resultados notables. Por otra parte, GRUZHIT determinó que la cloromicetina era relativamente atóxica en los animales sujetos a su administración oral o parenteral.

Tifus y fiebre tifoidea

Invitados oficialmente, PAYNE y KNAUDT emprendieron el estudio clínico de la cloromicetina en Bolivia, con resultados expuestos en la Sociedad Médica de La Paz. El tifus epidémico de las regiones del Perú y de Bolivia resultó de acentuada virulencia, con mortalidad rayana en el 30 % en los pacientes no tratados. En cambio, los 24 casos tratados con cloromicetina curaron sin excepción, no obstante contarse algunos entre ellos en estado desesperado. Los casos tratados con precocidad entraron en la convalecencia a las 24 horas, en tanto que el resto no tardó más de 3 días para salir del período agudo.

Durante el mismo período, se curaron radicalmente cinco casos de fiebre tifoidea, pero los investigadores no los citaron en el informe, aunque se contaba con el antecedente de Joslyn, quien había demostrado la susceptibilidad de la «E. typhosa» ante la cloromicetina in vitro.

A principios de 1948, SMADEL y sus colaboradores trataron en México a 5 pacientes de tifus con cloromicetina, con resultados que confirmaron los estu-

dios de Bolivia. El mismo autor y WOODWARD estudiaron en el tifus oriental en Malaya, cuyo tratamiento con la cloromicetina llamó extraordinariamente la atención.

Fiebre de las Montañas Rocosas

PINCOFFS ha conseguido la curación de 15 casos de fiebre de las Montañas Rocosas tratados con cloromicetina.

Tracoma

Los ensayos preliminares de la cloromicetina en el tratamiento del tracoma, se emprendieron en los territorios acotados de los Indios Navajo, cuyos pacientes se hospitalizaron en Fort Defiance en el estado de Arizona.

El diagnóstico del tracoma no es fácil, sobre todo durante la fase inicial de la afección. En estos momentos, según la opinión de HOWARD, es de más utilidad diagnóstica el biomicroscopio, que la observación microscópica corriente.

La labor experimental de THYGESON y PROCTOR, inclina a la creencia de que el tracoma se debe a un virus filtrable. Estos autores han concluido que los virus del tracoma, de la blenorragia de inclusión y de la psitacosis parecen formar un grupo de transición entre las rickettsias y los virus propiamente dichos.

Se registran escasos focos tracomatosos en los Estados Unidos, casi todos ellos en los indicios del Oeste y del Suroeste. LOE introdujo el tratamiento con las sulfamidas, con buenos resultados, aunque se ha reconocido el doble inconveniente del tiempo necesario y de la vigilancia constante.

PAYNE, KASSEL, PIJOAN y SPENCE decidieron la prueba terapéutica de la cloromicetina en 16 pacientes, 8 de los cuales servirían como testigos. Todos ellos se examinaron con la lámpara de hendidura para comprobar la presencia de pannus descrita como característica, por FOSTER. En cada grupo se encontraban 2 casos adelantados y 6 casos corrientes. Los 8 individuos del grupo de comprobación se trataron con el método habitual de las sulfamidas; al grupo de experimentación se le administró la cloromicetina por vía oral y con dosis algo variables, de acuerdo con el peso y la edad. La concentración del medicamento en el suero se comprobó para apreciar la absorción adecuada.

En ambos grupos se notó la mejoría. La blefaritis cedió durante los dos primeros días de tratamiento con la cloromicetina. La inflamación de la conjuntiva evolucionó favorablemente en los dos grupos, aunque aparentemente con más rapidez en los sujetos tratados con el antibiótico.

Durante las dos primeras semanas de tratamiento, apenas se apreció modificación de los folículos tracomatosos, ni en un grupo ni en el otro; sólo en 3 pacientes tratados con cloromicetina resultó evidente la mejoría en este respecto. El experimento tuvo que interrumpirse debido a la escasez de medicamento.

Comentario

La acción biológica de la cloromicetina no está bien comprendida todavía. De la escasa experiencia lograda, se deduce la ventaja de la dosis inicial intensa, indicación que se deduce de la actividad inmediata contra la afección y de la posibilidad de que el organismo se adapte rápidamente a la degradación del medicamento. Para el tratamiento del tifus, cualquiera sea su variedad,

parece que son necesarios de 5 a 6 gm., los cuales deberán administrarse en el curso de las primeras 12 a 18 horas.

La respuesta a la fiebre tifoidea no suele ser tan fulminante, de modo que se indican dosis más prolongadas, hasta unos 4 días, con cantidades totales entre los 12 a 18 gm. Aproximadamente se indica el mismo ritmo y dosificación para la fiebre de las Montañas Rocosas.

La absorción rápida de la cloromicetina después de las dosis orales, explica que la única indicación de la vía parenteral será en aquellos sujetos que no puedan tragar. El estudio de las concentraciones en la sangre indica además que las dosis orales no son necesarias a intervalos más breves de 8 horas.

La cloromicetina se destruye rápidamente en el organismo, con aparición en la orina en forma de sustancias de degradación.

Hasta el presente no se han registrado fenómenos tóxicos que puedan achacarse al medicamento.

La acción decisiva de la cloromicetina por vía intravenosa en el tratamiento del tifus epidémico es de tal rapidez, que puede sospecharse un efecto antitóxico además de la acción específica antipatógena.

Nota:

W. H. BRADLEY informa en *The Lancet* (número del 21 de mayo, página 689) sobre el empleo de la cloromicetina en 10 de 22 casos de fiebre tifoidea de la siguiente manera:

«En el momento en que se redactaron estas notas, varios pacientes se encontraban en la tercera semana de enfermedad, por lo que sería prematuro intentar la apreciación científica de los efectos del medicamento. Sin embargo, se justifican las siguientes consideraciones:

Dos pacientes de edad muy avanzada murieron poco después de su admisión en el hospital; uno de ellos se había incluido en el grupo de tratamiento y el otro en el grupo testigo. En los restantes 9 pacientes tratados, la defervescencia resultó manifiesta antes de las 48 horas (durante cuyo período habían absorbido 8 gm. de cloromicetina); en 7 no se registró fiebre al tercer día del tratamiento, en tanto que en los otros 2 la curva térmica alcanzó la normalidad al cuarto y quinto días, respectivamente, después de iniciado el tratamiento. A partir de este momento, todos han seguido convalecencias sin incidente.

Por pura casualidad, los casos más intensos estaban comprendidos en el grupo tratado. En 4 pacientes del grupo de comprobación, entre los que se contaba alguno con inmunización, la resolución de la temperatura en relación con el día en que empezó la enfermedad, ocurrió antes de que la fiebre hubiera cesado en los enfermos tratados. En los sujetos restantes de este grupo la enfermedad continuó su evolución acostumbrada, con signos de declinación en 3. No es tiempo todavía de comentar acerca del efecto del medicamento en las complicaciones, pero en una comunicación personal de SMADEL se relata que la hemorragia y la perforación son posibles en los casos tratados.

Los trastornos generales se modificaron con más rapidez que la temperatura, especialmente la cefalalgia, cuya desaparición fué inmediata. Uno de los pacientes manifestó que esta sustancia influía más decisivamente en el dolor de cabeza que la aspirina.»