

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, Marzo 16 de 1946.

Artículos originales:

Penicilina en la endocarditis bacteriana subaguda.

Pérdida sanguínea en las emergencias bélicas. - Uso de los fluidos para transfusión.

Mepacrina urinaria en relación con el diagnóstico de malaria.

Anestesia espinal: variaciones de la dosis requerida.

Achalasia del esófago, después de una fractura de la base del cráneo, con hundimiento.

PENICILINA EN LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA

Ronald . Christie (Med. Research Council).

Este estudio fue realizado por 14 centros distintos y se refiere a un total de 147 pacientes. Los casos se trataron con penicilina por la vía intramuscular, en administración continua o cada tres horas, sin diferencia apreciable en cuanto a resultados finales.

De 46 pacientes que recibieron 5 mega(millón)unidades 20 recibieron 1 megaunidad diaria, por 5 días; murieron o recayeron todos.

12 recibieron media megaunidad diaria, por 10 días; 3 aparentemente curados.

14 recibieron un cuarto de megaunidad diaria, por 20 días; 7 curados en seis meses.

Esa curación de seis meses casi es equivalente a curación definitiva, porque la recaída después de ese plazo no es frecuente. Con estas dosis importa más la duración del tratamiento que la cantidad de penicilina, y no puede acortarse el tiempo aumentando la dosis.

Otros 66 casos recibieron dosis diarias de 0.1, un cuarto y media megaunidad durante 28 días; las curaciones de 4 meses

fueron de 43,50 y 61%, respectivamente. A despecho de la bondad de la penicilina, es forzoso que subsista una mortalidad apreciable por uremia, insuficiencia cardiaca, grandes embolías etc. LA DOSIS MAS CONVENIENTE PARA PACIENTES QUE NO HAN SIDO TRATADOS, PARECE SER DE 0,5 MEGA-UNIDAD DIARIA POR 28 DIAS.

Los resultados del autor sugieren que si un enfermo no respondió adecuadamente a una tanda de penicilina, es menos apto que uno no tratado, para responder bien a una segunda serie, sea por resistencia natural de la enfermedad al producto antibiótico, sea porque la serie inefectiva determinó una resistencia a la droga; los ensayos directos no probaron el aumento de resistencia de los gérmenes a la penicilina, pero no la descartan totalmente; por otro lado, la demora en curar el proceso puede ser causa de complicaciones dependientes del curso ordinario de la enfermedad, de modo que la demora en el tratamiento o la realización de uno insuficiente son perjudiciales para los resultados posteriores.

Las recaídas son frecuentes después de las series cortas, pero ocurren aún después de las largas, generalmente en el curso de los 30 días de terminado el tratamiento, rarísimamente después de los 50; el autor propone —sobre la base de los datos que presenta— *tratar las recaídas por media megaunidad diaria, durante 6-8 semanas.*

En los 147 casos estudiados, 146 eran estreptocócicos, 1 por *H. influenzae*; de los primeros, 136 eran *Str. viridans*, 8 *Str. no hemolíticos* y 1 un *Str. microaerófilo*. Hechas las pruebas de resistencia de estos gérmenes ante la penicilina (por comparación con la cepa Oxford de estafilococos) se encuentra una extraordinaria falta de correlación entre la resistencia de los gérmenes y los resultados del tratamiento, lo que habla del poco valor de este dato para la clínica; cuando el germen era 10 veces más resistente que el estafilococo Oxford, el dato tenía importancia pronóstica y terapéutica; se trata seguramente de inexactitud en los métodos de medida, porque este tipo de datos es de uso general.

EN TOTAL: aún cuando los primeros casos fueron tratados inadecuadamente, 50 casos de los 147 han muerto, 81 están aparentemente curados y los otros 16 están en tratamiento o este ha sido temporalmente suspendido por una razón determinada en cada caso.

Siendo mayor de 10 días la duración de la administración diaria de penicilina, casi cualquier tipo de dosificación (con dosis total no inferior a la indicada) puede dar buenos resultados,

pero las recaídas son más frecuentes en los tratamientos que no son a la vez largos e intensos.

LA MEPACRINA URINARIA EN RELACION CON LA INCIDENCIA Y EL DIAGNOSTICO DE MALARIA

John Judkin.

En los servicios europeos de Sierra Leona, en donde se llevó a cabo el estudio, la incidencia de malaria era menor entre el personal de la Armada que entre los colaboradores italianos. De acuerdo con una publicación previa, la mepacrina urinaria da una medida de la mepacrina sanguínea y habrá una correlación entre la cantidad de mepacrina excretada en la unidad de tiempo, y la existencia de malaria; por lo tanto, la comparación entre el grupo italiano y el de la Armada (cuatro veces menos afectado por paludismo) podía ser de valor, en el sentido de confirmar tales conclusiones. Lo ideal sería medir la excreción de mepacrina en un plazo largo, cuando menos unas 24 horas, pero esto se estrella contra dificultades de orden práctico; con especímenes recogidos durante 3h (8 a 11 a.m.) se obtienen resultados que parecen ser fieles; esta manera de proceder muestra excreción más baja de la droga en el personal italiano. En el personal hospitalizado, dicha recolección de 3h no fue realizable con exactitud por varias causas; se buscó un procedimiento más abreviado: la cantidad de droga excretada es el producto de la concentración por la cantidad de orina eliminada; cuanto mayor sea la velocidad de eliminación urinaria (urinary rate), menor es la densidad, de manera que determinando la concentración de mepacrina en la orina y llevando la densidad de ésta hasta un standard arbitrario, se podrá tener un dato sobre la cantidad de droga eliminada.

Se definió la concentración standard de mepacrina como la concentración que debería existir si la densidad urinaria fuera 1.010, llegando a la fórmula

$$\text{Concentración standard} = \frac{\text{concentración hallada}}{\text{densidad} - 1} \times 10$$

cuyo valor práctico se comprobó observando cómo la concentración standard era tan constante (en un individuo dado) como la excreción en la unidad de tiempo, y cómo el método de standardización da resultados similares a los de la medida de excreción de mepacrina en un cierto período de tiempo; además, estos dos últimos datos tienen un alto grado de correlación (sobre un grupo de pacientes). Los datos de este trabajo se basan sobre el método de standardización.

Se estudiaron 169 pacientes, de los grupos siguientes:

Malaria comprobada: parásitos en la sangre (Falcíparum)

Malaria clínica; sin parásitos en la sangre, pero clínicamente tan claros que el tratamiento con mepacrina se justificaba.

Enfermedades médicas distintas de los dos grupos anteriores.

Enfermedades o estados quirúrgicos.

Se dan separadamente los resultados del personal italiano y del británico, debido a que la excreción se mostró inferior en el primero.

Lo más saliente es LA CONCENTRACION APRECIABLEMENTE MENOR DE LA MEPACRINA URINARIA, EN LOS CASOS DE PALUDISMO COMPROBADO: la concentración real no pasó de 2 mgr./litro, y la standard no fue mayor de 0.7 mgr./litro.

La excreción en los casos de malaria clínica fue mucho más alta que en los de malaria comprobada, y muy semejante a las de los casos médicos y quirúrgicos no palúdicos.

La marina y las fuerzas aéreas británicas, en las que hay una incidencia palúdica ligeramente mayor que en la armada, presentaron excreción ligeramente inferior.

Así, al menos para los casos de falcíparum, puesto que la protección antipalúdica es función de la ingestión adecuada de mepacrina, y como ésta se refleja en la sangre (ya que los defectos de absorción son muy raros), una excreción apreciablemente elevada de la droga no es compatible con infestación palúdica. El autor hace la sugestión probable de que UNA CONCENTRACION STANDARD MAYOR DE 1.5 mgr./litro (que es el doble de la mayor concentración hallada en esta serie de casos) PUEDE CONSIDERARSE COMO CRITERIO QUE EXCLUYE EL PALUDISMO.

En cuanto a los casos de "malaria clínica", los resultados de la prueba sugieren que sólo una minoría de ellos sería realmente palúdica: con el límite de 1.5 mgr. por litro, 2/3 de los casos italianos y 9/10 de los ingleses diagnosticados como malaria clínica, no serían palúdicos; esto se confirma porque la excreción media y la distribución de las excreciones son las mismas en la malaria clínica y en entidades diferentes; no se sugiere de qué entidades se trata, ni se dice nada fundamentalmente nuevo con la anterior afirmación, pero sí se aclara que el diagnóstico es erróneo más a menudo de lo que ordinariamente se cree.