

LOS ANTIBIOTICOS MORTALES (*)

por el

Dr. P. PIZON

La terapéutica por los antibióticos ha comprobado que estos cuerpos son capaces de provocar, no solamente trastornos, sino graves accidentes, más peligro de muerte, y en situaciones dramáticas por la rapidez de la evolución.

Entre las relaciones de casos mortales se deben recordar tres casos (1952): adulto bronconeumónico muerto a los once días de haber ingerido 10 gramos de terramicina; adulto tratado por seis gramos de terramicina, para tratamiento de una linfogranulomatosis, que falleció al sexto día, y niño de dos años, con tosferina, fallecido al tercer día de absorción de dos gramos de terramicina (Janbón).

En el año 1953, Pierguin, Arnold y Cuny publican el fallecimiento de un enfermo después del uso de la aureomicina. Otros cinco casos mortales han sido presentados y estudiados por Henlly y Oppermann, que hacen referencia a una mujer de veintitrés años que padecía una foliculitis de la nariz y en la cual apareció un síndrome coleriforme treinta horas después de la absorción de un gramo de aureomicina; en el segundo caso, una parturiente de veintinueve años fué tratada mediante cápsulas de aureomicina (siete gramos en tres días) para el tratamiento de una linfangitis de mama; tras el síndrome coleriforme la muerte se produjo a las cuarenta y ocho horas. En el caso de Oppermann, se trataba de un hombre de veintisiete años al que se administraron, para una bursitis, cuatro-cinco gramos de terramicina, en comprimidos; síndrome coleriforme y colapso final a las cuarenta horas. Chaumont evoca otras dos nuevas observaciones: una mujer de veintiséis años que había ingerido dos gramos de aureomicina por una gripe, muerta al tercer día, y la otra, una niña de seis años, con dos gramos de aureomicina para una bronquitis, muerta al tercer día.

(*) "La Presse Medicale", n. 64, 1258, 4-VII-1956.

La imagen clínica es la misma, en algunas horas se produce una deshidratación extrema y el colapso precede a la muerte; afección que se designa con el nombre de síndrome coleriforme y también con el de gastroenteritis fulminante, es mortal en el 80 por 100 de los casos.

Los diagnósticos han sido confirmados por bacteriología: las siembras de sangre tomadas del corazón, hígado, íleon, heces y medula costal han sido siempre positivas, con el estafilococo dorado hemolítico enterotóxico.

La patogenia es bien conocida: el antibiótico perturba la flora intestinal, haciendo desaparecer los gérmenes coliformes banales, mientras que las levaduras y los estafilococos proliferan, y entre estos últimos, el estafilococo áureo hemolítico. La nocividad de este germen es bien conocida y el cual ha sido aislado en productos alimenticios en malas condiciones y asimismo en la leche y sus derivados; el germen resiste a una ebullición prolongada durante treinta minutos y a la pasteurización. Es frecuente su aislamiento en las sardinas en lata, si no ha sido escrupulosa su preparación en la fábrica.

Accidentes parecidos han sido observados con todos los antibióticos, pero con un singular predominio en el grupo de las tetraciclinas y, dentro de éste, por el siguiente orden: terramicina, aureomicina, tetraciclina. Parece que la cloromicetina, eritromicina, estreptomycin y penicilina son menos peligrosas; si bien los dos últimos citados hayan provocado también la muerte (Fairlie, Kendall, Scheffer, Egar y Lamly).

Sin embargo, no hay relación entre la dosis del medicamento y el accidente. Así, conviene mencionar que los accidentes por rayos X de 1945 y 1946 se encontraban afectados por un síndrome coleriforme, que pudiera ser la consecuencia, más que de la radiación, del amplio uso de antibióticos; lo que parece confirmarse por la observación de Cronkite de que no apareció caso alguno de este síndrome entre los habitantes de las islas Marshall contaminados en 1954 por una nube radiactiva.

Para terminar, por excepcionales que sean, los accidentes mortales por antibióticos son reales y no debe, pues, recurrirse a éstos más que en casos precisos, cuidando la presencia de un estado colítico o alérgico (régimen de legumbres, carne fresca,

sopas y frutas), prestando atención a la diarrea y fiebre que pueda presentarse después de finalizado el tratamiento.

INYECCION DOLOROSA.—(Travell), *The Lancet*, 547, II.

El dolor inmediato es debido a: 1. Irritación local. 2. Trauma mecánico por el pinchazo o la distensión de los tejidos por la introducción rápida del líquido. 3. Sensibilidad anormal, de la piel o del músculo subyacente, en el sitio de la inyección.

Se puede distraer al paciente mediante una estimulación contraria, "cacheteando" la zona a inyectar, o por la aplicación de frío. La conducción nerviosa se bloquea cuando la temperatura cae por debajo de los 10 grados. Se colocan cubos de hielo sobre la piel unos minutos antes de la inyección, pudiendo emplearse el cloruro de etilo.

Se dan tres reglas para eliminar el dolor cutáneo: 1. Empleo de una aguja afilada, del menor diámetro compatible con la solución. 2. Antiséptico volátil, tal como alcohol, que se evapore completamente antes de la inyección. 3. Frío local unos segundos antes de pinchar el tegumento.

El dolor subcutáneo intenso debido a la inyección en la fascia del músculo subyacente. La solución debe ser isotónica y a la temperatura ambiente.

El dolor venoso es llevado al mínimo, determinando con cuidado la dirección de la vena; la inyección muy lenta, si el líquido es irritante, para favorecer la dilución, dando también tiempo para notar si el líquido ha escapado a los tejidos perivenosos.

El dolor de la inyección muscular resulta por haber caído en un área hipersensible del músculo. Estos puntos de hiperalgesia profunda pueden ser reconocidos por palpación cuidadosa. Con la práctica, estas áreas se notan como más resistentes que el tejido normal circundante. El músculo normal es insensible a la inyección de los líquidos, salvo que éstos sean irritantes, en cuyo caso deberá agregarse un anestésico.—R. Torres, 11651 "B. M. I."