

Resúmenes de Revistas

ABALEN

(Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana año 26 No. 7)

El Aralén es un bifosfato de cloroquina, que responde a la fórmula 7 cloro-4 (4-dietilamino-1-metibutilamino) quinolita bifosfato, tiene apariencia de polvo blanco cristalino, bastante soluble en el agua. El Aralén es muy activo contra las formas eritrocíticas del P; Vivax y del P. **Falciparum**, y como la quinina y la atebrina, no evita las recaídas del Vivax ni tampoco la infección cuando se administra como profiláctico. El tratamiento que me ha dado mejores resultados en los ataques agudos de malaria, consiste en la administración de una dosis total de 10 tabletas (2. 5. gm.) de la droga repartidos en tres días, cantidad que se ha comprobado como suficiente para hacer desaparecer rápidamente los síntomas y **laparasitemia**. Una dosis semanal de 0.5 gm. (2 tabletas) actúa eficazmente como supresivo. Las dosis mencionadas curativas o supresivas, son bien toleradas, sin presentar efectos tóxicos constitucionales, observándose solamente en algunos casos de cefalea, trastornos visuales y gastrointestinales, síntomas todos reversibles. Tiene además sobre la atebrina la ventaja de no colorear de amarillo la piel.

J. M. A.

Así considerada ¿qué es lo que debemos hacer al encontrarnos con una situación semejante? La piedra de toque suele resultar en esos casos la **nitroglicerina**: si las molestias desaparecen a los pocos instantes de haber ingerido el enfermo unas cuantas gotas de la clásica solución al uno por ciento o de haber inhalado el contenido de una ampolla de nitrito de amilo, deberá aceptarse que los dolores eran de origen coronariano. En caso contrario, nos inclinaremos en favor del origen nervioso de las molestias; la determinación de los factores responsables de una y otra situación, así como el tratamiento ulterior, serán dejados al médico del paciente, a quien hemos sustituido en forma accidentada a raíz del episodio doloroso.

No deseo dar por terminada esta parte de mi exposición, sin antes recordar a los señores practicantes una situación que puede presentárseles en las salas hospitalarias: el llamado de urgencia para atender un enfermo que experimenta dolores **precordiales inmediatos a una inyección endovenosa de suero glucosado hipertónico**. El diagnóstico se formulará mediante la averiguación de las circunstancias en que se produjo el episodio doloroso, el que suele desaparecer espontáneamente y sin mayores consecuencias para el enfermo.

(Continuará)

ACIDO POLICO

(Editorial, J. A. M. A., Vol. 130. Pág. 496, 1946)

Day y sus colaboradores de la Universidad de Arkansas, informaron en 1935, que los monos rhesus jóvenes a los que se suministraba una dieta compuesta de caseína, arroz desea se arralado, trigo entero, mezcla salina, aceite de hígado de bacalao y ácido ascorbico desarrollaban un síndrome caracterizado por anemia, leucopenia, pérdida de peso, diarrea, y ulceración de las encías. La muerte se producía generalmente entre el 26 y el 100 días. El suplementar esta dieta con riboflavina, ácido nicotínico o clorhidrato de tiamina, soles o en combinación, no impide el desarrollo de esta enfermedad carencial mortal. Sin embargo si la dieta suficiente se complementa con 10 gm. de levadura de cerveza seca o dos gramos de extracto de hígado, no aparece el síndrome antes descrito. De estos experimentos parecía deducirse que la levadura y el extracto de hígado contienen una sustancia desconocida esencial para la nutrición de los monos. Para este factor desconocido propusieron los clínicos de Arkansas el término de vitamina M.

Cinco años después Snell, y Peterson, de la Universidad de Wiscosin, mostraron que cierto factor que puede extraerse de la levadura o del extracto de hígado es esencial para el desarrollo del lactobacillus casei. Ulteriormente encontraron Day y sus colaboradores que este factor lactobacillus casei es curativo del déficit de vitamina M en los monos y necesario para el desarrollo normal y la formación de hemoglobina en los pollos. Un ácido fólico cristalino, al parecer idéntico a este factor 1. casei, fue recientemente sintetizado por Angier y sus colaboradores, y utilizado para ensayos clínicos.

Las semejanzas del síndrome del sprue en el hombre con las manifestaciones del déficit de vitamina M en el mono condujeron a Darby y sus colaboradores de la Universidad de Vanderbilt, a ensayar el valor terapéutico del ácido fólico sintético en tres casos humanos. Los tres casos eran de moderada gravedad y habían persistido durante un período tres a diez meses. Cada uno de ellos estaba caracterizado por molestias bucales, diarrea, debilidad y pérdida de peso de 15 a 17 kilogramos. Había aumento de grasa en las heces, anemia macriocítica y leucopenia moderada. Las observaciones clínicas satisfacían, por lo demás, todo¹, los criterios generalmente aceptados para el diagnóstico de sprue no tropical. Estos pacientes recibieron inyecciones intramusculares diarias de 15 mg. de ácido fólico sintético como único agente terapéutico. Al cuarto día habían desaparecido los síntomas de glossitis. Al noveno día se observó evidente mejoría hematológica, acompañada de regeneración de las papilas linguales, **disminución** de la diarrea y considerable aumento de peso. La rápida respuesta de estos pacientes condujo a Darby a confirmar la creencia de que el ácido fólico sintético o está estrechamente relacionado con la sustancia del extracto hepático o es idéntico a éste

ya que es eficaz en el tratamiento del sprue. Otros experimentadores han demostrado que el ácido fólico administrado por vía parenteral u oral, produce notable respuesta hematopoyética en personas con anemia macrocítica de la pelagra, anemia perniciosa o embarazo. Siendo ineficaz en la anemia aplástica, en la anemia por déficit de hierro y en la asociada con leucemia. Los actuales datos clínicos no permiten por el momento determinar si el ácido fólico es, por lo demás capaz de sustituir, terapéuticamente, por completo, al extracto de hígado.

J. M. A.

TRATAMIENTO INTENSO DE LA SÍFILIS EN LA PRACTICA PRIVADA

(Publicado por el Departamento de Salud Pública y el Condado de San Francisco)

El factor principal en la administración de la penicilina en el tratamiento de la sífilis es mantener una concentración sanguínea satisfactoria por un período prolongado. En el pasado esto podía lograrse **con** solo administrar la **penicilina** sódica a intervalos de tres horas durante una semana o más.

Creemos que la aplicación de una sola inyección diaria de 300.000 mil unidades de penicilina calcica en aceite de cacahuete y cera de abejas al 4.8% daría lugar al mantenimiento de una concentración sanguínea satisfactoria.

Las observaciones actuales indican que es preferible para mayor beneficio terapéutico del paciente administrar arsenicales y metales con la penicilina.

En una declaración presentada por Romansky ante una convención reciente celebrada por la Asociación Médica Americana informa sobre el tratamiento de más de 70 pacientes sífilíticos. **Administró** tres millones de unidades de **penicilina** calcica en aceite de cacahuete y cera de **abejas** al 4.8% a cada paciente a razón de trescientas mil unidades diarias durante diez días. Durante el período de observación siguiente al tratamiento o sea el cempredido entre dos meses y un año, **observó un** promedio de recaídas de 3,3% en el tratamiento de la **sífilis** primaria y secundaria.

Las indicaciones actuales son que esta terapia intensa para la sífilis debe de emplearse **solamente** en **^ sífilis** primaria, secundaria y la sífilis latente precoz. La sífilis latente precoz se define como una sífilis de menos de cuatro años de duración. Si el **perico** incipiente de la enfermedad es desconocido, se considera que 1º Sífilis latente precoz está presente si el paciente es menor de 25 años de edad.

La penicilina calcica en aceite de cacahuete y cera de abejas al 4,8% debe de administrarse en una concentración de trecentas mil unidades por centímetro cúbico diariamente durante diez días haciendo un total de diez millones de unidades. Además de la penicilinoterapia el paciente que pese más de 125 libras

(56,8 kilogramos) debe recibir en el primero, tercero, quinto, séptimo y noveno días del tratamiento, una inyección de 60 mgs. de Mafarsén o 67 mgs. de Arseclor, y un c. c. de subsalicilato de bismuto en aceite en el segundo, sexto y décimo días del tratamiento.

Es poco satisfactorio intentar la terapia intensa de la sífilis con una inyección diaria de penicilina sódica en vehículos emulsionados. Se sabe que una concentración sanguínea terapéutica de 3 a 5 horas puede mantenerse con estas emulsiones, dejando por supuesto al paciente fuera de concentración sanguínea terapéutica por un período de 19 a 21 horas.

También es inútil emprender el tratamiento intenso de la sífilis con inyecciones semanales de grandes cantidades de penicilina sódica. Prescindiendo de la cantidad de penicilina sódica que se administre en una sola inyección, la concentración sanguínea terapéutica no se mantendrá por un tiempo mayor de 2 a 4 horas. Como consecuencia tal práctica no tiene valor terapéutico en el tratamiento de la sífilis. Conduce a una falsa sensación de seguridad por parte del paciente y es también un desperdicio de la droga.

De acuerdo con los descubrimientos de Romansky debe emplearse una concentración no menor de trecientas mil unidades de penicilina calcica en 1 c. c. de aceite de cacahuete y cera. La concentración de la cera no debe ser menor de 4,8%.

La sífilis latente tardía y la sífilis tardía no deben tratarse con este tratamiento intenso de penicilina, arsenicales y bismutos.

Se cree que el tratamiento ambulatorio de la sífilis con penicilina en aceite y cera es un tratamiento eficaz con grandes esperanzas de cura equivalentes a las que se encontraron con el uso de una solución acuosa de penicilina sódica.

J. M. A.

TRATAMIENTO DE LAS CIRROSIS HEPÁTICAS CON COLINA Y CISTINA

Dr. A. J. Beams.—Journal American Medical Association

El tratamiento de la cirrosis ha sido casi exclusivamente sintomático. El autor del presente trabajo comunica la experiencia obtenida del tratamiento de 20 cirróticos, a los que administró una dieta compuesta de 110 grs. de proteínas, 50 a 70 grs. de grasas, 250 grs. de hidrocarbonados y 30 a 45 grs. de levadura; además recibían 1, 5 a 3 grs. de colina y la misma cantidad de cistina. De los 20 enfermos, 12 no tenían el hígado grande y en ellos no se observó ninguna mejoría. En cambio se observó en 7 de 8 tratados que si lo tenían; el estudio de quince cirróticos con hepatomegalia, tratados con la misma dieta, pero sin asociación de cistina y colina, reveló que estas sustancias son de indudable eficacia en el tratamiento de los cirróticos.

J. M. A.