

BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.

Autor, Rigdon, R. H. Extracto de un artículo publicado en Am. J. Hyg., 36: 269-275. (Nov.), 1942.

UNA CONSIDERACION SOBRE EL MECANISMO DE MUERTE EN INFECCION AGUDA CON PLASMODIUM FALCIPARUM; INFORME DE UN CASO

R. H. Rigdon dice que en recientes estudios hechos en monos (*Macacus rhesus*) infectados y muertos por *Plasmodium knowlesi*, se ha culpado a la anoxemia, resultante del progreso rápido de la anemia y del alto grado de parasitismo, como la responsable del desenlace fatal de dichas infecciones. Hay un retardo y aún una estasis de la circulación debido a la condensación en los vasos y capilares sanguíneos, de apretados paquetes de glóbulos rojos; se observa un aumento de permeabilidad capilar exagerada por la carencia de oxígeno y como consecuencia, pérdida de plasma sanguíneo, edema del pulmón y presencia de albúmina en la luz de los tubos renales; todos estos son fenómenos similares a los que han sido descritos en el shock.

Se sostiene que hay manifestaciones clínicas de insuficiencia suprarrenal en casos fatales de infección palúdica. Por otra parte, hay muchas características similares desde el punto de vista clínico y patológico, entre la insuficiencia suprarrenal y el shock.

El caso de muerte de un niño de 7 años de edad a causa de infección por *Plasmodium falciparum* es significativo ya que existieron las siguientes circunstancias: (a) la enfermedad fué aguda y ocurrió en un niño; (b) no hubo asociación con ningún otro proceso patológico; y (c) tres horas después de la muerte fué ejecutada la autopsia completa. Las lesiones patológicas en este niño son similares a las observadas en casos de shock y es interesante el hecho de que la sangre del sistema circulatorio no se coaguló hasta el tiempo de la autopsia, la cual fué hecha solamente tres horas después de la muerte. Se afirma que la incoagulabilidad de la sangre es un fenómeno saliente en el shock.

Varios intentos para demostrar una toxina en el paludismo han fallado. Además, muchas de las manifestaciones clínicas de la así llamada toxemia son iguales a las de la anoxemia. En vista de ésto parece probable que el shock que tiene como base la anoxemia, pueda ser la explicación de muchas manifestaciones clínicas observadas en casos severos de infección por *Plasmodium falciparum*.

Autores, (I) Adams, A. R. D., (II) Wingfield, A. L. Revista, *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. Tomo 35, páginas (I) 53-54, (II) 55-58. Fecha 21|10|41.

(I) UN CASO DE KALA-AZAR INDIO TRATADO CON 4:4'-DIAMIDINO DIFENOXI PENTANO

(II) 4:4'—DIAMIDINO ESTILBENO EN EL TRATAMIENTO DE KALA-AZAR

(I) El autor describe el tratamiento de un caso de kala-azar en un Indio, cocinero de barco, de 35 años de edad y natural de Calcutta. El medicamento fué administrado mediante inyección intravenosa diaria de 2 mg. por kilo de peso del sujeto. El tratamiento duró ocho días. Al quinto la temperatura comenzó a descender, siguiendo una rápida mejoría general, aumento de peso, disminución del tamaño del bazo y mejoría del cuadro hemático. Cuando el paciente abandonó el hospital inesperadamente diez y ocho días después del comienzo del tratamiento, parecía hallarse en francas vías de restablecimiento. Durante el tratamiento se observó que después de la inyección intravenosa de la droga el paciente se volvía quieto y lánguido en tanto que el pulso se tornaba rápido y filiforme. La observación de la presión sanguínea demostró que dentro del minuto de la inyección aquélla descendía desde 106|70 mm. a una presión sistólica de 50 mm. Al cabo de 10 minutos volvía a la normalidad. A continuación de una dosis de 100 mg. dados intramuscularmente, se produjo una depresión semejante seguida de un retorno más lento a la normalidad. En ninguna ocasión hubo pérdida de conocimiento y el paciente no pareció hallarse demasiado molesto a causa del rápido descenso de la presión sanguínea.

(II) El Cacos del cual se da cuenta es el de un cocinero Indio de 25 años de edad tratando con neostam, del cual se dieron en cuatro días tres inyecciones de 0.1, 0.1 y 0.15 g. Dos días más tarde se presentó intensa irritación de la piel con edema de los párpados superiores y parte superior del rostro. No hubo erupción visible. Doce días más tarde el paciente ingresó en el hospital. A la inyección intradérmica de 0.02 g. de neostam no siguió reacción alguna, ni a la inyección intravenosa de 0.1 g. administrada al día siguiente. Como se dispusiera de cierta cantidad de diamidino estilbeno se comenzó el tratamiento con dicha droga. Se administraron diez inyecciones intravenosas diarias de 45 mg. Las primeras inyecciones causaron vómitos y todas produjeron debilidad y languidez y algún dolor de cabeza y disnea. Se observó que la reacción desagradable podía evitarse inyectando el medicamento lentamente. Después de una de las primeras inyecciones hubo un marcado descenso en la presión sanguínea. La temperatura no volvió a la normalidad hasta pasados tres días luego de terminada la serie de inyecciones. Una segunda serie de 10 inyecciones de 50 mg. fué seguida de completa curación clínica. Durante el curso del tratamiento las determinaciones de azúcar en sangre demostraron que éste descendió paralelamente con la presión sanguínea y se sugiere que el medicamento pueda ejercer un efecto antagónico al de la adrenalina.

NOTA: Para referencias anteriores acerca del empleo terapéutico de diamidinas aromáticas, véanse resúmenes BMIS Nos. 319, 321, 346 y 464.

(Resumen procedente del *Tropical Diseases Bulletin*, 39, 172, marzo 1942).

Autores, Loughnane, F. McG. Revista, British Journal of Urology. Tomo 13, páginas 199-219. Diciembre, 1941.

ESTRECHEZ DE LA URETRA

El autor señala que el tratamiento de la estrechez uretral es un tema que tiende a ser descuidado en la práctica moderna.

Para la investigación de dicho estado son esenciales la uretrografía y la uretroscopia.

Se describen tres tipos de estrechez: 1) Anular; 2) estrechez en "brida" formada por la adherencia de pliegues de la membrana mucosa y con un orificio oblicuo o lateral; 3) estrechez en "cinta", de formación similar a 2) pero mayor profundidad. Las estrecheces pueden ser sencillas o múltiples, pero rara vez hay más de tres. La causa de la estrechez, aparte del trauma, es la infección crónica, y ésta es debida por lo general a gonococo. El factor importante es la cronicidad y no la agudeza de la infección.

El grado de contracción de una estrechez fué muy debatido en otros tiempos, negándose la existencia de una estrechez impermeable o impasable. Se dijo que si sólo unas cuantas gotas de orina podían pasar a través de ella, entonces era sólo cuestión de paciencia y habilidad introducir un catéter. En la práctica, a no ser que exista completa retención de orina, todas las estrecheces son permeables pero algunas no dejan pasar los instrumentos.

El mejor tratamiento es por dilatación gradual. Primero debe darse siempre un anestésico local. La estrechez deberá dilatarse semanalmente mediante bujías de goma elástica cuyo tamaño vaya en aumento, hasta que pueda introducirse la bujía Charrière N° 22. Puede ser necesario comenzar con sondas filiformes. Una vez que una Charrière N° 22 ha podido ser introducida con facilidad, deberá emplearse el dilatador expansible de Kollman. Cada semana deberá llegarse a un diámetro mayor y cuando la estrechez se halle completamente dilatada, el intervalo entre las visitas podrá alargarse de una semana, hasta que con el tiempo se llegue a las dos veces al año para toda la vida. La operación es a veces necesaria y en muchos casos aconsejable. La uretrotomía interna es la operación de elección y es aconsejable: de necesitar prostatectomía o resección.

2. Como preliminar de la cistoscopia operatoria o litrocticia.

1. Para estrecheces reducidas en personas ancianas, que pronto habrán
3. En determinados casos en que no es conveniente, por razones sociales o de negocios, asistir regular y frecuentemente para ser tratados.

4. En las estrecheces inusitadamente resistentes que no responden fácilmente a la dilatación.

La uretrotomía externa es una operación de necesidad si no puede introducirse ningún instrumento, y si existen fistulas perineales. El propio método del autor —descrito en el trabajo— es sencillo y eficaz. No son aconsejables las reparaciones complicadas ni las operaciones plásticas. Luego de cualquier operación debe llevarse a cabo la dilatación regular, de otro modo se producirá recaída. El antiguo refrán de que "estrechez una vez, estrechez para siempre" sigue siendo verdad, y debe confiarse en la sonda como en el amigo y compañero más constante del paciente, a lo largo de la vida.