

Autores, Patey, D. H., Robertson, J. D. Artículo, Comprension Treatment of Crush Injuries of Limbs. Revista, Lancet. Tomo 1. Páginas 780-782. Fecha 21/6/41.

TRATAMIENTO POR COMPRESION DE LAS LESIONES DE LOS MIEMBROS A CONSECUENCIA DE APLASTAMIENTO.

Las heridas o lesiones por aplastamiento van a menudo seguidas de un síndrome (Bywaters & Beall; Bywaters, Belsey & Miles; Mayon-White & Solandt: 1941. Véase resumen 326), en el cual el shock va acompañado de edema extensivo del miembro afectado, oliguria o anuria y por lo general muerte. Se supone de ordinario que este síndrome sea debido a la liberación de cuerpos tóxicos de los tejidos aplastados en la circulación general.

Los autores sugieren que pueda ser cierto lo contrario y que al quitar la presión se produzca una pérdida de los constituyentes sanguíneos en el miembro lesionado.

Sobre tal hipótesis los autores han tratado dos casos aplicando presión positiva intermitente de hasta 60 mm. Hg. en el área edematosa, empleando un manguito de tensiómetro especial, grande, y un motor Pavaex.

Con este tratamiento hubo en ambos casos un aumento grande en la orina, aflojamiento y más tarde desaparición del edema, un descenso en la urea, en sangre hasta quedar ésta dentro de los límites normales, y restablecimiento del enfermo.

Se sugiere que este tratamiento sea sometido a nuevos ensayos en heridas por aplastamiento y en casos en que se hayan dejado mucho tiempo pres-tos los torniquetes inadvertidamente.

Referencias:

Bywaters, E. G. L. y Beall, D. (1941) Brit. med. J. 1, 427.

Beall, D., Bywaters, E. G. L., Belsey, R. H. R. y Miles, J. A. R. (1941) Ibid, 432.

Mayon-White, R. y Solandt, O. M. (1941). Ibid, 434.

Autores, Della Vida, B. L. Dyke, S. C. Artículo, Blood-Picture in Trichiniasis. Revista, Lancet. Abreviación, Tomo 2. Páginas 67-71. Fecha 19/7/41.

CUADRO HEMATICO EN LA TRIQUINOSIS

En unos 100 enfermos atacados de *Trichinella spiralis* se ha seguido el cuadro hemático observándose los puntos siguientes:

La leucocitosis aparece en una primera onda que alcanza su punto máximo hacia la tercera semana de la aparición de los síntomas, y en una segunda onda que llega a su punto máximo en la undécima semana.

Los eosinófilos disminuyen o pueden desaparecer dentro de los tres primeros días de la aparición de los síntomas; a continuación aumentan en la primera y segunda ondas coincidiendo con las de la leucocitosis general.

Los neutrófilos disminuyen durante las ondas de leucocitosis general y aumentan a medida que disminuye la eosinofilia.

Los monocitos aumentan con la primera disminución de la eosinofilia.

Además de las verdaderas células eosinófilas, pueden aparecer, especialmente en los primeros estados de la infección, neutrófilos que llevan dentro de su citoplasma mayores o menores números de gránulos eosinófilos (acidófilos).

Autores, Bowesman, C. Artículo, A Short Report on the Use of 4:4' — Diamidi— no Stilbene in the Treatment of Human Sleeping Sickness. Revista, Annals of Tropical Medicine and Parasitology. Abreviación, Ann. Trop. Med. & Parasit. Tomo 34. Páginas 217-222. Fecha 31/12/40.

INFORME BREVE SOBRE EL EMPLEO DEL 4:4' —DIAMIDINO STILBENO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL SUEÑO EN EL HOMBRE

(Resumen publicado en el Tropical Diseases Bulletin, 38, 310, junio, 1941).

En este trabajo el autor registra sus observaciones sobre el tratamiento de la tripanosomiasis humana en el Gambia con 4:4'—diamidino stilbena (experimentos animales con éste y compuestos afines han sido descritos por Lourie y Yorke, 1939). La droga se dió por vía intravenosa, en dosis de 1 mg. por kilo de peso del individuo dos veces a la semana. El primer grupo de casos fueron tratados en el hospital y mantenidos en estrechísima observación, pero los casos posteriores fueron pacientes externos tratados en distritos rurales. Algunos de los pacientes recibieron 7 inyecciones y otros 10. Bowesman manifiesta que la droga, cuando se administra por vía intravenosa, trastorna algo al paciente durante las primeras dos o tres inyecciones. Pueden presentarse jaqueca, taquicardia, vómitos y náuseas y puede haber pulso débil asociado con un marcado descenso de la presión sanguínea. Los síntomas son de corta duración y sólo duran algunos minutos, pero pueden ser un tanto alarmantes en ese momento. Algunos de los enfermos se desmayaron, pero se repusieron en seguida. Después de las tres primeras inyecciones, sin embargo, sólo se produjo jaqueca pasajera. Si el paciente tiene frío antes de ser tratado, es más probable que los síntomas sean graves.

En todos los casos se llevó a cabo la siguiente norma: Después del diagnóstico clínico, se hicieron análisis de sangre seguidos de punción ganglionar y lumbar. Si estos análisis confirmaban el diagnóstico clínico, se empezaba el tratamiento. Antes de la segunda inyección, se repetía el análisis de sangre y la punción ganglionar y si una u otra eran positivas volvían a repetirse los análisis antes de la tercera inyección, y así hasta conseguir resultados negativos. Una vez completada la serie del tratamiento, se realizó otra punción lumbar, posiblemente llevándose a cabo aún otra final un año después de terminado el tratamiento. Aunque en un gran número de casos este análisis final no pudo realizarse, se recibieron informes clínicos de casi todos los casos.

Los resultados detallados se dan en un cuadro. Los casos se hallan dispuestos en seis grupos: (a) aquellos tratados con 4:4'-diamidino stilbeno con punción lumbar realizada antes y después del tratamiento y después de un intervalo de un año; (b) aquellos en los que la punción lumbar se llevó a cabo antes y después del tratamiento, pero no un año después; (c) aquellos en que los pacientes fallecieron antes de terminarse la serie del tratamiento; (d) aquellos en los que hubo recaída o le sentó muy mal y se les dió posteriormente una serie de tryparsamida; (e) casos testigos tratados sólo con tryparsamida; (f) casos testigos tratados solamente con Bayer 205.

Las conclusiones del autor son las siguientes:

"1. 4:4'-diamidino stilbeno es una droga hidrosoluble adecuada para inyección intramuscular o intravenosa en el tratamiento de los casos precoces de tripanosomiasis en seres humanos.

"2. La droga en cuestión puede administrarse en dosis de hasta 1 mg. por kilo de peso del sujeto. Las dosis mayores no son completamente aconsejables por vía intravenosa.

"3. La inyección de la droga produce un marcado estímulo del sistema nervioso autónomo. El trastorno es temporal y no tiene resultados perjudiciales permanentes. Los síntomas así causados disminuyen con las inyecciones subsiguientes.

"4. Se produce una rápida mejoría de todos los síntomas de la enfermedad del sueño y los signos físicos mejoran asimismo rápidamente.

"5. Los casos en que las proteínas del líquido céfaloraquídeo están por encima de 0.05% por ciento, no son adecuados para el tratamiento con 4:4'-diamidino stilbeno.

"6. No hubo quejas de síntomas oculares durante el tratamiento.

"7. La droga no produce albuminuria.

"8. El diamidino stilbeno tiene una ventaja sobre la tryparsamida en el tratamiento de los casos precoces de tripanosomiasis ya que el tratamiento puede llevarse a cabo en la mitad del tiempo que se necesita con la tryparsamida.

"9. Cuando se inyecta por vía intramuscular, la droga no es irritante y es muy útil en el tratamiento de niños pequeños en que las venas son pequeñas y difíciles de penetrar. La tryparsamida por vía intramuscular es demasiado irritante para el tratamiento de los niños pequeños".

Referencia:

Lourie, E. M. & Yorke, W., Ann. Trop. Méd. & Parasit., 33, 289-304, diciembre de 1939.

Autores, Findlay, G. M. Artículo, The Action of Sulphanilamide on the Virus of Lymphogranuloma Venereum. Revista, Britis Journal of Experimental Pathology. Abreviación, Brit. J. Exper. Path. Tomo 21. Páginas, 356-360. Fecha, diciembre, 1940.

LA ACCION DE LA SULFANILAMIDA SOBRE EL VIRUS DEL LINFOGRANULOMA VENEREO

(Resumen publicado en el Bulletin of Hygiene, 16, 270, junio, 1941).

El autor de este trabajo discute en primer lugar las teorías del modo de acción del grupo de remedios de la sulfonamida, incluyendo la que supone su

competición con el ácido para-amino-benzóico por una enzima necesaria en la actividad metabólica del germen (Woods 1940; Selbie, 1940), y describe luego experimentos ideados para demostrar si el ácido p-amino-benzóico impide o no la acción de la sulfanilamida sobre (a) estreptococos o y (b) el virus del linfogranuloma venéreo.

La primera serie de 36 ratones fué inoculada intracerebralmente con un cultivo de 24 horas de estreptococos hemolíticos, inoculándose un número semejante por vía intraperitoneal. Cada serie se subdividió en tres grupos de 12 cada uno, dejándose un grupo de cada serie sin tratar para testigos. Un grupo de cada serie recibió oralmente 10 mg. por 20 gr. de peso del animal de sulfanilamida 20 minutos después de la inoculación y a continuación 5 mg. por la noche y por la mañana durante tres días, o sea 40 mg. por cada 20 gr. de ácido p-amino-benzóico con cada dosis de sulfanilamida. Los resultados demostraron que el ácido para-amino-benzóico inhibía la acción de la sulfanilamida. Los experimentos de control demostraron que la muerte de los animales tratados con ácido p-amino-benzóico no era debida a una suma de los efectos tóxicos de esta droga y sulfanilamida.

Los experimentos sobre las mismas líneas con virus de linfogranuloma venéreo se llevaron a cabo dos veces, emplándose 115 ratones en cada serie inyectados intracerebralmente con virus de linfogranuloma venéreo. En cada uno de los dos experimentos los ratones se dividieron en tres grupos de 50 cada uno, dejándose uno de los grupos para control, tratándose uno solamente con sulfanilamida y el tercero con sulfanilamida y ácido para-amino-benzóico. Los resultados demostraron claramente la acción inhibitoria del ácido p-amino-benzóico, aunque ésta no fué tan fuerte como en los experimentos con estreptococos. Si resulta correcta la teoría de que la acción inhibitoria del ácido p-amino-benzóico es debida a su competencia con la sulfanilamida por una enzima, resultaría que el ácido p-amino-benzóico o algún derivado son un metabolito esencial para el virus del linfogranuloma venéreo. Como quiera que el linfogranuloma venéreo y el tracoma son las únicas afecciones por virus sobre las cuales actúa la sulfanilamida, el autor se inclina a suponer que son estos dos solos los que requieren ácido p-amino-benzóico para su metabolismo. En otro caso la explicación de la no acción de la sulfanilamida sobre las demás infecciones puede ser que aquellas producen tanto ácido p-amino-benzóico que pueden sin otra ayuda inhibir la acción de la sulfanilamida.

Referencia:

Woods, D. D., (1940). Brit. J. exp. Path. 21, 74.

Selbie, F. R., (1940). Ibid, 21, 90. (Véase resumen 9).

Autores, Beck, S., Peacock, P. R. Artículo, Gastro-Papillomatosis due to Vitamin A Deficiency Induced by Heated Fats. Revista, British Medical Journal. Abreviación. Brit. med. J. Tomo 2. Páginas 81-83. Fecha 19/7/41.

GASTRO-PAPILOMATOSIS DEBIDA A DEFICIENCIA EN VITAMINA A PROVOCADA POR CALENTAMIENTO DE GRASAS

Se han alimentado grupos de ratas y ratones con una variedad de grasas repetidamente calentadas además de una dieta basal adecuada. En el espacio de un año aparecieron entre las ratas signos de avitaminosis A, obser-

vándose casos de ulceración y papilomatosis del estómago anterior entre los que murieron. Animales de control alimentados con grasas sin calentar y la misma dieta basal, no presentaron lesiones patológicas. Los extractos de hígado de ratas alimentadas con tocino calentado en diversas condiciones además de la dieta basal contenían cantidades de Vitamina A reducidas en comparación con los animales de control.

Las grasas calentadas no contenían cantidades apreciables de ningún carcinógeno conocido, pero contenían sin duda alguna sustancia que estorba la reacción del tricoloruro de antimonio para la Vitamina A, dando una coloración rojo brillante.

Las ratas alimentadas con grasas repetidamente calentadas además de una dieta rica en Vitamina A (zanahorias) no mostraron en el estómago anterior lesiones patológicas o reducción en el contenido hepático de Vitamina A.

El mecanismo de la papilomatosis en estos experimentos parece estar relacionado con una avitaminosis A provocada, debida a la presencia en las grasas repetidamente calentadas de una "anti-vitamina A" de naturaleza indeterminada.

Autores, Sommerville, J. Artículo, Acute Gonorrhoea: Further Observations on Treatment by Sulphapiridine Followed by Lavage. Revista, British Medical Journal. Abreviación, Brit. med. J. Tomo 1. Páginas 961-962-28-6/41.

GONORREA AGUDA: NUEVAS OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO CON SULFAPIRIDINA SEGUIDO DE LAVADOS

El trabajo es una revista de 300 casos consecutivos tratados por el autor. El tratamiento consistió en sulfapiridina administrada oralmente, 0.5 gr. 4 veces al día por espacio de una semana. Fueron cualesquiera los resultados se dieron irrigaciones de solución de permanganato potásico al 1:8,000 a diario durante una semana al comienzo de la segunda semana, seguidas de irrigaciones semejantes en días alternos durante la tercera semana. Por lo general esto bastó, pero si los exámenes clínicos y urinarios no eran completamente satisfactorios, al final de las tres semanas se continuaba el lavado.

Después de un período de observación de tres semanas, se tomaba exudado prostático y si éste no era satisfactorio (menos de 4 células de pus por campo), se llevaba a cabo un examen uretroscópico una semana más tarde, seguido de la introducción, de una sonda curvada. De no obtenerse respuesta a la instrumentación, a la semana siguiente se hacía una prueba de Kahn ordinaria, y por último, si todo iba bien, el paciente era dado de alta al cabo de nueve semanas.

El lavado se empleó después de la quimioterapia con objeto de aumentar el porcentaje de curas precoces (90% con sulfapiridina sola) como un esfuerzo para evitar complicaciones.

En 103 casos se anotó el tiempo necesario para conseguir exudados uretrales gonococo-negativos, siendo el promedio 1.74 días.

El tiempo necesario para el cese de pus uretral fué anotado en 291 casos, divididos en 4 clases como sigue:

Tipo	Nº de casos	Promedio de días
Casos corrientes	250	4.98
Alcohólicos confirmados	33	23.09
Re-expuestos a contagio	5	25.60
Complicaciones antes del tratamiento	3	30.00
	291	7.66

De la serie total de 300 casos se excluyen siete debido a la irregularidad de su asistencia o ausencia total, y los 2 restantes (0.68% de 293) fueron considerados como fracasos.

Se observaron algunos signos de intolerancia en 39 casos (13%) (se da un cuadro de síntomas y media de incidencia diaria).

Asimismo se da una tabla de las complicaciones antes y después del tratamiento, 10 (3.33%) registradas antes y 5 (1.66%) después de comenzado el tratamiento.

Se observó recaída en 20 (6.66%) casos, 15 en alcohólicos persistentes confirmados, 2 casi seguramente alcohólicos y 3 (1%) sin razón aparente.

Autores:

- (a) Macintosh, R. R., Mendelssohn, K.
- (b) Epstein, H. G., Macintosh, R. R., Mendelssohn, K.
- (c) Cowan, S. L., Scott, R. D. Suffolk, S. F.
- (d) Epstein, H. G., Pask, E. A.

Artículos:

- (a) The Quantitative Administration of Ether Vapour.
- (b) The Oxford Vaporiser Nº 1.
- (c) The Oxford Vaporiser Nº 2.
- (d) The Performances of the Oxford Vaporiser with Ether.

Revista. Lancet. Abreviación. Tomo 2. Páginas (a) 61-62; (b) 62-64; (c) 64-66; (d) 66-67. Fecha 19/7/41.

- (a) La Administración Cuantitativa de Vapor de Eter.
- (b) El Vaporizador Oxford Nº 1.
- (c) El Vaporizador Oxford Nº 2.
- (d) El modo de Funcionamiento de los Vaporizadores Oxford con Eter.

En los últimos tiempos el Departamento Nuffield de Anestésicos ha estado investigando medios por los cuales puedan ser administrados anestésicos líquidos sin aparatos complicados o voluminosos y a concentraciones conocidas de vapor anestésico. El resultado de estos trabajos aparece en cuatro artículos. En el primero se discuten los problemas físicos que lleva consigo la administración del vapor de un líquido anestésico a una concentración deseada. Por ejemplo, por cada gramo de éter vaporizado, hay que proporcionar 90 calorías energéticas. Con el fin de mantener constante la temperatura del éter líquido, es preciso aplicar calor por un medio externo, exactamente a la misma velocidad que se está empleando para transformar el líquido anestésico en vapor. Esto se consigue rodeando el recipiente del éter con otros dos recipientes; el recipiente intermedio contiene cristales (o "sustancia de reserva") que se funde a temperatura adecuada, y en el recipient-

te exterior se vierte agua caliente como fuente de energía. El calor que se absorbe en transformar la sustancia de reserva de estado cristalino a estado líquido (e. d. el calor latente de fusión) proporciona una fuente de calor a **temperatura constante**, o sea la del punto de fusión de los cristales. La sustancia de reserva actúa como un buffer térmico, tomando el calor a cualquier temperatura elevada, pero dejándolo escapar a la temperatura de su punto de fusión. En el recipiente intermedio se coloca un termómetro y un descenso súbito de la temperatura muestra que la sustancia de reserva fundida se ha vuelto a cristalizar y es signo de que debe ponerse más agua caliente en el recipiente externo.

El segundo artículo describe el vaporizador Oxford que posee tantas ventajas notables que Lord Nuffield, el conocido filántropo, ha decidido regalar 1.000 de ellos para que sean distribuidos a los servicios médicos de las Fuerzas Armadas.

La sustancia de reserva usada en el Vaporizador Oxford es cloruro de calcio que se funde a 30° C. El éter líquido se mantiene a esta temperatura de modo que existe siempre una concentración elevada y constante de vapor de éter disponible en el recipiente. Cuando el paciente respira, el aire penetra a través de una válvula. Entonces, por medio de una llave de dos vías el aire puede ser: (1) desviado completamente o en parte sobre la superficie del éter; o (2) derivado directamente al paciente que recibe de este modo aire solamente. El aparato comprende una bolsa-espirómetro de muelle ligero que se hace funcionar fácilmente a mano. El aire así introducido puede emplearse en vez de los voluminosos cilindros de gases de uso común como un **vis a tergo** para llevar el vapor anestésico al paciente. La economía en el transporte de cilindros es uno de los rasgos más notables de éste aparato.

El tercer trabajo describe el vaporizador Oxford N° 2, en el cual un cilindro de éter líquido se mantiene a temperatura constante por **encima** del punto de ebullición del éter. Mediante una pequeña válvula se deja escapar el vapor de éter a cualquier velocidad que se desee. El vapor pasa a través y se mide con un manómetro que se halla rodeado de una sustancia de reserva a una temperatura lo suficientemente elevada para impedir la condensación. En una cámara de mezcla el vapor de éter se mezcla con el oxígeno y si es preciso con óxido nitroso de modo que se pueda dar al paciente cualquier concentración de vapor de éter que se desee.

En el cuarto artículo se discute el funcionamiento de los vaporizadores. Los autores señalan que el control sencillo y definido que proporciona el vaporizador Oxford permite al anestesta, en una emergencia, vigilar con toda confianza la administración de anestesia a varios pacientes por auxiliares menos expertos; asimismo parece que la administración de **ligera** narcosis con éter es más fácil que con ningún otro método de los que ellos conocen. También puede utilizarse para analgesia. El vapor de éter caliente parece ser menos irritante que el frío y se prosiguen los experimentos para ver si se le añade un humidificador. Los autores sugieren que el vaporizador sería también útil en el laboratorio fisiológico en el cual los investigadores podrían correlacionar sus hallazgos clínicos con los porcentajes de vapor anestésico que está siendo administrado.

(Tomado del Bol. Lab. Clínica Razetti. Año II, N° 4. Caracas, Venezuela).