

ARTERIALIZACION DEL HIGADO EN LA CIRROSIS. Hulten, J., y Hulten O.: *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 132, pág. 711-714, diciembre 1966.

La circulación de la sangre sufre grandes cambios en la cirrosis, la destrucción del parénquima y su substitución por el tejido conectivo lleva a la constricción de los vasos sanguíneos lo que aumenta la resistencia y a su vez dificulta el paso de la sangre de la porta. En el hígado sano, las corrientes de sangre porta y de sangre arterial están equilibradas y aumenta una cuando la otra disminuye. Pero en la cirrosis, la sangre porta es bloqueada y busca otras rutas, la arterial aumenta y el hígado se vuelve más dependiente de la sangre arterial al grado de que desaparecen las ramas de la porta. Estudiaron hígado perfundidos con acetato de vinilo y cuyo parénquima destruyeron con potasa. Presentan 8 figuras con color de hígado normal primero y después de hígados cirróticos en los que demuestran que la circulación en los últimos se hace más a expensas de la sangre arterial que de la vena porta, que inclusive se desarrolla una arteria marginal patológica, que en algunas ocasiones hay mezcla dentro de los vasos de sangre arterial y venosa, que los lóbulos de regeneración tienen sólo sangre arterial. Las comunicaciones arterio venosas contribuyen a la hipertensión del sistema porta y aun se forman pequeños nudos arteriolas semejantes a los que se encuentran en la piel (nevus en araña).

Encontraron las mismas alteraciones en todos tipos de cirrosis. Llamaron la atención sobre el peligro que puede representar el ligar la arteria hepática a un hígado que depende casi exclusivamente de ella para su nutrición. Sugieren que el parénquima necrosado forme una substancia que cauce la hipertrofia y la regeneración de las arterias en el hígado, en la piel y tal vez en otros órganos, de la misma manera como ocurre en el embarazo.

DRA. MA. ELENA ANZURES LÓPEZ .

PERFUSION DEL MESENTERIO CON NOVOCAINA EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA. A. A. Burlui, D. Y. Propescu, R. Revista: *Minerva Médica*. Pág. 3564. Octubre de 1966.

Varios autores han publicado buenos resultados en el tratamiento de la pancreatitis aguda edematosa o hemorrágica, mediante infiltraciones de los alveolos y de la cápsula pancreática (en el curso de la intervención quirúrgica) con soluciones de novocaína al 1%, a la cual se le agrega antiemético y cortisona.

La perfusión del mesenterio se efectúa mediante un tubo de polietileno introducido y fijado en el mesenterio.

Tales perfusiones sin intermitentes en los primeros días, 60 ml. de sol de novocaína al 0.5 ó al 1% (a la cual se añaden antibióticos, antiemético, cortisona), cada 4 hrs.

Se continúa en seguida con una dosis de 40 ml. cada 6 hrs. hasta la octava o décima hora.

Se nota entonces en el paciente la disminución de la temperatura desaparición del dolor y el restablecimiento de las funciones digestivas, y las pruebas de laboratorio muestran una franca tendencia a la normalidad (amilasa en sangre y orina, y leucocitos).

Los autores han experimentado este tratamiento en 15 personas afectadas de pancreatitis aguda, 5 presentaban la forma edematosa y 10 hemorrágica. El mejor resultado se ha verificado en pacientes con los cuales se suministra una cantidad suficiente de antiemético, en seguida de la operación mejoraron. En primer lugar el efecto favorable parece ser debido a la supresión del dolor que representaba un factor importante en la profilaxis o mejoramiento del estado de choque. En seguida gracias a la reducción de la secreción pancreática y la disminución del tono del esfínter de Oddi, la hipertensión de las vías biliares extrahepáticas disminuye, restableciéndose el tono de los capilares locales, con la prevención o regresión de los fenómenos de isquemia pancreática.

DR. JOSÉ MORALES CUESY

SOBREVIDA DESPUES DE PANCREATECTOMIA TOTAL POR PANCREATITIS CRONICA ESTUDIO CLINICO DE 8 CASOS. Warren, Kenneth., Poulantantz, Kune, J. K.: *Annals of Surgery*, Vol. 164 N° 5, pág. 830-834, noviembre 1966.

8 pacientes con pancreatomectomía por pancreatitis crónica recidivante se reportan; 6 con control a largo tiempo. Esta operación se hace a pacientes con pancreatitis prolongadas y severas en quienes el páncreas

está destruido en forma importante por el proceso inflamatorio. En 5 de los 6, se obtuvo el alivio del dolor. El estado diabético permaneció estable en todos, su nutrición y peso mantenidos con dietas hiper-carbonadas, hiperproteica, hipograsa junto con papavenase total desecado en grandes dosis (viokase: tab. 300 mg. 3 ó 4 con cada comida y a veces 1 ó 2 entre los alimentos. Todos trabajan; La úlcera yeyunal será frecuente a menos que la pancreatomec-tomía sea combinada con gastrectomía subtotal o hemigastrectomía con vagotomía bilateral) esta última es preferible porque la pancreatomec-tomía total es una invitación de por sí para trastornos metabólicos.

DR. ADÁN DÍAZ ORELLANA

MALFORMACIONES FETALES ASOCIADAS CON HEPATITIS INFECCIOSA MATERNA. Burston, G. R.: *The Practitioners*, Vol. 197, noviembre 1966.

Se relata el caso de una paciente de 28 años con hepatitis en el 1er. trimestre de embarazo; quedó en reposo sin medicamentos durante tres semanas al cabo de los cuales sus estudios fueron normales. El embarazo siguió su curso y su parto fue normal. Al nacer el niño estaba cianótico y con gran cantidad de mucosidades que le fueron extraídas, presentó 5 ataques de cianosis con mucosidades de apariencia de saliva, se le diagnosticó fístula esófago-traqueal. Al examinarlo se le encontró: cianosis de labios, manos, uñas, cabeza asimétrica, el lado izquierdo más alargado que el derecho con ausencia de lóbulos de los oídos. Aparato respiratorio con crepitaciones en bases. Aparato digestivo y genital aparentemente normal. Sistema nervioso: parálisis facial izquierda. Aparato circulatorio: soplo sistólico de grado II oído en todas las áreas principalmente en el borde externo izquierdo, no había murmullo diastólico. Se le pasó sonda gástrica para alimentarlo; a los 30 días sufrió un colapso, se recuperó, se trató de operarlo pero falleció. En la autopsia se encontró: Prominencia de arco aórtico derecho, tuctos arteriosos formando un botón delante de traquea y esófago, arteria subclavia izquierda aberrante, estenosis valvular e infundibular de la pulmonar; válvula bicuspidé pulmonar, defecto alto en la cavidad ventricular con aorta caballo, presencia de agujero oval. Comentario: Una serie de investigadores opinan que el virus de la hepatitis infecciosa es transmitido a través de la placenta y que el 10% de malformaciones congénitas tienen antecedentes de infecciones virales. En el caso expuesto an-

teriormente opinan: la hepatitis la sufrió en el 1er. trimestre y las malformaciones que sufrió el feto son partes que se forman en la 5ª y 8ª semana de embarazo y abarca así mismo el tiempo de infección y el período de incubación de la hepatitis.

DRA. DOLORES PRIDA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ADENOMAS DE CELULAS DE LOS ISLOTES PANCREATICOS. Scheinin, T. A., y Tala, E.: *Acta Chirurgica Scandinavica*, Vol. 132, pág. 590-596, noviembre 1966.

Reportan tres casos de adenoma insular del páncreas con síntomas de hipoglucemia y cambio de la personalidad. Uno de ellos ameritó tratamiento psiquiátrico diagnosticado con las determinaciones repetidas de glucosa en ayunas, demostraron hipoglucemia con la prueba del glucagon y de la tolbutamida endovenosa, uno de ellos con la angiografía selectiva del tronco celíaco, demostró la presencia de una masa difusa de opacificación en la cola del páncreas.

En los tres el tratamiento fue quirúrgico, fueron benignos, uno de los casos tenía dos tumores, uno en el cuerpo y otro en la cola.

Presentaron hiperglucemia postoperatoria transitoria y la evolución posterior fue satisfactoria, la prueba de tolerancia a la glucosa, del glucagon y de la tolbutamida adquirieron valores normales postoperatorios. Llamen la atención que la glucosa sanguínea subió cuando se extirpó uno de los adenomas en el caso que tenía dos, a pesar de que quedaba todavía uno. Presentan gráficas de las pruebas funcionales dichas, radiografías de la angiografía selectiva y las historias clínicas condensadas de los tres casos.

DRA. MA. ELENA ANZURES L.

REPARACION DE HERNIA HIATAL. Kock, N. G., y Lewin, E.: *Acta Chirurgica Scandinavica*, Vol. 132, pág. 705-710, diciembre 1966.

Los autores discuten la indicación de la operación de la hernia hiatal, que aunque en principio se reserva a los casos con estrangulación, esofagitis, ulceración o hemorragia, o a los casos rebeldes al tratamiento médico; piensan que también deben operarse las hernias pequeñas con poca sintomatología porque en estudios sucesivos se han visto que el 58% aumenta de tamaño y que el 28% se complican, por lo

que sugieren tratamiento quirúrgico para todas las hernias hiatales.

Con respecto a la vía aunque hasta antes de 1955 las operaban por vía torácica, desde entonces hasta 1961 lo hacen por vía abdominal lo que permite revisar estómago y resolver problemas de vesícula asociados.

Su material comprende 47 casos de 30 a 80 años de edad. Clasifican a los pacientes según la sintomatología dominante en 5 grupos: dispepsia; disfagia, dolor espigástrico o retroesternal; regurgitaciones y hemorragia. Describen la técnica por vía abdominal en la línea media, con suturas posteriores en los pilares del diafragma y suturas de la unión cardioesofágica al borde del hiato. Hasta 1959 hacían la comisura anterior y tuvieron recurrencia en 13 de los 24 casos; en los subsecuentes 23 casos con comisura posterior no tuvieron recurrencia de la hernia en ninguno. En 10 casos hicieron además colecistectomía en 6 con úlcera gástrica o duodenal hicieron además gastrectomía subtotal o vagotomía con piloroplastia. En la actualidad están satisfechos con la vía abdominal y con la sutura de los pilares del diafragma en comisura posterior, aunque reconocen que a veces no desaparecen totalmente los síntomas, tal vez porque tienen además de la hernia otros padecimientos del tubo digestivo o del árbol biliar.

DRA. MA. ELENA ANZUREZ LÓPEZ

Haemophilus Influenzae precipitins in the Serum of Patients with Chronic Bronchial Disorders., M. W. Burns, J. R. May.: The Lancet, 7846, 1, 354-358, Feb., 1967.

La importancia de la patogenicidad del *H. influenzae* en las infecciones Bronquiales ha sido estudiada en 508 pacientes del Hospital Brompton de Londres, agrupando los pacientes de ambos sexos y edades que oscilaban entre los 25 y 65 años y que presentaban bronquitis crónica, bronquiectasias, asma, T. B. pulmonar y carcinoma bronquial. Se tomó en cuenta la cronicidad del padecimiento y además se recurrió a personas sanas como controles.

Se efectuaron pruebas cutáneas (intradermoreacciones) usando un antígeno de *H. influenzae*, prueba de doble difusión en agar e inmunoelectroforesis cualitativa.

La prueba cutánea resultó negativa en 21 pacientes asmáticos. La prueba de doble difusión en agar reveló una incidencia elevada de anticuerpos en todos los individuos incluyendo a los controles sanos.

En cambio por la inmunoelectroforesis sólo en el 6% de éstos se encontraron anticuerpos. El anticuerpo se le ha llamado HI v se detectó en el 15% de enfermos con bronquitis crónicas simples (pacientes tosedores con expectoración mucosa y evolución de dos años). En cambio se encontró en el 69% de los pacientes que presentaron bronquitis crónica mucopurulenta u obstructiva de menos de dos años de evolución. En los casos de bronquiectasia se encontró en el 88%, si bien la proporción bajó en los casos que tenían asma. En los asmáticos no se encontró evidencia que sugiriera alguna anormalidad inmunológica; de esto se concluye que este tipo de enfermos son menos susceptibles a la infección por *H. Influenzae*.

De 25 pacientes con carcinoma pulmonar 24 tenían historia de bronquitis crónica, en el 50% se encontró el anticuerpo HI y precipitinas en un 92%. En el grupo de enfermos tuberculosos los anticuerpos HI fueron mas frecuentes en los pacientes crónicos con T. B. cavitada o con bronquitis crónica adicional, en cambio se observaron en pocos casos de T. B. reciente con bronquitis crónica agregada.

Se describe el método de preparación del antígeno así como el procedimiento menos complicado para la determinación del anticuerpo HI.

DRA. DAMARIS ESTRADA

RIESGOS PROFESIONALES. Arreguín Vélez, E.: *Estudio comparativo de los riesgos profesionales ocurridos en algunas ramas industriales de México.* Gac. Med. Mex. 97:447, 1967.

El 21.6% de la población productiva de la República Mexicana corresponde a obreros industriales, que constituyen un grupo de riesgo en el trabajo superior al de la población general. En parte, lo anterior deriva del predominio de centros de trabajos medianos o pequeños, caracterizados por deficientes condiciones de higiene y seguridad en el trabajo. Así, 8.2% de los trabajadores en ejercicios de su labor, sufrieron accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Indices superiores a este promedio, se encontraron en las fundiciones, la industria de la construcción, las de fabricación de ladrillos, de cartón y papel, de cerveza y de cemento, los talleres de reparación de automóviles y las fábricas de hilados y tejidos de fibra blanca. No se encontró relación con el riesgo potencial propio de estas industrias, sino con las condiciones de seguridad que las caracteriza en nuestro país y en especial en ciertas entidades federativas.

CANCER CERVICOUTERINO. Alvarez Alva, R.: *Estudio epidemiológico y clínico de 987 casos de cáncer cervicouterino*. Gac. Med. Mex. 97:486, 1967.

Se analizan 987 casos de cáncer cervicouterino, descubiertos a través de un procedimiento de detección. Se presenta la distribución por edades de las 183, 970 personas examinadas, entre las que se diagnosticaron los casos. El índice de citología positiva (clase III, IV y V de Papanicolau) fue de 9.5%. La prevalencia de cáncer cervicouterino fue de 5.8% y la de metaplasma, 2.9%. Predominaron los casos en etapas tempranas del mal. A mayor edad, hubo mayor frecuencia de etapas avanzadas; las formas tempranas predominaron en población joven. Unicamente 27.4% de los casos presentaron sintomatología ginecológica. Se analiza el tipo de tratamiento instituido en los casos de cáncer cervicouterino y se da cuenta de los resultados del control periódico postratamiento a que se han sometido las pacientes.

NEUMOPATIAS POR MICOBACTERIAS DISTINTAS AL *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*. Fernández Lira, D. Cortés L. y Guadalajara Macías, J.: *Infección pulmonar asociada con bacilos fotocromógenos M. kansasii*. Gac. Med. Mex. 97:475, 1967.

Se reportan los primeros cinco pacientes con lesiones pulmonares en quienes se demostró la existencia de bacilos fotocromógenos, tipo *Micobacterium kansasii*, estudiados en la Universidad de Neumología del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monterrey, N. L. El *Micobacterium kansasii* fue aislado del esputo, contenido gástrico y piezas operatorias. Se describen los cuadros clínicos y resultados terapéuticos. Dos pacientes fueron sujetos a resección pulmonar. Se considera indispensable intensificar la búsqueda, identificación y estudio de las micobacterias anóminas creando laboratorios de investigación para este fin.

LEPROMINAS. Barba Rubio, J.: *Interpretación clínica de las leprominas*. Gac. Med. Mex. 97:482, 1967.

Hay tres tipos de leprominas: integral, bacilar y proteica pura. Se conocen tres respuestas del organismo ante ellas, inmediata o de Medina; precoz o de Fernández y tardía o de Mitsuda. La lepromina proteica pura nunca da respuesta tardía. En la práctica leproológica la más importante es la reacción de Mitsuda a la que se debe dar un valor "promóstico" y no

"diagnóstico". Si es positiva en un enfermo de lepra indica que el organismo se defiende y que estamos en presencia de un caso tuberculoide, benigno y no transmisible. Si una persona sana, contacto o no de hanseniano, presenta reacción de Mitsuda positiva ello indica que tiene un grado de resistencia tal a la lepra, que si es absoluta será inmune; si relativa, al infectarse presentará una forma tuberculoide, con las características ya conocidas, pero no será leprominoso. Estos hechos demuestran la importancia de las leprominas en el control de los contactos y la profilaxis de la lepra.

LAS FUMIGACIONES AFECTAN AL HOMBRE. Valle Sánchez, J. del.: *Las intoxicaciones por plaguicidas. Manifestaciones pulmonares clínicas y radiológicas*. Gac. Med. Mex. 97:493, 1967.

Se comenta el incremento que en los últimos años ha alcanzado el empleo de los plaguicidas y la agresión que significan para la vida en todas sus manifestaciones. Se emplean principalmente tres tipos de compuestos químicos de síntesis, los hidrocarburoclorados, los carbamatos y los organofosforados. Estos son los más peligrosos, sobre todo cuando se utilizan en forma líquida. El más conocido es el parathion. En la comarca lagunera un elevado porcentaje de la población aplica los insecticidas por medios manuales y sin protección alguna, por lo cual la exposición es notable observándose numerosos casos de intoxicación. Se presenta la casuística de la Cruz Roja de Torreón, que es de 107 casos en los dos últimos años. Se refieren las observaciones en intoxicados con organofosforados de los cuales algunos han tenido una evolución grave y aún fatal. Los síntomas dominantes son los de la insuficiencia respiratoria aguda y fenómenos nerviosos. Radiológicamente se han encontrado atelectasias, infiltrados e imágenes nodulares de diversos tamaños. En este polimorfismo se aprecia que las imágenes radiológicas son más extensas cuanto más graves son los casos. Se enumeran los recursos terapéuticos empleados que son fundamentalmente: oxigenación, respiración artificial, decontaminación y atropinización. Se insiste en la necesidad de que se adopten las medidas preventivas que recomiendan las autoridades sanitarias y se prefiera el uso de plaguicidas biológicos.

LA NUTRICION GRAN PROBLEMA NACIONAL. Zubiran, S.: *Estudios sobre problemas de nutrición de la población de la República Mexicana realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición*. Gac. Med. de Mex. 97:502, 1967.

Se presentan datos que muestran que la población

infantil de las zonas rurales pobres recibe una alimentación de tal manera deficiente que en gran proporción acaba con su vida. Se señala que en los meses más importantes para su desarrollo futuro no progresa en peso lo que acentúa, por lo tanto, progresivamente la desnutrición y es de suponerse que el daño que se hace es irreparable. Si bien esto está ligado a factores económicos difíciles de corregir, basta una mejor aplicación de sus propios recursos para lograr mejoras importantes. Se estima como deber social imprescindible y urgente el dar auxilio a los niños de estas zonas abandonadas.

ASMA EN EL NIÑO. Bufum, W. F. y Settipane, G. A.: *Prognosis of asthma in childhood*. J. Dis. Child 112:214, 1966.

Los autores presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en 518 individuos con asma, que empezaron a padecer dicha enfermedad entre los 10 y 20 años anteriores a la iniciación de este estudio. La edad promedio a la que el asma se inició fue de 5.6 años. En el momento del estudio el 41% ya no tenía síntomas de asma; el 52.4% continuaba con asma moderada y el 5.6% sufría de asma severa.

Al parecer, la aparición temprana del asma —antes de los dos años de edad— y su asociación con eczema son factores que concurren en los casos que los síntomas respiratorios persisten y son severos.

La desaparición del asma generalmente sucede en la segunda década de la vida y no se sabe si es debida al tratamiento.

F. M. C.

INTOLERANCIA A LA LECHE DE CAUSA ENZIMÁTICA. Horton, H. G. y Wruble, L. D.: *Lactose intolerance syndrome mimicking milk allergy and/or functional bowel disorders: four cases*. Ann. Allergy 24:698, 1966.

La triada sintomática clásicamente considerada como indicativa de intolerancia a la leche —diarrea, dolor tipo cólico y meteorismo— puede ser producida por deficiencia en la lactasa intestinal la cual trae como consecuencia la incapacidad para digerir lactosa.

El procedimiento de diagnóstico de esta deficiencia comprende, como recurso principal, la prueba de tolerancia a la lactosa. Los cuatro enfermos motivo del presente reporte fueron sometidos a dicha prueba dándoles a tomar 100 gm. de lactosa. En todos los casos la curva de glucosa sanguínea fue de tipo plano, hecho que es el propio de este tipo de trastornos. Al mismo tiempo los cuatro pacientes tuvieron síntomas digestivos al ingerir la lactosa y no presentaron anticuerpos para la leche.

Los síntomas descritos se piensa sean debidos a la producción de ácidos láctico y acético los cuales se forman al actuar la flora intestinal sobre la lactosa no digerida. Asimismo se cree que también participa en la génesis de la sintomatología los cambios osmóticos intraintraestinales. Además de la curva plana de glucosa consecutiva a una carga oral de lactosa, son datos útiles para el diagnóstico el pH ácido de las materias fecales y una curva de tolerancia a la glucosa normal. Sin embargo, el dato mas preciso es la investigación cuantitativa de la lactosa en muestras de mucosa de intestino delgado.

F. M. C.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO PROVOCADO POR MEDICAMENTOS. Ahuja, G. K. y Schumacher, G. A.: *Drug induced systemic lupus erythematosus*. J.A.M.A. 198:669, 1966.

A los cuatro meses de tomar primidona (Misoline), una mujer de 48 años empezó a tener dificultad para caminar y para cerrar una mano. Al mismo tiempo presentó dolor y edema en la muñeca correspondiente. Los síntomas aumentaron en extensión e intensidad hasta que se suprimió la primidona. Se encontraron células L. E. en tres ocasiones.

F. M. C.

CORTISONA Y ASMA. Jorgensen, J. R. y Falliers, C. J. *A rational approach to corticosteroid therapy for asthma in children*. J.A.M.A. 198:773, 1966.

Una vez mas se hace la recomendación de que los corticoesteroides no deben usarse indiscriminadamente; se reservan para aquellos casos que no responden a otro tipo de tratamiento.

Los autores recomiendan iniciar la administración de corticoesteroides a la dosis suficiente para controlar los síntomas. Generalmente esto se logra con 40 mg. diarios de prednisona o su equivalente en otro tipo de esteroide. En cuanto los síntomas amainen, debe de disminuirse la dosis para alcanzar los niveles fisiológicos que son del orden de 7.5 a 10 mg de prednisona diariamente. Todos los corticoesteroides tienen efectos colaterales pero en estos casos interviene mucho el factor personal. Cabe recordar que la retención de líquidos es mas frecuente cuando se emplea acetato de cortisona o hidrocortisona. Por otra parte, los cuadros de seudotumor cerebral y alteraciones musculares son mas frecuentes con la triamcinolona.

Los aerosoles de dexametasona no están indicados en los casos agudos debido a la lentitud de su acción. Si se emplea este medio de tratamiento, debe aplicarse previamente un aerosol de alguna substancia broncodilatadora (isopropilarterenol).

La dosis de mantenimiento de corticoesteroides es mejor administrarla en una sola toma y en la mañana para disminuir el efecto supresor sobre la liberación de hormona adrenocorticotropa. Se ha sugerido administrar el esteroide tres días seguidos y cuatro no. También se recomienda dar la dosis que se requiere para 48 hs. cada tercer día. Ambas medidas se recomiendan con miras a permitir la recuperación periódica de la corteza suprarrenal. Dicho método puede ser útil; sin embargo, se ha visto que la supresión de liberación de hormona adrenocorticotropa dura entre uno y medio a tres y medio días después de suprimido el esteroide. La variabilidad se debe a los distintos esteroides empleados. La prednisona es, desde este punto de vista, el esteroide de elección en el tratamiento discontinuo.

Es muy importante tener en cuenta el uso de antibióticos en los niños con infecciones bacterianas y que están bajo tratamiento con esteroides. Las infecciones por virus no deben conducir a la supresión de los esteroides pero sí al intento de reducirlos a dosis fisiológicas.

Los autores recomiendan dar esteroides a una persona que los haya tomado y que hasta un año después de haberlos suprimido se encuentre en condiciones en que se requiere una adecuada respuesta corticosuprarrenal (operaciones quirúrgicas, traumatismos, etc.)

F. M. C.

TRATAMIENTO DEL TETANOS. Vaishnav, H., Goyal, R. K., Neogy, C. N. y Mathur, G. P. *A Controlled trial of antiserum in the treatment of tetanus.* Lancet 2:1371, 1966.

Los autores empiezan puntualizando la importancia del problema: anualmente mueren en el mundo unas 50,000 personas por tétanos. Aunque desde 1890 se usa el suero antitetánico, aun hay divergencia en las opiniones respecto a la dosis.

El estudio se llevó a cabo en 470 tetánicos los cuales se dividieron en cuatro grupos: el grupo 1 no recibió antitoxina tetánica; el 2 se le inyectaron 10,000 unidades; al 3 30,000 y al 4 60,000. Los cuatro grupos fueron tratados con penicilina y drogas anti-convulsivantes.

Los resultados fueron los siguientes: el 45.6% del grupo 1, que fue el que no recibió antitoxina, murió. Igual suerte corrió el 41% del grupo 2, el 49.6% del tres y el 47.7 del cuatro. En cuanto a las complicaciones, estas se presentaron por igual en los cuatro grupos.

Los resultados de estos estudios sugieren que el antisuero tetánico tiene poco valor en el tratamiento del tétanos clínico y que la dosis no influye sobre la mortalidad ni la frecuencia de complicaciones.

F. M. C.

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR VIRUS. De mucha Macías, J. *Experiencia con derivados de la cloroguanida.* Gac. Med. Mex. 97:410, 1967.

El autor presenta las experiencias logradas en el Instituto Nacional de Virología relativas al efecto preventivo y terapéutico de la 1.1 (3-oxapentametileno) biguanida en infecciones humanas causadas por los virus de influenza y herpes.

Seis semanas antes de la aparición de un brote de influenza B en un internado para niños de la Ciudad de México, se había iniciado un estudio doble ciego dividiendo a los niños en muestras del mismo tamaño y estrictamente comparables. Cientocincuenta niños fueron tratados con la droga y a otro grupo del mismo número se le administró un placebo. También se estudió el efecto comparativo al dar una y tres dosis diarias en cápsulas de 50 mg.

A las seis semanas empezaron a presentarse casos clínicos dependientes de la infección con virus de influenza B, en ambos grupos (10% en los tratados y 13% en los que recibieron placebo).

En lo que toca al efecto terapéutico, éste fue evaluado en infecciones causadas por los virus del herpes simple y del herpes zoster. El estudio se hizo en 24 enfermos ambulantes tomados al azar, once con herpes zoster y 13 con herpes simple.

Los criterios clínicos para juzgar de la acción de la droga fueron: supresión o atenuación del dolor y de otros trastornos sensitivos así como la involución de las lesiones.

De acuerdo con estos parámetros en el 66% se obtuvieron buenos resultados, en el 20% regulares y nulos en el 12%.

F. M. C.