

50	gramos de lentejas, pesadas en crudo.	100	gramos de PATATAS pueden sustituirse por:
250	" de lentejas, pesadas después de guisadas.	35	gramos de pan.
50	" de garbanzos, pesados en crudo.	40	" de lentejas, pesadas en crudo.
100	" de garbanzos, pesados después de cocidos.	150	" de lentejas, pesadas después de guisadas.
40	" de arroz, pesado en crudo.	40	" de garbanzos, pesados en crudo.
110	" de arroz blanco, pesado después de cocinado.	100	" de garbanzos, pesados después de cocidos.
Un plato corriente de sopa de arroz.		25	" de arroz, pesado en crudo.
50	gramos de judías blancas o pintas, pesadas en crudo.	80	" de arroz blanco, pesado después de cocinado.
150	" de judías blancas o pintas, pesadas después	40	" de judías blancas o pintas, pesadas en crudo.
	de guisadas.	100	" de judías blancas o pintas, pesadas después
150	" de macarrones o pastas a la italiana.	110	de guisadas.
450	" de sandía o de melón.	300	" de macarrones o pastas a la italiana.
450	" de fresón.	150	" de sandía o melón.
3	plátanos de tamaño mediano.	300	" de cerezas o picotas.
7	ciruelas.	2	plátanos.
4	naranjas.	3	naranjas.
4	higos frescos.	3	higos frescos.
9	albaricoques.	6	albaricoques.
5	ciruelas frescas.	5	ciruelas frescas.
4	manzanas.	3	manzanas.
4	peras.	3	peras.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Enemas de retención con prednisolona-ftalilsulfacetamida en la colitis ulcerosa.—ASHER (*Gastroenterology*, 34, 659, 1958) ha utilizado enemas de retención con prednisolona y ftalilsulfacetamida en 10 enfermos con colitis ulcerosa de forma rectosigmoididea. El preparado empleado como enema de suspensión lleva 16 grs. de ftalilsulfacetamida con 125 mgr. de prednisolona en 240 c. c. de agua. La respuesta subjetiva y sigmoidoscópica al tratamiento fué muy notable en la mayoría de los casos, viéndose los efectos favorables ya a partir de la primera semana.

Ritalin en el alcoholismo.—HARTERT y BROWNE-MAYERS (*JAMA*, 166, 1.982, 1958) han administrado el metilfenidato (ritalin) por vía intravenosa a la dosis de 20 a 40 mgr. a nueve enfermos. Su efecto habitual es producir euforia y locuacidad; todos los enfermos comienzan a hablar al cabo de cinco a diez minutos después de la inyección. Los efectos más significativos fueron la necesidad de comunicar verbalmente refuerzo de la introspección y de la auto-evaluación crítica, normalización de las pruebas de la realidad, euforia moderada acompañada de diversos grados de ansiedad y tensión, sensación de aumento de la potencia física y modificaciones fisiológicas, entre las que se incluyen aumento de la presión arterial, ocasionalmente marcada, pero que no provocan trastornos subjetivos. Subrayan que en los enfermos que han sido cuidadosamente valorados en cuanto a su estado cardiovascular, el metilfenidato es muy útil para hacer salir del punto muerto los mecanismos defensivos, particularmente en el diagnóstico y tratamiento de los alcohólicos.

Efecto convulsivante de la cloropromazina.—O'NEILL BARRETT (*JAMA*, 166, 1.986, 1958) ha estudiado experimentalmente los efectos epileptógenos de la cloropromazina, observando los resultados del

estudio electroencefalográfico en sujetos normales y en los que mostraban trastornos convulsivos latentes o clínicamente ostensibles. También puede obtenerse una relación clínica al observar las complicaciones resultantes en personas susceptibles a los que se había administrado la droga. No se han visto alteraciones electroencefalográficas significativas en los trazados de sujetos normales a los que se dió la droga; pero, por otro lado, en epilépticos conocidos y en las personas que mostraban una tendencia convulsiva se dieron anormalidades evidentes del electroencefalograma, así como la presentación de ataques convulsivos precipitados por la administración de la droga. Por ello, llama la atención sobre el hecho de que dicha droga puede conducir a complicaciones peligrosas en ciertos individuos y debe hacerse un estudio muy cuidadoso de los enfermos antes de su administración, así como tener conocimiento de los efectos epileptógenos potenciales en personas susceptibles que no han mostrado una historia clínica previa de ataques.

Tratamiento de los estados psicóticos con nuevos derivados de la fenotiazina.—GOLDMAN (*Am. J. Med. Sci.*, 235, 67, 1958) ha utilizado cuatro compuestos derivados de la fenotiazina, relacionados con la cloropromazina, para ver su eficacia en el tratamiento de los estados psicóticos. Así trata 667 enfermos con pazine (proclorperazina), 206 con trilafón, 176 con vesprin y 94 con el Winthrop 13.645-5. Todos los enfermos estaban ingresados en un hospital mental y padecían psicosis crónica. Las principales diferencias entre estos compuestos y los antiguos derivados de la fenotiazina, como la cloropromazina y mepazine fueron: 1. Una actividad farmacológica y terapéutica más intensa con la consiguiente menor dosificación. 2. Presentación mucho menos frecuente de efectos colaterales y complicaciones tóxicas; particularmente importante es la ausencia de ictericia

y de agranulocitosis después del empleo de dichos compuestos. Estas drogas se caracterizan también por la producción de una sedación menor o nula, en contraste con la cloropromazina y reserpina, pero tienen un efecto beneficioso mayor sobre las manifestaciones psicóticas, como delusiones y alucinaciones y excitación patológica. El principal efecto neurológico, el parkinsonismo, es con frecuencia, aunque no siempre, en cierto grado un acompañante necesario del beneficio terapéutico en el tratamiento de la psicosis y debe tratarse por el empleo adicional de cogentin. Las citadas drogas son particularmente eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, psicosis maniacodepresivas en el grupo maníaco, y sinérgicamente con el electroshock en el grupo depresivo; asimismo en el delirio orgánico. Concluye diciendo que este grupo de preparados representa un evidente avance en el tratamiento farmacológico de las psicosis.

Anfotericina B en la coccidioidomicosis.—Señalan LITTMAN y cols. (Am. J. Med., 24, 568, 1958) que la administración de anfotericina B en cuatro enfermos con coccidioidomicosis produjo un efecto clínico beneficioso administrado por vía intravenosa. Pudieron reducirse al mínimo los efectos tóxicos de la medicación intravenosa por la administración lenta

en solución de glucosa en días alternos, desapareciendo al suspender temporalmente el antibiótico. También han administrado la droga por otras vías además de la intravenosa, como la intraarticular, intratecal, intrapulmonar, intratorácica y oral. Se juzgó necesaria la terapéutica intravenosa prolongada a causa de la naturaleza y cronicidad de la enfermedad. La toxicidad de la anfotericina B se manifiesta primariamente en el riñón; así, las dosis excesivas o demasiado frecuentes originan una uremia progresiva, que no ocurre, sin embargo, cuando se da el antibiótico en días alternos o se emplean dosis menores. No se observaron efectos tóxicos con la medicación intravenosa sobre el corazón, hígado o médula ósea, y no se presentaron síntomas neurológicos o cutáneos. Se consiguió una cifra máxima en el suero de 1,8 $\mu\text{g}/\text{ml}$. administrando intravenosamente la anfotericina B en dosis de 1,2 mgr./kg./día, que desciende a 0,9 al día siguiente. *In vitro* se inhibe el crecimiento de la *C. immitis* por 0,5 $\mu\text{g}/\text{ml}$. Durante y después de la terapéutica se apreció un descenso en el título de fijación del complemento para la coccidioidomicosis. La anfotericina B por vía oral se absorbe muy mal por el tracto gastrointestinal y no produce, por tanto, cifras en el suero mensurables, y demostró que carecía de valor en un enfermo al administrarla por dicha vía.

EDITORIALES

REACCION DE PRECIPITACION PARA EL DIAGNOSTICO DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

De todas las pruebas actualmente en uso para la confirmación diagnóstica del lupus eritematoso diseminado sólo es realmente específica la determinación del fenómeno L. E. Sin embargo, recientemente se ha podido ver que puede también presentarse este fenómeno en otros procesos y asimismo que las células L. E. no pueden demostrarse con frecuencia hasta que la enfermedad está ya muy avanzada; además, el fenómeno L. E. requiere personal muy especializado, que con frecuencia no está a disposición del médico general.

Refieren JONES y THOMPSON que en el curso de una determinación de colesterina apreciaron la producción de un grueso precipitado; el suero correspondía a una enferma que ulteriormente desarrolló el cuadro completo de lupus eritematoso diseminado. La prueba consiste en la adición de 0,1 c. c. de suero o plasma a 2 c. c. de un reactivo que contiene una solución al 12 por 100 de ácido p-toluenosulfónico en ácido acético glacial. Animados por esta observación casual han ampliado su experiencia. Y, en efecto, han podido ver que no se produjo ningún precipitado al realizar la prueba en 65 de 66 sujetos sanos; en el restante, apareció un ligero precipitado que persistió veinte minutos, pero se redissolvió tras la agitación. Aplicada la prueba en 30 enfermos en diversos estadios del lupus eritematoso diseminado se observó la aparición de precipitados cuyo volumen y carácter iban paralelos con la intensidad de la enfermedad. Así, en 12 de 13 enfermos en estadio agudo se produjo un precipitado grueso; cuando éste aparecía como un gel que resistía a la fricción y agitación se graduó

como de cuatro cruces. En conjunto, han realizado 760 pruebas en 311 sujetos, obteniéndose muy pocos resultados falsos.

Han realizado la prueba en diversas enfermedades del colágeno. Entre ellas, fué positiva en los 30 enfermos con lupus eritematoso, incluso meses antes de la aparición del fenómeno L. E. en la sangre periférica. La prueba fué negativa en varios enfermos con periarteritis nodosa generalizada, de esclerodermia y dermatomiositis. De los pacientes con diversos procesos reumáticos, sólo seis de los 66 enfermos con artritis reumatoide crónica y dos de los cinco enfermos con artritis reumatoide juvenil crónica dieron pruebas ligeramente positivas; en los restantes 74 enfermos la prueba fué negativa, así como también en los enfermos con osteoartritis, artritis gótica y artritis gonocócica. Igualmente la prueba fué negativa en diversos procesos generalizados como sífilis, tuberculosis avanzada, diabetes mellitus, carcinoma metastásico, leucemia mieloide, cirrosis hepática, nefrosis, glomerulonefritis aguda, coccidioidomicosis no diseminada, cardiopatía, endocarditis bacteriana, etc.

Del estudio realizado por dichos autores parece evidente que los enfermos con lupus eritematoso diseminado no tratado en fase aguda dan resultados de dos a cuatro cruces con dicha prueba, mientras que los que están sometidos a una intensa terapéutica con corticoestroides o ACTH pueden dar resultados negativos o a lo sumo de una cruz, a menos que la enfermedad progrese, en cuyo caso los resultados se positivizan más. A su juicio, esta prueba es diagnóstica antes de que pueda demostrarse el fenómeno L. E. y que la positividad del resultado indica la intensidad y el progreso de la enfermedad.