

leucocitosis en los casos estreptocócicos. No había diferencia en la duración de la pirexia en los dos grupos no estreptocócicos, a pesar de que un grupo recibió penicilina. El tratamiento penicilínico durante 4 días no influyó en absoluto en la incidencia de portadores convalecientes que fue idéntica a la del grupo no tratado. La fiebre reumática no se previene si no se elimina el estreptococo, por lo tanto, su tratamiento durante 4 días tiene poco valor profiláctico.

Reserpina y clorpromacina en relación con el sistema hipófisis-corteza suprarrenal

ACUTE EFFECTS OF TRANQUILIZING DRUGS ON THE ANTERIOR PITUITARY-ACTH MECHANISM. Harwood, C. Theresa y John W. Mason. *Endocrinology*. 60: 239, 1957.

Los autores estudian experimentalmente en monos el efecto de reserpina y clorpromacina sobre hipófisis y corteza suprarrenal, partiendo de investigaciones realizadas en su laboratorio según las cuales se encuentra una marcada correlación entre el nivel de 17-hidroxicorticosteroides (17-OH-CS) y los estados de ansiedad. Observan que tanto la reserpina como la clorpromacina aumentan la concentración de 17-OH-CS en el plasma, mientras que otros agentes depresivos como el nembutal la disminuyen. Y admiten que la reserpina actúa como estimulante de la corteza suprarrenal.

Fiebre reumática

THE PREVENTION OF RHEUMATIC FEVER. G. H. Stollerman. *The Medical*

Clinics of North America. Chicago Number. Enero 1957.

La fiebre reumática en la actualidad se considera como una complicación de la infección de estreptococo del grupo A. En este artículo se ocupan los autores del diagnóstico y tratamiento especialmente dirigido a los medios de prevenir las recidivas. Se debe intentar aislar de la faringe estreptococos del grupo A antes de administrar antibióticos a un enfermo diagnosticado de posible fiebre reumática. Y es aconsejable repetir varios cultivos antes de asegurar que no hay estreptococos hemolíticos en la faringe. En las infecciones estreptocócicas del grupo A se encuentra una notable elevación del nivel de antiestreptolisina -ASO- en el 80 por 100 de enfermos en la edad escolar o adolescentes. Cuando se observa al enfermo precozmente en el curso de su enfermedad, parece posible comprobar en casi todos los casos la infección estreptocócica reciente, y así el diagnóstico de fiebre reumática será discutible cuando esto no pueda comprobarse, a no ser que las manifestaciones clínicas sean indiscutibles.

Antes de los antibióticos era muy grande el porcentaje de recidivas en enfermos que habían tenido algún episodio de fiebre reumática, pero en la actualidad se llega a reducir el porcentaje en un 80 por 100. En los enfermos muy susceptibles la profilaxis debe ser continua, y la duración se determinará por las circunstancias individuales. El tratamiento profiláctico se debe hacer siempre en niños y adolescentes que han tenido algún ataque de fiebre reumática y en adultos que han tenido un ataque en menos de 5 años. La profilaxis se debe empezar tan pronto como se haya hecho el diagnóstico. El tratamiento con penicilina será lo inicial para eliminar el estreptococo del grupo A. La profilaxis continua debe durar por lo menos cinco años sin interrumpirla durante los meses de verano.