

tratados con foliculinas, y SCHULTZ<sup>32</sup> cree que la acción hiperemiante de las foliculinas sobre la mucosa gástrica puede ser utilizada para curar ciertos tipos de gastritis. Pero cualquiera que haya sido el motivo que motivara los episodios de hemorragia que en nuestros casos se observaron, es evidente que en nuestras dos pacientes, ulcerosas antiguas las dos, el embarazo incrementó notablemente las hemorragias dependientes de sus úlceras y, a pesar de ello, no se curaron éstas.

Prescindiendo de las varias consideraciones que podría sugerir el estudio de nuestros casos y las deducciones que se derivarían de la comparación de nuestra experiencia con los datos que pueden recogerse en la literatura, hemos de limitarnos a advertir únicamente el interés general que tiene un más detallado estudio de las embarazadas confiadas a nuestro cuidado, y de un modo particular de aquellas que tengan antecedentes, más o menos destacados, de afecciones gástricas. En este sentido nos parece de especial importancia el estudio metódico de la posibilidad de hemorragias ocultas de aparato digestivo en todos los casos de anemia coincidente con el embarazo, haya o no antecedentes de afecciones de tramo gastrointestinal.

#### RESUMEN.

Se refiere este trabajo a dos casos de úlcera péptica coincidente con embarazo. Una revisión sistemática de la literatura lleva a la conclusión de que se trata de un acontecimiento poco frecuente. Se advierte que la posibilidad de que la úlcera péptica, de estómago o de duodeno, se cure por consecuencia del embarazo, no pudo

confirmarse en las dos observaciones expuestas, en las que, por el contrario, la afección ulcerosa se agravó manifiestamente.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ABBOTT.—U. S. Department of Labor, Childrens Bureau. U. S. Printing Office, Washington D. C., 1934.
2. ANDERS.—Amer. J. Obst. and Gynec., 43, 883, 1942.
3. ANDERSON.—Journ. Obst. and Gynaec. Brit. Emp., 39, 558, 1932.
4. BAUERBEISEN.—Zblatt f. Gynaek., 29, 185, 1905.
5. BOCKUS.—Gastroenterology, 1, 1946.
6. COBET UND RATSCHOW.—Klin. Wschr., 18, 347, 1939.
7. CORACHAN.—Cirugía gástrica, Vol. I, Barcelona, 1934.
8. CULMER, ATKINSON y IVY.—Endocrinology, 24, 631, 1939.
9. CHABANNES.—Cit. SANDWEISS y col. en (31).
10. FOCKEN.—Deutsch. Med. Wschr., 41, 118, 1941.
11. GÓMEZ-SIEGLER.—Clínica y Laboratorio, 32, 198, 1947.
12. GONZÁLEZ BUENO.—Cit. VIESCA y FERNÁNDEZ en (39).
13. GMINDE.—Zblatt f. Gynaek., 29, 469, 1905.
14. HECKSCHER.—Zblatt f. Gynaek., 52, 2886, 1928.
15. HOOKER.—Maternal mortality in New City. Comité of Public Health Relations, pág. 234, 1930-1932.
16. HUMPHSTONE.—Amer. J. Obst. and Gynec., 17, 1114, 1916.
17. IKEDA.—Japan. J. Obst. and Gynec., 14, 489, 1931.
18. KAMAN.—Zblatt f. Gynaek., 30, 12-9, 1906.
19. KORBSCHE.—Deutsch. Med. Wschr., 37, 559, 1937, y Die Mediz. Welt, 34, 489, 1942.
20. KUNTZ.—Zblatt f. Gynaek., 42, 371, 1907.
21. LA VAKE.—Cit. SANDWEISS y colaboradores en (31).
22. LE PLAY.—Cit. SANDWEISS y colaboradores en (31).
23. LE WINN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 14, 114, 1947.
24. MAC NALTY.—Report on a Investigation into Maternal Mortality in England and Wales Presented by the Ministry of Health to Parliament, April 1937.
25. MERCKEL.—Zblatt f. Gynaek., 41, 183, 1906.
26. MUSLOW AND BROWN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 31, 1041, 1936.
27. MUSSEY.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 2, 156, 1927.
28. PARADE.—Med. Klin., 49, 11-3, 1942.
29. PIERRE MARIE.—Presse Méd., 11, 139, 1943.
30. SANDWEISS, SALTZSTEIN AND FARMANN.—Amer. J. obg. Dis., 3, 24, 1938, e idem id. id., 6, 6, 1939.
31. SANDWEISS, PODOBSKY, SALTZSTEIN AND FARMANN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 45, 131, 1943.
32. SCHULTZ.—Med. Klin., 27, 914, 1939.
33. SCHITTELHELM.—Deutsch. Med. Wschr., 2, 33, 1942.
34. STEPHAN.—Zblatt f. Gynaek., 46, 208, 1922.
35. STRAUSS AND CASTLE.—Amer. J. Med. Sci., 184, 655, 1932.
36. TANGARI.—Cit. PIERRE MARIE en (29).
37. TSCHAMACHOW.—Inaugural Dissertation, Berlin, 1939.
38. VIANNA.—Annal. d'Ostet. e Ginecol., 3, 371, 1939.
39. VIESCA y FERNÁNDEZ.—Rev. Clin. Esp., 6, 103, 1942.
40. WOKER.—Deutsch. Med. Wschr., 66, 1265, 1940.
41. ZWEIFEL.—Zblatt f. Gynaek., 43, 442, 1919.
42. Cit. CORACHAN (7).

## RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

### EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA

A. CARRILLO AUSEJO

Director del Dispensario Oficial Dermatológico y de Higiene Social, Oviedo.

La alopecia en áreas, por su rebeldía a todos los tratamientos en algunos casos, y por lo gravemente que afecta a la estética, provoca en algunos pacientes, especialmente del sexo femenino, verdaderos disturbios psíquicos, por lo que no dejan de ser plausibles cuantas tentativas se hagan para tratar de resolver la terapéutica de tan rebelde afección. Es por esto por lo que consideramos interesante divulgar el conocimiento

de un proceder de tratamiento con el que hemos obtenido resultados superiores a todos los anteriormente empleados.

• • •

Naturalmente que, en el tratamiento de la pelada, lo primero que hay que tener en cuenta es descubrir su etiología—en los casos que esto sea posible—para hacerle al lado del tratamiento local el tratamiento de fondo de su afección general originaria. Ya sabemos que la sífilis, sobre todo la heredosífilis, juega un papel importante en un gran número de casos. Asimismo desde BASEDOW se conoce—y confirmadas estas observaciones por SABOURAUD—la coexistencia de pelada con bocio exoftálmico en un gran nú-

mero de casos. Los estudios modernos del metabolismo basal en los peládicos demuestran, en gran número de casos, la existencia de cifras altas de este metabolismo, descubridoras de su hipertiroidismo. Igualmente se citan casos (aunque no tan frecuentes como en los hipertiroidismos) de coexistencia de pelada en los hipotiroideos, si bien para SABOURAUD no se trataría de verdaderas peladas. LEVY-FRANCKEL y JUSTER subrayan la importancia de las perturbaciones del sistema simpático, e indican que el Basedow no produce la pelada sino indirectamente, perturbando el sistema nervioso vegetativo. Más modernamente los autores que se han ocupado de este asunto (NETHERTON, WERNER, WOLF, CRILE, etc.) insisten sobre la frecuencia de las peladas y alopecias en la enfermedad de Basedow.

Asimismo se ha señalado la pelada refleja de origen dentario por JACQUET, provocada por un foco supurado dental (granuloma apical, osteoperiostitis peridental, etc.). También SABOURAUD cita dos casos observados por él de coexistencia de pelada con erupción patológica de las muelas del juicio.

El mismo SABOURAUD señala la frecuencia con que se presenta la pelada en los deprimidos y fatigados, ya sin causa o en ocasiones por exceso de trabajo, y cualquier dermatólogo de mediana experiencia ha visto esta coexistencia. Nosotros obtenemos los mejores resultados en estos casos con el tratamiento, de calcio, fósforo y vitamina D asociados. Igualmente en los estados de déficit alimenticio se presenta con gran frecuencia la pelada.

\*\*\*

Repasando las teorías para explicar la patogenia de la pelada, se ve—desde las observaciones y estudios de LEVY-FRANCKEL y JUSTER—que la más aceptada, y además ha sido confirmada hasta por la experimentación en los animales, es la trofoangioneurótica: existe espasmo de los vasos capilares que nutren los folículos pilosos incursos en la placa de pelada, con déficit circulatorio y atrofia del folículo por falta de riego. Puede compararse exactamente a las gangrenas por falta de riego sanguíneo. JUSTER ha comprobado este angioespasmo con GUILLAUME, por capilaroscopia y por los tests de exploración del simpático con BOGAERTS. Tales experimentos fueron seguidamente confirmados farmacodinámicamente por MONACELLI y MONTESANO, los que encontraron constantemente la reacción positiva no sólo a la adrenalina, sino también a la morfina y cafeína, con reacción paradójica. Estas experiencias fueron también confirmadas por MIDANA.

GIACOMINI obtuvo con intensa hipertiroidización, en las aves, blanqueamiento y caída de las plumas, y SAINTON obtuvo, en el conejo, blanqueamiento del pelo y caída del mismo, con formación de verdaderas placas alopecias, mediante hipertiroidización intensa, haciéndoles ingerir

cuerpo tiroides (4 gr. al día durante cinco días), o inyecciones de tiroxina sintética a grandes dosis. Estas experiencias confirman la teoría trofoangioneurótica: por el sinergismo endocrino-simpático se provocaría el espasmo de los vasos; por la acción del simpático excitado por la hipertiroidización, con la consiguiente caída del pelo, al estar los folículos faltos de su riego sanguíneo que los nutre.

\*\*\*

El conocimiento de tales resultados fué lo que decidió a los autores japoneses TOYAMA, JKUZO y OGAWA, casi a la vez que a los autores franceses GOUGEROT y ALBEAUX-FERNET, a usar la acetilcolina en inyección intradérmica local en las placas de alopecia, con buenos e idénticos resultados en los dos grupos de experimentadores, resultados que no han sido tan halagüeños en manos de otros autores que han experimentado el método, por lo que éste ha caído en desuso en la actualidad, a pesar de que GABRIELE insistió en 1941 sobre la eficacia del mismo, que en sus manos le da el 98 por 100 de éxitos en uno o dos meses de tratamiento.

\*\*\*

Basado en esta teoría patogénica de la pelada por el angioespasmo, y conocidos los enormes efectos vasodilatadores del ácido nicotínico, PUGLISI ensaya sus efectos en el tratamiento de la pelada, con inmejorables resultados. Usa el ácido piridin B. carbónico purísimo, en ampollas que contienen 0,03 gr. en 2 c. c. de solución, en inyección intradérmica, sobre los bordes de las placas alopecias. Inyecta cada cuarenta y ocho horas. Trata 21 enfermos con peladas ya resistentes a anteriores tratamientos, y de tres meses a dos años de duración. Salvo en 3 casos en que fracasa, obtiene la curación en un plazo de ocho a cuarenta días en 18 de los 21 enfermos que ha tratado (85,10 por 100 de éxitos). Los mismos resultados obtiene cuando las placas eran múltiples, inyectando en varias placas o en una sola.

\*\*\*

Desde el año 1942, en que PUGLISI publicó sus observaciones, hemos tenido ocasión de experimentar este método con bastante amplitud. Hemos tratado 48 enfermos, todos adultos, de los cuales 30 eran del sexo femenino y 18 del sexo masculino. Las historias clínicas detalladas las omitimos en gracia a la brevedad. Si debemos señalar que nuestros resultados coinciden en parte con los de PUGLISI, pues si bien nuestros resultados globales son mejores (sólo 2 fracasos en nuestros 48 enfermos, o sea el 95,8 por 100 de éxitos), en cambio no hemos obtenido resultados tan rápidos como PUGLISI, que obtiene sus curaciones en ocho-cuarenta días; nosotros obtenemos las curaciones en un plazo de uno a



tres meses, y la mayor parte de los enfermos necesitan unos dos meses para su curación.

Debemos señalar que nuestros dos fracasos eran dos enfermos con pelada marginal del tipo Ofiasis de Celso, y en los que suspendimos el tratamiento sin obtener ningún resultado después de tres meses de inyección dos veces a la semana. Queremos señalar esta rebeldía, observada por nosotros en otro adulto tratado en 1945 con inyecciones intradérmicas de acetilcolina, en el que fracasamos totalmente. No acertamos a explicarnos esta rebeldía de la ofiasis en los adultos, en contraposición con la benignidad de esta forma en los niños, en los que la mayor parte de las veces cura sola, como señala muy acertadamente SABOURAUD.

Nosotros tratamos a nuestros enfermos con inyecciones intradérmicas de solución de ácido nicotínico puro; un grupo de 10 enfermos, con inyectables preparados por la casa Abelló, a nuestra insistencia, dosificados a 0,025 gr. por centímetro cúbico, y el resto de enfermos con el preparado que la casa Zeltia tiene en el comercio registrado con el nombre de "Zeltivit P. P.", en cajas de 10 ampollas de 1 c. c., dosificadas a 0,05 gr. por ampolla. Los resultados han sido semejantes con uno que con otro de los preparados. A ambas casas queremos agradecer las facilidades dadas.

Dada la resistencia del cuero cabelludo a la penetración intradérmica de los fármacos, usamos jeringuillas de dentista, con lo que las inyecciones se practican con mucha más facilidad y comodidad. Practicamos las inyecciones dos o tres veces en semana, según la tolerancia local, e inyectamos por picaduras, en cada una de las cuales introducimos 0,1 c. c., y separamos cada picadura entre sí 1-2 cm., según el tamaño de la placa, procurando poner las inyecciones en el borde de las placas, junto a la zona en que ya existe pelo limitando éstas, de forma que circunvalamos cada placa de una serie de picaduras; cuando la placa es de gran tamaño, aún ponemos tres o cuatro picaduras repartidas por el centro de la misma. En algunos casos hemos llegado a inyectar en cada sesión hasta tres ampollas de Zeltivit P. P., o sea, 15 cgr. de ácido nicotínico, con una tolerancia general bastante buena. Rápidamente después de la inyección se presenta una reacción vasomotora generalizada con intensa dilatación, manifiesta por un enrojecimiento y sensación de picor por todo el cuerpo, pero mucho más acentuada esta sensación de ardor y el eritema congestivo visible en las partes cerca de la zona inyectada (cuello, cara y cabeza), eritema aún más acentuado en la misma placa inyectada. La tolerancia local es bastante buena, aunque el método debemos señalar es bastante doloroso, por lo que intentamos sustituir el ácido nicotínico por otros fármacos de reconocida acción vasodilatadora y de mejor tolerancia local, que más adelante indicaremos, aunque por los mejores efectos del ácido nicotínico renunciamos rápidamente a ellos. A pesar

de lo doloroso del método, debemos señalar que de 51 enfermos en los que comenzamos la experiencia, sólo abandonaron el tratamiento precozmente por este dolor tres hombres y ninguna mujer, lo que indica la capacidad de sufrimiento de esta última, tratándose de mejorar una afección que tanto les interesa curar por lo que afecta a la estética. Así, pues, continuaron el tratamiento hasta su terminación—bien por curación o por indicación nuestra de abandono por fracaso—los 48 enfermos a que desde el comienzo hacemos referencia.

Los resultados se aprecian bastante rápidamente: ya desde las primeras inyecciones se ve que la placa alopécica permanece completamente roja; casi a la tercera o cuarta sesión de inyecciones la piel pierde su lisura y atrofia característica, comenzando a abultarse los folículos, señal de la reanudación de su actividad y de la próxima emergencia del pelo, y enseguida aparece éste bajo la forma de un lanugo fino y decolorado, el que más adelante toma fortaleza y recupera el color primitivo, terminando la curación.

Salvo los dos enfermos varones, afectados de ofiasis de Celso, a que más arriba hemos hecho referencia, y en los que abandonamos el método por considerarlo fracasado, los restantes 46 enfermos tratados han conseguido la curación en un plazo de uno a tres meses, siendo la media de curación de unos dos meses. Como vemos, los resultados son dignos de tener en cuenta y de que sean objeto de una experimentación más amplia.

\* \* \*

Teniendo en cuenta lo dolorosas que resultan las inyecciones intradérmicas de ácido nicotínico, intentamos sustituirlas por otros compuestos de reconocida acción vasodilatadora que pudieran ser menos dolorosas.

Un grupo de 3 enfermos (1 hembra y 2 varones) los comenzamos a tratar con el mismo método intradérmico señalado y los mismos ritmos de inyección, con un preparado de la Sociedad General de Farmacia, registrado con el nombre de Novo C, y que presentan en ampollas de 5 c. c. con 0,09 gr. de ascorbato de Novocaina asociado en agua destilada con 0,10 gr. de ácido ascórbico, asociación simpaticolítica y espasmolítica de acción vascular, recomendado en los angioespasmos. No obtuvimos ningún resultado, por lo que abandonamos el método después de tres semanas de tratamiento, continuando en los tres enfermos con el ácido nicotínico, con el que logramos su curación.

Asimismo, y en otro lote de 10 enfermos, comenzamos a tratarlos con el preparado de la casa Ciba, Priscol, en ampollas de 1 c. c. con 0,01 gramos de clorhidrato de la 2-benzil-imidazolina, conocido por sus potentes efectos vasodilatadores sobre las arteriolas y capilares. Usamos el mismo método intradérmico, y obtuvimos algún efecto en casi todos los casos, si bien con efec-

tos menos rápidos que con el ácido nicotínico, por lo que lo sustituimos por éste cuando llevaban puestas unas 8-10 inyecciones; pero, repetimos, como observamos algún efecto, pensamos continuar nuestras experiencias con Priscool en otro lote de enfermos.

\* \* \*

Todas las medicaciones locales usadas de antiguo en la pelada buscan la vasodilatación por su acción excitante de la piel al provocar el eritema (crisarrobina-cloroformo, ácido acético-éter, xilol-licor de Hoffmann, rayos ultravioleta, etcétera), la misma acetilcolina, pero a todos supera por sus potentes efectos vasodilatadores el ácido nicotínico.

Asimismo, más modernamente, se han preconizado otros tratamientos fundados también, a nuestro entender, en su acción vasodilatadora, con resultados diversos:

GLABERZÓN y colaboradores preconizan la parafina sólida, caliente a 52-60 grados, que mantienen treinta-sesenta minutos, y obtienen éxitos después de 6-33 sesiones.

FENNER usa el xilol puro en toques tres días seguidos, hasta conseguir la rubefacción, con éxito.

BRAUN usa el Priscool en pomada, en fricciones sobre las placas, con resultados no muy claros.

HOCKER da Proginon por vía bucal e hipodérmica, con éxito relativo.

KÜHNAU usó, con éxito, la acción vasodilatadora del dietilestilboestrol (Estromenin), en inyecciones y pomada.

NOGER-MORÉ da el talio per-os en solución decimal al diezmillonésimo, en adultos, observando perfecta tolerancia y algún resultado.

HALTER da el talio a dosis homeopáticas: una dosis submúltiplo 6 de la dosis depilante, de la que da una tableta cada dos días, durante unos meses; descansa cuatro semanas y repite, con lo que estimula el crecimiento del cabello y no observa trastornos. El crecimiento del cabello lo activa asociándole rayos ultravioleta.

NAVARRO-MARTÍN comunica haber observado que, dando talio a dosis depilante en niños con pelada se observa el fenómeno paradójico de que no agrava la evolución de la pelada, sino que rebrota—en algunos—el pelo en las placas de alopecia. NAVARRO-MARTÍN ideó este método al observar que el pelo que sale después de la depilación por el talio es más fuerte que el que anteriormente tenía el niño. No sabe si el talio actúa sobre el sistema endocrino-simpático al producir una reacción exagerada sobre las placas después del insulto del talio. A nuestro entender, es muy fundamentada esta impresión de NAVARRO-MARTÍN, pues aunque no se conoce bien el mecanismo de la acción farmacológica del talio, ya se sabe, desde BUSÉHKE, que la alopecia provocada por el talio no es sino uno de los síntomas de los trastornos endocrino-vegetativos que acompañan a la acción tóxica del talio.

AGUILERA usa las inyecciones intradérmicas de la lactoproteína en las placas de pelada, con resultado, y hace unas observaciones interesantísimas, pues estudia el metabolismo basal de los enfermos en relación con las inyecciones, observando que las series de inyecciones modifican siempre el metabolismo, aumentándolo en unos enfermos y en otros disminuyéndolo. En los casos que mejoran con esta terapéutica, ve una tendencia al aumento del metabolismo (83 por 100); los fracasos o agravaciones coinciden con una baja del metabolismo (89 por 100). Nosotros creemos que pueden explicarse estos resultados de AGUILERA por la excitación que provoquen las inyecciones sobre las terminaciones del sistema simpático, y así, por la correlación endocrino-simpática, obren sobre el sistema endocrino en un sentido o en otro, según la constitución individual, y en los casos de éxito, asociado con la vasodilatación que provoquen las inyecciones por irritación local.

\* \* \*

Sin pretender creer que se tenga resuelto el problema tan oscuro de la etiología y patogenia de la pelada, vemos, no obstante, muy aclarado el horizonte de la concepción patogénica de la misma por la teoría del angioespasmo, con las comprobaciones expuestas principalmente por LEVY-FRANCKEL y JUSTER, comprobadas por MONACELLI, MONTESANO y MIDANA, y por los experimentos en animales, principalmente los de SAINTON. Estos resultados son muy interesantes conociendo la frecuencia de afección tan rebelde como la pelada, como se deduce de todas las estadísticas mundiales, que coinciden que su frecuencia es del 2 al 3 por 100 de todos los enfermos dermo-venereológicos, confirmadas en España por las estadísticas de SANZ-BENÍTEZ y SÁINZ DE AJA, FORNS y PELAYO GÓMEZ, que dan cifras del 2 al 4 por 100.

Sin responder a una etiología única, este angioespasmo patogénico responde, en un gran número de casos, al hipertiroidismo por excitación del simpático. Todos los autores, desde BASEDOW, señalan la existencia de hipertiroidismo en un gran número de peládicos, hecho señalado en España principalmente por GAY-PRIETO, cuya estadística de 39 enfermos de pelada da 25 en los que el metabolismo está aumentado en más del 12 por 100, en 12 casos era normal y en 2 solamente era inferior a menos 10 por 100. Esta estadística de GAY-PRIETO no coincide con las de COVISA y SOLLA, que de 32 peládicos en 18 lo encuentran disminuido, 10 normal y 4 aumentado. De los resultados de su estadística deduce GAY-PRIETO consecuencias terapéuticas, comenzando a tratar los enfermos con metabolismo basal aumentado con el Tiouracilo, con resultados tan brillantes en los primeros casos tratados, que le inducen a publicar una reciente nota previa.

\* \* \*



Como consecuencia de todo lo expuesto, creemos que en el tratamiento de la pelada es muy lógico tener en cuenta las siguientes indicaciones:

1.º Procurar descubrir la etiología y hacer el tratamiento consiguiente (sífilis, disendocrinias especialmente hipertiroidismo con tiouracilo, fatigados o deprimidos, descubrir y extirpar los focos piógenos de boca, etc.).

2.º Someter a los enfermos—aparte de su tratamiento etiológico en los casos que se pueda descubrir—a una medicación intensiva y prolongada, con dosis altas de calcio, fósforo y vitamina D, reposo relativo y sobrealimentación.

3.º Someter al enfermo a los tratamientos vasodilatadores clásicos, por fricciones rubefacientes locales, y en caso de rebeldía, saber que con el ácido nicotínico intradérmico tenemos un vasodilatador de primer orden.

#### BIBLIOGRAFIA

- AGUILERA.—Ann. de Dermat. et Syphil., 2, 137, 1935.  
ALBEAUX-FERNET.—Presse Med., 4, 64, 1937.  
BRAUN.—Med. Klin., 14, 324, 1942.

- BUSCHKE.—Munch. Med. Wschr., 815, 1926.  
CLAUBERZON y cols.—Zblatt für Haut und Geschlecht, 29, 207, 1934.  
COVISA y SOLLA.—Modernos estudios sobre dermosifilografía. Metabolismo basal en la pelada y en el acné, pág. 181. Madrid, 1932.  
GABRIELE.—Munch. Med. Wschr., 7, 205, 1941.  
GAY-PIRIETO.—Dermatología, pág. 597, 1942.  
GAY-PIRIETO.—Bolet. del Instit. de Patol. Méd., 6, 116, 1947.  
GOUGEROT y ALBEAUX-FERNET.—Bull. Soc. France. Dermat. et Syph., 211, 1936.  
HALTER.—Dermat. Wschr., 2, 29, 1942.  
HOCKER.—Med. Klin., 18, 603, 1934.  
JUSTER.—Traitement des affections neurocutanées. Paris, 1929.  
KÜHNAU.—Archiv. Dermat. und Syph., 3, 322, 1939.  
LEVY-FRANCKEL y JUSTER.—Presse Med., 198, 1922.  
LEVY-FRANCKEL y JUSTER.—Ann. de Dermat. et Syph., 864, 1928.  
LEVY-FRANCKEL y CAILLIAU.—Ann. de Dermat. et Syph., 391, 1935.  
MUSSIO FOURNIER y cols.—Piel y anexos y glándulas endocrinas, pág. 82. Barcelona, 1944.  
NAVARRO-MARTÍN.—IV Reunión Nacional de Dermatólogos Españoles. Barcelona. Libro de comunicaciones, pág. 307, 1940.  
NEHERTON y CRILE.—Diseases of Thyroid Gland, pág. 181, 1932.  
NOGUER-MORE.—Ecos Españoles de Dermat., 9, 603, 1933.  
PUGLISI.—Giorn. Ital. de Dermat. e Sifil., 1, 81, 1942.  
SABOURAUD.—Nouvelle Prat. Dermat., 7, 150, 1936.  
SAINTON y VERAN.—Bull. Soc. Franc. Dermat. et Syphil., 35, 471, 1928.  
SANZ-BENITEZ.—Actas Derm. Sifilio., 28, 325, 1936.  
SÁINZ DE AJA, FORNS y PELAYO GÓMEZ.—Act. Derma. Sifil., 26, 35, 1933.  
WERNER.—Endocrinology, 1937.  
WOLF.—Endocrinology, in modern practice, pág. 236, 1940.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Caronamida para elevar el nivel sanguíneo de penicilina.**—Para conseguir el nivel de penicilina en la sangre más alto y más sostenido se han empleado distintos métodos: dosis altas y frecuentes de penicilina; asociación de una infusión venosa constante y un gota a gota intramuscular; procedimientos para hacer más lenta la absorción de la penicilina (empleo de suspensiones en cera y aceite, enfriamiento del lugar de la inyección, etc.); disminución de la eliminación renal de la droga por medio de la administración de diodrast, de ácido p-aminchipúrico o de benzoato sódico. CROSSON, BOGER, SHAW y MILLER (Journ. Am. Med. Ass., 134, 1524, 1947) proponen para este último fin la administración oral de caronamida (4'-carboxifenilmetano-sulfanilamida). Se trata de una sustancia muy poco tóxica, la cual no ha producido ninguna manifestación desagradable en los enfermos tratados con 2 gr. cada cuatro horas o con 1,5 gr. cada tres horas por vía oral. El efecto de su administración se ha ensayado en pacientes tratados con penicilina por vía oral, en inyección intramuscular y en inyección de una suspensión de penicilina en aceite y cera. La elevación que se logra con caronamida es dos a siete veces la que existía anteriormente a su ingestión, con la misma pauta de tratamiento penicilínico y sin tomar ninguna otra medida complementaria. Los efectos son menos marcados

en el caso de la penicilina de absorción retardada, y es posible que en estas circunstancias sean necesarias dosis aún mayores de caronamida.

**Tratamiento de las úlceras por decúbito.**—MCNEIL LOVE (Practit., 159, 342, 1947) divide las úlceras por decúbito en agudas o tróficas y crónicas o posturales. La úlcera aguda se presenta en afecciones neurológicas, comúnmente asociada a paraplejia. El tratamiento de elección es la extirpación de la úlcera, aplicación de penicilina y aceite de parafina a la superficie resultante, y, cuando la herida está limpia, un injerto cutáneo. Las úlceras crónicas pueden aparecer en diferentes estadios: cuando existe amenaza de formación de úlcera (hay eritema, pero que desaparece por la compresión digital), se hallan contraindicadas las aplicaciones húmedas; se debe evitar la presión sobre zona, la cual se cubrirá con esparadrapo o se tratará con frecuentes toques de un astringente, por ejemplo, nitrato de plata al 5 por 100. En un estadio ulterior, la presión del dedo no hace desaparecer el eritema; la úlcera es entonces inevitable; la aplicación de tanino al 7 por 100, por medio de un pulverizador, resulta entonces de una gran utilidad para limitar la extensión de las lesiones. Si la úlcera está ya constituida, el tratamiento es más difícil; en tiempos recientes se ha preconizado la excisión de la úlcera seguida de in-