

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-

jerto pediculado de piel. Cuando las úlceras son pequeñas, pueden tratarse simplemente cubriéndolas con esparadrapo, hasta que los exudados le hacen caer. En las úlceras grandes se emplean distintos antisépticos, siendo recomendable el cambio frecuente de preparado; uno de los más útiles suele ser el ictiol al 10 por 100 en glicerina. La diatermia de onda corta resulta de gran utilidad para favorecer la cicatrización.

**Radioterapia en la salpingitis tuberculosa.**—El tratamiento de la salpingitis tuberculosa es muy discutido. El reposo, la buena alimentación y la helioterapia constituyen las bases más frecuentes de tratamiento. Pero, al lado de ellas, se han propuesto otras que son muy elogiadas por algunos clínicos. La extirpación quirúrgica es seguida a veces de resultados excelentes, pero es capaz de originar una diseminación hematológica o de ser causa de fístulas tuberculosas. PHILIPP (Proc. Roy. Soc. Med., 40, 376, 1947) revisa en su casuística distintos tratamientos, y afirma la utilidad en muchos casos de la radioterapia. Ha empleado dosis pequeñas: un total de 600 r, en el curso de 12 a 18 sesiones, durante seis a nueve semanas (en general, dos sesiones semanales); el tratamiento puede ser repetido, sin que se produzca amenorrea, después de un descanso de pocos meses. El total de enfermas tratadas ha sido de 13; en 12 se había practicado anteriormente una laparotomía, y 5 habían quedado con fístulas tuberculosas. A los seis meses de iniciado el tratamiento, todas las fístulas habían curado; la menorragia, que era el síntoma más frecuente, había desaparecido, y solamente una enferma quedó con amenorrea por la radiación. El efecto de la radioterapia parece ser destruir el componente linfoide de la inflamación tuberculosa y favorecer el desarrollo de una fibrosis que resulta beneficiosa para la curación de las lesiones.

**Extractos de tejidos animales en las quemaduras.**—La protección de la superficie quemada por una escara, más o menos seca, es el fundamento de las aplicaciones de ácido tánico, que un tiempo estuvieron muy en boga. CHASE (Surg. Gynec. & Obst., 85, 308, 1947) sugiere que una escara de propiedades más favorables que la lograda por el ácido tánico se consigue por la aplicación local de un extracto de tejido. Con tal objeto emplea un extracto, obtenido de la forma siguiente: se pica aorta de vaca y se lava, para

arrastrar el exceso de sangre; se extrae entonces con sosa N/10, durante una hora, y se filtra; se ajusta a un pH de 7,2 con ácido clorhídrico diluido y se recoge por filtración el precipitado que se forma; la sustancia que se obtiene se disuelve en solución salina fisiológica y se aplica con un pulverizador sobre la superficie quemada o se elabora en una pomada con sulfotiazol. El extracto de aorta ha sido utilizado en 500 enfermos con quemaduras, sobre las que forma una escara seca y algo flexible. No retarda la cicatrización, suprime rápidamente el dolor y permanece adherida a la superficie cutánea hasta que se ha verificado la cicatrización. El mismo extracto ha sido eficaz para combatir las vesículas del herpes simple en sus comienzos, así como para suprimir el dolor de un eritema actínico.

**Cloruro de colina en las anemias megaloblásticas.**—La intervención del hígado en la regeneración de las anemias ha hecho pensar en que algunos de tales procesos pudiera depender de una alteración funcional del citado órgano, que quizá respondiese a la administración de colina. DAVIS y BROWN (Blood, 2, 407, 1947) han tratado a 10 mujeres con anemias megaloblásticas de diversos tipos con cloruro de colina, administrado por vía oral o en inyección intravenosa. El método de elección parece ser la inyección intravenosa diaria de un gramo de cloruro de colina. Con dosis mayores y aun a veces con la indicada, se producen reacciones desagradables (taquicardia, náuseas y vómitos). La dosis oral osciló entre 3 y 10 gr. diarios, y nunca produjo reacciones tóxicas. La respuesta a la colina es muy variable. No se obtuvo ningún resultado en una anemia de Biermer y en otra de embarazo, las cuales reaccionaron posteriormente a extractos hepáticos; lo mismo se observó en dos casos de sprue. Por el contrario, se logró respuesta a la colina en dos casos de BIERMER que eran refractarios a los extractos hepáticos, y se consiguió una respuesta suplementaria en otros dos casos de anemia de Biermer y en uno de anemia megaloblástica del embarazo, que ya habían respondido favorablemente al tratamiento con hígado. Los autores concluyen que la colina no es directamente hemopoyética, pero que en algunos casos puede potenciar la acción de los extractos hepáticos, por lo que conviene asociarla a ellos en los casos refractarios o en los simultáneamente enfermos del hígado.