

NOVEDADES TERAPEUTICAS

El diurético mercurial dicurin-procaína, en inyección subcutánea. — En diferentes ocasiones se ha intentado emplear la vía subcutánea para el tratamiento con diuréticos mercuriales. La introducción en la molécula de un grupo tiol y la asociación a teofilina parecen favorecer la tolerancia conservando la eficacia de la droga. Así, se han recomendado para inyección subcutánea el meralurido sódico (Mercuhidrin) y la mercaptomerina sódica (Thiomerin), pero su administración origina frecuentes molestias locales. BEST, HURT, SHAW y WATHEN (*Am. J. Med. Sci.*, 225, 132, 1953) han empleado un nuevo preparado, que es una mezcla de teofilina y meretoxilina-procaína (Dicurin-procaína); la composición del componente mercurial es: o-(N-hidroxi-mercuri-metoxietoxi)-propil-carbamil-fenoxiacetato-procaína. El peso molecular es de 785 y la cantidad de mercurio es el 25,43 por 100 del peso molecular. Los autores han visto que la eficacia diurética del nuevo preparado por vía subcutánea es similar a la del thiomerin. En 69 enfermos realizaron 540 inyecciones y en 8,15 por 100 de las inyecciones se produjo reacción local, aunque no llegaron a obligar a suspender el tratamiento. No se produjo nunca una reacción general o de hipersensibilidad y solamente en algunas viejas se originaron equimosis en el punto de la inyección. Hay que tener cuidado en que no se inyecte solución mercurial intracutáneamente, ya que entonces es más fácil la producción de dolor y de equimosis.

Tratamiento del pénfigo con ACTH y cortisona. — El pénfigo vulgar maligno y el pénfigo foliáceo son afecciones casi constantemente mortales. Aún se dispone de poca experiencia sobre el tratamiento de tales afecciones con ACTH y cortisona. En una extensa monografía dedicada al pénfigo, LEVER (*Medicine*, 32, 1, 1953) refiere los efectos del tratamiento en cuatro casos de pénfigo vulgar maligno y en uno con pénfigo foliáceo. Los resultados fueron constantemente buenos, aunque algunos enfermos requirieron una dosis diaria hasta de 450 miligramos de ACTH para verse libres de sus manifestaciones. Cuando se empleó la vía intravenosa, la dosis diaria fué de 20 mg. Cree el autor que el tratamiento hormonal puede salvar la vida de los enfermos y quizás conseguir su curación definitiva si el pénfigo, como es posible, fuese una afección con un ciclo determinado.

Hetrazan en la ascariasis. — El compuesto de nominado hetrazan, banocide o dietilcarbamazina, ha sido empleado con éxito en el tratamiento de la filariasis. THOMSON (*Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 46, 679, 1952) lo considera también útil en el tratamiento de la ascariasis, especialmente en niños debilitados. Ha tratado con dicha sustancia a 50

nios. La dosis utilizada es de 20 mg. por kilo de peso, diariamente, durante un mínimo de cuatro días seguidos y mejor aún durante siete días. Las tabletas se ingieren trituradas, con un poco de agua caliente o en forma de jarabe que contiene 30 miligramos de hetrazan en 1 c. c. En general, el tratamiento es bien tolerado y sólo algunos pacientes presentan una cierta irritación cutánea. COLBOURNE (*Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 46, 662, 1952) ha tratado con una dosificación similar a 20 enfermos y ha comparado los resultados con los logrados en otros 20 con aceite de quenopodio, siendo idénticos los porcentajes de curación en ambos grupos.

Tratamiento de los edemas con colina. — No existe un paralelismo entre la presencia de edema y la hipoalbuminemia, existiendo sujetos con una proteinemia muy baja y sin edemas. Por otra parte, en algunas ocasiones se ha observado en el edema de hambre la presencia de valores sanguíneos bajos de fosfolípidos, probablemente por déficit dietético de sustancias ricas en tales cuerpos. BLOEM y NEUMANN (*Lancet*, 1, 827, 1953) han ensayado por ello el tratamiento con 3 gr. diarios de colina por vía oral en un enfermo de edema de hambre, el cual curó rápidamente. Lo mismo sucedió en otro con edema nefrótico, tratado con la misma dosis de colina, por vía oral. Los autores suponen que el efecto favorable de la colina puede ejercerse por intermedio del hígado o quizás directamente sobre los fosfátidos de la pared celular, en la que, según BUNGERG DE JONG habría un componente de ácido fosfátilo.

Tratamiento de la esclerodermia. — Aunque la importancia de la participación de los vasos en el proceso de la esclerodermia parece ser secundaria, es lo cierto que las medidas terapéuticas dirigidas sobre los vasos son más eficaces que las orientadas en otra dirección. EVANS, RUBITSKY y PERRY (*J. Am. Med. Ass.*, 152, 891, 1953) han revisado el problema del tratamiento de la esclerodermia fundándose en el estudio de 38 casos. Ningún producto medicamentoso resulta tan eficaz como la simpatectomía quirúrgica, la cual consigue alguna mejoría en el 88 por 100 de los casos. Los resultados son mejores en la cara y en el esófago y laringe. Cuando no hay participación del esófago, la simpatectomía se limitará a los pares torácicos 1.^o al 5.^o. Como la participación esofágica es muy frecuente, lo más habitual es tener que realizar una simpatectomía de los segmentos torácicos 1.^o al 12.^o, excepto uno de los constitutivos del nervio esplácnico mayor de un lado para evitar la hipotensión postural resultante en otro caso. Cuando se trata de una enfermedad primaria de Raynaud, con leve esclerodermia secundaria, la simpatectomía comprenderá los segmentos torácicos 1.^o a 9.^o.