

En los casos leves y de mediana intensidad, el Mestimon nos parece preferible a la prostigmina como tratamiento de base.

Los efectos tóxicos son mucho menores que con la prostigmina como regla muy general.

Otros ensayos y asociaciones terapéuticas son recomendables.

Es grato expresar nuestro agradecimiento a los doctores K. OSSERMAN, de Nueva York, y F. UNTERHARNSCHEIDT, de Bonn, por sus comunicaciones personales acerca del uso del Mestimon, y a los Laboratorios Roche, Sociedad Anónima, por habernos proporcionado la cantidad utilizada en el tratamiento de nuestros casos.

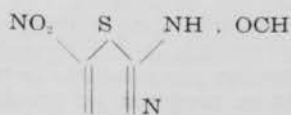
## BIBLIOGRAFIA

- ALAJOUANINE, TH., LEMAIRE, A. y BOURGIGNON, A. — Rev. Neurol., 90, 1, 1954.  
BARRAQUER-BORDAS, L. — Rev. Esp. de O. N. O. y Neurocir., 12, 430, 1953.  
BARRAQUER-BORDAS, L., MILLET, A. y VILLAR, M. — Med. Clin., 22, 410, 1954.  
BOGAERT, L. y RADERMECKER, J. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 287, 1955.  
CHURCHILL-DAVIDSON, H. C. y RICHARDSON, A. T. — J. Physiol., 122, 252, 1953.

- DESCAMPS, L. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 344, 1955.  
DESCAMPS, L. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 351, 1955.  
DESMEDT, J. E. y LA GRUTTA, G. — Rev. Neurologique, 91, 457, 1954.  
FRANÇOIS, J., BEGAUD, CL., DECOCK, G., STEFENS, R. y ROUCK, A. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 321, 1955.  
FROMHERZ, K. y PELLMONT, B. — Schweiz. Med. Wschr., 88, 1187, 1953.  
HAENE, A. y RUSSEL, J. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 364, 1955.  
HOEFER, P. F. A., ARANOV JR., H. y ROWLAND, L. P. — Neurology, 3, 691, 1953.  
KETELAER, CH. J. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 309, 1955.  
OSSERMAN, K. E. y KAPLAN, L. I. — A. M. A. Arch. Neurol. and Psychiat., 70, 385, 1953.  
OSSERMAN, K. E., TENG, P. y KAPLAN, L. I. — Journ. Am. Med. Ass., 155, 961, 1954.  
PASSOUANT, P. y RADERMECKER, J. — La Myasthénie. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française. Liège, Masson et Cie. Paris, 1954.  
PASSOUANT, P. — Rev. Esp. de O. N. O. y Neurocir. (en prensa).  
PELIKAN, E. W., TETHER, J. E. y UNNA, K. R. — Neurology, 3, 284, 1953.  
RADERMECKER, M. A. — Acta Neurol. et Psychiat. Belgica, 55, 356, 1955.  
ROWLAND, L. P., KORENGOLD, M. C., JAFFE, I. A., BERG, L. y SHY, G. M. — Neurology, 5, 89, 1955.  
SCHWAB, R. S. y TIMBERLAKE, W. T. — New England Med. J., 251, 271, 1954.  
UNTERHARNSCHEIDT, F. — Nervenarzt, 26, 275, 1955.  
VIETS, H. R. — New Engl. Med. J., 251, 97, 1954.  
WESTERBERG, M. R. y MAGEE, K. R. — Neurology, 4, 762, 1954.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Tratamiento de la tricomoniasis con un amido-nitrotiazol.**—La difusión de la infección por Trichomonas vaginales es extraordinaria y se han propuesto numerosos tratamientos medicamentosos de la misma, lo cual revela que no existe ninguno que sea enteramente satisfactorio. Los nitrotiazoles habían sido empleados en veterinaria para el tratamiento de diversas afecciones causadas por protozoos. BUSHBY, CATTERALL y WILLIAMSON (*Br. Med. J.*, 1, 78, 1955) han estudiado el 2-formamido-5-nitrotiazol, denominado también 291 C 51, y cuya fórmula es



Su actividad "in vitro" contra los trichomonas es muy elevada y llega a ser cien veces superior a la del acetarsol. Los ensayos clínicos han sido realizados en 97 mujeres, en las que se realizó la aplicación vaginal de 200 mg. durante catorce días (en algunas enfermas, sólo siete días). Los resultados clínicos no son superiores a los del acetarsol, siendo muy elevado el número de recidivas, lo mismo que sucede con otras drogas. La ventaja del nuevo preparado es no tratarse de un arsenical, por lo que está indicado cuando exista intolerancia para este tipo de sustancias.

**Estilbamidina en la neuralgia del trigémino.**—Los riesgos de la intervención quirúrgica en los pacientes con neuralgia del trigémino, generalmente

de edad avanzada, hacen deseable se obtenga un método más inocuo y sencillo que evite las molestias de los enfermos. MILLER (*Bull. J. Hopkins Hosp.*, 96, 146, 1955) sostiene que la estilbamidina puede ser uno de tales métodos curativos. De 16 enfermos tratados, ha obtenido resultados excelentes en 15 y menos buenos en el enfermo restante. En 14 enfermos habían fracasado previamente secciones radiculares, inyecciones de alcohol y vitamina B<sub>12</sub>. El tratamiento consiste en la inyección de 0,15 gramos de isotionato de estilbamidina diariamente durante catorce días. La inyección se introduce lentamente por vía intravenosa y es importante que la solución de estilbamidina (al 5 por 100) se reactive inmediatamente antes de inyectarla a fin de evitar efectos tóxicos o la inactivación de la droga. La frecuencia de los accesos dolorosos disminuye gradualmente, al tiempo que suelen aparecer parestesias o prurito local, durante varias semanas.

**La amida procainica en el tratamiento del corea de Huntington.**—En 1952 comunicó GOLDMAN el efecto beneficioso del pronestyl en el tratamiento del corea de Huntington. LAZARTE, BAARS y PEARSON (*Am. J. Med. Sci.*, 229, 676, 1955) han empleado el medicamento en tres pacientes de dicho proceso. El tratamiento se inició con una toma de cuatro cápsulas de 0,25 gr.; después, dos cápsulas, cada cuatro horas, durante 24, y posteriormente dos cápsulas, cada seis horas, hasta un total de 35 días. Tanto en la época de tratamiento como cuando recibían un placebo, se observó una gran variabilidad de los síntomas de un día a otro y la ejecución de ejercicios de habilidad no era siempre igual; de to-

das formas, en oposición a la afirmación de GOLDMAN, no se observó ninguna diferencia entre el efecto del pronestyl y de un placebo y quizá se pudo observar que el tratamiento no impedía el curso lentamente progresivo de la enfermedad.

**La asociación de antibióticos con otras drogas en el tratamiento de la disentería amebiana crónica.**—La emetina es capaz de curar un ataque agudo de amebiasis. La cloroquina se absorbe tan rápidamente que no llega a las porciones inferiores del intestino. Reparos diversos podrían hacerse a cada una de las distintas drogas abemicidas. Y todas ellas fracasan aisladas en la amebiasis crónica. SINGH (*Lancet*, 1, 527, 1955) ha tratado a 32 enfermos, que padecían disentería amebiana durante tres a doce años, y en muchos de los cuales habían fracasado varios intentos terapéuticos. El método de SINGH consiste en administrar conjuntamente 500 miligramos de aureomicina, 250 mg. de carbarsona, 600 mg. de diiodohidroxiquinolina y 200 mg. de cloroquina, cada ocho horas, durante seis días, continuando otros catorce días sólo con diiodohidroxiquinolina y cloroquina. Si persisten algunos síntomas, a las seis semanas del comienzo del primer tratamiento, se hace un segundo choque con 500 miligramos de terramicina, 250 mg. de carbarsona y 100 mg. de mepacrina, cada ocho horas, durante seis días. En algunos enfermos persistió una diarrea, probablemente debida a la aureomicina, que curó espontáneamente. Al cabo de tres meses, todos los enfermos estaban curados clínicamente y por

examen de heces y sigmoidoscopia. La revisión de 20 de los casos en períodos de ocho meses a dos años mostró que la curación era permanente.

**El tratamiento endocrino del carcinoma de próstata.**—El asunto ha sido revisado por CARROLL y BRENNAN (*J. Am. Med. Ass.*, 157, 581, 1955), los cuales discuten las ventajas de asociar la orquidectomía a la administración de estrógenos o reservar la intervención para el caso de reagudización, asunto sobre el que no existe acuerdo. La administración de 25 mg. de hidrocortisona en días alternos o la adrenalectomía bilateral pueden ofrecer mejoras pasajeras en casos resistentes. Probablemente, la introducción en terapéutica del estrógeno clorotrianisene (TACE) es el mayor avance registrado recientemente en el tratamiento del carcinoma prostático. Tiene acción más duradera que la de otros estrógenos, estimula la formación de estrógenos en el sujeto, carece de los efectos desagradables de otros preparados estrogénicos (edematos, náuseas, anorexia), no estimula el crecimiento de la suprarrenal o de la hipófisis y es eficaz cuando otros estrógenos han fracasado. Alguno de los enfermos de CARROLL y BRENNAN recibió hasta 180 mg. diarios de TACE, durante 55 días, sin fenómenos tóxicos, pero en general bastan cantidades mucho menores. De los 53 enfermos tratados por los autores citados, ocho murieron por el cáncer y ocho por otras causas; de los enfermos restantes, 19 han vivido más de tres años y los otros llevan menos tiempo de tratamiento.

## EDITORIALES

### DEPOSITO AGUDO DE CALCIO EN LA MANO

El depósito de calcio en los tejidos puede hacerse en condiciones que produzcan una sintomatología aguda. El fenómeno es bien conocido en la localización en el hombro y lo es mucho menos en la mano. Aunque son escasas las publicaciones sobre el asunto, desde que COHEN, en 1924, señaló su posibilidad, no se debe tratar de una eventualidad demasiado rara, ya que CARROLL, SINTON y GARCÍA han podido estudiar 100 casos.

El comienzo de la afección es agudo y doloroso; a veces el enfermo despierta de un sueño profundo por el dolor. Este suele acompañarse de hinchazón, por lo que resulta una marcada impotencia de la mano. Los enfermos, y muchas veces los médicos, creen que se trata de una distensión articular o de una infección aguda. La mano suele estar enrojecida, los dedos en semiflexión y el enfermo evita el menor contacto del miembro hinchado. La afección puede recaer en cualquier edad, entre los trece y los ochenta y un años, pero lo más habitual es entre treinta y sesenta años, y el 60 por 100 de los enfermos son mujeres.

Cuando se palpa cuidadosamente la mano afecta, se puede localizar un punto de máximo dolor, y tal punto se debe radiografiar en varias proyecciones. Es posible descubrir el depósito radiográfico constantemente en la radiografía, pero a veces se precisan varias placas en diferentes proyecciones. El lugar de predilección de los depósitos es al lado del pisiforme (PHALEN), pero pueden aparecer en numerosos otros sitios, especialmente en la proximidad de las articulaciones de los dedos.

Aunque sólo en un tercio de los casos es posible encontrar el antecedente de un esfuerzo excesivo o traumatismo, dada la frecuencia de éstos en las manos, es lo más verosímil que una sección de fibras tendinosas o ligamentosas sea el foco de necrosis sobre el que se depositen secundariamente sales cálcicas. En las intervenciones quirúrgicas se observa una masa cretácea blanda, situada por debajo del peritenon, en plena sustancia fibrosa y rodeada de un acusado edema inflamatorio. Se desconoce por completo la razón de que en algunas personas se produzca tal precipitación cálcica en pequeñas necrosis fibrosas y en otras no. Tan sólo en seis enfermos existían o habían existido depósitos cálcicos en otras partes del organismo. Tampoco se han observado nunca depósitos cálcicos asintomáticos en las manos, con lo que se puede descartar que los accidentes agudos sean episodios de reactivación de calcificaciones preexistentes.

La evolución espontánea del proceso es hacia la curación. Después de unos días o semanas, ya no es posible descubrir los depósitos cálcicos en la radiografía. Seis meses después de la fase aguda no se encuentran nunca calcificaciones y el proceso no tiende a recidivar. La evolución espontánea se favorece con algunas medidas terapéuticas. Los simples baños calientes o la colocación de un vendaje acortan la curación a diez o doce días. No se debe colocar un apósito escayolado, el cual está rigurosamente contraindicado. Las inyecciones de hialuronidasa o de hidrocortisona no presentan utilidad. Más eficaces son las inyecciones de novocaina, con las que se consiguen remisiones temporales; la repetición de