

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Clorotiazida.**—BAYLISS y colaboradores (*Lancet*, 1, 120, 1958) comunican su experiencia con la clorotiazida en 24 enfermos edematosos, de los que 17 tenían insuficiencia cardíaca congestiva y habían respondido escasamente a los diuréticos mercuriales. Encuentran que una dosis diaria de 2 gramos produjo buenos resultados con desaparición de los edemas en 14 enfermos; en otros 7 los resultados fueron menos satisfactorios y en los tres restantes, bastante pobres. Consideran que la clorotiazida es eficaz en enfermos que no responden al mersalil y refuerza la respuesta a este diurético mercurial, incluso en los enfermos que se habían mostrado resistentes. Excepto en un enfermo que presentó malestar general y anorexia, no se observaron efectos tóxicos. Subrayan que la clorotiazida puede originar una depleción de potasio, especialmente si se administra la droga a la dosis de 2 gramos diarios durante un período de tiempo largo. En los casos refractarios puede requerirse esta dosificación, y entonces habrá de suplementarse con 2-6 gramos diarios de cloruro potásico. En los casos menos intensos puede bastar una dosis más pequeña de clorotiazida (1-1.5 gramos diarios). Y para la terapéutica de mantenimiento cabe administrar intermitentemente la droga, cada tres o cuatro días.

**Tratamiento de la fiebre tifoidea.**—BASU (*JAMA*, 165, 1.987, 1957) ha tratado 40 enfermos de fiebre tifoidea o paratíficas, mediante la administración simultánea de cloranfenicol y tetraciclina, a la dosis de 1 gramo diario de cada una en dosis divididas. Se suspende el tratamiento con cloranfenicol al normalizarse la temperatura, y entonces se continúa con la tetraciclina durante cinco o seis días. La dosis total de cloranfenicol osciló entre 2 y 5 gramos, y la de tetraciclina entre 12 y 6 gramos. El estado general mejoró a las veinticuatro horas, con reducción en la toxemia, bajase o no la temperatura. Esta se hizo normal en las primeras veinticuatro-noventa y seis horas por lisis. Sólo un enfermo tuvo una recidiva. Todos los enfermos respondieron perfectamente al tratamiento y no hubo mortalidad. Fué satisfactoria la tolerancia a las drogas y no se apreciaron efectos desfavorables.

**Ditiazanina para el tratamiento de las parasitosis intestinales.**—La ditiazanina es el yoduro de 3-etil-2-(5 - (3 - etil - 2-benzotiazolinilidene)-1.3-pentadienil)-benzotiazolium, constituyendo un antielmíntico efectivo de espectro amplio. SWARTZWENLDER y colaboradores (*JAMA*, 165, 2.063, 1957) han ensayado dicha droga en 164 enfermos, a la dosis de 200 miligramos tres veces al día durante cinco días, consiguiendo la curación del 97 por 100 de los enfermos. Han tratado 42 enfermos con ascariasis, obteniendo un 97 por 100 de reducción en el recuento de huevos, y en

28 de ellos la total supresión de la infección. Eliminaron la estrogiloidiasis en 16 de 18 enfermos tratados durante cinco a veintiún días. Han visto que el tratamiento de 35 niños con enterobiasis y a la dosis de 100 miligramos tres veces al día durante cinco días es suficiente para la curación en todos los casos. Existía una infección por parásitos ganchudos en 39 de los enfermos antes referidos e incidentalmente el tratamiento consiguió la reducción del recuento de huevos de estos últimos parásitos. En un grupo de otros 8 enfermos se observó una reducción similar, pero los mejores resultados se obtuvieron al administrar, junto con la ditiazanina, dosis subcurativas de tetracloroetileno. Los efectos colaterales de la droga fueron mínimos y han podido demostrar la utilidad de la terapéutica masiva de la triquuriasis.

**Deltacortisona en la nefrosis lipoidea.**—MILLIEZ y colaboradores (*Sem. Hôp.*, 33, 3.033, 1957) han realizado un tratamiento inicial de los enfermos con nefrosis lipoidea a base de 50-80 miligramos diarios de deltacortisona en combinación con una dieta con un contenido en sal inferior a 200 miligramos en las veinticuatro horas, y un antibiótico, y 1-3 gramos diarios de cloruro potásico. Los resultados obtenidos consistieron en una diuresis constante, con poliuria, acompañada de pérdida de peso y desaparición de los edemas, lo que comienza en general entre el cuarto y el octavo día, aunque en ocasiones se demora hasta veinte días; en segundo término, la reducción de la albuminuria, lo que es menos constante que la diuresis, pero que constituye un elemento esencial para el pronóstico, ya que si esto no ocurre reaparecen los edemas inmediatamente después de suspender el tratamiento; y, por último, la corrección del equilibrio lípido-proteico, que es secundaria a la reducción a la albuminuria, y que sólo se produce si la albuminuria desciende por debajo de los 2 gramos en veinticuatro horas. Tuvieron en, aproximadamente, las dos terceras partes de los enfermos una remisión más o menos completa a los quince-veinte días de este tratamiento inicial.

**Reserpina en la tirotoxicosis.**—CANARY y colaboradores (*New Engl. J. Med.*, 257, 435, 1957) han administrado a 10 enfermos con tirotoxicosis, y como único agente terapéutico, la reserpina por vía oral en dosis de 0.25 a 1 miligramos cada seis-ocho horas, y un total de 0.75-4 miligramos diarios durante catorce a 104 días. Los diez enfermos mostraron una evidente mejoría clínica, atenuándose los síntomas en el plazo de tres semanas y con un máximo de mejoría sintomática al cabo de un mes de tratamiento. Consideran que la reserpina actúa posiblemente alterando la reacción del organismo al exceso de hormona tiroidea o contrarrestando los efectos de la hormona sobre las células del organismo.