

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Fentolamina intravenosa en las crisis del feocromocitoma.**—TERRY, TOBIN y O'CONNOR (*Brit. Med. J.*, 2, 771, 1958) refieren el caso de un enfermo con feocromocitoma que exhibía la sintomatología clásica de la enfermedad con fluctuaciones de la presión arterial y períodos de hipertensión alarmante que alternaban con períodos de shock profundo. Este enfermo no respondía a las dosis habituales de fentolamina por vía intramuscular y, por ello, decidieron administrar esta droga en una infusión intravenosa continua, observando que se produjo una mejoría dramática, e incluso que llegó a salvarle la vida. Al tiempo, esta terapéutica permitió organizar la intervención, que fué realizada con éxito y el enfermo cursó favorablemente.

**Superinona en la laringotraqueobronquitis aguda.** La superinona al 0,125 por 100 constituye un agente activo de superficie que actúa disminuyendo la tensión superficial y originando la liquefacción de los exudados espesos mucoides y purulentos en el tracto respiratorio alto y en los bronquios; disminuyen al mínimo el espesamiento del esputo y la sequedad de las membranas respiratorias, permitiendo una mejor acción ciliar y facilitando así la expectoración. La superinona se vehicula en un medio alcalino estéril ("alevaire"), que se administra como una inhalación a través de un nebulizador activo por oxígeno y puede administrarse de manera intermitente o continuada. HOLMES-SIEDLE y NAUTH-MISIR (*Brit. Med. J.*, 2, 777, 1958) refieren el tratamiento de cinco casos de laringotraqueobronquitis aguda en niños de dos a cinco meses de edad en los que el carácter asfixiante del proceso hizo pensar en la traqueotomía. No obstante, se hizo un tratamiento con alevaire que motivó una liquefacción rápida de los viscosos exudados laríngeos con mejoría inmediata de la disnea y cianosis.

**Benaetizina en la psiconeurosis.**—VAHIA y cols. (*JAMA*, 167, 1767, 1958) han tratado con benaetizina 28 enfermos psiconeuróticos, la mayoría de ellos diagnosticados de estado de ansiedad o cefaleas psicógenas; se administró una tableta de 1 mgr. tres veces a la semana, durante las dos primeras semanas, seguido de dos tabletas dos veces al día, por un período de una semana. Se observó una mejoría subjetiva inmediata. Se vió más del 25 por 100 de mejoría en ocho enfermos con una dosis de 1 miligramo tres veces al día, y en seis enfermos con una dosis de 2 mgrs. al día. Se suspendió la benaetizina en un enfermo por empeoramiento de los síntomas, y el aumento de la dosis a 3-6 mgrs. no produjo mejoría significativa en los resultados. Con 3 mgrs. diarios no se han apreciado manifestaciones tóxicas, pero con el aumento de la dosificación los enfermos se quejaron de vértigos, que fueron tan marcados en un caso que obligaron a la suspensión de la droga.

**Dietilcarbamazina en la eosinofilia tropical.**—De todo el grupo de drogas ensayadas para el tratamiento del pulmón eosinófilo, haciendo exclusión de los arsenicales, cuyos efectos beneficiosos conllevan la presentación de síntomas de toxicidad, sólo la dietilcarbamazina ha demostrado una evidente utilidad. DANARAJ (*Quart. J. Med.*, 27, 243, 1958) ha utilizado esta droga en el tratamiento de 110 enfermos, empleando tres tipos distintos de dosificación: 4,6 ó 10 mgrs. por kilo de peso tres veces al día, durante la primera dosis, y cinco con las dos últimas; la dosis media total para un adulto con cada una de las tres dosificaciones fué de 3,200, 6.000 y 10.000 mgrs., respectivamente. Se administró la droga después de las comidas bajo la forma de tabletas de 50 mgrs.; para los niños se administró en forma de jarabe. Excepto en 11 enfermos que exhibían un intenso espasmo bronquial y que fueron tratados al tiempo con antiespasmódicos, a los enfermos sólo se les administró dietilcarbamazina. Esta droga demostró su seguridad y eficacia en los 110 enfermos con pulmón eosinófilo. Pero, en cambio, no tiene efecto sobre los enfermos que padecen otras enfermedades con eosinofilia. Los resultados obtenidos son incluso mejores que los que se conseguían con los arsenicales orgánicos y, por lo tanto, considera que la dietilcarbamazina debe reemplazar a estos últimos porque pueden en ocasiones provocar una encefalopatía y la muerte en una enfermedad que, aunque incapacitante, no tiene mortalidad por sí misma.

**Trombolisis con fibrinolisis.**— MOSER (*JAMA*, 167, 1695, 1958) ha tratado enfermos con diversas formas de enfermedad tromboembólica por medio de infusiones intravenosas de un preparado de fibrinolisis en dosis de hasta 90.000 unidades fibrinolíticas (UF). El aumento consiguiente en la actividad fibrinolítica del plasma de los enfermos se demostró por terminaciones de laboratorio del ritmo de disolución de un coágulo standar de fibrinógeno-trombina. Cuando las dosis estaban entre 40.000 y 50.000 UF, el 92 por 100 de los receptores manifestó un refuerzo de la actividad fibrinolítica del plasma en cualquier momento después de la infusión. Comunica las historias de 10 casos para demostrar la mejoría sintomática que siguió generalmente a la infusión. No se presentaron complicaciones hemorrágicas y los trastornos de los factores de la coagulación fueron mínimos, a juzgar por las determinaciones del tiempo de protrombina y de recalcificación y contenido en protrombina, preconvertina, proacelerina y fibrinógeno. En 25 enfermos se presentó fiebre después de la infusión y en otros dos se produjeron reacciones alérgicas cutáneas tardías, siendo estos los efectos colaterales más significativos. Su braya que los resultados animan al ensayo ulterior de la fibrinolisis en casos de enfermedad tromboembólica de los vasos periféricos, cerebrales y coronarios.