

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento local con cortisona en la iritis.—

El empleo local de inyecciones subconjuntivales de cortisona tendría la ventaja sobre los tratamientos generales de ser más barato, carecer de manifestaciones secundarias y tener un efecto prolongado. KOFF, ROME, KASPER, COMMONS, BUTTON y STARR ("J. Am. Med. Ass.", 144, 1259, 1950) han tratado nueve casos de iritis aguda o recidivante con una a tres inyecciones de 0,2 a 0,4 c. c. de cortisona (con una concentración de 25 mg. por c. c.). Ninguno de los enfermos curó; pero ocho de ellos mejoraron muy acusadamente, cesando el dolor, la hiperemia y disminuyendo los exudados y las sinequias recientes; la enfermedad fué entonces fácilmente tratada por los medios habituales. Otra ventaja del método, como se observó en tres enfermos, es la de evitar la reagudización que sigue a un tratamiento general con ACTH; tres casos de uveitis crónica, muy mejorados con ACTH, tuvieron agudizaciones por su supresión, las cuales desaparecieron con la inyección subconjuntival de cortisona. Otros tres casos de uveitis granulomatosa en los que fracasó la administración general de ACTH tampoco mejoraron con cortisona subconjuntival.

Rubelina: un nuevo glicósido cardiotónico.—

En el Sur de Africa ha sido obtenido de la liliácea *Urginea Rubella* un glicósido dotado de una intensa acción cardiotónica. ISAACSON ("S. Africa Med. J.", 24, 901, 1950) ha logrado cristalizar la rubelina y ha permitido el estudio farmacológico y clínico por SAPEIKA ("S. Africa Med. J.", 24, 912, 1950). Comparando los diferentes tónicos cardíacos y considerando con un valor 100 a la ouabaina, la potencia de la estrofantina es de 44, la del lanatosido C es de 31, la de la digoxina es 19, la de la digitoxina es 3,6 y la de la rubelina es de 121. En el hombre, la dosis eficaz es de 0,003 mg. por kilogramo, administrada intravenosamente. Resulta beneficiosa en pacientes con ritmo normal y anormal, pero parece más útil en los casos de fibrilación auricular y asistolia congestiva. Su efecto es muy rápido, alcanzando el máximo de acción a las dos horas de la inyección. Durante los diez días anteriores a la misma no debe haberse administrado digital; pero es posible iniciar el tratamiento simultáneamente con rubelina intravenosa y digital por boca, siguiendo luego con esta sustancia.

Aminopterina en la artritis reumatoide y el psoriasis.—Los estudios de SELYE y los derivados del descubrimiento de la acción de la cortisona en las enfermedades reumáticas han ampliado nuestros conocimientos sobre el mecanismo de excesiva respuesta del conectivo, que constituye la base de muchas afecciones que se incluyen en el grupo de enfermedades de la colágena. Partiendo del hecho de que el antagonista del ácido fólico: ácido 4-aminopteriloilglutámico (aminopterina) es un potente inhibidor de la proliferación del tejido conectivo, GUBNER, AUGUST y GINSBERG ("Am. Med. Sci.", 221, 176, 1951) le han empleado en el tra-

tamiento de seis casos de artritis reumatoide, seis con artritis psoriásica, tres con psoriasis no artrítico, un caso de reumatismo agudo y otro de dermatitis crónica eczematoide atópica. La dosis utilizada varió entre uno y dos miligramos diarios, con una cantidad total de 11 a 120 mg. En la mayoría de los enfermos disminuyeron los dolores y la hinchazón periarticular y cesó la fiebre. El efecto fué muy notable en los casos de psoriasis, cuyas placas desaparecieron durante tres semanas a dos meses. El tratamiento lleva aneja una considerable toxicidad; en todos los enfermos aparecieron ulceraciones bucales en la segunda semana de terapéutica, así como fueron frecuentes los espasmos musculares, diarreas, erosiones cutáneas de curación tórpida y en dos casos alopecia. Todos los síntomas cesaron al suspender la medicación, excepto la alopecia, la cual duró dos meses.

Pitresina en el tratamiento de la dismenorrea.

En la dismenorrea primaria existen dos clases de síntomas: los dependientes de una disfunción del músculo uterino (consistentes en hipertono, disritmia y gradiente invertido de presiones) y los relacionados con la alteración del metabolismo electrolítico, con retención acuosa. BICKERS ("New Eng. J. Med.", 243, 645, 1950) reproduce los dos tipos de síntomas con la inyección de pituitrina. Partiendo del hecho observado en otras acciones de la pitresina de que su efecto disminuye por la repetición de las inyecciones, bien sea por producción de antihormonas, ya sea por desensibilización de los órganos efectores, el citado autor emprende el tratamiento de la dismenorrea con pitresina. En 16 mujeres con el citado trastorno ha inyectado 10 unidades de pitresina en aceite en días alternos, a partir del décimoquinto día del ciclo menstrual. Los síntomas de tensión premenstrual cesaron en todas las enfermas. Los dolores no se han vuelto a presentar en 10 mujeres al cabo de seis meses o más (en dos enfermas ha transcurrido más de un año desde el tratamiento); en tres no se obtuvo ningún resultado; otros dos casos en los que fracasó el método, se demostró posteriormente en la operación que se trataba de enfermas con endometriosis. Las inyecciones de pitresina no produjeron en ningún caso reacciones desagradables.

Estreptoquinasa y estreptodornasa en la gangrena diabética.—La gran frecuencia de la arteriosclerosis en los diabéticos hace que se observe no raramente en la clínica casos de gangrena diabética. El tratamiento de este padecimiento es poco brillante, a pesar de los avances en la terapéutica de la diabetes. Incluso la amputación tiene en tales casos riesgos considerables. MCVAY y SPRUNT ("A. M. A. Arch. Int. Med.", 87, 551, 1951) han estudiado el efecto del tratamiento local de las gangrenas diabéticas con los fermentos del estreptococo: estreptoquinasa (fibrinolisis) y estreptodornasa (ribonucleasa). En cinco casos de gangrena diabética han realizado aplicaciones cutáneas diarias de una solución que contiene en 3 centímetros cúbicos 40.000 a 80.000 unidades de estrepto-

quinasa y 15.000 a 40.000 unidades de estroptodornasa y a la que se añade polvo de aureomicina. Esta solución forma una pasta dura sobre la piel, unos minutos después de la aplicación, por lo que no es necesario ningún apósito, aunque es preciso aplicar compresas húmedas cada dos o tres días

para facilitar la penetración en el foco de los fermentos citados. Mediante este descubrimiento médico se logró la curación con cicatrización cutánea en tres de los casos y considerable mejoría en los dos restantes. El método no produjo ninguna reacción desagradable.

EDITORIALES

LA NEURALGIA POST-HERPETICA

El dolor del herpes zóster suele preceder a la aparición de las vesículas y es habitual que cese al curar las lesiones cutáneas. Sin embargo, son muchos los enfermos en los que el dolor persiste durante meses o años. Ya en las descripciones de los clásicos de la Medicina, en el siglo XIX, se encuentran dramáticos relatos de pacientes con una tenaz neuralgia post-herpética, la cual desafía a todos los tratamientos y ha llevado al suicidio a varios pacientes.

La mayor frecuencia del herpes zóster es la intercostal, seguida por la del trigémino. La frecuencia de la neuralgia post-herpética en los puntos indicados es también superior a la de otras localizaciones, pero probablemente es la localización oftálmica la más habitual en la clínica. Se presenta rara vez antes de los cuarenta años y es ligeramente más frecuente en los varones que en las mujeres (EDGERTON).

El dolor es persistente, gravativo, quemante o punzante. Nunca desaparece, pero a veces sufre exacerbaciones, y a semejanza de la neuralgia esencial del trigémino puede desencadenar un dolor lancinante en la antigua localización del zona cualquier estímulo sensorial que incida sobre el enfermo.

No se tiene una absoluta certeza sobre el mecanismo de producción del dolor post-herpético. Cuando se pensaba que la única lesión de la enfermedad radicaba en el ganglio raquídeo o cerebral correspondiente, se creía que se trataba de alteraciones locales que excitaban persistentemente las neuronas sensitivas de los citados ganglios. Posteriormente se ha demostrado que la infección por el virus del zona es mucho más extensa en el sistema nervioso que lo que antes se admitía. Se han encontrado alteraciones en las células de las astas posteriores medulares, en las astas anteriores, en varias zonas del encéfalo y especialmente en el tálamo (O'DONNELL, DENNY-BROWN y colaboradores, THALHEIMER, WEHLWILL, GLASER, etc.). El dolor tendría, según muchos autores (BAILEY, CRAIG, PEET y ECHOLS, etc.), un origen central.

Teniendo presente que el dolor post-herpético es privativo de personas de edad, especialmente de las que muestran marcadas alteraciones arteriosclerosas, LEWY y GRANT sugieren que se trata de una forma localizada de síndrome talámico. Normalmente, los impulsos dolorosos que llegan al tálamo son dispersados a varias áreas corticales; los circuitos córtico-talámicos son de intensidad insuficiente para originar fenómenos de reentrada que perpetúen la sensación dolorosa. Cuando exista una cierta anoxia, a causa de la arteriosclerosis, es posible que disminuya suficientemente el umbral de excitación para que los circuitos de reentrada activen nuevamente las células talámicas, reanudando indefinidamente la sensación dolorosa.

El problema terapéutico que plantean los casos de neuralgia post-herpética es muchas veces muy arduo. Suelen fracasar las aplicaciones locales, la medicación con quinina, codeína, ácido nicotínico, etc. Se ha empleado con escaso resultado la antitoxina diftérica (WALKER y WALKER), la vacuna antivariólica (LILLIE), la histamina (HORTON). Igualmente ineficaces suelen

ser las irradiaciones con luz ultravioleta, con rayos infrarrojos, etc.

La sección de la raíz posterior ha sido empleada numerosas veces, obteniendo algunos éxitos, pero también abundantes fracasos. HARRIS obtuvo mejoría en la neuralgia consecutiva al herpes oftálmico por la inyección de alcohol en el ganglio de Gasser, y PEET propuso en tales casos la neurotomía retrogasseriana. Sin embargo, ya GUILLAUME hizo notar que en algunos casos de fracaso de la rizotomía posterior, la medulotomía podía ser eficaz, probablemente a consecuencia de la interrupción de vías procedentes de zonas inflamadas de las astas posteriores. BAILEY dió la misma explicación para los frecuentes fracasos de la neurotomía retrogasseriana. Se han intentado, por esta razón, intervenciones sobre vías centrales, y SJÖQVIST ha realizado algunas tractotomías en tales casos, casi siempre seguidas de fracaso. Tampoco han obtenido mejores resultados las secciones realizadas por LE BEAU, DAUM y FORJAZ de la vía trigémico-talámica en la protuberancia. Incluso la extirpación bilateral de la corteza de la región post-central fué incapaz de conseguir la supresión de la neuralgia post-herpética en un caso de SUGAR y BUCY. Hasta ahora los mejores resultados han sido logrados con la lobotomía prefrontal, preconizada en tales casos por SJÖQVIST y seguida posteriormente por numerosos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- BAILEY, P.—Surg. Cl. North Am., 11, 61, 1931.
 CRAIG, W. M.—Proc. Staff Meet. Mayo Cl., 11, 677, 1936.
 DENNY-BROWN, D., ADAMS, R. D. y FITZGERALD, P. J.—Arch. Neur. Psych., 51, 216, 1944.
 EDGERTON, A. E.—Arch. Ophth., 34, 40, 1945.
 GLASER, M. A.—Arch. Int. Med., 65, 340, 1940.
 LE BEAU, J., DAUM, S. y FORJAZ, S.—Brasil méd.-cir., 10, 331, 1948.
 LILLIE, W. L.—N. York State Med. J., 43, 857, 1943.
 LEWY, F. H. y GRANT, F. C.—Arch. Neur. Psych., 40, 1126, 1938.
 GUILLAUME, J.—Rev. neurol., 74, 317, 1942.
 SJÖQVIST, O.—Brasil méd.-cir., 10, 259, 1940.
 SUGAR, O. y BUCY, P. C.—Arch. Neur. Psych., 65, 131, 1951.
 O'DONNELL, J.—Irish J. Med. Sci., 122, 1923.
 THALHEIMER, W.—Arch. Neurol. Psych., 12, 73, 1924.
 WALKER, J. R. y WALKER, B. F.—Arch. Ophth., 20, 304, 1938.
 WEHLWILL, F.—Ztschr. f. f. ges. Neurol. Psych., 89, 171, 1924.

LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA EN LA GENESIS DE LOS ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES

Las condiciones de génesis de los accidentes vasculares cerebrales no son bien conocidas, a pesar de los innumerables trabajos que han sido dedicados al problema. El estudio anatómico del punto lesionado no suele ofrecer muchos datos para el esclarecimiento de la cuestión y han sido numerosas las teorías que surgieron para llenar este vacío, la mayoría de las cuales