

Actualidades de Venereología

A cargo del Dr. J. Amador G.

Diagnóstico:

Granuloma Venéreo.—E. Tello y J. A. Herrero.—*Rev. Agric. Dermatol.*, 28:73-88, 1944

Durante los años 1941 y 42 treinta y dos casos de *Granuloma Venéreo* fueron reportados en la provincia de Córdoba. Los A. A., presentan un caso adicional interesante: un joven argentino de 23 años, con antecedentes de blenorragia a los 22 años, en febrero de 1940 notó una tumoración pequeña e indolora en la ingle izquierda, creciendo en 15 días hasta alcanzar el tamaño de un huevo de paloma y volviéndose entonces dolorosa e inflamada. Fué hospitalizado y la tumoración extirpada quirúrgicamente. Aunque la cicatrización fué completa, una ulceración apareció dos semanas después en el pliegue genito crural izquierdo seguida en pocos días más de otra lesión análoga en el dorso del pene y a pareciendo finalmente otras lesiones de igual tipo en el prepucio y glánde. Las ulceraciones manifestaron tendencia a la progresión e hipertrofia; su centro liso y plano contrastaba con bordes elevados vegetantes. Se encontró adenopatía bilateral inguinal asociada. El exudado purulento que cubría la superficie de las úlceras resultó bacteriológicamente negativo; ni *b. Ducrey*, ni *b. de Koch* fueron hallados. Las reacciones serológicas para sífilis negativas. La biopsia de uno de los bordes reveló: papilomatosis epidérmica, con pequeños abscesos conteniendo neutrófilos, eosinófilos y algunos monocitos; en la dermis focos de infiltración de plasmazellen, neutrófilos, algunos eosinófilos y cuerpos de Donovan. El tratamiento fué hecho primero con sulfas y después con tártaro emético, obteniéndose mejoría.

Estudio Epidemiológico sobre Linfogranuloma Venéreo empleando la fijación del complemento.—P. B. Beesen y E. S. Miler.—*Am. Jour. of Pub. Health*, oct. 1944.

En 879 pacientes hospitalizados se hizo la prueba de fija-

ción del complemento para diagnóstico de linfogranuloma venéreo. Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta, raza, edad y sexo; aproximadamente 40% de adultos negros y 12% de adultos blancos dieron reacciones positivas; hubo seis reacciones positivas en 116 niños negros menores de 14 años, y solamente una reacción positiva entre 58 niños blancos del mismo grupo de edad; un brusco aumento de la incidencia ocurre después de los catorce años, sin duda a causa de infección venérea adquirida; la frecuencia de reacción positivas es casi la misma en todos los grupos después de los cuarenta años. Esta persistencia de la reacción en grupos de edades para los cuales los contactos sexuales son menos frecuentes, sugiere la posibilidad de que el virus persista en el cuerpo, suministrando un continuo estímulo antigénico.

También se hicieron comparaciones de la reacción de fijación del complemento en niños recién nacidos negros y en sus madres. Se encontró que inmediatamente después del nacimiento la reacción en el suero de los niños es igual a la de la madre; nueve niños que dieron reacción positiva fueron nuevamente examinados de dos a cuatro meses más tarde y se encontró en todos ellos negativa ya la reacción, visto lo cual puede pensarse que una reacción positiva en el momento del nacimiento es debida meramente a la transferencia pasiva de anticuerpos de la sangre materna.

El error ocasionado por el hecho de que la infección con otros miembros del grupo linfogranuloma - psitacosis pueda dar una reacción positiva de fijación del complemento, no es posible descartarlo por completo. Pero no parece, sin embargo, que la prevalencia de infecciones por otros agentes de este grupo sea suficientemente grande para falsear los datos relativos a prevalencia del linfogranuloma venéreo.

Se hizo así mismo, la comparación entre la reacción de Kahn y la prueba de fijación del complemento para linfogranuloma venéreo. La reacción de Kahn se encontró positiva en 32% de todo el grupo de negros adultos y en 9% en el grupo de blancos adultos. La distribución de resultados positivos según la edad es paralela a la de los casos con linfogranuloma venéreo, no siendo de extrañar estos hallazgos similares puesto que ambas

enfermedades se adquieren por contacto sexual. Se expone, además, razones para fundar la opinión de que esta similitud de hallazgos no es causada por los resultados falsos positivos que pueden encontrarse al hacer la prueba de fijación del complemento para linfogranuloma venéreo en individuos sifilíticos.

Laboratorio:

Efectos del Paludismo sobre las reacciones serológicas para Sífilis: —
A. A. Remberg, Bull. U. S. Army Med. Dept., Carlisle Barracks,
84:74-80, Enero 1945.

La finalidad de esta investigación fué determinar qué pruebas serológicas para sífilis dieron el mínimo de falsas positivas en Paludismo y cómo distinguir éste de aquella fundándose en el tipo de positividad comparativa entre las diferentes pruebas. Las pruebas empleadas fueron: Kahn, Mazzini, Eagle, Hinton, Kline, entre las técnicas de floculación y la reacción standard de fijación del complemento de Kolmer. Los antígenos en todos los casos fueron supervisados y aprobados por los respectivos autores de las técnicas.

Los casos fueron clasificados en 4 grupos según la especie de plasmodio encontrada en la frotis de sangre: falciparum, vivax, falciparum y vivax (ambos) y no clasificados (cuando la densidad parasitaria era muy baja).

Más de ocho mil pruebas serológicas fueron realizadas en sujetos indemnes de Sífilis. Se hicieron observaciones de varias manifestaciones clínicas y se estableció la relación entre éstas y los resultados de las pruebas serológicas.

En la mayoría de los sueros de palúdicos se encontró un característico tipo de positividad, siendo las siguientes las conclusiones de los A. A.:

1º—La reacción de floculación de Hinton da el mínimo de falsas positivas en sueros palúdicos.

2º—El tipo de positividad en Paludismo es:

Kahn +	Mazzini +	Kline dudosa
KOLMER dudosa	Eagle negativa,	
	Hinton negativa	

3º—Este tipo de positividad puede servir para diferenciar Malaria de Sífilis.

4º—En ausencia de antecedentes o manifestaciones palúdicas, una positividad serológica que persiste más de seis semanas, con cualquiera de las reacciones empleadas, debe sugerir la sospecha de Sífilis.

Anatomopatología:

Aneurisma de la Arteria Hepática.—Rembert Maloy and Robert S. Jason. *Am. J. Surg., New York*, 57:359-363, Aug. 1942.

El aneurisma de la arteria hepática es uno de los tipos raros de lesiones vasculares. El autor ha encontrado 84 casos de éstos en literatura médica. Las causas de esta enfermedad son variadas, pero los procesos infecciosos se encontraron en 60% de los 68 casos que se presentaron.

La Sífilis, es la causa más común de los aneurismas de las grandes arterias, tiene mayor preponderancia que la arteriosclerosis, la que parece haber causado únicamente seis casos, habiendo otro dudoso.

Este aneurisma es generalmente único y su tamaño es variable. Los pequeños aneurismas de la arteria hepática son generalmente verdaderos aneurismas, los grandes son por regla general falsos aneurismas o hematomas. Tanto los falsos como los verdaderos pueden hacerse adherentes a los tejidos que los rodean, mediante adherencias fibrosas y causan compresión especialmente en los conductos biliares. Muchos de estos aneurismas se rompen, sea en la cavidad abdominal o en tejidos adyacentes. Los tres síntomas más comunes del aneurisma de la arteria hepática son: dolor, hemorragia e ictericia. El dolor se presentó en 58 de los casos reportados y la hemorragia en 40.

Indudablemente, debido a la rareza del aneurisma de la arteria hepática, el diagnóstico se hace muy de vez en cuando. Se le ha hecho antes de la muerte o de intervención de esta enfermedad, el diagnóstico quirúrgico, únicamente en dos casos.

De cualquier manera el autor cree que si se le tiene presente y se piensa puede no ser difícil en un paciente que tenga

dolor en el epigastrio o en el hepicondrio, hemorragia e ictericia. Si el paciente presenta también un tumor abdominal con murmullo sistólico y aumento de volumen del hígado, el diagnóstico será relativamente fácil.

El tratamiento del aneurisma es poco satisfactorio; la ligadura es dañosa, debido a que parece ocasionar la muerte por necrosis o insuficiencia hepática; no obstante se han reportado dos casos de curación después de la intervención quirúrgica; algún caso se ha curado espontáneamente. En este estudio el autor presenta un caso y anexo al artículo que hemos resumido, figuran veinte citas bibliográficas.

Tratamiento:

Prevención de Náuseas y vómitos inmediatos consecutivos a la administración intravenosa de arsenicales.—H. W. Seff, U. D. Information, marzo, 1945.

Durante una experiencia de con varios cientos de pacientes tratado por Sífilis, se notó que muchos sujetos se quejaban de náuseas y vómitos inmediatamente después de recibir sus inyecciones intravenosas de arsenicales y a veces estos síntomas llegaron a ser tan severos, que motivaron la suspensión del tratamiento.

Todos estos pacientes fueron interrogados con respecto a sus síntomas y en todos estuvieron de acuerdo en que tanto la náusea como el vómito eran causados por el olor y el sabor del medicamento, los cuales eran notados inmediatamente que el líquido empezaba a entrar en la vena y aún antes de que la inyección terminara. En vista de ello, fueron probados algunos recursos tales como masticar chicle, fumar un cigarrillo, oler un perfume durante la inyección y abstenerse de alimentos dos horas antes. Ninguno de estos procedimientos probó ser efectivo. Se pensó entonces que una anestesia temporal de las papilas linguales, inhibiendo las sensaciones gustativas, podría prevenir el reflejo de la náusea y del vómito. Para resolver esto, se dió a cada paciente inmediatamente antes de la inyección intravenosa, dos tabletas de etilaminobenzoato (anestesina) de 0.25 cada una con instrucciones de colocarlas encima de la lengua y conser-

varlas ahí hasta su disolución completa. Tan pronto como esto ocurría, el paciente era inyectado.

En ningún paciente tratado en esta manera, hubo náuseas o vómitos. Todos los que primeramente habían experimentado estos síntomas, rehusaron recibir sus inyecciones si no se les daban antes las tabletas. Varios cientos de pacientes, han sido tratados por este procedimiento, y en ningún caso se presentaron náuseas o vómitos.

Blenorragia Sulfamido-resistente en mujeres tratadas con Penicilina. —
E. T. Duncan, R. I. Zobel y R. H. Hul.

Se han publicado en la literatura médica recientemente trabajos sobre la eficacia de la Penicilina en el tratamiento de las infecciones gonocócicas sulfo-resistentes, publicaciones que han sido recibidas con gran entusiasmo.

La mayor parte de estos trabajos se han relacionado con el tratamiento en hombres anotando éxito notable; algunos también se han referido al tratamiento en mujeres, reportando igualmente muy buenos resultados.

Los A. A. tuvieron oportunidad de tratar con Penicilina 40 mujeres, cuya infección gonocócica era sulfo-resistente. Usaron la Penicilina sódica diluida en agua estéril a razón de 1 c. c. por 10.000 Unidades. Aplicaron la solución intramuscularmente cada tres horas en dosis de 20.000 Unidades para las primeras siete inyecciones y una inyección de 10.000, lo que hace un total de 150.000 unidades.

Como criterio de curación, se cumplieron los siguientes requisitos: todas las pacientes fueron sometidas al terminar el tratamiento, por lo menos a tres exámenes clínicos de Laboratorio a 48 horas de intervalo; los exámenes de Laboratorio consistieron el frotis y cultivos, interpretándose estos conforme a la técnica de la prueba de la Oxidasa. De los cuarenta casos tratados, treinta y dos, respondieron bien al tratamiento de Penicilina, pero 8 continuaron revelando Diplococos Gram negativos. Los hallazgos positivos fueron encontrados a los tres días de terminado el tratamiento y el resto 4, 5, 6, 10 y 12 días después. En dos de estos casos el hallazgo bacteriológico fué obtenido de la

uretra, en 5 del cérvix y en uno tanto del cérvix como de la uretra.

Todas las pacientes en quienes fracasó el primer tratamiento de 150.000 unidades de Penicilina, fueron nuevamente tratadas y todas llegaron a convertirse en no infectantes, como lo probaron los exámenes bacteriológicos. 7 de los casos respondieron a un segundo tratamiento de Penicilina de 200.000 Unidades. 8º caso recibió un segundo tratamiento de 150.000 Unidades y hasta un tercer tratamiento de 300.000 Unidades respondió de modo favorable.

En resumen 40 mujeres blenorragicas sulforresistentes fueron tratadas con 150.000 Unidades de Penicilina c/u. 8 (20%) de estos casos continuaron siendo infectantes después del primer tratamiento. 7 dejaron de serlo ya después de un 2º tratamiento de 200.000 Unidades; y sólo uno necesitó un tercer tratamiento de 300.000 Unidades. En la mujer debe serse especialmente cuidadoso para controlar los resultados post-tratamiento por medio de exámenes repetidos tanto clínicos como bacteriológicos. En la experiencia de los A. A. la blenorragia femenina no responde a la penicilino-terapia tan favorablemente como otros autores han señalado para la masculina.

Administración Sanitaria:

La ayuda pública para resolver los problemas de Salubridad en Puerto Rico.—R. A. Vandelehr.—*Bol. Asoc. Med. de Puerto Rico*, San Juan 35:469-473, Decemberg 1943.

El autor da un vívido relato de las condiciones de la salubridad de Puerto Rico y señala la ingente necesidad de mejorarlas. Las enfermedades venéreas constituyen uno de los cuatro principales problemas de salubridad. Durante varios años el Insular Health Department con la ayuda del los fondos del Public Health Service, ha emprendido una campaña intensa contra estas enfermedades. La campaña incluye proporcionar el diagnóstico a la mayor brevedad posible, tratamiento con las drogas más eficaces y modernas, la reconquista y sostenimiento de casos en tratamiento y la educación del público en general. La cooperación del público es indispensable. En Puerto Rico se

habían descuidado totalmente uno de los principios epidemiológicos fundamentales de las enfermedades venéreas; hasta hace unos meses se tenían zonas de tolerancia de la prostitución.

Es urgente la necesidad de leyes para corregir esta situación. El autor recomienda que los Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico adopten las resoluciones contra la prostitución adoptadas en la ASOCIACION MEDICA AMERICANA, en 1942, la que dice que ningún médico que estime su reputación médica personal, degrade a la profesión médica y se degrade así mismo, extendiendo a prostitutas certificados en los que se asiente que no padece de enfermedades venéreas.

El propósito perseguido en el Plan de Seis Años en Puerto Rico, por "El Puerto Rico Planning Board", parece un comprensivo toque de alarma para alcanzar un programa de salubridad mejor, que merece que todos los médicos lo estudien y que le presten su cooperación activa en relación con todos sus aspectos científicos.

El Problema de la Sífilis en Venezuela.

El Problema de la Sífilis en Venezuela.—Juan Iturbe, Departamen of Agriculture and Animal Husbandry, Caracas, Venezuela, 1942.

De 143, 959 reacciones serológicas para investigar Sífilis hechas en Laboratorios Nacionales de Salubridad en sangres de hombres, mujeres y niños, durante el período de 1931 a 1937 y de 25.675 reacciones hechas en Hospital Vargas con especímenes remitidos de varias regiones de la República durante el período de 1934 a 1937, resultaron 45% positivas.

En 10.125 reacciones de Wassermann que se han hecho en el laboratorio del autor hasta la fecha de esta comunicación, se encontró que el 26% eran positivas. De 475 autopsias que se hicieron en el Hospital Vargas entre abril de 1937 y abril de 1938, se descubrieron lesiones anatómicas de Sífilis en 88 casos (21.8%). La Sífilis había sido la causa de 65 de estos casos.

Basándose en los datos anteriores, el autor concluye que 30% de todos los habitantes están infectados de Sífilis y que la prevalencia de casos nuevos es de 15/1.000 y por año.

La prevalencia de gonorrea es tres veces mayor que la de Sífilis. El autor recalca la importancia del reporte, descubrimiento y retención de casos en el control de las enfermedades venéreas.

La gran prevalencia de la Sífilis congénita está demostrada por las investigaciones de Mir, Mora y Castillo. De 80 niños examinados por ellos, 69 (86.2%) tenían Sífilis congénita comprobada clínica y serológicamente.

De 58 niños entre ocho y diez años de edad quienes se hicieron reacciones serológicas para investigar Sífilis en el Laboratorio del autor, 29% resultaron positivas.

El Doctor Pons revisó 10.000 historias clínicas en archivos del Hospital Vargas y encontró que el 32% de los enfermos habían sido hospitalizados por Sífilis y que el 54% tenían reacciones positivas.

El censo de la Población de Venezuela era de 3.467.839 habitantes de los cuales 1.109,709, eran menores de quince años de edad, 1.976,668 tenían de quince a cincuenta años, y 381,462 tenía más de cincuenta años.

El autor estima que entre los menores de quince años, el 15% padece de Sífilis; y entre los comprendidos entre quince y treinta años de edad la padece el 30%.
