

dad en el momento de la curación: su evolución es enteramente comparable a aquella de las hepatitis icterígenas infecciosas.

d) Lipidemia

En el curso de la espiroquetosis se constatan dos órdenes de alteraciones de los lípidos sanguíneos: la primera es un aumento de los lípidos totales contrastando con una colesterolemia sensiblemente normal, es muy característica de la espiroquetosis. Este cociente **colesterol esterificado (colesterol total)**. Fauvert ha demostrado que las variaciones de este cociente constituyen una medida fiel y sensible de la insuficiencia celular del hígado. En la espiroquetosis este cociente disminuye, traduciendo una insuficiencia hepática moderada o acentuada que regresa a medida que la afección evoluciona hacia la curación.

En conclusión, la exploración sistemática de las funciones hepáticas por las técnicas modernas permiten rechazar la teoría clásica de la "hiperhepatía". Existe una hepatitis espiroquetósica que entraña una insuficiencia hepática proporcional a la gravedad de la agresión infecciosa y que realiza todas las fórmulas biológicas desde la ictericia benigna hasta la ictericia grave, las únicas modificaciones de este cuadro depende de la insuficiencia renal asociada.

Dr. I. Benzecry

Tratamiento actual

de la Gonococcia

(Ales. Méd. y Cir. Acad. Médic. Bona.,
abre. 1949, Nº 51. Dr. O. F. Rosa. D.
P. H. Consultor de Venereología
de Liverpool)

El desarrollo de las sustancias antibióticas, en particular la penicilina y la estreptomina, han simplificado el problema, aunque los principios fundamentales del tratamiento siguen siendo los mismos. Tres son los principales puntos:

- 1) Precisión en el diagnóstico, e investigación cuidadosa de las zonas afectadas. Es decir, diagnóstico bacteriológico y diagnóstico topográfico.
- 2) Dosificación adecuada del medicamento elegido, en un adecuado período de tiempo.
- 3) Vigilancia cuidadosa después de terminado el tratamiento, y para evitar la posibilidad de infecciones residuales, que conducirían pronto o tarde a la recidiva.

I—Gonococcia en la Mujer:

Hay que tener muy en cuenta la frecuente escasez de los síntomas de la enfermedad y esto tiene mucha importancia para los Servicios de Lucha Antivenérea respecto a los datos que sobre sus contactos facilitan los hombres afectos de blenorragia y otras enfermedades venéreas.

Pruebas diagnósticas: No olvidar que la descripción usual de la gonococcia femenina, constituida por: secreción purulenta, disuria, dolores hipogástricos, etc., puede ser provocada por otros procesos, y que, por lo tanto, debe demostrarse el germen mediante el estudio de los exudados y los cultivos. Efectuar la serología de la sífilis, para excluir su presencia, en ocasión de la primera visita y sucesivamente, durante un mínimo de tres meses.

Examen de la zona genital: Sólo la exploración de la paciente en posición adecuada (de litotomía) permitirá encontrar datos objetivos y asimismo material para exámenes de laboratorio. Eliminación de antisépticos para el lavado previo. Este debe efectuarse con suero fisiológico esterilizado. Si se observa la más pequeña erosión, deberá examinarse su exudado al ultramicroscopio, para afirmar o excluir la sífilis. En presencia de adenopatías inguinales, no se administrará penicilina hasta que se haya podido excluir la sífilis, mediante repetidos exámenes de ultramicroscopio del extraído por punción ganglionar y pruebas serológicas. Si existen papilomas venéreos serán tratados antes de que la enferma abandone la mesa de reconocimiento. Los orificios de las glándulas de SKENE que se abren a cada lado del meato urinario deben atraer toda la atención. Un color rojo, una apariencia mamelonada, o bien turgencia del suelo del meato urinario, son todos ellos signos inequívocos de infección de las mismas. En tales circunstancias deberán ser destruidas mediante electrocoagulación, después de haber explorado por completo la enferma. De particular importancia es el examen de las glándulas de BARTOLINO, y de su orificio exterior, situado en la cara interna y tercio posterior de los labios menores. Cuando aparezca como una mancha roja: "la mácula de Sanger" debe despertar las mayores sospechas, así como las producciones vegetantes localizadas en dicha área. Luego se introduzca un espéculo para observar directamente el cuello uterino. Se tomará secreción del fondo del saco vaginal, colocándola en un tubo estéril con 1 cc. de solución salina, para investigar la presencia de "Trichomonas vaginalis", muy frecuente en todas las mujeres que padecen flujo. El examen proctoscópico no debe descuidarse. Completado el estudio del área genital se cauterizarán las glándulas de SKENE, y si hay papilomas venéreos se tratarán mediante una suspensión de resina de podofilino en parafina líquida al 25%.

La técnica es la siguiente: Primero, se secan con gasa esterilizada; se aplica la suspensión de podofilino, instruyendo a la paciente que lave cuidadosamente dicha zona al cabo de 8 horas, y aplique un polvo secante. No hay dolor y los resultados son satisfactorios. El examen para excluir localizaciones metastáticas de la gonococcia, síntomas de lúes, incluyendo la extracción de sangre para las reacciones serológicas, completa la sesión exploratoria. Luego se efectúan las investigaciones de laboratorio, de práctica inmediata, y si ya permiten el diagnóstico, se dispondrá el oportuno tratamiento. En caso contrario deberán aguardarse los correspondientes dictámenes.

Tratamiento: Antes que nada hay que tratar las glándulas de SKENE infectadas, mediante la electrocoagulación. Cuando no se disponga de este medio, la inyección local de 100.000 unidades de penicilina en 2 ml. de suero fisiológico estéril, se ha mostrado de valor curativo. En presencia de "Thricomonas vaginalis" asociado o no al gonococo, el empleo de los comprimidos vaginales de acetarsol en dosificación adecuada, la reduce rápidamente. Se utilizarán cada vez 4 comprimidos, aplicándolos 3 veces por semana, en noches alternas. Estos comprimidos deberán humedecerse previamente en un poco de agua, mientras la enferma lava sus manos y vulva, y luego se introducen en la vagina lo más alto posible. Este plan deberá continuarse durante 8 semanas, no interrumpiéndolo durante la menstruación. Se considera suficiente para curar el proceso. El tratamiento ideal de las infecciones genitales es la inyección de penicilina-procaina. Cuando haya proctitis blenorragica convendrá asociar ftalilsulfotiazol, por ejemplo. Se recomienda al cabo de tres meses, si todo permanece negativo, una dosis de vacuna gonocócica, por vía intradérmica, conteniendo 200.000.000 de gérmenes por cc., realizando dentro de las 24 horas una cuidadosa investigación. Entonces se efectuará también una serología para la lúes, repitiéndola cada mes si la paciente se halla embarazada.

Complicaciones: Son pocas las complicaciones que exigen un tratamiento complementario. La periadenitis supurativa de las glándulas de BARTOLINO se tratará por aspiración del pus, instilando sucesivamente 100.000 U. de penicilina en solución acuosa. Raramente será precisa una intervención quirúrgica. Las artritis y tenosinovitis exigirán el tratamiento cuidadoso del foco inicial, y la administración de penicilina a altas dosis: 500.000 U. y más diarias, durante una semana o más; en ocasiones convendrá asociar sulfamidas. Generalmente será necesaria piritoterapia para restaurar la normalidad articular. Convendrá siempre la hospitalización. La salpingitis requiere dosis altas y sostenidas de penicilina como la artritis.

2—Vulvovaginitis en las niñas:

Las zonas afectadas son la uretra, vulva, vagina y recto. Las mucosas de la vulva y vagina de las niñas, antes de la pubertad, si se exceptúan las tres primeras semanas de la vida, son aptas para ser infectadas por el gonococo que eventualmente puede alcanzar el cuello uterino, y extenderse el proceso hasta afectar totalmente la matriz, trompas y peritonio. El diagnóstico es bacteriológico, y se demostrará el germen causal mediante cultivo. Ninguna otra infección que la gonocócica, ni la infección por nematodos, es capaz de producir vulvovaginitis.

Tratamiento: El tratamiento no debe ser específicamente local sino que consistirá en baños de asiento antisépticos, junto a la administración de sulfonamidas, a una dosis diaria de acuerdo con la edad durante una semana. Debe considerarse indispensable un tratamiento previo con estilboestrol 0,5 a 1 mg. repitiendo esta dosis 3 veces, hasta que el epitelio vaginal se haya queratinizado, es decir, 3 inyecciones durante cuatro semanas. Sucesivamente se administrarán 150.000 a 200.000 U. penicilina-procaina, dos veces al día, durante seis días.

3—Oftalmia Blenorragica

El solo diagnóstico clínico exige medidas inmediatas y enérgicas, sin esperar la prueba bacteriológica. Si solo está afecto un ojo deberá proteger al indemne, aunque en la actualidad los resultados del tratamiento penicilínico son tan inmediatos y completos, que la trasmisión a este último es muy rara. "Durante las 3 primeras horas, se realizarán instilaciones oculares cada 5 minutos, de una solución de penicilina, a la dosis de 2500 U. por ml. A continuación se efectúan cada media hora, hasta que la ausencia de exudados y de congestión permita aplicaciones menos frecuentes. El tratamiento general con sulfatiazol es útil, y, desde luego, la inyección de penicilina-procaina a dosis adecuadas".

4.—Blenorragia en el Hombre:

La penicilina ha proporcionado un medio de tratamiento rápido, y sin molestias en gran número de casos, más esto no significa en modo alguno que toda secreción uretral sea gonocócica y que la penicilina sea su panacea. El diagnóstico de la enfermedad ha de ser el primer cuidado del médico. Si no se examina el caso adecuadamente pueden ocurrir graves consecuencias, y hay que tener mucho cuidado en excluir la sífilis primaria en su estado seronegativo, teniendo en cuenta la potente acción espiroquetida

de la penicilina. Recordar siempre que hay blanopostitis de origen específico. La más pequeña sospecha de sífilis precoz, requiere posteriores investigaciones, y no debe administrarse penicilina mientras tanto. La fiebre dentro de las 12 primeras horas a la inyección de penicilina, la presencia de un edema angioneurótico fúgaz, pueden ser en algún caso significativos de una reacción de Herxheimer, en una sífilis latente y desconocida: tales enfermos deben ser cuidadosamente estudiados, verificando exámenes serológicos mensualmente durante al menos un trimestre.

Tratamiento: La inyección intramuscular de la penicilina-procaína en dosis e intervalos adecuados, proporciona la curación en más del 90% de los casos. Si todos los pacientes se abstuvieran de bebidas alcohólicas, dicho porcentaje llegaría hasta casi el centenar. Las complicaciones locales como la epididimitis aguda, requieren 600.00 a 800.00 U. diarias durante varios días, según la evolución de cada caso. Tratarse mediante electrocoagulación los conductos parauretrales. En caso de absceso, se aspirará el pus reemplazándolo por una solución de penicilina de 50.000 U. por ml. La presencia de filamentos en la orina al cabo de una semana de finalizado el tratamiento penicilínico exigen su estudio al microscopio, y sino se encuentran gonococos, se instilarán en la uretra anterior 5cc. de solución de nitrato argéntico al 1/500 que deberá retenerse durante 2 minutos, cerrando manualmente el meato. Estas instilaciones se realizarán 2 veces por semana, y 5 o 6, bastarán generalmente.

Complicaciones metastáticas: Las artritis y tenosinovitis, se tratarán como en la bleonorragia de la mujer. La iritis es casi exclusiva del hombre; su tratamiento local consiste en fomentaciones calientes del ojo afecto, junto con gotas de un colirio con atropina. La piritoterapia es más eficaz que cualquier otra forma de tratamiento, y debe combinarse con tratamiento sulfamidico, aunque es imprescindible limpiar todo el tracto genital de cualquier foco de infección. En este sentido procederá el drenaje de la próstata y vesículas seminales, mediante amasamiento diario. Se aconseja el paso de una sonda ancha, una o dos veces por semana, para mantener abiertos los conductillos excretores. En las pruebas de curación se aconseja la vacuna gonocócica como en la mujer.

Comentario: Estreptimicina Vs. Penicilina

De la reciente bibliografía que hemos revisado se vislumbra que en un futuro, quizás cercano, el tratamiento de elección para la gonorrea y otras uretritis será la inyección de Estreptomicina. Parece que una sola inyección de 0,3 gramos será suficiente para

curar casi todos los casos de gonococia y las más rebeldes uretritis, tales como la que se presenta en la enfermedad de REITER, que responde a la dosis total de 10 gramos, inyectados cada 6 horas, en cantidad de 0,25 gramos cada vez.

Reemplazada la penicilina por la estreptomocina que no ejerce ninguna acción sobre el treponema pálido se superarán las legítimas sospechas de muchos autores, que temen que en un considerable número de casos infectados simultáneamente con sífilis y gonococia, no muestran a su tiempo signos de la primera, a causa del tratamiento penicilínico de su blenorragia. Tales casos serán focos de infección durante largos años, y en ellos la sífilis puede seguir todas las eventualidades de su curso sin tratamiento, fuera de los casos en que mediante exámenes serológicos o una eventual manifestación cutánea mucosa permitan diagnosticar.

Dr. P. L.

El Antabús en el Tratamiento del Alcoholismo:

(Ales. Med. Cir. Acad. Med. Bona. dbr. 1949. Nº 54: Dr. Antonio Martí Granell).

Los técnicos de los Laboratorios Medicinalco de Copenhague bajo la dirección del Prof. Erik Jacobsen observaron, por feliz eventualidad como tantas veces ha sucedido en la historia de la medicina, que las personas a quienes se administraba tetraetiltiuramdisulfido, sufrían, caso de ingerir alcohol, molestias y trastornos muy distintos de los que provoca la intoxicación alcohólica simple. Este hecho decidió a dichos investigadores a ensayar de manera decidida este medicamento como posible remedio contra el alcoholismo. El tetraetiltiuramdisulfido que a continuación llamaremos con el nombre comercial de Antabús, es un polvo blanco-amarillento, soluble en agua. Su toxicidad es prácticamente nula, puesto que la dosis letal es de 2 a 3 gr. por kg., en perros y conejos. En el hombre no se notó molestia alguna después de dosis aisladas de 3 gr., y de dosis sostenidas diariamente de 0.25 a 1 gr. durante meses. La eliminación del Antabús es lenta, puesto que después de ingerir 1.50 gr. todavía se señala su presencia en el organismo al cabo de ocho días. Hay que resaltar la cualidad importante del Antabús de que no provoca molestias a la persona que lo ingiere, aunque se administra diariamente durante varios meses, hecho capital que lo diferencia de todos los fármacos hasta ahora empleados. El Antabús sólo revela su presencia en el organismo en forma de molestias, cuando el individuo que lo toma ingiere alguna bebida alcohó-