

LA FARMACOPEA Y EL MÉDICO: EL TRATAMIENTO ORAL Y LOCAL DE LA BLENORRAGIA EN EL VARÓN*

Por el Dr. P. S. PELOUZE

Filadelfia

Abrigan la esperanza la mayoría de los interesados en el tratamiento de la blenorragia tanto desde el punto de vista de la curación del enfermo como del de la protección social, que lograra elaborarse alguna terapéutica tan inocua, sencilla y eficaz, que pudiera llamarse "tratamiento tipo." Los estudios del Grupo Clínico Cooperativo de Estados Unidos resultaron de tanto valor para poner de manifiesto los méritos relativos de diversas terapéuticas de la sífilis que la Comisión Clínica para el Varón de la Sociedad Médico-Neisseriana Americana trató, utilizando la técnica del cuestionario entre sus socios, de convenir en alguna pauta uniforme acerca del tratamiento de la gonococia. Tan buenos fueron los resultados de esa pesquisa que se elaboró un plan terapéutico para el mal en el varón que aparentemente iba a cumplir su propósito. Luego llegó la sulfanilamida y pareció por algún tiempo que el plan iba a ir a mezclarse con las reliquias del pasado. Un tema que siempre fué confuso, se volvió mucho más enredado; dado que las mentes de los médicos dejaron de pensar en un ataque local contra una enfermedad en gran parte local.

Hoy día quizás resten suficientes datos clínicamente fidedignos para justificarnos en declarar que dicha droga por sí sola obtendrá la curación rápida en 25% a 40% de los enfermos del dispensario o la clínica pública, de 45% de los enfermos del consultorio particular y tal vez de 75 a 85% de los encamados. Ya hay datos exactos que demuestran que muchos enfermos cuyos síntomas han desaparecido, todavía albergan el gonococo y transmiten la infección. Y tenemos muchos casos en que la sulfanilamida no evoca la menor respuesta curativa; casos esos, en que tenemos que atenernos a terapéuticas más antiguas y mejor comprobadas si vamos a lograr la curación. Si nos ponemos a promediar, es manifiesto que esto reza aproximadamente con la mitad de todas las infecciones masculinas. Y como hay millones de esas infecciones cada año, puede colegirse que la Comisión de la Sociedad Médico-Neisseriana Americana no estaba formando una colección de antigüedades cuando se esforzó por establecer un "tratamiento tipo."

Después de la introducción de la sulfanilamida se han elaborado otros varios sulfonamidos, algunos de los cuales han revelado tanto valor curativo como la sulfanilamida misma. De uno de ellos, de la sulfapiridina, se ha hablado hasta con mayor entusiasmo y se han acopiado

* Traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana del *Jour. Am. Med. Assn.*, mayo 11, 1940, p. 1878.

datos de que es de 25 a 50% más eficaz que la sulfanilamida. Sin embargo, su costo es tal que queda muy fuera del alcance económico de los enfermos de los dispensarios públicos. Hasta la fecha sólo están de venta la sulfanilamida y la sulfapiridina. Esperamos ardientemente que se encuentre la manera de rebajarles el precio a fin de que puedan compartir los beneficios que brindan esas drogas tanto los pobres como los cuasipobres.

Por lo menos dos de los otros sulfonamidos que se van probando experimentalmente en la blenorragia han revelado tendencia a producir neuritis periférica.

Debido a las limitaciones que rodean por desgracia al empleo general de la sulfapiridina, tal vez sería mejor considerar la sulfanilamida algo a fondo, dándonos cuenta de que lo que reza con ésta en cuanto a toxicidad y otras características, aparte del porcentaje de curaciones obtenibles, aplíquese por igual a la otra droga a dosis iguales. Sin embargo, dejemos constancia de que la sulfapiridina raras veces es administrada a dosis mayores de 4 gm en 24 horas. Y no estaría completa ninguna discusión relativa a ningún derivado de las sulfonamidas empleadas hasta ahora sin poner en guardia sobre las posibilidades tóxicas de esas preparaciones.

Sin duda alguna podría eliminarse gran parte del cuadro tóxico suspendiendo la sulfanilamidoterapia apenas se pusiere de manifiesto que no va obteniendo la curación. Casi todos los varones que se afectan favorablemente están ya asintomáticos para el fin del quinto día. Si no se ha observado esa modificación en ese período de tiempo sería rarísimo que la administración continuada resultara beneficiosa. En otras palabras, es perfectamente lógico considerar a todo enfermo que no está para entonces absolutamente sin síntomas como caso de fracaso de la sulfanilamida y suspender la droga.

Las series subsecuentes de sulfanilamida casi nunca surten efecto en el mismo caso, pero se ha demostrado que, empleando la sulfapiridina en los enfermos en que no obtuvo efecto curativo la sulfanilamida, consíguese bastantes veces una respuesta favorable.

Para la enfermedad a que nos referimos hay planes posológicos de sobra, la mayor parte de los cuales tienen por fin obtener rápidamente una alta concentración de sulfanilamida en la sangre que pueda después mantenerse con una dosis menor. Las experiencias de Van Slyke, Thayer, y Mahoney demuestran que la concentración sanguínea no es el único factor, pues dichos autores obtuvieron algunos de sus éxitos entre los casos que registraban las mínimas concentraciones sanguíneas, y algunos de sus fracasos entre aquéllos en que dicha concentración era enorme.

El plan posológico más generalizado para los enfermos ambulantes quizás consista en administrar 5 gm diarios por dos días, 4 gm diarios durante los tres días siguientes y luego continuar con una dosis diaria de 2.5 gm. Muchos clínicos consideran esa dosis demasiado alta y emplean

4 gm diarios por tres o cuatro días y una dosis diaria de 2.5 gm después. Otros sostienen que han obtenido éxitos iguales con 3 gm diarios por espacio de 8 días, seguidos de una dosis de mantenimiento de 1.3 gm diarios después. En los enfermos encamados en quienes se han obtenido las cifras más exactas la dosis inicial fué de 8 gm diarios por varios días y la subsecuente gradualmente menor. A esos enfermos se les ha administrado la droga a dosis esparcidas de manera que no dejaran disminuir la concentración sanguínea durante la noche. Con el mismo fin algunos médicos han administrado dosis mayores a la hora de acostarse a los enfermos ambulantes. Muchos administran bicarbonato de sodio de modo que forme 50% de cada dosis.

Debe suspenderse la sulfanilamida si produce síntomas bien definidos de acción tóxica y jamás debe administrarse a los enfermos a quienes no pueda ver el médico por lo menos cada 48 horas. Debido a la posible producción de vértigo hay que administrarla con suma cautela y que evitarla tratándose de individuos que desempeñan oficios peligrosos.

Por lo anterior se observará que el problema permanece en gran parte en la misma situación que antes de introducir la sulfanilamida. Subsiste la misma necesidad de una comprensión mejor de la enfermedad misma y de los métodos terapéuticos que ha consagrado el tiempo. Con una combinación razonable de esos dos principios no hay para qué desanimarse o por qué adoptar una actitud derrotista. Es más, el método se encuentra en terreno mucho más firme que hasta hace poco tiempo, pues ya se ha demostrado claramente que hasta en aquellos casos en que la sulfanilamida no obtiene la curación, su empleo al principio de la enfermedad convierte casi siempre el mal en más leve y aminora enormemente las probabilidades de que se presenten complicaciones graves.

Hay varios puntos que deben tenerse constantemente presentes acerca de la gonococia y que podemos exponer sucintamente así:

(1) La blenorragia es una enfermedad caracterizada por la penetración de los tejidos por el gonococo, en la cual los gérmenes se introducen hasta profundidades fuera del alcance de la facultad bactericida de las drogas aplicadas localmente.

(2) La curación la obtienen los propios procesos histológicos del enfermo.

(3) Pueden acrecentarse estos procesos mediante la aplicación directa de soluciones químicas suaves a las regiones infectadas y fomentando un desagüe mejor.

(4) Ciertos factores menguan considerablemente o destruyen esas reacciones histológicas, a saber, la ingestión de bebidas alcohólicas, la excitación sexual, el prolongado ejercicio físico, y la inhalación de los vapores de alcohol, éter, y quizás de algunas otras sustancias.

(5) Vemos, pues, que el "ingrediente insuperable" de todos los es-

fuerzos curativos es la cooperación perseverante, a fin de que no se presenten las circunstancias mencionadas.

(6) Mientras mayor sea la cooperación perseverante y más suave, "dentro de ciertas limitaciones" el tratamiento, más leve y breve será la enfermedad y menos complicaciones habrá.

(7) El tratamiento de esta dolencia es absolutamente empírico, puesto que no tenemos el más mínimo conocimiento de la forma en que logra sus fines.

(8) Los métodos traumáticos no tienen razón de ser en el tratamiento, pues prolongan la enfermedad y precipitan las complicaciones.

(9) Aparte de la sulfanilamida y las otras drogas del mismo grupo, la medicación bucal se ha mostrado señaladamente deficiente en valor curativo.

(10) Algunas drogas, y en particular la esencia de sándalo, merman a veces la supuración y el malestar, aunque no ejercen efecto curativo bien definido.

Se han empleado muchas drogas en el tratamiento local de la blenorragia, pero año tras año, ha ido disminuyendo gradualmente su número hasta que hoy día vemos muy pocas en empleo general. Un sinnúmero de ellas han sido abandonadas debido a los asertos extravagantes con que fueron introducidas, o a que muchas de ellas ostentaban nombres patentados y variaban tan poco de las drogas de la farmacopea que no estaba justificado su costo mayor. Afirmando sin temor a contradicciones válidas que ninguna de las preparaciones patentadas de la plata posee mayor valor que las que contiene la farmacopea en el tratamiento local de la gonococia. De las drogas más utilizadas para el tratamiento local de las mucosas del aparato urinario con sus concentraciones más apropiadas, cabe mencionar las que aparecen en la tabla adjunta.

Drogas usadas con más frecuencia en el tratamiento local de la blenorragia

	Concentración	Mejor
Permanganato de potasio (F. E. U.).....	1:10,000 a 1:3,000	1:3,000
Proteinato de plata mitigado (F. E. U.).....	3 a 10%	5%
Proteinato de plata fuerte (F. E. U.).....	0.25 a 1%	0.5%
Acriflavina (F. E. U.).....	1:5,000 a 1:1,000	1:3,000
Nitrato de plata (F. E. U.)	1:10,000 a 1:1,000	1:5,000

Hay ocasiones en que resulta prudente emplear sedantes por vía bucal, bien para impedir las erecciones del pene, o para el alivio del dolor y del malestar vesical. Para lo primero se emplea bastante frecuentemente bromuro de sodio a dosis de 0.6 a 1 gm de noche. Para los trastornos sensoriales es preferible el opio en alguna forma. De los opiáceos, la tintura alcanforada de opio a dosis de 4 cc, o la tintura de beleño a dosis de 1 a 1.3 cc, suelen bastar para los síntomas más leves. Para los más graves pueden necesitarse la codeína a dosis de

0.016 a 0.032 gm o supositorios rectales que contengan 16 mg de belladona y 0.65 gm de opio en polvo. Algunos preconizan el valor de los álcalis suaves y emplean más generalmente, bien el acetato o el citrato de potasio a dosis de 0.65 a 1.3 gm.

Con respecto a la aplicación de productos químicos a la uretra y a la vejiga por medio de inyecciones o de irrigaciones manuales, deben tenerse presentes varios puntos, los más importantes de los cuales son los siguientes:

(1) Una o dos aplicaciones en 24 horas suelen ser más beneficiosas que un número mayor.

(2) Todas las aplicaciones provocan una reacción purulenta de la porción anterior de la uretra, y si esa reacción dura más de una o dos horas es porque el producto es demasiado fuerte para la uretra dada y hay que disminuir la concentración.

(3) Todos los productos químicos utilizados por un período demasiado largo muestran tendencia a mantener la secreción uretral.

(4) La aparición de muchos epitelocitos en la secreción uretral constituye prueba positiva de que la medicación es demasiado fuerte o de que se ha usado por demasiado tiempo.

(5) No deben inyectarse líquidos en la porción posterior de la úretra si sólo está infectada la anterior.

(6) Si van a retenerse líquidos en la porción anterior de la uretra sin forzarlos hasta la posterior, la cantidad inyectada no debe exceder 6 cc.

(7) Si van a inyectarse líquidos en la porción posterior de la uretra, debe hacerse esto, bien a una presión hidrostática baja, o con la mayor suavidad por medio de una jeringa de pera provista de una cánula roma.

(8) No deben introducirse instrumentos de ningún género en el conducto uretral mientras haya gonococos presentes.

(9) Los súbitos empeoramientos pronunciados en el estado del enfermo denotan casi invariablemente, falta de cooperación.

(10) La prueba de los dos vasos debidamente interpretada constituye el modo más sencillo de observar la evolución del mal.

(11) La intensidad del enturbiamiento de la orina expulsada constituye un índice seguro de la actividad de la infección.

(12) Aun en los casos más favorables tratados con sulfonamidas la orina se aclara antes de curarse la enfermedad. De ahí que una orina límpida no constituya en modo alguno prueba de que se haya erradicado el gonococo.

Como plan terapéutico apropiado para esta dolencia creemos que podría administrarse en los primeros cinco días, algún derivado de la sulfonamida* a una de las posologías propuestas. Si al cabo de ese tiempo el enfermo no muestra secreción uretral y tiene una orina límpida,

* Los recientes éxitos del sulfatiazol han sido comentados en el BOLETÍN.

debe continuarse la dosis de mantenimiento de la droga por 10 días más si no se presentan síntomas tóxicos. Si los síntomas locales no ceden o si hay que suspender la droga, debe seguirse el plan adjunto, que es el mismo que fué publicado con algunas ligeras alteraciones, en los "Proceedings of the American Neisserian Medical Society" de 1937.

PLAN DE TRATAMIENTO

Uretritis anterior.—(1) Después de la micción se limpia la porción anterior de la uretra con una solución de permanganato de potasio del 1:10,000 al 1:5,000 bien con irrigación a presión baja o con inyecciones suaves a mano por medio de una jeringa.

(2) Por medio de una jeringa de pera inyécense en la uretra no más de 6 cc de una solución del 5 al 10% de proteinato de plata mitigado (F. E. U.) o de 0.25 a 0.5% de proteinato de plata fuerte (F. E. U.) y se retiene allí por cinco minutos. (Las concentraciones más débiles son las mejores.)

(3) Esos tratamientos se llevan a cabo a diario hasta que no haya secreción uretral; y luego, cada dos días. Si el último plazo resulta demasiado largo, según indica la recurrencia de la secreción, reanúdense los tratamientos diarios por algunos días y aumentense de nuevo los intervalos. Más adelante, cuando pueda hacerse sin riesgo, se aumenta el intervalo a cada tres días.

(4) Si el enfermo no puede visitar al médico con suficiente frecuencia para llevar a cabo este régimen, se ordena una jeringa de cristal de 4 cc y una solución al 0.25 o 0.5% de proteinato de plata fuerte (F. E. U.), con instrucciones de que se emplee dos veces diarias.

(5) Es más seguro no ensayar las pruebas ordinarias de curación con uno u otro de esos dos planes terapéuticos antes de que termine la quinta semana en los casos más favorables. (Esto no reza con los éxitos reales o aparentes de los sulfonamidos.)

(6) Debe hacerse todo lo posible por obtener la cooperación del enfermo sin colocarse en manos de éste ningún tratamiento local, a menos que se acompañen instrucciones de lo más explícitas en cuanto a su empleo apropiado.

(7) A esos enfermos hay que describirles los síntomas de la invasión de la porción posterior de la uretra, advirtiéndoles que si se presentaren, deben suspender el tratamiento local y presentarse en el consultorio del médico.

Uretritis posterior.—(1) Suspéndanse los tratamientos locales en la uretra hasta que desaparezcan los síntomas agudos.

(2) Los síntomas agudos pueden calmarse con sedantes o baños calientes sentados.

(3) Después que se ha recuperado por completo la comodidad vesical deben administrarse a plazos de dos o tres días irrigaciones intravesicales a baja presión de solución de permanganato de potasio.

(4) Suspéndanse las manipulaciones prostáticas y vesiculoseminales hasta que el segundo vaso de orina aparezca límpido y el primero casi límpido.

(5) Debe iniciarse el masaje con las fricciones prostáticas más suaves, y si hacen recurrir la secreción uretral debe esperarse una semana más antes de probarlo de nuevo. Si no provoca tales recrudescencias, repítase a plazos de 3 a 4 días acrecentando gradualmente la presión en las visitas subsiguientes, pero sin alcanzar jamás proporciones de rudeza o brutalidad.

(6) Deben continuarse los masajes a los plazos indicados hasta que la secreción prostática deje de revelar pus.

(7) Durante el primer mes o seis semanas de masaje prostático conviene llevar a cabo una irrigación intravesical preliminar, dejando parte de la solución en la vejiga para expulsarla después del masaje. Si al cabo de ese tiempo se suprimen

las irrigaciones, rara vez habrá filamentos en la orina cuando el enfermo esté dispuesto para el alta.

PRUEBAS DE CURACIÓN

El empleo de la sulfanilamida en la blenorragia ha envuelto en las espesas nubes de la incertidumbre a las antiguas pruebas de la curación. Tan cierto es esto, que se ha vuelto absolutamente necesario utilizar métodos que antiguamente poco se requerían en el varón. Antes de entrar en uso esta droga podía declararse con casi 100% de seguridad curado al enfermo que no mostraba secreción uretral, y en el cual no evocaba secreción la ingestión de alcohol, la excitación sexual, o la introducción de una sonda con masaje uretral, o en el cual la secreción ocasionada por una inyección provocadora de nitrato de plata al 1% no revelaba gonococos.

En los enfermos aparentemente curados por la sulfanilamida esos sencillos procedimientos carecen, triste es reconocerlo, de valor, pues dichos pacientes rara vez experimentan una recrudescencia de los síntomas después de las primeras tres providencias y su secreción, por lo general, no revelará gonococos después de emplear el nitrato de plata aunque estén presentes en los tejidos. La seguridad del mismo enfermo y la protección de sus posibles contactos exigen pruebas más cuidadosas de la curación que las mencionadas. Hay que llevar a cabo en ellos meticulosas y repetidas pesquisas de los sedimentos lavados de la primera orina expulsada después de aplicar las susodichas pruebas. Antes de expulsar la orina hay que frotar la próstata, vesículas seminales, y uretra, a fin de que sus secreciones estén contenidas en la orina. Además, los cultivos del gonococo ocupan un puesto de enorme importancia. Y aun cuando se ejecuten escrupulosamente todas esas pruebas, es casi seguro que algunos sujetos infectados pasarán de nuevo a la actividad sexual. Las pruebas de fijación del complemento son de poco valor para comprobar la curación.

Debido a la naturaleza inferencial de todas las pruebas de curación, hay que advertir a todos los enfermos que no realicen el coito sin el empleo de un condón por algunas semanas después de la supuesta curación.

OTROS TRATAMIENTOS

Un trabajo como éste resultaría incompleto si no se mencionaran las sustancias biológicas, tales como vacunas, filtrados y antitoxinas y la hipertermia prolongada. Podemos salir de las sustancias biológicas, declarando que en conjunto han dado resultados peores que ningún tratamiento aparentemente lógico.

No podemos despedir de manera tan sumaria la hipertermia prolongada, siendo indudable que la elevación prolongada de la temperatura orgánica a más de 41.2 C, curará la gonococia en muchos casos. Tam-

bién está establecido que las temperaturas más bajas son menos eficaces y exigen más sesiones terapéuticas. Es igualmente cierto que dicho método encierra peligros que no deben contemplarse a la ligera, y acarrea una mortalidad mucho mayor que la de la dolencia misma. Exige además instalación, personal adiestrado, y tiempo, lo cual lo pone fuera del alcance de las masas, salvo quizás, cuando se aplica experimentalmente. Carpenter, Warren y sus colaboradores, que han realizado la labor más científica en ese sentido hasta la fecha, opinan que sólo debe utilizarse para los enfermos que resisten otros métodos y para el tratamiento de las complicaciones más graves del mal. Esa doctrina limita la necesidad urgente de la hipertermia prolongada a un punto en que el médico ya no tiene motivos para sentirse culpable de rehusarle a su enfermo lo mejor por no insistir en ello. Casi todos los casos de blenorragia masculina pueden curarse con otros métodos y pocas son las complicaciones, aparte de la artritis, de tal gravedad o tan resistentes al tratamiento que no cedan en poco tiempo, si se las ataca con métodos menos peligrosos y menos molestos.

CONTROL DE STEGOMYIA (AEDES AEGYPTI) EN LOS PUERTOS BOLIVIANOS¹

Informe para el primer trimestre del año 1941

*Por el Ministerio del Trabajo, Salubridad y Previsión Social de la
República de Bolivia*

	Número de casas en la ciudad (aproximado)	Ciclo de inspección (en días)	Número de casas inspeccionadas ⁴	Número de casas con focos de Stegomyia	% de casas con focos de Stegomyia (índice) ⁵
DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ					
Santa Cruz de la Sierra ³	2,996	14	2,385	0	0
DEPARTAMENTO DEL BENI					
Trinidad ² , ³	886	7	882	0	0
Guayamerín ² , ³	160	7	153	1	0.7
Cachuela Esperanza ² , ³	330	7	349	6	1.7
Riberalta ² , ³	652	14	651	0	0
DEPARTAMENTO PANDO					
Cobija ² , ³	329	7	260	9	3.5

Nota.—En el primer trimestre de 1941 no hubo ningún caso de fiebre amarilla confirmado por el laboratorio.

¹ Transmitido y publicado conforme a la resolución sobre fiebre amarilla de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana que recomendó el envío, por las autoridades nacionales de sanidad, a la Oficina Sanitaria Panamericana, de informaciones trimestrales acerca del desarrollo de la campaña antilarvaria y los respectivos índices estegómicos.

² Puerto fluvial.

³ Puerto aéreo.

⁴ Las embarcaciones inspeccionadas son contadas como casas en este informe.

⁵ Para indicar los índices, sólo cuando no hay ningún foco se usará cero: 0. Los índices inferiores a 0.05 se representan por cero punto cero: 0.0.