

en Moscú, y éstos probablemente también serán clausurados pronto, mientras que las mujeres tratadas en los mismos representan hoy día un grupo muy inferior, para el cual habrá que buscar otros métodos de asistencia, y quizás alguna forma de detención permanente. (Yarros, Rachele S.: *Jour. Soc. Hyg.*, 200, ab. 1937.)

Centros de tratamiento para marineros.—En cumplimiento del convenio internacional firmado en Bruselas en 1924, la Oficina Internacional de Higiene Pública de París ha publicado por tercera vez la lista de los centros a los cuales pueden dirigirse los marineros para tratamiento de las enfermedades venéreas en los distintos puertos del mundo. De los países americanos, hasta la fecha han firmado, ratificado o adherido al convenio Canadá y Chile; y las siguientes posesiones; francesas: Guayana, Guadalupe, y Martinica, e inglesas: Bahamas, Islas Falkland, Guayana, Honduras Británica, Jamaica, Islas Leeward, Santa Lucía, San Vicente, y Trinidad. En la lista aparecen, además de otros, las direcciones de los centros de otros países americanos, como Argentina, Brasil, Estados Unidos, Guayana Holandesa, Haití, México, Panamá, Perú, y Uruguay. (Off. Int. Hyg. Pub.: "Centres de traitement auxquels peuvent s'adresser, dans les divers ports, les marins de n'importe quelle nationalité," París, 1938.)

BLENORRAGIA¹

Estados Unidos.—Recapitulando el problema planteado por la blenorragia en los Estados Unidos, Vonderlehr y Usilton declaran que en dicho país cada año por lo menos 1,000,000 de personas contraen la enfermedad; que el coeficiente alcanza su máximo en las ciudades de 50,000 a 500,000 habitantes, y su mínimo en los distritos rurales y suburbanos; que en el Ejército y la Armada, respectivamente, los coeficientes fueron de 22 y 56 por 1,000 en 1934; que la edad media de los enfermos es 29 años para el varón blanco, y 24 para el negro y para la mujer blanca; que la cuarta parte de los casos corresponden a las mujeres, y 86% de éstas se encuentran en el período de reproducción, de modo que unas 230,000 madres potenciales se infectan anualmente en los Estados Unidos; que en el país hay constantemente en observación 493,000 blenorragicos; que no hay pruebas seguras de que el mal se halle en vías de disminución, aunque en las fuerzas armadas se ha demostrado que ya cabe hacer algo con los métodos disponibles; y por fin, que la blenorragia es mucho más frecuente que ninguna otra enfermedad transmisible grave, pues los casos de tuberculosis en 1935 sólo representaron la tercera parte, los de escarlatina la cuarta parte, los de difteria 27 veces menos, los de tifoidea 58 veces menos, y los de poliomiелitis 100 veces menos; es decir, que siendo la gran enfermedad epidémica, poco es lo hecho para vencerla. (Vonderlehr, R. A., y Usilton, Lida J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1425, obre. 30, 1937.)

Período de incubación.—Gloukhenky estudió el período de incubación en 382 casos de blenorragia: en 189 que la contrajeron en estado de ebriedad, cinco días o menos en 75%, siete días en 15%, y hasta 10 días en 10%; en 72 casos de reinfección, 5 a 10 días en 83.5%, 10 a 14 en 12%, y 30 días en un caso; en 121 de más de 31 años, de cinco días en 43.8%, siete en 39.6%, 10 en 19%, y más de 10 en 4.1%. En la duración del período parecen intervenir varios factores: virulencia de la cepa; cantidad de virus; edad del enfermo; reinfección; influjo del alcohol; y posiblemente, traumatismo. (Gloukhenky: *Ann. Mal. Vén.*, 429, jul. 1938.)

Diagnóstico.—Justipreciando los métodos de laboratorio para el diagnóstico de la gonococia en el varón, Carpenter declara que el cultivo es el procedimiento más fidedigno, superando a los frotos y a la fijación del complemento. El aislamiento del gonococo coloca al diagnóstico sobre una base irrefutable. Los frotos

¹ La última crónica sobre Blenorragia apareció en el Boletín de junio 1937, p. 573.

poseen muchas ventajas en el sentido de sencillez, bajo costo y rapidez, pero no dan tantos positivos como los cultivos, y en algunos casos hay seudopositivos, por no poder diferenciar al gonococo de otras bacterias, y a los viables de los no viables. Las actuales pruebas de fijación del complemento también resultan poco satisfactorias, y provocan frecuentemente seudopositivas. (Carpenter, C. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1428, obre. 30, 1937.)

Artritis gonocócica.—Trece observaciones de poliartritis aguda de origen gonocócico sirven para recalcar la importancia de las gonococias latentes como causa de artritis aguda. En siete los síntomas peculiares fueron precedidos de una infección aguda de las vías aéreas respiratorias que hizo sospechar reumatismo agudo. En varios casos no había datos clínicos o de laboratorio con respecto a una gonococia génitourinaria localizada. En el diagnóstico se utilizaron varios métodos, y en particular el examen bacteriológico del líquido sinovial y la prueba de fijación del complemento. (Spink, W. W., y Keefer, C. S.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 325, jul. 31, 1937.)

Fundándose en el estudio de 140 casos comprobados, Keefer y Spink afirman que la blenorragia ocasiona frecuentemente poliartritis aguda, afectando más a menudo las rodillas, muñecas y tobillos. En el diagnóstico clínico ayudan las lesiones asociadas, tales como tenosinovitis, conjuntivitis catarral metastática bilateral, iridoclititis y queratodermia blenorragica. Las lesiones patológicas de las articulaciones comienzan en los tejidos periarticulares y la membrana sinovial, siendo secundaria la invasión del cartilago. La destrucción de éste es más notable en la muñeca, cadera y dedos. La anquilosis es rara, salvo en la muñeca, y toma por lo común forma fibrosa. En el diagnóstico ayuda el examen del líquido sinovial, habiéndose aislado microbios en 26% de los casos. La fórmula globular fué mayor en el líquido infectado que en el estéril, sin que pudieran encontrarse anticuerpos en el infectado. La reacción de fijación del complemento en la sangre resultó positiva en 86% de los casos; en una proporción algo menor en el líquido sinovial. Se han propuesto varios tratamientos, incluso sero, pireto y quimioterapia. La seroterapia no ha dado muy buen resultado. La termoterapia suele ser eficaz en un porcentaje elevado de los casos agudos, pero no tanto en los crónicos y antiguos. Hay pruebas ya de que la sulfanilamida es bactericida para el gonococo cuando se agrega al suero sanguíneo, y en dos de esos casos los gonococos desaparecieron del líquido sinovial a los dos días de administrarse la droga. (Keefer, C. S., y Spink, W. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1448, obre. 30, 1937.)

Cooperman discute una epidemia de gonococia que afectó a 67 de 182 recién nacidos expuestos. De los 67, 53 manifestaron infecciones de las articulaciones, y el resto de las mucosas; 44 (21 varones y 23 mujeres) fueron observados por el autor. Una criatura manifestó oftalmía al sexto día; en los demás, sólo se observaron síntomas del octavo al noveno día del nacimiento. Para el undécimo día, se descubrieron diarrea purulenta y vulvovaginitis. El único hemocultivo positivo fué a los 10 días de incubación, en un niño con poliartritis. En ocho lactantes se observó proctitis gonocócica con frotos rectales positivos. No hubo mortalidad alguna. (Cooperman, M. B.: *Am. Jour. Dis. Child.*, 932, jun. 1937.)

Comentando este brote y el caso de Hoffman y Schneider (*Jour. Am. Med. Assn.*, 1447, obre. 30, 1937), de septicemia y artritis blenorragicas consecutivas a oftalmía en un lactante de 4 días, Hurwitz hace notar que un estudio bacteriológico de las heces al principio de la epidemia, habría revelado la identidad del microbio 10 días antes de ser identificado en el exudado articular. (Hurwitz, Nathaniel: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2006, obre. 11, 1937.)

Tratamiento de la vaginitis blenorragica con substancia estruógena.—En el tratamiento de la vaginitis blenorragica, Lewis y Adler emplearon substancia

estruógena en glicol-etileno por vía hipodérmica, pero sólo mostró eficacia, cuando se emplearon dosis masivas de 2,400 unidades internacionales a diario. El empleo de supositorios vaginales con substancia estruógena a dosis de 1,000 U. I. resultó muy eficaz. De 33 casos consecutivos de vaginitis blenorragica en niñas tratadas de ese modo, en 30 los frotos se volvieron negativos en un promedio de 20.7 días. En 2 casos se necesitaron 12 semanas de tratamiento. Cinco casos fueron considerados como recurrencias. El método parece ser inocuo, y para el autor constituye el tratamiento más eficaz para la vaginitis blenorragica en las niñas. (Lewis, R. M., y Adler, E. L.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2054, jun. 13, 1936.)

Hormonoterapia de la vaginitis gonocócica.—Te Linde comunica la curación de 175 casos de vaginitis gonocócica con amniotina. Exceptuados 16 en que utilizó el producto hipodérmicamente en aceite, en todos se emplearon supositorios vaginales. El autor declara que todavía no ha encontrado una enferma que no se reponga con ese método. La reobservación de las primeras 100 enfermas reveló que 98 se hallaban bien al cabo de tres meses a dos años y medio del último tratamiento. No se observaron signos clínicos de nocividad debida al tratamiento, y así lo confirman las investigaciones de laboratorio. Para el autor la hiperacidéz intravaginal producida por el estruógeno es un factor en el éxito, pero como no se obtuvieron resultados iguales con otros supositorios acidificantes, para él la amniotina contiene otro elemento más, que quizás consista en que recubre la vagina con grueso epitelio e impide así la reinfección de los tejidos subepiteliales. La observación clínica y las biopsias indican que la lesión esencial de la infección gonocócica de la porción inferior del aparato genital en las niñas es vaginitis. Los supositorios utilizados contenían 600 unidades internacionales de amniotina. El tratamiento comienza con un lavado de la vulva en el baño diario, pero sin irrigaciones ni instilaciones. En el mercado ya pueden conseguirse supositorios de amniotina que contienen 1,000 unidades internacionales, y han dado muy buen resultado. Cada noche se introduce un supositorio hasta comprobar la reposición con frotos negativos. Después del primer frote negativo se continúa el tratamiento por dos semanas más, y si el examen resulta entonces de nuevo negativo, se suspende el tratamiento. La duración media de éste fué aproximadamente un mes. (Te Linde, R. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1633, mayo 14, 1938.)

Tratamiento de la infección del aparato genital en las niñas.—Reichert y colaboradores han observado durante cinco años 121 niñas con infección de la porción inferior del aparato genital, siendo unas tres cuartas partes de origen blenorragico. La edad varió de 5 a 9 años en 85%, y en el resto de 10 a 14 años. El único síntoma constante fué una secreción amarilloverdosa y purulenta. La vulva estuvo afectada siempre, el cuello casi siempre, y la uretra como en la mitad de los casos blenorragicos y la cuarta parte de los no blenorragicos, y la vagina en 41 y 19% de los dos grupos, respectivamente. El diagnóstico diferencial tuvo que basarse en el estudio de los frotos y cultivos. El tratamiento local más eficaz resultó ser una solución al 2% de albuminato de plata en jalea de tragacanto, obteniéndose la curación aparente en 80%, con recurrencias en 10%. En 32 casos se utilizó estrógeno, dando por resultado frecuentemente hipertrofia mamaria y desarrollo del vello púbico. Aunque con este tratamiento fué mayor el porcentaje de curaciones aparentes, también hubo más exacerbaciones, de modo que al final de cuentas el resultado fué semejante en las dos series. En un pequeño grupo se utilizaron supositorios de tilina junto con el tratamiento tópico, necesitándose así menos estrógeno para la curación. La combinación, pues, de la tilina en aceite o en supositorios con el tratamiento local en las recurrencias, parece ser el tratamiento más satisfactorio. (Reichert, J. L., y otros: *Am. Jour. Dis. Child.*, 459, sbre. 1937.)

Piretoterapia.—Basándose en el resultado obtenido en 64 varones con uretritis gonocócica tratados con la piretoterapia, Warren y colaboradores deducen que esta terapéutica es valiosa, pues se obtuvieron curaciones en 7 de 34 casos en que se administraron bien una sola sesión o sesiones repetidas a 41.5 C, por lo común de cinco horas de duración. También se curaron con una sola sesión de fiebre a 41.5 C 25 de 31 casos, en que el tratamiento equivalió o superó al punto letal térmico. La piretoterapia está, pues, indicada en los casos persistentes y complicados en que han fracasado otros tratamientos. Sin embargo, debe recordarse que el procedimiento exige personal adiestrado y sólo puede aplicarse en un hospital, pues también entraña su riesgo, como lo indica una muerte observada entre 283 casos gonocócicos tratados durante los últimos seis años. (Warren, S. L.; Scott, W. W., y Carpenter, C. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1430, obre. 30, 1937.)

Presentando una serie que comprende 11 casos de blenorragia aguda; 14 de prostatitis aguda con complicaciones; 18 de prostatitis crónica; y otras tantas series de testigos, Parsons y colaboradores afirman que la piretoterapia obtiene más curaciones en la gonorrea en el hombre que la quimioterapia, y también merma la duración de la infección. (Parsons, E. H.; Bowman, P. N., y Plummer, D. E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 18, jul. 3, 1937.)

Jacoby señala que la piretoterapia en la blenorragia ha consistido bien en el empleo de la malaria o de algún aparato, tal como el hiperterma de Kettering o aparato eléctrico de ondas cortas, con o sin diatermia. En Alemania y Austria han empleado casi exclusivamente el paludismo por 16 años. En los Estados Unidos han concentrado más la atención en los aparatos. La técnica varía, pues algunos sólo utilizan una sola aplicación de fiebre hasta 41.5 C, y otros varias exposiciones a una temperatura de 40.6 a 41.5 C, a plazos de tres o cuatro días. La evolución se sigue por medio de exámenes repetidos de frotis y cultivos de las zonas patológicas. Las infecciones tratadas comprenden no tan sólo blenorragia aguda y crónica, sino también las complicaciones, tanto genitales como alejadas en forma de artritis y oftalmía. Los resultados comunicados indican que se curan de 70.5 a 93% de los tratados. El método que parece más lógico es el de Warren y Carpenter, quienes aíslan primero la cepa del gonococo causante de la infección, y determinan el tiempo letal para la cepa a una temperatura específica de 41.5 C, para regirse por ella en el tratamiento. El valor de la piretoterapia radica principalmente en la rapidez con que cura, aunque no deja de entrañar su peligro. Hasta la fecha en cinco o seis años no se han tratado así más de 2,000 enfermos. Se trata exclusivamente de un procedimiento hospitalario que tiene que aplicar un personal adiestrado. (Jacoby, Adolph: *Jour. Soc. Hyg.*, 253, mayo 1937.)

De 278 blenorragícos que recibieron la piretoterapia en el Hospital para Marineros de Nueva Orleans, 225 (81%), terminaron la serie completa, es decir que continuaron las sesiones a plazos de dos o tres días hasta haber desaparecido todo signo de infección, por no poder beneficiarse más. De los 225, 130 eran casos agudos con o sin complicaciones, y 95 crónicos con o sin complicaciones. Al terminar la piretoterapia 113 (87%) de los primeros, y 67 (71%) de los segundos, estaban aparentemente curados de la gonococia. Uno de los grandes problemas en la piretoterapia estriba en disminuir el porcentaje de los casos que no terminan las series terapéuticas. En general, las sesiones de cinco horas de duración proporcionaron alivio temprano y radical del dolor y el edema en la epididimitis, artritis y prostatitis agudas. Aunque los casos de oftalmía gonocócica fueron muy pocos (tres), pareció que el resultado hubiera sido mejor de haberse instituido el tratamiento antes. El medio utilizado fué el hiperterma de Kettering. (Trautman, J. A.; Stroupe, H. V., y Devlin, D. J.: *Hosp. News*, 17, jun. 15, 1937.)

Punto termoletal del gonococo.—Carpenter y colaboradores determinaron que

el punto térmico letal fué 41.5 C en 250 cepas del gonococo. La termorresistencia de los cultivos varió de 6 a 34 horas, pero sólo en 0.4% excedió de 24, siendo el promedio 16.1. Cada cepa posee su punto termoletal, aunque un enfermo puede albergar simultáneamente más de una cepa. En algunos casos un tratamiento pirético que dure una o dos horas menos que el tiempo termoletal del microbio ha obtenido la curación. (Carpenter, R. A.; Boak, A., y Warren, S. L.: *Am. Jour. Syph. Gon. & Ven. Dis.*, 279, mayo 1938.)

Estudio trienal de la piretoterapia.—La Cía. Eléctrica y Manufacturera Westinghouse ha donado \$50,000 a la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh para llevar a cabo un estudio de tres años de la piretoterapia con datos sobre la humedad y temperatura, y su efecto sobre el organismo humano.

Pautas para los aparatos de termoterapia.—El Consejo de Fisioterapia de la Asociación Médica Americana considerará para dictamen aparatos diseñados y anunciados y vendidos para administrar la fiebre terapéutica, pero los fabricantes tienen que cumplir con los reglamentos del Consejo, y además, presentar la siguiente información: descripción detallada de la construcción y funcionamiento; gráficas térmicas en que aparezca el tiempo necesario para elevar la temperatura rectal de 12 enfermos, de lo normal a 41.1 C por lo menos; estabilidad con que puede mantenerse una temperatura rectal dada durante cinco horas; datos sobre la temperatura y humedad relativa del aire en la cámara durante los tratamientos; efectos contraproducentes para los enfermos; y energía necesaria para hacer funcionar el aparato. (*Jour. Am. Med. Assn.*, 1041, sbre. 25, 1937.)

Sulfanilamida en la oftalmía blenorragica.—Los Fernández probaron la sulfanilamida en ocho casos de oftalmía blenorragica en adultos, a dosis diarias de 2.6 gm en los primeros tres días, fraccionadas en dosis de 0.65 gm, y de 1.95 gm, fraccionados en tres porciones desde el cuarto día. Todos los enfermos se repusieron en menos tiempo que el exigido por otra terapéutica. Si existe insuficiencia renal, hay que utilizar dosis más pequeñas, y que tomar más precauciones para evitar la acumulación de la droga en la sangre. (Fernández, L. J., y Fernández, R. F.: *Am. Jour. Ophthalm.*, 763, jul. 1938.)

Acido clorhídrico.—Verdier presenta 25 casos de blenorragia en que probara el ácido clorhídrico, tomados al azar de varios miles más. En la gonorrea aguda simple, la inyección inicial es de 10 cc diarios al 1:500 en agua destilada. Este tratamiento continúa por unos 10 días consecutivos, al cabo de los cuales se alargan los plazos entre las inyecciones a dos o tres días, hasta obtener la curación. En los casos subagudos o complicados, independiente del tipo o sexo, las inyecciones son a plazos de dos días hasta obtener mejoría, y entonces se alargan los intervalos. La característica más notable de esta terapéutica consiste en la rápida mejoría de los síntomas subjetivos y objetivos, como estranguria y disuria. La terapéutica se complementa a veces con un bálsamo, y en la mujer con duchas jabonosas. En algunas uretritis subagudas utilizase una compresa uretral de ácido clorhídrico al 1:1,000 por varios minutos. En las complicaciones prostáticas se utiliza para diagnóstico el masaje cauteloso, y se agrega la alta frecuencia por su efecto hiperémico local, resultando éste en particular valioso en las complicaciones pelvianas en la mujer. El autor considera el método económico e inocuo. Los que no conocen la técnica intravenosa, pueden utilizar la intramuscular a dosis de 2 cc al 2%, con la adición de 1% de butina. Como pautas de la curación se toman un período de observación, sin tratamiento; el consumo de cerveza; y el coito. En la mujer tiene que haber tres frotos cervicales negativos después de las reglas. El método se ha utilizado en todas las formas concebibles de infección neisseriana; hombres y mujeres; adultos y niños; sin que hasta la fecha se haya observado nunca fracaso o reacción contraproducente. Este tratamiento fué recomendado hace algunos años por Ferguson, y parece deber su éxito a la leucocitosis que evoca. (Verdier, C. E.: *Mil. Surg.*, 113, agto. 1938.)