

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento de la blenorragia con una sola inyección de penicilina.—Entre los medios propuestos para prolongar la acción de la penicilina inyectada, uno de los más eficaces es el que consiste en suspender el polvo de penicilina en una mezcla de cera de abejas y aceite de cacahuet. ROMANSKY, MURPHY y RITTMAN (J. Am. Med. Ass., 128, 404, 1945) han estudiado el nivel que se alcanza de penicilina en sangre con la inyección de este preparado de penicilina, y han ensayado el tratamiento de la blenorragia con las citadas inyecciones. La mezcla de cera de abejas y aceite de cacahuet se prepara por agitación de cuatro partes de cera en volumen (3,2 en peso) y hasta 100 de aceite; a la mezcla se añaden 100.000 unidades de penicilina cálcica. La actividad del preparado se conserva hasta seis meses en la frigorífica o en estufa a 37°. Una inyección de 100.000 unidades (en un c. c. de mezcla total) produce una concentración en la sangre de 0,156 unidades, que se mantiene más de siete horas. Cuando la inyección es de 150.000 unidades, la concentración en la sangre llega a 0,204 unidades por c. c., proporción que es suficiente para inhibir el crecimiento del gonococo. Los autores antes citados han tratado 100 casos de blenorragia masculina, no seleccionados, con una inyección de 100.000 unidades, y en 93 se produjo la curación. Los siete restantes y otros 75 pacientes más fueron tratados con una sola inyección de 150.000 unidades y se obtuvo la curación en todos ellos.

Terapéutica con vitamina C en las afecciones alérgicas.—En opinión de RUSKIN (Am. J. Digest. D's., 12, 281, 1945), la administración de dosis elevadas de ácido ascórbico poseería un gran valor en el tratamiento de los síndromes alérgicos. En apoyo de su afirmación aduce hechos clínicos y farmacológicos. En experimentos animales, con un preparado que permite determinar microscópicamente el estado de los bronquiolos, demuestra que el efecto broncoconstrictor de la histamina puede inhibirse con ascorbato sódico, con una intensidad que no es superada por la adrenalina; si se emplea ascorbato de bencedrina, se aprecia, no sólo que falta el efecto constrictor sobre los bronquios de la histamina, sino que se produce una broncodilatación. La experiencia clínica de RUSKIN se basa en 27 enfermos con fiebre de heno y en 100 que padecían catarros y rinitis vasomotora. Estos pacientes fueron tratados con una dosis diaria de 250 mg. de ácido ascórbico y

una de 1 mg. de tiamina. Aunque los efectos no fueron constantemente beneficiosos, la gran mayoría de los enfermos mostró una mejoría considerable.

Acranil en la lambasis.—Acranil es diclorhidrato de 3-cloro-7-metoxi-9-(2 hidroxi-3-dietilamino)-propilamino-acridina, derivado, pues, muy semejante a la atebrina. La primera observación sobre el efecto beneficioso de la atebrina en la giardiasis se debe a GALLI-VALERIO, y posteriormente ha sido confirmada por numerosos clínicos. BARBERIAN (Am. J. Trop. Med., 25, 441, 1945) ha ensayado el empleo de acranil en 50 niños de tres orfanatos, en los que constituyan el 16,6 por 100 de la población infantil. Las pautas de tratamiento han sido diversas, y en parte se han adaptado a la edad de los pacientes. Al día siguiente de administrar una dosis de 0,05-0,2 g. de calomelanos, se proporciona una dosis de acranil de 0,1 a 0,5 g., y se continúa con dosis diaria de 0,1 a 0,3 g., durante tres a cinco días. No se observó ningún síntoma de intoxicación ni molestias de ninguna clase inculpables al tratamiento. Después de una semana se realizaron análisis de heces durante cinco semanas consecutivas y no se encontraron lambliás en ningún caso. La acción del acranil se extiende en una cierta medida a la infestación con *Hymenolepis nana* y con *Taenia saginata*, pero no a otras verminosis ni a las infecciones protozoarias por amebas coli o histolítica. La única manifestación colateral del tratamiento fué una ligera pigmentación amarilla de la piel, que desapareció gradualmente.

Geles de hidróxido aluminíco en litiasis renal.—En la litiasis fosfática resulta conveniente emplear un medio que disminuya la concentración de fósforo en la orina o que aumente su solubilidad. Es corriente el empleo de dietas acidificantes; pero éstas tienen a veces el riesgo de producir acidosis y otras son ineficaces, especialmente en las infecciones urinarias con orinas alcalinas, en las que tal alcalinidad no es influída con grandes cantidades de cloruro amónico u otros acidificantes. La disminución de la concentración de fosfatos en la orina puede lograrse impidiendo su absorción en el intestino, y este objetivo se logra por la administración de geles de hidróxido aluminíco, los cuales forman fosfato aluminíco insoluble en el intestino, que es eliminado por las heces. El método ha sido empleado por SHORR (J. Urol., 53, 507, 1945) en las litiasis fosfáticas, con

buenos resultados. La eliminación diaria de fósforo por la orina, que es aproximadamente de un gramo, debe ser reducida a 150 mg. o menos, y esta determinación debe realizarse una vez al mes, para seguir la marcha del tratamiento. De acuerdo con ello, se adaptará la dosis de gel de hidróxido aluminico, dosis que suele oscilar entre 120 y 160 c. c. diarios, dependiendo de la dieta y del preparado que se emplee. Generalmente se administra el hidróxido aluminico en cuatro tomas diarias, una después de cada comida y otra al tiempo de acostarse. El único inconveniente del método es el de producir en ocasiones estreñimiento, que se combatirá con vaselina líquida o magnesia calcinada.

Hemoglobinuria por plasmoquina.—La plasmoquina es una droga hemolítica "in vitro", pero a concentraciones que no se alcanzan nunca en la sangre. En la clínica se han observado reacciones hemolíticas, con fiebre e ictericia, que se han tratado de diferenciar de la fiebre hemoglobínica, surgida en ocasiones en el tratamiento del paludismo con quinina; su principal diferencia, según AMY, consistiría en la existencia de cianosis, debida a una formación intraglobular de metahemoglobina, en el caso de la reacción tóxica por plasmoquina. DIMSON y McMARTIN (Quart. J. Med., 15, 25, 1946) han observado recientemente 18 casos de hemoglobinuria por plasmoquina, y la sintomatología era indiferenciable de la fiebre hemoglobínica corriente; tampoco pudieron confirmar la

mayor frecuencia de cianosis ni la presencia de metahemoglobina en el interior de las células rojas. Trece de los casos fueron observados en un grupo de 10.000 soldados, a los que se trasladó de una zona con paludismo endémico a otra libre de esta enfermedad; los soldados habían sido tratados profilácticamente con atebrina y no habían tenido manifestaciones de paludismo; al realizar el traslado se les administró durante cinco días 30 cg. de atebrina, y después de un descanso de dos días, plasmoquina en dosis diaria de 2-3 cg., durante otros cinco días. En tres de los 13 sujetos que enfermaron con hemólisis, ictericia y hemoglobinuria se produjo la muerte. Los restantes cinco casos de hemoglobinuria fueron observados entre 8.000 casos tratados por paludismo confirmado; no murió ninguno de ellos. La importancia del paludismo en la génesis de la hemoglobinuria por plasmoquina parece ser menor que en el caso de la quinina; aunque las reacciones cutáneas con plasmoquina fueron negativas, todo parece indicar la presencia de una hipersensibilidad a la droga, como lo prueba que en los enfermos la administración posterior de una pequeña cantidad de plasmoquina produjo signos evidentes de hemólisis intravascular. La administración previa de atebrina es predispónente a la presentación de la hemoglobinuria por plasmoquina. El tratamiento del accidente hemoglobínico consistió en reposo, administración de fluidos y álcalis, y en algún caso, inyección de suero antiponzoño de cobra.

EDITORIALES

DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA DEL CHANCRÓN BLANDO

El diagnóstico del chancre blando tropieza actualmente con numerosos obstáculos. La identificación del bacilo de Ducrey en las lesiones no siempre es posible; tampoco es segura la prueba cutánea con bacilo de Ducrey (KNOTT y colaboradores). Los cultivos del bacilo por el método de Teague y Deibert presentan algunas dificultades técnicas, por lo que son poco empleados. En cuanto a la autoinoculación con productos de la lesión, no es corrientemente utilizada para el diagnóstico, porque produce una nueva lesión en el enfermo. La posibilidad de establecer un diagnóstico fácilmente por medio de una biopsia debe ser, por estas razones,

objeto de la mayor atención. La biopsia se realiza fácilmente sin anestesia y con producción de escaso dolor, tomando un fragmento de la base de la úlcera con una pinza de biopsias de Gaylor. Se obtienen así trozos de unos 3 mm. de diámetro, que se fijan en líquido de Zenker con 5 por 100 de ácido acético glacial. Corrientemente se realiza el diagnóstico con una tinción de Mallory a la floxina-azul de metileno, y en algunos casos mediante tinciones complementarias con Giemsa o Gram. En veinticuatro horas puede estar completo el diagnóstico histológico, lo cual supone una ventaja de tiempo en relación a los cultivos.

Las descripciones que pudieran llamarse clásicas de la anatomía patológica del chancre blando son poco expresivas. PUND, GREENBLATT