

LA PENICILINA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUROSIFILIS (*)

Dres. B. CATTNER, S. S. KAUFMAN Y E. W. THOMAS

LA estimación correcta de los resultados obtenidos en el tratamiento de la neurosífilis ha sido siempre difícil. Cuando WAGNER VON JAUREGG publicó, hace veintisiete años, los efectos provechosos del paludismo en el tratamiento de la demencia paralítica, no se contaba con otro criterio objetivo, que la mejoría clínica. Pero como en dicha afección son frecuentes las remisiones espontáneas, muchas opiniones insistieron en prolongar los periodos de observación antes de incluir el paludismo entre los agentes terapéuticos. Pocos años después se demostró que, por lo menos, la malarioterapia prolongaba la vida de los paralíticos generales, pero incluso ahora, no es absolutamente cierto si el proceso patológico ha quedado detenido. Con el tiempo ha quedado demostrado que pueden coexistir en un mismo enfermo, síntomas reversibles e irreversibles y que la mejoría puede ser aparente, por el hecho de que la infección específica permanezca muy activa en la intimidad del sistema nervioso central sin manifestarse por ninguna clase de síntomas.

Por consiguiente, la atención se dirigió al estudio de las modificaciones observadas en el líquido c.r. Ya en 1924 se observó que el síndrome espinal, especialmente en lo que se refiere al recuento de los elementos celulares, permitía predecir con apreciable precisión el grado de actividad de la sífilis nerviosa. No obstante estas observaciones, la eficacia del tratamiento de la neurosífilis continúa basándose, según el criterio de varios clínicos, casi exclusivamente en la mejoría clínica, lo cual, desde nuestro punto de vista, es un error. Apenas puede esperarse mejoría en aquellos casos en que han ocurrido extensas destrucciones del tejido noble, y nunca debe olvidarse que el tratamiento antisifilítico obra únicamente contra los espiroquetos invasores sin otro efecto sobre los tejidos, que el de eliminar la causa primitiva. El tejido nervioso lesionado puede recobrar la función o puede no recobrarla, según el grado y el lugar del trastorno. A causa de este hecho evidente e incontrovertible, el líquido c. r. es el mejor indicador de la actividad de la infección sífilítica central y de la eficacia del tratamiento.

El examen correcto del líquido requiere: (a) el recuento de las células; (b) la determinación del contenido total de proteínas; (c) una prueba específica para la sífilis; (d) la prueba del oro coloidal. Un recuento que indique más de 4 elementos por milímetro cúbico de evidencia de proceso activo. El aumento de las proteínas y la reacción del oro indican la actividad de la infección. La reacción de Wasserman decide la especificidad del proceso.

Nuestra experiencia indica que, en el caso de que la malarioterapia tenga éxito, la primera prueba que se convierte en normal es el recuento celular, en tanto que la R.W. es la última; algunas veces pasan incluso cinco años antes de que esta última reacción dé respuesta completamente negativa.

El tratamiento con penicilina

Antes de empezar el tratamiento con la penicilina, se practicaron exámenes completos del líquido c.r., los cuales se sucedieron a intervalos regulares de tres meses después de iniciado. Aunque el criterio analítico se apreció en primer lugar, no se desdeñaron las observaciones sintomáticas.

La penicilina se administró al principio de modo sistemático a cada paciente, por vía intramuscular, en solución acuosa y al ritmo de una inyección

(*) "Archives of Neurol. & Psych" Oct. 1947

cada tres horas. Las diferencias en los diferentes grupos de experimentación derivaron de la cantidad administrada. La dosis total osciló entre 2 y 9 millones de unidades Oxford; el número total de inyecciones, entre 75 y 200. A ningún paciente se le inyectó por vía intratecal, ni a ninguno se le trató con otra sustancia antisifilítica.

A causa de la escasez de penicilina en los tiempos en que comenzó este estudio, tratamos numerosos pacientes asintomáticos o con síntomas poco intensos, con dosis totales de sólo 2 millones de unidades. Durante los últimos 10 meses hemos adoptado un sistema que consiste en inyecciones de 40.000 unidades cada tres horas, hasta completar una serie de 150 inyecciones, lo que da un total de 6 millones de unidades. Esta dosificación se emplea en todo sujeto con «líquidos c.r. activos», sin tomar en consideración la intensidad de sus manifestaciones sintomáticas. Según nuestra experiencia, no es cierto que los pacientes con sífilis tardía asintomática requieran menor intensidad de tratamiento que los de otras formas de neurosífilis.

Después de seis meses de tratamiento hemos aceptado como respuestas satisfactorias las de los individuos que presentaban recuentos celulares normales, así como tendencia a la normalización de las otras pruebas que hemos mencionado. El cuadro que sigue a continuación da una idea de los resultados totales:

De acuerdo con las cifras mencionadas, la penicilina ha demostrado ser un agente de sorprendente valor terapéutico en el tratamiento de la neurosífilis. No sólo se ha comprobado que su eficacia es por lo menos igual a la de la malaria, sino que el ataque con el antibiótico es mucho menos peligroso para el paciente. En el momento presente, de los 151 enfermos, 135 (90 por 100) han respondido satisfactoriamente; en 12 (7 por 100), el resultado lo consideramos como indefinido y sólo en 4 (3 por 100), el resultado ha sido fijado como fracaso. La mejoría ha alcanzado por igual a todos los grupos, incluso el de los pacientes con demencia paralítica, por lo que estimamos que en definitiva, la penicilina reemplazará al tratamiento con fiebre inducida en el tratamiento de la neurosífilis.

LA SULFAPIRIDINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS HERPETIFORME (*)

Dr. MAURICE J. COSTELLO

LA dermatitis herpetiforme ha desafiado todo intento de tratamiento desde que fué descrita por DUHRING en 1884; hasta el advenimiento de las sulfamidas se probaron multitud de agentes, entre los que se cuentan el arsénico, la autohemoterapia, la catarsis, la aplicación local de azufre y la extirpación de focos infecciosos.

Algunos investigadores sostuvieron que la dermatitis herpetiforme representa la manifestación cutánea de una alergia bacteriana, por lo que se celebró la oportunidad de probar los resultados de la sulfamidoterapia.

DOSTROVSKY y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que esta veterada dermatosis pertenecía al grupo de las afecciones causadas por virus de tipo neuropático, en tanto que PILLSBURY presentó un caso en el cual pudo aislar estreptococos hemolíticos de las vesículas. McDONALD observó que en esta en-

(*) 'Arch. Dermat. & Syph'. Nov. 1947.