

Hospital Manuel Arriarán.
Sección Medicina Interna
Prof. E. Cienfuegos.
Policlínica de Lúes.

ENSAYO DE PIRETOTERAPIA EN DOS ENFERMOS CON QUERATITIS PARENQUIMATOSA POR LUES CONGENITA

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS L.

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer los resultados obtenidos en un ensayo de piretoterapia por baños calientes practicado en 2 niños afectos de queratitis parenquimatosa por lúes congénita.

1.^ª Observación: Ernesto M., 13 años. N.^º Reg. 4017. Ingresó el 1.^º-III-43.

Antecedentes familiares. — Padre abandonó el hogar y no se conocen sus antecedentes. Madre creía ser sana, pero examinada en el Servicio, dió Wass. +++, Kahn ++. Ha tenido 9 hijos, de los cuales sólo viven 3; la hija mayor presenta estigmas de lúes congénita y serología intensamente positiva; el hijo menor es seronegativo. No hay antecedentes de tuberculosis.

Antecedentes personales. — Nació a término. Anduvo al año.

Enfermedades anteriores: Ha sido sano. En julio de 1941 se le hizo Pirquet, el que resultó positivo.

Enfermedad actual. — En enero de 1942 comienza a sufrir de fotofobia, epifora y disminución de la agudeza visual, por lo que al cabo de una semana consulta al Policlínico de Oftalmología, donde se comprueba inyección ciliar y córnea blanquecina O. I. Serología: Wass. +, Kahn +++.

Diagnóstico. — Lúes congénita: queratitis intersticial O. I.

Tratamiento. — Local con pomada de atropina y general con leche aséptica inyectable. Se envía al Policlínico de Lúes para su tratamiento específico.

Evolución. — Cuando llevaba solamente 3 dosis de Neo, el niño se siente bastante mejor y abandona el tratamiento, permaneciendo inasistente un año entero. En febrero de 1943 vuelve a consultar por inyección conjuntival, epífora y fotofobia, esta vez del ojo derecho. Se diagnostica una nueva queratitis parenquimatosa y se reanuda el tratamiento específico con Neo en forma intensiva, o sea inyecciones día por medio en dosis de 1.6 centigramo por kgr. de peso y llega así a enterar 6 grs. de Neo en 35 días, lo que da una dosis total por kgr. de 16 centigramos. A pesar de esta arsenoterapia intensiva, sus lesiones oculares, lejos de mejorar, tienden más bien a intensificarse y se bilateralizan como lo indican las siguientes anotaciones del oculista:

3 de marzo: "Ha aumentado la inyección ciliar fotofobia y epífora O. D. I.

18 de marzo: O. D. I. Córneas infiltradas. Intensa inyección ciliar y pupilas no dilatan".

En estas circunstancias proponemos a la Dra. Candía (oculista) ensayar la piretoterapia, mediante baños calientes, la que es aceptada por ella e iniciada a cargo del suscrito el día 2 de abril de 1943, con la técnica que se describirá más adelante y después de practicar los exámenes de rigor, a saber: Radioscopia; examen de orina y presión arterial, todos los cuales resultaron normales.

Se practicaron en total 5 baños calientes, en las fechas 2, 5, 8, 15 y 20 de abril, con buena tolerancia de parte del enfermo, quien, en un comienzo se resistía a mantenerse en el baño durante el tiempo requerido, por sentirse sofocado y fatigado, pero ya después del 2.º baño, los aceptó de mejor grado, porque notó una apreciable mejoría de su vista. En efecto, la fotofobia y epífora, que son los síntomas subjetivos más mortificantes de la queratitis parenquimatosa, fueron disminuyendo hasta desaparecer totalmente y, también desde el punto de vista objetivo se pudo apreciar como las córneas iban limpiándose lentamente y disminuyendo también la inyección ciliar.

En los intervalos entre un baño y otro, se colocó cianuro de mercurio al 1 %, por vía endovenosa, con un total

de 9 cc. La marcha francamente regresiva de las lesiones oculares prosiguió aún después de terminada la serie de 5 baños calientes y en ausencia de tratamiento específico activo, pues éste se confirmó sólo con jarabe de Gibert.

La serología también fué virando lentamente después de la piretoterapia, al terminar ésta, el Kahn era positivo ++, al cabo de un mes + y al mes después fué negativo.

Actualmente, el enfermo no tiene molestias subjetivas, ha subido 1 kgr. de peso y sólo presenta disminución de la agudeza visual por las opacidades residuales de sus córneas, especialmente en O. I.

2.ª Observación. — Luis C., 10 años. N.º Reg. 53261. Ingresó el 19-X-42.

Antecedentes familiares. — Padre: 54. años, luético desde hace 18 años. Seropositivo. No se ha tratado. Madre: 37 años, seropositiva. No se ha tratado. Ha tenido 8 hijos, de los cuales 2 han fallecido antes de los 2 años. No hay abortos. No hay antecedentes de tuberculosis.

Antecedentes personales. — Nació a término, en parto normal. Alimentado a pecho más de un año, anduvo a los 12 meses.

Enfermedades anteriores. — Sarampión a los 14 meses.

Enfermedad actual. — Hace alrededor de un mes que presenta irritación a la vista con epifora y fotofobia progresiva, por lo que consulta al Policlínico de Oftalmología, donde se comprueba intensa inyección conjuntival y ciliar O. D. I. Córneas totalmente infiltradas. Fotofobia marcada. Serología Wass.: H. R. Kahn ++.

Diagnóstico. — Lúes congénita; queratitis parenquimatosa.

Tratamiento. — Local con pomada de dionina y atropina y específico con Neoarsolán. Después de una semana de asistir al Policlínico, se hospitaliza en Medicina Interna.

Evolución. — Después de 3 meses de tratamiento específico con bismuto, fricciones mercuriales y Neoarsolán y local con tópicos adecuados, la sintomatología ocular permanece invariable, por lo que el especialista comienza una serie de inyecciones sub-conjuntivales de suero fisiológico día por medio, hasta enterar unas 6 en total. Posteriormente le indica una cura con extracto de bazo desalbuminizado débil empezando por 2/10 cc. intradérmico, para seguir con inyecciones subcutáneas progresivas, hasta 1 cc. en número de 10. En seguida se hace una segunda serie de inyecciones sub-conjuntivales alternadas con inyecciones de extracto de bazo

fuerte en número de 5 cada una. Durante todo este tiempo se ha hecho también tratamiento específico y, además, algunas aplicaciones de radioterapia superficial, pero el estado ocular no muestra variaciones apreciables y la serología se mantiene irreductible.

A esta altura de la evolución, o sea, después de 7 meses de hospitalización fui llamado en consulta por los colegas del Servicio de Medicina y entonces tuve oportunidad de proponer la intensificación del tratamiento específico y la piretoterapia por baño caliente. Con el asentimiento de la colega oculista, Dra. Candía y previos los exámenes de orina, radioscopia de tórax y presiones arteriales que resultaron normales, el día 18 de marzo de 1943 se practicó el primer baño caliente. Se hizo en total 5 baños calientes, en las fechas 18, 20, 22, 24 y 28 de mayo.

En los intervalos se inyectó Nearsolán en dosis de 1,7 por kilogramo, pero dos de los baños (el 3.º y el 4.º) se practicaron el mismo día que la inyección de neoarsolán unas 3 horas después de ésta. La aceptación por parte del niño no fué de muy buen grado, pues en todos los baños se debatió vivamente por salirse del agua.

De todos modos, la enferma logró llenar su difícil cometido y pudo verse la acción favorable del tratamiento por la desaparición de la epífora y de la fotofobia al cabo del tercer baño.

En cuanto a la infiltración corneal, ésta ha sido bastante pertinaz, pero indudablemente que ha ido disminuyendo con gran lentitud. En efecto, al cabo de dos meses de terminada la serie de piretoterapia y estando en descanso del tratamiento específico, el niño presenta una opacidad corneal en grado de nubécula en el ojo izquierdo y de leucoma central en el ojo derecho. No hay inyección ciliar; no hay epífora ni fotofobia. La serología se mantiene igual: Kahn ++. El estado general es bastante bueno: ha subido 1 ½ kilo en dos meses.

Nuestra intención fué de continuar y repetir la piretoterapia en este niño, para alcanzar su efecto máximo, pero, a pesar de todos nuestros esfuerzos y tentativas, nos fué imposible hacerlo por una serie de circunstancias materiales adversas que no hemos podido subsanar.

Indicaciones de la piretoterapia en la lúes:

- 1.—Queratitis parenquimatosa.
- 2.—Lesiones terciarias de la piel.
- 3.—Sífilis ósea y articular.
- 4.—Sífilis hepática.
- 5.—¿Neurosífilis?

Contraindicaciones de la piretoterapia:

- 1.—Tuberculosis activa.
- 2.—Cardiopatías.
- 3.—Nefropatías.
- 4.—Enfermedades neurológicas con pérdida de la sensibilidad.
- 5.—Caquexia.
- 6.—Estados demenciales.
- 7.—¿Neurosífilis?

Técnica de la piretoterapia con baño caliente (Dennie y Pakula).

Personal y útiles necesarios:

- a) Una enfermera inteligente (que no le tema al trabajo).
- b) Una tina de baño con abundante agua caliente.
- c) Un termómetro para baño.
- d) Un termómetro clínico.

Procedimiento:

- a) Verificar que no existan contraindicaciones. El enfermo debe someterse a un riguroso examen físico, incluyendo radioscopia de tórax, comprobación de la presión arterial y examen de orina.
- b) El enfermo se coloca dentro del baño en posición sentado; la temperatura del agua debe ser de $36\frac{1}{2}$ a 37 grados; el agua debe llegar sólo hasta los mamezones, dejando la axila completamente seca.
- c) Para asegurarse de que el enfermo no tenga intolerancia por la piretoterapia se hace un primer baño de prueba, en que no se le somete al máximo de calor. Si el enfermo no presenta reacciones anormales, se continúa la serie de baños; en caso contrario, se suspende.

Primer baño (de prueba): La temperatura del agua se eleva hasta 42 grados en el curso de diez a quince minutos y se mantiene así hasta que la temperatura del niño llegue a 39½ grados y se mantenga durante diez minutos.

Segundo baño y siguientes: Temperatura inicial del agua: 37.7 a 38 grados. La temperatura del agua se eleva a 44½ grados en diez a quince minutos y se mantiene ahí hasta que la temperatura del niño suba a 40 ó 41 grados y se mantenga durante 20 minutos.

La temperatura del niño puede medirse en la axila o en la boca. El promedio de tiempo necesario para elevar la temperatura del niño desde el comienzo del baño hasta alcanzar 41 grados, es de 35-45 minutos. Como hay que mantenerlo a esta alta temperatura durante 20 minutos, todo el procedimiento ocupa entre una hora a una hora y media.

Una vez enterado el tiempo indicado, el niño es retirado del baño envuelto en frazadas y se acuesta convenientemente abrigado.

Sobreviene durante el baño y después de él una copiosa transpiración, que provoca una sed bastante intensa, por deshidratación. Se debe suministrar líquidos abundantes, de preferencia tibios y azucarados.

La temperatura y el pulso del enfermo se normalizan rápidamente, por lo general en un plazo máximo de tres horas, al cabo de las cuales el enfermo puede levantarse y hacer su vida habitual.