

LOS ANTIBIOTICOS EN UROLOGIA

Por el Dr. JOSE M. GOMEZ

En esta contribución, expresión sintética de nuestra experiencia, trataremos de un tema que deberá ser puesto al día antes de que su mudable naturaleza lo modifique de manera substancial. Con los antibióticos se nos ha provisto de armas sumamente eficaces, casi diríamos prodigiosas, que resuelven problemas hasta ahora insolubles, con una rapidez sorprendente. Pero su uso indiscriminado y su extremo abuso, al que asistimos impotentes, está mellando el arma por una parte y determinando alteraciones biológicas en los gérmenes por la otra, de magnitud difícil de apreciar y de alcances imprevisibles. Volveremos a referirnos a esta observación.

De esta amplísima categoría de fármacos, en constante incremento, sólo hemos echado mano prácticamente de cinco derivados micoterápicos: la penicilina (originada en un ascomiceto), la estreptomina y dihidroestreptomina, la aureomicina, la cloromicetina y la terramicina (productos metabólicos de ciertos actinomicetos): de gérmenes, como la tirotricina, para uso local y en raras opotruidades. Productos de síntesis como los sulfamidados, en franco desuso actual, los empleamos de modo restringido, lo mismo que ciertas tio-semi-carbazonas conocidas comercialmente como Conteben, etc., y el ácido para-amino-salicílico (P.A.S.) Nuestra experiencia con la hidrazida del ácido iso-nicotínico (nicotibina y similares), es tan reciente y escasa que no podemos comentarla aún.

Como decimos, la floración de los micoterápicos es asombrosa: Martin y Sureau, en extensos y documentados estudios, señalan más de 300 substancias activas, la mayor parte de las cuales son curiosidades de laboratorio. En el curso de la exposición que sigue nos limitaremos a breves referencias de aspectos señalados por diversos autores sobre los antibióticos que hemos empleado, pero preferentemente a lo que hemos observado sobre varios millares de pacientes atendidos en el Servicio de la Cátedra y en nuestra práctica privada.

I. — Algunas generalidades sobre los micoterápicos en uso en nuestra práctica.

a) *Penicilina*. (Fleming).

Su dosificación la trataremos más adelante. Para nuestro propósito, recordamos su acción electiva sobre el estafilococo, neumococo, estreptococo, meningococo y gonococo. Hemos utilizado la designada G; la última en estudio, la O, carente de efectos sensibilizantes, no la hemos empleado aún.

En cuanto se refiere a la correcta interpretación de sus éxitos y fracasos, también recordemos los tres elementos en juego: fármaco, terreno y germen. El germen reacciona al fármaco de cuatro modos esenciales (Garrod): inhibición (único de interés terapéutico); resistencia (muy importante de precisar); dependencia y estimulación, fenómenos estos últimos de laboratorio y carentes de valor práctico. La terapéutica aprovecha del primer mecanismo, con sus tres aspectos: acción bacteriostática, bactericida y bacteriolítica. Para la penicilina, corresponde el primer modo como característico, aún cuando en ciertas ocasiones puede ser bactericida: actúa bloqueando las funciones de reproducción, tanto más, cuanto más rápida es ésta. Pero también puede ser su acción anulada y bloqueada por la penicilinas secretada particularmente por los estafilococos. Asimismo, es tanto o más efectiva cuanto más vascularizada sea la lesión, y debe ser dosificada en forma masiva cuando los emuntorios son más activos (niños), ya que en los viejos, con dosis menores se obtienen altas concentraciones sanguíneas (Rammelkamp y Keefer).

La penicilinas (Abraham), descubierta en 1940, es responsable de los fracasos reiterados y actuales en las infecciones a estafilococos, al punto que Martin y Sureau, en prolijas investigaciones, han descubierto que el 80 % de las cepas hospitalarias la producen y el 22 % de las cepas de ciudades. Si a esto se agrega un mecanismo distinto, la resistencia microbiana, nos explicaremos su relativa ineficacia actual, que comenzó obligando a aumentar las dosis en forma rápida. Los a.a. americanos denuncian el hecho, común por otra parte, de que dosis seis veces mayores son evidentemente menos activas que las pequeñas iniciales. Esta observación no sólo es válida para el estafilococo.

A medida que se generalizaba el uso de los antibióticos y el número disponible de éstos, la tendencia a asociarlos fué general: si los puntos de ataque son distintos, es lógico pensar en la potencialización de algunas asociaciones. No ha ocurrido así en la práctica, pues en los casos afortunados (penicilina-estreptomina), es simple adición y en otros (penicilina-cloromicetina o terramicina o aureomicina), la acción de la penicilina, según sabemos tanto más activa cuanto más evidente y rápida es la fase de reproducción microbiana, es gravemente interferida por los antibióticos citados, cuya acción se manifiesta esencialmente deteniendo la rapidez de esta fase. De manera que existe un antagonismo farmacodinámico cuyo conocimiento evitará errores importantes. Gunnison, Jawents y colaboradores se han ocupado extensamente de este aspecto tan interesante, afirmando que también la estreptomina es dificultada en su acción por las asociaciones mencionadas en último término.

En cambio, la asociación penicilina-sulfamidados es habitualmente excelente. Aquí los puntos de ataque son quizá distintos, pues los sulfamidados substituyen al ácido para-amino-benzoico (Vitamina H) y la penicilina interfiere en la reproducción por otros mecanismos más complejos.

Respecto de la acción de ambos sobre el gonococo, por ejemplo, Martin y Sureau denuncian que el 70 % de sus cepas son muy resistentes a la sulfamidas, cifra que aún nos parece baja, y afirman que no hay tal resistencia para la penicilina, aun cuando ésta se ve fuertemente trabada en su acción por las condiciones histológicas del terreno, hecho sobre el cual llamamos la atención hace algunos años.

Para todos los antibióticos estos dos mecanismos de adaptación micro-

biana, resistencia y producción de diastasas inactivantes, resultan ser elementos deletéreos. Reiteradas veces hemos llamado la atención sobre estos hechos, y compartimos plenamente la opinión de a.a. como Martin y Sureau, cuando dicen: "La frecuencia de la microrresistencia nos incita a llamar la atención sobre el abuso de los antibióticos. Muy a menudo los enfermos reclaman estos nuevos medicamentos para afecciones benignas que no justifican su prescripción. Hay que saber, en estos casos, resistir a los pacientes. Ellos (los antibióticos), no deben de ninguna manera ser preconizados en las afecciones benignas susceptibles de curar rápidamente por sí mismas o bajo el efecto de medicaciones menores. No respetando estas reglas, el porvenir de la micoterapia se encontrará gravemente comprometido".

b) *Estreptomycin*. (Waksman).

Hemos usado ampliamente este antibiótico, en sus múltiples indicaciones. Muchas de las reflexiones que anteceden le conviene, como así también a los otros en estudio, de manera que brevemente trataremos de señalar para que éste lo que, a juicio nuestro, interesa recordar y tener siempre presente.

La estreptomycin, en nuestra práctica y últimamente, ha sido reemplazada por la dihidro-estreptomycin, mejor tolerada, particularmente en asociación con la penicilina para infecciones polimicrobianas. El colibacilo y sobre todo el bacilo de Koch, constituyen sus indicaciones primordiales. Actúa de manera semejante a la penicilina sobre el germen: es un bacteriostático que interfiere en los procesos reproductivos. Pero si las dosis son mayores resulta bactericida, como lo han demostrado Schatz y Waksman sobre los colibacilos, el bacilo de Koch, el subtilis y el proteus. Con el microscopio electrónico, Levaditi y Henry han seguido este proceso destructivo, observando la presentación de polimorfismo, modificaciones tintoriales, degeneración y lisis terminal.

La circunstancia de ser este medicamento el más activo conocido hasta la fecha para combatir la tuberculosis, hace que la resistencia del germen constituya un inconveniente sumamente serio que exige un contralor continuado y severo. La estrepto-resistencia es frecuente, grave y en ocasiones precoz: para el bacilo de Friedländer, por ejemplo, puede hacerse 3.000 veces mayor en 48 horas. La indicación en estos casos es "golpear rápida y brutalmente para adelantar la curación a la resistencia". Para el Koch (Bernard), enfermos en los cuales se inyectaron de 1 a 39 grs. de estreptomycin presentaron una alta resistencia el 18,2 % de las cepas: cuando la dosis total de 40 a 79 grs., la resistencia estuvo presente en el 43,4 %; más allá de estas dosis, fué observada en el 67,9 %. La temible elocuencia de estas cifras es el mejor argumento para imponer extrema cautela en el manejo del fármaco. Carroll, Allen y Flynn corroboran estas cifras: 46 % resistentes sobre 150 enfermos.

c) *Aureomicin*. (Duggar).

Activa contra estreptococos, neumococos, gonococos, meningococos, estafilococos, tíficos, paratíficos, ritkesias, etc.

Solíamos emplearla en dosis de 2 a 3 grs. diarios para un hombre de 70 ks. Actualmente, siguiendo observaciones de a.a. americanos, con la misma efectividad, rara vez pasamos de 1,5 gr. Resulta eficaz en las infecciones uri-

narias determinadas por los bacilos *areobacter aereogenes*, *coli*, *estreptococos fecalis*, *neumococos*, *gonococos*, etc. (Robinson). También es sensible el piocianico.

No ha podido ser demostrado que engendre resistencia microbiana hasta la fecha, pero presenta algunos inconvenientes en la práctica: los trastornos digestivos son de regla. Se han señalado alteraciones de las mucosas intestinal y vaginal (Herris), debidos a que la destrucción de la flora microbiana, en el primer caso, produce graves estados carenciales de vitamina B.

d) *Cloromicetina*. (Erllich, Burkholder, Bartz, Smith y Joslyn).

A iguales dosis que la anterior, cuando la infección es de tipo general y grave no conviene dar la antigua "dosis inicial de carga". Para nuestros fines resulta útil en infecciones a colibacilos y a gonococos. También produce reacciones digestivas desagradables. Este, como el anterior, actúan como bacteriostáticos, siendo excepcionalmente bactericidas (*cloromicetina* y bacilo tífico).

e) *Terramicina*. (Findlay).

Habitualmente administramos 2 grs. diarios. Es el más polivalente de los antibióticos en uso, como lo afirma la experiencia general, siendo activo para las infecciones urinarias determinadas por el colibacilo, el *areobacter aereogenes*, el estafilococo dorado, el enterococo, el piocianico, el gonococo, etc.

Hendricks afirma que el 100 % de las gonococcias curan con dos dosis de 1 gr, espaciadas seis horas, dosis que Shock reduce a 1 gr. Aún en la indicación única, blenorragia aguda muy reciente, no hemos podido confirmar en la práctica este halagador resultado ni siquiera aproximadamente.

Tampoco existe resistencia a este antibiótico, demostrada cuando menos.

f) *Tirotricina*. (Dubos).

Muy tóxica, hemolítica, su uso se reduce a aplicaciones locales, en donde su efectividad a veces es sorprendente. La hemos empleado en algunas uretritis muy recientes no gonocócicas con éxito (solución hidroalcohólica al 0.5 %).

Las heridas tórpidas e infectadas suelen reaccionar muy bien. Ocasionalmente las usamos en algunas cistitis no tuberculosas con resultados variables.

Para simplificar el estudio y adaptarlo en lo posible a la manera en que los problemas terapéuticos se nos presentan en la práctica, lo haremos considerando las infecciones más frecuentemente vistas para cada órgano y los resultados de la terapéutica sobre la evolución del proceso quirúrgico.

II. — Infecciones del riñón y de su sistema excretor.

Esquemáticamente, dividiremos éstas en sendos apartados: infecciones tuberculosas y no tuberculosas.

a) *Lesiones tuberculosas*.

Por desdicha, de modo muy excepcional podemos observar la tuberculosis renal en su etapa inicial, aún no destructiva. Lo corriente es que el

enfermo consulte por extensas lesiones ulcerocaseosas evolutivas, bajo el aspecto clásico de las piónefrosis tuberculosas.

Más adelante nos referiremos al tratamiento del pre y post-operatorio de estas formas.

En las lesiones bilaterales confirmadas o en aquellas unilaterales en que se contraindica por alguna razón la ectomía, empleándose los antibióticos, preferentemente la asociación estreptomícina - P. A. S., a las dosis de 1 gr. diario de estreptomícina y gis. 0.15 de ácido para-amino-salicílico libre por kilo de peso, 5 días en cada semana. El primer medicamento se administra en serie de 25 a 30 grs., con descansos intercalados de 20 a 30 días; el segundo en forma continuada, hasta completar una dosis total alrededor de 1.000 grs. El control bacteriológico y radiológico (urografía de excreción), es efectuado periódicamente. Naturalmente, no prescindimos de las clásicas indicaciones higiénico-dietéticas.

Nuestros resultados pueden sintetizarse así, en cuanto se refiere a los nefrectomizados: curados, sin presentar ulteriormente ninguna otra localización génito-urinaria o en otro sitio, el 69,2 %; presentando ulteriormente localizaciones distintas o persistiendo durante largo tiempo el cuadro de cistitis residual difícilmente reductible, el 30,8 %.

En lo que concierne a las formas renales no quirúrgicas, observamos en todos los casos una notable mejoría clínica, aumento de peso, mejor estado general, apirexia, etc., pero ausencia de alteraciones urográficas favorables. Asimismo, la desaparición ocasional de los bacilos de Koch en orina es completamente engañosa.

No hemos empleado la asociación inicialmente aconsejada por Slotkin y Spencer, de la estreptomícina con los ésteres del aceite de chaulmoogra, bien sea en la forma original o como la recomiendan Mac Lean, Smith y Bower. Estos autores relatan resultados favorables en su experiencia, como así también Küss. No participan de tal entusiasmo Coole y Green que acusan solo resultados mediocres ni Pulaski, Connel, Kowalczyk y Sealey, que los califican de discutibles.

Reduciendo las indicaciones a las cistitis residuales o a la piuria y baciluria sin lesiones radiológicas, Nesbit y Bohne someten a los enfermos a seis meses de cura sanatorial asociando a la misma la estreptomícina en dosis totales de 90 a 120 grs. y diarias de 1,5 a 2 grs. Manifiestan que así no obtienen fracasos. Por desdicha, la segunda categoría de enfermos no es vista casi nunca en nuestra práctica. Los fisiólogos no acostumbran generalmente a efectuar el control urinario de sus enfermos, recurso que quizás nos hubiese permitido evitar la cirugía mutilante a muchos de ellos.

En resumen pudiéramos decir que, por los datos de nuestra experiencia, la medicación antibiótica para la tuberculosis renal, excluidas de estas consideraciones las tio-semi-carbazonas y la hidrazida del ácido isonicotínico, es simplemente coadyuvante, siendo ampliamente tributaria la tuberculosis renal, hasta ahora, de la cirugía.

Por temor de restar al paciente un arma poderosa contra las grandes diseminaciones, en muchos casos solo hemos empleado el P. A. S., evitando el uso de la estreptomícina si clínicamente nos sentíamos autorizados para tal

conducta. Tenemos una excelente impresión de este fármaco, cuando su administración no se acompaña de trastornos digestivos. Nuestros resultados se aproximan, aún cuando no daremos cifras por permanecer muchos pacientes en control, a las observadas por Da Costa, que transcribimos:

Asociación P. A. S. - estreptomycinina: desaparición de la bacteriuria y la fiebre en el 66% de los pacientes febriles y con cuadro general grave; 8 % de muy buenos resultados, 39 % de buenos resultados, 23 % de mejorías, 15 % sin cambios y 15 % agravados, en enfermos en que el cuadro general era mínimo.

P. A. S.: 27 % de muy buenos resultados; 25 % de resultados buenos; 29,4 % de mejorías; 16 % sin cambios apreciables y 2,6 % agravados.

Siendo la indicación fundamental de los dos antibióticos últimamente en uso, las tio-semi-carbazonas y la hidrazida del ácido isonicotínico, las formas de infección en superficie y no las parenquimatosas, y dada su reciente aparición, nuestros ensayos con las mismas no cuentan prácticamente en nuestra experiencia.

b) *Lesiones no tuberculosas.*

Las uropionefrosis y las pionefrosis siguen siendo afecciones típicamente quirúrgicas, desde el momento que la curación solo puede ser garantizada una vez obtenido un perfecto drenaje, más bien teórico y a veces innecesario por la amplia destrucción producida. La extirpación del órgano enfermo es la conducta correcta aún ahora.

Los antibióticos aquí cumplen una función simplemente accesorio, siendo activos de modo radical en las pielitis y pielonefritis, en tanto no existen alteraciones del drenaje normal de la orina (Petit).

Para estas últimas afecciones, la penicilina en dosis que se aproximan al millón de U. diarias es muy activa cuando los agentes causales son el estafilococo, el neumococo, el enterococo. Cuando el colibacilo se asocia a estas infecciones polimicrobianas, también la penicilina, desprovista de acción según se sabe contra este germen da excelentes resultados. No sabemos si se trata de una acción indirecta (Wolfrom) o si, como lo quieren algunos, las variedades coliformes que se aproximan morfológicamente a los cocobacilos son sensibles.

Menos frecuentemente observamos las formas monomicrobianas, habitualmente a colibacilos. Aquí el medicamento de elección es la estreptomycinina, a dosis de 1,5 a 2 grs. diarios mantenida dos días después de la sedación clínica. No recurrimos al procedimiento preconizado por Wells y Marcus, quienes, como se sabe, asocian la estreptomycinina inicialmente a la sulfamidoterapia y a la alcalinización de las orinas, para después administrar mandelatos, acidificar y asociar la penicilina.

Últimamente hemos empleado con excelentes resultados la aureomicina, realmente muy activa pero con el inconveniente de los trastornos digestivos que le son prácticamente inseparables. La administración a las dosis de 250 mgrs. cada seis horas, manteniendo la medicación, como es de regla con casi todos los antibióticos para las lesiones no tuberculosas, dos días después de la curación clínica.

Las demás infecciones renales, litiasis infectadas, absesos, etc., se rigen por el viejo principio: "ubi pus, ibi evacua".

En casos en que la participación colibacilar es importante o decisiva, a más de las clásicas indicaciones agregamos con excelentes resultados el efttalil-sulfatiazol, 3 a 4 grs. diarios.

En cuanto a las infecciones relacionadas patogénicamente con tumores u obstáculos mecánicos opuestos al curso normal de la orina, la cirugía es la única capaz de resolver el problema de manera completa.

III. — Vejiga.

También aquí haremos el distingo de formas tuberculosas y no tuberculosas:

a) 1. — *Las cistitis tuberculosas.* integrando el cuadro de una tuberculosis urogenital presente, mejoran con la asociación estreptomycinatio-semi-carbazonas. La primera a las dosis indicadas más arriba y la última administrando con gran cautela dosis crecientes desde 25 a 200 mgrs. diarios. Este último medicamento, en la práctica ambulatoria resulta poco manejable, pues su tolerancia es irregular: el control sobre la hematopoesis y sobre las funciones hepáticas deberá ser seguido muy de cerca para no exponer al enfermo a daños realmente graves.

Observamos frecuentemente una mejoría sintomática bien apreciable, pero no de carácter absolutamente convincente.

2. — En cambio, y se explica fácilmente tal circunstancia desde que el "riego bacteriano" fué suprimido con la nefrectomía, en aquellas cistitis residuales de cierta importancia parece que la asociación medicamentosa señalada más arriba acorta los plazos de curación normales. Así y todo hemos observado fracasos llamativos, que en un caso nos obligaron a denervar la vejiga. Hemos comenzado el ensayo de la forma farmacéutica de la hidrazida del ácido isonicotínico empleado para curas de contacto en aplicaciones vesicales directas. Daremos cuenta posteriormente de los resultados obtenidos.

b) 1. — *Cistitis no tuberculosas.*

Cuando el predominio es francamente colibacilar, obtenemos excelentes resultados con la estreptomicina aplicada según se indicó. Resultados similares hemos recogido con la aureomicina. Las indicaciones clásicas de estos síndromes, así como el tratamiento local eventual, son auxiliares importantes.

Claro está que nos referimos a aquellas cistitis sin otras alteraciones patológicas del reservorio: cálculos, divertículos, tumores, etc.

2. — En aquellas polimicrobianas, habitualmente condicionadas por las causas señaladas anteriormente o por obstáculos cervicales, los antibióticos desempeñan una función auxiliar puramente. La terapéutica deberá ser obviamente causal.

IV. — Genitales externos.

a) *Testículos, epidídimos y deferentes.*

1. — En las *orquíepididimitis tuberculosas* no fistulizadas hemos obtenido éxitos y fracasos con la asociación P. A. S. — estreptomycin. Aquí, la antibioterapia significa un medio auxiliar muy importante pero de ninguna manera decisivo. Las formas fistulizadas curan, sin embargo, con notable mayor frecuencia que con los medios que disponíamos antes de la aparición de estos medicamentos. Lo mismo puede afirmarse de aquellas que engloban el cordón.

2. — Las *epididimitis gonocócicas*, convertidas en verdaderas rarezas desde la aparición de los sulfamidados, ceden con impresionante facilidad a la asociación penicilina-sulfamidados o terramicina-sulfamidados.

Las presuntamente *colibacilares*, no en forma tan clara empleando la asociación penicilina-estreptomycin-sulfamidados acetilados.

En los últimos tiempos utilizamos de preferencia las sulfamidas combinadas, triples, en dosis de 0,10 grs. a 0,15 grs. por kilo de peso.

b) *Próstata y vesículas seminales.*

1. — Las *lesiones tuberculosas* retrogradan con tanta mayor rapidez cuanto menos se observen alteraciones destructivas parenquimatosas.

Empleamos la clásica asociación estreptomycin — P. A. S. Siendo excepcionalmente localizaciones autónomas, por así decirlo, su curación está supe- ditada en extensa medida a la cesación de las reinfecciones provenientes del aparato urinario alto.

2. — Las localizaciones gonocócicas en este tramo genital ceden como en las orquí-epidídimo-defentitis, con mucha rapidez, tanto mayor cuanto más "fresca" es la lesión.

3. — Aquellas otras infecciones prostáticas coexistentes con una litiasis, son tributarias del tratamiento quirúrgico de modo primordial, siendo la antibioterapia un recurso secundario.

V. — Infecciones de la uretra.

La más frecuente de todas, la uretritis gonocócica, se nos presenta en la actualidad singularmente modificada en su fisonomía clínica, quizá por alguna suerte de mutación microbiana determinada por este tipo de modificación.

Los sulfamidados resultan en la actualidad prácticamente ineficaces: ya señalamos que algunos autores franceses encuentran que en un 70 % de las cepas estudiadas han adquirido una resistencia persistente a estos cuerpos químicos. Pareciera que el germen incorpora a su metabolismo el fármaco primitivamente agresor y, para los fines terapéuticos, los inactiva. Conviene recordar la semejanza químico-biológica del ácido para-amino-benzoico o vitamina h (Kuhn) con los sulfamidados. Para nosotros, según dijimos, este 70 % es evidentemente mayor.

La penicilina, en dosis diarias de hasta 1 millón de U., y a veces mayor, mantenida 4 ó 5 días, demuestra su acción curativa sobre el relativamente

pequeño número de enfermos que consulta en la etapa inicial de la afección y no en todos ciertamente. Ya hemos comentado la acción supuesta de la terramicina sobre la fase aguda de la enfermedad y nuestra opinión, no concordante.

Tampoco analizaremos las estadísticas de algunos autores norteamericanos, quienes afirman curar las blenorragias penicilino-resistentes con una dosis única de 0,5 a 1 gr. de estreptomocina. Para juzgar de los resultados que obtienen, baste recordar que los mismos autores catalogan como reinfecciones, sin más, todos aquellos casos en que apareció en los cultivos el gonococo después de la semana del tratamiento instituido.

En las uretritis subagudas y crónicas su acción es extremadamente discutible si consideramos la curación clínica y bacteriológica como meta, pero en todos los casos acorta los plazos y disminuye en forma espectacular la frecuencia y gravedad de las complicaciones, efecto digno de todo encomio.

Por lo demás digamos que el contralor prolongado de los enfermos, evidencia, entre otras cosas, la irresponsabilidad de algunas estadísticas divulgadas hasta en el grueso público y por conducto de la prensa diaria.

Cabe también considerar que si tales estadísticas fuesen inobjectables, cosa de la que dudamos seriamente, aceptando que el 98% de las uretritis curen en un sentido absoluto, la epidemia se restablecerá a poco andar sobre el sólido fundamento del 2% de cepas resistentes restantes, de manera que en substancia, sólo hemos transferido o eludido el problema de la blenorragia como enfermedad social, carácter que le confiere su extraordinaria importancia.

Como decía Janet: "los hombres no nos ocupamos de la blenorragia porque sólo mata mujeres", pero, podríamos agregar, por lo menos estamos en la obligación de decir la verdad sobre ella.

Nos ha parecido la terramicina un agente terapéutico de valor para esta difundidísima enfermedad, a las dosis comunes.

A nuestro entender, el peligro que encierra el uso de estas medicaciones, aparte del de enmascarar la sífilis en el caso de la penicilina, reside en el inmenso número de curaciones aparentes logradas, razón de más para extremar el contralor final. Este peligro pudiera ser ratificado por los ginecólogos, pero no conocemos ningún trabajo en que se aborde el problema desde este ángulo.

Las mismas reflexiones convienen a la uretritis no gonocócicas.

Como observación que a nuestro juicio pudiera referirse a todo este nuevo y revolucionario principio de la antibioterapia, debemos pensar en si el abuso de estas drogas maravillosas no llevará a provocar una alteración biológica entre las relaciones del germen patógeno facultativo y su huésped, relaciones compatibles con la salud normal, que llegue a interferir de manera desdichada en los procesos inmunitarios. Los otorrinolaringólogos conocen bien los efectos de una flora Gram-negativa y el correlativo recrudecimiento de la antagonista. El equilibrio biológico no es tan sólo una concepción filosófica. A más de lo que ya llevamos dicho.

VI. — Pre y post-operatorio.

Consideramos que aquí y en esta nuestra disciplina médica es donde más gratos estamos a la acción de los antibióticos. No empleamos los sulfamídados en razón de su eficacia solo relativa y por el lógico temor de producir

daño al funcionalismo renal, afectado en nuestros enfermos con tanta frecuencia directa o indirectamente.

Sistemáticamente proveemos al paciente de una cobertura protectora de penicilina-estreptomina en las 24 ó 48 horas que preceden al acto quirúrgico, si éste no fuese determinado por una localización tuberculosa, en cuyo caso 5 ó 10 días antes de la intervención convenga a la sintomatología clínica, comenzamos a aplicar 1 gr. diario de estreptomina asociada al P. A. S., como retardante éste de la estreptomina-resistencia, medicación prolongada usualmente hasta el perfecto cierre de la brecha quirúrgica.

Estas medidas, acompañadas de las de rutina y del uso a larga mano de las transfusiones de plasma o sangre, han hecho descender la cifra de mortalidad vinculada al acto quirúrgico en medida muy satisfactoria. Continuamos con tal medicación en el post-operatorio, prolongándola hasta 5 ó 6 días, normalmente hasta las 48 horas de la normalización térmica.

Las complicaciones post operatorias del aparato respiratorio casi han desaparecido en nuestra práctica, como así también las relacionadas con la infección de la brecha quirúrgica y aquellas tan frecuentes hasta no hace mucho que comprometían el aparato excretor renal: pielitis y pielonefritis.

Aún en el caso de ser éstas observadas, las medicaciones a que hemos hecho amplia referencias dan cuenta con notable brevedad de ellas. Es así que en nuestros post-operatorios, y considérese que el "material" de enfermos es malo y está integrado por una muy fuerte cuota de ancianos, no significa ahora para nosotros la angustiosa expectativa de hace algunos años.

Una complicación frecuente en las adenomectomías, la fístula hipogástrica persistente relacionada con la orina séptica, ha disminuído también en forma muy notable.