



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
 DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
 BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
 Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
 Asociación Médica Hondureña



Director:
 Dr. J. Gómez Márquez Gironés

SUMARIO

Página del Director.—Nuevos Rumbos	977
Recuerdo Enlutado	981
Dr. J. R. Durón	
En la Inhumación de los Restos del Dr. Manuel Larios Córdova	982
Dr. Humberto Díaz	
Contribución al Estudio Etiológico de las Iridoci- clítis	984
Dr. J. Gómez-Márquez	
Mensajes a los Médicos	1.000
Dr. César Augusto Zúniga	
Consideraciones Acerca del Tratamiento de la Ure- tritis Gonocócica	1.002
Dr. Manuel Castillo Barahona	
Informaciones Diversas	1.018

Marzo y Abril de 1949

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director : S. GOÑIEZ-

MÁRQUEZ GIRONES

Redactores;

DR. HUMBERTO DÍAZ B. DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA DR. ÁNGEL D. VARGAS

Secretario: DR. JUAN MONTOYA ALVAREZ Administrador: DR. ARMANDO BARDALES

Año XIX : Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Marzo y Abril 1949 j N? 141

PAGINA DEL DIRECTOR

NUEVOS RUMBOS

Cuando en el último número de esta misma revista, editorializábamos a cerca de los problemas de la enseñanza médica en Honduras. estábamos muy lejos de creer que siquiera alguna de las ideas, que en el mencionado artículo se exponían, pudieran tener vida en un futuro cercano. Cumplíamos simplemente con lo que considerábamos un deber: iniciar una campaña destinada a revisar los estudios de la Medicina en nuestro país. Por estas razones se podrá comprender fácilmente, con qué entusiasmo hemos acogido, la reorganización que ya se está llevando a cabo en nuestra Escuela de Medicina.

Un hombre pletórico de entusiasmo, enérgico, culto y que se ha distinguido durante muchos años, por su amor a la enseñanza, ha sido nombrado Decano de la Escuela de Medicina. Este hombre, miembro activo de la Asociación Médica Hondureña, Presidente de la misma en varias ocasiones, ha saltado de! seno de nuestra Agrupación al puesto más alto de la Medicina Hondureña, llenándonos a todos de orgullo.

Nuestra Asociación, no pudo menos ante estas circunstancias, que rendir un homenaje muy cálido y muy sincero a su compañero el Doctor Humberto Díaz B. en el curso de una sesión extraordinaria, convocada al efecto. Fue en ésta, que nuestro Presidente, al ofrecer el homenaje, puso de relieve qué es lo que significa para la Asociación Médica Hondureña, la exaltación del Dr. Díaz al Decanato de la Escuela.

Dijo el Presidente entre otras cosas: "el Dr. Humberto Díaz, representa uno por uno. todos los ideales de la Asociación Médica y por ello más que felicitar a nuestro consocio, es nuestra Agrupación, la que está de plácemes, puesto que de ahora en adelante, el Decanato de la Facultad de Medicina va a estar ocupado por nuestra Agrupación ya que el Dr. Díaz, representa mejor que nadie nuestros ideales." Y un poco más allá.

hizo el elogio de las primeras resoluciones tomarlas por el nuevo Decano, **entre** las que figuran, el nombramiento (le nuestro querido consocio Dr. Virgilio Banegas para el cargo de Secretario de la Facultad, la iniciación 3 de la campaña contra el ejercicio ilegal de la Medicina y el proyecto **de** te forma del plan de estudios de la Escuela de Medicina y Cirugía, pidiendo para ello previamente la opinión sobre tan importante asunto, de la Asociación Médica Hondureña. Nuestro Presidente, Dr. Gómez-Márquez, terminó diciendo: "en esta **forma**, nuestra Asociación, demuestra su entusiasmo ante los nombramientos del Poder **Ejecutivo**, cuando ellos recaen, "homo en el caso actual, sobre personas, que ella juzga capacitadas, para el desempeño de los cargos, e igualmente queremos hacer constar, que **guar-**damos silencio cuando aquellos nombramientos van a parar a manos de personas que no juzgamos aptas."

El Sr. Decano, contestó a este ofrecimiento, con palabra visiblemente, emocionada y prometió solemnemente, hacer todo lo que esté en su mano para el progreso de la ciencia médica y de su enseñanza en Honduras.

Nada más tendríamos que agregar nosotros: **sin** embargo, los hechos que acabamos de exponer, son tan simbólicos, indican tan claramente el nuevo rumbo que toma desde hoy nuestra Escuela de Medicina, que bien vale la pena el glosar algunos de los conceptos anteriores.

El nuevo Decano, para empezar, ha considerado que no debía él, por sí solo, asumir en una forma absoluta, la enorme responsabilidad que **en** estos momentos, representa el Decanato. Por ello, al encontrarse con la Secretaría, vacante, ha, nombrado a un médico joven, lleno de actividad y deseoso de trabajar, demostrando así su, simpatía por la juventud, la cual desde este momento va a estar representada en la Junta Directiva de la Escuela. Por otra parte, ha convocado a ésta ya varias veces en las pocas semanas que lleva en funciones y así han empezado a enfrentarse con entusiasmo a los innumerables problemas que tienen ante sí. De estas reuniones de la Junta Directiva han salido ya resoluciones que tienden a corregir los grandes males que nuestra Profesión y nuestra Escuela han estado sufriendo durante mucho tiempo.

Por mientras, se llega a construir el nuevo edificio de la Escuela, éste está siendo restaurado hasta donde es posible, con el fin de que profesores y alumnos podamos trabajar en él al menos con cierto decoro. En otro orden de cosas, el Decanato se ha dirigido al Poder Ejecutivo, poniendo en conocimiento de éste la decisión de emprender una enérgica campaña contra el ejercicio ilegal de la profesión, en el país, tanto por parte **de** médicos no incorporados como por parte charlatanes. En este punto, el Poder Ejecutivo ha contestado en una forma, que expresa **un** apoyo absoluto en relación **a** tal actitud, forma por lo tanto, que merece **un** aplauso muy decidido y sincero de todos los que tenemos fé en **un** futuro mejor para la Medicina Hondureña. Junto a estas medidas, el Decanato ha convocado ya a los Profesores a una Junta, que cuando esta Revista circule, se habrá ya celebrado. A ésta seguirán otras muchas, **en** las que estamos seguros, se cambiarán impresiones y se tomarán resoluciones, encaminadas a mejorar día a día las condiciones de la Escuela.

Muchos son los problemas pendientes para estas sesiones y no dudamos que entre otros se tratarán los siguientes: revisión de programas y textos de" todas las asignaturas de la carrera, sometiendo a ambos a las necesidades imperiosas del progreso continuo de la ciencia médica, revisión de la reciprocidad de trato COK IOS médicos centroamericanos; planteamiento del problema del internado en el Hospital General; representación del estudiantado en el seno de la Junta Directiva de la Escuela y en el del Claustro de Profesores, etc.

Esperamos que deje de existir el hecho absurdo de que cada profesor haga sus programas a su antojo y comodidad, prescindiéndose en muchas ocasiones de numerosos puntos que son esenciales para el buen conocimiento de una materia; que se proscriban de una vez textos del siglo pasado, o que, en todo caso, si de momento no se pudiese conseguir nada mejor, que los profesores se comprometieran a dar todas las ampliaciones que sean necesarias, para que los alumnos estén al tanto de las tendencias modernas que existan en cada una de las ramas de la Medicina. Igualmente descriamos, que se discutiera el trato discriminatorio que a alguno de nuestros compañero), se les ha dado en algunos países de Centro-América; porque Honduras ha sido siempre y continuará siendo hospitalaria, pero sería ridículo que mientras ella acoge a gran número de médicos centroamericanos, dándoles facilidades para el ejercicio de su profesión, a los hondureños, se les boicotee cuando pretenden ejercer en otras repúblicas hermanas. Se discutirá también probablemente, el problema de los internados en el Hospital General, puesto que es el deseo unánime, que sea obligación de todo estudiante el haber estado cuando menos dos años como practicante interno en el mismo. Y por último, y si bien tenemos noticia de que en principio ya se han tomado resoluciones favorables al respecto, se hablará del establecimiento de la representación estudiantil en el seno de los organismos de la Escuela, que debe servir como garantía no ya sólo para los estudiantes, sino también para todos los profesores conscientes.

Y por último, digamos algunas palabras a cerca de la reforma del plan de estudios. El Decano, demostrando una vez más, su respeto por las opiniones ajenas, se dirigió a la Secretaria de la Asociación Médica Hondureña, para que ésta diera su opinión sobre el Plan de Estudios en vigencia y las sugerencias que estimara oportunas, en relación con las reformas que al mismo se pudieran hacer. Esta solicitud, como es lógico, fue acogida por nuestra Agrupación con verdadero entusiasmo y dada la premura del tiempo, la Asociación Médica Hondureña estuvo sesionando diariamente, con el fin de dar fin a la tarea encomendada. Todos los asistentes a estas interesantísimas reuniones, se dedicaron con ahinco a buscar solución a los innumerables problemas que se plantean en relación con el plan de Estudios y es indudable que en el curso de las discusiones, se estableció un intercambio de opiniones que en un día no lejano ha de dar sus frutos. Básicamente, todos los socios estuvieron de acuerdo en ciertas líneas generales que deben presidir toda nueva reglamentación de nuestra enseñanza: necesidad de prescindir de todo aquello que no constituya realmente una necesidad para la futura formación del médico, dejando así tiempo libre al estudiante, para que pueda dedicarse de lleno a

lo **que** realmente es fundamental en su carrera; deber ineludible de dar acceso a todos los estudiantes del Hospital, para que en forma de practicantes internos, puedan estar en íntimo contacto con los enfermos; tendencia encaminada a seleccionar con amplio espíritu crítico a los estudiantes capacitados en los primeros años de la carrera, con el objeto de eliminar a todos aquellos individuos faltos de aptitudes que llegan a ser con el tiempo una rémora para, la Escuela, haciendo descender el prestigio de la misma. Estos son los acuerdos que en líneas generales se pudieron tomar, pero, naturalmente, el estudio detallado del plan- es algo sumamente delicado y complejo, que requiere cierto tiempo. Por ello, la Asociación Médica Hondureña, se ha visto en la imposibilidad de dar una contestación al Sr. Decano, en la forma amplia y precisa que hubiera deseado y ha decidido emitir una opinión definitiva tras un mesurado estudio que durará seguramente varios meses.

Es indudable, que todos nosotros deseáramos que las **magnas** reformas que se proyectan en la estructura de nuestra **Escuela**, se conviertan en realidad en el curso de unas pocas semanas. Mas, como se comprende al primer análisis, no es posible tomar decisiones a la carrera sobre asuntos de interés vital para el futuro médico del país. Contenté/nonos con saber, con tener la absoluta seguridad de que las **nuevas** autoridades de la Escuela de Medicina, están laborando sin descanso que están señalando ya desde hoy, el nuevo rumbo que va a seguir aquélla y prestémosles, como es nuestra obligación, todo nuestro apoyo desinteresado, por encima de personalismos y de intereses mezquinos, con. **nuestro** pensamiento fijo en las próximas generaciones médicas, que son las que cosecharán los frutos que ahora estamos sembrando. '



RECUERDO ENLUTADO

Por el Dr. J. R. Durón

Hace pocas semanas fue un ciudadano perfecto y un clínico admirable. Hoy no es más que un bello recuerdo, y un símbolo de austeridad y estudio. Se llamó Manuel Larios Córdova y vino al mundo con la virtud del bálsamo: cicatrizar heridas y anestesiar angustias.

Con deslumbrador talento — que su gran modestia opaleció — con ágil concepción y excelente criterio de problemas y de se-

En la Inhumación de los Restos del Doctor Manuel Larios Córdova

Por el Dr. Humberto Díaz

Señores:

Un nuevo y rudo golpe, ha venido a conmover el Alma de la "Asociación Médica Hondureña"; una nueva orla de luto ensombrece hoy nuestros corazones y un sentimiento de pesadumbre—de ese **sentimiento** que, despojado de todo viso de sensiblería barata, brota espontáneo e inmaculado de lo más hondo del espíritu—gravita sobre nosotros. . . Tal el estado anímico -que embarga a nuestra agrupación, ante el deceso del distinguido compañero que, en vida, fue el Doctor Manuel Larios Córdova.

Joven aún, muere este hombre en un momento en que todavía teníamos derecho a esperar mucho de su talento y de sus ca-

Discurso pronunciado por el Dr. H. Díaz, en nombre de la Asociación Médica Hondureña.

res, que pudieron llevarlo muy alto por los peldaños de las Ciencias Jurídicas, escogió las duras disciplinas de Esculapio, obedeciendo al mando irresistible de su Yo apostólico: cura y consuela, sutura heridas e injerta esperanzas.

Se graduó de Médico y Cirujano en la Universidad de Columbia y fue autorizado para ejercer su profesión en Nueva York, donde su certero diagnóstico habría sido cotizado en millones. Pero él prefirió ofrendar a su Patria el caudal de su ciencia. Y se vino. Y trajo con las luces, que esparció en las aulas universitarias, las aguas dulces de su bondad, que derramó en el lecho de los enfermos.

En los últimos años su anhelo de investigador lo llevó al campo de la Radiología, y empeñosamente — con benedictino empeño —cazó entre los claroscuros de la radiografía las quintas columnas de la Muerte.

La Muerte se vengó enviándole el abrazo fatal de un carcinoma. Y se nos fue. Sus colegas sabemos que sobre su tumba caerán siempre primaverales lluvias de admiración.

Se llamó Manuel Larios Córdova y vino al mundo con la virtud del bálsamo: cicatrizar heridas y anestesiarse angustias...

pacidades, ya que sus inquietudes de superación se manifestaron de un modo firme y perenne.

Graduado en la Universidad de Columbia en el año de 1922, después de haber realizado una honrosa carrera de estudiante, obtuvo poco tiempo después, la licencia correspondiente para ejercer la Medicina y Cirugía en el Estado de Nueva York. Regresó luego a la Patria, para dedicarse con todo ahinco y de plausible manera, a sus actividades profesionales, consagrándose especialmente a la Radiología, posición desde la cual llegó — después de algunos años — a convertirse en un valioso auxiliar del Gremio Médico del país, en la escabrosa tarea de la realización de diagnóstico.

Desempeñó con eficiencia y entusiasmo, varias cátedras en nuestra Escuela de Medicina, y es de alta justicia hacer constar que, al mismo tiempo que ofrendó en el aula todo el tesoro de sus conocimientos en el orden técnico, sentó una estupenda cátedra de ética médica, que no se hizo tangible precisamente por la fuerza de su palabra, sino por la seductora grandeza de su ejemplo.

Una cruel y violenta enfermedad, de esas ante las cuales los recursos de la ciencia resultan todavía ineficaces, ha segado la vida de un hombre útil a la sociedad, la vida de un representante valioso de la Medicina Hondureña, la vida de un ciudadano que deja un legado inestimable de grandes virtudes cívicas, de una honradez acrisolada y de una conmovedora diafanidad de alma. Tales atributos, que fueron indiscutibles en Manuel Larios Córdova y que él los poseyó en grado sumo, vienen a dar una legitimidad incontestable a ese sentimiento de congoja y de pesadumbre, que ha producido en todo el país, su prematura desaparición. Señores:

Yo vengo en este momento, 'supremo y doloroso, en representación de la "Asociación Médica Hondureña," no a dar el último adiós a este noble compañero que nos deja, al morir, una estela decorosa, honorable y constructiva. No puede ser así, porque sólo se despide con el último adiós a los que, no habiendo hecho más *que* pasar por la vida — de una manera ignorada — acaban para siempre en la tumba que cierra sobre ellos las puertas de la eternidad. No podría hacerlo yo, que he alentado siempre esa convicción, y que estoy seguro además, de que este concepto corresponde también, y de modo absoluto, a la representación que me ha dado su palabra en este instante pesaroso. . . Manuel Larios Córdova no desaparecerá definitivamente, aunque haya salvado ya los umbrales de la muerte; la magnitud de su ejemplo, el legítimo prestigio de su vida ciudadana y la brillantez de su Hoja de Servicios prestados a la Humanidad — atributos todos que deben ser imitados por la juventud de Honduras — le defenderán eficazmente del olvido. Por eso, esta tumba que ahora se abre, para recibir los mortales despojos del que fue nuestro noble compañero, me parece más bien el hueco generoso y pródigo en que ha de

Contribución al Estudio Etiológico de las Iridociclitis

Por el Dr. J. Gómez-Márquez

Tesis presentada por su autor en el acto de incorporación a la Facultad de Medicina y Cirugía de Honduras.

P R E Á M B U L O

Las afecciones que se localizan en el globo ocular, obedecen en general a dos grandes grupos etiológicos: uno que está en relación con factores exógenos y otro con factores endógenos, es decir, que en los de este último, los agentes son llevados a las diferentes partes del globo por el torrente circulatorio. Las primeras, las que tienen su origen en causas exógenas, son las que menos interesan al médico general, por ser afecciones puramente locales, como por ejemplo las diversas conjuntivitis, el tracoma, etc. En cambio, las segundas, las que son producidas por un agente general, revisten una gran importancia para el médico general, que tiene ante sí, simplemente la localización ocular de una entidad morbosa general. Este es el caso de las queratitis parenquimatosas, de las escleroqueratitis, de las iridociclitis y de las coroiditis. Todas estas enfermedades, obedecen a un grupo muy reducido de entidades morbosas: tuberculosis, sífilis, reumatismo e infecciones generales; como se ve, las mismas que afectan con mayor frecuencia a otros órganos de nuestra economía.

Incumbe en estas circunstancias al oftalmólogo, hacer el diagnóstico etiológico diferencial de estas afecciones, tarea muchas veces ardua, si tenemos en cuenta que las características locales de una queratitis intersticial o de una iridociclitis, son casi las mismas, aunque al agente etiológico sea distinto. Es lo mismo que sucede con otros órganos internos, para el caso, el hígado, que puede ser asiento de una inflamación aguda o crónica, pero sin presentar síntomas locales suficientemente claros para permitirnos hacer un diagnóstico etiológico. Por estas razones, el oftalmólogo tiene por fuerza que recorrer el mismo camino que el médico general: por una parte hace un estudio minucioso del órgano afecto, con el fin de darse cuenta de si el aspecto local del mismo puede darle una orientación etiológica; pero a parte de esto, que habitualmente es insuficiente, procede a llevar a cabo un estudio general del organismo, para orientarse sobre el terreno humano que tiene ante sí. Es así, como en gran número de casos, los diagnósticos etiológicos de un órgano se hacen no ya la sintomatología local, sino por el hecho de encontrarse aquél en un paciente

con síntomas generales de tuberculosis, reumatismo, sífilis, etc.. En otras palabras, son diagnósticos por exclusión.

Los distintos exámenes complementarios, tienden a orientarnos aún más y de ahí que el médico general insista continuamente en el hallazgo de reacciones específicas de cada una de las enfermedades, para salir de la confusión en que muchas veces se encuentra.

En el caso del oftalmólogo, nos parece que merece un especial interés, el estudio de la patología del iris, porque poseyendo éste, todas las características de un órgano interno, como el pulmón, el bazo o el hígado, y por lo tanto enfermándose de la misma manera que éstos, reúne la condición excepcional, de estar situado detrás de una membrana transparente que es la córnea. Es algo así, como si por un capricho de la naturaleza, una pared abdominal transparente nos permitiera observar con todo detalle el hígado, el bazo o el mesenterio. Si a estas condiciones agregamos, el hecho de poseer para el estudio del iris, aparatos tan perfeccionados como la lámpara de hendidura, se comprenderá cuánta importancia desde el punto de vista general, tendrán las reacciones que se efectúen en el iris, bien sea en forma espontánea por la acción de agentes patógenos, o en forma provocada por la introducción en el organismo de agentes susceptibles de efectuar reacciones focales. Porque si bien éstas se efectúan en muchos órganos, no los podemos estudiar en detalle, por tratarse de órganos internos; por el contrario, el iris, que posee el rango y las peculiaridades de tal, está al descubierto, por así decir y es capaz de ser examinado por medios sumamente precisos.

Queremos hacer aún una aclaración: al hablar de iris, debemos en realidad extender este concepto al cuerpo ciliar por las íntimas relaciones que con él tiene y por estar en continuidad con él, así como por el hecho de que la inflamación abarca en general a ambos, predominando unas veces la iritis y otras la ciclitis, pero siendo en suma una verdadera iridociclitis, es decir, una inflamación conjunta del cuerpo iridociliar.

Por todas estas razones, y tomando en cuenta el hecho antes apuntado, de que el iris y el cuerpo ciliar, como otras partes del ojo, se enferman con mucha frecuencia, presentando iguales aspectos locales, pero siendo difícil, establecer su etiología en una forma rigurosamente científica, resolvimos en el año de 1934, hacer un estudio detenido de las reacciones focales obtenidas en el ojo, mediante la introducción de tuberculina, en una u otra forma en el organismo, es decir, bien sea por medio de inyecciones o por instilaciones conjuntivales. En estas experiencias colaboró con nosotros, ocupándose de las reacciones generales del organismo, el Dr. Soriano-Jiménez, profesor de la Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Hemos querido aprovechar esta oportunidad, la de efectuar nuestra incorporación a 3a Facultad de Medicina de Honduras, para presentar este trabajo, fruto de la experiencia personal, con

Contribución al Estudio Etiológico de las Iridociclitis

Por el Dr. J. Gómez-Márquez

Tesis presentada por su autor en el acto de incorporación a la Facultad de Medicina y Cirugía de Honduras.

P R E A M B U L O

Las afecciones que se localizan en el globo ocular, obedecen; en general a dos grandes grupos etiológicos: uno que está en relación con factores exógenos y otro con factores endógenos, es decir, que en los de este último, los agentes son llevados a las diferentes partes del globo por el torrente circulatorio. Las primeras, las que tienen su origen en causas exógenas, son las que menos interesan al médico general, por ser afecciones puramente locales, como por ejemplo las diversas conjuntivitis, el tracoma, etc. En cambio, las segundas, las que son producidas por un agente general, revisten una gran importancia para el médico general, que tiene ante sí, simplemente la localización ocular de una entidad morbosa general. Este es el caso de las queratitis parenquimatosas, de las escleroqueratitis, de las iridociclitis y de las coroiditis. Todas estas enfermedades, obedecen a un grupo muy reducido de entidades morbosas: tuberculosis, sífilis, reumatismo e infecciones generales; como se ve, las mismas que afectan con mayor frecuencia a otros órganos de nuestra economía.

Incumbe en estas circunstancias al oftalmólogo, hacer el diagnóstico etiológico diferencial de estas afecciones, tarea muchas veces ardua, si tenemos en cuenta que las características locales de una queratitis intersticial o de una iridociclitis, son casi las mismas, aunque al agente etiológico sea distinto. Es lo mismo que sucede con otros órganos internos, para el caso, el hígado, que puede ser asiento de una inflamación aguda o crónica, pero sin presentar síntomas locales suficientemente claros para permitirnos hacer un diagnóstico etiológico. Por estas razones, el oftalmólogo tiene por fuerza que recorrer el mismo camino que el médico general: por una parte hace un estudio minucioso del órgano afecto, con el fin de darse cuenta de si el aspecto local del mismo puede darle una orientación etiológica; pero a parte de esto, que habitualmente es insuficiente, procede a llevar a cabo un estudio general del organismo, para orientarse sobre el terreno humano que tiene ante sí. Es así como en gran número de casos, los diagnósticos etiológicos de un órgano se hacen no ya la sintomatología local, sino por el hecho de encontrarse aquél en un paciente.

con síntomas generales de tuberculosis, reumatismo, sífilis, etc. En otras palabras, son diagnósticos por exclusión.

Los distintos exámenes complementarios, tienden a orientarnos aún más y de ahí que el médico general insista continuamente en el hallazgo de reacciones específicas de cada una de las enfermedades, para salir de la confusión en que muchas veces se encuentra.

En el caso del oftalmólogo, nos parece que merece un especial interés, el estudio de la patología del iris, porque poseyendo éste, todas las características de un órgano interno, como el pulmón, el bazo o el hígado, y por lo tanto enfermándose de la misma manera que éstos, reúne la condición excepcional, de estar situado detrás de una membrana transparente que es la córnea. Es algo así, como si por un capricho de la naturaleza, una pared abdominal transparente nos permitiera observar con todo detalle el hígado, el bazo o el mesenterio. Si a estas condiciones agregamos, el hecho de poseer para el estudio del iris, aparatos tan perfeccionados como la lámpara y la hendidura, se comprenderá cuánta importancia desde el punto de vista general, tendrán las reacciones que se efectúen en el iris, bien sea en forma espontánea por la acción de agentes patógenos, o en forma provocada por la introducción en el organismo de agentes susceptibles de efectuar reacciones focales. Porque si bien éstas se efectúan en muchos órganos, no los podemos estudiar en detalle, por tratarse de órganos internos; por el contrario, el iris, que posee el rango y las peculiaridades de tal, está al descubierto, por así decir y es capaz de ser examinado por medios sumamente precisos.

Queremos hacer aún una aclaración: al hablar de iris, debemos en realidad extender este concepto al cuerpo ciliar por las íntimas relaciones que con él tiene y por estar en continuidad con él, así como por el hecho de que la inflamación abarca en general a ambos, predominando unas veces la iritis y otras la ciclitis, pero siendo en suma una verdadera iridociclitis, es decir, una inflamación conjunta del cuerpo iridociliar.

Por todas estas razones, y tomando en cuenta el hecho antes apuntado, de que el iris y el cuerpo ciliar, como otras partes del ojo, se enferman con mucha frecuencia, presentando iguales aspectos locales, pero siendo difícil establecer su etiología en una forma rigurosamente científica, resolvimos en el año de 1934, hacer un estudio detenido de las reacciones focales obtenidas en el ojo, mediante la introducción de tuberculina, en una u otra forma en el organismo, es decir, bien sea por medio de inyecciones o por instilaciones conjuntivales. En estas experiencias colaboró con nosotros, ocupándose de las reacciones generales del organismo, el Dr. Soriano-Jiménez, profesor de la Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Hemos querido aprovechar esta oportunidad, la de efectuar nuestra incorporación a la Facultad de Medicina de Honduras, para presentar este trabajo, fruto de la experiencia personal, con

la esperanza de que pueda ser útil a nuestros colegas y a los estudiantes, sirviéndoles de base para llevar a cabo análogos estudios con nuestros enfermos.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico etiológico de las iridociclitis *no* relacionadas con un determinado cuadro específico, plantea uno de los problemas más difíciles de patología ocular, ya que no hay ningún signo que permita señalar en cada caso y con certeza el origen del padecimiento. Así resulta, que en ausencia de signos específicos, el diagnóstico debe apoyarse en muchas ocasiones, en la presencia o ausencia *dé* síntomas de una enfermedad general, por lo que se deduce de ello que el diagnóstico etiológico de las iridociclitis, resulta en realidad bastante problemático y se hace en gran parte por exclusión. Y así vemos, que conceptuamos una uveítis como sifilítica, reumática o leprosa, no porque tenga las características locales de cada una de estas entidades, sino porque se desarrolla en terrenos sifilíticos, reumáticos o leproso, respectivamente. Algo análogo sucede en el diagnóstico de las uveítis tuberculosas, salvo en el caso en que se hallen verdaderos tubérculos.

Ahora bien, aunque es cierto que en los padecimientos oculares de los sifilíticos, existe en general, una estrecha relación entre lo local y lo general, sería un error trasladar este concepto al diagnóstico de las iridociclitis tuberculosas, porque como todos sabemos, es sumamente raro que los oftalmólogos observemos lesiones oculares activas de origen tuberculoso, en enfermos con igual tipo de lesiones en los órganos internos, y por otra parte, es igualmente excepcional que los fisiólogos encuentren afecciones oculares de tipo tuberculoso entre sus enfermos; por otra parte, debemos tener en cuenta, que según se demuestra por la radiología y por la reacción tuberculínica, el 95% de las personas que viven en medios civilizados, presentan procesos activos tuberculosos de mayor o menor importancia. De todo esto se deduce: que si para llevar a cabo el diagnóstico de iridociclitis tuberculosa, no basta ni el cuadro clínico de la enfermedad ni el hecho de que el individuo esté más o menos cargado de bacilos, debemos de preocuparnos más y más, en buscar los medios oportunos para vencer la inseguridad diagnóstica, con tanta mayor razón cuanto que en gran parte, el tratamiento depende del diagnóstico etiológico.

A pesar de los errores a que pueda estar sujeta, no cabe duda, que la reacción específica local por medio de la tuberculina, suministra las mayores posibilidades de éxito. Sin embargo, teniendo en cuenta, que a parte del estado local, desempeñan un papel de primer orden, el estado general del organismo y las condiciones de inmunidad para la infección, hemos decidido en el curso de este trabajo, hacer un estudio minucioso no sólo del estado local, sino también del general, en el curso de las diversas pruebas diagnósticas. Para la reacción diagnóstica focal, hemos utilizado

unas veces la inyección íntra o subcutánea de tuberculina, y otras, la instilación de esta substancia en el ojo del enfermo (oftalmo-reacción).

Tanto las instilaciones como las inyecciones que se llevaron a cabo en enfermos que presentaban un cuadro sospechoso de tuberculosis ocular, pero que estaban libres de todo proceso bacilar activo desde el punto de vista clínico y radiológico. El material empleado para estas experiencias, fue siempre la tuberculina vieja de Koch en sus frescos originales (Meister y Lucius).

INYECCIONES DE TUBERCULINA INTRA Y SUBCUTÁNEA PARA REACCIONES FOCALES EN CASOS SOSPECHOSOS DE TUBERCULOSIS

Es preciso citar entre aquellos que usaron las inyecciones desde el punto de vista diagnóstico, con mayor método y amplitud, a Bandelier y Ropke en primer término, así como a A., V. Hippel. Los primeros afirmaban que con el empleo de inyecciones subcutáneas de 1 mgr., las reacciones focales para diagnóstico ocular, resultaban positivas en todos los casos sospechosos de tuberculosis. El segundo, autoridad bien conocida en el campo de la terapia tuberculínica, sostenía que las reacciones focales fuertes debían ser evitadas, particularmente en los niños, en los cuales se observaba frecuentemente, que después de la inyección, se necrosaban los tubérculos de la tuberculosis corneal.

En razón de estas opiniones tan dispares, decidimos ser muy prudentes en nuestros experimentos. Para éstos nos sirvieron 50 enfermos con queratoconjuntivitis flictenular recidivante con nodulos en evolución, 10 tracomatosos con pannus; 5 con escleroqueratitis en plena evolución; 6 con queratitis parenquimatosa; 10 con iridociclitis y 3 con formas juveniles, recidivantes de hemorragia del vitreo.

La dosis usada varió desde medio hasta un décimo de mgr. de la solución al 1 por 100, según la edad del paciente y la intensidad de la inflamación. Las inyecciones se repitieron en general hasta cuatro veces, de tal forma que en algunas ocasiones se llegó en forma progresiva hasta 2 y 5 mgrs.

Por lo que se refiere al diagnóstico de las afecciones oculares, el resultado era constantemente negativo: en ninguno de los mencionados enfermos, pudimos comprobar en el curso de las pruebas, la menor modificación, que nos pudiese hacer pensar en una reacción focal en el ojo. Por el contrario, pudimos ver casi constantemente dos hechos importantes:

1.—Todos nuestros pacientes reaccionaban a las inyecciones con fiebre más o menos intensa, cefalalgia, debilitamiento general, anorexia, palidez, transformación de los rasgos de la cara, tos seca y fuerte, etc. En muchos casos se observaban reactivaciones de las lesiones pulmonares, con síntomas generales tan temibles que nos veíamos precisados a suspender las experiencias.

2^o—Estas inyecciones, iban seguidas en aquellos casos en los que se podían repetir sin la menor reacción focal, de una mejoría visible del estado local y general, y en algunos casos, incluso de la curación total.

Quiere todo esto decir, que a pesar de tratarse de personas sanas, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, se vieron en muchos casos reacciones generales y focales pulmonares, con tal intensidad que hubiera sido imprudente intentar aumentar la dosis con el fin de producir las reacciones oculares deseadas.

En atención a ello, suspendimos provisionalmente nuestras experiencias, con la intención de reanudarlas más adelante con cambios en la dosificación y teniendo en cuenta además que la reacción intracutánea parece ser mejor para el ojo que la subcutánea, ya que produce menos reacciones generales y focales en los pulmones.

EMPLEO DE LAS INSTILACIONES DE TUBERCULINA EN EL OJO PARA DIAGNOSTICO LOCAL

Como es sabido, fue Wolff-Eisner, el primero que en 1907, en Berlín, utilizó la instilación ocular de la tuberculina en el diagnóstico de una tuberculosis general, con la idea de que en realidad era parecido al procedimiento de von Pirquet para la piel. Poco tiempo después, Calmette, dio a conocer su procedimiento de la instilación ocular de tuberculina, para lo cual usó el producto de la precipitación de las tuberculinas en solución alcohólica al 95%. Poco después de su publicación, empezó a ser usado por los pediatras, si bien con resultados diversos, pero demostrando, sin embargo, claramente, que tenía un valor grande en el diagnóstico de la tuberculosis infantil. Por el contrario, en los adultos, los resultados eran tan inseguros, que permitieron decir a Bandelier y Ropke, que la reacción era positiva en la mitad de todas las tuberculosis activas.

La técnica consistía en la instilación de solución de tuberculina del medio al uno por ciento en el ojo. La instilación podía ser repetida en el otro ojo, si la primera había sido negativa, con una solución al 4%. Según Bandelier y Ropke, la positividad podía ser dividida en tres grupos: al primero correspondía un enrojecimiento de la carúncula y de la conjuntiva palpebral; al segundo este enrojecimiento se extendía por la conjuntiva bulbar; en el tercero había un enrojecimiento que se extendía por todo el ojo, con quémosis, edema palpebral, secreción fibrinosa que algunas veces llegaba a ser purulenta. Las insolaciones que iban seguidas de resultado positivo, fueron consideradas como "particularmente intensas." Otro método para conseguir una reacción conjuntiva, consistía en llevar a cabo una inyección subcutánea de tuberculina poco días después de la instilación ocular, o también efectuar una segunda inyección de esta clase, pero varios días después de la Primera.

Los cortes histológicos llevados a cabo por Stanculeanu con biopsias de conjuntiva con el fin de estudiar su reacción, muestran una analogía con las modificaciones histológicas de la piel, encontradas por von Pirquet (presencia de leucocitos polinucleares en las capas mucosas de la superficie y células mononucleares y linfocitos en las capas profundas).

Y así, la oftalmorreacción fue admitida como procedimiento para el diagnóstico específico de la tuberculosis general, fundándose en la sensibilidad de los tuberculosos con respecto a la tuberculina.

A pesar de su especificidad en el diagnóstico de la tuberculosis general, se desistió de la oftalmorreacción no sólo a causa de los resultados inconstantes en los adultos y la imposibilidad de deducir por ella la localización de la enfermedad, sino sobre todo por los daños focales que ocasionalmente causaba, especialmente cuando se trataba de verdaderas afecciones tuberculosas (Abineau). Así, Trousseau llamó la atención sobre el peligro de la oftalmorreacción en los niños escrofuloso? y en los casos de iritis tuberculosas crónicas y bilaterales. Kalt, Adam, Waldstein, A. Chile, Abineau, Barbier y otros, señalaron asimismo algunas complicaciones serias. Todas estas observaciones condujeron a considerar la reacción de Calmette como absolutamente contraindicada en las afecciones oculares, sobre todo en los casos de conjuntivitis y otras afecciones tuberculosas del globo. Wolff-Eimer y Bandelier, incluso, consideraron que no eran apropiadas ni siquiera para fines científicos, teniendo en cuenta, como también piensa Rit-ter, que las reinstilaciones son particularmente peligrosas.

Durme y Stoché, observaron en ojos sanos, secuelas tardías análogas a las iritis observadas por von Daele, después de la reacción cutánea de von Pirquet, bajo la forma de flictenas, inyección periquerática con formación de nódulos en las vainas arteriales. Es notable el hecho de que esas flictenas pueden, aparecer asimismo en ojos sanos (Adams), después de una inyección de tuberculina subcutánea.

Sin embargo, no todos los autores se muestran tan pesimistas sobre la práctica de la oftalmorreacción para usos generales; así lo considera Abineau, a quien ya hemos mencionado, opinando que si bien no está indicada en las afecciones sospechosas de ser tuberculosas, sí pueden ser empleadas en los casos de conjuntivitis banales. Por otro lado, Calmette, que precisamente ve en las conjuntivitis una contraindicación formal, no tiene nada que objetar al empleo de la reacción para enfermedades internas del ojo, incluso cuando son de naturaleza tuberculosa, por lo cual cree que quizá puede ser de utilidad para el oftalmólogo. Morax, opina que puede ser perjudicial en casos de conjuntivitis tuberculosas, pero las considera inocuas en casos de tuberculosis de la úvea. Petit "ha considerado las instilaciones en los ojos tuberculosos no sólo como inocuas, sino incluso como determinantes de la curación. Brunetiere utiliza la instilación para el tratamiento de la tuberculosis ocular, y especialmente con gran éxito, en los casos de iri-

tis tórpidas, de queratitis parenquimatosas y de coroiditis exudativas, siendo lo más extraño de sus observaciones, el hecho de que en todos los casos curados, la oftalmorreacción, tenía un resultado negativo. Explicaba este hecho diciendo *que* la inflamación concomitante de las membranas oculares paralizaba el efecto de la prueba. Asimismo Stephenson, que usaba la oftalmorreacción, en el diagnóstico de la tuberculosis ocular, observó con el método, algunos resultados en casos de iridociclitis, escleritis y coroiditis de etiología incierta.

En razón de tal cantidad de opiniones contradictorias, hemos llevado a cabo, una serie de experiencias con el objeto de decidir:

1^o—Si realmente la instilación de tuberculina, en el ojo, lleva consigo peligros que señalan la mayoría de los autores arriba, mencionados.

2^o—Si, estas instilaciones, sentada su inocuidad, pueden servir para fines diagnósticos.

Hemos dividido nuestro material humano en cuatro grupos: los dos primeros contienen personas con ojos sanos o por lo menos desprovistos con seguridad de afecciones oculares tuberculosas; los dos grupos restantes, están formados por enfermos, con afecciones oculares sospechosas de ser tuberculosas o con iridociclitis aparentemente relacionadas con un origen verosímilmente bacilar.

Los mencionados grupos están divididos en la siguiente forma:

1^o—Personas completamente normales tanto desde el punto de vista ocular, como general. (Oftalmorreacción según Wolff-Eisner y Bandelier-Ropke).

2^o—Personas no tuberculosas, tanto desde el punto de vista local, como general, pero afectas de las siguientes enfermedades:

- a) Tracoma cicatricial sin secreción y sin participación de la córnea.-
- b) Tracoma con pannus y erosiones epiteliales.
- c) Conjuntivitis subagudas y crónicas.

3^o—Personas sanas desde el punto de vista general, pero con las siguientes afecciones:

- a) Blefaritis escrofulosa.
- b) Flictenas del limbo y de la conjuntiva,
- c) Infiltraciones corneales flictenulares.
- d) Queratitis parenquimatosas.
- e) Coroiditis
- f) Hemorragias recidivantes del vítreo.

4^o—Enfermos con iridociclitis, así:

- a) Con pulmones sanos.
- b) Con hallazgos pulmonares positivos.

Daremos en primer lugar, una visión de conjunto sobre los resultados de los cuatro grupos y después una nota sobre la significación de nuestras experiencias.

PRIMER GRUPO**INSTILACIONES EN INDIVIDUOS SANOS DESDE EL PUNTO DE VISTA LOCAL Y GENERAL. OFTAMORKEACION DE WOLFF-EISNER Y CALMETTE**

Prescripción de la tuberculina empleada: al 1%.

Número de niños instilados: 9.

Reacciones positivas de primer y segundo grado, según Bandelier: 8.

Reacciones negativas: 1. Número de adultos Instilados: **11**.

Reacciones positivas de primer y segundo grado: 7. De tercer grado: 1.

Reacciones negativas: 3.

Manifestaciones concomitantes observadas: dos niños y un adulto, que reaccionaron con flictenas del limbo.

Las instilaciones se hicieron en general una sola vez; únicamente en dos casos se repitieron, pero las reacciones continuaron siendo positivas y tuvieron igual intensidad que en las personas en las que sólo se hizo una instilación.

Se desprende de lo anterior, que el tanto por ciento de reacciones positivas coincide, aunque parezca un poco alto, con el que fue obtenido por otros autores, a lo cual hay que agregar, que el cuadro sintomatológico de la reacción, es idéntico al ya descrito por Bandelier y que su duración coincide asimismo (promedio de tres días, con un límite máximo de seis).

Hubo "restitutio and integrum" en todos los casos.

SEGUNDO GRUPO**INSTILACIONES EN PERSONAS NO TUBERCULOSAS NI DESDE EL PUNTO DE VISTA LOCAL NI GENERAL, PERO AFECTAS DE:****a) TRACOMA CICATRICIAL SIN SECRECIÓN Y SIN PARTICIPACIÓN CORNEAL.**

Temiendo que se presentasen las complicaciones mencionadas por diversos autores, empezamos las instilaciones con diluciones verdaderamente fantásticas: 1 por 10.000, que fuimos subiendo paulatinamente hasta llegar a la concentración de 1%. Número de personas adultas sometidas a las instilaciones, reinstilaciones con la concentración de 1 por 10.000 hasta la de 1%, en forma progresiva: 5.

Resultados positivos: de primer y segundo grados: 3. Restitución normal.

Número de adultos sometidos a una instilación del 1%: 5.

Resultados positivos de primer y segundo grados: 3. Restitución

Por lo anterior se deduce, que ni la instilación a dosis homeopáticas, ni la reinstilación, así como tampoco la instilación primitiva de solución al 1 %, produjeron resultados distintos de los provocados por la oftalmorreacción en el primer grupo.

b) **TRACOMA CON PANNUS MAS O MENOS INTENSO CON TENDENCIA A LA EXFOLIACIÓN EPITELIAL Y A LAS EROSIONES PERO SIN LLEGAR A PRESENTAR VERDADERAS ULCERAS.**

Número de adultos instilados: 8.

Técnica: En cuatro casos instilaciones y reinstilaciones con una solución al 1 por 10.000, al principio, llegando progresivamente hasta otra de 1%; en otros cuatro casos, instilaciones de la solución al 1%.

En los primeros cuatro casos, obtuvimos asimismo dos reacciones positivas del mismo grado. Restitución completa en menos de seis días.

c) **CONJUNTIVITIS SUBAGUDA Y CRÓNICAS.**

Número de adultos instilados: 10. En las instilaciones usamos la técnica y las mismas soluciones que en el inciso anterior.

Reacciones positivas: 6. Intensidad de primer y segundo grado.

Duración: menos de 6 días. Restitución completa.

Las reacciones positivas mencionadas en el primer y segundo grupos, fueron siempre producidas por soluciones al 1%. En ningún caso se observaron reacciones con soluciones de menor concentración.

TERCER GRUPO

INSTILACIONES EN PERSONAS SANAS DESDE EL PUNTO DE VISTA GENERAL, PERO EN LAS CUALES, Y A PARTE DE SU IRIDOCICLITIS, SE LES ENCONTRÓ EN EL CURSO DE UNA EXPLORACIÓN INTERNA, LESIONES SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS

a) **Blefarconjuntivitis crónica en escrofulosos.**

Número de niños instilados: 6. Técnica, instilaciones, reinstilaciones y soluciones empleadas iguales a las del grupo segundo.

Reacciones positivas de primer y segundo grado: 6. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La positividad de esta reacción se mostró en un caso con la solución al 1 por 10.000.000.000, en dos casos con una solución al 1 por 100.000 y en las otras tres sobrantes con la concentración de 1 por 1.000.

b) **Flictenas en el limbo y en la conjuntiva bulbar.**

Número de niños instilados: 12. Técnica de las instilaciones, reinstalaciones y soluciones empleadas, iguales a las de los casos anteriores.

Reacciones positivas: 7. Intensidad de primer y segundo grado.

Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La reacción positiva en cuatro casos, se obtuvo con el empleo de una solución al 1 por 100.000 y en los tres restantes con una solución al 1 por 1.000.

En tres de estos casos, en los que había un blefarospasmo de 1 a 3 años de duración, acompañado de fotofobia, se vio desde el mismo momento de la instilación una notable mejoría, a pesar de ser la reacción positiva. La curación se obtuvo en uno de los casos, en un plazo de una a tres semanas.

c) Queratitis parenquimatosa.

Número de adultos instilados: 3. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones, así como las soluciones empleadas, fueron iguales a las de los casos anteriores.

Reacciones positivas: 3. Intensidad de primer y segundo grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La reacción fue constantemente positiva con el empleo de soluciones al 1 por 1.000. En otros tres casos, de queratitis parenquimatosa de origen luético, sin la menor duda, y que curaron con el tratamiento específico, resultaron dos negativas y una positiva, con instilación al 1 por 100.

d) Escleroqueratitis crónica.

Número de adultos instilados: 5.

Reacciones positivas: 5. La técnica de instilación, reinstilación y el empleo de las soluciones, fueron las mismas que en el caso precedente. Intensidad de primer y segundo grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

Las reacciones fueron positivas con el empleo en cuatro casos de soluciones al 1 por 1.000.000 y en los restantes con una solución al 1 %.

e) Coroiditis.

Número de adultos instilados: 2. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones, así como las soluciones empleadas iguales al caso anterior.

Reacciones positivas: 1. Intensidad de primer y segundo grados.

Duración: menos de seis días. Restitución completa. En la reacción positiva, ésta se obtuvo con una solución al 1%.

f) Hemorragia del vitreo recidivante.

Número de adultos instilados: 6.

Las técnicas de instilación y reinstilación, así como las soluciones empleadas iguales al caso anterior. Reacciones positivas: 4. Intensidad: de primer y segundo grados. Duración: menos de seis días. Restitución completa. Reacción positiva en dos casos con una solución al por 1000, y en los otros dos, con concentraciones de 19K

CUARTO GRUPO

INSTILACIONES EN PACIENTES CON IRIDOCICLITIS Y SIN HALLAZGO PULMONAR

a) Personas sanas desde el punto de vista general.

Número de adultos instilados: 9.

Resultados positivos: 7. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones y las soluciones empleadas iguales a las del grupo anterior. Duración: menos de seis días. Intensidad: primer y segundo grados. Restitución completa.

La reacción fue positiva en cuatro casos con *el* empleo de una solución al 1 por 1.000; en un caso con una solución al 1 por 100.000 y en otro con una solución al 1 por 10.000.000.000 y en un solo caso con la concentración al 1%.

En este último caso pudimos comprobar una reacción focal clara, y consistente en un ligero enturbiamiento del humor acuoso con una ligera hiperemia del iris.

b) Pacientes con alteraciones pulmonares tanto desde el punto de vista clínico, como radiológico de grado moderado, con una franca tendencia a la fibrosis y que se encontraban en buen estado general con la sola excepción de un caso en el que existía un estado alérgico con pequeñas hemoptisis de repetición. Número de adultos instilados: 8. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones así como las soluciones empleadas, fueron las mismas que en el caso anterior.

Reacciones positivas: 6. Intensidad de primer y segundo grados y en un caso, reacción ligera de tercer grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa. Reacciones positivas en tres casos con soluciones al 1 por 100.000.000.000.000.000, en dos casos con una solución al 1 por 10.000.000.000, y en los casos restantes, con una concentración de 1 por 1.000.

En el paciente con estado general-malo, la reacción fue positiva con una solución al 1 por 1.000, acompañada de un enturbiamiento manifiesto del humor acuoso y una ligera hiperemia difusa. En otros tres casos, observamos asimismo un ligero enturbiamiento del humor acuoso.

NOTA: Explicación sobre las diluciones: Partimos de la solución de la tuberculina de Koch, disolviendo cada vez 1/10 de ce. en 9/10 de ce. de agua destilada. La primera dilución era por lo tanto, de 1 por 10.1/10 de esta solución con 9/10 de agua destilada da una solución al 1 por 100. Cada una de las siguientes soluciones es, por lo tanto, igual a 1 por 1, seguido de un cero más.

CONSIÜEKACIONKS ACERCA DE LOS ÉXITOS CONSEGVÍ- DOS CON LAS INSTILACIONES

Lo que en primer lugar nos llamó la atención, fue la inocuidad absoluta del método. En ninguno de los 106 enfermos de nuestra estadística, pudimos encontrar el menor trastorno que se pudiese achacar al tratamiento, prescindiendo, naturalmente, de las modificaciones reaccionales, muy moderadas por cierto, que ya liemos descrito. Todo esto se refiere tanto a las personas sanas

desde el punto de vista local y general, como a las que padecían **enfermedades** oculares no relacionadas con la tuberculosis, como a aquellas que presentaban afecciones oculares cuya etiología tuberculosa era más o menos segura.

Es además digno de tomarse en cuenta, el hecho de que la Intensidad de las reacciones, se mantuvo siempre dentro de unos límites completamente moderados, y que en ningún momento hubo necesidad de echar mano de algún recurso terapéutico.

En los dos únicos casos, en que observamos reacciones de tercer grado, el edema y la secreción desaparecieron completamente en forma espontánea en el curso de pocos días. Estas dos reacciones relativamente fuertes, las encontramos, una en una persona con ojos sanos y pulmones sanos igualmente, y otra en una que presentaba una iridociclitis con fibrosis pulmonar.

Por lo que se refiere a la especificidad de la reacción, no diremos sino que las personas correspondientes al primer y segundo grupos, esto es, aquellas que no presentaban nada anormal en sus ojos y en los pulmones y las que poseían lesiones tuberculosas oculares externas, o no reaccionaban o lo hacían después del uso de soluciones al 1%. Por el contrario, todas aquellas persona³ con afecciones sospechosas de tuberculosis, con inclusión de las del tercer grupo, entre las que se hallaban coroiditis y hemorragias del vitreo, reaccionaban con soluciones de mayor dilución que el 1%, **incluso** en algunos casos con dosificaciones de tipo astronómico como 1 por 1 con 20 ceros. Aunque no con igual constancia, la reacción para los del cuarto grupo se mantuvo en forma análoga al tercero, tanto en lo que se refiere al número de caso³, como a las diluciones requeridas para llevarse a cabo las reacciones mediante las instilaciones. Otro factor a tomarse en cuenta, y no por cierto de poca importancia, fue la absoluta inocuidad de la reinstilación.

La mayoría de nuestros enfermos, especialmente al principio de nuestras experiencias, soportaron 10 instilaciones sin que se observaran secuelas desagradables de ninguna clase. La intensidad de la reacción era en estos casos, idéntica a la que observamos en los otros casos, en los cuales obteníamos un resultado positivo después de una sola instilación.

Merece hacerse resaltar los cambios que mostraron nuestros enfermos, en los que se refiere a la sensibilidad con respecto a la tuberculino, durante el tiempo¹ que duraron los experimentos.

Enfermos que presentaban una reacción clara con una solución al 1 por 1 con 20 ceros, dejaban de reaccionar cuando se llegaba a solucionar al 1 % ; otros con igual grado de sensibilidad reaccionaban no con la misma solución, sino con la de 1 por 1 con 10 ceros, sin presentar, sin embargo, una mayor reacción al llegar a 1 o 4%. Observamos también en estos casos, que paralelamente a la insensibilización a la tuberculina, se desarrollaba una

mejoría innegable, que incluso, conducía en ciertas ocasiones, a una curación estable (nos referimos aquí a los casos de pannus escrofuloso).

Hasta aquí, los hechos que exponemos a la vista de todo el mundo, pero queriendo hacer notar que no damos un valor absoluto a los tantos por cientos obtenidos en los cuatro-grupos, ya que tomando en cuenta la cantidad relativamente reducida de enfermos sometidos a nuestras experiencias, bien podría ser que hubiese una serie de circunstancias particularmente favorables, que rigieran, la cantidad de resultados positivos alcanzados, y que al aumentar el número de pacientes observados, podrían dar cifras mayores o menores. Esta es la razón, de que nuestras conclusiones sean únicamente provisionales. Ulteriores investigaciones nos dirán si debemos hacer o no, alguna rectificación.

Por lo que se refiere a las opiniones» contradictorias vertidas por los autores, sobre oftalmorreacción, creemos que deben achacarse a las siguientes circunstancias: la diferente acción de los preparados de tuberculiza por ellos usados, la desigualdad de las dosificaciones y su poca precisión, el diagnóstico de cada una de las distintas afecciones oculares, su grado y el estado momentáneo de reaccionabilidad en que se encontraban, y además, como muy bien decía Hayek, del hecho de que las reacciones focales de la tuberculina dependen del carácter del foco, de la actividad de la tuberculina y de su dosificación.

EN realidad, para comprender bien las manifestaciones que produce la introducción de la tuberculina en el organismo, deberíamos conocer el fundamento de su manera de obrar; pero como quiera; que este mecanismo, hasta el momento, sólo nos es conocido en una forma incompleta, tenemos que echar mano de explicaciones hipotéticas.

De todas maneras, lo cierto es, que cualquiera que sea la explicación que se dé sobre la manera de actuar la tuberculina. (teoría adicional de Babes, teoría de la hipersensibilidad focal de Ehrlich, teoría de, la formación de una lisina, a su vez provocada por la combinación de tuberculina y de antituberculina, de Wassermann y Bruck, etc.), hay un hecho cierto y es que el organismo tuberculoso es muy sensible a la misma; sensibilidad y capacidad reacciona! que fue llamada por von Pirquet alergia y que afecta en general a todo el conjunto del organismo y que está en estrecha relación con la enfermedad general. Hay una íntima conexión con la edad del paciente tuberculoso, aparece en los alrededores del complejo primario (alergia esclerógena de Ranke) y alcanza su máximo en el momento de la diseminación hematógena (período de la alergia secundaria de Ranke). Es precisamente en estas condiciones, en que, con preferencia, se producen la mayoría de las alteraciones oculares. Con la prolongación de la enfermedad, disminuye la sensibilidad y en el tercer período (alergia terciaria de Ranke o alergia inmunizante), se pierde casi por completo.

Puede asimismo, disminuir o aumentar, según los factores que tomen parte (enfermedades tisiógenas, sarampión, enfermedades tifoídicas, etc., periodo de desarrollo del niño, pubertad, climaterio, etc.), de los cuales unos nos son conocidos y pueden modificarse posteriormente por medio de la acción de inyecciones ascendentes de tuberculina.

Una vez en posesión de estos datos, podremos comprender bien, que la tuberculina actúa como antígeno específico de la alergia tuberculosa (reacción específica, aunque también la puedan producir otras sustancias no específicas como por ejemplo, las proteínas no específicas, que pueden producir reacciones focales, aunque no en dosis tan pequeñas como la tuberculina (Schröder).

Por medio de la introducción de la tuberculina, se produce una reacción, que es tanto mayor, cuanto mayor es la sensibilidad que hubiera. Por medio de ella, es posible poner de manifiesto, hasta cierto punto, la sensibilidad local y general del organismo con respecto a los productos del bacilo tuberculoso. Así se comprende por qué en los niños, incluso en los clínicamente sanos, pero más particularmente en los afectos de blefaroconjuntivitis, flictenas, úlceras flictenulares, escleroqueratitis y queratitis parenquimatosá, se muestran las reacciones locales y generales con particular intensidad, porque estas enfermedades coinciden con el período de mayor sensibilidad alérgica, esto es, con el período de alergia secundaria de Ranke. Por el contrario, en los períodos más avanzados de la vida, en los cuales disminuye la alergia, en los casos de coroiditis y de iridociclitis, las reacciones locales y generales de la tuberculina son mucho menos frecuentes e intensas.

Sin embargo, esto no siempre ocurre así, ya que sucede algunas veces, que personas que están en la cúspide del período alérgico secundario, reaccionan a la tuberculina negativamente, y por otro lado que estas reacciones son muy manifiestas en personas que evidentemente se encuentran en el período terciario, o sea, en el de la alergia decreciente. En el primer caso, se trata de alergia retrógrada, producida por causas intercurrentes de las que ya habíamos hablado anteriormente (sarampión, menstruación, climaterio, etc.), y en el segundo, de una hipersensibilidad súbita que actúa sobre las reacciones perifocales. Son asimismo, las que causan la explosión de la iritis en la tuberculosis del iris y también las que dan el impulso inicial de la reacción perifocal de Schminke, de la epituberculosis pulmonar de Eiselberg o del grupo ganglionar.

Se deduce de ello, que la mayor o menor intensidad de la reacción tuberculínica, no corresponde a la mayor o menor intensidad de la infección, sino del estado reaccional local o general. En una palabra: la intensidad de la reacción tuberculínica depende más que del foco en sí, de su carácter (Haydek).

Es así como es posible poner de manifiesto por medio de la reacción tuberculínica, el estado alérgico general o local del organismo tuberculoso.

Por lo que se refiere a la oftalmorreacción, debemos hacer constar, que ella nos pone en evidencia, el estado de sensibilidad de la conjuntiva de los tuberculosos con respecto a la tuberculina. Así hemos podido constatar que la sensibilidad humana en afecciones de los ojos clínicamente tuberculosas, es mayor que en aquellos que presentan ojos sanos, o con enfermedades oculares externas de etiología bacilar diversa. Es acaso casual que la conjuntiva de las personas afectas de tuberculosis de los ojos, posean hipersensibilidad local, que puede servir para el descubrimiento de la enfermedad? O es que estos enfermos tienen una hipersensibilidad general mayor con respecto a la tuberculina que las personas de igual edad con ojos sanos?

Esta importante pregunta, únicamente puede ser contestada mediante la experimentación, como la que hemos iniciado nosotros mismos, esto es, con la ayuda de la investigación paralela entre la reacción de von Pirquet y la oftalmorreacción en cada caso aislado. Así se verá si la hipersensibilidad de la piel y la de la conjuntiva, guardan o no, un paralelo entre sí.

El hecho de que las reacciones focales causadas por medio de las instilaciones en las enfermedades oculares externas, hayan dado hasta el presente, resultados negativos, como se mostró más arriba, y que fueran positivas en cuadro casos de iridociclitis, deja suponer que el método es aprovechable en el futuro para aclarar el difícil problema del diagnóstico etiológico.

CONCLUSIONES

1^o—La prueba de la tuberculina para el diagnóstico fecal de las afecciones tuberculosas de los ojos es inapropiada cuando se escoge la vía subcutánea. Además, no es de aconsejar a consecuencia de las reacciones, especialmente pulmonares a que puede dar lugar.

2^o—La oftalmorreacción, es un método, por el contrario, al que en el futuro se le debe poner más atención. Se puede obtener mediante ella, reacciones focales positivas, en casos de tuberculosis local, y siendo prudente en el empleo de las concentraciones, son absolutamente inocuas tanto en los ojos sanos como en los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- Die Klinik der Tuberkulose. Bandelier-Ropke.—Leipzig, 1926.—
Tuberkulinbehandlung der Augentuberkulose. v. Hippel Die
Ophthmo—und Kutn—Diagnose der Tuberkulose.—Beiträge
ur Klink der Tuberkulose, 1908.—Wolff-Eisner. Ur,n nouveau
procède de diagnostique de la Tuberculose che l'hom-
me.—Calmette. L'Ophtalmoreaction a la tuberculine.—
Calmette.—La Prsse Medi-
dicale. Utilisation pratique de l'ophtalmoreaction pour le
diagnostique de

- Utilization chez l'homme.—Calmette, Breon, Painblaud.—Petit.—Presse Médicale, 1907.
- Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.—Bandelier-Ropke.—Leipzig, 1922. Anatomía patológica de la oftalmorreacción.—Stanculeanu et Mihail, 1910.
- Syntomes e complications de l'ophtalmoreaction a la tuberculine.—Abineau, 1908.
- Los peligros de la oftalmorreacción.—Trousseau, 1908.
- Agravations de lesiones tuberculeuses intraoculaires par l'instillation de tuberculine dans le cul de sac conjonctival.—Kalt, 1907.
- Lesiones oculares provocadas por la oftalmorreacción.—Adam.
- Observaciones oftalmológicas sobre la oftalmorreacción de la tuberculina.—Waldstein.
- Tuberculosis típicas y atípicas.—Gómez-Márquez, 1929. L'ophtalmoreaction dan le conjontives eczémateuses et Société des Hopitaux.—1907.
- Ophtalmoreaction Son. emploie en oculistique.—Brunetiere, 1907.
- Spezifische Behandlung Tuberkulose.—Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung.—Leipzig.

MENSAJES A LOS MÉDICOS

i

La necesidad de asociarse

Por el Dr. César AUGUSTO ZUNIGA

En todo país civilizado y con propósitos de acercamiento, intercambio de opiniones y mejoramiento del standard de vida, los hombres que se dedican a diferentes actividades, se agrupan bajo denominaciones relativas al desenvolvimiento de sus ocupaciones.

Vemos agrupaciones en sociedades de Abogados, Ingenieros, Médicos, industriales y obreros. Nuestra agrupación, la Asociación Médica Hondureña, tiene entre sus objetos y afanes, unificar y hacer un solo bloque de sentimientos e ideas en los Médicos de Honduras.

Desde hace varios años, se ha venido desarrollando en la Asociación Médica Hondureña, un programa sistemático que ya ha dado muy buenos frutos, no sólo en el campo científico, sino también en el campo humano y social.

El hombre solo, aislado, aunque posea enormes conocimientos científicos y que esté dotado de talento y virtudes, no llegará a prestar de por sí, toda el servicio que como unidad social está obligado a dar al conglomerado donde se desenvuelve. Todo individuo debe perseguir el mejoramiento de sí mismo y el de la colectividad. Los que hemos escogido una profesión eminentemente humanitaria, -estamos doblemente obligados a obtener mediante nuestros propios esfuerzos que redunden siempre en el beneficio de la sociedad, el mejoramiento de la misma. Pero nuestro progreso presupone en el sentido más amplio de la palabra, el conocimiento de nuestros problemas y su más justa solución. ¿Y cómo vamos a resolver nuestros problemas, mientras permanecemos desligados, separados, criticando casi a hurtadillas nuestros propios defectos, ignorando cada día más por nuestra falta de cohesión, los caminos que bajo nuestros individuales esfuerzos pueden abrirse para el mejoramiento de la Medicina en Honduras? La Asociación Médica Hondureña, centro cultural, eminentemente democrático, donde las ideas pueden expresarse con entera libertad, es sin lugar a dudas, la sociedad donde todo Médico inquieto, con verdadero sentido de la cultura profesional e interés por servir a la humanidad, puede desenvolverse y transformar su estática potencial en viva fuerza de avance y evolución.

La Asociación Médica Hondureña labora sin descanso: el Hogar Infantil es una hermosa realidad que sólo pudo lograrse gracias al tesonero esfuerzo de sus socios. Actualmente se ha elaborado un plan de estudios a petición del Señor Decano de la Facultad de Medicina; que ha precisado muchas horas de discusión en interesantes sesiones, durante las cuales se ha tratado la me-

por manera de desarrollar un programa educacional adaptable a nuestro medio. Está en preparación, y estudio, un proyecto de Seguros de Invalidez y Vida, del cual podrán gozar los miembros de la agrupación, y hay en estudio muchos otros trabajos que reportarán enormes ventajas a la Medicina de Honduras y a los que la ejercemos. Sería ideal que los demás colegas del país se organizaran en Secciones, que* se hiciera una labor de común acuerdo por medio de la cual las actividades de cada Médico en particular y las de cada sección, vendrían a engrandecer la Asociación Médica Hondureña en total. Creo que en varios aspectos nos hace falta la opinión de muchos Médicos capacitados que ejercen fuera de la ciudad capital y de otros que ejercen la profesión aquí mismo, pero que desgraciadamente no pertenecen a la Asociación Médica.

Tengo la esperanza y casi estoy seguro, de que dentro de poco tiempo, por todos los rumbos de Honduras, se hablará de Médicos asociados, profesionales que por la virtud de la unión, buscan como hombres de buena voluntad y dedicados al mejoramiento humano, "la fuerza que deben representar ante las demás Asociaciones Médicas del mundo.

El camino está abierto. Vayamos por él a través de las puertas *de* la amistad y la concordia. Resolvamos nuestros problemas discutiéndolos asociados. El hombre aislado es el que más se aleja de la perfección.

Consideraciones Acerca del Tratamiento de la Uretritis Gonocócica

Por el Dr. Manuel Castillo Barahona

Tegucigalpa, D. C, 5 de Febrero de 1949

SEÑORES:

Al llevar a cabo este trabajo, he tenido en cuenta la importancia que reviste en nuestro medio ambiente donde el desarrollo de dicho mal ha adquirido la forma de un flagelo social con sus temibles consecuencias.

Como no es posible tratar una enfermedad sin conocerla, es decir, sin hacer su diagnóstico, me detendré el tiempo necesario para hacer una descripción sucinta de dicha morbidez.

¿Qué es la URETRITIS GONOCÓCCICA? ¡El hijo de la sensualidad puerca! (Tal la imagen adquirida en mi espíritu) por la brutalidad del amor!

Pero, he aquí la traducción que hace el Prof. Maisonnnet, para el lenguaje corriente: BLENORR AGÍ A-GONORRE A-PURGA - CION, es una enfermedad infecto-contagiosa, virulenta, transmisible en la especie humana, debido a un agente microbiano, el GONOCOCO de Neisser.

El Dr. Cathelin, dice: es una infección producida por el gonococo, que transitoriamente se fija en el aparato urinario y de un modo persistente en el aparato genital.

Dr. Juan Salieras: Blenorragia es un proceso gonocócico, tanto en la uretra masculina, como en la femenina.

Para Félix Legueu es una enfermedad específica, producida por un microbio especial, el gonococo.

Como Uds. pueden ver, cada una de estas definiciones, exceptuando la mía, tienden a converger hacia un mismo fin, LA URETRITIS GONOCÓCCICA.

Esta afección que en un principio es local, puede generalizarse, si por negligencia del que la lleva consigo, la deja a su libre albedrío y entonces adquiere una gravedad de caracteres alarmantes por las complicaciones a que da lugar, las que pueden presentarse, ya en épocas cercanas, .o bien épocas lejanas.

La facilidad con que se disemina, así como su frecuencia y sus consecuencias, nos permiten creer que esta dolencia es un verdadero flagelo social, es decir, "que ésta constituye un riesgo para el individuo y un peligro para la sociedad." He dicho un verdadero FLAGELO SOCIAL, sí, sobre todo para nosotros, para todo el conglomerado, porque si echáis una mirada a la higiene personal, a la higiene social, a nuestra educación sanitaria, comprenderéis el por qué de la causa de este morbo siniestro que amenaza nuestro bienestar y sobre todo nuestra salud. Causa es ésta que está en nuestras manos poderla redimir, trabajando sin des-

Conferencia leída ante la Asamblea de la Asociación Médica Hondureña

^ canso para que el pueblo adquiriera costumbres sanas y así librarse de toda esa serie de calamidades que se llaman enfermedades venéreas y que tan arraigadas están en nuestro medio ambiente, donde no sólo los menesterosos son alcanzados, sino también, ricos, letrados, jóvenes y viejos, comerciantes, obreros, agricultores y campesinos, sobre todo estos últimos, cuya ignorancia es verdaderamente terrible.

DATOS HISTÓRICOS.—Esta es una dolencia tan antigua como lo es el mundo, se encuentran trazas de descripciones en todos los libros antiguos de medicina pruebas de que en los pueblos civilizados de la antigüedad han reconocido la especificidad y transmisibilidad de la blenorragia; pero esta noción se había perdido, y se confundió con todas las enfermedades venéreas, con la sífilis que principió a reaparecer en el siglo XV. También en la época de Moisés ya era conocida y éste menciona el carácter contagioso de la blenorragia, la escuela de Salerno recomendaba, que después de efectuar el coito, orinar, así como también los facultativos del siglo XII recomendaban los lavados cuando consideraba necesario en un coito sospechoso. También los Griegos y los Romanos consideraban esta lesión como un derrame impuro y los autores de la decadencia y de la edad media señalaron éstos sus efectos. Es la blenorragia una enfermedad contemporánea de la historia de la humanidad. En tanto que se le ha considerado como una enfermedad local, puede decirse perfectamente bien, que ella es tan vieja como el mundo; siendo que casi todos los autores han insistido sobre sus manifestaciones iniciales.

Pero no es sino hasta mediados del siglo último, que se le ha considerado como una entidad mórbida netamente individualizada. Es a Ricord que se debe esta individualización de la blenorragia y de haber separado definitivamente de las otras enfermedades venéreas; pero aún todavía en esa época no se le había considerado como una enfermedad general-infecto-contagiosa y se creía que era provocada por el contacto del pus blenorragico y por ciertas irritaciones químicas. Pero en el año de 1879, uno de los grandes cazadores de microbios, NEISSER, después de muchas dificultades, logra atrapar el causante de este flagelo, unas veces en el pus de la blenorragia y otras en la oftalmo-blenorrea con todas sus características.

Es, pues, el Gonococo de Neisser el que ocasiona tan innumerables males a la sociedad— es este pequeño ser el que mina tanto organismo y lo degenera hasta acabar con él.

En el año de 1884, las inoculaciones llevadas a cabo por el Dr. Hernández y el cultivo del Gonococo por Bunm, establecieron su especificidad y su contagiosidad.

En consideración a su MORFOLOGÍA, el gonococo es un diplococo compuesto de dos elementos en forma de riñón o de frijol - que se miran por su cara cóncava o ligeramente plana y su aspecto generalmente tiene la semejanza de un grano de café; si se parece un plano perpendicularmente a su gran eje, se divide en cuatro elementos agrupados (en su conjunto) simétricamente. Sus di-

mensionen varían según su fase de desenvolvimiento y el modo de preparación empleado. En su desarrollo completo, mide generalmente, 1, 6 micras de longitud, por 0, 8 de ancho; cuando se hace un frotis de pus blenorragico, los gonococos regularmente aparecen incluidos en los leucocitos, que pueden ocuparlos completamente, y de allí le dan un sello característico al gonococo.

He de advertir, que esta disposición del gonococo en relación a los leucocitos, no es siempre la misma, pues varía con cada periodo del desenvolvimiento de la enfermedad; así, en su periodo inicial, cuando el derrame es mucoso y los defensores son poco numerosos, el gonococo, por lo regular se encuentra libre; pero en el segundo periodo (de estado) cuando el derrame se vuelve netamente purulento, el gonococo se encuentra intracelular y en el periodo de declinación, cuando se tiende a la cronicidad, se le encuentra reunido en pequeños grupos en los intervalos de las células*.

Como el gonococo no posee pestañas vibrátiles y por consiguientes, desprovisto de movimientos espontáneos, es muy lógico que éste no pueda penetrar por sí mismo en el interior de los leucocitos, y de este hecho podemos deducir que se está desarrollando un fenómeno de fagocitosis.

La colorabilidad del gonococo, éste toma con facilidad todos los colores de la anilina, siendo su color electivo el azul de metileno o el azul de Löffler. Las soluciones bastante diluidas de azul de metileno, dan imágenes bastante características, que ningún otro coco presenta en un grado tan neto, lo que le da un valor diagnóstico positivo, así como también éste no toma el Gram.

EL CULTIVO es uno de los distintivos de este microbio, es demasiado exigente para sus medios nutritivos; tiene predilección, por la albúmina no coagulada, así como la gelosa glicerinada, la gelatina o el suero sanguíneo de Löffler, medio de Labeuf (gelosa, hígado, sangre), medio de Bezancón y Griffon (sangre gela-sada) su substratum nutritivo debe ser ligeramente alcalino. Es aerobio y tiene predilección por la humedad y muy sensible a la desecación, se cultiva a una temperatura de 30° y 39°, siendo su temperatura óptima de 36°-37°. Cuando el gonococo se cultiva al abrigo del aire, su desenvolvimiento es muy pobre. Este es un microorganismo muy frágil particularmente a la acción del calor que lo destruye rápidamente, es suficiente una temperatura! de 40° durante algunas horas; esta fragilidad al calor, ha servido de base para una terapia efectiva para detener el desarrollo del gonococo* en los blenorragicos, notándose en ellos la disminución de: derrame y el cultivo es muy, flojo; es menos sensible a las temperaturas, bajas. En relación con los antisépticos, su resistencia es mala, siendo ésto un dato precioso para el tratamiento de la blenorragia, teniendo en cuenta su anatomía patológica para hacer llegar hasta ellos los antisépticos y destruirlos; tenemos para el caso la Argemtamina en solución al 1:4.000, que destruye en 5 minutos un cultivo de gonococo en caldo-ascítico; la Argonina al 1, 1.2 por fe, y el Protargol al 1%, que toman un tiempo de 10 minutos para matarlos, estos cuerpos tienen la ventaja de que son muy poco>

irritantes para las mucosas, en razón de sus diluciones bastante extensas para poderlas emplear como terapéuticas.

Se sabe que el gonococo en sus cultivos muere rápidamente, y si se examina el caldo de cultivo, al cabo de 24 horas se encontrará gran cantidad de endotoxinas, puestas en libertad, al desintegrarse los cuerpos bacterianos, esta substancia es tóxica por sí misma, a ella se debe los síntomas mórbidos que produce en los hombres y animales la inoculación de los caldos filtrados de los cultivos gonocócicos. El gonococo no segrega toximas solubles.

El gonococo no es patógeno para ninguna especie animal, pero cuando se le inocular endotoxinas gonocócicas, provoca alteraciones generales que lo pueden llevar hasta la muerte, esto sin ser específica; no sucede lo mismo con el hombre, la receptividad para él es grande, ya que el gonococo puede penetrar en el organismo por las diversas mucosas que tienen una preposición (especial) local que varía según la edad, siendo sobre todo la más apta la uretral, la conjuntiva!, que es tan sensible en los recién nacidos, la mucosa vaginal en las pequeñas niñas, en la del útero y sus anexos, en la rectal, en la bucal y nasal.

RESUMIENDO; 1) en la uretra normal no existe el gonococo y su presencia resulta de contaminación; 2) en un diplococo agrupado y divisible por 4; 3) es intracelular en el período agudo; 4) se decolora por el Gram; y 5) él no se cultiva más que sobre medios especiales.

ETIOLOGÍA.—Para el desarrollo de la blenorragia se consideran tres elementos indispensables: el microbio, del que ya he hecho su descripción anteriormente, el contacto, que se produce generalmente por el coito repetido y prolongado, por el contacto de ropas u objetos contaminados, que la mayoría de los enfermos hace referencia como caballito de batalla. En el estado menstrual de la mujer, donde la secreción tiene una nocividad particular, porque los gonococos son expulsados de sus madrigueras glandulares. Toda causa que congestiona la mucosa uretral, abuso de alimentos fuertemente condimentados, bebidas alcohólicas; los sujetos linfáticos debilitados, presentan un campo más propicio para, el desarrollo de esta lesión, y que también es esto una causa para el paso a la cronicidad, así como las disgresiones de régimen, las deficiencias de tratamiento y la presencia de focos parauretrales; esta causa puede decirse que son coadyuvantes.

ANATOMÍA PATOLÓGICA; una vez realizados los tres factores etiológicos en el desarrollo de la blenorragia, el gonococo tiende a difundirse: I?) en superficie, donde éste pulula en la mucosa que se vuelve tumefacta, roja, blanda y sangra con mucha facilidad; efecto de la dilatación vascular y de diátesis leucocitaria. Esta se cubre en el período de estado de una capa exudativa de un color gris amarillento en un principio para volverse después de un amarillo verdoso que oculta pequeñas ulceraciones, también ha perdido su elasticidad y « flexibilidad. Esta invasión del gonococo se hace muy rápidamente, pues al fin del tercer día se ha

extendido por toda la uretra peneana. 2⁹) en profundidad, el gonococo penetra en la capa epitelial hasta la capa superficial del tejido conjuntivo sub-mucoso, donde la acción de las endotoxinas da lugar a un proceso inflamatorio, que se desarrolla alrededor de las lagunas, de los folículos, de los orificios de los conductos excretorios de las glándulas de Littre; esta lesión puede extenderse hasta los cuerpos esponjosos. El epitelio se descarna poco a poco, las células cilíndricas son remplazadas por células cúbicas o , pavimentosas, entre las cuales se insinúan los leucitos por diapénesis de los vasos de la dermis mucosa; muchos de ellos sucumben en la lucha contra el gonococo, sus cadáveres junto con las células descamadas y con la serosidad exudativa de los vasos que están dilatados y trombosados, vienen a constituir el pus bleno-rrágico que es uno de los síntomas del principio de la enfermedad, de esta manera queda constituida la blenorragia: pero la lucha seguirá mientras el gonococo exista. "Más tarde la infiltración embrionaria primitiva de la pared será reemplazada por una esclerosis persistente." Cuando en esta época de la uretritis no se toma ningún tratamiento, ésta tiende a la cronicidad, interrumpida de tiempo en tiempo por ataques agudos: el gonococo se vuelve difícil de encontrarlo en la superficie de la mucosa, porque éste tiende a internarse en la profundidad de los tejidos, en los canaliculos glandulares y en las mismas glándulas, alcanzando la uretra posterior en las glándulas más superficiales de la próstata, donde regularmente se desarrolla la Prostatitis catarral. De esta evolución se desprende que al cabo de cierto tiempo, dicha uretra se encuentra interesada en el 90% de los casos.

Según Janet, 24 horas después ésta se halla interesada en un 25% ; a las 8 horas en un 83%, y en un mes un 98%.

A partir del contacto virulento hasta el instante que aparecen los primeros síntomas, el tiempo que dura es de 2 a 5 días, pero el período de incubación, en casos excepcionales puede ser más largo de 10, 15 y hasta 30 días.

En los casos felices, la blenorragia tiene un plazo de duración bastante variable de 2 a 3 semanas, pero a menudo ésta pasa el estado crónico.

Por las dos fases de evolución que acabo de describir en todo el trayecto uretral, el gonococo puede invadir los otros órganos y aún generalizarse, dando lugar, a metástasis gonocócicas; siendo las principales vías, la linfática, la sanguínea y por contigüidad; la importancia de cada una de ellas es capital, sobre todo la sanguínea, que lleva los gonococos hasta los lugares más apartados del organismo, tales como las válvulas cardíacas, las sinoviales articulares y tendinosas, sobre las serosas, abscesos del tejido celular subcutáneo, etc., cada una de estas localizaciones. no es sino una complicación que tiende a agravar una vez más el organismo en presencia de esta cruel dolencia y donde el pronóstico se vuelve sumamente grave. *

SINTOMATOLOGIA.—Por estos pequeños datos de anatomía patológica que hemos hecho referencia en el actual trabajo, podemos sacar la mayoría de los síntomas que caracterizan esta dolencia tan conocida de todos los colegas, como de la gente profana que ha tenido la dicha de sentirla, he aquí, pues, su clínica; a) Período de latencia en el que nada podemos observar en un individuo que se nos presenta en consulta, pues el tal sujeto llega, después de varios días de haber tenido contacto sospechoso¹; regularmente 5 días después que aparece la primera gota de pus en el meato, con sensación de escozor en la punta del pene, sensaciones anormales a lo largo de la uretra peneana, tales como cosquilleo, titlaciones que provocan un estado de eretismo sexual acompañado de reacciones frecuentes, sensación de prurito que luego se transforma en sensación de quemadura al nivel del meato; durante las erecciones o las micciones existe un ardor insoportable y un dolor que irradia hasta el ángulo del pene, lo que indica que hasta allí se encuentra la afección.

Si hacemos un examen microscópico de la uretra por medio del uretroscopio, vemos que el meato tiene un color rojo encendido, la mucosa está barnizada de una película húmeda, viscosa, filamentososa semejante al moco nasal, que horas más tarde se transforma en una gota opalina que poco a poco se vuelve amarillenta y espesa, aumenta en cantidad cada vez más y aquel exudado que era mucoso, ahora es purulento de color amarillento verdoso; su abundancia varía durante el día. Al caer este derrame sobre la ropa interior del paciente, la mancha de amarillo, pero que al desecarse cambia en tono blanco sucio; el olor regularmente muy fétido, pero no tiene nada de patognomónico.

El paciente se queja de fuerte dolor al nivel del meato y del glande, que se encuentran rojos y edematosos; el prepucio raras veces doloroso, pero está bañado constantemente en el pus e inflamado, éste si no se tiene la precaución de mantener el glande bien cubierto, sobreviene la parafimosis. El dolor tiene características netas, al principio es constante en toda la uretra acompañado de punzadas fulgurantes con irradiaciones al escroto, los muslos, los riñones, pero estos dolores se experimentan con mayor intensidad en el momento de la micción es tal su agudez, que muchas veces el enfermo siente pánico al pensar que forzosamente tiene que vaciar su vejiga.

No siempre el dolor está en relación con la intensidad de los demás síntomas, puede llegar a ser intolerable con un flujo insignificante, o viceversa, un flujo abundante y una simple molestia.

Al palpar la uretra, se siente un cordón duro doloroso, los cuerpos cavernosos pueden estar tomados y entonces, se sienten duros, dolorosos y tumefactos.

Entre los síntomas funcionales que llaman la atención, se notan, la frecuencia de orinar, tanto en el día como en la noche, siente dificultad al principio de expulsar la orina, el chorro es adelgazado y deformado y al final de la expulsión las gotas últimas siente suma dificultad y alguna vez sanguinolenta. Debido a.

la congestión local que es consecuencia de la inflamación, ésto da lugar a reacciones frecuentes, sobre todo por la noche, estas erecciones son tales que llegan momentos en que el pene se encorva en arco de círculo, porque la uretra ha alcanzado su máximo de extensión y no puede compensar el alargamiento de los cuerpos cavernosos; cuando este eretismo se lleva acabo, las poluciones son frecuentes, siendo la esperma sanguinolenta y las eyaculaciones dolorosas. Este fenómeno expone al pene a complicaciones un tanto graves como la ruptura de la uretra y de los cuerpos cavernosos.

Existen también fenómenos generales caracterizados, por fiebres, estado saburral de las vías digestivas, en relación con una linfangitis peneana acompañada de adenopatía inguinal, que puede dar lugar a una septicemia gonocócica; también un estado de astenia y un decaimiento general.

En el periodo de declinación en esta dolencia, se presenta, regularmente de los 15 a los 20. días; los fenómenos agudos se caimán, la inflamación del pene y del prepucio, desaparecen, la uretra se vuelve floja, más flexible y menos dolorosa, el ardor al orinar se atenúa, el color verdoso-amarillento del pus, se torna claro y después blanquecino, opalino y filante entre los dedos.

La duración total de la blenorragia en sujeto y bien constituido, es de 6 semanas a 2 meses, para un primer ataque.

COMPLICACIONES.—Estas nos da idea de su gravedad para el pronóstico y su explicación la haremos en un pequeño resumen: las dividiremos en: a) Complicaciones Urinarias; b) Complicaciones genitales; y c) Complicaciones Generales. Entre las primeras tenemos: Litritis, foliculitis supuradas, diverticulitis, cowperitis, periuretritis, prostatitis, cistitis, ureteritis, pielitis, pielonefritis y los más frecuentes las estrecheces uretrales con su pronóstico de gravedad suma. Entre las segundas: vesiculitis o espermatozoiditis, deferentitis, funiculitis, orquiepididimitis. En cuanto a las generales, ya las he mencionado.

DIAGNOSTICO.—Antes de poner en planta el tratamiento de la uretritis gonocócica, es preciso comprobar la naturaleza de ésta, asegurar que se trata en realidad de una infección y en nuestro estudio de que el gonococo es el agente causante de dicha infección.

Cuando llega a nosotros un individuo que nos dice: Dr., tengo una purgación, que quizás sea consecuencia de una mojada caliente, que le ha aparecido después de estar con una mujer y que siente que le sale pus por el pene y que le arde para orinar; lo primero que pensamos es que se trata de una gonorrea y le mandamos que nos muestre la verga, lo primero que observamos es la presencia de un exudado de aspecto mucoso, otras mucopurulento y otras netamente purulento; en presencia de este síntoma, se pensará en que varias lesiones infecciosas pueden desarrollarse en este órgano que puede confundirse con una uretritis gonocócica.

Cuando el prepucio cubre completamente el glande y es difícil de retraerlo, dando lugar a una fimosis, que es frecuente en.

la uretritis, es difícil saber si la infección procede de la uretra, de la cara interna del prepucio o del glande, entonces podemos pensar que se trata de un chancro blando o duro sub-prepucial, o de una balanopostitis; pero en estos dos casos como el chancro sífilítico, puede hacerse el diagnóstico un poco fácil, porque aquí no hay polaquiuria, ni tampoco reacciones dolorosas y cuando existe dolor, está localizado en el glande, en lugar de sentirlo en toda la uretra, la palpación del prepucio y del glande es doloroso y cuando existe dolor, está localizado en el glande, en lugar de sentirlo -en toda la uretra, la palpación del prepucio y del glande es dolorosa en tanto que la palpación de la uretra es indolora. Cuando existe meato invisible y el flujo es abundante, será conveniente hacer un lavado sub-prepucial para limpiar dicha cavidad de toda supuración y también tener cuidado que el enfermo no haya orinado, entonces se hace la expresión de la metra desde el escroto, y si deja salir cierta cantidad de pus, puede pensarse que existe una uretritis.

En el meato visible nos lleva a pensar en un chancro blando o duro, en el primero siempre existe una ulceración del meato, en cuanto al segundo, el flujo uretral es poco abundante y se presenta mucho tiempo después del coito; el dolor durante la micción y la erección, es casi nulo, el dolor, al hacer la exploración de la uretra, no existe, solamente al nivel del meato en la foseta navicular y la adenitis inguinal es característica.

En un absceso que abre en el interior de la uretra, el flujo es súbito abundante, pasajero, sin fenómenos inflamatorios por parte de la uretra, sobre todo si es que se abre en una parte profunda.

Hay que advertir, que la blenorragia puede existir al mismo tiempo que un chancro, pero en este caso, el examen bacteriológico del pus, acojera el diagnóstico.

En cuanto a la localización, puede decirse que en su principio, está localizado en la uretra anterior, lo que se demuestra haciendo orinar al enfermo en dos vasos, siendo, el resultado que la orina del primer vaso es bastante turbia. La invasión de la uretra posterior se manifiesta por la aparición de una complicación, tal como la cistitis, la epididimitis, la prostatitis, que siempre pone fuera de duda la invasión de ésta, puede también hacer la prueba anterior de los dos vasos, en donde la orina aparece turbia en ambos.

De importancia capital, es el diagnóstico con las uretritis no gonocócicas, pues como sabemos, la blenorragia aguda clásica, la de abundante pus, quizás solamente puede confundirse con una uretritis de sonda permanente, donde el pus que mana de la uretra, >es muy abundante como consecuencia de la irritación provocada por dicha sonda. Otras que se derivan del estafilococo estreptococo, colibacilo y de reacciones químicas, como las producidas por inyecciones de tintura de yodo, nitrato de plata, ácido láctico hechas con fines curativos o preventivos; su examen bacteriológico, físico y químico de los componentes de este pus, nos llevará a un dictamen positivo. Existen uretritis de causa interna, cuya reacción

inflamatoria de la uretra, *no* es de intensidad suma, el dolor es escaso, la secreción poco abundante serosa y seropurulenta, casi siempre coinciden con una enfermedad general (Reumatismo, Gota, Gripe, Diabetes, Paludismo, etc.), o bien se presentan después de grandes comidas y/o bebidas (cerveza, espárragos, canteridas); otro tipo de uretritis no gonocócicas, es la que se encuentra en sujetos que eliminan por la orina, sales en suspensión, tal como los fosfaturicos, en donde la orina, al pasar por la uretra, provocan una irritación intensa la intensa y da lugar a la salida abundante de un exudado muco-purulento, su diagnóstico lo da el examen químico de la orina. Una de las uretritis que no son raras y de importancia bastante grande, es la tuberculosa, ésta carece de periodo de estado, y permanece en el periodo de comienzo o declinación, es consecutiva a una tuberculosis genital, tal como la prostatitis o vesiculitis; se traduce por un den ame acuoso, transparente, que aparece por la mañana; aquí la ineficacia de los tratamientos corrientes, no da ningún resultado, "y así cuando nos encontramos frente a una secreción de tipo crónico, no gonocócica, piensen siempre en una tuberculosis" (Juan Salieras).

PRONOSTICO.—Para la mayoría de autores que han tratada esta lesión, la consideran muy poco grave en sí, sobre todo cuando ha sido tratada a tiempo y con resultado satisfactorio, pero cuando en el estado agudo ha sido mal o deficientemente tratada, ésta acarrea para el que la sufre, toda una gama de complicaciones, a las que me he referido anteriormente, tienen un pronóstico sumamente grave, tal sucede por ejemplo en la Estrechez uretral, que una vez descuidada, da origen a lesiones de periuretritis agudas o* Clónicas, localizadas o difusas, y que invadiendo el aparato urinario superior, lo infectan en condiciones fatales; otras más que dejan secuelas tales que la procreación es imposible. Hasta aquí este estado se considera como una morbilidad en sí, pero también hay que tener en cuenta, su contagiosidad en relación con el mundo social en que vive, cuyas repercusiones son de una importancia, capital, tal como sucede la contaminación de la mujer por su cónyuge, tan frecuente en nuestro medio y que da lugar a lesiones útero anexiales, que terminan a menudo en una histerectomanía total; así como también, en la esterilidad, consecuencia terrible que constituye una verdadera plaga social, por lo que es necesario el máximo de garantía de desinfección, antes de permitir el matrimonio a un enfermo de esta dolencia. Al exponer estos hechos debemos hacerlos públicos y no cubrirlos con un velo de secreto, como se hace en la mayoría de *los* lugares, así como también su tratamiento se debe vulgarizar todo lo posible para evitar todos estos grandes males sociales, ahora que la profilaxis es fácil y el tratamiento está bien regulado.

En atención a estos últimos conceptos de la infección gonocócica, tocaré aunque sea de una manera ligera, la acción nefasta que ésta ejerce sobre la colectividad, he aquí algunas razones: la.) es que muchos hombres aportan al matrimonio la blenorrea, esta gota militar, que para el profano no tiene importancia..

pero que puede contener el gonococo por largo tiempo y con ocasión de una excitación genital, de un traumatismo o de una fatiga, da lugar a la movilización del gonococo al fondo de una glándula, donde revive su virulencia, para luego exteriorizarse, por así decir. La blenorragia adquiere un poder infectante sumamente grande e infecta inmediatamente a la mujer, no bajo una forma marcada, sino bajo una forma atenuada; ahora es cuando principia la vaginitis, las metritis que se desarrollan en las primeras relaciones conyugales, las reglas se vuelven dolorosas al grado que la obligan a guardar cama durante el período menstrual, y la salpingitis va hacer su aparición, y la salpingo-ovaritis de naturaleza hormonal. En éste, el fin de la vida honesta en la familia — viene el tratamiento desesperante de esta infección genital — la ablación anexial, es decir, la mutilación y la esterilización de la mujer.

Este mal es de una frecuencia desconcertante, pues de conformidad con el pensar de los ginecólogos y gonococcistas, en la blenorragia el mayor factor de las afecciones pelvianas, es, pues, un verdadero flagelo social, por lo que cada vez que nos encontramos con un sujeto alcanzado de gota militar, debemos hacer un tratamiento esterilizador de su blenorragia antes del casamiento, y advertir de los riesgos que le pueden sobrevenir. Presérvase a la mujer de una enfermedad tan penosa que le priva de su vida conyugal y que frecuentemente termina en la esterilidad.

2a.) La influencia sobre la raza, tiene sus efectos tanto en el hombre como en la mujer; del lado del primero por serie de gonococcias sucesivas, hemos visto desenvolverse, orquitis, epididimitis, la atrofia esclerosa doble de los testículos con sus consecuencias naturales, la azospermia y la detención definitiva de la fecundación; del lado de la mujer ya he hecho notar la influencia de la salpingitis y de la metritis sobre el desenvolvimiento del huevo fecundado, cuando la fecundación no está intervenida por una modificación química de las hormonas genitales.

3a.) Hemos visto el resultado de la blenorragia en el hombre y en la mujer, veamos lo que pasa en el niño: la observación atenta del parto no enseña que en el momento que el niño nace, muchos de ellos son, presa de oftalmía purulenta, éstos son alcanzados desde el segundo día de conjuntivitis bastante marcada; el ojo está tumefacto, la conjuntiva se inyecta, un derrame se instala, éste es al principio sero-purulento y poco tiempo después purulento, no puede abrir los palpados, sino es con separadores, y al hacerlo se deja ver una ligera capa de pus que recubre la conjuntiva, la córnea está opaca y frecuentemente ulcerada, siendo estos fenómenos el preludio de una queratitis ulcerosa capaz de acarrear rápidamente la pérdida del ojo en 2, 3 o 4 días si no se interviene luego. Estos ciegos de nacimiento son innumerables donde la ceguera es ocasionada por la blenorragia.

El mecanismo de esta infección es el curso del trabajo del parto, frecuentemente para el primer niño para que los otros y «ésto porque al principiar el parto es más laborioso y el niño in-

fecta sus ojos durante el paso de la cavidad pelviana y de esta manera llega al mundo con el germen de la conjuntivitis blenorragica.

Y es así como la blenorragia tiene una nocividad social que propasa en mucho el cuadro de la enfermedad loca .

INMUNIDAD.—Un primer ataque de blenorragia grave o generalizada, no contiene el hombre ninguna inmunidad en relación al gonococo, antes bien, una primera infección vuelve a las mucosas más sensibles a la acción del virus. Se ha admitido durante cierto tiempo, que el pasaje de la blenorragia a la cronicidad es la expresión de una inmunidad relativa, pero hoy día está demostrado que ésta transformación del proceso mórbido es debido únicamente a una disminución de energía de crecimiento de los gonococos, lo que prueba que los blenorragicos crónicos pueden reinfectarse.

Se ha tratado de inmunizar a los animales, inoculándoles sustancias tóxicas contenidas en el cuerpo de los gonococos y da por resultado que el suero de éstos adquiere la propiedad de neutralizar, en el cobayo, muchas veces la dosis mortal de estas mismas toxinas; pero estas experiencias no tienen ninguna significación práctica. Vannod ha demostrado que el suero de los animales, a los cuales se le ha inyectado gonococos, se vuelven capaces de aglutinar estas bacterias y que adquiere al mismo tiempo, propiedades específicas que se puede poner en evidencia por la búsqueda de fijación del complemento, siguiendo el método de Bordet y Gengou. Las investigaciones de Brudk y Vannod, han demostrado todavía más, que esta acción es estrictamente específica; así un suero que aglutina el gonococo, queda sin acción sobre el meningococo, ya que estas dos bacterias son bastante vecinas, e inversamente, el suero antimeningocócico no aglutina el gonococo.

PROFILAXIS.—Una mirada a nuestro medio ambiente social, a nuestra riqueza, a nuestras costumbres, a nuestra higiene personal, a nuestra educación sanitaria, y encontraremos la verdadera causa del desarrollo inmoderado de este cruel padecimiento. Es a contrarrestar todos los males que ocasionan este conjunto de causas, a lo que el gremio médico debe tender, educando de manera conveniente, nuestro conglomerado; y, es sobre todo, hacer hincapié en la enorme barbaridad de falta de higiene personal que encontramos a cada paso en nuestro camino, no sólo en los profanos, sino que también algunos de los que pertenecen al gremio médico (lo que parece increíble, y aún más, creen a pie juntillas. en este famoso proverbio: "la cascara guarda el palo") ; cabe ahora preguntarnos, ¿cómo será la masa del pueblo donde vivimos? Este modo de ver las cosas en nuestro medio, no es más que un pequeño esbozo a un capitulo cuya importancia salta a la vista.

Desde el momento que se ha reconocido la extrema frecuencia de la blenorragia, se ha tratado de llevar a cabo una profilaxis, perfecta, pero cuyo trabajo es al dúo y donde los higienistas y bacteriólogos están de acuerdo en reconocer su complejidad, lo que nos plantea un problema cuya solución radical no se ha encontrado..

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, se verá la enorme dificultad de llevar a cabo una profilaxis neta y por lo tanto, me conformaré en darles a conocer los datos que he podido recoger en los libros que me han servido de consulta, cuyos autores parecen estar de acuerdo, que siendo ésta una enfermedad contagiosa, es, por las relaciones sexuales, que se adquiere y se propaga, ya sean éstas normales o anormales, y, es que al lado de las contaminaciones uretrovulvovaginales, también existen las bucales y rectales.

Maïssonett nos dice: "la confianza absoluta no puede ser regida en dogma, en lo que se refiere a las relaciones sexuales, la desconfianza ha de ser la regla." Para llevar una profilaxis lo más aceptable posible, seguiremos el método siguiente: antes del coito, la mujer debe practicarse un lavado vulvovaginal minucioso después de haber orinado, enjabonamiento e inyección antiséptica COÏL una solución de sublimado al 1:10000, o de permanganato de potasio al 0.25 por 1000; se debe tener presente lo peligroso durante el período pre y post menstrual. Durante el coito, empleo de un preservativo, del que no se tiene mucha confianza, pues considerase como ilusorio, la pomada que a continuación se formula, puede ser quizás más eficaz: Vaselina, 50 gr., lanolina. 15; alcanfor, 1 gr.; calomelano, 2.50 y ácido fénico, 1.50 gr. Como esta pomada podemos encontrar innumerables en el comercio. Después del coito, orinar inmediatamente para desembarazar la foseta navicular de las secreciones vaginales, enjabonar completamente el pene, el glande y el prepucio, instilar en el meato unas gotas de solución de protargol glicerinado al 20%.

También puede recomendar para su uso, equipos higiénicos, profilácticos de fecha reciente, pues cuando éstos tienen algún tiempo de confeccionados, se alteran y su uso puede dar lugar a uretritis químicas; al emplear estos medios profilácticos, se hará, si posible es, inmediatamente después de efectuado el coito o a lo más tardar 2 a 3 horas, sobre todo si éste es sospechoso, "no hay que envanecerse de poder evitar así todo contagio, pero se reducirá el número de éstos, lo que constituye un resultado muy apreciable." En ciertos servicios militares han establecido cabinas y estaciones profilácticas, cuyo servicios son/ inapreciables y tanto más si éstos están en lugares en donde las organizaciones están bien vigiladas.

TRATAMIENTO

El gonococo será tanto más difícil de destruir, cuanto menos reciente es la blenorragia.

El tratamiento debe practicarse, se puede decir, microscopio en mano, éste es indispensable para hacer desde un principio e) diagnóstico de esta afección de otros derrames cuya semejanza la simularía. Durante el tratamiento, para apreciar sus efectos, y a la final, para comprobar la curación y de esta manera no exponerse a un fracaso.

Es necesario conocer la evolución de la blenorragia por hacerle su tratamiento, pues de cada una de sus fases depende la manera de llevar a cabo la curación. Un tratamiento bien dirigido, modifica completamente esta evolución atendiendo al período en el cual se ha comenzado, según la intensidad del mal y según el estado general del enfermo.

De la historia de esta lesión, se deduce la manera cómo se ha tratado en las diversas épocas de su existencia, siendo ésto lo que me servirá de guía para desarrollar de una manera metódica su terapéutica.

Por los datos históricos que he hecho mención, el tratamiento seguido desde las épocas antiguas y basados en que esta afección era puramente local, era el de lavados uretrales con diversos antisépticos (éstos probablemente se hacían a la buena de Dios—sin reglas fijas—sin método), y así siguió su curso hasta la fecha en que fue descubierta la causa verdadera, el gonococo, y hechas inoculaciones que demostraron que era una enfermedad infecto contagiosa, estos hechos dieron la clave para los diversos tratamientos que expongo a continuación:

El Dr. J. Salieras expone su tratamiento bajo dos condiciones, y dice: 1^o—"Cuando la infección se ha extendido a lo largo de la mucosa o sub-mucosa uretral, esta lesión es curable con lavajes, régimen de vida y alimentación apropiada. 2^o—Cuando la infección ha invadido las glándulas de Littre en su cuerpo secretor o en la profundidad de las lagunas de Morgagni, ya no puede curar su blenorragia con lavados solamente, pues quedará constituida la blenorragia crónica con su cuadro sintomático característico y su tratamiento adecuado; utilizamos con todo éxito la quimioterapia local por medio de los grandes lavados uretro vesicales con soluciones de permanganato de potasio o la dosis de 0.05 por mil en la primera semana, al 0,10- por mil la segunda semana, al 0.20 por mil la octava semana, al 0.25 por mil la quinta semana, al 0.30 por mil la sexta semana, al 0.35 por mil la séptima semana, y al 0.40 por mil la octava semana, continuando así hasta su completa curación; no somos partidarios de la proteínoterapia, vacuna terapia, quimioterapia endovenosa, etc., porque después de ensayos conscientes, hemos fracasado siempre con todos los productos, incluso los últimos preconizados como muy buenos. Claro está que estos lavajes uretro vesicales, ex'-gen una técnica meticulosa." Al mismo tiempo debe prescribirse un régimen alimenticio apropiado privado de condimentos, alcoholes fermentados, excitaciones genitales, etc.

El tratamiento dado a conocer por el Prof. Salieras, sería verdaderamente ideal si sus resultados fueran verdaderamente positivos, sobre todo en el tratamiento abortivo, pero desgraciadamente

cuando el sujeto llega a consulta, han pasado muchos días que se ha iniciado la purgación y la uretra posterior está tomada, lo que indica que la uretritis ha tomado el carácter de Clónico y que su curación es cuestión de meses, tiempo desesperante para el paciente quien, con su pene eréctil, no perdona los momentos de excitación y la imposibilidad de satisfacer su apetito carnal, es decir, el suplicio de Tántalo.

Maissonett, en el tratamiento de la blenorragia emplea como la mayoría de los autores, un tratamiento abortivo y otro curativo, el primero es el ideal y el que todo médico debe perseguir al principio de la enfermedad, pero existe la dificultad que el sujeto que aporta esta lesión, se presenta al médico en un período ya avanzado, y por lo tanto, el éxito es dudoso, pero para que el resultado sea favorable, es necesario por lo menos que el enfermo se presente al facultativo durante las 12 primeras horas a partir de la comprobación de la gota inicial; de una manera general, es inútil y peligroso intentarlo, si las micciones son dolorosas y si el meato aparece rojo y tumefacto.

He aquí el método para llevar a cabo el tratamiento abortivo: los cuatro primeros días lavados de la uretra anterior con una solución de permanganato de potasa al 1:5000, se emplea un litro para el lavado del meato y la uretra peneana, después la porción profunda de la uretra anterior, debe ele comprimirse el perineo anterior durante la inyección, a fin de que no pase el líquido a la uretra posterior. Los enfermos se harán un lavado de uretra anterior cada cuatro horas con dicha solución; al 5o. día se hará un solo lavado, y dos pequeñas irrigaciones, cuando estas inyecciones provocan dolores bastantes vivos, se calmarán con baños generales y supositorios de morfina. Al 10. día se practicará un nuevo examen del derrame en el que algunas veces es negativo por gonococo, lo que no seirá obstáculo para que se siga el tratamiento durante una semana más; cuando este tratamiento abortivo durante las 24 horas o 36 primeras por lo regular es suficiente para lograr su curación, pero si ésta data de 48, es preferible no hacer el tratamiento abortivo como había dicho anteriormente.

Para Janet, el tratamiento con lavajes de permanganato de potasa en soluciones a débil dosis, no da resultado y sólo ha obtenido efectos satisfactorios empleando soluciones más concentradas tales como al 1:1000 o al 1:500, estas soluciones con un porcentaje tan alto no le dieron resultados satisfactorios, fue todo lo contrario, pues semejante concentración le sirvió para destruir el tejido epitelial mucoso y sub-mucoso de la uretra y como conclusión, estrecheces, es decir, que fue peor la medicina que el mal, por consiguiente con soluciones fuertes y débiles, ha fracasado, y en vista de ello ha usado otros productos con mejores resulta-

dos, y así ha empleado el argirol en solución al 20% en la forma siguiente: con una jeringa uretral inyecta la uretra hasta llenarla con dicha solución, sin distenderla y haciéndola permanecer en ésta durante 5 minutos, y de vez en cuando se abre el meato para dejar pasar unas gotas para que permanezca húmedo, luego que ha terminado el tiempo, es expulsada, pero sin esforzarse en vaciar toda de la uretra; una vez hecha esta operación, se cubre el glande con una capa de algodón para evitar las manchas, este lavado se hará cada dos horas, pero cuando la reacción es demasiado fuerte, la solución se reducirá a un porcentaje menor como al 5 o 10%. La estadística presentada por él, no es tan alta como para pensar en que la curación sea un éxito, tanto, por el tiempo que dura, como, por lo difícil de desterrar el gonococo, ya que según él, la presencia de esta bacteria, una sola tan siquiera, es de muy mal pronóstico, por lo que concierne al éxito del tratamiento abortivo. La estadística que nos presenta es la siguiente: en 400 casos tratados, el 50% de curados en casos que databan de menos de 12 horas, el 50%, casos que databan de 12 a 24 horas y el 25%, después de las 24 horas.

2°—El tratamiento curativo de la Blenorragia, considera: a) higiene del blenorragico, aplicable sobre todo en el periodo agudo, pero que también tiene su acción en la crónica; consistente en reposos, abstención de relaciones sexuales, el uso de suspensorio, proceder varias veces al día a la limpieza minuciosa del glande y del prepucio con una solución antiséptica débil, cubrir el pene, con una capa de algodón, cambiándolo después de cada micción, las manos se mantendrán en el mayor estado de limpieza; dieta en la alimentación; se prescribirán diuréticos: se asegura un buen funcionamiento del intestino; baños generales diarios y se procurará levantar el estado general b) Medios de tratamiento; tratamiento médico e interno, los alcalinos, antisépticos urinarios (salol, urotropina, helmitol), balsámicos copaiba, sándalo, esencia de cedro, etc.) c) Tratamientos externos o locales; inyecciones intra uretrales (sol. de permanganato de K. al 1 por 4 o 5000) los grandes lavados de Janet. d) Métodos de tratamiento: tratamiento de la blenorragia por el Dejar Purgar y los balsámicos. La blenorragia es una enfermedad cíclica, que tiene tendencia a curar espontáneamente por agotamiento de su cultivo, puede favorecerse esta circunstancia por medios antiflogísticos; se deja que la uretra supure durante 15 días a 20, luego, cuando el finjo de amarillo verdoso, pasa a blanco viscoso, se administran los balsámicos durante unas tres semanas, haciendo una cura de reducción de líquidos.

Tratamiento de la blenorragia por lavados, es el que anteriormente hemos anotado, sobre los cuales el de Janet es el preferido, por supuesto que hay que saberlo aplicar según las circunstancias y a la marcha de la afección.

e) Tratamiento de los focos parauretrales; cuando la gonorrea se trata convenientemente y no se obtiene la curación, hay

que buscar convenientemente la existencia de focos parauretrales, en los cuales el gonococo ha hecho su madriguera, estas madrigueras pueden ser consecuencia de una mala conformación congénita o adquirida.

En las congénitas, la circuncisión precoz debe ser la regla, para evitar muchas complicaciones, después lavados con *él* auxilio de una pequeña cánula roma, introducida en el interior de estas cavidades con gran suavidad para evitar desgarros y abrir los espacios linfáticos periouretrales, luego se inyecta una solución de argirol al 20% o de permanganato de Kal 1 o 2 por mil. La electrolisis que se practica por medio de la aguja electrolítica de Kollman, es conveniente, así como también incidir los trayectos del glande, con el bisturí botonado de Webber, obteniendo así, surcos que puedan lavarse con sol. de argirol.

Madrigueras adquiridas, en este caso hay que impedir su aparición mediante un ti atamiento bien dirigido, evitándose las fuertes dosis de sol. de permanganato de K., que destruyen brutalmente el epitelio y dificultan sus medios de defensa; evitese todo traumatismo, y estas madrigueras regularmente desaparecerán con sólo sus lavados, pero cuando persisten, hay que lavar con una solución de argirol con el auxilio de una cánula fina, las que son accesibles, bajo el control de uretroscopio cuando se abren tan sólo en el interior del conducto.

Tratamiento de la blenorragia por la seroterapia y vacunoterapia. Desde el momento que Neisser descubrió el gonococo, se abrió un nuevo camino para el tratamiento de esta morbidez, se buscó en los trabajos llevados a cabo en la preparación de sueros y vacunas, la terapéutica definitiva de dicha lesión, y en el transcurso de estos años, el tratamiento por los sueros adquirió un desarrollo considerable. Al hablar anteriormente sobre la inmunidad, decía: que inoculando a los animales, las sustancias tóxicas que desprendía el gonococo, el suero de éste adquiría propiedades neutralizantes, muchas veces superior a la cantidad de toxina de la dosis mortal inyectada; se ha demostrado también que el suero de los animales a quienes se les ha inyectado gonococos, es capaz de aglutinar estas bacterias y que adquiere propiedades específicas. Esta es, pues, la base del ti atamiento a que hago referencia.

En la seroterapia, se utiliza un suero procedente de un animal inmunizado contra el gonococo, por ejemplo, el conejo, cobayo, el caballo, etc., el suero en relación tiene completamente preparados los anticuerpos y confiere una inmunidad pasiva. En la vacunoterapia no sucede lo mismo, aquí hay inoculación directa de los microbios, bichos, muertos o atenuados en su virulencia.

(Continuará)

INFORMACIONES DIVERSAS

PRIMER CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Organizado por la ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, del 22 al 28 de Mayo de 1949. México, D.F.

COMITE ORGANIZADOR

Dr. Conrado ZUCKERMANN.
Dr. José RABAGO.
Dr. Octavio ROJAS AVENDAÑO.
Dr. Carlos D. GUERRERO.
Dr. Alfonso ALVAREZ BRAVO.
Dr. Manuel URRUTIA.

CONVOCATORIA

La ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Convoca al PRIMER CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, que tendrá lugar en la ciudad de México, del 22 al 28 de Mayo de 1949.

En dicho Congreso se desarrollarán las siguientes

PONENCIAS:

- 1º—Mecanismo de la menstruación.
 - 2º—Interrelación tiroide-genital.
 - 3º—Neoplasias del aparato genital femenino, con excepción de las uterinas.
 - 4º—Etiopatogenia y conducta terapéutica en el aborto a repetición y en el parto prematuro.
 - 5º—La cirugía en el tratamiento de las infecciones del aparato genital femenino.
 - 6º—Cánceres y embarazo.
 - 7º—Amnesia, analgesia y anestesia durante el parto.
 - 8º—Valorización del criterio actual sobre el uso del fórceps.
 - 9º—Anoxia fetal y fórceps en el futuro del recién nacido.
 - 10º—La hemorragia post-partum.
- Trabajarán además las siguientes

SECCIONES:

Ginecología Médica y endocrinología.
Cirugía ginecológica.
Esterilidad e infertilidad.
Obstetricia clínica.
Radiología, laboratorio e investigación.

Han sido invitadas personalidades del país y del extranjero para tratar temas de interés actual, los cuales serán presentados en sesiones generales.

Además, se distribuirán para ser leídos en las respectivas Secciones, los trabajos libres de todos los Congresistas.

Se invita a todo el cuerpo médico y en particular a quienes tienen especial interés por la Ginecología y Obstetricia, a participar activamente en este Congreso, que deberá redundar en el progreso de la especialidad.

Suplicamos a Ud(s), escribirnos indicándonos si contamos con su asistencia y trabajos.

Favor de dirigirse para mayores datos, a: SECRETARIA DEL PRIMER CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, MARSELLA N° 11, México, D. F.

Nuevo consocio

Ha venido a engrosar la filas de la Asociación Médica Hondureña, el Dr. César Augusto Zúñiga, que ya desde hoy ha empezado a colaborar desde estas páginas. Un aplauso al querido compañero y que su ejemplo sea seguido por muchos.

NOMBRAMIENTOS

El Poder Ejecutivo ha nombrado a algunos de nuestros consocios para importantes puestos en los ramos de Sanidad y Educación. Ellos son:

Dr. Humberto Díaz B.: Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía.

Dr. Virgilio Banegas M.: Secretario de la misma.

Dr. Marcial Cáceres Vijil: Director del Sanatorio Nacional para Tuberculosos.

Dr. Carlos Caminos D.: Jefe del Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad.

Dr. Joaquín Reyes Soto: Subjefe del mismo Sanatorio.

A todos ellos, una calurosa felicitación y el deseo de que en el desempeño de sus funciones, tengan siempre presente los ideales que animan a la Asociación Médica Hondureña.