1949

Nº 142

Volumen XVIII 19

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

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la
Asociación Médica Hondureña ★ Director:
Dr. J. Gómez Márquez Gironés

SUMARIO

Página del Director.— Congreso Médico Nacional.. 1025

Osteosíntesis 1028
Dr. Ignacio Midence M.

Estado actual del Trasplante de la Córnea en Honduras 1039
Dr. J. Gómez-Márquez Gironés

Profilaxis de la Apendicitis Residual..... 1043
Dr. Juan Montoya Alvarez

Consideraciones acerca del Tratamiento de la Uretritis Gonocóccica (concluye) 1045
Dr. Manuel Castillo Barahona

Mayo y Junio de 1949

MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Mejía Colindres Vicente	San José. Costa Rica.
Dr. Lowsley Oswald S.	New York. E. U. A.

SOCIOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Banegas M. Virgilio	Dr. Guilbert Henry D.
Dr. Bardales Armando	Dr. Lázarus Roberto
Dr. Bulnes Martín	Dr. Mejía Juan A.
Dr. Cáceres Vijil Manuel	Dr. Midence Alfredo C
Dr. Cáceres Vijil Marcial	Dr. Midence Ignacio
Dr. Caminos D. Carlos	Dr. Montoya Alvarez Juan
Dr. Castillo Barahona Manuel	Dr. Pereira J. Ramón
Dr. Dávila José Manuel	Dr. Pineda Ugarte Abelardo
Dr. Díaz B. Humberto	Dr. Reyes Soto Joaquín
Dr. Díaz Bonilla Manuel	Dr. Sandoval h. José María
Dr. Díaz Q. Mario	Dr. Valenzuela Héctor
Dr. Durón José R.	Dr. Valladares Ramón
Dr. Gómez-Márquez J.	Dr. Vargas Angel D.
Dr. Gómez-Márquez Gironés J.	Dr. Zúñiga Gustavo Adolfo
Dr. Gómez Robelo Roberto	Dr. Zúñiga César A.

SOCIOS EN LOS DEPARTAMENTOS

Dr. Bermúdez h. Antonio	Tela
Dr. Burgos Marco Tulio	Yuscarán.
Dr. Castellanos Plutarco E.	Comayagua.
Dr. Cárcamo Tito H.	San Marcos de Colón.
Dr. Fiallos J. Miguel	La Ceiba
Dr. Herrera Arrivillaga Victor	Progreso
Dr. Matute Eugenio	San Pedro Sula
Dr. Mejía h. Isidoro	Danlí.
Dr. Mendoza José T.	La Ceiba
Dr. Rivas Carlos	Olanchito, D. S.
Dr. Varela Fausto	La Paz.

SOCIOS EN EL EXTRANJERO

Dr. Agurcia Carlos	E. U. A.
Dr. Alcerro Castro h., Ramón	Madrid, España
Dr. Cantizano M. Blas.	San Salvador.
Dr. Gálvez Carlos M.	París, Francia.
Dr. Munguía Alonzo Luis	San José de Costa Rica.
Dr. Vidal Antonio	París, Francia.
Dr. Zúñiga Raúl Enrique	Tiquisate, Guatemala.

SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Aguilar Manuel L.	Dr. Paredes P. Salvador
Dr. Andino Aguilar Rubén	Dr. Paz Barahona Miguel
Dr. Casco Juan Jesús	Dr. Ochoa Velásques José Ma.
Dr. Cervantes Lorenzo	Dr. Rodezno Virgilio
Dr. Gómez h. Pastor	Dr. Rodríguez Marco Antonio
Dr. Larios C. Manuel	Dr. Rosa Domingo
Dr. Matute Francisco A.	Dr. Sagastume Alfredo
Dr. Morales Marco Delio	Dr. Sánchez U. Francisco
Dr. Moncada Cornelio	

IMPRENTA CALDERON - TEGUCIGALPA, D. C. - HONDURAS, C. A.

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: J. GOTIEZ-MARQUEZ GIRONES

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

Secretario: DR. VIRGILIO BANECAS M.

Administrador: DR. ARMANDO BARDALES

Año XIX | Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Mayo y Junio 1949 | N[1]? 142

PAGINA DEL DIRECTOR

CONGRESO MEDICO NACIONAL

El año de 1934, marca en Honduras, un paso hacia adelante de la Medicina autóctina: en su mes de Julio, se celebraron, en efecto, unas Jornadas Médicas, las primeras en su clase en el país, que reunieron en Tegucigalpa, en el seno de la Asociación Médica Hondureña, a casi todos los médicos de la capital y aun buen número de compañeros del resto del país. Si pasamos revista a la labor desarrollada por los reunidos en aquella semana memorable, comprendemos fácilmente, que el esfuerzo desplegado por los organizadores de aquellas reuniones científicas, no fueron estériles. Las Jornadas fueron un éxito, bajo todos puntos de vista. Por primera vez se hallaron reunidos, en un ambiente de cordialidad y en medio de la mayor seriedad cientifica, médicos que afluyeron de los cuatro puntos cardinales de Honduras; vinieron ellos a aportar cada uno, sus conocimientos, sus experiencias, vinieron a exponer sus inquietudes científicas, a plantear los problemas médicos y sanitarios, a los que tenían que enfrentarse diariamente, a comprenderse mejor, despojándose de toda rivalidad; vinieron, en fin a desarrollar Una tarea muy noble, como- era, la de plantear por primera vez, en corporación, las ingentes necesidades de Honduras, frente a los numerosos problemas que tienen planteados desde el punto de vista médico-social. Fue entonces, cuando nuestros ilustres maestros, los Doctores Salvador Paredes y Manuel Larios, pusieron una vez más de relieve, aquellas condiciones excepcionales que los adornaban y así el primero de ellos, habló sobre los problemas de la apendicitis y otras cuestiones quirúrgicas y el segundo, dio a conocer su magnífico trabajo acerca de la

Historia de la Medicina en Honduras. .. Importantísimas resoluciones se adoptaron en aquellas lomadas Médicas, resoluciones muchas de ellas,, que benefician aún a la clase médica y que fueron encaminadas a enaltecer el ejercicio de la Medicina en Honduras. Se vislumbró incluso, la siempre deseada unificación del cuerpo médico del país, cuyo primer paso pareció ser la constitución de la Asociación Médica Sampedrana, como filial de de la Asociación Médica Hondureña. . .

Mas, sin embargo, 15 largos años han pasado. . . Aquel esfuerzo de titanes, no supo o no pudo ser aprovechado, por las generaciones médicas que siguieron al año 1934. Aquellas, Jornadas, que hubieran debido **ser,** *como seguramente lo desearon todos sus organizadores, no un hecho aislado, sino la piedra angular de la Asociación Médica Nacional y de los Congresos Nacionales, se fueron olvidando lentamente... Las voces pletóricas de entusiasmo de Salvador Paredes, de Manuel Larios y de Ricardo Alduvín, se fueron extinguiendo lentamente en el transcurso de los años. . . Hoy, revisando los números de esta misma Revista, correspondientes a aquel año de 1934, encontramos aún, las palabras vibrantes de aquellos maestros, que no sólo se complacían por el éxito que acababan de obtener, sino que expresaban la seguridad, de que aquella Semana, se repetiría, regularmente en el curso de los años. ¿Cómo se perdió el impulso adquirido, como llegó a despreciarse aquel magnífico esfuerzo? Inútil sería entrar ahora en discusiones, analizando las razones de nuestra situación actual. Es posible, que causas de diversa índole, ajenas a nosotros mismos, hayan*

hecho si no imposible, al menos difícil la repetición de aquellas sesiones científicas; mas no nos engañemos; el mal reside también en nosotros mismos y este mal se ***llama,*** *desidia, se llama egoísmo, se llama personalismo. Reconozcamos de una vez que somos culpables todos, es decir, el cuerpo médico en bloque y desde ese momento, podremos, deberemos y sabremos rectificar nuestra conducta.*

El país, necesita, exige de nosotros, que tomemos una actitud resuelta, con respecto a la infinidad de problemas de orden médico, que lo atormentan; muchos de ellos, nosotros estamos en capacidad de resolverlos por nuestra propia cuenta y frente a otros podremos indicar al menos el camino o seguir. Los médicos, por el hecho de serlo, tenemos una importantísima función social que desempeñar y es francamente reprensible dejar de llenarla. No es posible, que cada uno de nosotros permanezca con la conciencia tranquila, mientras nuestra infancia, la patria del mañana, se muere en proporciones alarmantes, mientras nuestras madres paren desprovistas de toda asistencia médica, mientras existan azotes entre nosotros como la tuberculosis, el paludismo y la sífilis, que destrozan vidas en cantidades aterradoras. No es posible cruzarse de brazos, sabiendo que se mercantiliza la medicina de la manera más repugnante, sabiendo que de Norte a Sur y de Oriente a Occidente pululan los curanderos y los hechiceros, que no sólo provocan verdaderos desastres materiales, sino que además hunden a nuestro pueblo cada vez más en un fango de ignorancia, de superchería y de supersticiones. Por otra parte las nuevas generaciones médicas exigen de sus antiguos maestros, la palabra orientadora, que los guíe a través de esa encrucijada que es la iniciación del ejercicio de la profesión médica.

No se nos crea tan ingenuos, que podamos estar pensando en estos momentos que todos estos males que nos agobian, pueden ser corregidos de la noche a la mañana, con un simple Congreso Nacional de Medicina, con unas simples reuniones. Por el contrario, estamos convencidos, que la complejidad de nuestros problemas es ***tal,*** *se entrelaza de tal manera en cada aspecto, con los otros que tienen planteados el país, que no sería suficiente un Congreso Médico que sesionara permanentemente, para resolverlos. Lo que deseamos- es que se vayan ^encauzando todos ellos, que los vayamos exponiendo, con el fin de ir orientando su resolución.*

Dejemos a un lado, nuestras pasiones, nuestras mezquindades, nuestra abulia, pensemos un poco en la misión que como médicos nos ha encomendado la Sociedad, pensemos en nuestros niños, en la salud de nuestro pueblo entero, pensemos en la dignificación de nuestra Profesión. , , En otras palabras, vayamos ya desde ahora organizando el próximo Congreso Nacional de Medicina de Honduras.

OSTEOSINTESIS

CONSIDERACIONES ACEKCA DE CUATRO CASOS

Por el Dr. Ignacio Midence M.

Observación N° 1

M. A., de 19 años, soltero, reparador de postes de telégrafo, hondureño nacido en San Buenaventura y avecindado en Tegucigalpa, D. C. Ingresa al Servicio I[9] de C'.rugía de Hombres del Hospital General, el día 22 de enero de 1948, por fuerte traumatismo en la pierna izquierda.

Historia: Refiere el paciente que estando dedicado a las labores propias de su **oficio,** se desprendió una de las planchas metálicas donde van sostenidos los alambres del telégrafo, cayéndole directamente sobre la pierna izquierda y prnduciéndole intenso trauma que lo imposibilita para moverse.

Conducido inmediatamente a este Centro, una rápida exploración local revela profunda herida en el tercío medio de la pierna izquierda, con partes blandas groseramente contusas y "sangrantes y fragmentos óseos expuestos que fueron identificados como pertenecientes **a** la tibia.

Un estudio radiológico de urgencia informa lo siguiente: Fractura de ambos huesos de la pierna en su tercio medio. Obsérvanse múltiples **fragmentos** en el foco de fractura; se advierte también acabalgamíento del fragmento distal sobre el proximal y angulación hacia adentro del mismo. Diagnóstico: Fractura conminuta de. la tibia y fractura completa del peroné. (Foto N[9] 1).

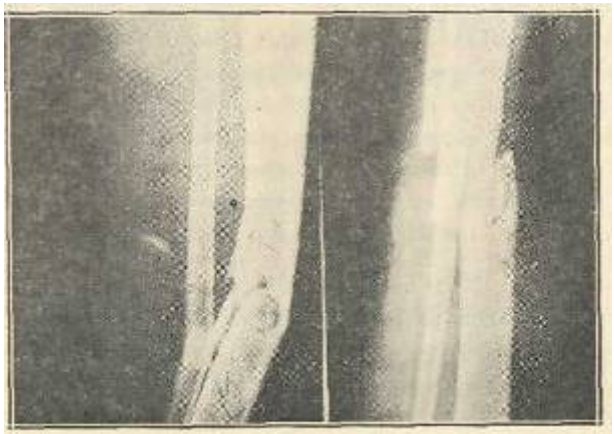


Foto Nº 1

El examen general del paciente revela un estado de schok moderado con T. A. Mx., 110 y Mn., 60, pulso 110 frecuencias por minuto y temperatura 36° 6.

Nos decidimos por la intervención inmediata. Anestesia general con éter, ampliación de la herida, hemostasia, resección de partes blandas contusas hasta abordar el foco de fractura. La .exploración de este nos revela múltiples fragmentos de diversos tamaños, algunos completamente desprendidos y otros apenas unidos por escaso periostio, a tal extremo que estuvimos a punto de decidirnos por la amputación. Después de una espuirlectomia .muy conservadora, hacemos la reducción de la fractura, poniendo en contacto los dos fragmentos principales de la tibia, pero solamente por su parte anterior, quedando una amplia pérdida de substancia ósea en la parte posterior en forma de un ángulo obtuso entrante hacia adelante. En estas condiciones nos decidimos por la osteosíntesis usando dos placas metálicas colocadas lateralmente. Pequeño drenaje en la parte inferior de la herida, y contención por medio de aparato enyesado con amplia ventana en la cara anterior de la pierna. Durante la intervención le fueron, suministrados al paciente 2,000 ce, de suero glucosado gota a gota en endovenoso, y a partir de entonces Penicilina por vía intramuscular a razón de 20.000 U. O., cada 3 horas.

Al siguiente día: nuevo estudio radiológico que nos informa lo siguiente: Reducción cruenta (placas metálicas). Diagnóstico: Fractura con reducción completa. Fragmentos en buena posición. sí Foto N'2).

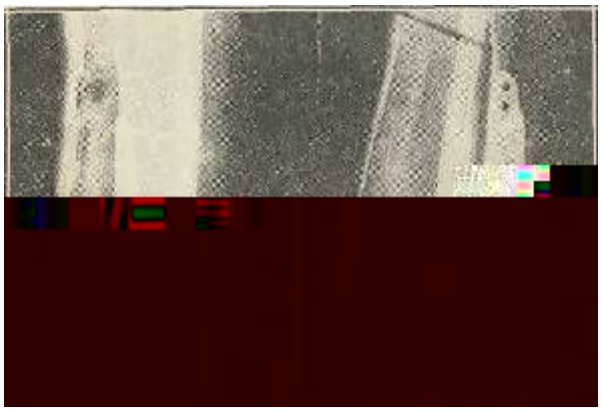


Foto N? 2

El postoperatorio inmediato no tuvo complicaciones y en vista de la condiciones en que fue practicada la intervención, consideramos pertinente conservar el aparato de contención (enyesado) más del tiempo habitual. Una nueva radiografía con fecha 7 de

radiológica que reportamos el 24 de mayo último, con el único cambio de que hay desprendimiento de un fragmento de corteza-ósea de 3.5 por *1.5* cm,, en el aspecto interno del tercio medio de la tibia. Esto nos decidió a una nueva intervención con el objeto de extraer la esquirla desprendida y practicar un **legrado** del hueso enfermo. Se hizo así, dejando un sistema de irrigación continua local a base de solución diluida de penicilina (500.000 U. O., en un litro de suero fisiológico **isotónico)** y continuación del tratamiento penicilinico por vía parenteral. El 2 de agosto siguiente; un nuevo control radiológico nos informa lo siguiente: Fractura conminuta de ambos huesos de la pierna izquierda complicada con osteomielitis. No hay cambio considerable. Ha desaparecido la esquirla descrita en el informe anterior. (Foto N^{9} 4).

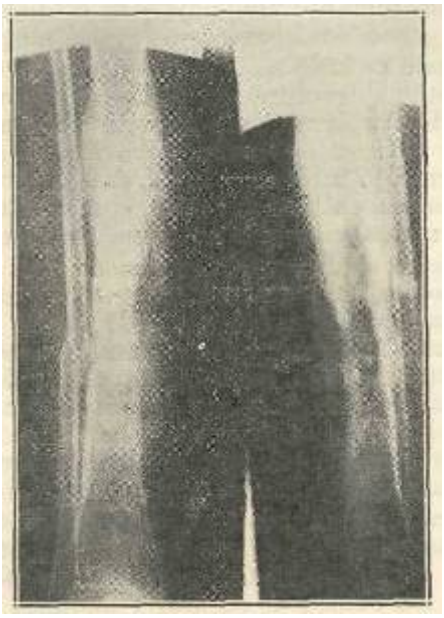


Foto N? 4

Pocos días después y comprobando el paciente que su deambulación era posible aún con cierta **limitación,** abandonó el Hospital y desgraciadamente no hemos vuelto a controlarlo.

Observación N^{9} 2.

M. A. C, de 17 años de edad, soltero, labrador, nacido y avecindado en Atima, Departamento[1] de Santa Bárbara. Ingresó al Servicio I^{9} de Cirugía de Hombres el día 21 de junio de 1948 a curarse de imposibilidad para caminar a consecuencia de un golpe **recibido** en el muslo derecho.

Historia: Refiere el paciente que hace un mes y medio aproximadamente se cayó de una muía, recibiendo un fuerte golpe en el muslo derecho, que se acompañó de dolor intenso e impotencia funcional absoluta. Permaneció inmovilizado durante un mes al cabo del cual notó que no podía caminar debido al dolor, lo que lo obligó a usar muletas, y buscar este Centro.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia. Funciones orgánicas generales, normales.

Examen local: el muslo derecho presenta una deformidad manifiesta más o menos a nivel del tercio superior y externo. Esta deformidad es comprobable por la palpación en forma de una tumoración profunda, dura, dolorosa y no adherente a las partes blandas. La medición del miembro demuestra un acortamiento de 3 pulgadas y tanto los movimientos activos y pasivos, como la deambulación son bastante limitados y se acompañan de dolor.

El examen general de aparatos no revela ninguna anormalidad-

El 23 de junio de 1948 se le hace una radiografía que informa lo siguiente: antigua fractura del tercio superior del muslo derecho con marcado desplazamiento interno del fragmento superior. Se observa muy deficiente formación de callo en el punto que hace contacto el fragmento inferior y la porción externa del fragmento superior. Impresión: antigua fractura con desplazamiento marcado de los fragmentos y consolidación incompleta.

El 21 de julio siguiente y después de una preparación preoperatoria cuidadosa, fue intervenido con el objeto de hacerle una osteosíntesis. La operación fue bastante difícil, pues aunque radiológicamente nos reportaron incompleta formación de callo, nos encontramos con un callo exuberante, difícil de romper. Pero una vez conseguido esto colocamos una única placa metálica en la cara externa del fémur, después de haber hecho la reducción de los fragmentos e hicimos la contención con aparato enyesado desde la cadera hasta el pie, con su amplia ventana lateral externa.

El postoperatorio inmediato pasó sin complicaciones y durante quince días fue sometido a tratamiento antibiótico a base de penicilina a razón de 20.000 U. O., cada tres horas. A los ocho días fueron quitados los puntos de sutura, y pudimos apreciar que uno de ellos supuraba lo que nos obligó a ampliar un poco y drenar.

El 23 de agosto del mismo año un nuevo examen radiológico nos revela. Osteosíntesis (placa metálica) por fractura mal consolidada del fémur derecho. El callo óseo parece haber mejorado, pero no hay suficiente consolidación; además se observa angulación de los fragmentos debido a desplazamiento de los tornillos;. estos han salido en el fragmento inferior *Y¿* y 1 pulgada y un ^4 de pulgada del fragmento superior, respectivamente. (Foto N° 5).

A pesar de este informe ordenamos la movilización del paciente y comprobamos que era posible la deambulación aún cuando con cierta dificultad, sin embargo, el paciente pudo prescindir de las muletas. Pidió su alta quedando comprometido a regresar dentro de tres meses. Desgraciadamente el paciente se presentó

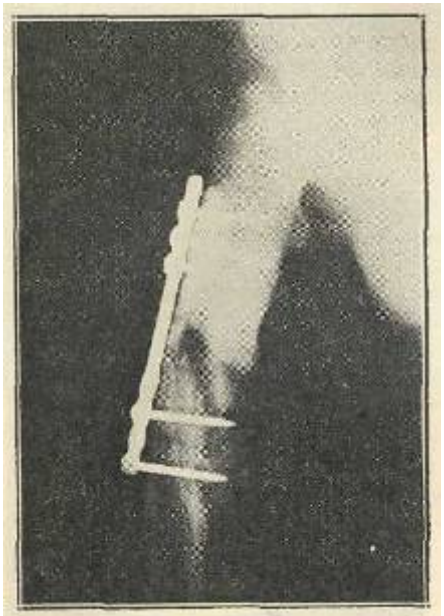


Foto Nº 5

8 meses después y un nuevo estudio radiológico nos dice: Consolidación completa. El tornillo penúltimo del extremo distal de la placa metálica está una zono osteolítica en el margen interno (la punta del tornillo), posiblemente aséptica. Fecha 30 de marzo de. 1949.

El 4 de abril de 1949 se practicó la extracción de la placa, metálica. A los diez días el enfermo abandonó el Hospital presentando entonces un acortamiento de una pulgada.

Observación N° 3.

R. E. D., de 16 años de edad, labrador, nacido y avecindado en El Hatillo, Tegucigalpa, D. C. Ingresó a la Sala 1ª de Cirugía de Hombres el 28 de febrero de 1949 a curarse de un golpe en el brazo izquierdo.

Historia: Refiere el paciente que hace dos días volcó el camión en que viajaba, recibiendo un fuerte golpe en el brazo izquierdo. A partir de entonces hubo dolor intenso e impotencia funcional.

Antecedente H. Colater., y Person, Sin importancia.

Funciones orgánicas generales, normales.

Examen local: Antebrazo en semiflexión sobre el brazo, sostenido con la mano derecha. Inflamación intensa, deformidad, flictenas y dolor agudo a nivel de la articulación del codo. El dolor provocado es intolerable y hay impotencia funcional manifiesta.

El examen general de aparatos *no* revela ninguna anormalidad.

Un examen radiológico practicado el 2 de marzo nos informa: Fractura del tercio inferior del húmelo izquierdo con acabalgamiento de media pulgada. Desplazamiento anterior del fragni2nto distal. (Foto N? 6).

Foto Nº 6

Colocamos un aparato de extensión continua (Pouliquen) durante 30 días, pero el control radiológico nos hizo comprender que estaba mal reducida la fractura y nos decidimos por la osteosíntesis.

Fué intervenido el 11 de abril de 1949, encontrando serias dificultades" en la reducción en primer lugar por la presencia de un calle más o menos exuberante y en segundo lugar por el nivel tan bajo de la fractura y la fuerte tracción muscular que dificultaba grandemente la coaptación de los fragmentos. Salvadas estas dificultades le fue colocada una placa única de Vitalium en la margen lateral externa, usando tomillos del mismo material. Aparato enyesado en semiflexión con ventana externa.

El postoperatorio pasó sin cambios notables y a los 8 días cicatrización completa de la herida.

Un control radiológico el 22 de abril de 1949 dice así: Osteosíntesis del tercio distal del húmero izquierdo (placa metálica). Fragmentos en buena posición. (Foto N? 7).

Cuarenta días después es quitado el aparato enyesado, se inicia la movilización pasiva del miembro y 15 días después abando-

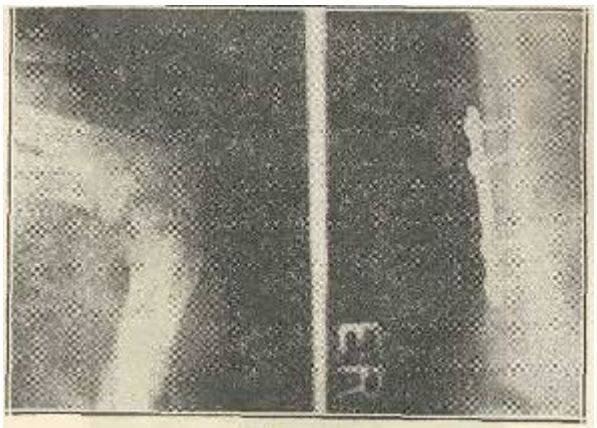


Foto Nº 7

na el Hospital en perfecto estado, con el compromiso de regresar tres meses después para la extracción de la placa y tornillos de Vitalium.

Observación N^{9} 4.

M. O., de 29 años, soltero, labrador, hondureño nacido y avecindado en San Juan del Rancho, Departamento de Morazán. Ingresó al Servicio 1º de Cirugía de Hombres el 30 de abril de 1949 a curarse de un golpe en el muslo izquierdo.

Historia: Refiere el enfermo que hace dos días el camión en que viajaba choco contra un paredón comprimiéndole-el miembro inferior izquierdo, acompañándose de dolor intenso e impotencia funcional.

Antecedentes H. y C., y P., sin importancia.

Funciones orgánicas generales, normales.

Examen local: Miembro inferior izquierdo bastante inflamado, con deformidad manifiesta en el tercio super lateral externa Hay dolor espontaneo y provocado intenso, impotencia funcional absoluta y acortamiento de do3 pulgadas.

El examen general de aparatos es normal.

El informe radiológico del 3 de mayo siguiente dice así fractura conminuta del tercio proximal del fémur izquierdo Fragmento menos de 5 pulgadas y medio de largo por uno de ancho a los dos tercios superiores de la esquirla con desplazamiento lateral externo. Hay acabalgamiento de una pulgada de los dos fragmentos mayores y angulación externa. (Foto N^{9} 8).

Previa preparación cuidadosa se le practica osteosíntesis con fecha 11 de mayo de 1949, colocando dos placas de Vitalium una superior entre la parte inferior de fragmento proximal y la gran esquirla de que habla la radiografía y otra inferior entre esta

Foto Nº 8

misma esquirla y la extremidad superior del fragmento distal. Contención con aparatos enyesado hasta el pie. El postoperatorio perfecto, y el control radiológico con fecha 31 de mayo de 1949 dice así: La radiografía antero-posterior muestra una perfecta coaptación de los fragmentes del fémur fracturado después de la oesteosíntesis. (Foto N9 9)

E 21 de junio de 1949, se le quita el aparato de contención, se inicia la movilización pasiva y hasta la fecha de esta publicación, el paciente continúa en el Hospital en perfectas condiciones.

Comentarios

El hecho de haber tenido la oportunidad de intervenir en 4 operaciones de osteosíntesis en el curso de nuestra práctica de cirugía general, y casualmente las dos primeras usando tutores metálicos y los dos últimas con pacas y tornillos de Vitalium, nos ha sugerido la idea de hacer un pequeño comentario, que sin pretender ser original, si tiene por objeto hacer hincapié sobre los inconvenientes del material antiguamente usado (placas y tornillos metálicos) así como ensalzar las bondades del Vitalium y que a decir verdad ha venido a revolucionar el terreno de la cirugía de huesos.

En la primera de nuestras observaciones presentamos el caso típico de las reacciones y consecuencias cercanas y a distancia, que siguen al uso de placas y tornillos metálicos, pero naturalmente con ciertas y muy justificadas reservas. Reconocemos que

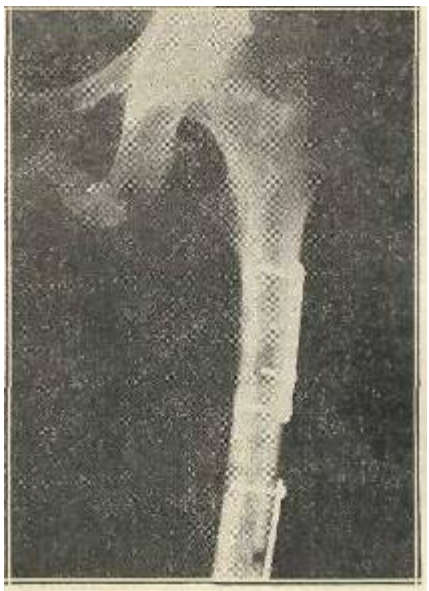


Foto Nº 9

¡este primer caso revestía particular gravedad, puesto que se tratatoa de una fractura conminuta expuesta, que aún cuando fue atendida escasas horas después del traumatismo y con las mayores precauciones asépticas no por ello debemos restarle importancia. Además, nos vimos obligados a practicar una esquirlectomía que, quizás en nuestro afán de conservadores, pecó por defecto, ya que al final pudimos comprobar como una esquirla desprendida de la margen interna de la tibia nos obligó a una nueva intervención.

Sin embargo, es curioso observar que, todavía dos meses y medio después de la intervención una radiografía nos dice: fragmentos en buena posición y principio de formación de callo (buena calidad). Y a esto se agrega el hecho no menos importante, de que hasta entonces el curso del post-operatorio era clínicamente satisfactorio ya que asistimos día a día a su evolución, y así, igualmente, más o menos quince días después de esta radiografía, comprobamos clínicamente (dolores y abertura espontánea de la piel precedida de reacción febril, con salida de pus sanguinolento) lo que posteriormente confirmaron los Rayos X reportándonos una osteomielitis afectando todo al aspecto medio de la pierna izquierda.

¿Debemos responsabilizar de esta complicación a la acción irritante de las placas metálicas? o se trata de una osteomiolitis latente, consecuencia de una esquirlectomía tal vez incompleta?

Es indiscutible que en cirugía de huesos la tendencia conservadora llevada al máximo tiene sus desventajas, pero también es cierto que a cada paso asistimos a la soldadura de fragmentos completamente libres, cuando pueden excluirse causas sépticas o irritantes. Desgraciadamente nuestro caso reunió esas dos condi-

ciones y es así como asistimos a la instalación y curso progresivo de un proceso osteomielítico grosero.

En el segundo caso, y del cual desgraciadamente no podemos presentar todas los imágenes radiológicas por haberse extraviado, se nos presentó una complicación que sin temor a dudas debemos achacar a la acción irritante y nociva de los tutores metálicos usados, afirmación que fundamentamos en el hallazgo de una zona osteolítica, posiblemente aséptica, en el sitio correspondiente a uno de los tornillos. En este caso particular no podemos hacer intervenir al factor séptico puesto que se trató de una intervención llevada a efecto con. las mayores precauciones asépticas y después de una preparación cuidadosa del paciente. Además la evolución clínica del proceso acusó solamente la salida de una serosidad amarillenta por la herida operatoria, que duró mientras las placas y tornillos metálicos estuvieron en su sitio, pero que cesó una vez que dicho material fue movilizado.

En contraposición a estos dos casos, tenemos dos casos en los. cuales fueron usados placas y tornillos de Vítalium, me refiero a las fracturas del húmero (observación N° 3) y fémur (observación N° 4). Postoperatorios completamente satisfactorios, cicatrización, de las heridas operatorias por primera intención y con un pronóstico indiscutiblemente favorable.

Reconocemos sin embargo, que no podemos sentar conclusiones de una manera axiomática, pues los dos últimos casos a que se hace referencia aún están en observación y desconocemos, si es que las hay, las complicaciones que a distancia puede traernos el uso de material de Vitalium. De todas maneras, si podemos afirmar que en lo que a complicaciones y accidentes inmediatos se refiere, el Vitalium ofrece las mejores garantías ya que hemos comprobado la perfecta tolerancia de los tejidos por este material.

Como se comprenderá en este trabajo no hay nada nuevo. Todo ha sido dicho o escrito y con mejor y más autorizado criterio, pero sí podemos emitir opinión sobre este asunto a base de una experiencia que aunque muy corta, al menos nos permite la satisfacción de conocer las bondades del Vitalium no de memoria, si no después de haberlo usado.

Página Oftálmica

Estado Actual del Trasplante de Córnea en Honduras

Por el Dr. J. Gómez-Márquez Girones

Hace aproximadamente un año, dimos a conocer, desde estas páginas, un trabajo de divulgación sobre el injerto de córnea; algunos meses más tarde iniciábamos nuestras experiencias sobre este asunto, por primera vez en Honduras, y concomitantemente presentamos ante la Asociación Médica Hondureña, algunos de nuestros primeros casos, uno de ellos seguido de un éxito bastante halagüeño. Desde entonces, y sin más interrupción que la debida a la falta de casos clínicos en algunas temporadas, hemos proseguido nuestra labor con ahinco. Venimos hoy a acogernos a esta sección, con el propósito de exponer nuestra corta experiencia hasta el presente. No podemos exhibir aún estadísticas, pues las nuestras resultarían ridiculas comparándolas con las formadas por centenares de casos, que se han publicado en los Estados Unidos, particularmente ; trataremos simplemente de establecer la situación en que nos encontramos en estos momentos con respecto a esta operación, oftálmica.

Casos clínicos

El material humano que hemos tenido hasta el momento **a** nuestra disposición ha sido aproximadamente el siguiente:

Un 50% de los leucomas que se han presentado para el tratamiento correspondiente, correspondían a ojos sin condiciones ópticas que tuvieron en cosecuencia de que ser rechazados. Un 40%, pertenecía al grupo de los que universalmente se clasifican como desfavorables, es decir, ojos leucomatosos en los cuales la opacidad corneal invadía toda la superficie de la membrana transparente del globo, con sinequias anteriores, que en la mayor parte de los casos llevaban consigo la desaparición de la cámara anterior, con sinequias posteriores, con opacidades más o menos completas del cristalino y con presencia de exudados, que en algunos casos llegaban hasta la organización calcárea, en el campo pupilar. En el 10% de los casos restantes, se trataba de leucomas centrales o al menos, que no invadían en su totalidad la córnea.

Etiología de los leucomas, o de las deformidades corneanas.

El queratocono, que en otros países, proporciona los éxitos más brillantes en los casos de transplante, falta totalmente en nuestra casuística, por la razón de no existir prácticamente entre nos-

otros. Los leucomas, observados han sido en su mayor parte, producidos por úlceras de la córnea (casi con seguridad gonocóccias), en algunas ocasiones por queratitis parenquimatosas o por agentes químicos.

Casos operados.

Todos los casos, salvo uno, pertenecía al grupo de los desfavorables. La decisión operatoria estuvo fundamentada, por una. parte en el deseo de adquirir una propia experiencia en esta clase de pacientes habitualmente no operables y en segundo, ser el injerto* de córnea, lo único, que aunque muy improbablemente, podría mejorar el estado visual de estos pacientes. Las dificultades encontradas en el curso de estas operaciones fueron casi insuperables. No existiendo en la mayor parte de los casos, cámara anterior, los peligros de herir el cristalino en el curso de la escisión de tejidos leucomatosos, especialmente en el momento de penetrar por primera *vez* en lo que debía de ser cámara, eran enormes, si bien es cierto, que casi constantemente tuvimos la suerte de sortearlos. La presencia de sinequias posteriores, nos obligó siempre a hacer el desprendimiento de las adherencias cristalino-indianas con los consiguientes riesgos de estas maniobras. En varios casos, como ya. se apuntó anteriormente, hallamos concreciones calcáreas íntimamente adheridas a la cápsula anterior, exponiéndose muy seriamente en la intentona de retirarla, de romper la cápsula. A parte de estas complicaciones, el problema más constante con que tropezamos fue la presencia de cataratas en el curso de la interven-

-ción. La conducta a seguir ante este asunto, creemos que vale la pena, una seria meditación. Tres caminos podemos seguir en estos casos: a). Dejar el cristalino opaco en su sitio y continuar la operación, b). Hacer una quistitomía para extraer el núcleo o la mayor cantidad de masas posibles según los casos y c). Intentar una extracción total. Cualquiera de las tres decisiones que se tomen tienen sus ventajas y sus inconvenientes. La primera, prescindir de la opacidad cristaliniana, es idudablemete la más cómoda para el cirujano; sin embargo, si el injerto resulta transparente, quedamos frente a un nuevo problema que resolver: operar de catarata un ojo que tiene una córnea opaca salvo en su centro (no olvidemos que estamos hablando de casos desfavorables); no hemos tenido oportunidad aún de tener que resolver esto, porque los pocos casos en que resolvimos abstenernos de la extracción de la catarata, presentaron opacidades del injerto, pero suponemos, probablemente con sobrada razón, que intervenir una catarata en estas condiciones, con un ángulo iridocorneal completamente soldado y con una córnea opaca en su periferia que impide observar el curso /seguido por el Graeff o el cuchíllete lanceolar, debe presentar grandes riesgos. El segundo camino a seguir, es decir, la quistitomía, sería aparentemente el mejor; dejando en su sitio el tabique formada por la zónula y la cápsula posterior, los peligros de la salida de vitreo son relativamente pequeños, Pero ya en un caso así intervenido, nos enfrentamos en el curso del post-operatorio con masas hinchadas que desde la cámara anterior hacían presión sobre el injerto, haciendo salir a este de su lecho y hundiendo las suturas sobre la superficie anterior del mismo, todo lo cual dio lugar a la opacidad del colgajo y estuvo a punto de provocar su desplazamiento con sus terribles consecuencias. El tercer, camino, el de la extracción total 'a través de la brecha corneal, camino que hemos tenido que recorrer en varias ocasiones, muy a pesar nuestro, y por diversas razones, conduce habitualmente hacia el desastre.

Aparte de las dificultades comprensibles en estos casos, por las sinequias posteriores constantes, la extracción total lleva consigo la probable irrupción del humor vitreo, que no teniendo el obstáculo de la córnea, se derrama al exterior. Por muy poca imaginación que se tenga, se puede suponer muy fácilmente. cuales son las dificultades en que se encuentra uno, cuando ha habido pérdida de vitreo, y éste esta extendido por la superficie del globo, intentar colocar el colgoja del injerto sobre su lecho. Este se escapa por todas partes, resbalando cuando se pretende fijar las suturas sobre él y en muchas .ocasiones viene por fin a caer en el interior del globo...

Si comparamos, pues los tres caminos a seguir, cuando en el curso de una intervención de esta naturaleza, en casos desfavorables, nos hallamos en presencia de una catarata, veremos que lo menos aconsejable es hacer la extracción total; no queramos aún. ■decidirnos del todo entre respetar momentáneamente el cristalino

o hacer una extracción parcial, si bien creemos, que verosímilmente la primera conducta sería la más prudente y más favorable.

Destino de los injertos

Algo que nos ha sorprendido extraordinariamente es la facilidad que tienen los colgajos para prender, incluso en aquellos casos en que por haber habido dificultades de diverso género en «el curso de la intervención, no hemos quedado satisfechos de la adaptación del mismo. Es más, en alguno de las pacientes que se •encontraban en una situación análoga a la descrita .en el párrafo anterior, es decir, en que se decidió hacer extracción total de la catarata, con, pérdida consecutiva de vitreo, se consiguió una coaptación buena.

Muy distinta es por desgracia el porvenir del injerto en cuanto a su transparencia. Creemos comprobar entre nosotros, lo que ya se ha publicado al respecto por autores norteamericanos y europeos; es decir, las posibilidades para la conservación de un colgajo transparente, crecen enormemente cuando, este se puede colocar sobre tejido corneal relativamente sano o dicho en otras palabras, cuando se opera córneas con leucomas centrales. Por el contrario, cuando trabajamos con córneas opacificadas totalmente, con sinequias anteriores y posteriores, el pronóstico se ensombrece "visiblemente.

Profilaxis de la Apendicitis Residual

Detalles técnicos del Profesor ALFREDO GIULIANO, Jefe de Cirugía del Instituto Modelo del Hospital Rawson; con algunas modificaciones por el Dr. JUAN MONTOYA ALVAREZ, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe.

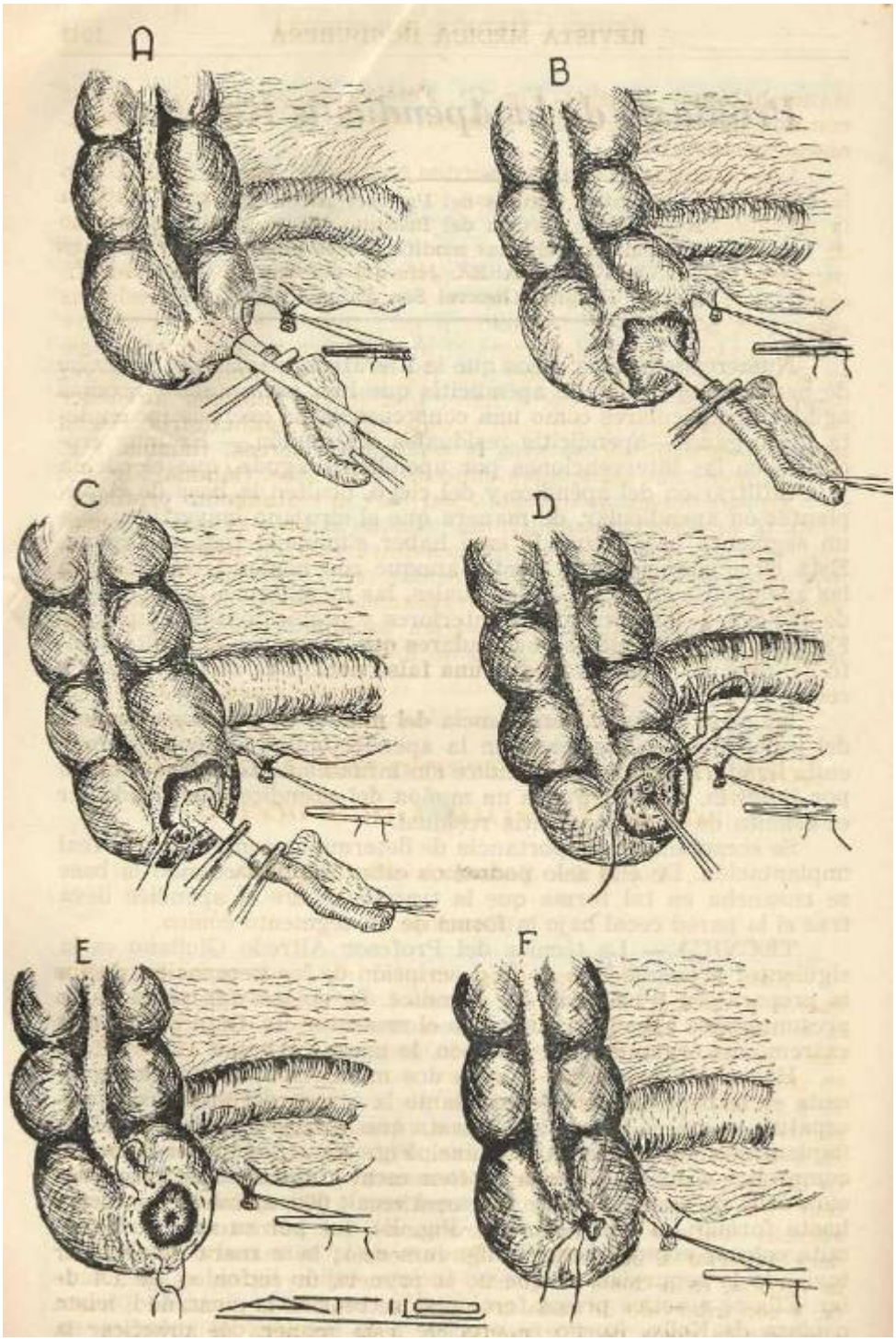
Numerosos son los casos que la literatura médica nos describe de personas operadas de apendicitis que han presentado episodios agudos apendiculares como una consecuencia de exéresis incompleta del órgano —apendicitis residuales del muñón.— Es muy frecuente en las intervenciones por apendicitis aguda, que el edema y la infiltración del apéndice y del ciego, oculten la base de la implantación apendicular, de manera que el cirujano inavertido, deja un segmento basal, cuando cree haber eliminado todo el órgano. Esta circunstancia se presenta, aunque con menos frecuencia, en las apendicitis crónicas, en las cuales, las membranas pericolónicas de Jackson y las pericecales anteriores y posteriores de Dupuy de Frenelle, forman velos ser o vasculares que favorecen el ocultamiento del órgano, y por ende, dan una falsa noción de su implantación cecal.

En otros casos la persistencia del muñón es una consecuencia del procedimiento empleado en la apendectomía; así por ejemplo, en la ligadura simple del apéndice sin infundibulización proclamada por Baldwin, siempre queda un muñón del apéndice, que puede ser el asiento de una apendicitis residual.

Se comprende la importancia de determinar con certeza la real implantación. De ello solo podremos estar seguros cuando la base se ensancha en tal forma que la tracción sobre el apéndice lleva tras sí la pared cecal bajo la forma de un segmento cónico.

TÉCNICA.— La técnica del Profesor Alfredo Giuliano es la siguiente: prescindiendo de la descripción de los tiempos previos a la preparación y exéresis del apéndice. Se coloca una pinza en la presunta base apendicular. Se liga el mesenteriolo. Otra pinza en el extremo del órgano, sobre su meso, lo mantiene tenso.

Hacia el lado cecal y a unos dos milímetros de la pinza colocada en la base, se incinde circulante la serosa del apéndice y con espátula se diseca la subserosa hasta que aparezca el cono cecal de implantación apendicular, (lámina, Fig. A). Siempre es posible comprobar el límite entre la mucosa cecal y apendicular. La disección debe de avanzar sobre la pared cecal, despojándola de serosa hasta formar un cono, (lámina, Fig. B) que por su amplitud permita colocar cómodamente la ligadura de la base real del apéndice, teniendo la seguridad de que no incluye tejido linfoideo apendicular. Ella se practica previa forcipresión con simple pinza de Kocher o pinza de Kelly. Luego se procede a la sección del apéndice en


A
B
C
D
E
F

forma habitual, (lámina, Fig. C). Finalmente, se oculta el muñón con una jareta invaginante, {lámina, Fig. E), o con puntos separados seroserosos.

Los diferentes tiempos descritos hasta el momento constituyen la técnica del profesor Giuliano, la que si bien es cierto evitaría la apendicitis residual, expone en mi concepto a un deslizamiento de la ligadura de la base del apéndice con sus fatales consecuencias peritoneales, ya que la areta invaginante del muñón sería insuficiente para evitar la salida del contenido cecal una vez deslizada ésta. Una pequeña modificación a ésta técnica es lo que motiva este trabajo, y es la siguiente: el procedimiento es el mismo hasta el tiempo que nos muestra la fig. C, (de la lámina). Una vez ligada la base, se procede a hacer una jareta muscular alrededor de ésta, (lámina, Fig. D), con el objeto de infundibulizarla. Hecha esta infundibulización se hace la jareta de la serosa, (lámina, Fig. E), quedando de esta manera cubierta dicha base, (lámina, Fig. F).

En esta forma he querido contribuir al tratamiento profiláctico de la apendicitis residual, que aunque si bien es cierto constituye una eventualidad rara clínico-quirúrgica, al presentarse podria pasar desapercibida en enfermos con cicatrices abdominales atribuidas a apendícectomías, trayéndonos como consecuencia dificultades diagnósticas, que podrían exponer al enfermo a peritonitis por perforación, cuando no a la muerte misma.

Mes de Junio de 1949.

Consideraciones Acerca del Tratamiento de la Uretritis Gonocóccica

Por el **Dr. Manuel Castillo Barahona**

(Concluye)

Esta ligera idea que hago constar de la preparación de los sueros y vacunas, nos da el camino para su uso terapéutico. En la actualidad son numerosas las vacunas que se emplean en este caso, las que difieren por su modo de prepararse, por el contenido en microbios y su excipiente; hay vacunas cuyo contenido es de 10 a 15.000 millones de gérmenes por ce, incorporados a un excipiente aceitoso, tal como el Lipgon, otras donde el contenido es de 25 a 50.000 millones, donde el excipiente es una solución de. sulfato de magnesio al 1 por mil (Demonchy). La del Instituto Pas-teur, que es polivalente y que contiene 4.000 millones por ce. y además contiene 10 cepas microbianas. La autovacuna se considera superior a las vacunas del comercio; la manera de emplear la vacuna, es a dosis creciente, la primera inyección es de 1.4 de ce. y con intervalo de cada tres días se repiten aumentando, hasta alcanzar la dosis de 1 y medio ce, esta manera de practicar la

inyección debe estar sujeta a la intensidad de las reacciones, general y local, las vías de inoculación son, la sub-cutánea, muscular, endovenosa, oral, intramuscular y la intracervical en la mujer, pero las vías más utilizadas son la sub-cutánea y la muscular. Una manera muy particular para la vacunación es la del Dr. Basset y Paingloix, llamada "Vacunación por la puerta de entrada o regional", que consiste en introducir las vacunas por medio de inyección a dosis crecientes bajo la mucosa uretral del hombre y de la mujer, o bajo la mucosa cervical de ésta; el empleo de estas vacunas se refiere a la blenorragia crónica y sus complicaciones, en la aguda, según la opinión de la mayoría de los autores, es dudoso, sin embargo, yo he empleado la vacuna de Pasteur con buenos resultados y puedo decir que en un 50 % he obtenido positivo. En general según Maissonett se recomienda emplear corrientemente el tratamiento local y la vacuno-terapia, de ningún modo los des tratamientos se excluyen; se completan.

Minet y Devanis en relación con la vacuno-terapia dan las conclusiones siguientes: I^{9} las vacunas nunca son peligrosas, las reacciones que provocan son anodinas, de corta duración, fácilmente aceptadas por los enfermos; 2° en algunos casos excepcionales producen un efecto inmediato sorprendente, en los casos habituales pueden acortar la duración del flujo, luchan eficazmente contra los dolores de la epidídimitis al principio, sobre todo contra las artritis evitando a menudo la inmovilización, factor de la anquilosis; 3^{9} nunca es peligrosa, a **menudo** saludable, las vacunas antiblenorrágicas nunca pueden perjudicar a los enfermos y amenudo las mejoran; su empleo parece legítimo.

La autoseroterapia, que se basa en el principio de que todo antigeno **microbiano** desarrollado en el organismo ataca a una sencibilizaítriz específica, es también empleada para el tratamiento de la gonorrea, puede dar algunos resultados satisfactorios, y aún más en las complicaciones blenorrágicas. Yo he tenido **oportunidad** de observar unos 50 casos con este tratamiento y el resultado fue el siguiente: 5 curados, 20 mejorados y el resto desaparecidos, esto se refiere al año de 1939.

La quimioterapia, he aquí un tratamiento que consiste en atacar el gonococo exaltando las defensas del organismo entero, o bien utilizando la vía sanguínea para **destruirlo** en todos los focos o lugares que puede haberse refugiado; y comprende, a) *la* proteinoterapia que consiste en inyectar intramuscularmente la leche esterilizada, en la cantidad de 2 ce, con un día de intervalo, después se aumenta hasta 5 ce, al mismo tiempo se inyecta una vacuna anti-gonocóccica por vía sub-cutánea; lo que según Ponsard se producirá un choque hemoclásico que favorecería la acción ejercida sobre la gonorrea aguda da un porcentaje mediano, en cambio en la crónica el **resultado** es mucho mejor; b) Quimioterapia antiséptica (la gonargina es una sustancia fluorecente, bastante antiséptica cuyo poder bactericida es dos veces mayor que el pro-targol, la tripaflavia se elimina por la orina sin tocar el riñon

sano; su modo de empleo es 5 ce, de una solución al 2% en inyecciones endovenosas cada 24 horas, sumando 15 a 20 inyecciones en la blenorragia aguda y 25 en las crónicas, uno de los inconvenientes son los efectos fotosensibilización y las escaras que produce cuando se inyecta en la dermis o en el tejido celular, cuando este se extravasa, por falta de técnica; para evitar el primer inconveniente, se hace tomar al enfermo una oblea de resorcina de 0.25 *gr.,* antes de la inyección. Este tratamiento tiene la gran ventaja sobre los otros, que es poco costoso, ausencia de complicaciones, cura radical de la blenorragia y que no necesita tratamiento local.

En el año de 1912 a 1918, la quimioterapia de la blenorragia tomó un incremento bastante grande y fue tratada por el Neosalvarsán y mercuro-cromo tanto en el estado agudo como en el crónico y sus complicaciones. El Dr. Robles fue uno de los primeros que emplearon las sales de plata coloidal en el tratamiento de esta lesión por medio de inyecciones endovenosas. El Profesor Cano instituyó el tratamiento de metil-fenol suero en inyecciones endovenosas e intraprostáticas en la blenorragia. También se ha empleado la piridina pero con resultados poco favorables.

En el año de 1918-1935 se emplearon las sales de acridina en este tratamiento en inyecciones o lavados; siendo los trabajos más importantes los de Bear y Klein, Davis y Harrel, Bruk, Wassermann y Ahlswed quien usó la tripaflavina en solución al 2%, la que no solo fue usada en el hombre sino también en la mujer. En el año de 1941 en la revista "EL MUNDO MEDICO" encontré en uno de sus artículos el tratamiento sobre la blenorragia del Profesor Gougereaut, tratamiento que reúne en un solo todo los que hasta la fecha se han empleado y cuyo resultado es superior hasta el momento a todos los ya enumerados en éste trabajo, tanto sobre la blenorragia aguda como en la crónica, donde los resultados son netamente positivos, la manera de proceder es la siguiente : cuatro días es la duración de dicho tratamiento, durante éste tiempo la alimentación es lacto-vegetariana, medicación, sulfas en comprimidos, tomar 8 al día, dos antes de cada comida; diuréticos, solo o cualquier otro a la dosis de 0.50 gr., por oblea, tomar una después de cada comida; vacuna anti-gonocóccica, 2 ce, el primer día, y la misma cantidad el cuarto y último día; tratamiento local 3 lavados diarios con una solución de permanganato de Kal 0.20 por mil durante los cuatro días. Cuando no hemos encontrado vacunas, las hemos sustituido por leche esterilizada en cantidad de 10 ce, tal como se usa la vacuna.

Este tratamiento, no solo lo he llevado a cabo en mi estudio clínico, sino también en el Hospital General en 2° sala de cirugía de hombres con un resultado alhagador tanto en los casos agudos como en los crónicos, evitando en estos últimos las complicaciones que tanto horror se le tiene.

En los años de 1935-1937, fue tratada la blenorragia por nuevos cuerpos derivados orgánicos del azufre, tales como el Pron-

tosil Rubrum (sulfamido-diamino-azo-benzol), que fue descubierto por Domagk, quien lo empleó principalmente en el tratamiento de la estreptococcia, meningococcias; pero en octubre de 1937 da cuenta de las modificaciones introducidas en la primitiva molécula del paramido-fenil-sulfonamida, que se forma un nuevo cuerpo bastante interesante y que es conocida en el comercio con el nombre de Ulirón, que se han hecho experimentos en el tratamiento de la blenorragia, principalmente en Alemania por Grütz y Felke quienes lo consideran como una **Sulfamida.** Este cuerpo como decia anteriormente fue experimentado por Domagk, y se presenta en forma de un polvo blanco, soluble en solución alcalinas y los álcalis, insolubles en el agua, de sabor amargo y comercialmente se expende en comprimidos de 0.50 grm., es poco tóxico; las ratas y ratones soportan bien las dosis de 2 gr., por kgr., los conejos 5 gr., por kgr. Varios experimentadores alemanes han comprobado la extraordinaria terapéutica del Ulirón en los diversos tipos de blenorragia sub-aguda y crónica simple y en sus complicaciones, estableciendo la norma para su dosificación y su administración. En España los investigadores Sainz de Aja y Gay Prieto, llevaron **a** cabo ensayos y experimentos con el Ulirón en la blenorragia del hombre y de la mujer, con éxito; he aquí la estadística presentada por ellos.

El Profesor Sainz de Aja, presenta 30 casos de blenorragia, asi:

10 enfermos tratados en un solo ciclo de Ulirón; y 7 curados.
17 enfermos tratados en dos ciclo de Ulirón; y 13 curados. 3 enfermos tratados en tres ciclo de **Ulirón;** y **1** curados.

El Profesor Gay presentó 102 casos, con los resultados siguientes: 59 de gonorrea de más de 15 días de existencia, curados 23, con un ciclo de ataque de Ulirón. 26 casos con dos ciclos de ataque, asociados a lavados y vacunoterapia y 2 enfermos con 3 ciclos de ataque de Ulirón. El medicamento fracasó en 8 casos. En los individuos alcanzados de complicaciones parauretrales éste ha fracasado siempre.

El Ulirón es un agente terapéutico bien tolerado por el organismo y muy pocas veces hay que suspenderlo durante un tratamiento, no obstante las grandes dosis que ciertos individuos ha ingerido no se han notado fenómenos graves de intoxicación, ni de intolerancia; siendo de notar que en nuestro ambiente los enfermos toleran perfectamente bien el Ulirón aun empleándolo **a** fuertes dosis. He aquí la manera de emplearlo:

En la blenorragia reciente; un comprimido de 0.50 gr., 3 veces al día, durante 4 días, después de las comidas; si en este primer ciclo el examen de la secreción uretral es negativa se procederá a una reactivación para comprobar la curación. Si este primer ataque no ha sido suficiente para favorecer la curación se suspenderá la toma del Ulirón y se hará cada dos días lavados uretrales

según el método de Janet. Este modo de actuar se basa en que la. raza de gonococos adquieren una resistencia bastante grande contra el medicamento, (Ulirón).

En la blenorragia antigua, sub-aguda y crónica, el tratamiento de ataque de tres días de duración, se administra dos comprimidos, 3 o 4 veces al día. Cuando en este primer ataque el exudado permanece positivo, se repetirá la cura, después de un descanso de seis días, en la forma anterior pero en un período de 4 días, lo que regularmente da una curación definitiva. De conformidad con varias observaciones clínicas en los casos bastante resistentes, un. tercer ataque de seis días en la forma anterior aludida, nos da el resultado apetecido. Ciertos autores aconsejan que en el intervalo de estos ataques se emplee la vacunotrapía, acompañado de los-grandes lavados de Janet.

En la blenorragia de la mujer, la manera de tratarla se emplea el mismo método que el hombre, siendo suficiente el primer ataque para su curación sobre todo la gonorrea antigua pero si en el primero falla, se hace el segundo con un intervalo de 6 a 8 días de descanso; también en las embarazadas el resultado obtenido es bueno.

En la vulvovaginitis infantil se emplea a la dosis de tres tableta al día durante 3 días, si el resultado no es satisfactorio, se repetirá la cura después de 8 a 10 días.

El Profesor Francisco Lana Martínez en sus estudios acerca del tratamiento de la blenorragia por el Ulirón, nos da los resultados clínicos siguientes: un. primer grupo que se refiere a enfermos de blenorragia aguda o sub-aguda de 15 días de existencia con las conclusiones establecidas así: a) el Ulirón en estas fases de la blenorragia, ejerce un efecto beneficioso cuando se usa solo, aunque no cure la enfermedad, b) en las sobre-agudas con grandes fenómenos subjetivos, tendría la propiedad de calmar rápidamente los síntomas dolorosos e inflamatorios y provocar casi siempre la disminución y a veces desaparición de los gonococos después de una primera cura, c) el Ulirón administrado en los primeros días sobre todo en las formas muy agudas, podría actuar como preventivo en las complicaciones gonocóccicas.

2º Grupo, blenorragia aguda y sub-aguda de 1 a 15 días de existencia, tratada con Ulirón y lavados uretro-vesicales, conclusión; el Ulirón asociado a los lavados de Janet, mejora los síntomas subjetivos y objetivo de la blenorragia, especialmente en las formas sobre-agudas. Evita las complicaciones y disminuye el tiempo de la duración de la gonorrea, no lográndose la cura definitiva con uno ni dos ataques de Ulirón.

3º Grupo, blenorragia aguda y subaguda de menos de 15 días de existencia tratados con vacunoterapia específica intensiva por vía endovenosa, lavados tipo Janet y Ulirón, conclusión: a) cura en menos de 20 días bastantes casos de Uretritis gonocóccicas, b) se disminuye la posibilidad de que en este período sobrevengan complicaciones que tan molestas son y que alargan la enfermedad,.

c) en las uretritis sobreagudas, el Ulirón calma inmediatamente las molestias y sufrimientos tan grandes que tienen los enfermos, d) según, hemos dicho anteriormente, hemos conseguido un 75% de curaciones en enfermos de este grupo.

4º Grupo, gonorreas agudas y subagudas y crónicas de más de 15 días de existencia tratados con Ulirón, resultados; a) escapaz de curar la afección gonocóccica con uno o dos ^ataques de Ulirón, con lo que se abrevia muchísimo la duración de la enfermedad, b) con una buena técnica de administración y vigilancia de los enfermos, se puede conseguir hasta el 95% de curaciones en este grupo, c) es relativamente pequeño el porcentaje de enfermos que hay que prepararlos con vacunas gonocóccicas entre las dos curas de ataques de Ulirón, d) los éxitos son notabilísimos en los casos en que la blenorragia esta muy agudizada al comenzar el tratamiento, e) aunque se trate de enfermos con uretritis gonocóccica crónica que han sido tratados por si mismo o con procedimientos inadecuados, la cura del Ulirón bien dirigida es"'" capaz de terminar la enfermedad en 3 a 4 semanas con solo dos o tres ataques.

5º Grupo, blenorragia complicada de epididimitis y orquiepididimitis, resultados, a) el Ulirón obra como un medicamento prodigioso, calma los dolores testiculares e inguinales desde las primeras horas de la administración del medicamento, b) con la administración del Ulirón y mientras dura la epididimitis, pueden seguir haciéndose los lavados uretro vesicales sin ningún peligro, ya que además beneficia al enfermo al mejorar su uretritis, c) al mismo tiempo que mejoran los-fenómenos epidimitarios, mejoran con el Ulirón todos los síntomas de la Uretritis, obteniéndose curaciones rápidas y definitivas, d) con el Ulirón no es de precisión absoluta que los enfermos guarden reposo, e) con el Ulirón se abrevia en menos de la mitad el tiempo de la duración de la epidimitis y de la uretritis gonocóccica concomitente.

6º Grupo, Uretritis gonocóccica complicada con prostatitis aguda o crónica, conclusión, a) el Ulirón solo no cura esta complicación, b) al Ulirón hay que asociar la vacunoterapia antigonocóccica, los masajes prostáticos, lavados uretro-vasicales y sesiones. de diatermia, para conseguir la curación, definitiva, c) el Ulirón en las prostatitis agudas y sobreagudas con síntomas subjetivos violentos y aparatosos, obra de un modo prodigioso calmando rápidamente dichos síntomas, d) hay que reconocer, desde luego que el Ulirón acorta la duración de la prostatitis subaguda y crónicas y aún que la curación no sea muy rápida, se obtienen curaciones definitivas mucho más rápidas que con los medios hasta la fecha utilizados.

7º Grupo, gonorreas complicadas con cistitis, a) el Ulirón en este caso obra como un medicamento maravilloso disminuyendo y desapareciendo todos Los síntomas de enfermedad, b) las orinas se' aclaran inmediatamente, c) con el Ulirón se permiten los lavados vesicales, que se hacen con gran facilidad, acelerando

de esta manera la curación de la cistitis y de la uretritis, d) loa enfermos no tienen necesidad de someterse al régimen tan severo, como se hacía antes, e) con la administración del Ulirón en estos casos de cistitis se evitan las complicaciones de epididimitis y prostatitis.

8[9] Grupo, gonorreas complicadas de reumatismo gonocóccico, a) el Ulirón en estos casos, calma los dolores a las pocas horas de su administración, b) el Ulirón solo no cura el reumatismo gonocóccico, c) al Ulirón hay que asociar, la vacunoterapia y la ditermia por onda corta para conseguir la curación, d) el Ulirón acorta grandamente la duración del proceso en menos de la mitad del tiempo del que antes se empleaba para curar la enfermedad, etc.

9° Grupo, blenorragia subaguda o crónica con complicaciones para uretiales, resultados; a) el Ulirón empleado en estos casos, fracasa rotundamente, b) hay que recurrir a los tratamientos clásicos para curar estas complicaciones, c) el Ulirón sería un buen coadyuvante en el tratamiento a emplear en este grupo de complicaciones.

PENICILINOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA

Este es uno de los capítulos más interesantes que en esta época están desarrollándose en relación a la afección que nos ocupa, y no solamente en ella, sino en la mayor porte de la vida microbiana, quizás como su nombre' lo indica sea el barrido completo de esta maleante organización; la ESCOBA MAGICA que barrerá esas millonadas de seres invisibles que azotan la humanidad entera.

Es uno de los tratamientos que esta en el período de desarrollo, de tal manera que el trabajo que yo he emprendido esta en relación con la mayoría de los datos recogidos en diversas revistas médicas y los pocos libros que se relaciona con este estudio, así como también las observaciones recogidas, ya en mi estudio clínico, ya en el Hospital General, en la 2^ Sala de Cirugía de Hombres, estos datan desde el año de 1943, hasta el mes de enero del corriente año. Cada una de dichas observaciones las he coleccionado con el mayor esmero posible y haciendo sobre todo el diagnóstico clínico y sus exámenes bacteriológicos correspondientes, hechos primordiales, para llevar a cabo la terapéutica a que se refiere el capítulo, dándole la amplitud necesaria, para llevarla a una finalidad positiva, ya sea tratándose de los casos agudos, ya de lo? crónicos.

Antes de entrar en detalles acerca de este tratamiento, tendré que dar a conocer lo que es la Penicilina, aun cuando bien sé que cada uno de ustedes, la conoce íntimamente.

El día. 12 de junio de 1948 Sir Alexander Fleming pronunciaba una conferencia en la Academia Médica Municipal de Madrid, acerca de la Penicilina de COMO DEBE USARSE, y principió de la manera siguiente:

"Empezaré mostrándoles como descubrí que un cierto moho, un Penicillium, de la serie notatum-chrysogenum, elaboraba una extraordinaria sustancia bacteriana, a la que bauticé con el nombre de Penicilina; y también les daré cuenta de una o dos de las primeras experiencias que hice con ellas y que me dieron cierta luz sobre sus actividades.

Fue en 1928 cuando una de mis placas, donde yo cultivaba estafilococos, se contaminó con un moho. Esto no era raro en los laboratorios de bacteriología, pero lo que me pareció extraordinario era el que las colonias de estafilococos alrrededor del moho estaban desapareciendo.

Fue eso lo que me trajo mi atención y me indujo a proseguir la investigación.

El cultivo original ha sido conservado, y puede aun ser visto en nuestro laboratorio.

Una de las observaciones que presenta después de haber aislado el moho de la placa original, es la que a continuación expone:

Algunas esporas fueron sembradas en una placa como medio de cultivo adecuado, y se les dejó germinar durante cinco a seis días a la temperatura ambiente. Entonces, diversos microbios fueron sembrados por estría y en dirección radical con respuesta a la colonia del moho; pero la mayoría de ellas fueron completamente inhibidas a una distancia de una pulgada o más. Esto me reveló que el moho producía una sustancia antibacteriana difusible y de acción colectiva.

Entonces cultivó aquel moho en un medio líquido, y después de una semana el líquido fue ensayado, abriendo un canal en la placa, y colocando en ese canal un medio de cultivo impregnado con el líquido de cultivo metabolizado por el moho y sembró en dirección perpendicular distintas bacterias. Nuevamente se vio que algunos microbios no eran afectados por el líquido ensayado, en tanto que otros fueros inhibidos enérgicamente; y este fenómeno resultó demasiado interesante, puesto que muchos de los microbios influidos enérgicamente eran de los que más comúnmente causaban infecciones en nosotros, tales como el estafilococo, estreptococo, gonococos, neumococos, etc.

Este crecimiento del moho en un medio de cultivo líquido es hoy día la base de la producción de la **Penicilina.**

Estas sencillas experiencias, que demuestran la acción selectiva de la penicilina y su gran difusibilidad, son tan importantes para nosotros hoy día como lo fueron cuando las realizó en 1928-1929.

También en sus célebres experiencias sobre la no toxicidad sobre las células humanas, y dice:

La sangre humana es capaz de matar un considerable número de bacterias, tales como el estafilococo, y lo realiza esto mediante sus leucocitos, por cuanto si los leucocitos se separan o destruyen, este poder bactericida de la sangre desaparece. Todos los antisépticos de uso corriente cuando apareció la penicilina en 1928-1929,

eran más destructivos sobre los leucocitos que sobre las bacterias; por ejemplo: si 100 estafilococos se incuban con sangre, sobreviven unos cinco, pero si el mismo número de estafilococos se incuban con sangre que contiene ácido fénico en proporción de 1 en 840, sobreviven todos ellos y crecen, debido a la destrucción de los leucocitos por esta concentración de ácido fénico. El mismo efecto, aunque a diferentes concentraciones, según los productos, se obtiene con todos los antisépticos.

La Penicilina fue la primera sustancia descubierta con enérgica acción letal sobre las bacterias, pero no ejercía aparentemente acción destructiva sobre los leucocitos.

Y ahora que se dispone de penicilina pura, la diferencia es más sorprendente, poniendo en evidencia el efecto antileucocitario y antibacteriano.

Existen algunas propiedades de la penicilina que son de importancia práctica para el médico.

La penicilina desecada, tal como viene en los frascos, es relativamente estable; pero cuando se adiciona agua, *o* cuando *él* envase se abre y se le deja abierto, se humedece por absorción del vapor del aire y se hace inestable. Esto naturalmente es una gran pena.

Si se hace una disolución de la penicilina comercial y la conservan a la temperatura de la habitación, se conservará bien durante 1, 2, 3 días; pero transcurrido ese tiempo, no se puede tener la certidumbre de que habrá conservado su potencia. La penicilina comercial no es aun pura, y las impurezas parece que tienen alguna influencia en la estabilidad. Las impurezas no son siempre las mismas, de modo que es imposible dar un tiempo definido durante el cual una disolución de penicilina conservará el título inicial. No hay seguridad de que cualquier preparado de penicilina que contenga agua retendrá su potencia después de una semana. Puede no haberse inactivado totalmente, al cabo de ese tiempo o aún después de 2 o 3 semanas; pero probablemente no tendrá su .actividad inicial.

La penicilina es un ácido que forma sales con facilidad, las que más se han empleado son las de calcio y de sodio, y más recientemente la sal potásica. Todas estas sales son adecuadas para el tratamiento sistemático; pero debe tenerse presente que la sal sódica es fuertemente higroscópica, y cuando se expone al aire y tal ocurra cuando se preparan pastillas, ungüentos, polvos o preparados con vehículos cereo-oleoso, rápidamente absorbe humedad del aire y por lo tanto la penicilina es relativamente inestable. La sal calcica es menos higrocópica y por eso es preferida para la preparación de especialidades farmacéuticas que se suponen estén libres de agua. Pero cuando se agrega agua a una sal calcica de penicilina, no es más estable que la sal sódica.

La penicilina se destruye por el calentamiento excesivo, pero *ni* es destruida tan fácilmente como la gente se imagina. No debe hervirse, y si tal se hace, aunque dure poco la ebullición, su po-

tencia desaparece. Resiste la temperatura de 70^{9} durante media hora sin deterioro,, y esto es importante cuando se prepara una crema para aplicación local.

Los ácidos y álcalis fuertes destruyen la penicilina, así como también lo hacen muchos metales, especialmente el cobre. Esto último es importante en diversos aspectos; así por ejemplo un inhalador, para aplicar penicilina pulverizada reduce la potencia del aerosol aproximadamente una quinta parte de la que .debía haber sido.

LA UNIDAD DE PENICILINA

Los investigadores de Oxford establecieron una unidad que grosso modo, corresponde a la cantidad que disuelta en 50 ce, de caldo inhibe al estafilococo empleado en el ensayo. En 1945, una unidad internacional fue establecida correspodiendo con la unidad Oxford. En esa época, la penicilina 2 o G había sido purificada. La unidad internacional es igual a 0.0006 mrg., de penicilina 2. Esto quiere decir que 10.000 unidades equivalen a 6 mlgr., o un millón de unidades equivalen a 600 mlgr., de penicilina.

Esta cantidad última representa la dosis total en que muchos casos se ha empleado con éxito para el tratamiento de una septicemia estafilocóccica.

Con respecto al uso de la penicilina, según Fleming, deben tenerse presente las siguientes reglas generales:

Primera.—El tratamiento con penicilina debe ser aplicado únicamente a enfermos que sufren de una infección por un microbio sensible a la penicilina.

Segunda.—Debe administrarse en tal forma que llegue hasta. donde esta el microbio causante de la infección.

Tercera.—Debe aplicarse en dosis suficientemente grandes para matar el microbio causante de la infección.

Cuarta.—El tratamiento debe prolongarse el tiempo suficiente para hacer desaparecer la infección.

Durante 10 años las sugestiones de Fleming quedaron en el olvido; pero en el año de 1940, nuevamente fue despertado el interés sobre la penicilina como agente bacteriano, originalmente por los investigadores de Oxford en el antagonismo microbiano, este antagonismo mostrado por la penicilina en contra del estafilococo en las placas de cultivo originales de Fleming, indicaron que su acción era diferente de los antisépticos clásicos. Chain demostró que la penicilina no era un agente quimioterapéutica ordinario, para esto efectuó la inyección preliminar de 40 mgr., del filtrado de penicilina cruda en ratones de 20 gr. de peso, y notó que no hubo alteración alguna en dichos animales. A su falta de toxidad aparente de la droga invivo justificó las ínvestigaciones llevadas a cabo por los investigadores de la Oxford cuyos resultados preliminares mostraron que un preparado de penicilina ligeramente purificado posee propiedades anti-bacterianas notables

contra ciertos micro-organismos, incluso anaerobios; también demostraron con pruebas in-vivo que la penicilina inhibía el crecimiento del estreptococo piogeno, el viridans, el neumococo, etc., la solución de penicilina empleada contenía 10 mgr., de sustancia activa por ce. Estos investigadores opinan que la penicilina no tiene acción bactericida inmediata, sino que se opone a la multiplicación de las bacterias.

Cuando se pensó en la purificación aun todavía mayor de la penicilina, aumentó grandemente su acción bactericida, o afectando su selectividad por las especies bacterianas.

Los investigadores Abrahan, Chain Florey, en 1941 demostraron el poder bacterioestático de la penicilina que es más intenso que el más poderoso de los antisépticos conocidos, también se demostró una inhivisión completa o parcial del crecimiento de 30 diferentes gérmenes patógenos.

En el año de 1942 los investigadores de Oxford manifestaron que previa a una mayor purificación, la penicilina inhibida totalmente el crecimiento de los gérmenes de prueba en una disolución de 1:30.000.000.

En los E. U. A., se iniciaron estudios sobre la penicilina, donde se evitaron la muerte de ratones infectados, inyectando los 100.000.000 de dosis mortales de estreptococo hemolítico, con efecto tóxico mínimo o nulo por parte de la penicilina.

EFECTOS DE LA PENICILINA SOBRE GÉRMENES RESISTENTES

La blenorragia tratada intravenosamente con penicilina.

Según Herrel, Cook y Thompson, las pruebas hechas in-vitro con Neisser, gonorrea, aislados de enfermos que anteriormente resultaron resistentes a las sulfonamidas, los gérmenes fueron totalmente inhibidos, por la penicilina en diluciones del: 100.000 y 1:200.000, en cualquier momento que varaba entre la 2^ y la 3^ y 4^ horas. De conformidad con estos hechos, enfermos sulfaresístentes fueron tratados por venoclisis con dosis totales de 340.391 y 448 mgr. En estos 3 casos no se observaron manifestaciones tóxicas, ni molestia alguna. Cook, Pool y Harrel, administraron penicilina a 10 sujetos con blenorragia sulfarresistentes y uno que no había sido tratado, en todos estos casos el cultivo de gonococos fueron positivos; el tratamiento se llevó a cabo entre 2 y 6 días y el resultado fue el siguiente: se obtuvieron cultivos negativos entre las 14 y 48 horas en todos los hombres y en una de las mujeres, en el resto se obtuvo la negativa de Los cultivos entre las 60 y 120 horas la dosis requerida fue de 110.000 U. Ox., para los hombres y 162.000 para las mujeres; las dosis totales para hombres y mujeres 65-000 y 113.000 U. Ox., respectivamente, todos estos enfermos respondieron satisfactoriamente el tratamiento endovenoso.

La penicilina por vía intramuscular cura la blenorragia; Mahoney y sus colaboradores nos muestran 75 casos tratados con penicilina inyectada intramuscularmente en la región glútea de la. manera siguiente: 10.000 U. Ox., disuelta en 2 ce, de agua destilada cada 3 horas día y noche, durante 45 no: as para cada uno de ellos 160.000 U. Ox., en la mayoría de los enfermos desaparecieron los síntomas clínicos después de dos días de haber terminado el tratamiento, los cultivos se hicieron negativos 24 horas. después; la dosis mínima de penicilina en los suliamidores sistentes según la investigación de Van Slyke, Arnol y Bucholtz, después de haber estudiado sobre 103 casos, de los cuales 81 no respondieron a la sulfamidoterapia, les dio resultado satisfactorio,, un plan terapéutico consistente en seis inyecciones intramusculares de 20.000 unidades cada una de penicilina, administradas cada 3 horas durante un período de 15 horas. Greenblatt y Street, recomiendan que no debe intentar darse dosis mínimas de penicilina, en el tratamiento de la gonorrea y que debe emplearse un total de 150.000 unidades apesar de que se pueden obtener buenos resultados con dosis de 60.000 U.

La penicilina es transportada por la corriente sanguínea, según Miller, Scott y Moeller, pues han observado, que dos horas después de puesta la penicilina los gonococos desaparecieron, siendo las vías escogidas la muscular, las dosis varían de 50 a 100.000 U., por un período de 6 horas, ellos creen que la penicilina transportada a la mucosa por la corriente sanguínea mas bien que por vía uretral puesto que la instilación de la solución de dicha droga, en la uretra, es un fracaso. Ya que al desaparecer los gonococos en el frotis, no fue retardado de manera significativa en los pacientes que retuvieron la orina durante el período de tratamiento.

La penicilina en el tratamiento de la gonorrea en la mujer. Experimentalmente han sido tratados 109 (84 blancas y 25 negras), 5 no respondieron al primer tratamiento, sin embargo, se obtuvo una respuesta favorable después de una segunda serie; en. proporción la penicilina fue administrada, 1 y media vez más en pacientes blancas de gonorrea quimio-resistentes, que en negras* en ninguna de ellas se observaron reacciones tóxicas producidas por el medicamento. De acuerdo con estas investigaciones, es más aparente que responda a la impresión de que las negras respondan mas fácilmente a la sulfamídoterapia que las blancas, esto ha sido observado por Greeblatt y Street.

Actividades de la penicilina.—Harry en sus investigaciones a este respecto dice: que si se adicionan diferentes concentraciones de penicilina a suspenciones de bacterias in-vitro se observan que existe; a) una concentración que solo reduce la multiplicación, b) otra concentración óptima en la que ocurre máxima destrucción de organismos, d) un aumento grande 1 concentración de penicilina, o se traduce en mayor poder bacteriolítico.

Sin embargo, con ciertas cepas (cepa Smith Staphureus, algunas cepas Stript beta memolítica y del Strep fecalis) pasada la concentración óptima, se reduce notablemente la efectividad de la.

penicilina, dando lugar a un fenómeno paradógico. Estos hechos sugiertn que in-vivo las altas **concentraciones** de penicilina pudieran presentar el mismo hecho.

Según Keefer el germen más suceptíble a la penicilina es el gonococo, de 50 a 150.000 U., puede curar el 98% de gonorreas en 24 horas.

Método de **la inyección de Penicilina.**—Romansky y Bithman comunicación el use de la penicilina en aceite y cera "fórmula Romansky" en el tratamiento de 175 casos de gonorrea; 75 pacientes recibieron una inyección de 150.000 U., todas curaron, 100 pacientes recibieron 100.000 U., en inyección única, curaron 93, una segunda inyección de 150.000 y curaron los restantes. Estas inyecciones únicas de 100.000 U.(a 150.000 produjeron y mantuvieron concentraciones terapéuticas de penicilina en la sangre por 7 y media horas sin observarse ninguna reacción. Frieda Fraser **y** Lilian Lame, administraron 156 dosis de 200.000 U., de penicilina en aceite y cera a 133 mujeres atacadas de gonorrea, la duración del tratamiento fue entre 15 a 20 horas. La eficacia de una dosis-única fue evaluada sobre la base de 6 exámenes bacteriológicos. sucesivos negativos a intervalos de una semana.

El Dr. A. Allan, M. B., dice: el método de inyección única de 200.000 U., de penicilina sódica inyectada por vía muscular es un método rápido, sencillo y exento de molestias para curar la gonorrea, su efectividad puede determinarse solamente después de el uso de gran número de casos bajo continua vigilancia médica; la. consecuencia de este tratamiento, es que para exterminar el gonococo: a) no es necesario mantener en la sangre por tanto tiempo una cantidad apreciable de penicilina como se había creído hasta ahora, b) una concentración alta es inecesaria.

Penícilinoterapia bucal para el tratamiento de la blenorragia. La mayoría de los investigadores y médicos generales, han buscado una manera rápida, sencilla y fácil para combatir ésta dolencia; si bien es cierto que la vía parentérica llena casi por completo su objetivo, difícilmente puede decirse que es cómoda para el médico y aun menos para el enfermo. La administración por vía oral de este antibiótico, es simple, pero su eficacia tendrá que demostrarse de una manera cierta; cuando ésta droga se ha suministrado en dosis suficientes, se han obtenido curaciones rápidas y completas.

Gyorgy y sus colaboradores obtuvieron resultados positivos en 26 casos, la curación se llevó a cabo en el término de 1 a 3 días con excepción de tres mujeres con blenorragia crónica, la. dosis fue de 15 a 40.000 U., cada 3 o 4 horas en un período de tiempo de 2 a 33 horas.

Pau y sus asociados, administraron dosis únicas de 100.000 a 300.000 U.. en tabletas; en 15 de los 16 pacientes obtuvo la curación clínica y bacteriológica en 24 horas, el paciente refractario recibió 100.000 U., y otra más de 200.000, resultando dos horas después el cultivo del gonococo completamente negativo.

Tree y sus investigadores (colegas) trataron con éxito 14 casos por vía oral administrando durante el **.día** 100.000 U., cada dos horas, hasta alcanzar en dos días una dosis total del 600.000 U. Según Roce Burge y Me. **Lendon,** la administración de dosis mayores a la necesaria es una garantía contra las curaciones sintomáticas que dan lugar a los portadores crónicos y al aumento de resistencia de las cepas microbianas.

He hecho una relación poco más o menos **del** tratamiento da Uretritis gonocóccica desde las épocas más remotas hasta nuestros días, estudio que me ha servido de base para mis observaciones desde el momento que **principia** las prácticas **hospitalarias** hasta **la** época actual, en que por una amabilidad de mis colegas, tengo la honra de dar a conocer y sentirme lleno de júbilo por aportar un grano de arena para bien de la humanidad que sufre.

Una de las enfermedades que me llamó la atención en la época de mis estudios médicos en Guatemala, fue la blenorragia, que **tanto** sufrimiento ocasionaba en millares de sujetos, y pensé, lógicamente, que era necesario estudiar esta morbidez y curar cuanto fuese posible esta dolencia y sus consecuencias, y fue en el .año de 1914 que principiaron mis observaciones y la terapéutica que por aquel entonces se aplicaba a esta dolencia y la que **a** grandes rasgos mencionaré en este trabajo.

El tratamiento lo efectuaba local y general; el primero consistía en grandes lavados uretro-vasicales según la técnica antes indicada, con soluciones antisépticas de permanganato de potasa a 0.25 por mil, lo más corriente, o solución boricada al 4% seguido regularmente de una instilación uretral de argirol al 20%.

El tratamiento géneral con inyecciones endovenosas de solución de colargol al 1% en la forma siguiente: de esta solución, tomaba 1 ce, que la mezclaba con 5 ce, de agua filtrada y esterilizada, el sujeto permanecía en ayunas durante 8 horas del día en que se efectuaba la inyección y el resto del tiempo con una alimentación lacto-vegetariana, la técnica se llevaba a cabo con sumo cuidado para evitar la extravasación del liquido, pues al derramar -. se éste en el tejido celular o bajo la piel, los dolores que ocasionaba eran atroces y como consecuencia se formaba una escara de muy reacia curación; la reacción general sumamente fuerte, la temperatura se elevaba a 40^{9} y 41^{9}, fuertes fríos precedidos por escalofríos, mareos, vómitos, cefalea frontal y cierta sonnolencia, duración de este estado regularmente 6 horas, la inyección se repetía cada 5 o 6 días; en un 35% de curaciones la cantidad de inyecciones de 5 a 6 para un tratamiento.

Este método se basaba en la poca resistencia del gonococo al calor el que se desarrollaba en el organismo por la reacción intensa y generalizada del colargol.

A esto había que añadir, la higiene, los diuréticos, los balsámicos y la dieta correspondiente. La sueroterapia y vacuna terapia la. emplie, en la primera, a dosis de 5 ce, hasta 20 ce, una inyección cada 3 días; el fruto de este método dio un porcentaje

mayor de curaciones que el anterior, el 45%; en la vacunoterapia seguí la técnica corriente, usando la de Pasteur principiando por un ce, y terminando por 4 ce, en inyecciones subcutáneas una cada 4 días durante 3 semanas, a esto se debe agregar el tratamiento local. La reacción local, intensa, la general fue poco marcada. Curaciones un 60%.

Bajo la impresión de esta terapéutica empleada en aquella época en el Hospital General de Guatemala para la blenorragia, seguí el mismo método al establecer mi clínica en esta población en el año de 1925 de una manera metódica y sistemática hasta el año de 1941, época del advenimiento en nuestro suelo de la penicilina, droga que me hizo pensar en el tratamiento de la blenorragia, usándola de conformidad con los datos recogidos en relación con el empleo de ella.

Fue el 11 de agosto de ese año, que hice mi primera observación, se trataba de un sujeto portador no solamente de blenorragia, sino también de un chancro blando del surco balano prepucial y su adenitis consecutiva, se hizo el examen bacteriólogos del exudado uretral, con un resultado positivo por gonococo, y su examen, clínico con toda la sintomatología **característica; el** nombre del paciente. S. A., Abogado y Notario Público, mayor de edad, viudo, etc. El tratamiento se llevó a cabo de la manera siguiente: 100.000 U. Ox., de penicilina, disuelta en 30 ce, de suero fisiológico, dividido en tres partes iguales, inyectados así: (10 **ce,** en suero fisiológico, dividido en tres partes iguales, inyectados asi) 10 ce, endovenoso y el resto en partes iguales por vía muscular, cada una de estas inyecciones fue puesta con un intervalo de 3 horas en la región glútea. En relación con el régimen alimenticio, después de la primera inyección durante el resto del día solo leche;. cuarenta y ocho horas más tarde toda la sintomatología clínica había, desaparecido y el quinto día el examen bacteriológico daba un resultado negativo, el chancro y la adenitis con tendencia a desaparecer. Esta curación tan rápida me llenó de optimismo y seguí con ritmo ascendente cosechando numerosas curaciones con esta bellísima droga.

He de advertir que en estos días el valor de la penicilina era, bastante elevado y que para la mayoría de mis clientes pobres era prohibitivo, pero que *no* fue obstáculo para seguir tratando y observando el resultado de dicho tratamiento, puesto que las curaciones eran positivas y rápidas no daba lugar a duda que el costo de esta quedaba compensado y con creces con los **gastos** ocasionados y tiempo perdido con los tratamientos anteriores.

Desde la fecha señalada anteriormente hasta nuestros días es decir, hasta el **última** de enero del comente año la penicilinoterapia ha seguido[1] un curso ascendente y con resultado satisfactorios como puede verse en el cuadro estadístico que les adjunto.

He aquí, pues la técnica emplada desde el primer enfermo:

1°) Examen del exudado uretral antes de dar principio el tratamiento.

2") Dosis empleada para cada sujeto, 100.000 Unidades Oxford, raras veces 200.000 U. Ox.
3[9]J Disolver esta cantidad de penicilina en 30 ce, de suero fisiológico o suero glucosado, o agua destilada.
4[g]) Dividir esta solución en tres partes iguales, para que cada una de ellas corresponda a una inyección.
5[9]) La primera inyección endovenosa, las otras dos musculares, de preferencia en la región glútea.
6[9]) Tiempo de duración 12 horas, con intervalos de 4 horas.
7°) Régimen alimenticio; desayuno corriente y resto del día (régimen) lácteo, evítese ingerencia de licores y uso de mujer.
8[7]) *5*[9] día examen bacteriológico del exudado uretral.

Durante el tratamiento llevado a cabo por la penicilina no ha habido ninguna reacción tóxica y solo se ha observado en deltas ocasiones malestar general; regularmente al tercer día, han desaparecido los síntomas clínicos y a les cinco días el examen del exudado un resultado negativo. La mayoría de los sujetos curatíos han tenido la idea que este tratamiento los deja inmunizados y reinciden en sus i elaciones sexuales con hembras contaminadas, lo que da lugar a una reinfección; pero un nuevo tratamiento se instituye y la curación es el fin, advirtiendo que es necesario emplear dosis mayores y por lo tanto a nueva infección, mayor tiempo de tratamiento.

Los resultados netamente positivos que he obtenido se debe al riguroso método empleado, y cuando se ha obtenido fracasos es que no se han seguido las instrucciones dadas anteriormente sino también por negligencia del que ejecuta el tratamiento o por el mismo enfermo que se retira antes 'de tiempo.

Esa terapia no solamente la he empleado en mi oficina clínica, sino también en el Hospital General, en la Segunda Sala de Cirugía de Hombres con resultados también alagadores, apesar de las dificultades con que se tropieza en ese Centro de Beneficencia. La manera de efectuar este tratamiento, el resultado satisfactorio y cesto, nos da a conocer la importancia y utilidad económica en cualquier centro de esta naturaleza; y esto se puede ver al comparar los cuadros a que ya hecho merción. Lógico es, pues, que su implantación se deba efectuar en cada uno de los lugares a donde llega un neiseriano, y tanto mas cuando que el valor de la medicina se ha reducido a su más mínima expresión y por lo tanto al alcance de todos.

El Dr. Augusto Pi y Suñer, dice: mientras no se emplee debidamente el método estadístico en medicina, esta se encuentra lejos de ser una ciencia.

He aquí porque he tratado de darle a ustedes una pequeña estadística que modestamente concuerda con el trabajo llevado a cabo durante muchos años.

KESUMEN DE LOS CASOS DE GONORREA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE PROFILAXIS VENÉREA DE LA SANIDAD PUBLICA, DURANTE LOS SIGUIENTES AÑOS ECONÓMICOS

Año económico de 1944 a 1945

Visitas en la clínica concernientes a gonorrea 301
Casos diagnosticados y sometidos a tratamiento 301
Contactos examinados 10

Año económico de 1945 a 1946

^Número de casos de gonorrea atendidos en la clínica 115

Año económico de 1946 a 1947

Número de casos individuales atendidos en la clínica 105

Año económico de 1947 a 1948

Número *de* casos, individuales atendidos en la clínica 90

El tratamiento consistió exclusivamente en la administración general de Sulfatiazol, cuatro gramos diarios, durante siete días. En su mayoría no han curado por la irregularidad en la toma del medicamento.

El Dr. Isidoro Mejía llevó su amabilidad hasta darme los datos siguientes: cincuenta casos tratados con Penicilina con dosis de 200.000 U. Ox., cada uno, dio por resultado la curación de cuarentiocho de ellos y los dos restantes hubo necesidad de ponerles Estreptomicina en cantidad de un gramo, con lo que se completó la curación de ellos.

Y es también al Dr. Gómez Márquez h., quien amablemente contribuyó a este trabajo facilitándome, en número de cuarenta observaciones en relación con el tratamieto del Profesor Gouge-

reaut y que se refieren al (tratamiento) de la blenorragia, tanto aguda como crónica, con resultados satisfactorias.

Y, por esta amabilidad mi más sincero agradecimiento.

	AGUDAS				CRONICAS			
Años	Tratamientos	Curados	Mejorados	Total	Curados	Mejorados	Desaparecidos	Total
1925	Local y vacunoterapia	93	28	121	45	25	9	79
a	Tripaflavina	85	8	93	25	—	7	32
1941	Tratamiento del Profesor Gougerau	58	8	66	14	—	—	14
1941	Penicilinoterapia	605	10	615	30	—	7	37
1949				895				162
				Suman				1067

HOSPITAL GENERAL

	AGUDAS				CRONICAS			
Años	Tratamientos	Curados	Mejorados	Total	Curados	Mejorados	Desaparecidos	Total
	Local y vacunoterapia	2	—	1	12	3	—	15
1938	Tripaflavina	1	1	2	3	—	—	3
a	Tratamiento del Profesor Gougerau	48	3	51	69	10	—	79
1949	Sulfamidoterapia	5	—	5	—	3	—	3
	Penicilinoterapia	49	—	49	12	—	—	12
				109				112
				Suman				221

Tegucigalpa, D. C, 5 de febrero de 1949..