

TESIS DE LA FACULTAD

OBSERVACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE ANQUILOSIS DEL CODO

Gonzalo Ríos Naranjo.

En esta tesis se estudia la Anquilosis y se la separa de la rigidez. Se trata de su etiología, y entre ella se consideran las fracturas, las luxaciones y el tratamiento quirúrgico.

Encontramos luego una historia de los tratamientos de la Anquilosis del Codo hasta llegar a la Resección del Codo, luego da sus indicaciones y contraindicaciones.

Anota los cuidados pre-operatorios, entre ellos los necesarios para la reparación muscular, y describe la intervención anotando el desprendimiento necesario del periostio y la desinserción muscular, así como los cuidados post-operatorios.

Su primera observación es muy interesante, sobre todo la radiografía que demuestra el resultado de la intervención; el resto de las observaciones es muy demostrativo, acompañadas de radiografías, exponen claramente el resultado de la intervención.

En resumen: se trata de la resección del codo como tratamiento de las anquilosis del mismo; después de pasar revista a los procedimientos curativos usados en estos casos, preconiza esta clase de intervención sangrienta como único recurso, demostrando con sus radiografías los resultados obtenidos.

X. X.

OBSERVACIONES SOBRE CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESOFAGO

Bernardo A. Rodríguez.

En esta tesis se estudia al principio la anatomía del Esófago y se definen sus cuerpos extraños entre los cuales el autor incluye los líquidos, habla de su origen y lo divide en alimenticio y accidental.

Estudia luego las causas que favorecen la introducción y localización de los cuerpos extraños, de su sintomatología y complicaciones.

Habla de su tratamiento naturalmente variable, de acuerdo con

la naturaleza del cuerpo extraño en cuestión, así como de la clase de intervención quirúrgica más indicada al respecto.

Entre sus observaciones hallamos una muy interesante, puesto que relata la intervención quirúrgica a que se sometió una enferma para extraerle una caja de dientes que se había detenido en el esófago.

En el curso de esta tesis se pone de presente la importancia que tiene la intervención del médico sobre los cuerpos extraños del esófago, intervención que puede ser desde la extracción manual hasta las maniobras instrumentales de esofagoscopia o esofagotomía, operación que parece benigna cuando se hace en el cuello; los cuerpos extraños del esófago son relativamente frecuentes entre nosotros y de aquí que la presente tesis nos merezca elogios por las intervenciones en ella referidas.

X. X.

CUIDADOS OPERATORIOS EN GENERAL

Enrique Botero Marulanda.

Nos hallamos en presencia de una obra densa como pocas, de una compilación de los preceptos necesarios para obtener el buen éxito de una intervención quirúrgica; preceptos que tienen el mérito de haber sido vividos por su autor quien advierte en su nota previa que “todo está escrito”.

Habla de los cuidados pre-operatorios comenzando por el diagnóstico y en él da a la historia clínica la importancia que tiene, tanto como al examen clínico, laboratorio, etc. A la evaluación de la resistencia del paciente por las funciones renal, hepática y del sistema circulatorio. Trata luego de la preparación del paciente para disminuir los riesgos operatorios; hace un capítulo sobre el cuidado de los infectados que requieren intervención y particularmente de los diabéticos, los alcohólicos, los niños y los tuberculosos.

Dá luego las razones para usar narcóticos antes de la operación y describe hasta los cuidados del último momento; la elección del anestésico, cloroformo, éter, gases, avertina, raquianestesia, etc.

En su capítulo II trata de los cuidados operatorios con lujo de detalles, en el III del importante asunto de los cuidados post-operatorios, generales y locales hasta cuando el paciente deja el lecho.

Esta tesis da la impresión de un trabajo de grande importancia por el cual no podemos menos que felicitar a su autor.

X. X.

A continuación publicamos una carta del doctor Jacinto Corredor, relacionada con el concepto sobre su tesis de grado hecho por el comentador de la "Sección de Tesis de la Facultad" en esta Revista, lo mismo que la contestación que el comentador da a la mencionada carta.

Bogotá, junio 12 de 1933.

Señor doctor don Jorge E. Cavelier, Director de la Revista de la Facultad de Medicina.—E. S. D.

En el número 9 de la Revista de la Facultad de Medicina, apareció un concepto sobre el trabajo titulado "Diatermia en Terapéutica", que presenté el año pasado como tesis del doctorado.

Su concepto, señor director, dejando a un lado la malevolencia de que hace gala en una de sus partes, tiene algunas opiniones erróneas que no quiero dejar pasar sin rectificar.

Dice usted, refiriéndose a la parte relativa a los principios físicos en que se funda la diatermia y a las acciones fisiológicas y terapéuticas, que casi todo es copia de obras extranjeras, que la mayor parte va entre comillas y añade: "por eso no las juzgamos".

Es noción elemental que en las leyes físicas, en que se funda la diatermia, son leyes universales y por lo tanto *invariables*. La exposición, clara y precisa, de todas estas nociones, es necesaria para hacer un estudio completo de la diatermia, y siendo leyes invariables, los autores, que de ellas traten, tienen que exponer todos las mismas ideas, si no quieren incurrir en error, puesto que están fundadas sobre postulados universales, y solamente pueden variar el plan de exposición, para mayor claridad, y agregar detalles de perfeccionamiento de técnica, como lo hago yo en mi tesis. Sentados estos precedentes, toda obra puede considerarse, en estos puntos, como copia de la anterior. Además, en los trabajos científicos es de práctica usual transcribir las exposiciones maestras que haya sobre la materia, naturalmente colocándolas entre comillas y citando la fuente de procedencia, para que no aparezca como propio el trabajo de los demás y para que tengan el respectivo valor científico.

Las acciones fisiológicas y terapéuticas, tienen también algunos postulados invariables y sus nociones son necesarias para el buen conocimiento de la diatermia, pero su estudio no está perfeccionado; por eso tuve necesidad al describirlas: de fundarme en las bases en que se fundan todos los autores (casi siempre las mismas); de añadir algunas de mis experiencias; de anotar cinco conclusiones, a que llegué, sobre la propagación del calor diatérmico en el organismo humano; de exponer mis puntos de vista (observados experimentalmente o basados en la esencia misma de la diatermia), en lo referen-

te: a las acciones sobre la sensibilidad, sobre la célula hepática y sobre el ovario; y de discrepar de algunos autores en varios puntos en que no están acordes con los principios científicos o con la experimentación. (Cirera Salse, sobre fenómenos electrolíticos. García Donato, sobre disociación de las globulinas. Vázquez Cohen, sobre electrodos y tratamientos de las metritis blenorragicas).

No veo, además, la razón del “no las juzgamos porque están tomadas de obras extranjeras”; las obras extranjeras también traen errores, y tan respetable es el trabajo nacional como el extranjero, si está fundado sobre la experiencia y principios fundamentales, estos están muy por encima de las opiniones emitidas en las obras. En mi tesis tuve que refutar las opiniones de algunas obras extranjeras.

Luégo pasa usted a la parte en que se trata de lo más interesante: las técnicas; aquí no hace el comentario de copia. Al iniciar el trabajo me guié por técnicas ya estudiadas y algunas las cito entre comillas; en el curso del mismo tuve que hacer: en algunas, ligeras variaciones, en otras, variaciones de fondo y en otras, idear nuevas técnicas y sobre todo apartarme de los electrodos gruesos que son, aún hoy día, los empleados en América y Europa y emplear electrodos muy delgados, absolutamente moldeables, y a los cuales debo el haberme librado de los fracasos en que han caído muchos de los profesionales dedicados a esta rama de la medicina y que los han hecho enemigos irreconciliables de la diatermoterapia.

Electrocoagulación en la hipertrofia de las amígdalas. — “Hoy día debe saberse —dice el comentario— que es muy difícil, casi imposible, destruir únicamente la amígdala con electrocoagulación; la cicatriz que deja es muy retráctil y esto hace que se retraiga el tejido restante hasta desaparecer, en apariencia, sin desinfectarse; por eso se usa muy poco hoy día”.

Si para algunos pocos profesionales era, hasta hoy, difícil, nunca imposible, electrocoagular únicamente la amígdala, es decir, hacerlo respetando los órganos vecinos, se debía a falta de técnica, por usar electrodos inadecuados; pero estos fracasos no constituyen una razón en contra de la electrocoagulación para la hipertrofia de las amígdalas, porque con una aguja aislada en toda su extensión, con excepción de la punta, tal dificultad no existe, para las partes mucosas de la boca, podría existir únicamente para las partes profundas vecinas al pedículo, en especial para la carótida, pero esta razón no puede aducirse como argumento contra la diatermocoagulación amigdaliana, porque ésta nunca debe llevarse a esa profundidad.

Si la amígdala se hipertrofia o se infecta, debemos amputarla, y emplear el método de tratamiento, que mejor modifique estos defectos y que ofrezca a los pacientes menos peligros.

Por experiencia, en tres casos que traté personalmente, pude com-

probar: 1º, que la amígdala se puede electrocoagular, aun con la técnica anticuada, que yo usé, sin herir los órganos vecinos; 2º, que no hay hemorragia; 3º, que no hay infección (este es un principio de diatermia); 4º, que se puede electrocoagular en la profundidad necesaria únicamente; 5º, que la cicatriz que queda después de la caída de la escara es blanda, lisa, sin anfractuosidades ni criptas, no es retráctil, ni tiene tendencia a la reproducción. Todo esto pude comprobarlo en marzo de este año, 11, 10 y 9 meses después de los tratamientos respectivos. Este método es, además, el que dá mayores garantías de asepsia.

La refutación de estos hechos experimentales, no puede hacerse con citas vagas de autores extranjeros, sino con experiencias que demuestren lo contrario.

Sin duda a sus manos vino una obra americana, publicada en Chicago, con el nombre de "Manual de Fisioterapia"; en élla, en un artículo titulado "Cirugía Eléctrica, breve reseña de esta novedad y algunos de sus usos", de que son autores Howard A. Kelly y Grant E. Ward, de Baltimore, se lee el siguiente párrafo:

"La amigdalectomía en pacientes que presentan contra-indicación para los procedimientos ordinarios, tales como los enfermos cardíacos y los viejos, es ahora ejecutada con cirugía eléctrica por especialistas. La destrucción de la amígdala se efectúa en varias sesiones; aplicando la corriente alternativamente, primero en un lado y luego en el otro, con intervalo de una a dos semanas. Tales pacientes de ordinario son ambulantes. Los pilares deben precaverse de las adherencias por tejidos cicatriciales, hasta que toda infección desaparezca; de este modo se evita el enquistamiento de la infección. El método es considerado, no obstante, aplicable sólo en casos especiales y por especialistas hábiles tanto en electroterapia como en otorinolaringología".

Los americanos Kelly y Ward no desaconsejan la diatermia, ni dicen que esté en desuso, pero a ellos y a Ud. tengo que hacerles estos reparos.

Es erróneo suponer que en diatermocoagulación haya adherencias: aún suponiendo que se electrocoagulen dos superficies vecinas, e intencionalmente se forme una escara adherente a las dos; esta misma escara sirve de obstáculo para que los tejidos subyacentes de las dos superficies, únicos capaces de contraer adherencias, puedan hacerlo; y a la caída de la escara que los separaba, los tejidos se encuentran en el proceso final de su cicatrización, cuando ya no son posibles las adherencias. Ni se alegue que las adherencias son efecto de la infección, porque: si existían antes de la electrocoagulación, ésta las destruye, y después no puede ser efecto de la infección que debe haber desaparecido.

El Dr. Coleman dice, refiriéndose al problema de la amigdalectomía: "La electrocoagulación es usada cuando apéndices de amígdalas

y la amígdala lingual han quedado *ins situ*. (Archivos de otorinolarinología. Vol. 15, Nº 3. Feb. 1932).

En la misma revista (vol. 16 Nº 1, julio 1932), el Dr. French K. Hansel, de San Luis, habla de tratamiento de las amígdalas por electrocoagulación con un electrodo bipolar presentado por Sunde.

Hasta aquí he tratado el asunto prescindiendo de la nueva técnica que voy a citar, y que quita el peligro de llegar a la carótida, de lesionar los pilares, y que tiene las ventajas de una gran sencillez, gran rapidez, y no necesitar anestesia, ni producir hemorragia.

En la obra del americano Dr. A. R. I. Browne. Trad. de Arteaga, Pereira y ampliada y anotada por el Dr. Luis Cirera Terré. Ed. 1933, se dice, hablando de la hipertrofia amigdalina: "La electrocoagulación o extirpación total mediante este método están llamados a sustituir a la operación, puesto que este último tiene la ventaja de evitar la hemorragia. En los niños puede no anesthesiarse." Recomienda como electrodo la pinza bipolar o monopolar de forma encorvada y dientes, cogiendo un bocado que queda electrocoagulado rápidamente y de desprendimiento fácil en pocos segundos. Aconsejan aplazar quince días para el otro lado. La pinza, presentada por el Dr. Cirera Terré, sólo coagula un milímetro por dentro de la porción curva y solamente sobre la línea central interior, por lo tanto, no quema; tiene una resistencia de 5.000 voltios y por su consistencia permite ejercer una gran presión, efectúa la isquemia y está provista de pequeños triángulos y cuadriláteros para evitar el deslizamiento. (Sirve para hemorroides).

El Dr. W. J. Tunell (Oxon) en: "Principios de electroterapia", Imp. de la Universidad de Oxford, 1929, dice que el único peligro es herir la carótida, usa métodos de aguja con anestesia y cita la estadística del Dr. Delinger: 150 casos tratados con este método.

Creo que con lo expuesto quedan demostradas la bondad y la importancia del método.

Blenorragia. — Dice Ud., que baso mis consideraciones en la conocida acción del calor sobre le gonococo, pero no añade que en mi trabajo agregó: "Además de la acción bactericida, ya vimos la acción estimulante del calor diatérmico sobre las defensas orgánicas. Basados en estos datos, etc."

En seguida dice: "Desgraciadamente los autores americanos han demostrado que el gonococo puede resistir por media hora a 43 grados centígrados, temperatura a la cual no sólo es imposible elevar la uretra con la diatermia, sino que si por desgracia lo fuera se coagularían los tejidos".

Si Ud. hubiera leído con cuidado mi tesis, habría visto, que en varios sitios repito que el gonococo a 43 grados centígrados necesita para morir una hora 16 minutos, y a 45 grados necesita 35 minutos, y esto *in vitro*, porque *in vivo* la resistencia debe ser mayor; bajo esta

base y la del estímulo de las defensas orgánicas por el calor, están fundados todos los experimentos y estudios hechos hoy sobre la materia.

No fueron los autores americanos sino los alemanes, quienes demostraron detalladamente, con exámenes bacteriológicos precisos, (hace más de 12 años), las diversas resistencias del gonococo al calor, llegando a precisar minutos y a elaborar el cuadro que aparece al principio de la tercera parte de mi tesis.

Es un error su afirmación, de que con la diatermia no se puede llegar a elevar la temperatura de la uretra a 43 grados centígrados. Esta temperatura y la de 43,5 grados centígrados la obtuve yo, comprobada con el termómetro, y tolerándola perfectamente el paciente: los doctores Guillermo Fisher y Gonzalo Reyes, de Bogotá, presenciaron esta comprobación varias veces; los tejidos periuretrales no se le electrocoagularon; de modo que, afortunadamente, la uretra sí se puede calentar a 43 grados centígrados y más; si a esta temperatura se electrocoagularan las albúminas y globulinas, tendríamos que concluir que muchas de las aves, cuya temperatura pasa de 43 grados, tendrían sus albúminas coaguladas.

Le recomiendo este párrafo de Roucayrol, que lo ilustra sobre la materia: "La coagulación de las albúminas en los tejidos vivos se verifica delante de 55 grados, pero no debe pasarse de 48 grados, temperatura que exalta la vitalidad celular, así como lo ha demostrado D'Arsonval, y delante de la cual se tendría al contrario una disminución de las defensas del organismo. Se operará de ordinario entre 43 y 45 grados. Si se permanece al rededor de 37 grados, el ataque será insuficiente, y en virtud de reacciones biológicas conocidas, los microbios se pondrán a la defensiva y se harán más resistentes. Más allá de 45 grados provocan reacciones inflamatorias que se deben evitar".

Sin necesidad de acudir a los estudios de Río de Janeiro, y sin dejarle de reconocer grandes méritos a la técnica del profesor Roucayrol, para la uretritis gonocócica en el hombre, hago en mi tesis un detenido y completo estudio, en que apunto los inconvenientes de ésta y las demás viejas técnicas usadas hasta entonces, y basadas en el empleo de electrodos a corta distancia, y demuestro las ventajas que sobre ellas tiene mi técnica para la uretra posterior, basada en el empleo de electrodos a gran distancia, única manera posible de obtener un gran calor uniforme sobre todo el rededor de toda la uretra posterior.

Sobre esta técnica, ningún otro estudio se ha hecho hasta hoy; es nueva, de modo que para declararla inútil, en su comentario, necesita estudiarla experimentalmente: para lo cual tiene que basarse en mi estudio, único que hay sobre ella; si, entonces, siguiendo al pie de la letra mi técnica, fracasara, (cosa que estoy seguro no le sucederá), podría declararla inútil con argumentos y no *a priori* y sin ninguna razón científica, como lo hace.

En la modernísima obra citada del Dr. Browne (Ed. 1933), todavía se recomienda la técnica de Roucayrol, y aun la más antigua de Santos, que describo yo en mi tesis.

Hipertrofia de la próstata. — En el manual de fisioterapia, a que arriba he aludido, probablemente vió Ud. en el artículo: “diatermia médica”, de John S. Soultter, de Chicago, la siguiente cita de Esendraht y Rolink, de Filadelfia:

“En la hipertrofia benigna de la próstata, en una serie de casos se comprobó que la *diatermia local, con un electrodo rectar*, no produce mejores resultados que los tratamientos de la rutina ordinaria”.

No interpretó bien Ud. ésto en su comentario. Sin duda estos autores americanos se refieren a la *diatermia indirecta*, llamada corriente de Oudin, (véase Victorgrama, volumen V, N° 4, Chicago, julio-agosto 1928, pág. 11), en la que se emplea corriente inducida de alta o mediana tensión con el electrodo rectal de Doumer o el electrodo condensador de Oudin, (por eso los autores dicen “diatermia local con un electrodo rectal”), que va unido al solenoide de Oudin; esta era la diatermia prostática más usada, aún hoy día; y refiriéndose a ella, los autores citados están en lo cierto, puesto que produce un calor tan superficial, como el de la lavativa de su comentario. Pero hoy, ya no debe usarse esta técnica, ni fue la usada por mí en mi observación número 24, en prostatitis.

La verdadera diatermia (baja tensión), usada hoy, es de *dos electrodos*; no entro en detalles, pues pueden consultarse en muchos autores, y ninguno tendría la osadía de decir que el calor profundo de 43 grados centígrados, desarrollado en toda la masa de la próstata, con la verdadera diatermia sea y obre lo mismo que una lavativa.

Por esto en la obra citada el Dr. Browne, (Ed. 1933), se dice, refiriéndose a la diatermia en la hipertrofia de la próstata, que después de Doumer se han notado los buenos efectos de la *alta frecuencia*, en especial, sobre la disminución de las micciones nocturnas, añade, usarse el electrodo resonador de Oudin, *de gran rendimiento y tensión*, y termina diciendo: “*recientemente sustitúyese por diatermia* (baja tensión) *con ventaja*”. Y refiriéndose a la prostatitis, dice: que es tratamiento de primer orden, y que se usan electrodos abdominal y rectal (dos a tres amperios), y que en caso de no resistir el electrodo rectal, (véanse las dificultades en mi tesis), se coloque al enfermo sentado sobre un electrodo en forma de cilindro.

Ojalá no se vuelvan a confundir estas dos modalidades tan distintas de la alta frecuencia.

Epididimitis. — Respecto a la epididimitis, yo cito una observación personal en que indico por qué me parece una contraindicación la diatermia; como Ud., en su comentario, hizo un juicio desfavorable, creo

que quiso referirse a la orquitis y orquiepididimitis, y para estas afecciones sí soy un defensor del método.

La razón en contra por acción atrofiante de la diatermia sobre los epitelios generadores de espermatozoides, que parece ser verdadera, no es una razón en contra del tratamiento que tan grande y pronto alivio trae a los pacientes.

El mismo párrafo, en que creo que Ud. se basó para atacar el tratamiento, sirve para refutarlo. (En el mismo Manual de Fisioterapia. Art. "Diatermia Médica", por John S. Souther, de Chicago). Dice: "En la epididimitis la elevación de la temperatura por la diatermia es distintamente beneficiada, por el alivio del dolor y la rapidez del apaciguamiento de la infección. Se ha discutido si debe usarse porque el demasiado calor puede destruir temporal o permanentemente la función espermato-genética del testículo, pero es dudoso qué grado de calor es necesario, *especialmente cuando la enfermedad por sí misma destruye la función espermato-genética*".

Ginecología. — Refiriéndose a la diatermia en ginecología, dice Ud., que la experiencia de los investigadores americanos no demuestra resultados muy halagadores.

Aplicada cuando hay contraindicaciones, y éstas son numerosas, como lo digo en mi tesis, desde luego el resultado es malo; pero no existiendo éstas, los especialistas de todo el mundo, y muchos entre nosotros, han tenido, por el contrario, bellos resultados. En el artículo de Coulter, a que he aludido, se puede ver cómo hay autores americanos que recomiendan la diatermia en ginecología, y cómo han podido llevar las temperaturas en la vagina hasta 113 grados F. (45 C.), sin producir electrocoagulación.

Termina el comentario con un párrafo en que hace alusión a mis observaciones sobre blenorragia. "Francamente —dice Ud.— nos resistimos del todo a creer en estas afirmaciones". Alude a las publicaciones de todo el mundo, que concluyen con la inutilidad y peligros del procedimiento y acaba recomendándome la lectura de la literatura americana.

Nada científico hay en esto para refutar. Aludo solamente a él, por envolver una crítica personal y de duda a la autenticidad de mis observaciones, lo cual es también una atrevida censura a los distinguidos colegas que las autentican, y que son especialistas en diatermia, al presidente de tesis y examinadores, y sobre todo, a los jueces de tesis, todos ellos altas eminencias científicas del país.

Con mil perdones por la extensión y el rato que le he distraído para aclarar estas cuestiones, soy del señor director, atento amigo y colega,

JACINTO CORREDOR R.

Bogotá, junio 15 de 1933.

Señor doctor don Jorge E. Cavelier.—Bogotá.

Muy estimado doctor:

En mi poder la carta del doctor Jacinto Corredor dirigida a usted en la que, según parece, cree él ser usted el autor del Comentario sobre su Tesis aparecido en la Revista de la Facultad de Medicina. Sería conveniente que el doctor Corredor supiera que no es usted el autor de dicho comentario, aunque también no se oculta a usted la necesidad de no divulgarlo para evitar susceptibilidades.

No es el objeto de los comentarios sobre las Tesis el establecer polémicas científicas con sus autores; son juicios científicos únicamente. Pero ya que el doctor Corredor solicita las razones que respaldan el comentario, las daremos en seguida para poner un definitivo punto final a este asunto.

En primer lugar, no hay la malevolencia de que el doctor Corredor acusa a usted, únicamente se trata de la sorpresa de hallar en la Tesis en referencia conclusiones de cierto alcance que explicaremos más lejos.

Respecto de la ausencia de crítica sobre los puntos tratados entre comillas por ser de origen extranjero, debo aclararle que yo considero como asunto de Tesis únicamente las ideas originales expuestas por el autor, por tanto, no critiqué ni criticaré la literatura extranjera incluida en las Tesis. Le alabo al doctor Corredor sus propias investigaciones, pero explicaré las razones por las cuales he hecho mi crítica tal como apareció en la Revista de la Facultad de Medicina.

Las razones que tengo para criticar la Electrocoagulación Amigdalina, las da el mismo doctor Corredor en su carta al tomar la cita de "Manual de Fisioterapia", cuando dice: "El método es considerado —no obstante—, aplicable sólo en casos especiales y por especialistas hábiles tanto en Electroterapia como en Otorrinolaringología"; salvedades estas que el doctor Corredor no hace en su Tesis. Coleman, dice el mismo doctor Corredor, sólo la preconiza cuando después de la amigdalectomía hecha por el método corriente, quedan residuos de glándula adheridos a la faringe. Y si French K. Hausel habla del tratamiento de las amígdalas por la electrocoagulación por un método presentado por Sunde, no da estadísticas en cantidad suficiente para establecer doctrina.

Cita el doctor Corredor su nueva técnica para operar las amígdalas por la electrocoagulación, pero con su carta nos obliga para ser científicos a esperar sus estadísticas, y debemos recordarle que ni cincuenta casos ni ciento pueden establecer doctrina de una manera tan absoluta como es de absoluto él en sus conclusiones sobre tal técnica.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Una conclusión de esta naturaleza y establecida después de numerosas y bien controladas observaciones sería la mejor refutación a mi concepto sobre su Tesis.

Al tratar de la Blenorragia es en donde me han sorprendido sus conclusiones. Dice el doctor Corredor que la Diatermia cura la blenorragia por la acción letal del calor sobre el gonococo a más de 43° y de acuerdo con el tiempo. Además, dice que las defensas naturales son estimuladas por la Diatermia. Ahora se trata, pues, de elevar la temperatura de la uretra a 43 grados o más. Esto se pretende conseguir o bien con un electrodo introducido en la uretra, o sometiendo ésta a la diatermia entre electrodos alejados de ella. En el primer caso, es tan grave el traumatismo producido sobre la uretra por la introducción de cualquier instrumento durante la presencia del gonococo, que no sería raro que los pacientes tratados por este sistema por el doctor Corredor, le llegaran ahora quejándose de alguna grave estrechez uretral de la cual sólo él sería el responsable. Además, las defensas orgánicas que espera estimular por la diatermia, son totalmente destruidas por un largo tiempo por la introducción de cualquier instrumento en la uretra, como lo podrá comprobar él mismo con su experiencia sobre la blenorragia.

En segundo lugar, al tratar de elevar la temperatura de la uretra por medio de dos electrodos colocados fuera de ella, encontraremos que esto sólo puede hacerse en la uretra peneana, lo cual es absolutamente insuficiente para curar la uretritis anterior pura, la cual llega siempre hasta el principio de la uretra membranosa.

No discutimos el punto histórico de si fueron los alemanes o los americanos quienes estudiaron primero la acción del calor sobre el gonococo, pues esto está fuera de nuestro campo.

No negamos que los doctores Guillermo Fisher y Gonzalo Reyes, cuya seriedad y ciencia respetamos en su valor, hayan observado con el Dr. Corredor la temperatura tomada *en la intimidad de los tejidos uretrales*, lo que negamos es que en los enfermos así tratados por el doctor Corredor se haya curado la blenorragia, y lo hacemos basándonos en el criterio de curación que nos da en sus observaciones. Este criterio es tan deficiente que con él nos revela su ignorancia sobre el método de investigar la curación de la blenorragia; habla, pues, sobre un punto que demuestra no conocer y alrededor de él da opiniones absolutas.

Cree el Dr. Corredor que la uretra puede calentarse a 43 grados sin que se coagule, y para probar su aserto dice que las aves tienen a veces temperaturas superiores a 43 grados, sin que sus albúminas se coagulen, pero no opinará el Dr. Corredor que siempre hay una leve diferencia entre las albúminas de las aves y las del hombre?

El Dr. Corredor nos recomienda el párrafo de Roucayrol, que dice: “las albúminas se coagulan sobre 55 grados”, pero coagulación signi-

fica cambio de estado físico, y es seguro que la muerte sobrevenga muchos grados de calor antes de producirse la coagulación.

Ya, pues, que alude a Roucayrol, debía permitírnos acudir a los estudios de Río Janeiro, que le contradicen de todo punto, tanto más cuanto que en su tesis reforma la técnica del autor francés y pretende demostrar la superioridad del método preconizado en su tesis.

Nos parece que el Dr. Corredor usa expresiones un poco enérgicas para una controversia científica, al decir en su carta que el autor del comentario declara inútil su técnica *a priori* y sin ninguna razón científica. Para que vea que obramos *a posteriori* y, si quiere, *ad hominem*, diremos que el Dr. Corredor en sus casos de blenorragia curados por la diatermia, no trae un criterio científico de curación de ellos, pues es sabido que no es criterio de curación la ausencia de secreción uretral ni el dicho del enfermo, ni que éste suspenda el tratamiento. El hecho de hacer un “frotis” y no hablar de él el gonococo, demuestra en buena filosofía que es probable que en los órganos de que vienen las secreciones del “frottis” no había gonococo, pero no se puede concluir por eso que el gonococo esté ausente de la próstata, vesículas seminales y folículos uretrales, ya que de todos estos órganos no se han tomado secreciones, puesto que el Dr. Corredor no las cita en su tesis. El afirmar que un paciente se halla curado sin hacer estas investigaciones, sí es hablar *a priori* y sin ninguna razón científica.

Respecto de que no hayamos podido interpretar una cita del “Manual de Fisioterapia”, creemos que más bien es el Dr. Corredor quien confunde los conceptos de “Hipertrofia benigna de la Próstata”, con el de “Prostatitis”, a la cual se refería la lavativa, ya que no hay razón que demuestre que la diatermia pueda hacer desaparecer una neoformación, cual es la hipertrofia benigna de la próstata.

Si al aconsejarle el estudio de la literatura americana, halla este consejo demasiado vago, le precisaremos enviándolo a la obra del Prof. P. S. Pelouze, “Gonorrhea in the male and female”, segunda edición, página 159. (W. B. Saunders Co., Philadelphia).

En cuanto al tratamiento de la epididimitis por la diatermia, es realmene grave el peligro que existe de atrofiar el epitelio generador de espermatozoides y no se debe arriesgar esto a cambio de aliviar el dolor, lo que puede hacerse, de otra manera, sin peligro; lamentamos no estar de acuerdo con el Dr. Corredor, quien en su carta dice que parece ser verdadera la acción atrofiante ya indicada, pero que esto no es razón para no aliviar al enfermo con la diatermia. Además, ¿cómo puede la inflamación del epidídimo por sí misma alterar definitivamente la función espermátogénica, como lo dice el Dr. Corredor en su carta? La naturaleza se defiende muy bien y una vez desaparecida la epididimitis, el canal vuelve a quedar permeable al cabo de algún

tiempo, como bien habrá podido comprobarlo el Dr. Corredor en el curso de su experiencia sobre la Gonorrea.

En resumen, el Dr. Corredor, quien ha desarrollado una nueva técnica para curar la blenorragia por la diatermia, deduce conclusiones de un número demasiado escaso de observaciones de las que no dá un criterio científico de curación. Se funda mucho en la literatura extranjera, defecto éste ya demasiado criticado por nuestro sabio profesor el Dr. Lombana Barreneche, y no permite que el comentador se funde en la literatura extranjera para contradecirle, ya que dice en su carta que no hay necesidad de acudir a los estudios brasileiros.

Así como afirma que quien siga al pie de la letra su técnica no fracasará en la curación de la blenorragia, podemos afirmarle que si usa el criterio que le damos, buscando la pus además del gonococo, para establecer la curación, es muy seguro que cambie casi todas sus ideas.

Damos por terminada esta controversia definitivamente, e insistimos en la necesidad de allegar una más numerosa estadística para comprobar las afirmaciones hechas en nuestras tesis de grado, cuyas observaciones, por lo tanto, deberían ser más numerosas, y en algunos casos llevadas con un criterio más científico en el control que se use sobre ellas.

Debemos hacer la aclaración, de una vez por todas, de que las críticas a las tesis no son “una atrevida censura a los colegas que las autentican, ni al presidente de tesis, ni a los examinadores, ni a los jueces de tesis”, como lo dice el Dr. Corredor, ya que el Artículo 365 del reglamento de la Facultad de Medicina de Bogotá, dice textualmente lo siguiente: “EL PRESIDENTE DE TESIS, EL CONSEJO DE JUECES DE TESIS Y EL CONSEJO DE EXAMINADORES NO SERAN RESPONSABLES DE LAS IDEAS EMITIDAS POR EL CANDIDATO”. Es natural, pues, que nuestros comentarios sobre las tesis no se dirijan a ninguno de ellos.

Debemos manifestar al Sr. Director de la Revista de la Facultad de Medicina el poco agrado que nos causa el tener que hacer las anteriores aclaraciones, pero a ello nos ha obligado la carta del Dr. Corredor dirigida a Ud.

Para terminar, concretamos nuestro pensamiento: felicitamos al Dr. Corredor por su iniciativa al desarrollar una nueva técnica de diatermia, pero le criticamos las conclusiones. Esto ha sido todo.

Del Sr. Director de la Revista. Atto. y S. S.,

X. X.

