

BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE. — 3, HANOVER STREET
LONDON, W. 1

**TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TUBERCULOSAS SUPERFICIALES
MEDIANTE APLICACION LOCAL DE PROMIN**

(Treatment of Superficial Tuberculosis Lesions by Local Application of Promin).

Por W. H. Tytler & A. D. Lapp, British Medical Journal, 2, 748-749, 26-12-42.

Los experimentos llevados a cabo por el primero de estos autores que es David Davies Profesor de Tuberculosis de la Escuela Nacional de Medicina de Gales, habían indicado que el di-dextrosa-sulfonato de diaminodifenilsulfona (conocido en los Estados Unidos con el nombre de "Promin" y que se conocerá en Gran Bretaña con el de "promanide") tenía un efecto decididamente inhibitorio sobre la evolución de la tuberculosis experimental en la cobaya, según fuera comunicado por Feldman, Hinshaw & Moses (1940, 1941, 1942). Aunque el medicamento administrado internamente ha dado resultados desalentadores en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar humana, se creyó que pudiera ser aplicado localmente con provecho a lesiones tuberculosas superficiales, en las cuales se podía mantener una concentración suficiente sin producir un nivel en sangre tóxico y una anemia a consecuencia de ello.

Para reducir la velocidad de eliminación por absorción de la droga, altamente soluble, ésta se incorporó en una gelatina de tragacanto de consistencia tal que pudiera ser empujada a través de una aguja de calibre medio (18 SWG). Las soluciones de un contenido de 3% y 3.5% de tragacanto tuvieron la consistencia adecuada. Se ensayaron concentraciones variables de promin adoptándose por último al 5 por ciento. La gelatina se aplicó a abscesos cerrados mediante inyección, después de aspirado el pus. La aspiración e inyección de gelatina de promin se repitieron cuando fue necesario. La gelatina se aplicó a fistulas abiertas por medio de un fino catéter unido a la jeringa, y la aplicación se repitió generalmente a diario.

Los autores dan detalles de 10 casos así tratados, de los cuales 5 fueron abscesos cerrados y 5 fistulas (4 en relación con caries vertebral y 1 con peritonitis tuberculosa). En un paciente, tres abscesos subcutáneos separados, se curaron por completo en el espacio de dos semanas desde la primera inyección. Otros resultados fueron menos notables pero en general se consideraron

más favorables de lo que hubiera podido esperarse de los métodos ortodoxos. Los abscesos permanecieron flácidos después de uno o más tratamientos o se curaron dejando residuos fibrosos. Las fístulas fueron disminuyendo regularmente en profundidad, y algunas de ellas se hallaban casi completamente curadas al cabo de 2 a 4 meses de tratamiento.

Los autores consideran que los resultados justifican ensayos más extensos y esperan, sobre todo, poder desarrollar este método para el tratamiento en el dispensario de la adenitis cervical tuberculosa con formación de abscesos, evitando de este modo la necesidad de tratamiento operatorio en el Hospital.

URETRITIS NO-GONOCÓCICA

(Non-Gonococcal Urethritis)

Por I. N. Orpwood-Price, *British Journal of Venereal Diseases*, 112-116, Julio-Octubre, 1942.

Este trabajo fue leído en una reunión de la Sociedad Médica para el Estudio de las Enfermedades Venéreas. Las cifras obtenidas después de la investigación de 500 pacientes consecutivos que padecían de supuración uretral y que asistían a las Clínicas de Whitechapel y **University College Hospital** de Londres, demuestran que la incidencia de uretritis no gonocócica entre la población civil constituye el 20% de todas las supuraciones uretrales. Como el 80% de aquéllas son de origen gonocócico, el diagnóstico de uretritis no gonocócica se hace generalmente por exclusión.

De los auxiliares del diagnóstico, las pruebas serológicas son de importancia primordial. La reacción de Wassermann deberá hacerse como norma en vista de la posibilidad de un chancro intrauretral. La prueba de desviación de complemento para la gonorrea debe hacerse, ya que mediante los frotis corrientes a menudo no logran demostrarse focos ocultos de infección gonocócica. El autor cree que una reacción **persistentemente** positiva, incluso a falta de otros indicios, constituye una indicación concreta de la presencia de una infección gonocócica. Sin embargo, un diagnóstico de uretritis no-gonocócica no puede hacerse sobre la base de una reacción negativa, pero si persiste y se vuelve a revisar junto con el cuadro clínico y otras pruebas patológicas, la reacción es una verdadera ayuda.

En opinión del autor deberán realizarse siempre cultivos de la uretra anterior, aunque si no se obtienen gonococos no pueden reunirse muchos datos de los organismos que crezcan. Los cultivos vesiculares son sumamente importantes. Vesicular indica que el material inoculado se obtiene de la uretra posterior, glándula prostática y vesículas seminales, mediante el llamado masaje prostático. El autor describe importantes detalles de técnica, incluyendo el examen bacteriológico por medio de la reacción de oxidasa.

Debe tenerse cuidado de que el medio de cultivo sea adecuado, y los fracasos pueden ser debidos (a) a mala calidad de la carne empleada en la preparación del caldo (b) a preparado inferior de peptona (c) a agar inadecuado.

Los frotis directos de la uretra y próstata dan a menudo datos valiosos.

El autor concluye poniendo de relieve que es imposible llegar al diagnóstico de uretritis no-gonocócica hasta que se haya descartado la posibilidad de gonorrea.



PROF. DARIO CADENA, DECANO DE LA FACULTAD

Nació en Vélez en el año de 1901.

Inició sus estudios secundarios en el Colegio de Vélez. Más tarde ingresó al Colegio Ramírez y terminó dichos estudios en el Colegio Restrepo Mejía en donde obtuvo el diploma de bachiller en 1919.

Comenzó estudios médicos en 1920 y terminó en 1925. Se graduó en 1926. Fué presidente de tesis el Prof. Luis M. Rivas Merizalde.

Viajó a Europa en el año de 1928 en donde permaneció hasta 1930.

Fué profesor interino de anatomía en 1932. Profesor titular por concurso en 1934 año desde el cual ha venido desempeñando esta cátedra.

Profesor de anatomía en la Facultad de Odontología desde 1932.

Fue director de Educación del Departamento de Santander del Sur. Representante a la Cámara. Capitán Médico del Ejército Nacional.