

SERVICIOS DE BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL DEL SALVADOR
Director: Dr. ROGELIO ERAZO

PRIMERA REUNION ANUAL DE LOS SERVICIOS

TEMA: Experiencia recogida sobre sulfamidoterapia

19 y 20 de Agosto de 1943.

Resúmenes de los trabajos presentados por los servicios.

Dr. H. ALESSANDRI R.
Secretario General

Dr. R. GAZMURI
Prosecretario

SANTIAGO DE CHILE

**SERVICIOS DE BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL DEL SALVADOR
Director: Dr. ROGELIO ERRAZO**

PRIMERA REUNION ANUAL DE LOS SERVICIOS

TEMA: Experiencia recogida sobre sulfamidoterapia

19 y 20 de Agosto de 1943.

Resúmenes de los trabajos presentados por los servicios.

**Dr. H. ALESSANDRI R.
Secretario General**

**Dr. R. GAZMURI
Prosecretario**

SANTIAGO DE CHILE

INTRODUCCION

Cumpliendo con un acuerdo tomado a fines del año pasado por el Consejo Técnico, a iniciativa del Director del Hospital Dr. Rogelio Erazo, todos los señores Jefes de las Secciones del Hospital, que se dedican al tratamiento de enfermos, han entregado a los suscritos, que fueron designados secretarios de este torneo, sus trabajos en los cuales exponen la experiencia en los diferentes servicios sobre sulfamidoterapia.

De acuerdo con lo establecido en las bases de este torneo, hemos procedido a hacer un resumen, lo más breve posible, de cada una de las comunicaciones recibidas.

Antes de proceder a la lectura de estos resúmenes creemos de interés hacer algunas consideraciones generales que fluyen del estudio de tenido de ellas:

I.— Todos los ponentes, señalan en forma categórica el enorme beneficio que se ha obtenido en las diversas disciplinas, con la introducción de los cuerpos sulfamidados, el que se ha hecho especialmente manifiesto una vez que los médicos tratantes se han familiarizado con el uso de las diversas drogas.

II.—De las diferentes ramas en que actualmente se divide la Medicina, en lo que al tratamiento de los enfermos se refiere, las disciplinas más beneficiadas con la sulfamidoterapia son la Medicina Interna, la Urología, la Otorrinolaringología y la Oftalmología.

III.— La experiencia de los relatores demuestra, que si la sulfamidoterapia significa un progreso considerable en el sentido que constituye tratamiento de enfermedades que antes no lo tenía, tratamiento más breve, más eficaz y más barato que los antiguos en algunas enfermedades; reducción considerable de la mortalidad y de las complicaciones en numerosos procesos y finalmente simplificación al máximum de muchas terapias, de ningún modo la introducción de la sulfamidoterapia significa la ruina de ciertas disciplinas especializadas. En efecto en muchas ponencias puede verse que para conseguir, de la sulfamidoterapia, todo lo que ella puede dar en las diferentes enfermedades, se requiere no sólo un acabado conocimiento de las reglas de dicha terapia, sino que el conocimiento a fondo de la enfermedad a tratar, de la aplicación especial a cada grupo de enfermos y de las causas que interfieren con la obtención de buenos resultados en muchos casos. A este respecto es sobre todo digno de mención lo que se refiere al tratamiento de la gonorrea, enfermedad en la cual se ha visto que para un buen uso de los sulfamidados es indispensable que ellas sólo sean empleadas por médicos especializados en dicho proceso.

Debe recalarse entonces, que si la sulfamidoterapia ha mejorado y simplificado grandemente los servicios que la Medicina puede prestar a muchos enfermos, de ninguna manera dichos medicamentos significan que

ellos pueden ser empleados en todo el enorme número de enfermos en los cuales están indicados, por médicos generales. La sulfamidoterapia no ha suprimido la necesidad de ninguna de las disciplinas médicas actualmente existentes.

IV.— Llama la atención, al considerar en conjunto los diversos relatos, la poca frecuencia con que se anotan accidentes graves derivados del uso de las drogas sulfamidadas. Aunque no puede darse una cifra exacta del número de enfermos a los cuales se refiere el total de la experiencia del Hospital puede estimarse entre 4 y 5000 enfermos. Pues bien, sólo se señalan dos casos de muerte por mielosis global aplásica (Maternidad) y 5 casos de accidentes graves recuperados (Sección A de Medicina).

V.— Los procesos patológicos más beneficiados por la sulfamidoterapia son los que a continuación se indican: a) **Neumonía** neumocócica primitiva. Disminución de la morbilidad hospitalaria, desde el momento que muchos enfermos son ahora tratados en sus casas; disminución de la mortalidad global desde el año 1939, la que puede considerarse reducida en nuestro medio de un 25 a un 5 %; disminución de la mortalidad computable de un 21 a un 3,6 % (menores de 50 años 2,2 %; mayores de 50 años 9,5 %); disminución del número de empiemas a un 35 %. b) **Meningitis cerebroespinal**. Reducción de la mortalidad global que en término medio se apreciaba entre el 50 y 60% a un 8,6% y de la computable a 5,3%; disminución de las secuelas graves de un 10 a 15% a un 1 a 2%; acortamiento considerable de la duración de la enfermedad (estadía actual media de los enfermos de 11,7 días. c) **Disentería bacilar**. Curación rápida y completa de la totalidad de los enfermos tratados en período agudo. b) **Sepsis estafilocócica**. Disminución de la mortalidad al 33% (anterior mortalidad puede considerarse entre el 60 y 70%). e) **Gonorreya**. Curación rápida y completa de la gonorreya aguda en el 70% de los enfermos; disminución considerable de la frecuencia de las complicaciones; curación rápida, sin secuelas, de la artritis gonocócica aguda; curación rápida, sin secuelas, y económica de la conjuntivitis gonocócica. f) **Infecciones urinarias**. Curación rápida, completa y económica del 70% de las infecciones urinarias comunes (colibacilo, estafilococo, etc.).

g) Tratamiento eficaz, económico y simple del **linfogranuloma venéreo**. — Tratamiento eficaz, económico y simple de un porcentaje elevado de linfogranulomas venéreos anorrectales no estenosantes. Terapia coadyuvante útil del linfogranuloma venéreo estenosante. h). **Tracoma**. Tratamiento eficaz, seguro, rápido y económico de esta afección que antes prácticamente no tenía tratamiento. i) Tratamiento rápido y económico de un alto porcentaje de otitis media y osteomastoiditis; disminución de las complicaciones mastoideas que deben ser operadas, en 4 veces; curación rápida de las amigdalitis y disminución de los flegmones de tal origen al 50%. j) En las sinusitis frontales y etmoidales disminución en un 70% de las osteitis y absesos. k) Disminución a una tercera parte de la mortalidad por **peritonitis** de diversos orígenes con el tratamiento sulfamidado local. l) En obstetricia disminución en un 50% de las **septicemias** y **piohemias** como complicaciones de las infecciones localizadas; disminu-

ción de la mortalidad por infección peritoneal desde un 85% a un 38,5%; tratamiento profiláctico eficaz en muchos estados que favorecen la infección.

VI.— Una crítica general puede hacerse a la mayoría de las ponencias. Ella se refiere a la poca precisión de los datos numéricos, tanto en lo concerniente a número de enfermos, detalles del tratamiento, porcentaje de accidentes, etc. todos hechos necesarios para formarse un juicio exacto sobre lo que ha significado realmente para nosotros la sulfamidoterapia. Estos defectos de nuestra labor hospitalaria, que restan brillo a este torneo, los atribuimos a dos factores que estamos ciertos han de ser paulatinamente solucionados: a) deficiencias de la calidad de las fichas clínicas y b) falta, en el Servicio de Estadística del Hospital, o en su defecto en los diferentes Servicios, de ficheros de estadística clínica que hagan posible el aprovechamiento científico de las observaciones hechas en los diferentes enfermos.

En la mayor parte de los relatos, los autores se quejan de las dificultades con que a menudo se ha tropezado para obtener las drogas, defecto que el nuevo Director, Dr. R. Erazo ha subsanado grandemente dentro de lo posible, desde que se hizo cargo de la Dirección del Hospital, y esto a pesar de las dificultades considerables, que con motivo de la guerra se han notado en el último año en la disposición de drogas.

Debido a todas estas razones, es que la mayor experiencia se refiere al uso de sulfanilamida y sulfapiridina por vía bucal y posteriormente al empleo de sulfatiazol, también por vía bucal.

Desgraciadamente las sales sódicas de estas drogas sólo han podido usarse en forma restringida y por lo que se refiere a la sulfadiazina, debido a las razones de guerra, sólo ha podido ser empleada en un número muy restringido de casos.

Prof. Dr. HERNAN ALESSANDRI.

Dr. RENATO GAZMURI O.

Agosto de 1943.

* La ordenación de las ponencias de los diferentes Servicios se ha hecho por estricto orden alfabético.

SULFAMIDOTERAPIA EN BRONCOPULMONARES

Porf. Dr. H. ORREGO PUELMA.

(Resumen)

Se refiere a la falta de experiencia bien documentada, debido a que el Servicio de Broncopulmonares tiene una dotación casi exclusivamente de tuberculosos, lo que les ha impedido observar el efecto de la droga en enfermos con supuraciones crónicas banales. Además, no han contado con droga suficiente en el momento oportuno.

Tratamiento previo de los operados de tórax. — En los enfermos que van a ser sometidos a cirugía torácica, que presentan expectoración rica en flora microbiana, han usado el sulfatiazol o la sulfadiazina a dosis de 6 grs. diarios antes de la operación. La impresión que se han formado, es que este procedimiento ha mejorado notablemente los resultados operatorios inmediatos.

Sulfamidados y hemoptisis. — Han usado la sulfamidoterapia en las bronqueolveolitis consecutivas a las hemoptisis. Han empleado especialmente el sulfatiazol o la sulfadiazina a dosis de 8 grs. diarios con muy buenos resultados. Estos buenos resultados se han conseguido en 4 de 7 enfermos tratados. Tienen la opinión que este criterio puede ser útil en el tratamiento de los numerosos cuadros febriles post-hemoptisis.

Método de diagnóstico diferencial. — Creen que el éxito o el fracaso de la medicación sulfamidada puede tener valor diagnóstico en los cuadros pulmonares que interfieren en el curso de una tuberculosis pulmonar.

Tratamiento de los derrames pleurales infectados en el curso del neumotórax. — En algunos casos de derrames pleurales supurados, que se presentaron en el curso del neumotórax, y que presentaban neumococos u otros gérmenes de asociación, usaron las inyecciones endopleurales de soluciones de sulfapiridina sódica, sulfatiazol sódico o de acetilsulfanilamida. En algunos casos se obtuvo un éxito brillante.

En los casos en que el cuadro infeccioso que acompaña a estos derrames pleurales es grave, no difieren la intervención, pero tratan a algunos enfermos con punciones repetidas e inyección endopleural de estas soluciones de sulfamidados antes de la operación.

Uso local de los sulfamidados en las afecciones broncopulmonares. (Informe del Dr. Rodríguez sobre su experiencia en Buenos Aires).

Este informe se refiere especialmente a las nebulizaciones de los productos sulfamidados en el tratamiento de los abscesos pulmonares y de

las bronquiectasias. Los mejores resultados se observan en los abscesos pulmonares recientes. En los abscesos crónicos el tratamiento es más largo y los resultados no tan constantes. El efecto del tratamiento por nebulizaciones es únicamente paliativo.

Por último se refiere a los ensayos de inyección de sulfamidados, solos o con sustancias esclerosantes en pleno parénquima pulmonar en el tratamiento de algunos tipos de abscesos pulmonares.

Se hace un completo estudio sobre la historia y el estado actual del tratamiento de la tuberculosis con promina.

Sección A de Cirugía.
Jefe Sección: Dr. Ernesto Molina

SULFAMIDOTERAPIA EN CIRUGIA

Dr. ERNESTO MOLINA.

(Resumen)

Se basan en la experiencia del Servicio en los dos últimos años, que se refiere al uso de los sulfamidados en los procesos inflamatorios corrientes (abscesos, flegmones, complicaciones inflamatorias locales de los traumatismos y operaciones). Han analizado 49 observaciones de los años 1941 y 1942, entre las cuales hay algunas en que se ha usado la sulfamidoterapia (en 3 sulfanilamida sola, en 17 asociada a la cirugía y en 12 en forma de aplicación local con curación plana).

Su experiencia les permite afirmar que en los procesos inflamatorios que han llegado a la supuración el tratamiento quirúrgico es el de elección. En los procesos inflamatorios que no han llegado a la supuración, los sulfamidados tienen una acción evidentemente favorecedora, permitiendo la reabsorción o la limitación de él.

En los casos que han llegado a la supuración y sometidos a la cirugía, la terapéutica coadyuvante con sulfamidados no influye en la evolución del proceso.

En seguida se agrega la experiencia, adquirida en la Asistencia Pública de Santiago por el Dr. L. Fischer (tesis de prueba) sobre el tratamiento de las peritonitis con el uso local de los sulfamidados. Revisa primero la historia y fundamentos del empleo de los sulfamidados en Cirugía. Luego pasa revista a los resultados obtenidos en la Asistencia Pública de Santiago, en 105 casos de peritonitis de diverso origen (puerperales, apendiculares, genitales, perforación de úlceras gastroduodenales). En este grupo se obtiene una mortalidad general del 29,5%. En frente de este resultado se muestra el obtenido en 49 casos comparables a los cuales se les aplicó sulfatiazol y sulfanilamida intraperitoneal, con una mortalidad global del 10,2%. En estos enfermos se usó conjuntamente sulfamidados por vía oral y parenteral.

Sección B de Cirugía.
Cátedra Universitaria Extraordinaria
de Medicina Operatoria.
Prof. Dr. Félix de Amesti.

SULFAMIDOTERAPIA EN CIRUGIA

Dr. M. MARTINEZ G.

(Resumen)

Califica la introducción de los sulfamidados en Cirugía como una de las mayores adquisiciones de los últimos años, por cuanto ellos han modificado la gravedad y simplificado la evolución de muchos procesos.

Recuerda el problema terapéutico que significaban antes de la era de los sulfamidados, las heridas infectadas, los drenajes prolongados, las escaras, los cuadros peritoneales generalizados consecutivos a apendicitis o infección genital, etc.

Señala el adelanto que ha significado la introducción de la sulfaguanidina y el sulfatiazol en la cirugía del colon; el mejoramiento de la evolución de las operaciones que provocan amplios despegamientos cutáneos; el tratamiento de las quemaduras, de las osteomielitis; de los abscesos y flegmones perirectales; de los procesos articulares; de las hernias estranguladas; de las complicaciones pulmonares post-operatorias, etc.

Insisten en la necesidad de tener presentes los principios fundamentales de la Medicina, sin exigir a estos productos más de lo que pueden dar. Los focos supurados deberán seguir siendo evacuados por intermedio de la cirugía, previo tratamiento sulfamidado que mejora la evolución después del vaciamiento oportuno. Este principio vale en todos los procesos abdominales supurados, abscesos apendiculares, vesícula biliar, etc., en que los sulfamidados actúan atenuando su virulencia, lo que permite esperar un plazo prudente, cumpliendo el cual dicha terapia debe ser reemplazada por la cirugía. Considera peligroso pensar que los sulfamidados por sí solos puedan terminar, por ejemplo con un proceso de peritonitis difusa. Así mismo es peligrosa la conducta de administrar sulfamidados en procesos abdominales de diagnóstico dudoso. Dicha conducta puede ser la responsable de que una intervención quirúrgica sea diferida cuando es necesaria.

Conclusiones. — “I.— Las sustancias sulfamidadas son de gran utilidad en los procesos quirúrgicos como medio de lucha contra los gérmenes piógenos.

II.— La evolución de las grandes heridas y procesos supurados ha sido evidentemente modificada en forma favorable cuando utilizamos estos productos.

III.— El empleo de estos productos no debe significar en ningún momento la postergación de las intervenciones que están indicadas ni diferir en forma peligrosa las que deben ser practicadas con carácter de urgencia.

IV.— Es de primordial importancia que la administración de estos productos sea en forma adecuada, es decir dosis fuerte de iniciación y dosis fraccionadas en horas exactas y prolongada.

V.— La aplicación local de las sulfamidas es de la mayor importancia, su aplicación aumentará cada día siendo de gran utilidad especialmente en la cirugía traumática de los miembros.

VI.— En la preparación de los operados y en el post-operatorio de los casos graves nos defiende en forma efectiva contra las grandes complicaciones pulmonares.

VII.— Las sustancias utilizadas en el Servicio han sido la sulfanilamida, el sulfatiazol y la sulfapiridina (Aseptil, Cibazol, Sulfatiazol y Dagenan). Estas sustancias han sido administradas en forma discontinua, pues no ha sido posible mantener siempre el mismo tipo de sustancia y muchas veces se ha debido interrumpir algunos tratamientos por no contar con el producto. Igualmente ha sido necesario cambiar de vía de administración de manera que no nos es posible hacer un cuadro estadístico de las características de cada uno en cuanto a los diferentes procesos o a su tolerancia. Esperamos poder llegar a tener la administración de estas sustancias en forma tal que nos permita obtener otras conclusiones.

VIII.— Casi el 30% de los enfermos atendidos en el Servicio han recibido el beneficio de las sulfamidas, pero creemos que en más de algunos casos han sido indicadas sin justificación alguna.

A propósito de este último punto creemos que hay que reaccionar contra el uso inmoderado de la droga sin justificación en muchos casos, exigiéndole imposibles en unos o prolongando en forma innecesaria en otros. Son frecuentes las supuraciones prolongadas a pesar de las sulfamidas por estar mal drenados los procesos y basta con modificar un drenaje para que la acción de la droga no se deje esperar.

IX.— En ningún caso estos productos son la panacea que cura enfermos a los cuales no se les formula un diagnóstico y menos que cure un proceso supurativo crónico sin ser drenado.

X.— El aforismo antiguo "Ubi pus ex vacuo" con sulfamidas o sin ellas sigue predominando como concepto quirúrgico.

XI.— La colección purulenta, el órgano inflamado o destruido por la sepsis, los derrames purulentos coleccionados en cavidades deben ser drenados en forma correcta, sin falsos vaciamientos por tabicamientos, pues fracasa la cirugía y las sulfamidas".

SULFAMIDOTERAPIA EN GINECOLOGIA

Dr. G. BEAUMONT.

(Resumen)

Medicamentos usados. — Sulfanilamida y sulfatiazol. En los casos graves se asociaron otros medios terapéuticos tales como las transfusiones.

Dosis. — Dosis diarias entre 5 y 8 gramos por períodos de 5 a 9 días. En ocasiones después de 8 a 15 días de descanso se ha hecho una nueva cura.

Material de enfermos.

Enfermos hospitalizados	359	} Uso general
Enfermos ambulatorios	135	
Aplicación en la cavidad uterina	42	} Uso local
Aplicación peritoneal	49	
Aplicación en abscesos	13	
	<hr/> 598	

Septicemia puerperal. — Se trataron 10 enfermas. Tres de ellas fallecieron. Algunas de las que mejoraron necesitaron de la cirugía en los focos supurados residuales.

Se observó una disminución de la estadía media hospitalaria en los casos de pelviperitonitis, parametritis agudas y gonorreas agudas.

También fué posible observar una franca disminución de las lesiones residuales post-infecciosa y disminución de las recidivas.

Fenómenos de intolerancia. — Cianosis, vómitos, náuseas, que no significaron impedimento para continuar la terapia.

En resumen, la introducción del uso de los sulfamidados en Ginecología ha significado un positivo avance en el tratamiento de muchos procesos, contra los cuales no existía un tratamiento rápido y seguro antes de la sulfamidoterapia.

Sección A de Medicina.
Cátedra Universitaria titular de
Semiología.
Jefe: Prof. Dr. Hernán Alessandri.

LA EXPERIENCIA RECOGIDA EN LA SECCION A DE MEDICINA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR SOBRE SULFAMIDOTERAPIA

Drs. HERNAN ALESSANDRI R., A. OLIVARES, E. FRITIS, N. SINAY,
A. LOZADA, P. GARCIA, M. ALESSANDRI, J. LERNER, H. DUCCI y
R. GAZMURI.

(Resumen)

Se refieren a la experiencia recogida desde Marzo de 1939 hasta el 20 de Abril de 1943.

En la Sección A de Medicina, han sido objeto de experiencia con sulfamidados los procesos patológicos producidos por los siguientes gérmenes: neumococo, meningococo, estafilococo, estreptococo, colibacilo, bacilos disentéricos, brucella mellitensis, bacilo de Eberth, virus del linfogranuloma venéreo. Los procesos patológicos tratados durante los 4 años de experiencia corresponden a: septicemias diversas (estafilocócicas, estreptocócicas, meningocócicas, neumocócicas, gonocócicas y colibacilares); enfermedades infecciosas generales (fiebre tifoidea, fiebre ondulante); afecciones nerviosas (meningitis neumo y meningocócicas, meningoencefalitis brucellósica); afecciones respiratorias (bronquitis agudas y crónicas reagudizadas, bronquiectasias, neumonía neumocócica y a neumobacilo de Friedlander, abscesos pulmonares agudos y crónicos, pulmón cardíaco infectado); afecciones digestivas (amigdalitis agudas, disenterías bacilares, infecciones biliares, colitis inespecíficas, abscesos apendiculares, linfogranuloma anorectal); enfermedades cardiovasculares (endocarditis malignas); enfermedades del aparato urinario (pielonefritis agudas, perinefritis supuradas) y reumatismos agudos y crónicos.

El total de enfermos tratados alcanza aproximadamente a 1500.

Drogas empleadas y técnica general del tratamiento. — Se han usado las siguientes drogas: sulfanilamida por vía bucal y en raras ocasiones en solución al 8% por vía hipodérmica; sulfapiridina por vía bucal y su sal sódica por vía intravenosa; sulfatiazol por vía bucal y su sal sódica por vía intravenosa; sulfadiazina por vía bucal y en un pequeño número de casos se ha empleado prontosil, acetilsulfanilamida y sulfaguanidina.

El tratamiento se ha efectuado de acuerdo con los esquemas clásicos: administración en lo posible por vía bucal; dosis diarias fraccionadas en cantidades no inferiores a 3 gramos, con dosis medias diarias de 6 a 8 grs., de 10 a 12 en los procesos graves y aún de 20 grs. en algunos casos; dosis iniciales de 2, 4 y hasta 8 grs. según la gravedad del proceso; dosis

totales muy variables, desde 15 a 250 grs. La vía inyectable se ha usado en algunos casos, en dosis fraccionadas de 1 a 2 grs. repetidas a intervalos regulares.

Incidentes y accidentes. — Han observado todos los incidentes comunes a estas drogas. Respecto a accidentes graves, en sus 1500 observaciones han observado un púrpura trombopénico, una anemia hemolítica aguda y dos casos de anuria, todos recuperados. La tolerancia de estas drogas de menor a mayor sería la siguiente: sulfapiridina, sulfanilamida, sulfatiazol y sulfadiazina.

Droga de elección. — De acuerdo con Long podría establecerse el siguiente esquema. — Sulfanilamida: estreptococias, linfogranuloma venéreo, meningitis cerebroespinal de forma leve y mediana, y brucelosis. Sulfatiazol: neumococias, estafilococias, infecciones urinarias, gonococias y disenterías bacilares. Sulfadiazina: neumococias y meningococias graves.

Control de la terapia. — Se refieren a la importancia del examen clínico rutinario en el control de la terapia, suficiente en la mayoría de los casos. El examen hematológico tendría su utilidad en las terapias que se prolongan más de 8 a 9 días (agranulocitosis). Se insiste en la importancia de mantener a toda costa una diuresis entre 1200 y 1300 grs.

Contraindicaciones. — Encuentran una sola contraindicación formal: antecedentes de una susceptibilidad de carácter grave a estas drogas. En el reumatismo poliarticular agudo existiría contraindicación para el uso de los sulfamidados; han observado en repetidas ocasiones la agravación de la enfermedad cuando se administran sulfamidados. Estas drogas no deben ser usadas en procesos infecciosos contra los cuales son de probada ineficacia (resfríos).

Asociaciones terapéuticas. — Siguen la costumbre de la administración concomitante de bicarbonato de sodio, ya que han observado mejor tolerancia digestiva, porque combate la tendencia acidótica de la sulfanilamida, previene o disminuye los accidentes urinarios y favorece la acción de las drogas en la mayoría de las infecciones urinarias.

Consideran de la más alta utilidad la asociación de los sulfamidados a otras medidas terapéuticas eficaces (sueroterapia, hidratación, transfusiones) y con la cirugía.

PARTE ESPECIAL

NEUMONIAS NEUMOCOCICAS PRIMITIVAS

Desde el 1º de Enero de 1938 al 20 de Abril de 1943 pasan por el Servicio 932 enfermos de neumonia neumocócica primitiva. La terapia con sulfapiridina se inicia el 9 de Marzo de 1939 y con sulfatiazol a fines de 1940 (primeros ensayos en Chile). Por diversas circunstancias no se ha podido efectuar una experiencia paralela y no todos los enfermos han sido tratados, (escasez de droga) prefiriendo para hacerlo los casos más graves. No se trataron muchos casos que venían en períodos avanzados y en buenas condiciones. Estos motivos impiden la comparación de los enfer-

mos tratados con los no tratados en un mismo año. Por eso se comparan los resultados del año 1938, en que no se trató ningún enfermo con sulfamidados, con los de los años siguientes en los cuales se ha ido tratando cada vez mayor número de enfermos con estas drogas.

En el cuadro siguiente puede observarse el tratamiento instituido en los 932 neumónicos observados:

Cuadro N° 1
Tratamiento de 932 neumonías neumocócicas primitivas.

Tratados con sulfapiridina o sulfatiazol	431
Tratados con suero monovalente (tipo I y II) °	48
Tratados con suero monovalente y sulfapiridina	15
Sin tratamiento específico	438
	932

° El suero monovalente sólo se usó durante los años 1938 y 39; fué abandonado posteriormente en vista de la eficacia de los sulfamidados.

La sulfapiridina y el sulfatiazol se han comportado con la misma eficacia, pero la primera ha tenido un efecto más espectacular, lo que se compensa con la mejor tolerancia digestiva del sulfatiazol. La temperatura cayó dentro de las primeras 24 horas en el 57% de los casos y en las segundas 24 horas en el 21%. En un 12% de los enfermos no se vió un efecto manifiesto sobre la curva térmica.

El tratamiento se efectuó de acuerdo con las normas generales ya

De los 431 enfermos tratados con sulfapiridina o sulfatiazol, 358 expuestas.

eran menores de 50 años y 73 mayores de esa edad. En el cuadro siguiente puede observarse la mortalidad observada en cada uno de estos grupos:

Cuadro N° 2
Mortalidad por edades (Mayores y menores de 50 años).

Edad	N° de enfermos	Fallecidos		Computables		°
		N°	%	N°	%	
Menos de 50 años	358	10	2,8	8	2,2	Mort. computable 3,7%
Más de 50 años	73	9	12,0	7	9,5	Mort. global 4,3%
	431	19		15		

° Muertos computables son aquellos que han fallecido después de haber recibido la droga por más de 24 horas.

En el cuadro siguiente se indica la mortalidad registrada durante 1938, en que no se usó sulfamidoterapia, pero en el que se trataron los 33 enfermos con suero monovalente (precisamente los más graves).

Cuadro Nº 3

Mortalidad global año 1938

Edad	Nº de enfermos	Fallecidos		
		Nº	%	
Menos de 50 años	183	28	15	Los 33 enfermos más graves fueron tratados con suero monovalente.
Más de 50 años	27	10	37	

Las cifras anteriores representan más o menos los valores medios que se dan como correspondientes a la edad por encima o por debajo de 50 años y su comparación con el cuadro anterior que nos muestra la mortalidad bajo la influencia de la sulfamidoterapia revela que nuestra experiencia concuerda exactamente con la recogida en otras partes del mundo, que indica que las nuevas drogas han disminuído la mortalidad de los neumónicos de menos de 50 años entre 6 y 7 veces y en los mayores de esa edad de 3 a 4 veces. La mortalidad computable para nuestra serie de 431 enfermos sería de 3,6% cifra que representa el 50% de las señaladas por autores americanos, lo cual es debido al porcentaje reducido de neumónicos mayores de 50 años en nuestro material.

A pesar de que por las razones ya anotadas, no es posible comparar en forma absolutamente exacta la mortalidad de los tratados con la de los no tratados, es interesante, con el fin de objetivar más los resultados, señalar que de 438 enfermos no tratados específicamente murió el 14%, cifra que contrasta con la mortalidad global del 4.3% que se ha obtenido en 431 enfermos tratados con droga. Estos resultados se obtienen a pesar que el grupo de los no tratados es de gravedad menor como ya se indicó. La diferencia anotada indica claramente la enorme disminución de la mortalidad por neumonía que puede atribuirse a la sulfamidoterapia.

En el cuadro siguiente puede observarse la morbilidad y mortalidad por años, registradas desde 1938 junto al porcentaje de enfermos sometidos a la sulfamidoterapia:

Cuadro N° 4

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR AÑOS, EDADES Y PORCENTAJES DE ENFERMOS TRATADOS

Año	N° de enfermos		Fallecidos				Tratamiento efectuado	% de enfermos tratados con sulfamidados
	Edad	N°	Menos 24 Hrs. N°	%	Más 24 Hrs. %	N		
1938	Menos 50 años	210	10	4,7	19	9,0	33 enfs. con suero. El resto tratamiento sintomático.	0,0 % Mortalidad global: 16,4 %
	Más 50 años	33	3	9,0	8	24,0		
		243	13	5,3	27	10,1		
1939	Menos 50 años	207	3	1,4	7	3,3	10 enfs. suero 15 enfs. suero y sulfapiridina. 103 sulfapiridina. 118 recibieron droga o suero.	50,0 % Mortalidad global: 7,4 %
	Más 50 años	33	2	6,0	6	18,0		
		240	5	2,0	13	5,5		
1940	Menos 50 años	108	1	0,8	4	3,6	102 recibieron sulfapiridina o sulfatiazol. (99 con sulfapiridina).	70,0 % Mortalidad global: 8,7 %
	Más 50 años	41	4	9,7	4	9,7		
		149	5	3,3	8	5,3		
1941	Menos 50 años	98	3	3,0	2	2,0	35 sulfapiridina 44 sulfatiazol. 15 llegaron convalescentes; algunos tratados en sus casas.	70,0 % Mortalidad global: 5,3 %
	Más 50 años	14	1	7,1	0	0,0		
		112	4	3,5	2	1,7		
1942	Menos 50 años	137	4	2,9	2	1,4	4 sulfapiridina 126 sulfatiazol 1 sulfadiazina 29 llegaron convalescentes; algunos ya tratados.	80,0 % Mortalidad global: 4,8 %
	Más 50 años	31	1	3,2	1	3,2		
		168	5	2,9	3	1,7		

De gran importancia en la disminución de la mortalidad por neumonía es la época de iniciación del tratamiento; en el siguiente cuadro puede apreciarse la importancia que tiene la iniciación de la terapia antes del tercer día:

Cuadro N° 5

Fecha de iniciación del tratamiento	Menores de 50 años N°	Fallecidos		Mayores de 50 años N°	Fallecidos	
		N°	%		N°	%
Antes del 3er. día	116	1	0,86	11	0	0
Entre 4º y 7º día	183	3	1,6	37	3	8,1
Después del 8º día	30	4	13,3	7	4	57,0

Complicaciones pleurales. — En el cuadro adjunto se detallan las complicaciones pleurales registradas en nuestros 932 enfermos:

Cuadro N° 6

Complicaciones pleurales.

Tipo de enfermos	N° Casos	Empiemas	Derramas puriformes asépticos	Pleuresias serofibrin.
No tratados con droga.	438	9	0	4
Tratados con droga después de aparecido el empiema	3	3	0	0
Tratados con droga tardamente ya con signos derrame sin conocer su naturaleza	2	2	0	0
TOTAL que pueden considerarse como complicaciones anteriores al uso de la droga	443	14	0	4
Tratados con droga antes del 8° día.	441	5	6	3

Puede observarse que los derrames pleurales se presentan con más o menos igual frecuencia entre los enfermos tratados y no tratados, pero con la diferencia que en los no tratados hay una marcada tendencia a hacer menos empiemas y en cambio más derrames asépticos que no requieren de la cirugía para curar. Todos los empiemas necesitaron ser operados; a menudo el uso de la sulfamidoterapia ha parecido perjudicial, ya que con frecuencia atenúa la sintomatología, lo que hace diferir la operación. La mortalidad registrada en estos 19 casos de empiema fué de 8 enfermos. Los derrames puriformes asépticos y las pleuresias serofibrinosas, curaron con las simples punciones evacuadoras.

Absceso pulmonar post-neumónico. — Entre los 441 enfermos que han recibido la droga antes del 8° día, se han observado dos casos de abscesos pulmonares, haciéndose presente la supuración a los 8 días de suspendido el tratamiento en el primero y a los 36 días de aparecer clínicamente sano, el segundo. Parece que la sulfamidoterapia tuviera un efecto retardador de la aparición de la vómica en estos casos.

MENINGITIS NEUMOCOCICA

Han observado 11 casos, 4 de los cuales fueron tratados con sulfapiridina. En 2 de estos últimos, tratados con dosis de 8 grs. diarios, la muerte se produjo a los 2 días y en uno al 5 día de tratamiento. El cuarto enfermo, tratado precozmente con dosis iniciales de 20 grs., (niño de 22 kilos) se recuperó totalmente después de una dosis total de 59 grs. Desgraciadamente reingresó a los 14 días con un nuevo brote de meningitis y en estado agónico, (meningitis por perforación del tegmen timpani).

MENINGOCOCIAS

Se han atendido 187 casos de meningitis cerebroespinal (173 en el Servicio especial del Hospital Barros Luco y 14 en el Hospital del Salvador) durante los años 1940, 41, 42. 117 eran hombres y 70 mujeres; 160 eran menores de 40 años, la mayoría entre 20 y 35. De estos enfermos 23 fueron catalogados como leves, 23 como intermedios, 81 como de mediana gravedad, 40 como graves y 16 como gravísimos.

De los 187 enfermos atendidos murieron 16. De los fallecidos, 14 pertenecen a los catalogados como gravísimos y en 6 de ellos el factor gravedad no estaba condicionado por el retardo del ingreso. Seguramente ellos sufrían de formas sobreagudas en que la terapia se mostró ineficaz. Se observó un caso de recidiva de la meningitis un mes después de la primera que se mostró totalmente resistente a todas las drogas.

De la experiencia obtenida en este grupo de enfermos puede deducirse: a) Con la sulfamidoterapia, prácticamente sólo fallecen aquellos enfermos que al iniciar el tratamiento presentaban la forma más grave de la enfermedad, designada como forma gravísima. b) En un 40% de los casos dicha gravedad no es debida al retardo en comenzar el tratamiento. c) La mortalidad puede ser debida al carácter sobreagudo de la infección, a la tardanza en ingresar y rarísima vez a la sulfamidoresistencia.

Tratamiento. — Todos los enfermos fueron tratados con sulfamidos (sulfanilamida, sulfadiazina, sulfapiridina inyectable, sulfatiazol). Se usaron dosis diarias de 8 gramos, con dosis iniciales de 2 a 4 grs. Las dosis totales variaron entre 23 y 62 grs. con dosis medias de 40 a 45 grs. La duración media del tratamiento fué de 6 a 7 días y la estadía media de los enfermos fué de 11,7 días.

Aunque no fué posible efectuar una experiencia paralela, la confrontación de dos grupos comparables permite concluir que en los casos de mediana gravedad se obtienen los mismos resultados con el uso de la sulfanilamida y de la sulfadiazina.

Los accidentes e incidentes de la terapia fueron los corrientes.

Terapia adjuvante. — Se hizo hidratación y se administraron tónicos vasculares cuando fué necesario.

Se considera injustificado el uso de la punción lumbar como medio terapéutico, debiendo efectuarse al ingreso con fines diagnósticos.

Mortalidad. — Como se dijo, de los 187 enfermos fallecieron 16 (mortalidad global del 8,6%); 6 fallecieron antes de las 36 horas de tra-

tamiento lo que arroja una mortalidad computable de 5,3%. La mortalidad en los hombres fué de 10% y la de las mujeres de 4,2%.

Se refieren en seguida los resultados obtenidos del estudio de la concentración de los sulfamidados en la sangre y líquido cefaloraquídeo en 102 enfermos de meningitis.

Complicaciones. — Se observaron artritis en 14 pacientes, siendo la rodilla, la articulación más frecuentemente afectada. Todas se recuperaron con tratamiento de diatermia y Solux. Se observó dos casos de sordera bilateral una completa y otra casi completa. (no se recuperaron). En tres enfermos se observaron parálisis (del facial y del sexto par); recuperándose en dos de ellos, ya que el otro falleció. Observaron además una otitis media, un catarro de la trompa, una escara sacra y 4 de retención de orina.

ABSCESES PULMONARES PRIMITIVOS

Se han revisado las fichas clínicas, pertenecientes a 38 enfermos que ingresaron al Servicio por supuraciones pulmonares localizadas y no secundarias a otros procesos pulmonares crónicos (bronquiectasias, quiste hidatídico). Constituyen el total de los enfermos de este tipo atendidos en la Sección A. de Medicina durante los años 1940-41 y 42.

22 de estos enfermos, fueron catalogados como casos agudos (comienzo de la enfermedad anterior a la sexta semana antes de su ingreso). 16 pueden catalogarse como casos crónicos (evolución antes de ingresar superior a 6 semanas).

Abscesos agudos. — 22 casos. 17 fueron tratados con derivados sulfamidados (6 con sulfapiridina, 5 con sulfatiazol y 6 con ambas drogas). Como dosis media puede darse la cifra de 55 grs. por cura. No se observaron inconvenientes de importancia durante la realización del tratamiento.

De los 17 enfermos tratados curaron 9, todos ingresados entre el 3º y 19º día del comienzo, la mayoría entre el 6º y 15º día. 6 enfermos no presentaron ninguna atenuación de sus síntomas con la sulfamidoterapia; 4 de ellos fueron evacuados a los Servicios de Cirugía y 2 a un Servicio de Otorrinolaringología para que se continuaran practicando broncoscopias aspiradoras. Un enfermo mejoró en forma incompleta y fué dado de alta en esas condiciones; otro dejó el Servicio a los pocos días, por su propia voluntad y en iguales condiciones.

En 5 enfermos de supuración aguda no se usó sulfamidoterapia, sino que se les trató en forma sintomática con inyecciones de benzoato de sodio. 3 de ellos curaron completamente y 2 hubo que trasladarlos a Cirugía.

Absceses crónicos. — De los 16 enfermos crónicos, 8 fueron tratados con sulfapiridina o sulfatiazol. 3 de ellos fueron dados de alta como curados. De los 5 que no mejoran, 4 hubieron de ser enviados a Cirugía.

De los 8 no tratados con droga curan clínicamente 2, 3 fallecen en el curso de su hospitalización en el Servicio, 2 son trasladados en iguales

condiciones a Cirugía y 1 es dado de alta en el mismo estado en el cual ingresó.

De nuestra experiencia no puede concluirse nada definido sobre la acción de los sulfamidados por vía general (oral e inyectable) en el tratamiento de las supuraciones pulmonares primitivas agudas o crónicas, ya que los porcentajes de curación obtenidos, la duración de la estada hospitalaria y la mortalidad, no difieren grandemente de las cifras obtenidas en épocas anteriores al uso de los sulfamidados. Sin embargo, creemos que debe insistirse en una experimentación más cuidadosa antes de llegar a conclusiones definidas, en especial por medio del sulfatiazol que nos ha impresionado como la droga más indicada.

SEPSIS ESTAFILOCOCICA

Desde el 1º de Enero de 1938 al 20 de Abril de 1943, se han registrado 20 casos de sepsis estafilocócicas (16 en el Hospital y 4 en la práctica privada de uno de nosotros). En 14 de estos enfermos hubo formación de abscesos (tejido celular, músculos, pulmón, articulaciones). 18 de estos pacientes han sido tratados con sulfamidados, como puede verse en el cuadro adjunto:

Droga empleada	Nº de Casos
Sulfanilamida	2
Sulfapiridina	5
Sulfanilamida y después sulfapiridina	3
Sulfatiazol y sulfapiridina	2
Sulfatiazol	4
Sulfatiazol y sulfadiazina	1
Sulfanilamida, sulfapiridina y sulfatiazol	1
	18

Siempre que se pudo y en forma precoz se combinó la Cirugía evacuadora a la sulfamidoterapia. En un caso en que hubo además de otras colecciones supuradas que fueron evacuadas, una osteoartritis coxofemoral, esta se trató con todo éxito con inmovilización prolongada.

De los 18 tratados curaron 12; 5 murieron y 1 abandonó el Servicio en iguales condiciones. Entre los 12 tratados hubo 2 que recidivaron, uno una vez y otro dos veces. Ambos terminaron por sanar. Es digno de mencionar un caso de los mejorados que presentó tromboflebitis de los senos cavernosos (por ántrax de la cara) y múltiples abscesos pulmonares, con ruptura de uno de los pulmones y formación de hidro-neumotórax aséptico que curó con punciones evacuadoras. Este caso, totalmente recuperado, sanó después de usar en su tratamiento 250 grs. entre sulfapi-

ridina y sulfatiazol. En el enfermo que presentó dos recidivas se emplearon 700 gramos de droga en el curso de un año.

La experiencia revela, que la sulfanilamida común es poco eficaz; por otra parte que hay casos tratados precozmente con las otras drogas y con dosis suficiente que hacen evolución fatal.

Los dos únicos enfermos de esta serie, en que no se usó droga fallecieron.

Nuestra experiencia parece indicarnos que el tratamiento con sulfamidados adecuados (sulfatiazol, sulfapiridina y sulfadiazina) parece reducir la mortalidad por sepsis estafilocócica al 25%, pero siempre que ella se combine con la evacuación quirúrgica, amplia y precoz de las colecciones supuradas y las demás medidas terapéuticas que cada caso particular indique (transfusiones, punciones, inmovilización articular, etc.). Las dosis deben ser altas (8 a 12 gramos diarios) y largo tiempo mantenidas. El tratamiento debe iniciarse lo más precozmente posible. La sulfamidoterapia no evita con seguridad las recidivas, por lo que en todos los casos el médico debe advertir a su paciente esta probable contingencia para poder reiniciar la terapia tan pronto como ella se produzca.

OTRAS SEPSIS

Tres casos de sepsis estreptocócica de puerta de entrada no precisada, fueron tratados con sulfapiridina, sulfanilamida o sulfatiazol y en buena forma. Dos murieron en el Servicio y el otro fué retirado en el mismo estado que a su ingreso.

Han sido sometidos a la sulfamidoterapia 8 casos de sepsis graves puerperales, una determinada por el estreptococo hemolítico, otra por estafilococo hemolítico y otra por una infección mixta de estafilococo y colibacilo, cuatro determinadas por gérmenes no precisados. Cuatro se recuperaron, 3 murieron y 1 fué evacuada al Servicio de Infecciosos de la Maternidad donde posteriormente falleció.

ENDOCARDITIS LENTA

Durante los años 1940-41-42 y parte de 1943 se han sometido a la sulfamidoterapia, a 13 enfermos de endocarditis lenta. Se han considerado como portadores de tal enfermedad, a los que presentaban el conjunto sintomático acabado o a los que presentaban la prueba del hemocultivo.

Se usaron las siguientes drogas: prontosil rojo, sulfanilamida, sulfapiridina, sulfatiazol y sulfatiazol sódico. Las dosis fueron muy variables; dosis totales de 14 a 177,5 grs. (dosis medias de 35 a 50 grs.) por cura, durante períodos variables entre 3 y 62 días.

De los 13 enfermos tratados, en 8 no se apreció mejoría de ninguna especie, a pesar de que en uno de ellos se usó una dosis total de 177,5 grs. de sulfanilamida y sulfatiazol en un plazo de 62 días. En dos enfermos se apreció una mejoría discreta del estado general con descenso tran-

sitorio de la fiebre. En un enfermo, mujer de 20 años, se observó una remisión total de la temperatura y mejoría evidente del estado general con desaparición de la sintomatología subjetiva, de 6 meses de duración, después de un tratamiento con dosis masivas de sulfatiazol por vía endovenosa (45 grs. en 3 días). En un caso no se conoce el resultado del tratamiento.

FIEBRE TIFOIDEA

Desde el 1º de Enero de 1939 hasta el 1º de Enero de 1943, se han tratado 204 enfermos de fiebre tifoidea. De estos, 33 han sido tratados con cuerpos sulfamidados, los que se descomponen en la siguiente forma: 29 en su primera enfermedad y 4 en la recaída. 23 de los enfermos iniciaron su tratamiento en pleno período de estado y 5 en la cuarta semana (casos graves); el resto eran formas iniciales.

Las drogas empleadas han sido; sulfapiridina en 12 casos, sulfatiazol en 13, sulfanilamida en 5, sulfaguanidina en 2 y sulfapiridina y sulfatiazol en forma sucesiva en 1. Las curas han oscilado entre 2 y 11 días; las dosis totales entre 7 y 60 grs. siendo la dosis media entre 20 y 40 gramos; como dosis diarias se han empleado 4 a 6 grs.

De los 29 enfermos tratados en su primera crisis, 4 recaen. De los 33 enfermos sólo muere uno, que llegó al 8º día del comienzo aparente de la enfermedad, pero en condiciones bastantes graves; sólo recibió 14 grs. de droga. En la autopsia se encontró un colotifus con lesión muy extensa y grave, complicado de absceso hepático.

Entre los enfermos vale la pena señalar un caso, que fué presentado a la Sociedad Médica por uno de nosotros en colaboración con la Srta. Barría, que hizo una neumonía por aspiración en el curso de un síndrome de Landry y que curó en forma espectacular, tanto de esta complicación como de su fiebre tifoidea.

Como incidentes de la terapia en nuestros enfermos sólo se han observado los siguientes: con la sulfapiridina un caso de neutropenia acentuada que obligó a suspender el medicamento; un caso de cefalea y vómitos incoercibles que obligó a suspender el tratamiento y 1 caso de vómitos simples. En dos de los enfermos tratados con sulfatiazol se observó fiebre de droga y en uno de los tratados con sulfanilamida cianosis.

El porcentaje de recaídas fué de más o menos el 11%; la duración media de la enfermedad fué comparable a la media de los no tratados.

De los 171 enfermos no tratados y cuyas edades y demás caracteres son semejantes al grupo de los tratados, murieron 16 enfermos, lo que equivale a una mortalidad de 10,7%, que contrasta con la mortalidad del 3% en el grupo de los tratados.

Como esta experiencia no ha sido hecha en forma paralela, no nos atrevemos a sacar conclusiones, tanto más que la revisión de nuestras fichas nos revela que muchos de nuestros enfermos recibieron dosis pequeñas.

La experiencia particular de uno de nosotros en su práctica privada, con tratamientos más enérgicos, nos ha dejado una impresión favorable, lo que unido a los datos obtenidos de esta revisión, nos obliga a concluir que es necesario continuar prestando atención al problema del tratamiento de la fiebre tifoidea con los derivados sulfamidados y en forma de hacer una experiencia irrefutable.

BRUCELLOSIS

Hemos tenido la oportunidad de ensayar la terapia en 9 enfermos, de los cuales en solo 6 esta es hecha en debida forma. En un caso hubo fracaso indiscutible, en los otros cinco el tratamiento coincidió con la desaparición definitiva de la fiebre. En tres hay razones para pensar que el tratamiento sólo fué coincidente con la curación espontánea de la enfermedad; en los otros dos la impresión es de un efecto eficaz.

Las drogas empleadas han sido: sulfapiridina 2 veces, sulfanilamida en dos casos; sulfanilamida y sulfapiridina en uno. La dosis diarias han oscilado entre 4 y 6 gramos; la dosis total entre 32 y 124 gramos. En el enfermo en que la terapia puede considerarse como fracasada se hicieron 5 curas sucesivas; se trataba de un enfermo complicado de meningococcalitis y espondilitis brucelosa.

SULFAMIDOTERAPIA EN COLITIS Y DISENTERIAS

Se han tratado 5 casos de disenterías bacilares agudas y 13 colitis crónicas. En la disentería aguda se ha ensayado la sulfaguanidina y el sulfatiazol con los mismos resultados espectaculares señalados en la literatura. En cambio en las formas crónicas, sea en colitis bacilares o inespecíficas, los resultados han sido nulos o incompletos. En las formas agudas hemos empleado dosis de 6 a 8 gramos diarios; en las formas crónicas de 3 a 4 gramos en curas sucesivas.

No nos ha parecido que la sulfaguanidina sea más activa que el sulfatiazol; eso sí la primera es mejor tolerada.

LINFOGRANULOMA ANORECTAL

Se han tratado 40 casos pertenecientes a este grupo mórbido en nuestra Sección. Dos de nosotros, en colaboración con los Drs. Atria y Abusleme, hemos dado cuenta de parte de nuestra experiencia a la Sociedad Médica de Santiago en 1939 y 1940. Nuestro colaborador Abusleme hizo sobre este tema su tesis de prueba en 1940.

Nuestra experiencia nos indica que la sulfamidoterapia debe actualmente ser considerada como el tratamiento de base de las anorectitis sin estenosis. Con ella se han curado el 30% de los enfermos. La mejoría ha sido manifiesta en el 40% y en 30% ha fracasado. En las formas este-

nosantes es un adyuvante precioso del tratamiento a base de las dilataciones diatérmicas.

El tratamiento debe iniciarse lo más precozmente posible, hacerse a dosis moderadas (3 gramos diarios) por periodos de 10 a 21 días, repetido a intervalos variables y por un largo tiempo. La terapia debe controlarse por endoscopias repetidas. Actualmente, y en forma provisoria, aceptamos como criterio de curación a la negatividad endoscópica controlada por lo menos durante 6 meses. Se ha usado indistintamente sulfanilamida, sulfapiridina y sulfatiazol. Se prefiere a la primera por su bajo costo y mejor tolerancia. El tratamiento en la forma indicada anteriormente se ha mostrado bien tolerado y no se han registrado accidentes de importancia.

SULFAMIDOTERAPIA EN COLECCIONES SUPURADAS ABDOMINALES

En 6 casos de abscesos apendiculares se ha usado sulfamidoterapia. En todos los casos los síntomas se han apagado. En uno de ellos, a pesar de la atenuación evidente de la sintomatología se produjo días después una sepsis a perfringens que rápidamente mató al enfermo. Los otros casos se recuperaron y fueron después intervenidos con éxito. No nos hemos formado opinión sobre la utilidad de esta terapia en estos enfermos, pero el caso fatal anotado, lo mismo que las atenuaciones engañosas que hemos comprobado en 4 casos de empiema vesicular agudo, en enfermos de angiocolitis supurada (3 casos), en abscesos subfrénicos (3 casos) y en abscesos perinefríticos (6 casos), nos obliga a pensar que debe estudiarse más detenidamente el uso de los sulfamidados en los procesos abdominales susceptibles de ser procesos supurados, antes de establecer la conducta a seguir en el futuro. Los sulfamidados atenúan la sintomatología en forma evidente y el cuadro toma un aspecto engañoso que además de exponer al enfermo a contingencias graves, a menudo hace difícil la operación, alargando innecesariamente la curación por medio de la cirugía.

Cualquiera que sea la enseñanza que nos dé el porvenir en esta materia, por el momento nos parece que de todos modos debe proscribirse hasta nuevo aviso la práctica por demás inconveniente de hacer sulfamidoterapia en procesos abdominales infecciosos, en época en que el diagnóstico seguro no parece evidente. La atenuación de los síntomas y la evolución arrastrada que toman los procesos supurados bajo la influencia de los sulfamidados, muy diferente a la espontánea, hace que el enfermo siga su evolución fuera de todo control por parte del médico, con sus consiguiente peligros. Sólo el porvenir nos dirá cual será la conducta más conveniente a seguir en procesos supurados debidamente diagnosticados. Nuestra impresión actual es que más vale abstenerse de los sulfamidados y dejar la sulfamidoterapia para después de la intervención quirúrgica.

REUMATISMOS INFECCIOSOS

La experiencia adquirida desde 1939 a comienzos de 1943 se refiere a 40 casos: 23 agudos y 17 crónicos.

Reumatismos infecciosos agudos. — De los 23 casos observados 13 obedecían a etiología gonocócica, 4 a reumatismos poliarticulares, 3 focales, 6 de etiología indeterminada y un caso mixto (blenorragia y Nicolás Favre). El tratamiento de estos enfermos se hizo a base de sulfamidados sean sólo o asociados a otras medidas terapéuticas (proteínoterapia, masaje, diatermia, etc.). Las drogas usadas fueron la sulfanilamida, sulfapiridina, acetilsulfanilamida, neo-uliran y sulfatiazol. Las dosis empleadas se consideraron como suficientes en 21 casos.

De los 13 casos de reumatismos agudos gonocócicos, 9 curaron totalmente (70%) y 4 lo hicieron con defecto. De los 6 casos de etiología indeterminada 2 curaron totalmente, 3 lo hicieron con defecto y en 1 no se obtuvo resultado favorable. De los enfermos con reumatismos agudos focales, curó uno, otro lo hizo con defecto y en uno se fracasó.

En resumen se observó resultado favorable en el total de enfermos con reumatismos agudos gonocócicos; en los de origen indeterminado 5 de 6 enfermos se beneficiaron con el tratamiento; en los de origen focal 2 de 3 enfermos se beneficiaron con los sulfamidados. Por lo tanto en los reumatismos infecciosos agudos tratados con dosis suficientes, el porcentaje de curaciones asciende al 90% (57% de curaciones completas y 35% de curaciones con defecto).

Reumatismos infecciosos crónicos. — Se observaron 17 casos de los cuales 15 eran gonocócicos, 1 focal y 1 mixto (gonococia y amigdalitis crónica). Estos enfermos fueron tratados con sulfanilamida, sulfapiridina o sulfatiazol a dosis diarias de 4 a 8 grs. (salvo en dos casos en que se usaron dosis de 3 y 4 grs), con dosis por cura de 21 a 76 grs., asociados a otras terapias comunes.

En los reumatismos gonocócicos, de los 15 tratados, obtuvieron resultado favorable 6 (46%). En los otros dos casos tratados, origen focal en uno y mixto en el otro se observaron resultados favorables.

Sección B de Medicina.

Jefe Dr. Israel Borquez.

SULFAMIDOTERAPIA EN MEDICINA

Dr. MIGUEL ACUNA ZAMORA.

(Resumen)

Se dan a conocer las dificultades de organización que impiden obtener una experiencia de valor (uniformidad de drogas, distinta época de iniciación del tratamiento) y el escaso número de enfermos observados que no permiten sacar porcentajes seguros. Hacen ver que la experiencia de la Sección B coincide con la expresada por el Council of Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association.

La experiencia de la sección se refiere a 141 enfermos tratados con sulfamidados durante el año 1942 (100 mujeres y 41 hombres) entre un total de 1429 enfermos atendidos.

Enfermedades tratadas con sulfamidados

	Nº de enfermos	Fallecidos	Mortalidad
Neumonía	84	7	8 %
Escarlatina	14	0	—
Erisipela	8	1	—
Tifoidea	6	—	—
Meningitis meningocócica	6	3	50 "
Meningitis agudas	2	2	100 "

Se trataron otros procesos en 33 enfermos (tuberculosis, resfrios, grippe, amigdalitis, abscesos pulmonares, pielocistitis, Nicolas Favre, flegmón perinefrítico, sarampión, parotiditis, sinusitis, bacteremia, pleuresia purulenta, reumatismo, endocarditis lenta y difteria) entre los que no hubo mortalidad hospitalaria.

Drogas empleadas. — Se empleó el sulfatiazol por vía bucal en 97 enfermos, por vía parenteral en 4; la sulfanilamida en 48, la sulfapiridina en 8; la sulfadiazina en 1 y en 1 no se indica el tratamiento.

Accidentes e incidentes. — Ningún accidente grave. Dos accidentes cutáneos con sulfatiazol y dos con sulfanilamida.

SULFAMIDOTERAPIA EN NEUROCIRUGIA

Drs. A. ASENJO e I. ZABIEZO

(Resumen)

Desde el 26 de Febrero de 1940 hasta el 31 de Diciembre de 1942 se han atendido en el Servicio de Neurocirugía 1249 enfermos, en 100 de los cuales se ha empleado la sulfamidoterapia.

1) **Heridas infectadas.** — Se han tratado 21 casos de heridas infectadas con sulfanilamida, sulfapiridina o sulfatiazol. Las dosis variaron entre 2 y 12 gramos diarios con dosis totales entre 6 y 120 grs. Se obtuvo buen resultado en 15, regulares o dudosos en 2, malos en 3 y desconocido en 1. No observaron resultados superiores con una droga determinada.

2) **Traumatismos encefalocraneanos.** — Se observaron 11 casos (infección no comprobada). Se usó sulfanilamida y sulfatiazol, a dosis diarias variables entre 3 y 12 gramos, con dosis totales de 3 a 72 grs. Resultados buenos se observaron en 9 enfermos y nulos en 2. Se empleó como preventivo en los traumatismos encefalocraneanos sospechosos de posible infección endocraneana.

3) **Aracnoiditis post-operatorias.** — (Meningitis asépticas o serosas). Se trataron 10 casos no observándose prácticamente resultados favorables.

4) **Heridas de bala.** — Han usado la sulfamidoterapia en 8 casos de infección no comprobada. Obtuvieron buenos resultados en 6, y en los otros se desarrolló una encefalitis. En uno de éstos las dosis diarias fueron insuficientes. El empleo rutinario de la droga en forma preventiva les ha dado excelentes resultados en estos casos.

5) **Meningitis purulenta.** — Han observado 7 casos (estafilo y estreptocócicas). Seis llegaron con la infección y uno la adquirió en el acto operatorio. Se usó especialmente sulfapiridina y sulfapiridina sódica. El único caso en que se obtuvo buen resultado fué tratado con sulfatiazol y sulfapiridina sódica. (6,3 y 2 grs. con dosis total de 78 grs.). En general se usaron dosis insuficientes.

6) **Abscesos cerebrales.** — De seis casos tratados, con dosis de 3 a 12 gramos diarios se observó buen resultado en uno (tratado con dosis insuficiente). En todos hubo que llegar a la intervención durante la cual no se observó acción de la droga sobre el proceso supurado.

7) **Cistitis.** — Han tratado 4 casos (sulfanilamida, sulfatiazol) con dosis de 6 a 8 grs. diarios, con buenos resultados.

8) **Bronconeumonia.** — Tres casos tratados con sulfatiazol sin resultados. (Dosis no bien especificadas).

9) **Otitis supurada.** — Han tratado dos casos. Uno murió el primer día de tratamiento, tratado con sulfanilamida y sulfatiazol y el otro mejoró con dosis de 6 grs. diarios de sulfanilamida.

10) **Hematoma del colgajo.** — Trataron 3 casos (sulfapiridina, sulfatiazol y sulfanilamida) con dosis diarias de 6 grs. en cuanto aparecieron signos de infección después de las punciones. En todos obtuvieron buenos resultados.

11) **Osteomielitis de los huesos del cráneo.** — Han tratado tres casos con dosis de sulfanilamida o sulfatiazol, variables entre 2 y 6 grs. con buenos resultados en todos.

Además, han obtenido resultados buenos en 1 caso de meningitis meningocócica, 1 de absceso retroocular, 1 de erisipela, 1 de blenorragia y 1 caso de aracnoiditis postraumática. Resultados regulares en 1 absceso pulmonar (dosis suficiente), 1 mastoiditis y en 1 caso de hundimiento de los senos frontales en que se usó como preventivo. Observaron resultados nulos en un caso de aracnoiditis postraumática, en una meningitis tuberculosa, en una neumonia y en una osteitis lúetica.

Han usado estas drogas en solución aplicadas localmente, sin observar resultado favorable. Sólo en los últimos meses están ensayando el uso de los sulfamidados en polvo.

Sección Maternidad.
Cátedra Universitaria Extraordinaria
de Obstetricia.
Prof. Dr. V. Manuel Avilés.

SULFAMIDOTERAPIA EN OBSTETRICIA

Porf. Dr. V. MANUEL AVILES.

(Resumen)

Hacen ver que su experiencia se refiere a observaciones que han sido recogidas sin haber trazado un plan de trabajo determinado. Además muchas de las enfermas ingresan al Servicio con sus procesos patológicos muy avanzados. Por otro lado la tardanza en obtener los resultados bacteriológicos, ha significado la administración de sulfamidados en muchos casos en donde dicha terapia no tenía indicación. Por último han tenido que sufrir de falta o escasez de drogas o de la droga adecuada.

Sepsis puerperales. — 1.— No aconsejan la sulfamidoterapia en las infecciones localizadas al útero o al tracto vulvovaginal, ya que estos procesos evolucionan en buena forma por sí solos.

2.— Las formas propagadas a los anexos y parametrios, deben ser tratadas en el período agudo, ya que la sulfamidoterapia acorta la evolución y reduce la mortalidad. Así se ha visto bajar la proporción de septicemias y piohemias en un 50% en 1942 en comparación con otros años.

3.— Las formas generalizadas, sanguíneas o peritoneales constituyen la gran indicación de la sulfamidoterapia.

Desde 1936 a 1942 se aprecia que las infecciones aparecidas en el Servicio bajaron de 143 a 99. En cambio, el total de infectadas atendidas aumentó de 561 a 990.

La mortalidad por sepsis desde 1933 a 1938 fluctúa entre 0,82 y 0,99%. Desde 1939 se aprecia un descenso de la mortalidad de 0,62 a 0,38%. Por otra parte, se observa disminución de las formas graves. Se opina que gran parte de este éxito, puede ser atribuido a la sulfamidoterapia, aunque también actuarían otros factores de mejor atención.

4.— Restos de aborto séptico. — Se demuestran partidarios de un criterio ecléctico, en cuanto al empleo del raspaje.

En 1942 observan 616 casos de aborto sépticos, en 443 de los cuales se interviene por raspaje (abortos febriles simples con condiciones locales que permiten fácil raspaje). En 173 enfermas no se hace raspaje (complicaciones anexiales, uterinas o generales que lo contraíndican); en estas, se hace sulfamidoterapia asociada a otras terapias (123 de ellas fueron sometidas a raspaje posteriormente). De estas 173 enfermas, 138 evolucionan satisfactoriamente, 35 se complican y 13 evolucionan en forma extraordinariamente grave, falleciendo 10 de ellas.

De los 443 casos operados precozmente, 54 se complicaron, (15 gravemente) falleciendo 7.

Se señala que el resultado desfavorable del grupo de enfermas no sometidas a raspaje precoz, no significa que el método sea malo, ya que esas enfermas fueron las más graves, motivo por el cual no se intervino.

En ambos grupos se usaron los sulfamidados.

5.— Infecciones generalizadas (piohemias, septicemias y septicopiohemias). Experiencia de los años 1940-41 y 42. En estos tres años se observan 101 casos de infecciones generalizadas, 15 de las cuales, fallecen antes de las 24 horas del ingreso. De las 86 restantes, el tratamiento básico en 50 fué la sulfamidoterapia y 36 fueron tratadas con distintos procedimientos. De el total, fallecieron 63, 14 fueron dadas de alta en estado grave y mejoraron 24. Por lo tanto existió una mortalidad computable de 76,23%; considerando como fallecidas a las pacientes que salieron del servicio en estado grave.

Comparando la mortalidad de las tratadas con sulfamidados con las no tratadas, se obtiene una mortalidad de 68% para las primeras y de 77% para las segundas. Por lo tanto no son diferencias estimables y se concluye que en la sepsis puerperal no se obtiene buen resultado con la sulfamidoterapia.

No se pronuncian sobre las causas responsables de la falta de respuestas a la sulfamidoterapia, en esta clase de infecciones, (atraso de las enfermas al llegar, uso de drogas no indicado, existencia de localizaciones a distancia ?). Quizás la explicación de estos hechos residirá en la naturaleza de los gérmenes productores (refractarios a la sulfamidoterapia: estreptococo anaerobio).

Por lo tanto, para nuestro Hospital, la mortalidad por sepsis puerperal se mantiene inalterable a pesar de la sulfamidoterapia.

Se consigna que las formas septicémicas puras fueron mejor influenciadas que las piohémicas (57 piohémicas).

Se agrega, que los resultados unánimemente obtenidos en los que se refiere a disminución del número de sepsis puerperales puede ser atribuído a la feliz influencia de los sulfamidados sobre el estreptococo hemolítico.

6.— Sepsis por perfringens. — (Experiencia especial del Dr. L. Tisné). Han observado 29 casos. — 10 de ellos fueron tratados con suero antigangrenoso sin ningún resultado; todos fallecieron. En 10 se hizo tratamiento con antitoxina perfringens, junto a hidratación, raspado y sulfamidoterapia (7 con sulfatiazol y 3 con sulfanilamida). De estas 10 enfermas fallecen 7 (70% de mortalidad). Por último 9 enfermas son tratadas con suero y raspado, observándose una mortalidad del 33,3%. Un trabajo experimental efectuado por el Dr. O. Trivelli confirma esta experiencia, en el sentido de que la antitoxina perfringens logra subyugar las manifestaciones mórbidas de este tipo de sepsis.

7) Infección peritoneal. — La sulfamida, asociada a otras terapias es de indudable eficacia. Es interesante comparar las cifras de mortalidad de los años 1940 y 1941 que alcanzó al 85%, con los del año 1942 en que

se usó la sulfamidoterapia en forma más intensa. En este último año la mortalidad por infección peritoneal descendió al 38,5%.

El uso de la sulfamidoterapia en las formas localizadas parece ser la causa de la reducción del número de peritonitis difusa que de 30 casos ha disminuído a 25, 22 y 12 en los últimos 4 años.

En estos casos de infección peritoneal, se ha usado una mezcla polisulfamidada (mexilol) en cantidad de 5 a 15 gramos en la cavidad peritoneal y en la herida operatoria. Además, fleboclisis continua de sulfatiazol en dosis de 5 a 20 grs. y hasta de 35 grs. en las 24 horas. (Se llegó a obtener concentraciones de droga en la sangre de 35 miligramos%).

En ocasiones se ha usado plasma sulfamidado sin notar resultado especial alguno.

Técnica del tratamiento. — Ante la imposibilidad de hacer examen bacteriológico rutinario con resultados rápidos, se ha usado la sulfamidoterapia en toda enferma grave o de mediana gravedad. Se ha usado indistintamente sulfanilamida o sulfatiazol, aunque por los resultados de la práctica privada existe la impresión de que probablemente la droga de elección fuera la sulfadiazina. Aunque no pueden sacar conclusiones de sus trabajos que no han sido efectuados en forma intachable, se indica que entre la sulfanilamida y el sulfatiazol debe preferirse al segundo.

Han usado el tratamiento clásico con los esquemas conocidos. Las dosis totales varían grandemente, dada la evolución tan diversa de estos cuadros. Dosis diarias alrededor de 6 gramos; dosis totales medias de 60 a 90 grs. (en un caso se llegó a 160 grs.). En general las dosis iniciales han sido altas; 0,05 a 0,10 grs. por kilogramo de peso.

En las peritonitis han usado dosis diarias más altas sobre todo en lo que se refiere a la dosis de iniciación: 25 y 35 grs. en las primeras 24 horas. Después han continuado con dosis de 10 a 15 grs. diarios.

Tratamiento profiláctico. — Han obtenido buenos resultados con la sulfamidoterapia profiláctica en los siguientes estados: rotura prematura de las membranas, partos prolongados, raspados o limpieza uterina e intervenciones (operación cesárea con caso impuro).

La experiencia al respecto es escasa por la falta de drogas.

Asociaciones terapéuticas. — a) Quirúrgicas. — Se mantiene el principio de vaciar las colecciones supuradas o eliminar restos orgánicos. b) Médicas. Se han usado transfusiones y plasmoterapia, en especial las primeras con sangre fresca; hidratación y cloruración (peligro de diluir la droga); vitaminas y hepatoterapia antianémica; en las localizaciones pulmonares sépticas se ha usado la inyección endovenosa de alcohol y de benzoato de sodio.

Accidentes e incidentes. — Se observa una escasa frecuencia de accidentes, los que en raras ocasiones han obligado a suspender la droga. Sólo han observado tres casos de hematuria; dos casos de mielosis global aplásica fatales en sepsis sanguíneas graves. El origen de estas complicaciones sanguíneas no pueden atribuirse con seguridad a la droga.

Por último se refiere al éxito brillante de los sulfamidados en los casos de neumonia de la preñez al igual que en la pielitis de las embarazadas, que ha hecho reducir notablemente las indicaciones del cateterismo ureteral. Han observado un caso de disentería por bacilo Shiga tratado con éxito.

Sección de Oftalmología.
Cátedra Universitaria titular de
Oftalmología.
Prof. Dr. Carlos Charlin.

SULFAMIDOTERAPIA EN OFTALMOLOGIA

Porf. Dr. CARLOS CHARLIN.

(Resumen)

Se refiere a la experiencia recogida durante el año 1942 y parte de 1943.

1) **Queratoconjuntivitis gonocócica.** — 19 casos tratados. Las dosis diarias fueron de 0,10 grs. 3 veces al día en los lactantes y de 0,50 grs. 6 veces al día en los adultos. La vía de administración más usada fué la oral; en un caso se usó el sulfatiazol al 5% en gotas oftálmicas. Los resultados han sido inmejorables; desde las primeras 24 horas de tratamiento disminuye el dolor y a los 2 a 5 días el ojo se encuentra en vías de normalización. De los 19 enfermos tratados, en sólo uno hubo pérdida del ojo (enfermo que llegó a los 15 días de enfermedad).

Se demuestran partidarios de la utilización de la vía oral y local simultáneamente.

2) **Tracoma.** — Escaso número de enfermos observados. Las drogas usadas han sido el sulfatiazol y la sulfanilamida. Las dosis fueron de 4 grs. al día por 10 a 15 días, para seguir luego con un colirio de sulfatiazol al 5%, por varios meses. Resultados favorables evidentes sobre el panus y las úlceras corneales.

3) **Úlceras serpiginosas de la córnea.** — Resultados favorables, pero algo irregulares. A menudo es necesario usar otras terapéuticas coadyuvantes (leche aséptica, optoquina, paracentesis).

4) **Dacriocistitis.** — a) **Procesos agudos.** (dacriocistitis, flegmón, absceso del saco). Se observa acción espectacular en las primeras 24 a 48 horas con dosis de 6 a 8 gramos de sulfatiazol. b) **Dacriocistitis crónicas.** — Resultados mejores con el tratamiento local de sulfatiazol, sin ser de manera alguna concluyentes.

5) **Exoftalmos agudos operatorios.** — (tromboflebitis del seno cavernoso, tromboflebitis orbitaria). En algunos casos pueden dominarse con dosis de 10 grs. diarios de sulfatiazol. En las celulitis orbitarias el sulfatiazol tiene gran importancia.

6) **Iritis focales, linfogranulomatosas o exógenas.** — Han obtenido buenos resultados con el uso de la sulfamidoterapia.

7) Por último han obtenido buenos resultados usando los sulfamidos como preventivos de las complicaciones post-operatorias endoculares.

Complicaciones del tratamiento. -- Sólo han observado 1 o 2 casos de fiebre de droga.

SULFAMIDOTERAPIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dr. A. ALCAÍNO.

(Resumen)

La sulfamidoterapia se ha usado en el tratamiento de todos los procesos infecciosos agudos y crónicos. Su indicación más precisa la constituyen los procesos agudos.

Afecciones del oído. — 1) En las otitis externa difusa y en los forúnculos su acción es relativa.

2) En las otitis media y osteomastoiditis en fase congestiva, la sulfamidoterapia previene la supuración en un gran número de casos. Cuando la supuración se ha producido, acorta el tiempo de evolución y la posibilidad de complicaciones.

3) En las mastoiditis, se observa una disminución de la sintomatología local en los casos que llegan a la operación, observándose en esta, escasa o nula secreción purulenta. Clínicamente puede no existir dolor ni fiebre, pero existe un cuadro general representado por cefalea, decaimiento, insomnio, inapetencia, etc.

Es de importancia señalar la acción enmascaradora que ejerce la sulfamidoterapia en estos procesos, acción que el médico debe recordar cuando controla esta clase de pacientes.

4) Acción terapéutica manifiesta en las laberintitis serosas agudas, laberintitis purulentas, tromboflebitis del seno lateral y meningitis, cuando se le usa a dosis máximas y por tiempo prolongado.

5) No se observa beneficio en el tratamiento de las complicaciones producidas por el neumococo tipo G-3.

6) En las afecciones crónicas del oído medio tiene valor el tratamiento con sulfamidados, cuando son usados localmente después que el campo ha sido puesto en buenas condiciones.

7) En el colesteatoma no hay indicación para su uso.

Afecciones nasales y sinusales. — 1) En las rinitis mucopurulentas no específicas la terapéutica local (pulverizaciones) es beneficiosa, mejor aún si se acompaña de tratamiento general sulfamidado.

2) En sinusitis agudas parece tener una eficacia relativa, pero su uso es aconsejable como terapéutica coadyuvante. En las sinusitis crónicas tiene poco o ningún valor.

3) En el seno, su uso general y local está en experimentación.

Afecciones faringolaríngeas agudas. — 1) Su uso está indicado en las complicaciones generales y locales de origen dentario.

2) En las amigdalitis agudas banales, acorta la evolución y disminuye las complicaciones.

3) No tiene valor en los aftas, afecciones fusospirilares, en los flegmones gangrenosos del cuello y piso de la boca, en las laringitis, traqueitis y catarros agudos.

4) Se obtienen resultados favorables en los procesos pericondrales y edema laríngeo.

Drogas de elección. — En ausencia de diagnóstico bacteriológico, el sulfatiazol parece el más indicado. Cuando se sospecha o comprueba la naturaleza de la infección, para el estafilococo es el sulfatiazol, para el estreptococo la sulfanilamida, para los neumococos la sulfadiazina y sulfapiridina la droga de elección. En la meningitis ótica consideran como la más indicada a la sulfadiazina.

Vía de administración. — De preferencia la bucal, también la intramuscular e intravenosa. **Dosis.** — Fluctúan entre los 6 y 8 grs. diarios; dosis totales medias entre 10 y 20 gramos y aún hasta de 100 a 180 grs. (septicemias y meningitis). Se ha usado como terapia coadyuvante la proteínoterapia y las transfusiones.

Datos estadísticos. — 1) En las otitis las complicaciones mastoideas han descendido de un 6% (años 1936 al 39) al 1,25% (1940 al 43). 2) En las amigdalitis los flegmones han descendido del 3,6% al 1,5%. 3) En las sinusitis frontales y etmoidales las osteitis y abscesos han descendido del 2,3% de los casos al 0,6%.

Accidentes. — No han observado accidentes de importancia.

Sección de Urología.
Cátedra Universitaria Extraordinaria
de Urología.
Prof. Dr. Ignacio Díaz Muñoz.
Prof. Dr. Carlos Lobo Onell.

SULFAMIDOTERAPIA EN UROLOGIA

Dr. LUIS HIDALGO.

(Resumen)

Experiencia recogida en el Hospital del Salvador, clientela privada, policlínico del Seguro, Sanidad, Ejército y Carabineros.

Insisten en la importancia de la exploración urológica cuidadosa de los enfermos, ya que en muchas ocasiones el fracaso de los sulfamidados está condicionado por alteraciones anatómicas o de otro orden, cuyo diagnóstico es del resorte exclusivo del especialista.

Afecciones urológicas que se benefician con esta terapéutica y sus resultados. — Blenorragia. — (Experiencia del Dr. Luis Donoso C., sobre 43 enfermos). 1) Enfermos hospitalizados. Casi todos tratados en forma insuficiente antes de su ingreso, más que por falta de dosis, por complicaciones o sulfamidoresistencia. Se obtiene un porcentaje de curaciones menor en un tiempo prolongado. 2) Enfermos de policlínico. — (con o sin tratamiento previo con sulfamidados). En este grupo se obtiene un porcentaje de curaciones de 70% en un plazo de 4 a 60 días. Un buen número de enfermos requieren de curas sucesivas.

El porcentaje de éxitos, depende en primer lugar de un diagnóstico urológico preciso, siendo las blenorragias agudas no complicadas las que arrojan un mayor porcentaje de éxitos; depende también de los tratamientos anteriores, ya que es un hecho comprobado el de la sulfamidoresistencia del organismo causal; de la oportunidad y forma de tratamiento (30 grs. por cura); del tratamiento urológico combinado; de la elección de la droga y de la tolerancia del enfermo.

Respecto a la droga usada, se han ensayado la sulfanilamida, el uliron, la acetilsulfanilamida, la sulfapiridina, el sulfatiazol y la sulfadiazina, con resultados más o menos halagadores. Sin embargo, los mejores resultados se obtienen con el sulfatiazol y la sulfadiazina.

El número de complicaciones de la enfermedad ha disminuído en forma apreciable como puede observarse en el siguiente cuadro:

Año	% total de enfermos Nº de Blenorragicos agudos	Epididimitis
1937	41.6 %	12 %
1939	33.2 "	4.8 "
1940	27.7 "	5.0 "
1941	26.8 "	6.0 "
1942	25.0 "	5.6 "
1943		7.6 "

Infecciones estreptocócicas, estafilocócicas y colibacilares del aparato urogenital. — En general han obtenido muy buenos resultados con la sulfamidoterapia, que ha venido a reemplazar al ácido mandélico y sus derivados. Su acción es nula o escasa en presencia de retención (cálculos, malformaciones, etc.).

En algunos casos la sulfamidoterapia, al eliminar una infección sobreadegada, ha permitido descubrir otras afecciones que se encontraban encubiertas por ella (tbc renal).

No han observado resultados en frente de las infecciones por *b. Proteus* o espirilos.

Infecciones perirenales. — (experiencia de los Drs. I. Díaz Muñoz y Vargas Molinares, sobre 14 casos). En estos enfermos, en general se ha prolongado la espera para el tratamiento quirúrgico más de lo conveniente. En este tipo de enfermos, en general se observa una recrudencia de los síntomas después de haber sido aparentemente curados y deben ser operados más tarde de una colección supurada. La sulfamidoterapia es útil en muchos casos, pudiendo curar a algunos enfermos tomados precozmente; la cura de ataque debe intentarse siempre, pero el médico debe observar muy de cerca al enfermo sin guiarse únicamente por la fiebre, con el objeto de no diferir la intervención cuando esta es necesaria. Dan gran valor al hemograma como método de control. La droga adquiere nuevamente importancia después de la operación. Llamamos la atención hacia el hecho de que hoy día es mucho más frecuente el absceso que el flegmón perinefrítico, debido posiblemente a la acción localizadora de la droga.

Afecciones urológicas quirúrgicas. — Han usado la sulfamidoterapia como profiláctico, antes y después de las intervenciones sobre todo en enfermos infectados. Han obtenido descenso de la mortalidad y de las complicaciones operatorias (cistitis gangrenosas, pielonefritis ascendentes, nefritis apostematosa). Estos hechos se revelan en el cuadro siguiente:

Año	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Mortalidad operatoria	10 %	13 %	6.12 %	4 %	5.35 %	5 %

Linfogranuloma y chancro blando. — En los enfermos tratados mediante los sulfamidados han observado un acortamiento de la evolución de

la enfermedad y rareza de la poroadenitis. Buenos resultados en el chancre blando, sea con sulfamidoterapia general o local.

Fracasos y sus razones. — Los motivos del fracaso de la quimioterapia los atribuyen a: diagnóstico urológico insuficiente, cepas de gérmenes sulfamidoresistentes, intolerancia y droga usada.

Accidentes. — Han observado molestias digestivas especialmente con la sulfapiridina; dos hepatitis tóxicas (una por acetilsulfanilamida y una por sulfatiazol); fosfaturia frecuente; descenso de la concentración ureica de la orina con ascenso discreto de la uremia. En el hospital no han observado accidentes renales graves, pero sí en la clientela privada, especialmente con el uso de la sulfapiridina y más aún con la sulfadiazina. Les ha tocado observar manifestaciones cutáneas variables entre el eritema escarlatinoso y la urticaria. Un caso de posible fiebre de droga.

Los fenómenos nerviosos (cefaleas, pérdida de la memoria, parestesias) los observaron con frecuencia en un principio, pero con el uso del sulfatiazol y sulfadiazina han sido disminuídos a un mínimun. Uno de los médicos del servicio observó un caso de encefalitis tóxica por sulfapiridina.

Han observado aumento de los eosinófilos en los enfermos tratados con sulfamidados.

Contraindicaciones. — Consideran como tales a la insuficiencia hepática grave, a las discrasias sanguíneas, a la caquexia y la insuficiencia renal avanzada.