

INSTITUTO PROFESIONAL DE SANTO DOMINGO  
FACULTAD DE MEDICINA.

---

**Tratamiento médico racional de la uretritis  
crónica en el hombre.**

Año académico de  
1911 á 1912

**TESIS**

Número 1.

**PARA LA LICENCIATURA**

SUSTENTADA POR

*Gabriel E. Guerrero*

BACHILLER EN LETRAS Y CIENCIAS.

*JURADO EXAMINADOR:*

*Presidente: Dr. Salvador B. Gautier, Catedrático,*

*Vocales: { " Rodolfo Coiscou, " " O. del Pozo. "*

Art. 16 del Reglamento Interior del Instituto Profesional:  
En el examen final, el actuante está obligado á responder á  
todas las preguntas y observaciones del Jurado Examinador  
que directa é indirectamente se relacionen con su tesis.

---

SANTO DOMINGO

Imp. Escobar y Cia. Calle Colón No. 40.

1911.

2024-0250

18/1000 INT

*A mis queridos é idolatrados padres D. Wenceslao Guerrero Lezo y Da. Sinforosa Pimentel de Guerrro, con intenso amor filial.*

*A mis hermanos Licdo. Wenceslao y Manuel M. Guerrero; a mis hermanas, fraternalmente.*

*A mi querido maestro y padrino de Tesis Dr. D. Salvador B. Gautier, de la Facultad de Medicina de París y Catedrático del Instituto Profesional.*

*A mis inolvidables maestros los catedráticos Dr. D. Ramon Baez, Rector del Instituto Profesional, Dr. D. Octavio del Pozo, de la Sociedad de Medicina é Higiene tropicales de París, Dr. D. Rodolfo Coiscou, Miembro de la Cámara Lejislativa, Licdo D. Fernando A. Defilló, Director de la Revista Médica Dominicana y Licdo. D. Fed. Henríquez y Carvajal, Director de la Escuela de Bachilleres.*

*Al Dr. D. Pedro M. Garrido y Licdo. D. Joaquín G. Obregón G., Médico y Farmacéutico respectivos del Hospital Militar.*

*A mis compañeros de estudio, Br. Miguel A. Hernández, Licdo. Luis A. Betances, Br. Julio A. Piñeyro y Br. Alcides García.*



### Fe de erratas.

PAG.	LÍNEA.	DICE	LÉASE.
17	5	netamente	completamente
22	19	haya constado	haya comprobado
31	29	para favorecer	parece favorecer
33	32	á lo que	á la que

Donde diga: constatar, léase comprobar.

## INTRODUCCION.

La Blenorragia, enfermedad social y universalmente distribuída por las diversas partes del Globo, ha sido y sigue siendo una de las más importantes causas de despoblación de la tierra. No sólo en el hombre cuyos testículos atrofia sino también en la mujer, donde originando una metritis gonocócica incapacita el útero para la función gestativa.

De ahí, el que haya solicitado mi atención de un modo particular, el tratamiento de dicha enfermedad.

Antes del descubrimiento del gonococo por Neisser en 1879, la blenorragia era tratada de un modo más ó menos empírico; apenas variaba el procedimiento curativo y no era sino del examen físico del pus de donde se derivaban las pocas modificaciones del tratamiento. Pero, el hallazgo del diplococo gonorreico abrió nuevos derroteros en la técnica terapéutica de esta enfermedad, y bien pronto multiplicáronse los procedimientos y las sustancias susceptibles de curarla. Cada venereólogo

preconiza su antiséptico y su manera especial de tratarla, y, sin embargo, amén de innumerables medios de acción, casi todos los blanorrágicos pasan, después de un tratamiento más ó menos largo, á la fase crónica de dicha dolencia.

¿A qué es debido ese raro fenómeno? ¿será tal vez á un mal instituído tratamiento, á la mala calidad de las drogas, á la nula especificidad de estas mismas, ó á una mala dirección en cuanto á la parte mecánica del tratamiento se refiere? Lo más probable es que sea á lo primero y á lo último. Veamos.

La gonorrea no es una enfermedad de las más malas, siempre que el paciente se amolde desde el comienzo de su quebranto, á un régimen y método de disciplina irreprochables. De ese modo difícilmente podrá un gonorreico durar más de veinticinco días con su enfermedad y excepcionalmente pasará ésta al período crónico con todo el cortejo de sus complicaciones para uretrales. Pero, con trabajo se consigue encontrar estos casos excepcionales, lo más frecuentemente el paciente, novicio, viene á comprender un poco tarde la naturaleza de los síntomas anormales que se manifiestan á nivel de la uretra, y se presenta ante el médico en plena fase supurativa. Entonces es cuando el médico debe desplegar toda su táctica para dirigir del modo más certero un tratamiento fructuoso. Debe de fijar su atención en ciertas sutilezas clínicas que son por decirlo así, la llave del éxito. Debe estudiar la intensidad del caso, examinar el pus desde el doble punto de vista físico y bacteriológico, indagar la tara artrítica, la predisposición del aparato génito-urinario (para las complicaciones) y

después de haber hecho todo esto y de haber establecido un régimen apropiado, se instituye un tratamiento general más ó menos variable según la resistencia y el estado individual, y otro local, á nivel de la uretra misma, con el propósito de atacar el agente patogenésico directamente. De antemano, alzo mi voz de protesta, ante el absurdo é irracional procedimiento con que son curados en nuestro Hospital Militar los numerosos blenorragicos que llegan allí diariamente. Sin examen de la verga, ni del pus, ni control bacteriológico, desde que llegan son sometidos al viejo como pésimo tratamiento por los balsámicos. Los lavados apenas les son instituidos y cuando se les indica, su misma irregularidad y pésima técnica conllevan de antemano la nulidad del éxito, resultando como lógico desenlace, el pase al estado crónico de la purgación.

Contra este rutinario proceder, desligado por completo de todo rigor científico, es justísimo alzar la voz, porque á la postre quien sufre sus deplorables consecuencias, es nuestra asaz raquítica sociedad, bastante mermada por esas epidemias monstruosas que son por decirlo así el azote de las agrupaciones humanas.

En este compendio de Tesis, he procurado analizar el tratamiento de la blenorragia crónica, porque ella es la más calamitosa y en donde se han estrellado las mas arrogantes tentativas de los más ilustres venereólogos, con el propósito único de coordinar la multitud de tratamientos recomendados y de su ajuste sacar junto con mis personales experiencias, la norma terapéutica más racional que pueda ofrecerles á aquellos que, ora debido á un mal instituido régimen, ora á un desvirtuamiento

del método disciplinario, son víctimas de esa peligrosa fase de la uretritis blenorragica.

Para mayor comprensión de mi exposición, dividiré esta Tesis en cuatro capítulos y un apéndice.

### A SABER:

Cap. I. Investigaciones preinstitutivas.

Cap. II. Revista de tratamientos recomendados en la gonorrea.

Cap. III. Crítica.

Cap. IV. Conclusión.

Apéndice.

Antes de concluir con esta ligera introducción he de hacer una advertencia: mi Tesis carece completamente de originalidad. Si he elegido este punto del vasto campo de las Ciencias Médicas para mi examen final, es por dos motivos: 1º La blenorragia es una enfermedad, desde el punto de vista social *mucho mas peligrosa que la sífilis*. (1) a) por ser mucho menos aparatosa; b) todo sugeto atacado de sífilis no la trasmite irremi-

---

(1) Suarez de Mendoza dice: Pág. 292, Tratado de las Enfermedades de las vias urinarias.

“Imaginaos, Señores, que por docenas de miles se cuentan las infelices laparotomizadas cada año en el mundo por afecciones blenorragicas del aparato sexual interno. Reflexionad en la horrible situación de esas desdichadas, á quienes es indispensable abrir el vientre para extraer parte de sus entrañas, podridas por el gonococo, y veréis que no exajero al deciros que se trata de una verdadera calamidad social, si reflexionáis que lo más á menudo esta intervención operatoria priva á la mujer de la más alta, de la más respetable de sus atribuciones: la que la diviniza á nuestros ojos, purificándola de toda mancha; la que representa el objeto supremo de su existencia; la que sintetiza el conjunto de todas sus aspiraciones, de todas las energías de su ser: la maternidad.”

“Es preciso, es indispensable—escribía hace algún tiempo el doctor Jullien—que esta situación espantosa desaparezca. *Es necesario que todos los médicos hagamos una cruzada contra el enemigo oculto, contra el enemigo latente, cien veces más terrible que la sífilis*, como lo ha proclamado Nøggerath”

siblemente en el acto del coito; c) el contagio es inminente cuando uno de los dos es blenorragico; d) la sífilis no impide la evolución del feto en absoluto; e) con la blenorragia la gestación es imposible; y 2º, por que durante mi Internado, pude cosechar numerosas observaciones que me han permitido formular el criterio de mi Tesis.

Así pues, novedad no tiene mi Tesis, pero valor social sí, por que la blenorragia es una especie de *horcas caudinas* por la cual han de pasar todos los novicios adolescentes que despiertan á la vida, y no deja de tener valor intrínseco el poderles dar el medio más seguro de curarla definitivamente.



## CAPITULO I.

### **INVESTIGACIONES PREINSTITUTIVAS**

Il n' existe pas un traitement uniforme de la blennorrhagie chronique; en réalité, le traitement doit varier suivant les cas, s'adapter aux lésions que des moyens perfectionnés d'exploration permettent aisément de constater.

*/u* C' est pour avoir méconnu cette notion que trop souvent l'on a considéré comme incurable la blennorrhagie chronique. On ne se préoccupait nullement de rechercher, si le gonocoque existait ou non dans la sécrétion; si des infections secondaires avaient ou non succédé à la phase gonococcique; enfin, on négligeait de déterminer les lésions en surface et en profondeur que présentait l' uretre,

Ces différentes constatations sont aujourd'hui le prélude obligatoire du traitement.

Gaston Lyon: Clinique thérapeutique: pág. 1569.

¿Cuándo se puede decir que una blenorragia es crónica? Aunque se puede responder de una manera precisa á esta pregunta, es conveniente entrar mejor en una serie de consideraciones que explicarán de un modo más explícito lo que debemos entender por una blenorragia crónica. Es indubitable que toda gonorrea no

curada ó mal curada, contrariamente al parecer del Pr. Dieulafoi, pasa irremisiblemente á la fase crónica, porque el gonococo es uno de los microbios que mejor se amolda al medio uretral, internándose en la mucosa y submucosa de sus paredes y provocando la inflamación de los elementos glandulares, que, simples ó en racimos la circundan tributándole el producto de su secreción. Conjuntamente participan de esta inflamación el tejido fibroso intersticial, el cual, multiplicándose en mayor ó menor grado, hace perder al canal su flexibilidad y conduce rápidamente á la esclerosis de las paredes, que se hacen duras, se deforman y son el origen de las estrecheces. Además, el gonococo pierde mucho de su virulencia después de transcurridos doce ó quince días de su exaltación; pero no pasa de aquí y así puede permanecer meses y años sufriendo ligeras exacerbaciones con la menor separación del régimen instituido. Un vaso de cerveza, un ejercicio violento, un exceso de mesa, el abuso del coito, etc., puede despertar de nuevo la atenuada virulencia y producir casos nunca francamente agudos, pero sí tanto más próximo de él, cuanto más violento haya sido el abuso cometido fuera del régimen.

Pero, á la postre, el gonococo acaba por perder definitivamente su virulencia y entonces, quizás por un raro fenómeno de simbiosis, los diferentes microbios huéspedes normales de la uretra, coadyubados por la inflamación gonocócica ó tal vez por la modificación que ésta misma inflamación produce en las paredes de la uretra, aumentan su virulencia acabando por subplantar ó reemplazar al gonococo, que cede la plaza á la infección sustitutiva.

Esto no es una fase fatal. Puede la infección secundaria faltar del todo y quedar la uretritis blenorragica en toda su pureza, aunque sí mucho más atenuada.

Como los fenómenos locales disminuyen de intensidad, la inflamación violenta y total de la uretra disminuye también y sólo es entretenida allí donde el gonococo ha penetrado la mucosa é internándose más ó menos profundamente.

De modo que, la uretritis que en su período agudo era general, tiende á reducirse cada vez más haciéndose regional.

Con la disminución de la inflamación, todos los síntomas se atenúan; el dolor se hace poco ó nada intenso, el pus que tantas modificaciones sufre en la fase aguda de la gonorrea, se reduce generalmente á una gota, espesa, que se obtiene comprimiendo y exprimiendo la uretra de atrás á delante (gota militar) y á la presencia de numerosos filamentos de forma y densidad variables.

Por consiguiente, desde que un blenorragico sometido á tratamiento ve transcurrir treinta días sin que los síntomas se amenguen manifiestamente; ó que en virtud de un tratamiento intempestivo, como inyecciones muy concentradas, vea prolongarse demasiado su enfermedad; ó que favorecida por una razón general ignorada del paciente, como tuberculosis, artritis, anemia etc., sea infructuosa toda tentativa, puede asegurarse que dicha enfermedad ha pasado al estado crónico. Este estado podrá confirmarse de un modo más preciso aún, siempre que se constaten filamentos en la orina, que se vea salir la gota militar y que por medio de un cateterismo explorador se compruebe estrechez y tenacidad de las paredes.

Sentado esto, veamos que investigaciones preinstitutivas son necesarias para dirigir un tratamiento lo más razonable y beneficioso posibles. Tres exploraciones son indispensables. Cada una de ellas requiere, siempre que sea positivo el resultado, un tratamiento y una técnica especiales.

Ninguna es desechable, por que las tres se ayudan y se integran é indican el grado de racionalidad del tratamiento.

Veámoslas:

- I Examen microscópico del pus y de los filamentos.
- II Examen físico del pus y de los filamentos.
- III Exploración del canal uretral.

## I

### EXAMEN MICROSCÓPICO DEL PUS Y DE LOS FILAMENTOS.

Es de indispensable necesidad el examen microscópico del pus uretral en las uretritis crónicas. Tan necesario como el examen de sangre en el paludismo ó como el examen de un esputo en la tuberculosis. Pero sobre todo, es necesario en el período crónico de la gonorrea, donde á veces nos reserva tan importantes sorpresas, que nos hace cambiar súbitamente de parecer. En efecto, él nos enseñará sobre la naturaleza misma de la lesión uretral y nos manifestará el agente patogénico que, como más arriba hemos dicho, puede ser de naturaleza distinta al gonococo, al cual ha reemplazado en el proceso inflamatorio. El nos guiará sobre el tratamiento por emplear y nos inducirá á pronosticar un estado más ó menos avanzado de la esclerosis, por la

presencia de elementos célula-embrionarios en proporción variable.

Al examinar el pus que constituye la gota matinal ó un filamento, nosotros podremos constatar en el campo, primero y antes que todo, elementos celulares más ó menos deformados, procedentes de una intensa descamación del epitelio uretral y glandular; glóbulos blancos más ó menos numerosos; gonococos por lo general raros, y microbios saprofitos de la uretra en número más ó menos considerable. Debemos reiterar la operación y por último, efectuar un masaje de la prostata, exprimir la uretra y examinar el pus que se elimina, siempre que el primer examen sea negativo. Si á pesar de todas estas precauciones, no se encuentra el gonococo, debemos hacer tomar al paciente unos cuantos vasos de cerveza, de guarapo de caña, ó efectuar una instilación con el nitrato de plata al 1[50, esperar que el flujo se acentúe y entonces examinarlo de nuevo con mucha calma y cuidado.

Si esta última vez, la prueba es infructuosa, podemos asegurar como casi seguro que no existe el gonococo en la uretra y que la inflamación de este canal no es mantenida por este microbio.

Es preciso insistir sobre la necesidad que hay de reiterar varias veces el examen cuando no se encuentra el gonococo, porque éste es muy escaso en este período de la blenorragia y nos expondríamos á eliminar uno de los medios terapéuticos más racionales.

Podremos constatar, cuando no existe el gonococo en el flujo, que el campo está invadido por microbios diversos, pero en los cuales predomina siempre una especie determinada, generalmente estafilococos y baci-



los, que se apoderan del medio hecho favorable á su desarrollo y propagación, en virtud de la alteración producida de antemano por el microbio de Neisser. Ésta es una infección secundaria. A esta infección, en comunidad con las alteraciones anatómicas de las paredes habrá que atribuir indudablemente la uretrorrea.

También podremos observar, aunque esto sea mucho más raro, la ausencia completa de gonococos así como de todo género de microbios, y un reducidísimo número de glóbulos blancos. Aunque si es verdad, en este caso el pus preséntase muy modificado, tanto en composición como en consistencia y color; formado casi en su totalidad de células epiteliales embrionarias y de una secreción mucosa, un poco hialina, filante, *de un color blanquecino*. Entonces el pus es completamente amicrobiano, aséptico, y el tratamiento es distinto al de los casos anteriores.

Vista la trascendental importancia del examen del pus uretral, pasemos al examen físico de estos mismos elementos, el cual no deja de tener menos gran importancia, puesto que nos enseña la mayor ó menor profundidad de las lesiones uretrales y modifica el tratamiento haciéndolo más ó menos intenso.

## II.

### EXAMEN FÍSICO DEL PUS Y DE LOS FILAMENTOS.

En la blenorragia crónica, el síntoma predominante, es la salida lenta de un líquido semi-purulento, que fluye poco á poco y que á veces, cuando está reducido al *mínimum*, se detiene en los bordes del meato, y lo aglu-

tina. Cuando es algo abundante, cae en la ropa y la mancha de un modo característico.

Generalmente son manchas pequeñas, aisladas, redondas, pero, á veces se reúnen entre sí formando manchas de relativa consideración, de bordes netamente definidos, irregulares, que ponen en pista sobre su modo de formación. Endurecen la ropa tal como lo haría el almidón.

El color de estas máculas, como lo ha demostrado DIDAY, es muy variable y depende de los caracteres del pus. Oigámosle: «la gota incolora produce una mancha empezada, la gota opalina una mancha grisosa, la gota blanca una mancha amarilla y la gota amarilla una mancha verde.» En cuanto á los demás caracteres físicos, como abundancia, consistencia, color, etc., varían indefinidamente bajo la más mínima influencia (exeso de mesa, ciclismo, paseo en coche, frío etc. etc.)

Como puede verse, lo más importante del examen físico del pus, es el estudio de la formación de las manchas que éste produce cuando ensucia la ropa á imbibición.

Aunque esto no tenga gran interés para la institución de un método terapéutico racional, lo tuvimos en consideración por ser este modo de formación de las manchas *sui generis* de la gonorrea crónica. Pero no sucede así con el examen de los filamentos, que, ora por su forma, ora por su densidad, nos dicen de la extensión é intensidad de la uretritis. Estudiados cuidadosamente por FURRIENGER, FABRY y BENZA, pueden reducirse á dos tipos; los unos, más ó menos desleído y abultados en una de sus extremidades, desde 5 m. m. hasta 1 ctm. y más de largo, *muy pesados*, que caen al fon-

do del vaso y que en el descenso adquieren una forma espiroidea, son indicadores de una uretritis intersticial profunda y presagian el advenimiento más ó menos próximo de las estrecheces. Los otros, mucho más cortos, (rara vez pasan de 1 m. m.) que se presentan en la orina como puntos oscuros, grisosos, *flotantes y ligeros*, que se depositan con mucha lentitud, retratan la existencia de una uretritis superficial, de un pronóstico mucho menos sombrío que la precedente.

Cuando aparecen filamentos en forma de *croissant* de embrión de legumbres, de vírgulas, puede sin temor asegurarse que las glándulas uretrales, de las cuales ellos traduceu la forma, están inflamadas también.

Fuera de estas ligeras modificaciones, la orina no presenta ninguna alteración constitucional.

Como se ve, el examen físico del flujo uretral es de imprescindible necesidad para la institución de un tratamiento racional y provechoso.

### III.

#### EXPLORACIÓN DEL CANAL URETRAL

Este tercer procedimiento, de no menos importancia que los precedentes, requiere para efectuarse dos instrumentos de imprescindible necesidad: sondas exploratrices y un uretroscopio. Tiene por objeto apreciar la sensibilidad, el grado de flexibilidad, las irregularidades, la presencia de granulaciones, de eminencias, de vejetaciones, de papilomas, de ranuras, los pliegues de la mucosa etc. etc., alteraciones que modifican á su vez el tratamiento y la técnica de éste.

La oliva inicial debe de tener una numeración 15 ó 16 para no distender demasiado la uretra y no repeler hacia las partes profundas, las secreciones que ella está encargada de traer sobre su *talón*. (POUSSON.) Ella debe simplemente ponerse en contacto íntimo con las paredes de la uretra, para indicar su grado de sensibilidad y las irregularidades diversas que se producen á su nivel.

Se introduce primeramente con suavidad y delicadeza á diversas profundidades, retirándola luego poco á poco siempre con dulzura, para apreciar dónde la secreción patológica adquiere su máximun (región bulbar, angular, prostática). Cuando en este paseo de la sonda se tiene la sensación de resalto, es que probablemente se trata de granulaciones, papilomas vejetaciones, etc.

La flexibilidad del canal se aprecia pasando sucesivamente una serie de sondas progresivamente graduadas; por este medio también, se aprecia la extensión en profundidad del proceso inflamatorio. El uretroscopio nos sirve para evidenciar lo que generalmente la exploración olivar nos ha hecho preconcebir. Pero, la verdadera utilidad del sondaje explorador estriba, en que nos sirve para la constatación de estrecheces más ó menos pronunciadas, más ó menos consistentes, más ó menos vencibles. Una estrechez confirmada, debemos procurar saber si va á ceder paso ó nó á la sonda exploradora, porque de este resultado dependerá el tratamiento ulterior.

Por no tener á mi disposición un uretroscopio, no me ha sido posible efectuar las observaciones que á ese respecto deseaba, no así con la exploración olivar, la cual he practicado repetidas veces durante mi internado en el

Hospital Militar y de la cual he podido beneficiarme á menudo.

Así pues, es imposible sentar un tratamiento rigurosamente científico y racional, si antes no se han llevado á cabo estas tres prescripciones con todo el interés y el esmero que tan delicado asunto requiere.

Pasemos ahora á enrevistar los diferentes tratamientos preconizados por los más reputados venereólogos en la uretritis blenorragica crónica.

## CAPITULO II.

### **REVISTA DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PROPUESTOS EN LA BLENORRAGIA CRONICA.**

Al comenzar este segundo capítulo de nuestra Tesis, debo advertir que, considerando el grandísimo número de sustancias medicamentosas propuestas para curar la blenorragia crónica, no pasaré en revista sino aquellas que al parecer de los más reputados clínicos venereólogos y según resultado de mis propias observaciones, gozan de mayor eficacia.

El tratamiento de esta enfermedad que hasta ayer contaba con sólo dos medios de acción (vía digestiva y vía local,) ha venido á enriquecerse últimamente con un nuevo medio más sencillo é inofensivo que los dos precedentes: la sueroterapia.

De modo que, tres clases de tratamientos conside-

raremos en este capítulo: *tratamiento general*, *tratamiento local* y *tratamiento sueroterápico*. Vamos á ver en qué consiste cada uno de estos tratamientos y con qué fin se instituye.

## I.

## TRATAMIENTO GENERAL, Ó INDIRECTO.

Esta clase de tratamiento que forma parte del antiguo tratamiento clásico, era y es uno de los medios favoritos de gran número de venereólogos, que, partidarios de la curación prematura por la copaiba y la cubeba, no vacilan en preferirlo á los otros.

Tres clases de medicamentos pueden ser administrados por la vía digestiva: *medicamentos reconstituyentes*, *medicamentos balsámicos* y *sustancias anti-sépticas*.

a) *Medicamentos reconstituyentes*—Tienen por fin reparar las fuerzas del organismo, favorecer los cambios nutritivos, estimular el apetito, etc. etc. Esta medicamentación es de notoria necesidad, siempre que se haya constado una tara cualquiera. Así, el aceite de hígado de bacalao, los compuestos arsenicales (arrenal, cacodilatos, solución de Budin, histogenol, etc.) los ferruginosos, etc., convendrían maravillosamente á los linfáticos, anémicos, tuberculosos, palúdicos, en fin, á toda aquella persona que, antes de contraer la blenorragia adolecía de una enfermedad anemiante, debilitando en mucho la acción defensiva del organismo.

Demás está repetir lo que ya es una vieja ley clínica. La acción que ejercen ciertas taras orgánicas so-

bre el encronizamiento y la rebeldía de ciertas flegmasías gonocóccicas, es innegable en la actualidad y especialmente para la tara artrítica. Por esta razón no sólo se debe procurar nutrir al blenorragico artrítico, sino que también se debe combatir en él la tara de un modo eficaz y provechoso. Solo así, podremos ver algunas veces curarse gonorreas reacias á todo tratamiento.

b) *Medicación balsámica*—Los medicamentos balsámicos son de un empleo corriente en la blenorragia. Los balsámicos más empleados son la copaiba, la cubeba, el kawa-kawa y el sándalo. Aunque tienen una acción manifiesta sobre la secreción uretral, la cual modifican y hasta suprimen á veces, se les ha empleado á ciegas como único tratamiento desde el comienzo de la flegmasía y en dosis que no podrían emplearse hoy, por habernos enseñado la experiencia que no impunemente se puede hacer uso de estas sustancias por muchos días y en dosis elevadas.

Obran por secamiento, pués, como sabemos, los balsámicos tienen la propiedad de secar las mucosas suprimiendo más ó menos totalmente la secreción de sus glándulas. Pasan á la orina, y al ser eliminada ésta, á su paso por la uretra se pone en contacto con las lesiones inflamatorias que ha producido el gonococo, y las reseca.

El inconveniente de estas sustancias consiste en que congestionan más ó menos intensamente las vías digestivas, así como los órganos renales, que se manifiesta por cólicos intestinales y un fuerte dolor á nivel de los lomos, respectivamente. Estos defectos se encuentran corregidos en algunas de ellas, por medio de un refinamiento en la preparación. Así, con el areol, se corrigen los del sándalo, y con el copaibato de soda

los de la copaiba. Se administran en cápsulas de gelatina de á 0 grm. 40 ctgms. y á razón de 12 por día, también se administran en forma de opiatas conjunta ó aisladamente, con especialidad la copaiba y la cubeba. La opiata de DU CASTEL se compone de estas dos sustancias adicionadas de magnesia descarbonatada. Se emplean en la proporción de 2 por 1.

Además de estas sustancias, se han empleado en el tratamiento de la blenorragia crónica, el tolú, benjuí, ácido benzoico y sus sales y otras sustancias más que no enumero por no ser prolijo.

c) *Sustancias antisépticas*—También se han usado por vía indirecta, gran número de sustancias antisépticas que, eliminándose por la orina mantienen tanto á ésta como al canal uretral, en un estado de asepticidad irreprochables. Pero, como muy bien lo expresa DREYFUS, «el antiséptico de las vías urinarias debe ser poco soluble; debe no tener acción tóxica, ni ser un antitérmico, ni un antiséptico general, ni aún tampoco un antiséptico intestinal; es necesario que reserve toda su acción para los órganos urinarios.»

Ninguna otra sustancia se amolda mejor á estos requisitos como el *salol*. Aunque se haya exajerado demasiado la acción terapéutica de este medicamento, no por eso deja de prestar grandes beneficios en las uretritis blenorragicas.

Desdoblándose en el intestino en ácido fénico y ácido salicílico, pasa á la sangre y es eliminado el primero bajo la forma de fenosulfato de sodio y el segundo en su estado natural. De este modo mantiene la antisepticidad de las vías urinarias y, oponiéndose al desarrollo de los gonococos, da lugar á que los agentes llevados *in situ*

los destruyan con más seguridad. El Profesor ALBARRAN lo juzga ineficaz, pero solamente como único tratamiento de la blenorragia, así convengo en ello, pues el célebre Profesor cubano no puede negar que los cuerpos de desdoblamiento de esta sustancia tienen valor antiséptico suficiente para garantizar la antisepsia de la orina. Es conveniente suspender su administración cuando los orines salen teñidos de negro. La dosis de administración es de 5 á 7 gramos diarios en sellos de á 0 gm. 40 ctgrms.

Además de este antiséptico, han sido preconizados, el benzoato de sodio, quién á veces me ha dado exelentes resultados; la urotropina, el citrofenol, el ácido cítrico, el helmitol etc, etc., pero en la práctica ninguno me ha dado los beneficios del salol. También debo recomendar, dada la frecuencia entre nosotros del artrismo, la *uraceptina*, precioso antiséptico de las vías urinarias y disolvente poderosísimo del ácido úrico; permitiendo llenar con una sola prescripción dos indicaciones terapéuticas á cual más importante y necesaria en el delicado asunto que nos ocupa.

## II.

### TRATAMIENTO LOCAL Ó DIRECTO

Así llamado porque tiene por objeto poner las sustancias medicamentosas en contacto inmediato con los gonococos y las lesiones que éstos producen, es el más importante de los tres tratamientos y el que proporciona mayor probabilidades de éxito.

Estudiaremos sucesivamente: 1º aplicación de

cuerpos sólidos en forma de pomadas ó de bujías, 2º inyecciones, 3º las instilaciones y 4º los lavados.

Todos cuatro tienen el mismo fin, que es, poner en íntimo contacto con la pared uretral y con los diferentes microbios que residen allí, los diversos agentes terapéuticos. Estos agentes pueden ser antisépticos, cáusticos ó astringentes; algunos, reúnen las tres propiedades.

1º *Pomadas, Bujías.*—Esta forma de aplicación de los medicamentos, no es muy recomendable; y aunque haya sido muy empleada por COSPER, UNNA, TOMMASOLI, etc., me parece de poca eficacia:

a) por llevar su acción á toda la uretra, pudiendo así inflamar las partes sanas de este canal;

b) las bujías son difícilmente llevadas hasta la uretra pósterior, porque al forzar la resistencia del esfínter externo, se doblegan y deforman;

c) constituyen un verdadero aislante de las lesiones á la acción de los antisépticos y balsámicos que se administran por la vía digestiva.

Las sustancias más usadas en esta forma son: el nitrato de plata, la resorcina, el ictiol y el exipiente por excelencia, la manteca de cacao.

2º *Inyecciones.*—En el tratamiento de la blenorragia crónica, apenas se hace uso de las inyecciones, pués, como las lesiones se encuentran en este período de la gonorrea, localizadas, las instilaciones le son con mucho preferidas. Sin embargo, en los casos de blenorragia crónica anterior, estas inyecciones pueden ser formalmente indicadas, impidiendo así el que la infección se propague á la uretra posterior, pero, como por lo general, las blenorragias crónicas afectan las dos uretras y

á veces la posterior con más frecuencia que la anterior, los grandes lavados también le son preferidos.

3º *Instilaciones*.—Este ingenioso medio de acción ideado hace treinta y cuatro años por el ilustre GUYON, es de corriente aplicación en el tratamiento de la blenorragia crónica. Tiene sobre las inyecciones la incomparable ventaja de poder limitar su acción á un punto preciso y bien limitado del canal, evitando así el inflamar las partes indemnes.

Se efectúa con el instilador de Guyon, que consiste en una jeringuilla de capacidad cuatro veces mayor que la de Pravaz, una cánula y una sonda olivar perforada. El pistón de la jeringuilla sube y baja por movimiento en tornillo, en el que cada vuelta corresponde á dos gotas de la solución que sale.

La técnica de estas instilaciones es sencillísima.

Se adapta la cánula de la jeringuilla á la sonda de extremidad olivar y se conduce ésta hasta el punto mismo de la lesión, comprobado de antemano (no siempre) por la exploración del canal. Puesta en lugar la oliva, se jira el émbolo tantas medias vueltas como gotas se quieran instilar, adicionadas de las gotas que representan la capacidad de la sonda, capacidad que se determina antes de efectuar las instilaciones. Esto es todo.

El número de gotas por instilar, variará según la sustancia empleada, la concentración de la solución, el estado de la lesión parietal y la reacción local.

Tres son las sustancias generalmente empleadas, el nitrato de plata, el sulfato de zinc y el protargol, pero yo he usado á menudo el *itrol* (citrato de plata) en los casos donde el examen microscópico del pus ha sido positivo y confieso haber obtenido muy buenos resultados,

lo que en realidad no me sorprende por ser esta sal de un valor gonococcida altamente elevado y de un poder irritante casi nulo.

Los tres primeros medicamentos se emplean en un grado de concentración tanto más elevado cuanto más inveterada y rebelde sea la uretritis, llegando á veces hasta 1|10. El *itrol* acostumbro usarlo á razón de 0.025|200. Cuando la sustancia está muy concentrada es prudente no excederse de cinco gotas; en los casos ordinarios (1|40, 1|30) se instilarán de 20 á 50 gotas. En los casos donde el canal manifieste una verdadera intolerancia, sería conveniente anestesiar con anterioridad el canal por medio de la cocaína, la estovaína ó la antipirina.

BALZER, ingeniosamente aprovecha la acción caterética que posee el nitrato de plata en contacto con el zinc, quién pone en libertad por doble descomposición, plata metálica y nitrato de zinc.

4º *Lavados*. Los lavados uretrovesicales, tan usados hoy día para el tratamiento de la gonorrea, no datan de una fecha muy remota.

Desde los célebres trabajos del Dr. JANET sobre las ventajas del permanganato en la blenorragia, es cuando se vienen usando con relativa frecuencia. Pero, al mismo tiempo introducía este nuevo procedimiento en Alemania, el reputado sabio FISCHER, quién ha hecho hermosísimos trabajos á este respecto.

El terror de los más antiguos venereólogos franceses como RICORD, MAURIAC, GUYON, etc., consistía en una propagación de la infección á la uretra posterior; por lo que preferían las inyecciones y las instilaciones á este medio terapéutico. Pero, si las antiguas concepcio-

nes consideraban la infección retro-uretral como una verdadera complicación, las nuevas doctrinas han dado al traste con tan absurda creencia, demostrando que la resistencia del esfínter externo es demasiado débil para entabrar la infección de la uretra posterior, siendo casi la regla la infección total del canal después de algunos días de iniciada la inflamación blenorragica. Además, en el supuesto de que la uretra anterior solamente estuviera atacada, esto no sería una contraindicación de los lavados, que, con ciertos cuidados que se tomen antes de efectuarlo y usando sustancias de un alto poder antiséptico, difícilmente una uretritis anterior podrá hacerse posterior.

En efecto, en la técnica de los lavados es donde se esconde el éxito; si no se llenan ciertas prescripciones, el fracaso es casi inevitable.

Antes de efectuar un lavado, el enfermo debe siempre orinar y el médico debe también tener el cuidado de lavar primero la uretra anterior, teniendo el receptáculo á una altura de 50 á 80 centímetros, poco á poco, con mucha delicadeza y tomando el tubo de goma entre los dedos á fin de graduar la fuerza del caño. Se recomendará al paciente de apretar el esfínter como cuando se quiere retener la orina que se sale.

Una vez que la uretra se distiende, se separa la cánula y se la deja que se vacíe. Se repite la operación cinco ó seis veces hasta agotar 200 ó 300 gramos de la solución. Luego, se elevará el recipiente de 1 m. 20 centímetros á 1 m. 60 centímetros y se procede al lavado uretro-vesical, graduando siempre con los dedos la intensidad del caño, indicando al enfermo respirar fuerte (respiración abdominal) y que puje como quién quiere

expulsar la orina (acción antagónica de la maniobra preliminar,) porque así, el cuello de la vejiga se abrirá y dará más fácilmente acceso á la corriente líquida que le va de afuera.

En cuanto el paciente tenga voluntad de orinar, se suspende el caño ejerciendo presión con los dedos en el tubo de goma, se retira poco á poco la cánula y se deja que el receptáculo vesical se vacíe. Después, se vuelve á renovar el caño y así sucesivamente hasta agotar los 900 ó 1000 gramos que constituyen cada lavado.

Como son tantas las sustancias que pueden administrarse bajo esta forma, se nos hace imposible enrevisitar en este compendio de Tesis todas las sustancias preconizadas para el efecto. Nosotros nos detendremos solamente en aquellas que son más usadas y que gozan de cierto valor gonococcida.

Especialmente consideraremos, el permanganato de potasio y el nitrato de plata.

El permanganato de potasio, muy en boga desde la célebre comunicación del Profesor JANET, es de una acción cierta y segura sobre la blenorragia, á pesar de no haberse podido determinar el mecanismo de su acción. Aunque se haya exajerado con demasía su especificidad, que á mi manera de ver no me parece tan absoluta como se piensa (en el capítulo siguiente expondré las razones que me obligan á pensar así) voy á describir el modo que tenían de emplearlo el Profesor JANET y el Profesor GUIARD, quién no participa del mismo parecer de aquél y con quién estoy íntimamente de acuerdo en las diversas refutaciones que le imputa.

En sus primeros trabajos, JANET aconsejaba el empleo del permanganato en solución cada vez más

centrada, empezando el tratamiento por soluciones al 1[2000, concentrándola cada vez más hasta llegar al 1[1000, para luego volver en los últimos lavados á la solución primitiva. Pero, como muy acertadamente dice SUAREZ DE MENDOZA, «la experiencia y el estudio de los resultados obtenidos le hicieron modificar el método disminuyendo la frecuencia de los lavados y la concentración de las soluciones.»

Como el ideal del Dr. JANET era provocar una fuerte reacción serosa, á la cual atribuía gran parte del éxito, pues al filtrarse la secreción arrastraba los gonococos de su guarida, no era de extrañar el que usara soluciones de un alto grado de concentración (1[500) para hacer abortar la blenorragia.

Pero el ilustre venereólogo GUIARD, negando la acción favorable de la reacción serosa y apoyando la eficacia del permanganato en su poder gonococcida, cree más justo y razonable emplear soluciones débiles, que tendrían el mismo poder antiséptico y serían mucho menos irritantes para el epitelio uretral. De antemano me complazco en participar del mismo parecer del célebre venereólogo de la *Antiquaille*. Para éste, las soluciones de 1[4000 á 1[8000 obran mejor que las soluciones aconsejadas por JANET. No son dolorosas, no producen reacción serosa, (que no es en sí, sino el índice de irritación producida por el antiséptico) y tienen el mismo poder microbicida. De manera que, el permanganato de potasio se emplea á altas y débiles dosis, pero la comprobación clínica para favorecer al Profesor GUIARD cuyo procedimiento ha dado los más satisfactorios resultados.

Debo advertir, que mis observaciones han sido he-

chas con el irrigador de JANET, único aparato que acostumbro usar para tales casos.

El tratamiento por este método no debe suspenderse mientras exista una gota purulenta al amanecer, pero esta gota no obliga su empleo, que se encuentra subordinado exclusivamente al examen microscópico de la misma. Si después de una semana de tratamiento, los síntomas no han cedido, podemos dar por fracasado el método y recurrir á otro procedimiento.

También debemos investigar la suceptibilidad de la uretra y estudiar los fenómenos del permanganatismo uretral, verdadera intolerancia del canal para el permanganato y que se manifiesta por una violenta inflamación y la exacerbación de todos los síntomas adormecidos.

Yo tuve un sujeto en quién las soluciones al 1|6000, eran todavía mal toleradas.

Las sales de plata más usadas por este procedimiento, son el nitrato de plata y el protargol.

La primera en solución al 0 gm. 10|1000, título que puede aumentarse hasta 0 gm. 50|1000. y la segunda, á razón de 1 á 2 por 1000; son bastante usadas en las uretritis crónicas en determinados casos que se regulan por el examen microscópico de la secreción uretral. Las sales mercuriales también han sido muy usadas, y el oxicianuro de mercurio es uno de los agentes favoritos del Profesor ALBARRAN, quién lo emplea del 1|10.000 al 1|6000.

El sublimado es todavía superior al oxicianuro, empleándose en soluciones de 1|20.000 á 1|10.000.

Su empleo se encuentra igualmente subordinado al control bacteriológico, como más adelante veremos.

Yo he empleado con algún suceso los lavados con el *itrol* al 1/4000. No he encontrado esta sustancia tan irritante como piensa el Dr. SUAREZ de MENDOZA antes bien, la creo mucho menos irritante que el nitrato, protargol, sirgol, argentamina y demás sales de plata. Esta sal además, ha sido ensayada con suceso por WERLER (MANQUAT, tomo 1º pág. 210.)

3º *Sueroterapia*.—Este nuevo procedimiento terapéutico de la blenorragia crónica, fué ideado por la casa de Parkek Davis de New York en 1907 y desde entonces han sido muchas la experiencias que se han llevado á cabo con el suero antigonocócico, siendo todavía imposible, dada la diversidad de los resultados, sacar consecuencias clínicas precisas. Aunque la experiencia nos haya enseñado que no tiene ninguna acción manifiesta sobre la blenorragia aguda, *lo que sería el ideal*, lo hemos experimentado repetidas veces en los casos sub-agudos y crónicos, y aunque no hemos logrado todo el éxito apetecido, al menos hemos notado ciertas modificaciones en el flujo uretral, que nos hace concebir cierto optimismo para no lejano día en que, mejorando sus condiciones de preparación, es decir, exajerando su poder gonococcida, se logre dominar la gonorrea en su período agudo. Pero en nuestra práctica, lo que sí hemos observado, es una acción más segura y constante sobre las complicaciones de esta enfermedad. Veamos algunos casos de blenorragia crónica complicada.

1ª *Observación*.—T. M. R. Teniente del Batallón «Ozama». Preséntase ante el Médico en Jefe del Hospital Militar, con fiebres palúdicas (examen de sangre positivo) y blenorragia crónica. Tratado el paludismo, quedó la blenorragia á lo que no se instituyó tratamien-

to alguno; á los pocos días presentáronsele cefalalgia intensa á nivel de la nuca y un fuerte dolor en el torax, en su parte anterior y derecha á nivel de las articulaciones costo-esternal superior y escápulo-clavicular. Tratadas estas manifestaciones con antineurálgicos, revulsivos, sedantes, etc., no cedieron y el paciente salió del Hospital para consultar con el Dr. GAUTIER, quién, después de un minucioso examen y de un largo interrogatorio, despistó la sífilis.

Inmediatamente indicó inyecciones mercuriales, administró el yoduro interiormente y prescribió un tópico para la región adolorida. Pero, cual fué su sorpresa, cuando después de una serie de inyecciones, no habían desaparecido los dolores, antes bien, se hacían cada vez más intensos y calamitosos.

Ante semejante fracaso, el Dr. GAUTIER pensó entonces en la blenorragia crónica que hacía algún tiempo portaba este sujeto é indicó las inyecciones de suero antigonocócico, ¡grande fué su admiración! á la segunda inyección los dolores habían desaparecido del todo y el enfermo quedó completamente restablecido; el flujo uretral que era escasísimo se detuvo.

*2ª Observación*—M. N. Oficial del Estado Mayor del Comandante de Armas; ingresó al Hospital con accidentes sifilíticos. Tuvo una gonorrea que cuando ingresó se había suspendido desde algunos días antes. Fué sometido al tratamiento yoduro-mercurial y mejoró un tanto, pero, presentáronsele fuertes dolores en las articulaciones costo espinales y á nivel del omóplato, que le robaron todas sus energías. De vez en cuando, sufría de cefalalgia frontal. Tratados los dolores por los antineurálgicos, calmantes, revulsivos, igni-pinturas re-

petidas, ventosas escarificadas, etc., no desaparecieron. Se agotó la terapéutica anestésica y entonces se trató la causa eficiente, (*á priori*) con el «606» creyendo segurísimo el éxito. Amén de ésto, los dolores no cejaron un ápice. Desconsolado el paciente por creerse incurable, llegaron al Hospital unas cuantas ampolletas de suero antigonocócico y éste manifestó al Médico el deseo de ponérselo por creerse mal curado de su blenorragia. El médico las indicó y la sorpresa fué grande para ambos, cuando después de la segunda inyección los dolores habían desaparecido completamente, pudiendo salir totalmente restablecido á los cinco días después.

3ª *Observación.*—L. F. P. Oficial del Batallón «Ozama»; entró al Hospital con gonorrea crónica exacerbada. Abundante flujo, *dolor* á nivel de la próstata, polakiuria, ligero ardor al orinar, filamentos escasos; la prueba de los dos vasos indicó la uretritis posterior y el tacto rectal me demostró sensible la próstata. Instituí los grandes lavados con permanganato al 1:4000 y al otro día del primer lavado, aumentó el dolor, extendiéndose por toda la región perineal, así como el ardor que llegó á hacerse casi agudo. El segundo lavado lo hice con una solución más debil (1:5000), y el resultado fué el mismo. (Debo advertir, que los lavados fueron hechos con toda la escrupulosidad requerida.) Entonces, instituí las inyecciones antigonocócicas. Con las dos primeras hubo casi supresión de la uretorrea, desapareció el dolor prostático, disminuyó el ardor considerablemente, provocaron un acceso febril intenso (paludismo despertado, pués el microscopio nos había ya hecho sorprender el hematozoario en la sangre de este sujeto) que se repitió los dos días siguientes y una urticaria ba-

nal que cedieron, la primera, con la quinina y la segunda con un ligero purgante. Seguí después los lavados y, aunque las inyecciones no suspendieron del todo el flujo, al menos quitaron el dolor prostático é hicieron más eficaces y menos peligrosas las irrigaciones uretrovesicales. El enfermo curó del todo.

No necesito apuntar más observaciones, creo que con estas tres se puede comprender lo que más arriba he afirmado. La medicación sueroterápica no tiene un valor único y exclusivo, podrá servirnos de alguna utilidad en los casos crónicos con complicaciones, pero en los casos simples, esta medicación exclusiva es insuficiente.

También debemos asignar aquí, aunque se traslomite del objeto de nuestra Tesis, el tratamiento del Profesor TILLAUX para ciertos casos de blenorragia crónica; tratamiento en su mayor parte mecánico y que consiste en la dilatación gradual y progresiva de la uretra por medio del cateterismo. Para ese fin se vale de las bujías de Beniqué, las cuales introduce por series; primeramente desde la N<sup>o</sup> 36 hasta la 42; la segunda serie de la 42 á la 46 y la tercera, de la 46 á la 54. Junto con este tratamiento, instituye ciertas medidas hijiénicas complementarias del éxito.

Por este medio, el célebre cirujano ha visto desaparecer blenorragias muy viejas. Confieso no haberlo puesto en práctica sino una sola vez y que no obtuve ningún resultado manifiesto.

En cuanto al tratamiento de la estrechez, no lo trataré aquí, porque, si es verdad que es consecuencia casi siempre de la blenorragia, esta estrechez constituye de por sí una afección cuyo proceso, síntomas y trata-

miento varían del todo con el proceso, los síntomas y el tratamiento de la gonorrea crónica.

Entremos ahora, en la parte crítica de esta Tesis, en la que he procurado seguir paso á paso con método y orientación, todo lo censurable que la lectura de los Tratados de venéreos me ha sugerido.



### CAPITULO III.

#### *CRITICA.*

Frente á esta diversidad de tratamientos, es difícil definirse por el mejor, por cuanto ninguno es verdaderamente específico de la blenorragia.

Sin embargo, algunos de ellos (tratamiento general é inyecciones exclusivos) han caído en desuso perdiendo mucho de su rimbombante fama, en tanto que otros como los grandes lavados uretro vesicales han venido á conquistar el puesto de honor desde los trabajos del Dr. JANET. Pero, como suele acontecer con los divulgadores de un método cualquiera, que pecan de absolutos é imparciales, el Profesor JANET ha querido exagerar demasiado la virtud curativa del permanganato de potasio y no vacila en conceptuarlo específico de la uretritis blenorragica. Para este ilustre venereólogo, el permanganato tendría una acción sobre la pared de la uretra que provocaría una exudación muy favorable para la eliminación de los gonococos. En esta sola propiedad funda el Profesor JANET la acción favorable y

bienhechora del permanganato. Empero, si el Profesor JANET concede muy poco valor á la acción microbicida de esta sustancia, el Profesor GUIARD no teme atribuir á esta sola propiedad todo el valor gonococoterápico del permanganato, creyendo antes bien, perjudicial, la acción exudativa que éste posee sobre la pared uretral. Para probarlo, el Profesor GUIARD argumenta del modo siguiente: «si fuera la propiedad exudativa la verdaderamente eficaz en la blenorragia, mientras mayor sea el grado de concentración de la solución más manifiestos deben ser los resultados» y he aquí, que sucede lo inverso, mientras mayor es la irritación peores son las consecuencias. Por esta razón el Profesor GUIARD preconiza el permanganato en soluciones débiles, porque de esa manera la irritación que se provoca redúcese al minimum y el valor antiséptico es el mismo. He tenido ocasión de comprobar varias veces los pésimos resultados del procedimiento del Dr. JANET y tácitamente me han demostrado que las soluciones débiles son las más provechosas.

Participo en todo con el Profesor GUIARD y no vacilo en recomendárselo á todos mis compañeros de estudio.

Sinembargo, á pesar de las reformas que el célebre Profesor GUIARD pueda haberle imputado al método del no menos célebre Profesor JANET, no por eso se menoscaba la gloria de haber introducido en la terapéutica de los órganos genitales tan precioso elemento, de una eficacia verdaderamente indiscutible en ciertos y determinados casos de uretritis. Pero, este es el momento de levantar la voz en son de protesta, contra la doctrina exclusivista de estos ilustres venereólogos.

Si es cierto que el permanganato tiene en algunos casos de uretritis blenorragica efectos francamente favorables, en otros y yo he tenido la ocasion de comprobarlo, los resultados obtenidos han sido del todo desfavorables. Aquí está el pecado ¿en virtud de qué propiedad posee el permanganato de potasio acción específica sobre la blenorragia, cuando la exudación que provoca es contraproducente y su valor gonococida inferior al de otras sales?

Difícil es responder á esta pregunta, el asunto está en estudio y algún día, quizás no lejano, logremos obtener una explicación cierta de este fenómeno tan original. En verdad, que la generalidad de las uretritis blenorragicas y especialmente la aguda, cede casi siempre al permanganato, pero en la blenorragia crónica, la cosa cambia de especie y los casos rebeldes á este agente son mucho más considerables. En los numerosos casos tratados en el Hospital Militar, eran frecuentísimos los fracasos por este tratamiento y más tarde en mis personales observaciones, pude constatar el mismo hecho. Por este argumento, nacido bajo el ropaje de una larga experiencia, es por lo que creo y sostengo que, el empleo sistemático del permanganato de potasio en las uretritis blenorragicas crónicas, no tiene justificación precisa. Más tarde, cuando pude hacer mis observaciones con el control microscópico, pude enterarme de la razón de este hecho.

En efecto, el permanganato de potasio es un oxidante poderoso y por ende, un antiséptico de primer orden. Si fuera debido á la exudación los buenos resultados de su empleo, ¿porqué otras sustancias que poseen la misma propiedad exudativa, no producen los mismos

resultados blenoterápicos? y el hecho de haber uretritis blenorragicas sin gonococos, ¿no es, según la concepción de estos ilustres venereólogos, una negación del sistematismo que preconizan? Además, el nitrato de plata ¿no tendría mucho más eficacia que el permanganato mismo, puesto que es mayor su poder irritante? De ninguna manera puedo concebir el uso de este medicamento como exclusivo y único en el tratamiento de la uretritis blenorragica crónica, creo, y esto parece ser lo más racional, que la modificación que le imprime el permanganato al medio uretral es negativo para el desarrollo y la propagación de los gonococos, los cuales acabarían por perecer después de perder poco á poco su vitalidad. Como se vé, es una acción gonococcida indirecta, matando el gonococo por modificación del medio uretral donde viven y de ningún modo directa, sobre el microbio mismo, pues, su poder microbicida frente al gonococo es inferior al del sublimado, el nitrato de plata, el itrol y el agua oxigenada y éstos, amén de su mayor grado gonococcida producen resultados mucho más aleatorios que aquél.

Convendría entendernos respecto á este punto, pues todo es asunto de lenguaje. Como sabemos, la gonorrea puede pasar por tres fases que se diferencian en absoluto por el examen microscópico del flujo. Estas tres fases son: período de gonorrea propiamente dicho, caracterizado por la presencia de gonococos más ó menos abundantes; período de infección secundaria, en el que el gonococo ha cedido su plaza á microbios de diferentes especies que son los que se presentan en la preparación; periodo aséptico que lo caracteriza la ausencia completa, en el flujo, de gérmenes patógenos ó saprofitos. Ahora

bien, las dos últimas fases ¿pueden conceptuarse de origen gonocócico? Para algunos sí, por ser la gonorrea la causa eficiente; para otros nó porque, si es verdad que la blenorragia es la causa provocatriz, las dos últimas fases no son susceptibles del mismo tratamiento que la primera. Pero, me pregunto yo ¿no podría esto calificarse de para-blenorragia lo mismo que existe el para-sifilismo y el para-paludismo? no veo ningún inconveniente en ello, máxime cuando señalan períodos de la enfermedad completamente distintos al primero, tanto en modalidad clínica como bacterio-etiológico-patogénicamente. Si se conceptúa así, el permanganato conserva todo su valor blenoterápico, pero si se conviene en la unidad clínica de la gonorrea con simples modalidades, entonces, pierde mucho de su valor, conservándolo tan sólo en la fase primera, es decir cuando existan gonococos en la uretra.

En la práctica, es muy raro el galeno que, frente á un enfermo de uretritis crónica, no la califique de blenorragica, si éste ha padecido antes de ella, aunque sea distante de la manifestación actual. ¿No es esto una impropiedad de lenguaje, un error de lógica, un concepto de *apriorismo*? ¿Se puede admitir en materia científica el *apriorismo* absoluto? No lo creo así, las conclusiones médicas conllevan el *a fortiorismo* de rigor, y no obrando de ese modo, nos expondríamos á trastornar la fase y á mal instituir el tratamiento de la uretritis.

Para indicar el empleo del permanganato, hay que dirijir una serie de investigaciones anamnésicas, clínicas y bacteriológicas indispensables.

De ninguna manera debemos contentarnos con la constatación de una uretritis crónica; frente á ésta, de-

bemos plantearnos una serie de interrogaciones conducentes todas á especializar de la manera más pulcra, la naturaleza de la uretritis. No debe bastarnos que años atrás hubiera tenido gonorrea, es necesario indagar si existe ó nó el gonococo en el momento actual, en el flujo ó en los filamentos; si existen además otros microorganismos ó si no existe ninguno; es preciso saber la intensidad de los síntomas y de la lesión, así como la extensión de ésta misma; es provechoso interrogar metódicamente al paciente sobre el modo de aparición, la manera cómo se la curó y el modo de reincidencia.

Parecerá esto demasiado prolijo, porque en realidad la presencia solamente del gonococo basta para instituir el uso de esta sustancia, pero las demás adquisiciones no son superfluas, porque la consideración de estas causas modifican grandemente su modo de emplearlo (título de solución, inyecciones, grandes lavados, número de éstos, etc. etc.) y llegan á veces á contraindicarlo de un modo absoluto. Pongamos un caso:

*Observación 1ª*—A. P. cabo del Batallón «Ozama»; se me presenta con una gonorrea que databa de un año y siete meses. Flujo abundante, moco-purulento, desde hace veinte días que, á consecuencia de un coito se renovó; ni ardor, ni dolor, ni erecciones; simplemente polakiuria no muy acentuada. La prueba de los dos vasos fué positiva. Había sido tratada intempestivamente en su fase aguda por los balsámicos y los lavados uretro-vesicales, dados sin orden ni cuidado. Como entonces no tenía el Hospital Militar microscopio, procedí á instituir los grandes lavados. Veinte y cinco le dí con todas las exigencias de la técnica y el mayor esmero posible.

Las soluciones eran de permanganato de potasio al 1|4000. Apenas se modificó la secreción á la que se agregó una ligera reacción inflamatoria.

Desanimado con este tratamiento, sustituí el permanganato por la resorcina y le apliqué una serie de doce lavados al 5|1000. Tampoco me dieron resultado. Volví de nuevo al permanganato y administré salol interiormente á razón de 5 gms. diarios; de nuevo fracasé y resolví tomar el pus para examinarlo en el microscopio de uno de mis catedráticos. Coloreado por el azul de metileno, no se encontró un solo gonococo; había muchos estafilococos i estreptococos libres y fagocitados.

Con este nuevo dato, cambié inmediatamente el tratamiento é instituí los grandes lavados con el sublimado al 1|15000; á los siete lavados, el flujo había cesado casi totalmente y á los doce no había secreción ninguna.

Otro caso:

*Observación 2ª*—M. O. Soldado del Batallón «Ozama»; se presentó con un flujo mucoso y un ligero ardor á nivel del esfínter membranoso y de la próstata. Dice haber tenido purgación hace un año y dos meses; que se la suspendió con un remedio popular y que, como á los cuatro meses después, comenzó á sentirse dolores articulares á nivel de la espalda y de las rodillas; á los cinco días, después de una relación sexual, se reanudó el flujo con ardor y dolor atenuados. Sometido entonces á los lavados uretro-vesicales, el flujo se suspendió casi del todo i quedó tan sólo una gota mucosa, que no cedió á pesar de continuarse la acción del permanganato. Los dolores desaparecieron. Se sustituyó el permanganato por el sublimado al 1|20.000 y el resultado fué negativo, exacerbándose un tanto la inflamación. Suspendióse el

sublimado y se volvió al permanganato, el cual tampoco dió resultado. Entonces fué cuando se presentó ante mí. Recojí una gota del flujo y examínelo al microscopio. No había ni gonococos, ni microbios de ningún género, solamente unas cuantas células embrionarias de la mucosa uretral, más ó menos deformadas. Con este dato, instituí las instilaciones con el sulfato de zinc débilmente diluído en agua de rosa adicionado de tanino (1[200) y, diariamente instilaba 50 gotas por la mañana y 50 por la tarde en toda la extensión del canal, yendo de atrás á delante. La curación fué radical al cabo de ocho días.

Muchos han sido los casos que he podido observar y confieso haber obtenido resultados siempre idénticos.

Siempre que el examen evidenciaba el gonococo, el permanganato ha sido victorioso.

Esto nos hace ver cuanto se ahorra sometiendo nuestro tratamiento á las revelaciones del microscopio.

Muchas veces el microscopio demostraba la abundancia de gonococos, estafilococos y bacilos á un tiempo mismo. En este caso la combinación de los lavados con sustancias distintas, por ejemplo: un lavado de permanganato por la mañana y otro de sublimado ó de nitrato por la tarde, ha sido la norma mas canveniente.

De modo que podemos resumir diciendo:

1º Toda uretritis blenorragica crónica, donde el examen microscópico acuse la presencia de gonococos en el pus, debe tratarse con el permanganato de potasio preferentemente.

2º Si lo que el microscopio revela son microbios secundarios y abundantes, mejor que el permanganato, quiero el sublimado, el oxicianuro, el nitrato de plata

etc., porque estos microbios requieren un bactericida más enérgico y seguro que el permanganato.

3º Si no se acusa ningún microorganismo, debemos conformarnos con las soluciones astringentes, como el sulfato de zinc, tanino, ictiol (de un alto poder keratoplástico) etc. etc.

*Balsámicos.* Los balsámicos no tienen en la blenorragia crónica la eficacia que tienen en los casos agudos, pero, amén de esto, sería conveniente usarlos, porque como su acción es sobre todo glandular, siempre obrarían sobre ellas. La diferencia que se nota en los dos casos estriba simplemente, en que en el primer período de la blenorragia ó sea en la forma aguda, las glándulas, aunque inflamadas, conservan y hasta exajeran su función secretoria, en tanto que, en la forma crónica, el proceso escleroso ha atrofiado al elemento noble, lo ha asfixiado según la feliz expresión de Brucke. De aquí se desprende fácilmente el porqué los balsámicos no tienen en el período crónico la eficacia que tienen en el agudo.

Pero, como la función glandular puede conservarse parcialmente ó mejor dicho atenuada, se comprende que su empleo sea del todo racional.

Como la función de las glándulas uretrales se mide por la intensidad de la uretrorrea, también el empleo de los balsámicos debe sujetarse á las modalidades de este flujo y no veo necesidad ninguna para que su empleo se prolongue en los casos de blenorragia crónica sin uretrorrea.

Pero en la administración de los balsámicos, debe tenerse en cuenta ciertas consideraciones de las cuales vamos á numerar las más precisas:

a) en los casos crónicos exacerbados con dolor y ar-

dor, debe esperarse la desaparición de estos síntomas para su administración;

b) en los casos en que el paciente manifieste alguna tara renal, deben proscribirse, pues sabemos que estas sustancias conjestionan el riñón y que pueden provocar albuminuria, hematuria y otros síntomas indicadores de trastornos renales.

Yo he presenciado una nefritis despertada por la administración de estas sustancias;

c) en los casos de intolerancia gastro-intestinal también deben suprimirse.

El *areol*, que es el principio activo del *sándalo*, carece de estos inconvenientes, pero tampoco puedo recomendarlo en absoluto exento de tales peligros, ni como tratamiento único de la blenorragia, él, sí es un precioso coadyuvante, siempre que los fenómenos secretorios predominen, pero de ésto á que sea el tratamiento exclusivo de la gonorrea, como muchos piensan y creen, hay una enorme distancia. Lo mismo que sus familiares, es completamente ineficaz é innecesario en los casos donde la secreción sea nula.

*Las sustancias antisépticas*, están racionalmente indicadas, puesto que su administración obedece á necesidades de asepticidad del conducto urinario. De modo que no hay inconveniente ni circunstancia alguna que las contraindique. En caso de que un antiséptico no sea conveniente podemos perfectamente recurrir á otro que llene el objetivo de su institución. Los antisépticos más recomendables son el *salol*, cuyo único inconveniente es el de necesitar un funcionamiento normal del aparato digestivo, para poderse desdoblar (condición *sine qua non* de su eficacia) en ácido fénico y ácido sa-

licílico, y la *uraseptina*, preciosa combinación que permite mantener las vías urinarias en un estado de asepticidad admirable y que disolviendo poderosamente el ácido úrico evita los accidentes del artritismo así como su influencia sobre el encronizamiento de algunas blenorragias.



## APENDICE

No he querido dar fin á este trabajo sin antes dar algunas medidas profilácticas acerca de la blenorragia, así como algunas indicaciones en cuanto á higine individual y régimen alimenticio. El blenorragico que quiera no trasmitir su enfermedad ó el sano que no quiera contraerla, no tiene sino un recurso: el uso de un condom. Pero si no quiere atenerse á esta indicación, debe sujetarse á ciertas medidas que aunque no tienen la seguridad de la primera al menos tienen todas las probabilidades de evitarla. Así el blenorragico debe de abstenerse por completo del acto del coito, con condom ó sin él, porque si es verdad que con condom evita el contagio, también es verdad que la blenorragia que porta se exacerba y agudiza. Los casos son frecuentes de recaídas, en individuos que curados de su primera gonorrrea se valen del condom para acoplarse antes del tiempo requerido, lo que prueba que la congestión del pene tiene una acción importantísima en la recrudescencia de la blenorragia.

El individuo sano debe tomar suficiente agua una ó dos horas antes del coito, de manera que inmediata-

mente después de realizado éste pueda orinar con abundancia. La micción inmediatamente después del coito, tiene las ventajas siguientes:

1ª Lava y barre la uretra de dentro á afuera llevándose consigo los gonococos que puedan haber llegado un poco adentro del meato;

2ª en virtud de la acidéz de los orines, hace impropio el medio uretral para el desarrollo de los gonococos, quienes necesitan para ello del medio alcalino normal de este canal.

El gonorreico recién curado no debe realizar ninguna relación sexual hasta después de transcurridos veinte ó veinticinco días de la desaparición definitiva y total de su enfermedad; en el caso contrario la recaída es casi fatal. El Profesor NIESSER, recomienda la instilación, inmediatamente después del coito, de una gota de solución argéntica al 1[50 en la fosa navicular; esta gota según él, mataría instantáneamente todos los gonococos todavía en la superficie del canal. Algunas personas tienen la costumbre de inyectarse inmediatamente después del acto venéreo, esto, además de ser mucho más molesto que las demás precauciones, llega á constituir á veces una maniobra peligrosísima puesto que puede arrastrar el gonococo más adentro aún en el canal uretral. Cuando esta maniobra se hace con una solución antiséptica fuerte, el peligro desaparece, pero el caso es que algunos usan inyecciones de agua simple.

El blenorragico debe primero y antes que todo, evitar toda causa que aumente la tensión sanguínea y que provoque la congestión local ó general. Conjuntamente con ésto debe asegurarse el reposo de los órganos genitales. Así pues, el ejercicio físico violento, las carreras, las

marchas prolongadas, la equitación, las bebidas de todo género, los excesos de mesa, etc., deben suprimirse para evitar las congestiones y para obtener el reposo de los órganos genitales, evítese la lectura, las conversaciones, los espectáculos afrodisíacos, suprimase el montar, el uso de la bicicleta y los paseos en vehículos.

«Evítese la absorción de bebidas diuréticas, cualquiera que sea la virtud que médicos ó enfermos le atribuyan.»

«Las bebidas abundantes produciendo polakiuria tienen una acción desfavorable. Además, ellas son diuréticas sobre todo porque aumentan la presión, condición favorable á la exósmosis serosa.» (AUGAGNER ET CARLE.)

El uso de un suspensorio convenientemente algodonado es una de las precauciones más útiles de observar.

En cuanto á la alimentación del blenorragico, debe evitar los excitantes de todo género, abstenerse de las especias, tocino, salchichas, ostras, peces de mar, queso fermentado, té, café, cerveza, etc. etc.

Conviene combatir la constipación, por los laxantes pues ésta favorece la congestión de la próstata.

Los baños generales son muy beneficiosos en la blenorragia, debiendo tomarse uno cotidianamente.

El lavado de la verga, es indispensable, para prevenir la balinitis. Este lavado se hará con una solución debil de sublimado, aniodol ó ácido bórico.

El enfermo debe procurar tener las manos lo más limpias posible y evitar siempre llevárselas á los ojos.

Observando estas precauciones y medidas, la gonorrea cederá bien pronto á la acción de los agentes terapéuticos. Pero óigase bien, no se crea que ésto está

á capricho del paciente, nó, sin la observancia de estos preceptos, el tratamiento más riguroso fracasa, pues pocas son las enfermedades en donde el régimen, higiene y método sean tan necesarios para el éxito cabal, como en la uretritis blenorragica.

## CAPITULO IV.

### **CONCLUSIONES.**

De todo lo expuesto anteriormente, se derivan las siguientes conclusiones:

1ª El permanganato sólo es eficaz en determinada forma de uretritis.

2ª El suero antigonocócico no tiene ninguna eficacia en la blenorragia crónica simple.

3ª El mejor tratamiento médico de la gonorrea crónica consiste en la aplicación combinada de los tres tratamientos general (antiséptica y balsámicos) local (inyecciones, instilaciones, lavados uretro-vesicales) y suero-terápico.

Ninguno se contraindica.

4ª y última. Para instituir un tratamiento médico racional de la blenorragia crónica, necesitamos indispensablemente del control bacteriológico.

GABRIEL E. GUERRERO.

Santo Domingo, Stbre. 26 de 1911.

Admittatur:

El Presidente del Jurado,  
DR. SALVADOR B. GAUTIER.

N. B.—El Instituto Profesional no se hace solidario de las opiniones emitidas en las tesis, debiendo entenderse que estas opiniones corren por cuenta del sustentante.

(Resolución del Consejo, fecha 9 de Diciembre de 1899.)



## BIBLIOGRAFIA.

LYON (G)—Clinique Thérapeutique, 1911.

MENDOZA (S.de)—Diagnóstico i tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias, 1908.

LUYS (G)—Exploration de l'apareil urinaire, 1909

DIEULAFOI (G)—Pathologie interne, t. IV, 1911.

POUSSON (A)—Précis de Maladies de Voies Urinaires, 1909.

AUGAGNEUR ET CARLE—Maladies vénériennes, 1905.

BENSA (D)—Traitement des Urethritis chroniques, 1902.

GUIARD (F. S.)—La Blennorragie chez l'homme, t. II, 1898,

MANQUAT (A)—Traité de Thérapeutique, 1903.

IMBERT (L)—Précis de Thérapeutique Chirurgicale, 1905.

LEMOINE (G)—Thérapeutique Médicale, 1903.

LITRE ET GILBERT—Dictionnaire de Médecine, 1908

RICARD ET LAUNAY—Traité de Thérapeutique chirurgicale, 1903.

TILLAUX (P)—Traité de Chirurgie clinique. 1900.

