

los niños nacidos de padres tuberculosos. El profesor Lumiere cree que todo niño nacido de tuberculosos aunque sea separado y crezca aparentemente sano lleva en sí la forma filtrante del bacilo de la Tuberculosis, la cual al llegar a cierta edad, 25 años para la mujer, 35 para el hombre, se vuelve visible mediante la influencia de factores múltiples y produce la tuberculosis sin haber «mediado contagio de origen externo.

Además de las formas filtrantes existe otra concepción nueva e interesante en bacteriología, la de los microbios de salida, de la cual el más bello ejemplo, es suministrado por el coco-bacilo de Salmón Preitze que se encuentra siempre en el Hog-cólera (pesteporcina); durante largo tiempo se creyó que éste era el agente de la enfermedad.

pero ahora se sabe que el verdadero agente es un virus y que el coco-bacilo no ocupa sino un lugar secundario. Experimentalmente la enfermedad producida, por el coco-bacilo de Salmón Preitz no es contagiosa, al contrario de la enfermedad natural que lo es eminentemente.

Lo que sucede con esta enfermedad sucede para otras. AL margen de este problema uno se pregunta: ¿por qué el microbio de salida es siempre el mismo y no otro? Qué destino, qué fatalidad unen al germen visible con el invisible? Misterio. Será la ciencia del futuro quien nos dará razones, por de pronto sólo contamos en este terreno con hipótesis y más hipótesis al lado de algunos hechos experimentales rigurosamente exactos.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, febrero de 1934

Progresos recientes en el tratamiento de la gonorrea en el hombre

ABR. h. WOLBARST, M. D.

New York

A pesar de los años transcurridos desde el notable descubrimiento del gonococo por Neisser en 1879, el tratamiento de la gonorrea en el hombre continúa siendo uno de los serios problemas de la medicina. Por lo general el tratamiento de esta enfermedad ha sido más o menos de carácter empírico; sin embargo, mucho ha sido el progreso alcanzado, particularmente en las últimas dos o tres décadas. Es el propósito de este trabajo dis-

cutir algunos de los principales adelantos que han contribuido a este progreso.

No hace tantos años que la disuria, tenesmus, balanitis y la extrangulación eran consideradas como acompañantes inevitables de la gonorrea aguda; la prostatitis y la vesiculitis se desarrollaban prácticamente en todos los casos, la epidemitis era extremadamente corriente, y la artritis no era rara. La prostatitis crónica y la estenosis ure-

tral sobrevenían en casi todos los casos.

Con una opinión basada en una extensa experiencia personal, los métodos modernos han cambiado todo eso. Si tratamos un caso siguiendo las líneas de conducta que me propongo describir, estas complicaciones y secuelas no deben presentarse. El flujo deberá cesar después de una semana o diez días, la inflamación se extenderá durante un período de seis a ocho semanas, con frecuencia menos, y sin haber producido daños permanentes en los órganos o tejidos. El no obtener estos resultados tan deseables, se debe frecuentemente a que el médico, no se halle al corriente de las ideas modernas en la terapia de la sordera. Puedo decir, por mi propia experiencia que la aplicación práctica de estas ideas en nuestros tratamientos harán desaparecer estos desgraciados resultados.

La aparición de complicaciones en un caso agudo tratado desde su principio con la apropiada cooperación del paciente, puede muy bien considerarse como el resultado de una mala técnica. Uno de los errores principales que aun se cometen, y por lo general demasiado frecuente, es la tendencia a precipitar una rápida curación de la infección. Esto nos lleva al sobretratamiento, lo cual predispone al trauma y eventualmente a las complicaciones. Debemos tener siempre presente que las fuerzas naturales constructivas del organismo no pueden precipitarse. Por consiguiente, cualquier método terapéutico para ser efec-

tivo ha de tener un ideal—la eliminación del organismo invasor sin la traumatización del tejido. Esto es fundamental. Si evitamos hacer daño a los tejidos hemos ganado la mitad de la batalla. No es necesario que usemos métodos drásticos; siendo el gonococo una bacteria de baja resistencia, los organismos en la superficie son destruidos fácil y rápidamente por cualquier compuesto químico de propiedades antisépticas. El punto importante estriba en el uso exclusivo de aquellos agentes químicos que no lastimen los tejidos en los cuales se haya implantada la bacteria. La naturaleza sabrá hacerse cargo de los organismos situados más profundamente.

Ya en 1911 (1) enseñaba y abogaba yo la suprema gentileza y conservatismo terapéutico, no sólo en el uso de las drogas que empleábamos sino también en los métodos donde las empleábamos. No hay duda alguna que ha sido mucho el daño ocasionado y el que se continúa haciendo usando remedios demasiado fuertes e irritantes con una frecuencia y vigor demasiado heroicos para que los delicados tejidos inflamados puedan resistirlos con impunidad. Es una satisfacción el observar que la delicadeza y suavidad en el tratamiento está recomendada hoy y aceptada generalmente por todos los urólogos americanos progresistas. El hecho de que este principio básico esté siendo generalmente reconocido es sin duda alguna el progreso más significativo en terapia antigonocócica en los últimos años, pero es dudoso, sin embargo, si el campo médico ha

despertado a la realización de su utilidad.

La uretra no es un tubo de ensayo. Es una estructura viva, altamente sensible al más leve trauma, sea él en la forma de una invasión bacteriana, un procedimiento químico o un instrumento quirúrgico. Cualquier cosa puesta en contacto con la uretra actúa como un cuerpo extraño. En el caso de los productos químicos, mientras mas irritante la sustancia, mayor y más violenta la reacción del tejido y el daño subsiguiente. Como corolario, tenemos que la medicación local debe ser la más suave posi-

ble con efectividad terapéutica y no la más fuerte que puedan tolerar los tejidos. Nuestra medicación debe ejercer un efecto sedante sobre la mucosa uretral inflamada similar al de una loción sedante sobre una quemadura: de otro modo ella es perjudicial.

No existe un método determinado de tratamiento que podamos aplicar igualmente a todos los casos. Esto no es solo verdad en gonorrea, sino que lo es en toda enfermedad. Es una verdad que, con la acumulación de experiencia y el tiempo, determinados métodos llegaran a te-



ner un nivel de eficiencia que los hace preferibles a todos los otros. Como un resultado, dos formas distintas de terapia local han resistido la prueba del tiempo: las irrigaciones hidrostáticas con permanganato, y las inyecciones a jeringa de las sales argénticas modernas. La introducción de las irrigaciones hidrostáticas por Janet, de París, en 1889, marcaron el principio de los métodos modernos de la terapia gonorréica. Este fue el primer progreso real en el tratamiento moderno. El segundo avance, aun más importante, lo tenemos a principio de siglo con la introducción de las sales argénticas, y el cual ha constituido desde entonces nuestro método terapéutico más efectivo.

Mi experiencia me ha enseñado a evitar el uso de las irrigaciones de permanganato de potasio. Como práctica rutinaria la irrigación de la uretra inflamada es un procedimiento peligroso, especialmente en las manos del inexperto y descuidado. Existe siempre el peligro de traumatizar la uretra, la infección se intensifica y extiende apareciendo las complicaciones como resultado. Asimismo existe el peligro de empujar el organismo hacia partes más profundas del tracto urogenital. Ha sido demostrada (2) la posibilidad de empujar líquido dentro de las vesículas seminales por medio de una inyección forzada desde el meato urinario y no ha sido difícil la visualización de gonococos y otros organismos llevados directamente a la próstata y vesículas seminales como resultado de esta técnica. Sir John Thomson Walker, de Londres,

correctamente señala (3) esta posibilidad como "una demostración práctica del peligro de la aplicación de alta presión en irrigaciones uretrales."

A pesar de que estas contingencias pueden ser remotas en las manos del experto y cuidadoso especialista, no hay duda que las complicaciones se presentan con mucha más frecuencia en los casos tratados por irrigaciones hidrostáticas que cuando se usa un tratamiento menos heroico y espectacular. Teniendo presente estas objeciones yo descartaré el uso rutinario de las irrigaciones desde el 1901, a pesar de que las considero de gran valor en las urétritis no específicas y en determinados tipos de infecciones sub-agudas y crónicas.

No hay razón válida para el uso de este método tan peligroso cuando podemos obtener mejores resultados con mucho menos peligro de producir complicaciones cuando usamos inteligentemente las sales de plata. Para uno de estos productos, el argirol, solamente tengo grandes alabanzas. Reúne los tres principios elementales sobre los cuales está basado nuestro tratamiento: (1) el compuesto químico debe ser no irritante; (2) debe tener poderes bactericidas; (3) debe estimular suave reacción celular en la uretra y por consiguiente, actuar como una ayuda en las fuerzas naturales de reconstrucción. En un estudio reciente sobre el tratamiento de la gonorrea en el hombre, llevado a cabo por urólogos americanos (4) la gran mayoría expresó su consentimiento con esta opinión sobre el valor del men-

clonado producto en la gonorrea. El uso eficiente de los compuestos argénticos requiere la observación de ciertos principios técnicos, los cuales desgraciadamente no siempre se llevan a cabo en la práctica. Las soluciones siempre deben usarse frescas, de lo contrario se deterioran y pueden irritar la mucosa. Una solución de argirol al 3 por ciento en los primeros días de la inflamación produce con frecuencia resultados sorprendentes. Con el progreso del caso y según el grado de inflamación disminuye en intensidad el título de la solución se aumenta a 5 o 10 por ciento, sin nunca llegar al punto donde el paciente tenga sensación de irritación. El tratamiento debe comenzarse tan pronto como se haga el diagnóstico. Nada se gana y puede perderse mucho con la demora. No debemos dilatar la uretra anterior con el líquido; ella debe ser secamente llenada con todo confort para el paciente. El líquido debe retenerse en la uretra haciendo uso de una pinza de pene durante 10 o 15 minutos, con el paciente acostado sobre la espalda. Podemos demostrar por pruebas, que aproximadamente la tercera parte de la cantidad introducida en la uretra pasará impreviblemente a la uretra posterior, actuando probablemente de un modo profiláctico contra la invasión de la uretra posterior. Es de gran importancia el ver al paciente diariamente, así como el examinar cuidadosamente la orina pasada en dos vasos. Muchos médicos cometen el serio error de tratar las gonorreas sin estudiar las muestras de orina emitidas en vasos. La cantidad

de secreción en el meato tiene poco valor en la determinación del progreso del caso, pero una orina clara en el segundo vaso y purulencia decreciente en el primero constituye una evidencia excelente de que un caso agudo va progresando favorablemente. La persistencia del gonococo después de tres o cuatro semanas de tratamiento es altamente indicativo de una invasión prostática, aunque no exista evidencia clínica de extensión posterior de la inflamación. En estos casos debemos practicar un cuidadoso examen de la próstata y vesículas seminales.

Debo llamar la atención -hacia una importante clase de casos, a los cuales me he referido en otro sitio (5). Estos casos continúan durante varias semanas como una uretritis anterior muy leve! De súbito se observa en ellos que ambos vasos contienen orina muy purulenta. En algunos; casos la segunda orina emitida es más purulenta que la primera. En ambos casos esto significa que la uretra posterior 'ha sido invadida, a pesar de no existir síntoma clínico alguno. La secreción, en el meato puede ser poca o ninguna; el examen rectal descubre la presencia de una próstata grande, dura o blanda, usualmente asociada con abultamiento de las vesículas seminales. La orina emitida después de un cuidadoso masaje de la próstata, presenta evidencia de la existencia de una inflamación crónica. Patológicamente el cuadro es el de una prostatitis no específica de baja virulencia y de larga duración en un paciente que ha contraído una nueva e independiente infección uretral. Los

anejos congestionados en estas casos ofrecen un terreno de fácil invasión para el gonococo. Si reconocida precozmente, la prostatitis responde rápidamente a masajes suaves e irrigaciones débiles intravesicales. No siendo reconocida esta condición, la próstata rápidamente es afectada por la infección gonocócica y tendremos entonces que ver con una infección aguda específica sobrepuesta sobre una prostatitis vieja no específica con una tendencia decidida a la cronicidad. Desde que vengo haciendo esta observación ha sido mi práctica examinar la próstata en todo caso de gonorrea aguda, con resultado de que mucha? infecciones posteriores potenciales de esta manera evitadas. Esta observación ha sido confirmada por Wohlstein (6), Von Lackum y otros.

Recientemente métodos adicionales de tratamiento han sido presentados, los cuales tienden a aumentar las fuerzas constructivas naturales del organismo en relación con la resistencia contra el ataque del proceso infeccioso. Entre estos principalmente se encuentran las vacunas, las proteínas extrañas, la autoseroterapia y la quimioterapia (McDonagh). La terapia intravenosa también ha sido defendida alegando su acción directa en la circulación. Todos estos métodos resultan favorables ocasionalmente, pero su status definitivo continúa aún sin haber sido determinado. La diatermia no ha podido justificar nuestras esperanzas.

Cuando encontramos definitivamente la uretra posterior afec-

tada, la purulencia urinaria encontrada en los dos primeros vasos evidencia el hecho antes que el propio paciente haya notado cambios algunos en su condición. Lo más que puede hacer la terapéutica es contrarrestar la severidad de la inflamación y asimismo evitar el desarrollo de complicaciones. Baños calientes de asiento e irrigaciones calientes rectales son de gran alivio y valor. Si existe la evidencia de un sobretratamiento previo, y por lo general lo hay, la condición aguda con frecuencia puede ser aliviada inmediatamente por la supresión del tratamiento local y la administración interna de algún antiséptico urinario suave ayudado por la mayor cantidad de agua posible. En el gran promedio de los casos la mejor manera de tratar la infección posterior es dejándola quieta. La inyección argéntina suave aplicada a la uretra anterior y permitida a escurrirse a la uretra posterior, por lo general es suficiente para controlar la infección posterior superficial de la manera más satisfactoria. Ocasionalmente, una serie de irrigaciones de soluciones débiles de permanganato alternando con las inyecciones de argirol, serán de gran ayuda, pero es generalmente mucho mejor el evitarlas, existiendo la posibilidad de agregar más trauma a la inflamación ya existente y provocar su extensión a las vesículas, vas deferens y epidídimo. Al ocurrir complicaciones, por lo general debidas a la observación negligente de los principios antes mencionados, ellas deben recibir un tratamiento conserva-

dor. Para la prostatitis y vesiculitis agudas el calor local constituye la primera indicación, aplicado en la forma de baños de asiento, irrigaciones rectales calientes o diatermia. Cuando el estado agudo ha mejorado, el masaje prostático digital o vibratorio (7) y las irrigaciones intravesicales son de gran utilidad, pero requieren que su aplicación se haga cuidadosamente. Un masaje prostático dado vigorosamente determinará una epididimitis aguda.

Para la epididimitis, la inmovilización asistida con aplicaciones calientes o frías constituye el tratamiento de elección. La diatermia es de gran valor en esta condición. Frecuentemente, sus resultados son casi maravillosos. Si se desarrollan focos purulentos, deben ser evacuados inmediatamente mediante una incisión amplia, bajo anestesia general. Este constituye uno de los recientes progresos que alivia el dolor casi instantáneamente, acorta el período de incapacidad a pocos días, en vez de semanas, y disminuye considerablemente el peligro subsiguiente de esterilidad.

Algunos casos parecen tener un carácter maligno desde su comienzo. A pesar de todo tratamiento, y quizás debido a éste, los síntomas persisten y aumentan en gravedad, encontrando*? el paciente muy enfermo. La orina aparece con gran purulencia, frecuentemente manchada con sangre., y el dolor y el tenesmos urinario de gran intensidad. En estos casos nos encontramos frente a una infección hiperaguda de las vesículas seminales.

Las proteínas extrañas, la vacuación y la terapia intravenosa, con frecuencia son de utilidad pero los agentes más efectivos son la diatermia y lavasotomía. Siguiendo la ingeniosa indicación del Belfield, yo he practicado la vasotomía en estos casos como una medida profiláctica contra las complicaciones inevitables, con gran éxito. No solamente es la amenazante complicación evitada, sino que todo el proceso infeccioso cambia y turna un curso y aspecto mucho más benigno en todo respecto, debido a que el origen del proceso en las vesículas seminales ha sido alcanzado y atacado. La diatermia es también de utilidad, pero de un modo más lento y menos cierto que la vasotomía. Lo antes dicho constituye otro de los avances en el tratamiento de esta infección tan incómoda e incapacitante.

La artritis, la cual debe ser considerada como una manifestación local de la infección generalizada, constituye usualmente un proceso secundario a un foco primario en las vesículas. Cualesquiera que sean las medidas locales que se tomen para aliviar el dolor en la articulación afectada, no podemos esperar una cura radical a menos que el foco primario vesicular sea eliminado. Para esta condición no hay terapia que pueda compararse en eficiencia y rapidez a la vasotomía.

En las infecciones gonorréicas crónicas hemos hecho un progreso terapéutico inestimable valiéndonos de la invención y aplicaciones prácticas de la uretras - copia. En la uretra anterior, con

este procedimiento descubrimos la presencia de condiciones patológicas que constituyen la base de la cronicidad, — folículos infectados, infiltraciones, estrecheces, pólipos y focos similares que favorecen la persistencia de la infección gonocócica (8). En la uretra posterior, el uretroscopio descubre la presencia de cambios patológicos extensos en el verumontanum, en el piso y paredes de la uretra propia y en el cuello vesical (9). Estos cambios, por consiguiente, se nos hacen accesibles a 3a cauterización, local y al tratamiento bajo el control de la vista. Semanalmente estas lesiones pueden ser tratadas localmente por la aplicación de una solución de nitrato de plata al 10 por ciento, usando un aplicador a través del uretroscopio; los resultados de este tratamiento son completamente satisfactorios. Los pólipos y otros crecimientos pueden ser excindidos valiéndonos de las corrientes eléctricas a través del uretroscopio.

Cuando exista patología seria en las vesículas seminales, como lo es en el caso de las gonorreas crónicas, la vasotomía, según queda mencionada, constituye nuestro más potente agente terapéutico. La operación es muy simple. Su breve descripción es como sigue: Se expone el vas deferens -a través de una pequeña incisión en el escroto cerca del epidídimo, en ambos lados, bajo anestesia local, y se procede a inyectar 10 cc. de una solución antiséptica débil. Esta solución atraviesa el vas deferens, vesícula y conducto eyaculador hasta la uretra posterior y vejiga, de

donde puede ser recobrada. Para este fin yo prefiero una solución de argirol al 5 por ciento, debido a sus cualidades suaves y no irritantes. El paciente debe permanecer en cama dos o tres días. Casi no existe el dolor ni durante ni después de la operación. La solución permanece en las vesículas durante varias semanas, lo cual se evidencia por el color achocolatado del semen emitido durante semanas después de la operación.

Como conclusión, podemos decir que el tratamiento de la blenorragia ha tenido un progreso material en los últimos años con el resultado de que si aplicamos nuestra terapéutica debidamente podemos esperar el obtener resultados favorables tanto para el médico como para el paciente. La gonorrea ha dejado de ser una enfermedad deformante, debilitante y devastadora; su control lo tenemos completamente en nuestras manos. Si sabemos aprovechar en toda su extensión los progresos que tenemos a nuestro alcance, debemos esperar los mejores y más satisfactorios resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Holbarst*: Gonorrhoea in the Male, Internat. Jour. of. Surg. Co., New York, 1911, page 44,
2. *Kohnstamm and Gave*: The Radiological Examination of the Male Urethra, William Wood & Co. New York, 1925.
3. *Walker, Sir John Thomson*: Preface Kohnstamm and Cave, loc. cit.
4. *Wolbarst*: Medical Journal and Record, New York, Jan. 18

1933. CXXXVII, No. 2, Page 45.

5. *Wolbarst*: Urol. and Cutan. Review, St. Louis, 1924, **XXVIII**, 651. Med. Jour. and Record, New York, 1926, **CXXIII**, 3.

6. *Wohlstein, E.*: Dermat. Wechenschr, 1925, LXXX, 256.

7. *Wolbarsts* Journal of Urology, **1931**, **XXV**, No. **5**, page 519.

8. *Wolbarst*: **Conococcal Infection the Male**, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1930, pp. 160.162.

9. *Wolbarsts* Conococcal Infection in the Male, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1930, pp. 199-209.