

## **SOBRE UN CASO DE URETRITIS POR ELIMINACION**

Por el Dr. LEONIDAS REBAUDI

---

Aun cuando no muy frecuente, correspondería quizá la descripción de este caso a una sociedad de medicina general, pues es el clínico el que nos envía el enfermo después de haberle hecho las primeras indicaciones, ante cuyo fracaso recurre al especialista, y es entonces este clínico el que va a recoger de mi comunicación la mayor enseñanza.

Se trata, como decía, de un caso poco común de una uretritis localizada a la uretra anterior debido a una bacteriuria causada por una lesión amigdalina y en la cual hubo una investigación bacteriológica completa antes del tratamiento, investigación que dió todo el argumento necesario para justificar la amigdalectomía y con ello obtener la curación del enfermo.

La historia clínica resumida es la siguiente:

N. N., de 22 años, argentino, empicado, soltero.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: A los 11 o 12 años de edad fué examinado de sus amígdalas por padecer de la garganta, siendo las opiniones discordes en cuanto a la operación, y no practicándose ninguna por tal motivo.

Ha tenido una afección de piel que fué atendida por un distinguido especialista, quien, haciendo autohemoterapia, consigue la curación del enfermo.

Ha sido propenso a la bronquitis, y dice el enfermo que un médico le aplicó unas inyecciones para evitar un ataque de asma y que desde entonces se encuentra bien.

Después ha sido siempre sano y robusto.

Enfermedad actual: Comienza en el mes de noviembre de 1932. Después de treinta días del último contacto sexual nota el paciente que la orina es turbia y que el meato uretral está pegado por una secreción mucosa que le molesta; no hay ardores a la micción. Concorre inmediatamente a casa de un médico, el que, sin hacer análisis alguno, le insituye lavajes de oxicianuro, y luego, como éstos no dieran resultado, lavajes de permanganato; como no mejorase, se hace un cultivo de orina, el que resulta negativo en cuanto al gonococo, demostrando la presencia de diplococos gran positivos.

En estas condiciones concurre el paciente a verme y por el examen de sus orinas compruebo la ausencia de lesiones de uretra posterior y con el primer vaso turbio con filamentos mucosos, saco la conclusión de que se trata de una uretritis anterior, corroborando esto con exámenes posteriores.

Propongo a mi enfermo abandonar todo tratamiento para ver si se trataba de una uretritis química.

A los quince días vuelve a mi consultorio en las mismas condiciones.

Aguzo el interrogatorio y encuentro que poco tiempo antes de aparecer la uretritis había tenido una infección de garganta.

El examen clínico general da como resultado una persona normal solamente las amígdalas se las encuentra grandes con criptas infectadas.

Se pide un examen bacteriológico del exudado de las criptas amigdalinas el que es practicado en un laboratorio particular por el Dr. Camilo L. Ducco a

quien se había encomendado ya el anterior y rogándole comparase los microbios encontrados en la garganta con los que existían en la orina dando como resultado lo siguiente:

Abundantes bacilos Gram negativos regular cantidad de diplococos gram positivos.

Los caracteres morfológicos y de coloración de este último bacterio son los mismos que los del que se ha encontrado en la orina.

Firmado: Ducco.

Nuestra investigación clínica del foco de infección había resultado y había sido confirmada por el laboratorio.

Aconsejo a mi enfermo consulte a un especialista y se hace examinar por el Dr. Juan Rellan, el que aconseja la amigdalectomía. Practicada ésta se comprueba la profunda infección de ambas amígdalas sobre todo la del lado izquierdo.

Veinte días después aparece nuevamente mi enfermo en el consultorio con orinas claras, sólo unos pocos filamentos existen en ella, se hace un nuevo cultivo de orina el que da el siguiente resultado:

Los cultivos en agar ascitis dan un abundante desarrollo de estafilococos por su agrupación en racimos y caracteres de coloración al gran, llamando la atención el hecho de presentarse en diplococos los elementos que escapan a la agrupación. Se trata en realidad de un diplo-estafilococo.

No se observa desarrollo de colonias de gonococos.

Firmado: Ducco.

Interpreto esto como una reinfección uretral debido a la reabsorción brusca provocada por la operación.

El pronóstico debía ser benigno si el foco tal como yo pensaba había sido eliminado. Comunico esto a mi enfermo y le aconsejo lavajes de uretra anterior con solución de Rivanol al 1 por 10.000.

A los pocos lavajes la orina aclara completamente, sólo se ve uno o dos filamentos mucosos el día que concurre nuevamente a mi consultorio y como está dispuesto a ver desaparecer también éstos hago una uretroscopia, constatando una ligera exulceración en la pared superior de la uretra a nivel de su porción perineal la que cauterizo con tintura de yodo.

Quince días después concurre nuevamente mi enfermo y esta vez con orinas cristalinas sin ningún filamento manteniéndose la curación hasta el día de hoy.

Como decía, esta comunicación va dirigida a los clínicos y especialmente a los médicos de barrio, que por lo general son los primeros en ver a los enfermos, y ellos deberán tener muy en cuenta lo siguiente que:

1º Toda uretritis debe ser examinada bacteriológicamente.

2º En toda afección no gonocócica hay que buscar la etiología de la misma, para, como en el caso anterior, tratar la lesión focal.

Nociones éstas que no por conocidas dejan de ser olvidadas muy a menudo.

---