

Por el Doctor

LEONIDAS REBAUDI

TRATAMIENTO DE LA ESPERMATORREA

NO quisiera pasar en revista todas las causas de espermatorrea por no distraer la atención de mis colegas con cosas harto conocidas; diré solamente que cada una de ellas tiene su forma de tratamiento especial, por ejemplo la cauterización de los pólipos de la uretra posterior o la atención de una parasitosis intestinal, etc.; me ocuparé solamente de aquellas que aparentemente no reconocen ninguna causa ocasional, de aquellas que son referidas a hábitos onanistas, de aquellas en que examinada la uretra posterior se la encuentra congestiva, sin lesión característica alguna y con orinas apiúricas y de aquellas en que el veru montanum paga las consecuencias de una afección que no tiene.

Casi podría decirse que la comunicación de hoy va dirigida en defensa del veru montanum. Más de una vez he visto su sitio reemplazado por una cicatriz, destruido por electro-coagulaciones repetidas en enfermos que continuaban siendo espermatorreicos.

Habitualmente cuando el médico no encuentra causa a la enfermedad, electrocoagula o cauteriza el veru en una especie de Asuerismo de la uretra posterior.

En un tanto por ciento elevado de los espermatorreicos se encuentran como antecedente hábitos onanistas hasta épocas cercanas y es sabido que el onanista, aparte de su pseudo coito, fisiológicamente imperfecto, comete generalmente excesos, que éstos, tienen por escenarios la época en que el individuo tiene mayor necesidad de todas sus fuerzas, por reclamarlo así su crecimiento y su organización definitiva, y es por esto que en el onanista aparece de preferencia la espermatorrea como resultado de la relajación de los organismos de control existentes en el hombre sano y que hacen que la eyaculación sea el fenómeno final del coito normal.

El debilitamiento orgánico, produce un círculo vicioso, de manera que desaparecida la causa continúa el efecto y la uretra posterior, posible punto de partida de la excitación anormal, aparece congestionada al examen uretroscópico; al tacto la próstata está aumentada de tamaño y es precisamente esta situación anormal la que me llevó lo mismo que en la prostatorrea a tratar estos casos con inyecciones de Propionato de Testoterone.

El tratamiento fué efectuado inyectando diariamente 10 miligramos de propionato por vía intramuscular durante diez días y yo he permanecido fiel a la dosis inicial, dado el buen resultado obtenido, generalmente una dosis de diez a doce inyecciones han bastado para dar por terminado el tratamiento.

Los enfermos mejoran, tanto bajo el punto de vista local, cuanto, bajo el punto de vista psíquico y general.

Cuando el enfermo ha sido atendido en esta forma y se observa su uretra posterior con el uretroscopio de Luys, se comprueba la normalidad de la misma, que contrasta con la turgescencia anterior.

Si se me preguntara cuál es el modo de acción del medicamento, yo diría que no lo sé, dado que todo esto figura por otra parte en el campo de la teoría, y que la experimentación continúa. Yo he basado su empleo en la congestión próstato-uretral tomándola como punto de partida de los fenómenos anormales.

Como un agregado a la comunicación de hoy, diré que aparte de su indicación clásica, he usado el propionato de testoterone y casi siempre con resultados excelentes en las hematurias de los prostáticos tallados y como acto preoperatorio entre el primero y segundo tiempo de las prostatectomías supra púbricas, con el objeto de obtener una mejora del estado general y un aumento de la potencia contráctil de la vejiga, hecho que en mi concepto, disminuye las posibilidades de hemorragia e infección.