

Hospital Rawson. Servicio de Urología,  
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores  
ARMANDO TRABUCCO  
y E. ITURRIAGA

## GRANULOMA TELANGIECTÁSICO (BOTRIOMICOMA) DE VEJIGA

UNA prolija revisión de la literatura de otros países, así como de la Argentina, nos ha permitido hallar numerosos casos de granuloma telangiectásico repetidos por todo el organismo, pero no hemos podido encontrar ningún trabajo que describa esta forma particular de granuloma inflamatorio que esté situado dentro de la vejiga, es decir, que toma su implantación en la mucosa vesical. Por esta razón es que creemos de importancia la comunicación de la presente Historia Clínica.

Se trata de A. M. B., de 22 años, de nacionalidad paraguaya. Fecha de entrada: 31-5-1939.

*Antecedentes hereditarios.* — No tienen ninguna importancia.

*Antecedentes personales.* — Refieren: sarampión en la infancia. Menarquía a los 13 años que se presenta en forma regular con el ritmo 4-28. Contrae enlace a los 16 años y a los 22 queda embarazada teniendo un parto con feto muerto, extraído con forceps. Después del parto y por 15 días presentó una fiebre cuya temperatura vespertina alcanzó a los 40°. Es dada de alta de la maternidad a los 58 días.

*Estado actual.* — A partir de la fecha del parto refiere la enferma haber experimentado ardor a la micción con predominio marcado al final de la misma. Pasados 8 días de estos primeros trastornos siente la enferma un fuerte dolor en la región hipogástrica que le dura aproximadamente  $\frac{1}{2}$  hora. Este fenómeno fué acompañado por polaquiuria tanto diurna como nocturna.

Sus orinas en ese entonces eran manifiestamente turbias.

Transcurridos unos 20 días vuelve la enferma a experimentar un fuerte dolor al orinar y refiere haber eliminado en ese momento 2 ó 3 calculitos observando al mismo tiempo que en una de sus micciones la orina estaba teñida con sangre.

*Estado actual.* — Enferma de constitución aparentemente normal. Menstrúa regularmente, buen apetito; no ha rebajado peso y es constipada habitual. Bajo el punto de vista urológico presenta como único síntoma subjetivo: ardor al final de la micción con polaquiurias diurnas y nocturna cada 2 horas. Orinas ligeramente turbias.

A la inspección el aparato génito urinario presenta un cistocele discreto por desgarro post-partum.

La palpación de los riñones revela puntos costolumbares dolorosos en ambos lados; por otra parte, no son palpables.

*Cistoscopia.* — Presenta una mucosa vesical de aspecto normal; uréteres sin nada de particular. Trígono ligeramente rojizo. En la pared superior de



Fig. 1. — Imagen cistoscópica. Por delante de la burbuja de aire, se encuentra el granuloma.

la vejiga se puede observar una formación del tamaño aparente al de un grano de pimienta, que pende por un pequeño pedículo de la mucosa vesical; daba la impresión de que el pedículo se implantaba en la parte superior de dicha tumoración dentro de una zona ligeramente umbilicada.

Este pequeño tumor presentaba una sombra manifiesta en la parte contraria de donde recibía la luz. Tiene un color ligeramente rojizo, dando la impresión de estar bien vascularizado. Por el pedículo pueden verse algunos vasos que lo recorren longitudinalmente. La superficie de este tumor era lisa, de aspecto brillante.

*Radiografías.* — Se practica una radiografía de riñones y de vejiga no encontrándose nada de particular. La urografía excretora no presenta tampoco nada de particular.

*Análisis.* — Normal el análisis de orinas, de sangre y la prueba funcional de riñón.

Se resuelve antes de emprender el tratamiento practicar una biopsia; para su extracción utilizamos la pinza de biopsia corriente, que introducimos en la

vejiga al lado del cistoscopio. debido a la cortedad de la uretra femenina nos fué relativamente fácil esta maniobra y pudimos extraer la tumuración en total cortándola por su pedículo. Retirado el instrumento hacemos orinar a la enferma y encontramos la pequeña pieza en el fondo del vaso.

Terminamos la operación con un punto de electrocoagulación en la zona sangrante.

*Examen anatomopatológico.* — La pieza extraída tiene el tamaño de un grano de pimienta. Es de forma redondeada aunque de manera irregular, pues

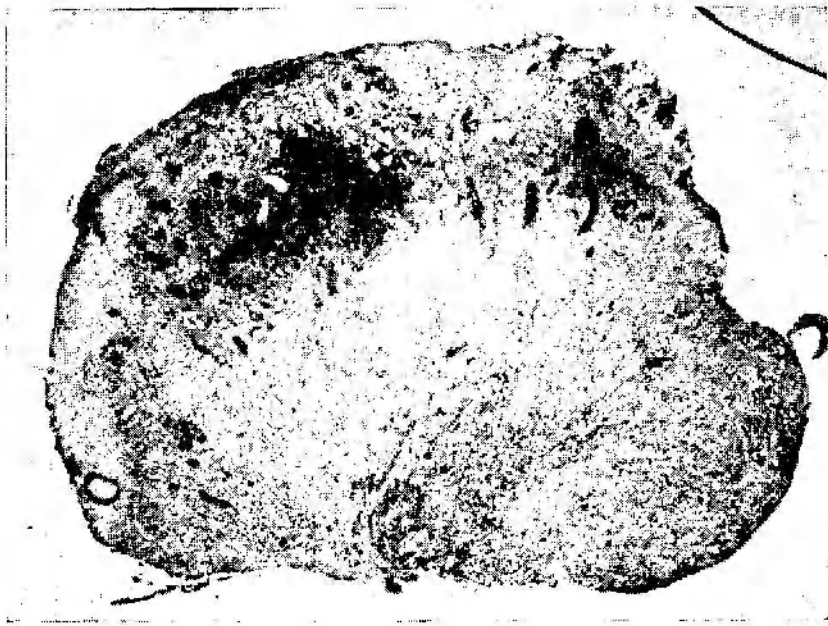


Fig. 2. — Microfotografía panorámica a 16 aumentos. Puede verse el borde inferior ligeramente umbilicado.

en una de sus partes presenta una depresión umbiliforme de donde parte un pequeño pedículo que le sirve de sostén en la pared superior de la vejiga; si tuviésemos que compararla a algún objeto diríamos que se parece en pequeño a una cereza con su peciolo. Su color es rojo violáceo más intenso en la parte media aunque distribuido en manchas irregulares. Su superficie es lisa, aunque sembrada por pequeñas estriaciones vasculares que la rodean y circundan como una pequeña red que estuviera conteniendo todas las paredes de este tumorcillo. Su consistencia es firme y elástica.

Se aprovecha el pequeño tamaño para fijarla íntegramente en formol al 10 %; luego se secciona en dos partes y se introduce una de ellas en licor picroacéptico de Bouin dejándolo actuar durante 48 horas. Se deshidrata e incluye en parafina siguiendo las técnicas habituales y se colorean los cortes con hematoxilínacósina y con la coloración tricrómica de Masson.

El examen microscópico de esta pieza observado a pequeño aumento en donde puede entrar en el mismo campo todo el corte, salta a la vista una particular distribución de los elementos anatomo-histológicos.

Podemos ver en ella tres zonas bien diferenciadas cuando se observan en conjunto: estas zonas se unen unas con otras de una manera gradual siendo imposibles de determinar los límites precisos.

Las describiremos por orden:

*Pedículo.* — En la parte media del borde inferior, que se muestra aparen-

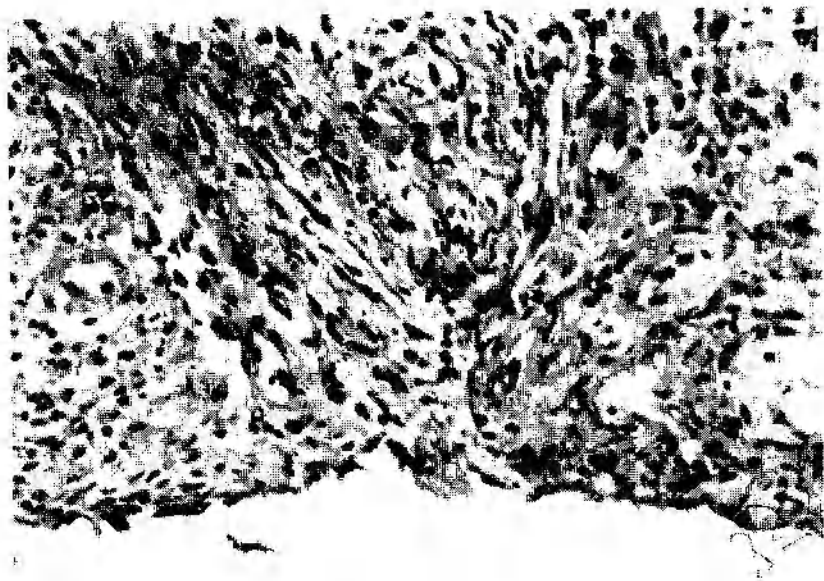


Fig. 3. — Microfotografía a 400 diámetros. Zona de implantación del pedículo. Nótese la formación en abanico de los vasos sanguíneos.

temente algo cóncavo, parten hacia arriba y a los costados, vasos sanguíneos que se distribuyen en forma de abanico.

Estos grupos sanguíneos pertenecientes al grupo arterial están formados evidentemente por elementos jóvenes: sus paredes la componen células a grupos grandes y de forma ovalada con protoplasma visible y fusiforme; estas células se disponen longitudinalmente en relación a la luz del vaso.

Entremezclados con los vasos arteriales se encuentran conductos renosos cuyas paredes están formadas por una sola hilera de células. Entre los vasos arteriales y venosos podemos encontrar el nacimiento de este pedículo, tejido conjuntivo adulto formado por células sinuosas cuyo protoplasma toma perfectamente el verde luz y cuyos núcleos pequeños alargados se encuentran intensamente teñidos por la hematoxilina.

Por arriba del pedículo la riqueza celular es mayor, así como la división de los vasos más acentuada. El tejido que separa estas formaciones vasculares

contiene numeroso elemento histiocitario alcanzando todos los grados de madurez. Está salpicado también por numerosos linfocitos y por escasas células plasmáticas.

Las fibras conjuntivas adultas que se colorean con el verde se encuentran en menos abundancia que en la base, hallándose asimismo mucho más raleadas. Todos estos elementos van a encontrarse en una zona media paralela al borde, formada por numerosos vasos dilatados cargados de glóbulos rojos que figuran verdaderas lagunas sanguíneas.

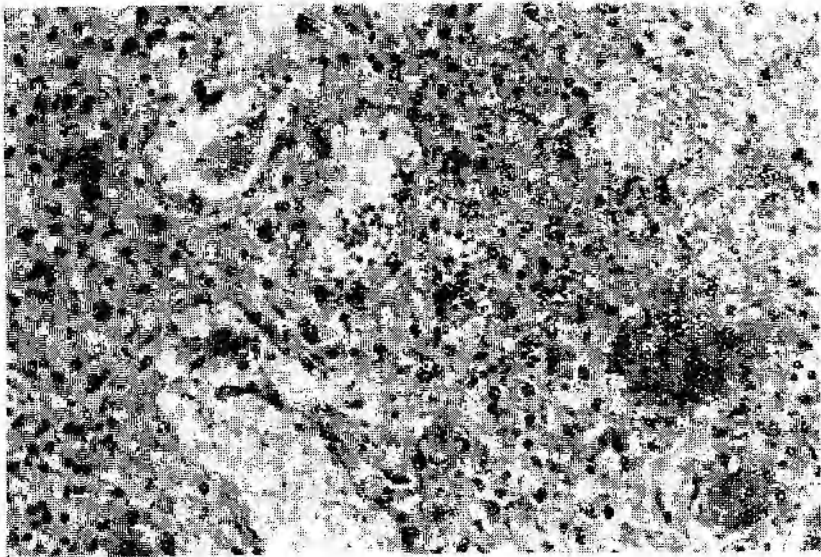


Fig. 4. — Microfotografía a 400 diámetros. Zona media con numerosos vasos sanguíneos dilatados y repletos de sangre. Hay también una hemorragia discreta.

En la parte más céntrica de esta zona puede encontrarse una discreta hemorragia que rodea a casi todos los vasos sanguíneos. Los elementos de neoformación son aquí muy abundantes hallándose además algunos leucocitos.

Por arriba de esta zona telangiectásica encontramos la parte periférica que rodea a manera de capuchón. Esta zona periférica está formada por una capa de tejido conjuntivo adulto cuyos elementos se acomodan paralelamente al todo, adoptando una forma concéntrica.

Estos elementos conjuntivos periféricos en algunas partes se encuentran separados entre sí por un discreto edema. No hemos encontrado en ningún punto de la zona periférica de este tumor epitelio vesical de ninguna especie.

Este tumorcito se halla limitado exteriormente por una capa de células conjuntivas muy adultas sin núcleo y que se presenta en algunas zonas como estratificada.

Por el Doctor  
**LEONIDAS REBAUDI**

## **SOBRE ALGUNOS FRACASOS DE LA SULFANILAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA**

**D**ESDE que Janet introdujo y regló la aplicación de los grandes lavajes en el tratamiento de la blenorragia, la terapéutica de esta enfermedad había permanecido estacionaria. Algunos intentos de curación química cayeron rápidamente en el olvido arrastrados por sus propios fracasos y cuando nada hacía preverlo, aparece un compuesto de azufre, la sulfanilamida cuyos éxitos iniciales son tan rotundos, los resultados terapéuticos tan asombrosos, que no tarda en imponerse.

La química biológica enaltecida por un éxito más trabaja sin descanso en sus laboratorios, buscando el perfeccionamiento de su fórmula primitiva, y así es que actualmente se ha substituído a los productos inseguros y tóxicos, mortales algunas veces del comienzo, fórmulas casi atóxicas con tolerancia casi perfecta, y de un poder terapéutico enorme, casi podría decirse absoluto y tan es así que los compuestos sulfamidados, han adquirido el puesto de tratamiento único en algunos casos de blenorragia. Los lavajes uretro vesicales del gran sabio francés, han pasado a segundo término desplazados por los sulfamidados, cuyos éxitos sobrepasan las previsiones más optimistas y tan es así que no era raro que dentro de uno años este tratamiento completado por leyes de profilaxis hagan que la blenorragia forme un capítulo más a estudiarse en la Historia de la Medicina.

Pero en biología nada es absoluto, el tratamiento de la blenorragia por los sulfamidados tiene sus fracasos, valorado en un pequeño tanto por ciento; a estudiar éstos he dirigido mi atención. Traeré a continuación algunas historias clínicas resumidas con otros casos más de mi práctica diaria.

En el mes de Mayo de 1937 concurre a mi consultorio particular un joven de 18 años, bien constituido, sin antecedentes de ninguna clase, quejándose de una blenorragia: hacía unos días que se trataba con lavajes uretrovesicales y ya tenía un nódulo doloroso en la cola del epidídimo izquierdo. Se le aconseja suspender los lavajes, reposo en cama, suspensión del testículo, bolsa de hielo, vacuna antigonocócica y tres tabletas de Prontosil diarias.

Por la noche el enfermo tiene dolor agudo a nivel del testículo enfermo y este dolor se irradia a la ingle y a la región lumbar del mismo lado. Como el tratamiento prescripto no había sido iniciado aún, se insta al paciente para que inicie cuanto antes su aplicación.

Al día siguiente por la noche, los síntomas locales se habían mejorado siguiendo en lo sucesivo una evolución asombrosamente corta. En cuanto a la blenorragia, desapareció completamente el sexto día emitiendo el enfermo orinas completamente cristalinas sin ningún filamento. Con análisis negativos es dado de alta curado y examinado un año después se lo encuentra en las mismas condiciones.

A raíz de este caso y cuando aún no se había usado la vacuna antigonocócica con la sulfanilamida, yo comencé a aplicarla obteniendo resultado óptimos, y desde entonces interpretaba mis enfermos fracasados como faltos de reacción, como individuos incapaces de defenderse y de destruir al gonococo en su organismo y de ahí se deducía que la sulfanilamida colocaba al gonococo en malas condiciones pudiendo ser atacadas entonces por el organismo, pero siempre que éste tuviese defensas suficientes para hacerlo.

Las vacunas usadas eran aquellas "de poca reacción" y para evitar "la fase negativa" dejaba generalmente pasar tres o cuatro días antes de la iniciación del tratamiento.

En esta forma obtenía con el prontosil resultados excelentes de tal manera que la aparición de unos cuantos fracasos no alcanzaban a desalentarnos.

El Uliron reemplazó en mi práctica al Prontosil, pero la situación antes dicha no varió y tan no varió que los mismos que lo aconsejaban, indicaban la necesidad de la vacunación conjunta del organismo.

En el mes de Abril de 1938, atendí en el Hospital Municipal de Vicente López a un enfermo joven de 22 años, que decía no haber padecido de ninguna afección anterior y en el cual el tratamiento por el Uliron acompañado de vacunas antigonocócicas fracasó.

Administrada una segunda dosis del mismo producto después de dos semanas de descanso y después de haber obtenido orinas cristalinas sin filamen-

tos y con exámenes clínicos y bacteriológicos negativos sufre una recaída de su enfermedad a los cinco días de haber abandonado todo tratamiento.

Se le hace reiniciar los lavajes uretro-vesicales de permanganato que había abandonado y se examina el enfermo bajo el punto de vista general, comprobándose una anemia de 3.500.000 glóbulos rojos. Se atiende su anemia con extracto hepático inyectable y 8 días después siendo su orina cristalina se abandonan los lavajes continuando el tratamiento de su afección clínica. Desde entonces los análisis son negativos y el paciente es dado por curado al mes de tratamiento general.

He aquí que nuestro enfermo con un hígado probablemente ya predispuesto, cae en una anemia y así resultó la sulfanilamida un arma de dos filos, curando el enfermo cuando el médico se preocupa de su estado hepático.

Actualmente en nuestro medio el Dagenan parece haber desplazado en las formas agudas por su menor toxicidad que permite la administración de dosis mayores y por su mayor tolerancia a los productos anteriores y es precisamente con éste que han sido tratados mis últimos enfermos.

El día 28 de febrero de este año, concurre al Hospital Municipal de Vicente López, un enfermo con blenorragia aguda, la uretra anterior y la posterior estaban ya tomadas por la infección.

Aleccionado por los casos anteriores examino a mi enfermo y encuentro en él una ligera anemia.

Se prescribe al enfermo Dagenan a la dosis habitual siendo su tolerancia perfecta, inyecciones diarias de extracto hepático, lavajes de permanganato y vacunación antigonocócica.

El paciente mejora rápidamente; sobreviene por último intolerancia para la sulfanilamida y se suspende este tratamiento.

Las orinas son cristalinas y no hay filamentos, se continúan los lavajes de permanganato y el tratamiento general y en esos días el enfermo es asaltado en plena calle, recibiendo un fuerte golpe en la cabeza que le hace perder el conocimiento y que produce una herida profunda en el cuero cabelludo. Horas más tarde es recogido en medio de un gran charco de sangre y llevado al hospital donde se le practica la sutura de su herida.

Dos días más tarde es visto por mí nuevamente, el enfermo está intensamente pálido y las orinas en los días sucesivos comienzan a enturbiarse. Se reinicia su tratamiento con extracto hepático y lavajes, curando el enfermo y encontrándose actualmente con orinas cristalinas y sin filamentos.

Es indudable que el desmejoramiento en el estado general de nuestro paciente ha provocado su recaída. El gonococo ha vuelto a encontrar un terreno sin defensas y que tonificado nuevamente ha podido luchar contra la infección y vencerla.



En mi concepto no cabe la menor duda de que el tratamiento por la Sulfanilamida provoca una disminución en la virulencia del germen porque se desarrolla en un terreno poco propicio, en que éste casi se transforma en saprófito porque por otra parte se podría deducir que las nuevas colonias hijas de las primitivas nacen en un medio inapto y, por lo tanto, están debilitadas, pero para que el enfermo cure, se necesita indiscutiblemente la reacción orgánica con todo el complejo biológico de la misma.

Ultimamente atendí a un enfermo blenorragico joven que deseaba curarse para contraer matrimonio. Su blenorragia era francamente irreductible a todos los tratamientos con sulfanilamidas (se habían probado en él tres clases de ellas), mejorado aclaraba sus orinas por dos o tres días a lo más y recaía nuevamente. Este enfermo tenía a nivel de la mitad de su uretra peneana, un pequeño tumor urinoso del tamaño de una avellana; este tumor estaba adherido a la uretra y era la secuela de un pasado blenorragico.

Se suspenden las sulfanilamidas y se continúan los lavajes agregando masajes sobre beniqué del tumor, el que se ablanda desapareciendo casi completamente después de 15 masajes.

En la uretra a la palpación externa se nota un ligero endurecimiento donde estuvo el tumor urinoso. Las orinas son cristalinas. No hay filamentos y los exámenes bacteriológicos negativos.

Un mes y medio después el enfermo continúa curado.

El gonococo en este caso había penetrado en la intimidad del tejido fibroso, disminuído de virulencia, reinfectaba nuevamente a medida que las condiciones le eran favorables. Era difícilmente alcanzable por la sulfanilamida circulante, pues el tejido fibroso es pobre en vasos sanguíneos.

Tratado el foco curó el enfermo definitivamente.

Un caso análogo he tenido con una prostatitis crónica del tipo fibroso con la diferencia de que el enfermo cura con muy pocos masajes y sus orinas son cristalinas.

Concurren al Dispensario antivenéreo dos enfermos que están actualmente curados, en ambos fracasó el tratamiento por el Dagenan repetido por dos veces; ambos padecen de un hipo-hepatismo. Uno de ellos suspendió su tratamiento clínico para someterse al de su afección gonocócica y en ambos se obtuvo su curación reanudando el tratamiento de su debilidad orgánica, sin lavajes uretrales.

De la observación de los fracasos durante el tratamiento con sulfanilamidas y de los cuales he presentado aquí unos ejemplos, se puede deducir a mi juicio lo siguiente:

1° — Que las sulfanilamidas tienen una acción indirecta sobre el gonococo, provocando un estado orgánico desfavorable a su germinación.

2° — Que si bien su acción antigonocócica es conocida, también su acción tóxica sobre el organismo y sobre todo sobre el hígado disminuye las defensas y de ahí la necesidad de mantener las reacciones biológicas normales para obtener una pronta curación.

3° — Parece ser que los extractos hepáticos produjeran una acción favorable, sobre todo mejorando la intolerancia e impidiendo o disminuyendo la acción tóxica del medicamento sobre el hígado y sobre los elementos sanguíneos. Esto se vé bien claramente en los casos en que las sulfanilamidas han fracasado.

4° — Que las complicaciones crónicas de la blenorragia sobre todo aquellas que comportan la existencia de tejido fibroso en las cuales puede suponerse alguna retención, deben ser tratadas como habitualmente se hacía y que por otra parte la curación se produce con suma rapidez.

5° — Que los enfermos con hipo hepatismo o con trastornos en la esfera gastro intestinal deben ser atendidos clínicamente, si esto no se hace, la curación no se obtendrá nunca o difícilmente por la sulfanilamida.

6° — Que hay casos en que la apariencia de curación con orinas claras se mantiene durante un tiempo más o menos largo dando la sensación de curaciones completas, lo cual implica dos cosas: 1°) La posibilidad de la existencia de portadores crónicos de gonococos, y 2°) La posibilidad de errores en la administración de certificados prenupciales.

#### DISCUSION

Dr. García. — *A propósito de los fracasos de la sulfamida, esta tarde he tenido oportunidad de ver un caso en la clientela privada, muy interesante.*

*Se trata de un enfermo con una blenorragia de evolución aproximada de un mes, que había sido tratado los primeros 15*

días con lavados uretro-vesicales con muy mala tolerancia del tratamiento. A los 15 días de examinado por mí, por primera vez, con fuerte reacción inflamatoria, con la próstata sensible al tacto y un poco abultada de consistencia, suspendí el tratamiento de los lavados, prescribiéndole sulfamida, el Albucid, en dosis altas los primeros días, de 3 hasta 4 gramos y bajo una terapia combinada. El éxito fué extraordinario en los primeros días, pero esta tarde, después de 15 días de tratamiento y de 35 gramos de sulfamida perfectamente tolerada, se presentó diciéndome que no había cometido exceso sexual de ninguna especie y que no había sufrido ningún traumatismo, pues es un hombre que se cuida mucho. Se presentó, decía, con una epididimitis izquierda franca, con todos los caracteres de una epididimitis crónica. La orina se presenta limpia, cristalina, aunque con filamentos en los dos vasos. A este hombre no se le ha hecho masaje de próstata; no hay ninguna causa imputable a masaje brusco. Creo que se trata de una epididimitis gonocócica.

Sin embargo, el éxito aparente de la sulfamida no hacía pensar en la complicación a esta altura del tratamiento.

Dr. Isnardi. — Me parece muy interesante que se vayan tratando estos casos extraordinarios de evolución extraordinaria en los enfermos tratado con la sulfanilamida.

Este nuevo medicamento plantea una cantidad de interrogantes de orden biológico y patológico, inclusive.

Voy a exponer un caso que me parece de lo más extraordinario. Hace algún tiempo, unos 3 ó 4 meses, llegó a mi consultorio un hombre joven, de unos 30 años, a pedirme que lo tratara de una blenorragia crónica, que decía padecer.

Antes de someterlo a ningún tratamiento, empecé por ver su orina. Me mostró una orina absolutamente límpida y sin filamentos. No sentía molestias de ninguna especie, pero él afirmaba que tenía una blenorragia crónica y que le habían hecho en esos días un examen bacteriológico, encontrándosele gonococos en sus orinas.

Dudando del examen bacteriológico, le pedí que viniera a mi consultorio al día siguiente, a la mañana, con orina de toda la noche para volver a mirar sus orinas. En esas circunstancias, vino con orinas de 8 ó 9 horas. La orina también entonces, era absolu-

tamente límpida, con algunas pequeñas mucosidades flotantes, lo que realmente no autorizaba a suponer que tenía una blenorragia, porque el que ha padecido una blenorragia aguda de uretra, suele tener esas pequeñas mucosidades por mucho tiempo.

El hombre era bastante reservado, pero entonces, empezó a conversar más. Yo me resistí a hacerle una uretroscopía para hacer el diagnóstico, y le pedí entonces, que hiciera un nuevo examen bacteriológico con un bacteriólogo conocido y evidentemente apto, el que me informó que efectivamente había gonococos. Tuve entonces la precaución de hablar por teléfono al bacteriólogo para confirmar el diagnóstico, el que me contestó que en efecto había gonococos.

La historia había sido la siguiente: hace algunos años, había padecido una blenorragia aguda que se trató con Prontosil. Se curó muy bien —según él— en el término de algunos meses y no le volvió a aparecer más nada hasta el momento en que yo lo veía. Como se trata de un polista, en ocasión de un viaje a los Estados Unidos, se hizo examinar nuevamente, haciéndose hacer exámenes bacteriológicos en ese país, afirmándosele que estaba curado.

De regreso a Buenos Aires, este hombre infectó a una amiga suya. Como él tenía la certidumbre de que él la había infectado, fué a consultar a los médicos y así llegó a mi consultorio. Practiqué entonces, una uretroscopía y efectivamente tenía lesiones evidentemente gonocócicas; era un blenorragico bien blenorragico. Entonces, quiere decir, que esto de jugar a la escondida del gonococo cuando se le trata con sulfanilamida, ya va siendo un hecho bastante difundido. El doctor Rebaudi y el doctor García han citado varios casos. Todos hemos visto algunos de estos casos.

Plantea la cuestión de pensar de por qué sucede eso. Es que el gonococo se esconde en alguna parte o es que pierde transitoriamente sus caracteres tintoriales y sigue estando, porque de esconderse, de entrar en los parénquimas, en los tejidos, y no producir ninguna manifestación de las que deberían producir —lógicamente más grave— eso no es muy fácil admitirlo. De modo que hay que pensar de que pierde sus caracteres tintoriales y sigue siendo gonococo como antes.

Sr. Presidente, Dr. Grimaldi. — Yo quisiera agregar también algunas consideraciones al respecto y felicitar a los preopinantes por

sus contribuciones, las que irán aumentando nuestro acervo en este sentido.

Nosotros presentamos aquí 201 casos tratados por sulfanilamida. Esos 201 casos han sido seguidos entre un mes y medio, y dos meses hasta un año y medio o dos años, en la medida de lo posible. Ya sabemos lo difícil que es seguir a un blenorragico aparentemente curado. Esos enfermos nuestros siguen siendo observados por nosotros y se les practica sistemáticamente, dentro de un porcentaje relativamente grande, exámenes bacteriológicos. Debemos confesar que el porcentaje de fracasos citado la última vez, aumenta cuando se sigue con meticulosidad a estos enfermos.

Pero diría que en los fracasos observados últimamente, siempre dentro de estos enfermos presentados aquí, tengo enfermos en que el fracaso es ostensible. La recidiva es grosera clínicamente y recordando la complicación a que se refiere el doctor García, dentro de ese número de fracasos el porcentaje de complicaciones posteriores, prostáticas y epididimarias, especialmente, llamaba la atención.

En este capítulo tan interesante de la medicina actual está lejos de haberse dicho la última palabra. Por eso creo que debemos seguir estudiando y anotando todos los casos, siguiendo a los blenorragicos en su evolución. No es uno, ni dos, ni cien casos los que nos permitirán llegar a conclusiones definitivas.

Creo, como el doctor Rebaudi, que todo esto es muy interesante y que crea un optimismo del que uno se contagia viendo los casos de éxito, pero del que es necesario frenarse, como en todos los optimismos en Medicina.

Dr. Rebaudi. — Con respecto a la complicación que detalla el doctor García yo creo que he descripto algo por el estilo. Creo que sucede lo siguiente: el doctor García ha inmunizado al enfermo con la vacuna que le ha inyectado y la sulfanilamida que tenía el enfermo ha conseguido la aclaración de sus orinas; esa es una cosa definitiva. Indiscutiblemente, el enfermo en ese momento había conseguido luchar contra su gonococo y mejorar la sintomatología exterior, continuando el gonococo disminuido en su virulencia en el interior del organismo. Nada nos dice que no estaba en la próstata ni en la vesícula seminal.

En los trabajos presentados por los autores alemanes y rusos, especialmente, se detalla lo siguiente: que cuando se va a dar de alta a un enfermo que ha tenido una orqui-epididimitis, hay que hacerle un examen minucioso de la vesícula seminal del lado enfermo y aún del lado sano, para ver si en el líquido que orina no aparece pus en uno o en otro de los lados para estar seguros si no se va a hacer una recidiva en un lado o en el otro. El examen debe hacerse microscópicamente. Es muy posible que haya habido y haya permanecido el gonococo acantonado en su próstata.

Dr. García. — Ha desaparecido la sintomatología clínica, pero evidentemente, había una prostatitis que está absolutamente atenuada; es decir, estaba como en latencia.

Lo extraordinario es que durante el tratamiento de la sulfamida hace su complicación con la mejoría clínica absoluta. Es un éxito del punto de vista clínico y en ese momento hace una complicación sin mediar una causa extrínseca que la justifique. Quiere decir, que la virulencia de ese germen no está tan atenuada.

Dr. Rebaudi. — Ese individuo tenía una falta de defensa indiscutible contra el gonococo. Es en esos casos en los cuales el tratamiento local como el masaje de próstata y el tratamiento con los extractos hepáticos me ha dado buenos resultados. No digo que curo el cien por ciento, pero sí a muchos enfermos.

El caso del doctor Isnardi es exacto: hay muchos enfermos con orinas absolutamente cristalinas, aun sin mucosidades y que tienen gonococos positivos, que continúan siendo blenorragicos. Tengo dos de esos enfermos, curados actualmente, con gonococos positivo: Esos dos enfermos con orinas cristalinas han hecho desaparecer sus gonococos con nitrato de plata. Se trataba de enfermos que llevaban los gonococos como saprófitos, que han disminuído su virulencia debido al tratamiento sulfanilamidado, pero que no han curado. Cuando dejaban 15 ó 20 días el tratamiento, volvía a enturbiarse sus orinas. Como estaba prevenido, hacía hacer un examen de su orina y encontraba así los gonococos.

De modo que en ese enfermo que había dejado su tratamiento y que aparentemente estaba curado, volvía a aparecer el gonococo. Ese enfermo, tratado con tratamiento general y extractos hepáticos,

*mejoró y curó su blenorragia desapareciendo el gonococo, permaneciendo cristalina sus orinas sin gonococos durante 5 ó 6 días, que ya es algo. Quiere decir, que algo ha hecho el extracto hepático. Yo no puedo decir que este último enfermo haya curado definitivamente. Preferiría que pasaran uno o dos años para hablar de curación definitiva.*

*Creo que hay que tener mucho cuidado para dar por curado a un enfermo cuando se le ha tratado por sulfamida, aún cuando se aclaren sus orinas. El término de un año, que nosotros proponemos, para dar por curado un enfermo, debe mantenerse estrictamente, aún cuando sus orinas sean cristalinas y sus análisis negativos.*

---