

mente a la del lado opuesto de la que está separada únicamente por la vena del mismo nombre que, por rara excepción a la regla general, es impar y media. En el trayecto suministra ramas al cuerpo cavernoso correspondiente y emite otras que circundando a éste van a distribuirse por la porción esponjosa de la uretra anastomosándose con las divisiones anteriores de la arteria bulbosa. Al llegar al glande se anastomosa con la del lado opuesto y forma en la base de este órgano una especie de corona arterial de donde escapan ramos y ramúsculos para el glande y para el prepucio. La circulación del prepucio se halla asegurada además por las pudendas externas, ramas de la femoral, y por las perineales superficiales ramas de la pudenda interna. La porción esponjosa de la uretra tiene como arteriolas compensadoras los ramos uretrales de la perineal profunda.

El glande, por el contrario, dentro de la rica vascularización general del órgano, se halla únicamente irrigado por la corona vascular que hemos mencionado y que forma el plexo terminal de las dos pudendas. Este plexo constituye en consecuencia un filtro sumamente apropiado para la detención de cualquier obstáculo intravascular y a él han de ir a parar casi indefectiblemente los émbolos de toda naturaleza fragmentados en el territorio de la pudenda.

Podemos explicarnos por tanto desde el punto de vista anatómico el mecanismo especial del fenómeno de necrobiosis distante aparecido en nuestro enfermo, calificándolo simplemente de embolia de la pudenda y necrosis de su filtro terminal.

La naturaleza del émbolo podría quizás prestarse a discusión: ¿se trata de una embolia primitiva constituida por la propia materia cristalina de la sal de bismuto que se ha atascado en la ténue red capilar o, por el contrario, de un émbolo organizado a expensas del hematoma constituido por la vulneración de la pudenda y liberado más tarde en la propia luz del vaso? A pesar de la ausencia de fenómenos subjetivos, que en los primeros momentos bien pudieron pasar desapercibidos al enfermo absorto en los dolores de su neuritis, nos inclinamos por la primera hipótesis teniendo en cuenta el carácter central del foco necrótico; como puede observarse en la fotografía que acompaña, el esfacelo se extiende a todo el filtro terminal constituido por la fusión de las dos pudendas: parece por lo tanto como si en esa región más finamente tamizadora hubiese ido a detenerse la materia pulverulenta repartiéndose por igual entre los capilares. Falta empero la comprobación histológica del caso, previa biopsia, que no pudimos llevar a cabo tratándose de un enfermo particular y nada puede concluirse en definitiva sobre ello.

Creemos, sin embargo, haber demostrado la posibilidad anatómica del hecho de referencia y ello ha de constituir para el práctico un motivo más para que extreme las precauciones de rigor que deben tomarse en toda inyección intramuscular, al objeto de evitar accidentes desagradables, de los que puede resultar para el enfermo una mutilación tan indeleble como delicadísima.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRY.—Análisis del trabajo de Freudenthal. *Ann. de Derm.* Julio 1925, pág. 474.
 BARTHELEMY.—*Annales des Mal. Ven.* Agosto 1925, núm. 8. *Soc. G. Derm.* Mayo 1926.
 FREUDENTHAL.—*Arch. G. Derm.* 147 vol., 1 cuad. 24 Abril 1924.
 JODASSOHN.—*Soc. Alemana de Derm.* Congreso de Munich, Mayo 1923.
 JEANSELME, GEORGES LEVY, LEÓN HUET.—*Bull. Soc. G. Derm.* Febrero 1926, pág. 98.
 UCLEAN, BARTHELEMY, GOUGEROT, *Ib. idem.* (Discusión).
 NICOLAU.—*Annales des Mal. Ven.* Mayo 1925, núm. 6.
 SAINZ DE AJA.—Hemorragias intersticiales por inyecciones intramusculares. (*Atlas Derm. Sifil.* XI. Octubre 1918, p. 20).
 BARTHELEMY.—Comunicación al Tercer Congreso de Dermatólogos y Sifiliógrafos de lengua francesa, 1926.

LA VACUNOTERAPIA EN LA BLENNORRAGIA

Estudio clínico

por el doctor

A. RAVENTÓS MORAGAS

del Hospital Clínico de Barcelona

En la formidable batalla entablada contra esa plaga de la humanidad, llamada blenorragia, numerosas armas se han adoptado, y tampoco habían de faltar aquí los elementos biológicos, representados por las vacunas.

Años hace ya que se emplean y sin embargo no hemos adelantado mucho; ha sido poco a poco, a paso de tortuga, que avanzamos hacia la meta de la curación, que por desgracia aun se vislumbra muy lejos.

No vamos a estudiar su modo de preparación ni su mecanismo de acción más que muy someramente; es su acción en las distintas fases de la blenorragia y lo que de ellas cabe esperar, lo que constituirá la materia en el presente artículo.

BLENNORRAGIA AGUDA

Se aconseja (CATTIER) que cuando un individuo ha practicado un coito sospechoso, además de la profilaxis "post coitum", esté atento, vigilante, ojo avizor pendiente de su uretra, para que al menor cosquilleo, antes de que aparezca gota, ya empiece a practicar el tratamiento abortivo. Y yo creo que junto con la primera inyección uretral de argirol, tendría que ir siempre la primera inyección de vacuna. Es noción fundamental, indiscutible, que cuanto más precozmente instituyamos el tratamiento por las vacunas, mayores garantías tendremos de una absoluta curación y sobre todo de la *evitación de complicaciones*.

¿Cómo debemos obrar? Antes que todo asegurarnos que es una blenorragia, examinando el flujo uretral al microscopio con el Gram. No basta un flujo uretral abundante, purulento, verdoso; esto lo puede provocar una uretritis banal (coito en período menstrual), y es tan necesario cerciorarse, que CATTIER en una de sus gráficas frases, dice que un urólogo sin microscopio, es como un internista sin termómetro o un cirujano sin bisturí.

¿Qué vacuna debemos emplear? Eso depende siempre del examen de la gota; si ésta contiene sólo gonococos y no otros microbios de asociación, yo prefiero siempre emplear las vacunas antigonocócicas puras, y en estos casos dan un resultado espléndido las vacunas con urotropina, el Arthigón. Esta vacuna preparada por la casa Schering, se puede dar por vía intravenosa y esta vía es francamente más eficaz que la intramuscular y subcutánea.

Hay que empezar por dosis muy pequeñas de vacuna, lo mejor es por 3 o 5 millones (de 0'7 a 1 centímetro cúbico) y así ir aumentando gradualmente hasta dar 100 millones. Hay que ser prudente en su empleo dada la vía de introducción y no forzar la marcha. Yo nunca he visto las reacciones fuertes que explica Alvarez SAINZ DE AJA con la Gonurotropina (de idéntica composición), todo lo más 38° y una ligera cefalea y aumento momentáneo del flujo uretral que dura un día, y así como para las demás vacunas casi siempre se encuentra proporción entre la reacción dada por la inyección y los resultados obtenidos, con ésta, con reacciones muy atenuadas o nulas se obtienen espléndidos efectos. Cuando al llegar a la dosis de 100 millones, que se repite, no se ha obtenido el efecto apetecido y la reacción puede empezar a inquietar, se puede aumentar dicha dosis hasta 500 millones y más, pero inyectado por vía intramuscular. Las inyecciones son en días alternos a no ser que aún dure la reacción de la anterior.

La urotropina asociada a la vacuna aumenta el poder de ésta porque obra retardando el envejecimiento del gonococo, como si la vacuna estuviera siempre en estado fresco.

¿Qué resultados da en estos casos la vacunación? Francamente buenos: De 9 casos, 7 se han curado con menos de 10 inyecciones; 1 ha durado cerca de dos meses necesitando 14 inyecciones, y otro tuvo que ausentarse a la tercera inyección, muy mejorado. Ninguno tuvo la menor complicación.

Hay que advertir que nunca uso la vacunación como única terapéutica, sino siempre asociado al gran lavado uretro vesical con permanganato al 1 por 1.000, y oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000.

Si el examen de la gota demuestra que el gonococo está asociado con otros microbios (cocos, bacilos etc.), entonces empleo generalmente stock vacuna polimicrobiana.

De estas uso generalmente la vacuna de Bruschetti, la vacuna Zeta, y otras nacionales (Fher, Hermes, Gonopsón, etc.).

Todas ellas se usan por vía intramuscular o subcutánea, son dolorosas localmente a pesar de lo que dicen las casas productoras, y determinan reacción general.

Por lo común son asociaciones de gonococos, estrepto y estafilococos y colibacilos. Producen marcada reacción general, y esta es en proporción generalmente con el efecto producido. A la 3.^a o 4.^a inyección ya se nota un marcado afecto sobre la gota, y sobre todo con relación a la inflamación local, el dolor al orinar desaparece, la excreción ya casi no es dolorosa, pero hay que continuar inyectando progresivamente, pues a veces se necesitan

hasta 20 y más inyecciones para la curación total. Procurar empezar con poca dosis, ascender lentamente de 5 en 5 millones, y darles intramuscular cuanto más profundas mejor.

Resultados.—Son los arriba dichos, buenos pero lentos la curación total tarda por lo general de un mes y medio a dos, excepto algunos casos raros como el de la historia que sigue.

Caso núm. 1.—J. S., Impresor, de Barcelona, 22 años de edad. Tiene relaciones sexuales el 27 Julio y cinco días después empieza escozor en el meato al orinar y al día siguiente gota.

Viene a mi consulta el 6 de Agosto, con pene tumefacto, supuración abundante que examinada al microscopio contiene gonococos intra y extracelulares abundantísimos, polinucleares y numerosas células epiteliales. Le práctico un lavado y voy a inyectarle Artigón. Al ir a pinchar en la vena, el enfermo se desmaya por el susto, y se niega a tomar inyecciones intravenosas "aunque la blenorragia le dure un mes más". Continuamos con los lavados e instilaciones de protargol al 1 %.

Día 12.—Examen de la gota. Gonococos extracelulares, poquísimos intracelulares, polinucleares abundantes, algunas células epiteliales. La misma terapéutica.

Día 14.—Ausentándome, a pesar de recomendarle a un compañero, el enfermo no va y está sin curar hasta el 18 en que regreso. Continuamos la misma terapéutica hasta el

Día 28.—Examen de la gota. Pocos gonococos extracelulares, ninguno intracelular, polinucleares aún en cantidad y alguna célula epitelial.

Reaparece el día 1.^o de Septiembre, con una espléndida gota. Interrogado me cuenta que el día antes con un amigo forastero bebió cerveza, champagne y café. La gota contiene nuevamente gran número de gonococos y de estafilococos. Le doy la primera inyección de Vacuna Zeta, y la misma terapéutica local.

Día 2 Septiembre.—Ha pasado la noche muy agitado con frío, y un dolor fuerte en el sitio de la inyección y ha supurado aún más que el día anterior. Terapéutica local.

Día 3 Septiembre.—La supuración ha disminuido mucho y la gota es más clara. Segunda inyección de Vacuna Zeta.

Día 4.—Ha pasado la noche igual que el día anterior. El dolor local de la inyección, es muy vivo. La gota ha disminuido más aún y es clarísima, blanquísima. No contiene estafilococos ni gonococos pero aún hay polinucleares.

Día 5.—No ha tenido gota desde el día anterior. Meato aún con los labios pegados. Nueva inyección de Vacuna Z.

Día 6.—Sin gota. Terapéutica local igual. Continúa así sin gota ni sin ninguna otra inyección hasta el día 10, en que hacemos la prueba de la cerveza, la del nitrato de plata y el examen de esperma. Negativo todo. Curación.

He aquí un caso curado con 3 inyecciones pero este no puede tomarse como norma pues no todos son tan felices.

URETRITIS CRÓNICA

El tratamiento por vacunas ha de ir acompañado de tratamiento local, dilataciones y lavados.

Gran número de autores elogian las autovacunas. Yo no las he usado en ningún caso pero creo sinceramente que sus resultados han de ser superiores a los de stock vacuna. TAUSARD sobre todo, hace una verdadera apología de ellas, asociándolas con las inyecciones de leche.

Los resultados no son ni con mucho lo brillantes que en la uretritis aguda.

Y ahora hagamos punto y aparte y hablemos de un nuevo método de vacunación que ha abierto nuevos horizontes en el campo de la vacunoterapia, me refiero a la vacunoterapia local de BESREDKA.

Su técnica es sencillísima, consiste en mezclar un tubo de los de stock vacuna con 20 cm. de agua destilada e inyectarlos en la uretra guardándolos unos 15 minutos.

¿Que resultados dá? Ha sido aún poco empleado para juzgarlo, pero en general los autores hablan bien de él, pero sin gran entusiasmo. Yo lo he usado en dos casos, con buen resultado, (curación a las 7 inyecciones uno y otro a las 9) pero no puedo juzgarlo porque al mismo tiempo hice la inyección intramuscular también de vacuna.

COMPLICACIONES DE LA BLENORRAGIA

Prostatitis aguda.—Va espléndidamente a condición de ser prudentes en la dosis, yo he visto casos que tengo la convicción que ha evitado la formación de absceso.

Prostatitis crónica.—Poca o casi ninguna acción, lo mejor son las autovacunas, ha de ir acompañada de masaje prostático.

Orquiepididimitis.—Buenos resultados, sobre todo calma el dolor, en un caso obtuve el retroceso de lo orquitis con solo dos inyecciones de vacuna Bruschetini.

Reumatismo blenorragico.—Recuerdo haber leído que un autor contaba haber empleado vacunas Bruschetini en 32 casos con curación absoluta en pocas inyecciones y sin ningún caso de anquilosis.

Yo solo he visto 3 casos, uno de la rodilla curó con vacuna Zeta en 13 inyecciones, 7 de suero Pasteur y antiflogistina local, y 6 inyecciones de caseal cálcico.

Otro caso, metatarsalgia bastante rebelde, curó con siete inyecciones de Arthigon, y otro cuya historia voy a relatar fué el fracaso más absoluto de las vacunas.

Historia.—J. C., de 18 años, habitante Calle Peu de la Creu, número 21.

Veo al enfermo por primera vez con una artritis de rodilla que por la forma de presentarse, lo dolorosa y ser monoarticular, me hacen investigar antecedentes. Dicho muchacho aqueja blenorragia hace un mes, tratado con instilaciones y balsámicos.

Le receto salicilato sosa y aspirina en poción y fomentos. Al día siguiente inyección de vacuna Bruschetini que continuó dándolas alternas. Así hasta la tercera inyección en que los fenómenos de la rodilla han disminuído mucho, pero viene metatarsalgia. Continúo con vacuna hasta la séptima inyección: los dolores del metatarso continúan y la tumefacción es casi igual. Empiezo con suero antigonocócico y vacuna simultáneos, sin resultado, llegando a dar 80 cm.3 de suero y 12 inyecciones de vacuna. El estado general, casi septicémico ha mejorado, pero no el estado local.

Lo vemos en junta con el Dr. CUATRECASAS, e indicamos visto lo negativo de lo ya hecho, hacer diatermia para lo cual ingresa en el Hospital Clínico en la Sala del Dr. FERRER CAGIGAL, general hombres, núm. 9. Estuvo allí cerca de tres meses saliendo con la articulación en anquilosis casi completa.

RESUMEN

Este es el esquema breve, sencillo de lo que nos ha demostrado nuestra práctica. En las uretritis gonocócicas puras, vacuna monomicrobiana con urotropina, en las uretritis asociadas, vacuna polimicrobiana e igual en las complicaciones.

Hoy por hoy la vacunoterapia, ayuda muchísimo a combatir el problema de la blenorragia, pero no lo resuelve.

Quizá en día no lejano, un preparado quimioterápico de la naturaleza de los que estamos ensayando (y de cuyos resultados ofreceremos las primicias a los lectores de ARS MEDICA) resuelva la *Terapia stereisans magna* como el salvarsán para la sífilis.

CRÓNICA

TERCER CONGRESO DE DERMATÓLOGOS Y SIFILIOGRAFOS DE LENGUA FRANCESA

La Sociedad internacional de Dermatología que fué fundada por iniciativa de DUBOIS-HAVENITH, en el Congreso de medicina de Budapest en 1909, terminó con la guerra. En 1922 apareció nuevamente con el nombre de asociación de Lengua francesa, que no es más que una Asociación Internacional con exclusión de los Imperios Centrales.

Por acuerdo del 2.º Congreso de Strasburgo, fué inaugurado el 25 de Julio pasado en Bruselas. La sesión inaugural tuvo lugar en el Palacio de las Academias, presidiendo el primer ministro JASPAR, quien hizo resaltar la importancia que tiene el progreso científico, en la marcha cultural de los pueblos y la obligación que tienen los organismos oficiales de ayudar moral y materialmente todo lo que vaya encaminado a fomentar dicho progreso de la ciencia. Declara abierto el Congreso en nombre de los Reyes, que ostentan la Presidencia honoraria.

La mesa estaba formada por el Dr. LESPINNE, presidente del Congreso, Dr. CAVAILLON, delegado francés; Dr. C. DE SILVA, por Portugal; Prof. JEANSELME; Dr. THIBIERGE; Prof. GALLEMAERTS, de la Academia de Medicina Belga; Dr. SABOURAUD; Prof. HASIMOTO, de la Universidad de Mounden, por el Japón; Prof. EHLERS, de Copenhagen; Prof. HALKIN; Dr. HUDELO y Dr. DEKEYSER, secretario del Congreso. 27 naciones estuvieron representadas.

Después del Ministro JASPAR, toma la palabra LESPINNE que lee su Conferencia inaugural: *La dermatología en sus relaciones con la patología general.*

Empieza explicando el porqué del estudio en conjunto de la dermatología y la sifiliografía. La sífilis es una enfermedad general que dá síntomas cutáneos, y como la sífilis hay un gran número de enfermedades de la piel. Para ser dermatólogo hay que ser antes un buen internista. Considera la piel como un órgano más que no puede ni debe ser separado de la noción de la Patología General. La clasificación de Hardy en inflamaciones, diátesis dartoas, escrofulosas, etc., siguiendo un criterio etiológico es un hecho de patología general. Muchas veces los trastornos cutáneos no son más que reflejo de trastornos de nutrición, de secreciones endocrinas o del sistema nervioso.

Respecto al examen de las lesiones elementales cutáneas hay que generalizar el método de la biopsia. Sin este método no es posible en muchos casos hacer un diagnóstico verdad. La noción histo-patológica de las lesiones locales es imprescindible en Dermatología.