

## PRÁCTICA MÉDICA

### CISTALGIAS Y CISTITIS DE LA MUJER EN EL PERIODO POST-NUPCIAL

por el doctor

**A. OTERO**

Urólogo y Profesor de Toco-Ginecología de la Maternidad de Córdoba.

La observación y asistencia completa de tres casos recientes de trastornos urinarios de origen genital, en recién casadas, los caracteres y circunstancias de los mismos, las preocupaciones, disgustos y actitudes tanto de orden médico como de orden familiar, y hasta legal, que casos semejantes pueden originar, justifican que el médico y sobre todo el especialista, tanto urólogo como tocoginecólogo, tengan siempre presente tales posibilidades, y procuren rodear sus juicios y dictámenes del *máximum* de reservas, mientras no dispongan de todos absolutamente, los datos precisos en que asentar firmemente su opinión.

Una precipitación en los juicios médicos aun cuando se rodee de toda la prudencia y diplomacia al emitirlos, es precisamente en casos de éstos, en los cuales los familiares de los interesados, y éstos aunque en el último término, los hacen servir como arma de ataque y como motivo de responsabilidad que en alguna ocasión ha pasado del orden moral al legal y que por lo menos son la causa de una luna de miel, en que los jóvenes esposos no gustan sino amarguras, penas y dolores físicos y morales, o bien son el principio de perpetuos e inacabables incriminaciones y disgustos conyugales, o de la definitiva infelicidad matrimonial.

He de reconocer y afirmar que en muchas ocasiones, la mayoría, existe ciertamente el motivo de culpa y responsabilidad a que aludía; aunque también quiero dejar bien a las claras que aun en estos casos dicha responsabilidad, en bastantes de ellos, también la mayoría, ha de ser dividida, bien entre el sujeto, el joven esposo, y el médico que le infundió una falsa seguridad de curación, autorizando indebidamente un matrimonio cuando se le consulta, o bien en los medios sociales más inferiores, entre el mismo y la sociedad y sus organismos de lucha antivenérea y asistencia higiénica de la misma.

El conocimiento y afirmación de este motivo de responsabilidad de causa venérea, blenorragica la mayoría de las veces, que es al mismo tiempo la etiología de la mayor parte de los trastornos génito-urinarios post-nupciales, ha de estar fundamentado en todos los detalles y datos de máxima garantía, de que hoy disponemos para asentar un diagnóstico etiológico firme, y nunca dejarse llevar de la impresión clínica y de la apariencia engañosa de un síndrome vesical o vulvo-vagino-vesical, para lanzar juicios etiológicos aventurados, que tienen una enorme trascendencia tanto familiar y social, como médica, pues

existen los mismos cuadros clínicos o síndromes vesicales o vulvo-vagino-vesicales, que ni siquiera tienen etiología microbiana, o en los cuales el microbismo vulgar posible, no solamente no es venéreo ni blenorragico, ni siquiera primitivo o causal, sino secundariamente germinado sobre trastornos congestivos e irritativos de órganos o regiones en que habiendo normalmente una flora microbiana vulgar varia y saprofítica, como es la zona génito urinaria externa, encuentran en el cambio de medio determinado por la congestión continua y los actos irritativos frecuentes, óptima ocasión para sumarse como patógenos a la causa inicial y determinar los aludidos síndromes.

A esta categoría última pertenecen los casos que son el objeto del presente trabajo, más frecuentes de lo que se cree, e indispensables de determinar, pues por una de las razones de justicia y otras ya expuestas, tenemos que al diferir la etiología, difiere asimismo el pronóstico y los resultados terapéuticos según el tratamiento empleado; el reseñarlos y comentarlos es recordar o señalar su existencia clínica perfectamente real y con esto facilitar el diagnóstico que yo me atrevería a bautizar con la denominación de *vulvo-cistitis y cistalgias simples post nupciales*.

1.ª Observación.—J. F. enviado por un internista de esta ciudad, de 25 años, casado hace un mes y medio, de Barcelona, de oficio contratista de obras, de aspecto robusto y sano. Leída la recomendación que trae, y sin antecedentes que consignar, me explica con decisión y vehemencia que raya en lo anormal, que él se presenta para saber con certidumbre absoluta si tiene blenorragia o no, pues su situación, en extremo delicada, es la siguiente: Casado hace mes y medio, su señora a los 15 días de las nupcias, comenzó a quejarse de escozor y picazón intensos en la región genital externa, rubefacción, flujo que comenzó siendo sero-mucoso y llegó a sanguinolento: Al mismo tiempo escozor intenso y dolor a la micción, que al terminar duraba y llegaba a una intensidad insuportable; frecuencia de las micciones, que a ciertas horas, sobre todo por las noches, llegaban a repetirse cada 5 ó 10 minutos. El comunicó a la familia de la señora el estado de la misma, la cual pensó pudiera ser alguna afección blenorragica contagiada y llevó a la joven esposa a consultar su médico de cabecera, que además de médico internista practica la Tocología, el cual, después de examinar a la joven clínicamente, parece que examinó microscópicamente la leucorrea y creyó lo mismo, aunque trató de disminuir la responsabilidad actual del marido. Este, encontrándose bien subjetivamente, había sufrido una blenorragia uretral sin complicaciones hacía seis años, curada por un especialista, el cual no solamente le dió de alta en aquella fecha, sino que consultado antes del enlace matrimonial, lo autorizó sin reservas. Al encontrarse actualmente ante la responsabilidad material y moral que esto presupone, y como había procedido bien, y de la más completa buena fe, se dirige nuevamente y en tonos de vehemente queja, al especialista, pretendiendo hacerle

responsable de tan grave situación; el especialista serenamente asegura que estaba curado y lo continúa estando, (después de examinarlo nuevamente) y con esto aumenta la confusión y perplejidad del joven marido. En estas circunstancias, es cuando, su médico de cabecera, enterado de todo este proceso, me lo recomienda, y él con toda la decisión y vehemencia que es de suponer, solicita la verdad científica para quedar libre de toda sospecha ni no está enfermo, o para curarse él y su señora si desgraciadamente está enfermo.

*Antecedentes patológicos personales.*—Blenorragia uretral hace 6 años. Curada después de dos meses de tratamiento con lavados uretro-vesicales ligeramente antisépticos de permanganato al 1 por 3000, cianuro de mercurio al 1 por 2000, y vacuoterapia; 8 inyecciones escalonadas progresivas de vacunas gonocócicas «Llorente». Dado de alta completamente curado, al parecer, pasa 6 años, dedicado a su trabajo, y sin notarse la más ligera molestia, ni objetiva ni subjetivamente. Consulta antes de las nupcias, y con el visto bueno del especialista y no notándose nada, contrae matrimonio; contactos sexuales matrimoniales normales por ambas partes durante los 22 primeros días, si bien molestos desde los 15 días; quizá excesivos en número e intensidad por la pasión y ardor naturales en tales casos; a los 15 días, los primeros síntomas reseñados, en la señora, si bien él no notaba nada anormal, ni lo nota actualmente.

*Examen clínico de su aparato genital.* Normal a la inspección; nada de secreción uretral. Micción normal. Inspección de la orina mediante la prueba de los tres vasos normal. Palpación de la uretra y tacto prostático y vesicular normal. Cateterismo uretral exploratorio normal.

*Examen de la orina por micción* limpia reciente, normal; sedimento obtenido por centrifugación de la misma, al microscopio normal; escasas células epiteliales de la uretra, algún cristal de oxalato y formas microbianas de bacilos y estreptococos y cocos diversos Gram positivos.

*Investigación especial del gonococo,* previas tomas fuertes de bebidas irritantes, previo masaje y expresión vesicular y prostática, y masaje, sobre beniqué; examinando los sedimentos al microscopio, después de las coloraciones variadas en uso y del procedimiento de Gram, resultaron negativas todas las preparaciones.

Faltaba únicamente, para agotarlo todo antes de hacer una afirmación diagnóstica que había de chocar contra la creencia familiar y quizá había de ser discutida por el médico de la señora, la prueba de los cultivos de estos mismos elementos obtenidos de la centrifugación aséptica de la orina, y esta prueba fué encomendada al distinguido bacteriólogo, doctor M. el cual practicó cultivos para el gonococo en diferentes ocasiones, resultando siempre negativos.

En posesión de todos estos datos, aseguró al joven esposo que él está *completamente sano*. Como es de suponer, me plantea acto seguido la cuestión de las molestias de su señora, y la duda del médico que la

asiste, quien de la más absoluta buena fe, insinúa la posibilidad de una gonococia de origen conyugal, y tanto el esposo como la familia desean la solución de su estado, para recobrar la salud y la tranquilidad y paz familiar. Obtenida la autorización de su médico y los informes del mismo, examino a la señora, cuya anamnesis y enfermedad actual queda ya consignada, y únicamente conviene añadir que lleva una falta menstrual desde sus nupcias, estreñimiento acentuado y náuseas frecuentes.

*Examen clínico.* Vulva y periné rojizos, edematosos, trasudantes de una secreción sero viscosa, con descamación de los pequeños labios y mucosa del vestibulo y horquilla vaginal, y lo mismo de la mucosa vaginal y zona vaginal del cuello uterino; el contacto en toda esta zona determina una sensación de dolor y escozor que, sin llegar a ser insoportable, sí resulta muy molesto. Meato urinario intensamente rojo, de bordes algo evertidos y edematosos, sin que se aprecie ninguna secreción por medio de la expresión uretral por la vagina. Cateterismo uretral doloroso; capacidad vesical reducida a 80 cm<sup>3</sup> como máxima tolerancia.

Previa analgesia vesical, por medio de una instilación de cocaína al 10 por ciento, puedo practicar una *cistoscopia*, que demuestra la región del cuello vesical intensamente roja, violácea y edematosa, y fondo vesical y trigono afelpado y con membranas mucosas medio desprendidas.

Orina turbia uniforme, de tinte algo rojizo a la inspección simple; a la centrifugación, depósito gleroso y mucoso, que extendido en frotis finos y coloreados convenientemente nos demuestra la existencia de elementos histológicos (glóbulos rojos abundantes, leucocitos polinucleares en cantidad y en distintas fases de conservación, gran cantidad de células epiteliales pavimentosas, grandes, y algunas células mucosas).

*Microbios;* formas colibacilares predominantes y gran cantidad de cocos en grupos de varios, y algunos diplococos, siempre extracelulares. Investigación especial del gonococo por coloraciones características Gram y cultivos, negativa.

*El examen microscópico histo-bacteriológico* de la leucorrea tomada a diferentes profundidades, desde los grandes labios al cuello uterino, demuestra dentro de una gran cantidad de mucosidad amorfa, abundantes elementos celulares epiteliales, planos y cilíndricos, leucocitos polinucleares y flora microbiana enormemente abundantísima y variada, desde los estafilos a las formas espirílicas, colis, y bacilos cortos y gruesos. Investigación especial del gonococo negativo.

Por palpación combinada abdómino vaginal, nada anormal en fondos de saco, zonas ováricas y cuello, excepto en la parte media a nivel del cuello y cuerpo de matriz, que resulta algo dolorosa.

*Diagnóstico.* Vulvo-vaginitis y uretrocistitis vulgar, del periodo post-nupcial.

Esta observación ha sido reseñada quizá con excesiva detención y detalle por lo que sirve para acla-

ración y comprensión de la totalidad del trabajo, de índole práctica esencialmente y basada en el análisis escrupuloso de estas observaciones que la realidad presentará a los médicos prácticos con más frecuencia de lo que se cree, y que algunos o la mayoría los clasifican en el grupo de las gonococias conyugales, con grave daño de la verdad y del bienestar y salud de los clientes. Las observaciones siguientes, como tienen un carácter de gran semejanza con la anterior, las expondré resumidas haciendo resaltar únicamente los matices de diferenciación, ya que esto servirá para confirmar la idea ciertísima, y el criterio seguro del médico práctico, de que en la realidad, no se ofrecen dos casos idénticos; y que teniendo la noción abstracta de la enfermedad, es suficiente para que el diagnóstico sea seguro, aun con la variedad de matices individuales y diferencias accidentales.

2.º Observación.—A M. O. médico, de 27 años, casado hace 20 días, compañero de conducta ejemplar, y escrupuloso de sus deberes. No ha padecido nunca blenorragia ni ninguna otra afección genital. Actualmente, no existe tampoco síntoma que la haga sospechar. Viene a consultar verbalmente el caso de su señora, de 26 años, cuyos antecedentes no tienen relación con el estado actual, que es como sigue: A los 10 días de las nupcias, habiendo sido normales los contactos sexuales propios de su cambio de estado, aparte naturalmente las molestias inherentes a la ruptura de su virginidad, aparece casi súbitamente un dolor intensísimo en la zona urinaria baja, uretra y meato urinario, con necesidad imperiosa e irresistible de la micción, siendo ésta dolorosa y dejando un escozor o quemazón al final, que persiste un rato; estas molestias han persistido, y sobre todo, han aumentado la frecuencia de las micciones dolorosas, que por la noche especialmente, son casi continuas, sin poderse separar del servicio, hasta el punto de imposibilitar el sueño y afectar el estado general. Este estado constituye, además del sufrimiento físico explicado, una situación moral violenta, no tanto ante la señora como ante los padres de la misma, que le hacen responsable del estado de la misma, creyéndola contagiada de algo, y suponiéndola capaz de lo mismo, a conciencia, dada su profesión de médico. De la *exploración* practicada a él, resulta, que está completamente normal de todo su aparato genital y urinario.

De la *exploración de la señora*, practicada con el médico de la familia y con la aquiescencia de todos, puesto que después de una conferencia que tuve con los padres, éstos cambiaron de ideas con respecto a las posibles causas de la enfermedad de la hija, resulta que de la vulva, vagina y exploración genital, existe completa normalidad, si exceptuamos los pequeños y casi cicatrizados traumatismos del himen. Meato urinario normal: nada por la expresión vaginal-uretral. Vegiga urinaria de capacidad reducida y sobre todo intolerante: solamente puede retener y con un gran esfuerzo, unos 80 cm<sup>3</sup> de líquido, con los que practicamos la cistoscopia de exploración vesical.

La orina recientemente emitida en dos vasos, es

al examen macroscópico, normal en cuanto a sus caracteres físicos; únicamente se notan en ambos vasos ligerísimos copos blanquecinos, aplanados, finos y transparentes que es el signo macroscópico de la descamación urinaria vesical y uretral. La cistoscopia demuestra una vegiga de aspecto normal en cuanto a su coloración, superficie, secreción, orificios ureterales, trigono y eyaculaciones ureterales. Únicamente al descender el prisma para explorar el cuello vesical, ligeramente congestionado, se manifiesta una exagerada intolerancia. La centrifugación de la orina recogida por sondaje aséptico da un sedimento escaso, que examinado al microscopio desde el punto de vista histo-bacteriológico, se ve constituido por muy escasos leucocitos polinucleares grandes normales, y células vesicales de descamación del cuello, pequeña cantidad de mucosidad y cristales oxálicos. Examinados varios frotis, en variadas coloraciones de la secreción vaginal, se encuentran en un magma mucoso gran cantidad de células de descamación epiteliales, células mucosas, algunos leucocitos normales y sobre todo, una flora abundantísima de las especies morfológicas de la flora normal de la vulva y vagina. Investigación especial del gonococo negativa.

*Diagnóstico*.—Cistalgias simples o por congestión del período postnupcial.

3.ª Observación.—M. M. y J. P. matrimonio joven, casados hace mes y medio, habitantes en Suria, donde el marido desempeña un cargo en las minas. Señora de 19 años, marido de 28 años, que hace 12 años tuvo una blenorragia uretral, bien tratada y curada durante dos meses; posteriormente nada anormal, ni actualmente tampoco. Por exploración, se nota afecto de fimosis, de difícil liberación del glande, que está cubierto de una capa de esmegma fétido.

Todo lo demás normal, respecto a uretra, próstata, vegiga y orina. Investigación del gonococo negativa. La señora, cuyos antecedentes son completamente normales, *actualmente* consulta porque a los 15 días de casada comenzó a notar sensación de dolor y escozor durante toda la micción, que siempre ha sido de frecuencia exagerada, acompañada de sensación de ardor o quemazón continua de los genitales externos, abarcando la vulva y el periné posterior.

Lleva una falta menstrual y tiene un flujo continuo blanquecino, pero intensamente fétido, que algunas veces se hace sanguinolento, pero no pierde sus caracteres de fetidez. A la sensación de escozor y molestia, se añade actualmente la hinchazón o abultamiento de la vulva, que casi la impide sentarse, y la deambulación la hace sufrir enormemente por el pequeño roce que representa. La *exploración* por inspección simple nos da la explicación inmediata de sus molestias y el diagnóstico positivo anatómico del caso; los grandes labios en toda su extensión, la horquilla vulvar, rafe ano-vulvar y zona perianal estén deformadas y cubiertas por vegetaciones polipo-verruosas; son extensas y confluentes, dejando entre ellas surcos profundos; pero están tan juntas, que sus bases de implantación se confunden en toda

la superficie descrita. Estas vegetaciones rezuman un líquido serolechoso que produce una irritación de la piel de la zona próxima de los muslos. Pequeños labios y vestíbulo vaginal rojo-violáceos, lo mismo que el meato uretral; vagina normal. Orina purulenta, alcalina, de olor amoniacal.

Examen histobacteriológico de la orina, que demuestra abundante pus, microbios vulgares en enorme cantidad, y cristales de fosfatos. Nada de específico. Tampoco nada de especificidad en el examen de los frotis del flujo vulvar. Cistoscopia, difícil por lo dolorosa que resulta, haciendo necesaria la analgesia de la vejiga mediante una solución de cocaína al 10 por ciento. De esta forma la vejiga tolera 90 cm<sup>3</sup> de líquido, que nos permiten observar las lesiones, que corresponden a las de la cistitis aguda vulgar en todo el casquete superior de la vejiga, mientras que en algunas zonas del fondo y cuerno izquierdo las lesiones corresponden a las de la *cistitis vegetante limitada o poliposa*; con elevaciones que, para dejar bien claro el concepto, añadiremos que no son verdaderos pólipos, sino elevaciones de la mucosa y secreciones de la misma, inflamatorias, aunque de aspecto anatómico de pequeños pólipos pediculados.

*Diagnóstico.* Papilomas de la vulva; vulvo-uretricitis vulgar del periodo post-nupcial; probable comienzo de embarazo.

Reflexionando sobre las observaciones o historias clínicas reseñadas al objeto de obtener de las mismas el fruto que prácticamente y desde el punto de vista de su fisiopatología y tratamiento, nos proponemos obtener, observamos, desde luego, que si bien no tienen una absoluta identidad en sus detalles, bien sabido es que en la práctica se nos presentan enfermos y no enfermedades, frase cuyo alcance y explicación está en la mente de todos los médicos, nos presentan tales rasgos y coincidencias comunes, que autorizan a que en la práctica tengamos grabada la existencia de la entidad clínica, cuya calificación encabeza este modesto trabajo. *Cistalgias y cistitis del periodo post-nupcial.*

Tales rasgos comunes, son los siguientes:

1.º La aparición en periodo inmediato a las nupcias de fenómenos inflamatorios y dolorosos, de la zona génito urinaria baja en algunas jóvenes esposas.

2.º La no procedencia de contagio génito conyugal en algunos de estos casos, a pesar de que si no se estudian y analizan escrupulosamente, tienen todas las apariencias de tal origen.

3.º La preponderancia, casi absoluta, del factor congestivo, en estas genitalitis externas, al menos desde el punto de vista inicial, pues tal se observa en el segundo caso, reducido a fenómenos subiectivos álgicos con ligera congestión del cuello vesical.

4.º La adición del factor infectivo, a la congestión repetida y casi continua de tal época de la vida genital femenina, en la determinación de éstas, como de la mayor parte de infecciones génito-urinarias de origen externo, pues si bien el segundo caso fué sorprendido, valga la expresión, y tratado en fase de

congestión y algias simples, es seguro que de haber continuado poco más sin el debido tratamiento, habría seguido la fase de franca infección.

5.º La determinación de fenómenos urinarios vesicales, en estas ginecopatías, por razón de las íntimas relaciones vasculares, linfáticas nerviosas y de contigüidad, casi de continuidad en la zona vulvar, de los aparatos genital y urinario femeninos.

6.º La gran responsabilidad médica, que existe al clasificar a la ligera tales casos, que pueden originar graves disgustos y trascendentales determinaciones familiares, inmotivadas.

7.º Que teniendo tales casos una etiología y fisiopatología comunes, una parte del tratamiento, precisamente la parte fundamental y primaria, es idéntica para todos ellos.

8.º La limitación lesional observada en todos estos casos y los de su categoría, en que el elemento inofensivo parece agotar su poder invasor al llegar el cuello uterino y vejiga, como si no pudiera franquear esta zona, o si el poder patógeno de microbismo se agotara en la misma, detalle clínico y anatómo-patológico de importancia diagnóstica.

Tales son los caracteres comunes que se observan en estos casos, y cuya lógica explicación cae dentro de las leyes generales de la patología, pues bien sabemos que para que se verifique el hecho de la *infección* en un órgano o aparato, es antes indispensable una modificación del terreno, que lo disponga o haga *apto* para que los gérmenes contaminantes, bien pre-existentes, o bien transportados por agentes externos, preñan en forma patógena por exaltación de su virulencia, por la adquisición de tal propiedad al cambiar el terreno, o por rotura del equilibrio normal de la fórmula microbiana normal de la región, ya que hoy tenemos la noción bien adquirida, del papel defensivo o favorable de ciertos microbios huéspedes habituales de ciertos órganos o cavidades, y esto sucede de una manera especial en la vagina.

Habida cuenta de la presencia constante de gérmenes en la vulva y vagina, y zonas inferiores del aparato urinario, que allí residen con carácter facultativo; teniendo en cuenta el traumatismo inicial de la vida conyugal, el roce del coito excesivamente frecuente en general y en un aparato femenino en reposo completo hasta entonces de vida conyugal, y precisamente por tal razón en condiciones anatómicas de cavidad reducida o estrecha, las fluxiones repetidas coincidentes con los coitos, que producen en tal aparato genital un estado de congestión constante, y por tal razón una sensible modificación de las secreciones normales de la vulva, vagina y zona baja del aparato urinario; si al mismo tiempo añadimos que el marido aporta nuevas variedades y especies microbianas, aunque no sean específicas, cuyo poder patógeno puede exaltarse por el cambio de medio, y que por lo menos es seguro que alteran el microbismo normal de dicha región génitourinaria, se comprende cómo es perfectamente posible el comienzo y desarrollo de una vulvo-vaginitis con cistitis secundaria o fenómenos urinarios álgicos. Si a esto

añadimos, el pudor y reserva natural en estos casos, de las pacientes y los lavados que por consejos profanos y alguna vez profesionales, ponen en práctica, en forma defectuosa y sobre todo con sustancias irritantes en cantidad o en calidad, y por otra parte no cesan en la causa fundamental, tendremos la explicación de la persistencia y a veces las extensiones y la progresión de estos fenómenos.

El diagnóstico seguro y preciso de estos casos, con los medios exclusivamente clínicos y teniendo en consideración la responsabilidad y transcendencia que puede tener tal juicio, no se puede ni se debe hacer; si bien el clínico sagaz y conocedor de sus clientes, con ascendiente y confianza con ellos, y con el detalle anatómo patológico objetivo y de fácil comprobación clínica de la *limitación lesional* a que he hecho referencia anteriormente, puede diagnosticarlo *in mente* y comprobarlo en el laboratorio. Es noción diferencial importante y segura, que las genitalitis gonocócicas de las recién casadas son rápidamente ascendentes, determinando en pocos días fenómenos alarmantes por su extensión y profundidad (anexos, peritoneo) y afectando el estado general; y en cambio las vulgares no pasan de las zonas bajas, y sus síntomas, si bien ruidosos, son más superficiales.

Finalmente, el asunto del tratamiento de estos casos, ha de ser, como siempre que se pueda, causal y por esto la parte fundamental y primaria es idéntica para todos ellos, sin dejar de reconocer la enorme importancia del tratamiento sintomático o calmante, que casi siempre se ha de anteponer cronológicamente a todo otro tratamiento. Inspiremos seguridad, sosiego y confianza a las enfermas calmándoles las cistalgias y molestias, ya que esto es lo primordial en su demanda.

Para esto los analgésicos locales y generales; en ocasiones y según la idiosincrasia personal basta con uno de ellos, y otras se han de emplear simultánea o sucesivamente varios. Comenzamos con baños de asiento prolongados, tibios, simplemente de agua hervida tibia, a la que añadimos una pequeña dosis de cocaína o láudano; con esto la mayor parte de veces basta, para indicación sedante de urgencia; si no es suficiente, recurrimos a los supositorios calmantes con las mismas sustancias, y sucesivamente a los analgésicos generales.

Desde el primer momento terapéutica causal, reposo genital completo, llegando incluso, con las debidas explicaciones a la separación material ocasional se entiende, de los cónyuges.

Este reposo genital, es suficiente la mayoría de las veces, para llevar las lesiones a un mejoramiento considerable, y a una tolerancia que hace posible, actuar localmente, modificando con éxito el elemento infectivo, a base de balneación local, e irrigaciones vaginales suaves y lentas, sin emplear nunca antisépticos enérgicos y mucho menos concentrados, pues más bien entretienen y agravan que modifican las lesiones.

Nosotros hemos empleado con éxito agua hervida, calentada hasta 60° que por su grado térmico única-

mente ya resulta antiséptica. Únicamente en el tercer caso, como se puede comprender, hubimos de llegar a una terapéutica más enérgica; lavados e irrigaciones con solución de gineclorina, extirpación de los papilomas vulvares y cauterización diatérmica de sus implantaciones.

Los fenómenos vesicales ceden por sí, al curar la causa genital, y únicamente en el último caso se recurrió a alguna instilación de argirol al 10 por ciento: resorcina al 1 por ciento.

Quizá a veces se haya de recurrir para los mismos a instilaciones y lavados ligeros intravesicales y alguna dosis por ingesta de sustancias que al mismo tiempo que antisépticos urinarios son balsámicos y sedantes: trementina, sales de litina, pero nunca en período de agudez y en infecciones vesicales tan vulgares y ocasionales como las presentes, emplear como desacertadamente se hace en una infinidad de casos, drogas que al eliminarse por la orina lo hacen con desprendimiento de aldehído fórmico, substancia grandemente excitante de la vejiga, que aumenta la congestión y sobre todo la cistalgia.

## CRONICA

### ALREDEDOR DE LAS REFORMAS UNIVERSITARIAS

La aparición del Real decreto ley de 19 de mayo último causó la natural sorpresa entre los interesados por las cuestiones que atañen a la enseñanza universitaria; y aunque a través de las discusiones de la ponencia del Consejo de Instrucción Pública y en la Asamblea Nacional, conocíamos en parte las primicias de la reforma, hemos de confesar francamente que con todo y distanciarse bastante de la ponencia que evacuó el Consejo de Instrucción pública, dudábamos que los poderes llegaran a hacer las concesiones liberalísimas que en él se encierran.

Aunque es preciso criticar acerbamente algunos puntos aislados del Real decreto, es evidente que el espíritu de la reforma merece los mayores plácemes.

Desgraciadamente podemos ya anunciar que los obstáculos tradicionales, parece como si se propusiesen derrotar el espíritu del decreto y tememos que de la reforma universitaria no quede más que un abigarrado cambio de planes de estudio y quizá aún modificaciones perturbadoras en la técnica de la enseñanza superior.

Desde luego, que quizá pecamos de exagerados con este comentario pesimista; pero es que la ignorancia