7-61
2633
TD

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# NOTAS CLINICAS

SOBRE

# LAS ENFERMEDADES VENEREO SIFILÍTICAS

TESIS INAUGURAL

DE

ROMAN PACHECO

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, Bolivar 535 (nuevo)

1889

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# NOTAS CLINICAS

SOBRE

# LAS ENFERMEDADES VENEREO SIFILÍTICAS

## TESIS INAUGURAL

DE

ROMAN PACHECO

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, Bolivar 535 (nuevo)

1889

Art. 162 del Reglamento — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

# Facultad de Ciencias Médicas

---

**Décano**

Dr. DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

**Académicos**

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « PEDRO A. MATTOS
« « EDUARDO WILDE
« « JOSE T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « MARTIN SPUCH
« « JACOBO DE T. PINTO
« « EUGENIO UBALLES

**Académicos honorarios**

Dr. D. TEODORO ALVAREZ
« « GUILLERMO RAWSON
« « SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « DOMINGO PARODI

**Secretario**

Dr. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

---

# ESCUELA DE MEDICINA

## CATEDRÁTICOS TITULARES

| | |
|---|---|
| Anatomía descriptiva | Dr. D. Juan José Naon. |
| Anatomía topográfica | » » Mauricio Gonzalez Catan. |
| Histolojía | » » Francisco A. Tamini. |
| Fisiolojía jeneral y humana | » » José M. Astigueta. |
| Higiene pública y privada | » » Antonio F. Crespo. |
| Patolojía jeneral y ejercicios clinicos | » » José T. Baca. |
| Materia Médica y Terapéutica | » » |
| Patolojía esterna | » » |
| Patolojía interna | » » Manuel Arauz. |
| Anatomía Patológica | » » Telémaco Susini |
| Medicina operatoria | » » Bartolomé Novaro. |
| Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica | » » Jacob de T. Pinto. |
| Enfermedades de niños y clínica pediátrica | » » Manuel Blancas. |
| Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica | » » Pedro Lagleyze. |
| Enfermedades nerviosas | » » José M. Ramos Mejia. |
| Enfermedades mentales y clínica id | » » Lucio Melendez |
| Clínica Quirúrjica | » » Ignac. Pirovano. Luis Güemes. |
| Clínica Médica | » » Manuel P. de Peralta. Juan B. Gil |
| Obstetricia y Clínica obstetricial | » » Samuel A. Molina. |
| Medicina legal y Toxicolojía | » » Eduardo Wilde. |
| Química aplicada á la Medicina | » » |
| Química aplicada á la Farmacia | « » Pedro N. Arata. |
| Farmacia y práctica farmacéutica | « « Martin Spuch. |

## CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS

| | |
|---|---|
| Anatomia descriptiva | Dr. D. Juvencio Z. Arce. |
| Anatomía topográfica | |
| Histolojía | » » Andrés F. Llovet. |
| Fisiolojía jeneral y humana | » » Cárlos Villar . |
| Higiene pública y privada | » » Meliton G. del Solar—Enrique Revilla (en ejercicio). |
| Patolojía jeneral y ejercicios clínicos | » » Claudio Benitez — Roberto Wernicke |
| Materia Médica y Terapéutica | » » Enrique del Arca--Justiniano Ledesma. |
| Patolojía esterna | » » G. Udaondo. |
| Patolojía interna | » » José Penna |
| Anatomía patológica | |
| Medicina operatoria | » » Adalberto Ramaugé |
| Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica | » » Enrique Bazterrica. |
| Enfermedades de niños y clínica pediátrica | » » Antonio F. Piñero (en ejercicio) —Facundo Larguia. |
| Enfermedades de los ojos y elínica oftalmológica | » » Eduardo Obejero. |
| Enfermedades nerviosas | |
| Enfermedades mentales y clínica id | » » Domingo Cabred. |
| Clínica Quirúrjica | » » Julian Aguilar—Antonio C. Gandolfo id. |
| Clínica Médica | » » Abel Ayerza—Gregorio Chaves. |
| Obstetricia y Clínica obstetricial | » » J. R. Fernandez—Luis F. Vila. |
| Medicina legal y Toxicolojía | » » Juan B. Señorans (en ejercicio). |
| Química aplicada á la Medicina | |
| Química aplícada á la Farmacia | |
| Farmacia y práctica farmacéutica | » » Atanasio Quiroga. |

## PADRINO DE TESIS

DOCTOR DON MANUEL P. DE PERALTA

# INTRODUCCION

Señores Académicos

Señores Profesores:

Al venir á rendir el último tributo, ante vosotros, para adquirir el honroso título de Doctor en Medicina, me siento poseído de un sentimiento de temor. A todos y cada uno de vosotros, he oído repetir una y mil veces, que la carrera que voy á abrazar está llena de desilusiones y amarguras.

Tan pronto es un cliente que se rehusa á seguir las prescripciones ordenadas, ya es el triste espectáculo de una familia en la miseria á quien no se puede recomendar las más elementales reglas de higiene, por carecer absolutamente de recursos, otras veces os retorceis las manos desesperados de no poder prestar el menor alivio, frente á un caso de difteria, otras veces son las quejas eternas de un enfermo croni-

co á quien teneis que engañar continuamente

El médico tiene que ser más diplomático que Talleyrand en estos casos; general frente á un campo de batalla cuando en una operacion sobrevienen complicaciones imprevistas, padre cuando se trata de una criatura para quienes la paciencia y la dulzura vale mil veces más que la peor amenaza, y por fin, y esto es lo más importante, juez, y dilema terrible, juez de si mismo, cuando se encuentra frente á un caso que no puede diagnosticar y tiene la obligacion moral de llamar un colega, reconociendo implícitamente su ignorancia al respecto.

La conciencia del médico deberíaser señores, de pulido diamante á la que no pudieran bruñir los más duros metales.

Cuántas veces se encuentra en terrible duda, tratándose de la conservacion de un secreto que puede perjudicar no solo á un tercero, sino á una comunidad, á una ciudad, á la nacion entera.

Señores, en la especialidad sobre cuyo tema voy á escribir se presenta frecuentemente la cuestion del secreto médico.

Cuando un padre os viene á consultar, si puede casarse su hija con un cliente vuestro á quien sospecha sifilítico y que sabeis que está en la verdad, direis como Gaide. «*No deis vuestra hija á ese individuo.*» O como Langlebert: «*Yo no puedo deciros nada pero advertid á ese joven de vuestras sospechas y decidle que me autorice á hablar*?.» No señores. En el secreto médico lo absoluto es la regla. No podemos dar ni una sospecha siquiera,

sospecha que equivale á veccs á una certidumbre.

Las enfermedades venereo sifilíticas son quizá con las del cerebro, las que deprimen más el moral del individuo, sobre todo cuando se trata de una mujer honrada.

Nada hay para ella más terrible en efecto, que perder su honra, cuando ha adquirido esa enfermedad por una de las tantas vías que no son forzosamente las vías genitales.

Si se trata de la sílfilis, el pensamiento constante de convertirse en verdadero foco de infeccion, hace que el hombre se aleje poco á poco de sus relaciones, de su familia, se convierta en un hipocondríaco y de allí al suicidio la distancia es corta.

La blenorrajia le impide ejercer las funciones genitales lo que en el hombre soltero se comprende, pero en el casado que tiene que cumplir deberes ineludibles esto es más dificil y este accidente puede perturbar la paz de una familia.

El onanismo tan frecuente entre nosotros en la adolescencia, que puede decirse que todos nuestros colegios de enseñanza primaria y secundaria sufren de ese mal.

El onanismo que hace de un niño franco, cariñoso y alegre, un niño discolo é irritable, que lleva á la hipocondría, al suicidio ó á la impotencia y la degradacion física y moral.

Los chancros simples, acompañados de bubones que supuran é impiden al obrero que sustente á los suyos con su trabajo.

No hay enfermedad venérea, desde la más simple hasta la más grave que no perjudique al individuo y á la sociedad.

Al individuo por las causas arriba expresadas.— A la sociedad produciendo en algunos casos la impotencia sexual, en otros dotándola de seres desgraciados que llevan en su cara los estigmas de agenas culpas ó introduciendo el desorden en las familias.

Permítaseme señalar un hecho del que se ocupa actualmente la literatura francesa.

Es el predominio del sistema nervioso de la generacion presente.—Los ejercicios corporales se dejan cada vez más y en Francia especialmente se hace de la instruccion «*á outrance*» una ley ineludible.— Resulta de esto la grave cuestion del «*Surmenage intellectuel*» que ocupa actualmente á la Academia de Medicina de Paris.—Lo que pasa en Francia es solo un reflejo de lo que pasa en el mundo civilizado, si exceptuamos sin embargo á la Inglaterra, que conserva en toda su lozanía el «*foot ball*,» el «*lawn-tennis*» y el «*cricket*.»

Abrir inteligencias demasiado jóvenes es echar á perder el molde y lo que es peor, sin compostura, de la juventud que se dedica al estudio de la ciencia.— Al mismo tiempo se despiertan temprano los apetitos genésicos y como consecuencia natural tenemos el onanismo y los excesos sexuales, cometidos en una época en que aun no están desarrollados los órganos genitales y que traen un grave perjuicio al moral del individuo.

Yo he viajado y puedo deciros que, si en alguna parte es patente este precoz desarrollo, es en Buenos Aires. He tenido ocasion de ver niños de trece catorce y quince años afectados de blenorrájia, sífilis chancros, etc.

Quien no sabe que, en nuestros colegios, los libros de mayor circulacion son los pornográficos, que burlan todas las medidas que contra la introduccion de ellos se establecen?

Necesitamos una viva reaccion á ese respecto y los encargados de hacerla somos nosotros los médicos en publicaciones de todo género, en folletos, libros, periodicos científicos y prensa diaria. Nosotros que podemos palpar día á día, en nuestros consultorios y en los hospitales, los estragos del mal.

Es necesario que estirpemos de raiz el mal. Moralizar las escuelas por medio de una estricta vigilancia especialmente en los dormitorios comunes, generalizar en lo posible los ejercicios físicos de manera que el niño caiga rendido de fatiga á la cama á buscar el reposo y no excitaciones malsanas. Es necesario que una vez hombre lo vigilemos tambien aunque indirectamente por medio de la reglamentacion severa de la prostitucion pública, lo que recién está haciendo camino entre nosotros.

Asi y solo asi tendremos niños que sean niños y hombres verdaderos y potentes.—Sino—veremos como resultado, un niño de quince años que se cree hombre, se emancipa, no estudia porque considera poco digno de su hombría el hacerlo, si es rico con-

sumirá más tarde su patrimonio en orgías, si es pobre se hará caballero de industria.

Seamos Espartanos primero, Atenienses después.

Me he decidido á escribir los recuerdos que tengo sobre enfermedades venereo-sifilíticas porque he sido dos años practicante en el Consultorio gratuito del Círculo Médico, bajo la inteligente dirección del Dr. José A. Esteves, cuya competencia es hoy reconocida por todos.

Estas notas clínicas son sacadas de mi cartera de estudiante donde apuntaba día á día, los fenómenos que me llamaban la atencion.

Desgraciadamente no es un consultorio, una sala de Hospital, donde puede seguirse paso á paso el desarrollo de las enfermedades, apreciando las más le ves diferencias en el transcurso de un día.

Muchos enfermos interesantes venían una vez y no volvían ya defraudando las esperanzas que teníamos de un tratamiento racional impuesto.

Teníamos tambien que luchar con falta de recursos terapeuticos á veces porque los medicamentos eran caros y la modesta farmacia que poseíamos en el Círculo Médico no podía atender á todas las necesidades.

Esto, sin embargo, no es estraño cuando vemos que en las farmacias de la Asistencia pública no se despachan preparaciones oficinales que son á veces indispensables, como si pudiera haber economía cuando se trata de la salud.

Debo decir en descargo de la Asistencia Pública,

que los enfermos abusan, y he recetado aceite de bacalao que en vez de alimentar la llama oscilante de la vida precaria de un tuberculoso, servía para encender las lamparas de la casa!

Por eso medicamentos como el iodol y la antipirina los recetamos y vemos sus efectos en la clase acomodada de la sociedad, y nunca en un pobre consultorio.

Pero permítaseme concluir con una frase de agradecimiento al Circulo Medico Argentino que ha prestado y presta señalados servicios á muchos estudiantes de Medicina, con su Biblioteca y Consultorios gratuitos.

Allí hemos aprendido muchos á percutir y auscultar, cuando aún no existía la clase de ejercicios clínicos que dicta hoy el Dr. Wernicke, el mismo que nos enseñaba entonces.

Allí hemos adquirido nociones prácticas de Laringología con el Dr. Eduardo Obejero.

Allí tambien, Señores, he podido encontrar los elementos de mi tesis pues á pesar de los laudables esfuerzos hechos por el catedratico de Patología Externa Dr. Montes de Oca, para darnos nociones siquiera de estas enfermedades, recien está por crearse la cátedra en la Facultad de Medicina.

# Sífilis

—

En tema tan vasto como es la sífilis, hacer una descripcion de la enfermedad y sus consecuencias, es materia imposible en una tésis y me concretaré á condensar en pocas páginas, las observaciones que me han sido sugeridas por la observacion de los enfermos durante dos años de práctica.

Ante todo empezaré por insistir especialmente sobre una faz de la cuestion diagnóstico y proclamar, que si bien en la mayoría de los casos es fácil hacerlo, hay casos que ponen en juego toda la habilidad del clínico.

Generalmente prescindo, en lo que puedo, de los datos inseguros y bien amenudo falsos que suministra el enfermo y me guio más bien, por los signos físicos que puedo apreciar en él. En esto no hago sino seguir el método de la gran escuela de Viena.

Para quien no ha visto sifilíticos puede parecer ridícula esta precaucion, pero apelo al juicio de mis maestros experimentados en esa especialidad y per-

mítaseme citar aquí dos casos pertenecientes al Doctor Esteves y que me ha sido posible observar.

«N. N. de 56 años se presenta quejándose de una ulceración en la faringe y con el diagnóstico de un colega que decía diftería prolongada. Al exámen se veía dicha ulceracion blanco grisácea de forma cíclica, que no interesaba aun la capa muscular que se veía por transparencia, ningun otro síntoma acompañaba esta manifestacion salvo el infarto de los ganglios occipitales. Se ensayaron tópicos locales que no dieron resultado alguno, el enfermo empezó á quejarse entónces de dolores osteóscopos que se producían con mucha mayor intensidad de noche que de dia.

Se pensó en la sífilis y se comenzaron á hacer fricciones mercuriales. A las cinco fricciones y á causa de la negligencia del enfermo que no tenía la precaucion de lavarse los dientes y enjuagarse la boca amenudo, sobrevino una estomatitis mercurial que impidió continuar el tratamiento.

Al poco tiempo vuelve el enfermo con rupias claras y patentes y sinembargo su diagnóstico decía viruela! sin fiebre, ni malestar ni nada.

Ya no quedó duda alguna de lo que se trataba y apesar de que el enfermo negaba absolutamente haber padecido de chancro, roseola ó algun otro accidente sifilítico y no se notaba cicatriz alguna en el pene, se volvieron á dar las fricciones mercuriales sin resultado tampoco. Entonces se indicaron los polvos de Pollini que en poco tiempo hicieron desaparecer todos los síntomas.»

Otro caso.—«Se presenta un individuo quejándose de cefaleas diurnas y desarreglos gastro-intestinales. Se recetó un purgante. Las cefaleas continuaban sinembargo, entónces se procedió á hacer un exámen metódico y habiéndose desnudado el enfermo, se vieron características las manchas de la roseola. El enfermo que nos merecía fé, negaba sinembargo todo antecedente sifilítico y en efecto no se pudo descubrir ninguna cicatriz, ni en el pene, ni en la boca, ni en ninguna parte. Se estableció naturalmente el tratamiento y desaparecieron todos los síntomas.»

Hé ahí dos casos que prueban que la sífilis adqui-

rida; pueda empezar a dar manifestaciones sin chancro y cuando digo sin chancro, no vaya á creerse que pienso por un momento que puede empezar por accidentes secundarios, sino que en muchos casos se hace la infeccion por una simple erosion inapreciable al mejor exámen.

Otro caso que pone la sagacidad del médico en aprietos voy á referir aquí.

«Se trata de un niño de doce años que tiene placas mucosas patentes, en los labios y en la lengua.

Este niño no ha estado en contacto con mujer alguna, no ha tenido ni chancro, ni roseola, ni alopecía; todo se reduce á la manifestacion bucal.

Se interroga al padre que cuando se le dice el diagnóstico de lo que su hijo padece hace un gesto de horror y niega enteramente que el ó su mujer hayan sido sifilíticos. Sinembargo, acosado á preguntas confiesa que ocho años antes de su matrimonio, ha padecido de sífilis, pero que cuando se casó hacía seis que no había tenido síntoma alguno. Se trata aquí de una sífilis heredataria tardía ó de una sífilis adquirida casualmente por el niño; al beber en un vaso contaminado ó por cualquier otro medio y que no ha dado lugar á síntomas iniciales?

Mi opinion se inclina á la segunda hipótesis porque la sífilis hereditaria se manifiesta siempre por síntomas tan graves que es imposible confundirla con nada. Despues son tan escasos en la ciencia, los casos de sífilis tardía y además hacía tanto tiempo de la inoculacion del padre que creo poder afirmar que se trata aquí de una sífilis adquirida».

Estas dificultades de diagnóstico, son quizás las más raras que se presentan pero, hay todos los dias en la práctica, casos mucho más comunes.

Cuando estamos en presencia de un chancro para decidir si es simple ó no, tenemos que ser muy prudentes. Sinembargo confieso que siempre he encon-

trado la induracion característica y la pleiade ganglionar siendo el chancro único. Mas difícil ha sido decidirme á veces, cuando he encontrado, tres ó cuatro á la vez y recuerdo un jóven de veinte y ocho años á quien tuve en observacion más de quince dias, porque habiendo padecido anteriormente de chancros simples tenía un infarto ganglionar pronunciado del lado derecho. En esa época se produjo la induracion característica y mis dudas se desvanecieron.

Una pregunta que me he hecho amenudo es dónde se adquiere la sífilis con mayor facilidad.

He llevado una especie de estadística al respecto, muy incompleta porque los datos de los enfermos eran muchas veces inciertos y no me atrevo á publicarla. Sinembargo, un resultado práctico he sacado de ella. En Buenos Aires es mucho más peligrosa la prostitucion clandestina que la pública. Casi todos mis enfermos acusaban á una cocinera, una sirvienta ó una costurera, pocos la adquirian en las casas de tolerancia, y se concibe fácilmente esto, mucho más se cuida una mujer pública, cuya vida depende, puede decirse, de su estado de salud que una mujer cualquiera.

Quiénes adquieren más fácilmente la sífilis? Soldados, vigilantes y marineros, que están sujetos á una discíplina rigorosa y que cuando consiguen un dia de libertad y tienen dinero, van á gastarlo con mujeres de la más baja escala social, hay además esta particularidad, sus sífilis son generalmente gra-

ves porque acuden tarde al médico y no siguen sus prescripciones religiosamente.

Permítaseme señalar una causa comun de la sífilis entre nosotros, es el uso del mate.

Cuando yo recien empezaba á ver enfermos creía que era una ficcion esa clase de contagio y me reía cuando decían que en el Paraguay, la sífilis era casi universal gracias al mate.

He visto tres casos desde entónces y he oido de cientos, en los cuales la única causa imputable era el mate.

Uno de ellos era un hombre que tenía un chancro en el lábio inferior, que siguió su desarrollo y pronto aparecieron los síntomas secundarios.

El segundo, una mujer honrada madre de familia á quien un amigo había advertido que no tomara en el mate que él tomaba, por estar enfermo de placas mucosas, ella no hizo caso y un mes después me veía por un chancro en el lábio inferior.

El tercero otra mujer en las mismas condiciones.

Yo quisiera que esa costumbre, tan arraigada entre nosotros, se modificara y que hubieran tantos mates como personas, ó que por lo menos, se lavara cada vez la bombilla.

Otra manera de propagacion frecuente en nuestra juventud es el practicar el coito, en casas de tolerancia, con erosiones y aun chancros simples en el pene como conozco mas de un caso.

Hay que citar ademas el peligro á que están ex-

puestos los médicos, estudiantes y parteras cuando se trata de operaciones en un sujeto sifilítico.

Conozco un médico que haciendo una circuncision, en un individuo que tenía un chancro que había producido un fímosis, se cortó lijeramente con la tijera, llevó inmediatamente por un movimiento instintivo su dedo á sus lábios y veinte dias después aparecian dos chancros, uno en el dedo y otro en el lábio, se cauterizaron enérgicamente con fuego y felizmente no tuvieron consecuencias.

La sintomatolojía de la sífilis es tan variada que es, puede decirse, la enfermedad en que menos se presentan dos casos iguales.

Sinembargo las grandes líneas del cuadro no cambian, chancro, pleiade ganglionar, roseola.

Con la roseola empiezan las mayores diferencias. He visto enfermos en los cuales había que buscarla con sumo cuidado y en los que apenas se encontraban dos ó tres manchitas en la region hipogástrica.

Otros al contrario, presentaban una roseola tan generalizada en todo el cuerpo, que ni la cara se escapaba.

Entre estos dos tipos extremos caben todas las graduaciones imajinables. Por ejemplo, no es raro ver una roseola limitada al pecho, al hipogastrio ó á los miembros inferiores. Siempre he observado que la roseola tendía á tomar la forma de círculos concéntricos, lo que me ha servido de dato en casos difíciles.

La alopecía sigue generalmente, empezando por el pelo, las cejas, las pestañas y por fin la barba.

No haré sino repetir aquí aquel axioma que dice que «*la sifilis no hace calvos*» en efecto siempre cae el pelo de manera á aclarar la cabeza pero rarísima vez en montones que pudieran dejar un espacio sin él.

Cuando se arrancan pelos de un sifilítico salen dos ó tres nunca más.

Las placas mucosas, accidente tan constante que no he visto hasta ahora un caso sin ellas, se producen al tercer mes de la infeccion á veces antes y duran tres ó cuatro meses y de esto se desprende este principio de profilaxia y es que, cuando mayor cuidado debe tener el sifilítico de contacto con otras personas, especialmente por medio de los besos, á las criaturas, de los vasos, cuchillos servilletas, etc., de que se sirve, es en los primeros seis meses.

He notado que son más numerosas y durables en los fumadores y siempre las he visto disminuir cuando prohibía terminantemente el uso del tabaco. Una muela cariada puede producirlas por su contacto con la lengua.

Por lo general indoloras, he visto casos en los cuales mortificaban grandemente al paciente, de tal manera que los movimientos de masticacion y deglucion se hacían difíciles y dolorosos.

Las sifílides secundarias son comunes y afectan generalmente la disposicion regional. He observado en un enfermo que asisto, que cada mes más ó

menos está afectado de lijeros accesos de fiebre, que producen una abundante erupcion de sifílides papulosas, estas papulas se llenan de pus, se secan y caen.

Casi siempre dejan estas sifílides cicatrices y en un enfermo he visto una, rarísima y única, en forma de riñon en el tercio medio de la pierna.

La falta de aptitud para el trabajo y la sensacion de fatiga son accidentes bastante comunes al principio de la enfermedad.

La hipocondria es rara y el desgraciado que está afectado por ella es generalmente, un hombre inteligente y de elevada clase social, que se considera un objeto de repulsion para sus semejantes y una fuente de padecimientos con quienes está íntimamente en contacto.

La anemía en los primeros períodos es un hecho muy común, está probado que el virus hace disminuir los glóbulos rojos, por consiguiente, no es extraño que se produzca. La anemía se presenta en todos los grados pero en los indivíduos linfáticos es mucho más acentuada que en los sanguíneos.

Las vegetaciones son comunes dolorosas é incómodas, en una enferma que ví en el Hospital Mixto, habían adquirido en la vulva un enorme desarrollo y desprendian un olor fétido.

En los bombres se presentan en el ano y producen dolor y excoriaciones que dan á la marcha de los enfermos un aspecto característico. La fetidez es tambien un signo.

La fiebre sifilítica caracterizada, por una elevacion á veces enorme de la temperatura sin oscilaciones regulares, haciendo á veces curvas termicas raras, no es frecuente.

Citaré el siguiente curioso caso, que une ademas un accidente muy raro, es decir fenómenos de congestion pulmonar.

N. N. de 24 años, de buena constitucion, fué presa en Abril de 1886 de un chancro que se creyó simple, por no presentar signos característicos y no poderse hacer exámen microscópico.

Sobrevino la fiebre de invasion que no tuvo carácter excepcional. A los veinte dias, por falta de tratamiento, se produjo una balanopostitis que trajo como consecuencia un fímosis, que fué reducido, consecutivamente sobrevino un parafimosis con gangrena del glande, se hicieron repetidas lociones de un cocimiento de quina y se administraron píldoras de protoioduro de mercurio.

Todo entraba en órden cuando el 10 de Mayo fué atacado el enfermo de una fiebre curiosa, con remisiones matinales y exhacerbaciones vesperales que llegaban á 41°. El 15 de Mayo se notaron todos los signos físicos de una congestión pulmonar doble y en la noche del 21 la fiebre subió á 42°, 3! La fiebre no cedia á la quinina y la antipirina solo conseguia hacerla descender momentáneamente, se hicieron fricciones mercuriales y se vió con gran sorpresa que no solo desapareció la fiebre en una semana, sino tambien los síntomas congestivos.

Muchas veces se nota una irritabilidad de carácter que, no es especial á la sífilis porque muchísimas enfermedades crónicas la poseen.

En dos enfermos he podido observar una laringitis eritematosa que se manifestaba por el enronquecimiento de la voz y á veces por una afonia casi completa, cedía fácilmente al tratamiento.

La iritis sifilítica es poco comun, he visto un enfermo en el cual estaba complicada de Keratoconus que como es natural traía alteraciones en los medios refringentes del ojo, produciendo el astigmatismo por el cambio de curvadura de la cornea.

Las onixis son accidentes que he observado amenudo, caracterizadas por su indolencia. Las perionixis más raras suelen tomar á veces un carácter inflamatorio que puede hacerlas confundir con un panadizo.

Los accidentes terciarios que he tenido ocasion de ver, son relativamente muy escasos, porque no van casi nunca á los consultorios de enfermedades venéreo sifilíticos y hoy gracias á la eficacia del tratamiento se hacen cada vez más escasos.

El carácter que los distingue es, que son generalmente únicos, mientras que los secundarios son múltiples.

He visto varios casos de hemorrajia y resblandecimiento cerebral, cuyo orígen más probable era indudablemente la sífilis.

Un curiosísimo caso de sífilis invertida, es decir, la aparicion de los accidentes terciarios junto con el chancro primitivo, es el siguiente:

N. N. de próximamente 27 años, soldado, entró á ocupar una cama en la casa de Aislamiento en 1886.

No se pudo obtener dato alguno respecto del tiempo que hacía que se encontraba enfermo, razon por la cual todo lo relativo á la enfermedad tuvo que obtenerse por medio de la observacion clínica.

El síntoma más notable era una gran escitacion acompañada de débiles gritos inarticulados.

El párpado derecho edematoso y el ojo del mismo lado con la cornea completamente opaca y un gran quémosis carnoso.

Toda la superficie cutánea cubierta de un exantema roseólico y la region dorsal y miembros superiores é inferiores cubiertos de numerosas rupias, habiendo tres de ellas en el cuero cabelludo.—En el surco balano prepucial, habia un inmenso chancro con todos los caracteres que clásicamente se han asignado al infectante.

Infarto de los ganglios de la ingle y del cuello.

El enfermo estaba afásico, temperatura 38° 7. Se hicieron inyecciones de bicianuro de mercurio, sindectomia, pocion con bromuro y ioduro de potasio.

Al dia siguiente se rompe la córnea y supura el ojo.—Desapareció la escitacion quedando en un estado comatoso el enfermo, despues de estar dos dias en este estado, murió al cuarto dia de entrar.

En la autopsia se encontró una opacidad general de las meninjeas, más intensa en el hemisferio izquierdo, la masa cerebral estaba resblandecida, con predominio del mismo lado.—La parte posterior de la bóveda orbitaria destruida y ninguna otra lesion pudo apreciarse en los demás órganos. Este caso está citado en la tesis del Dr. Esteves.

No citaré aquí en sus detalles por ser demasiado conocido, el lindísimo caso de aneurisma de la axilar que se presentó en el Hospital de Clínicas en 1887, cuyo orígen sifilítico es para mí indudable y que debió su salvacion á la enérgica intervencion del Dr. Pirovano, quien ligó la subclavia apesar de las condiciones desfavorables que ofrecía el enfermo (alcoholismo, ateroma y lesion valvular del corazon), con espléndido éxito.

En cuanto á la etiolojía constante que Fournier atribuye al tabes dorsalis como consecuencia de la sífilis me parece mucho menos probado y creo que son ne-

cesarias nuevas investigaciones para comprobarlo.

El pronóstico de la sífilis se está haciendo cada vez menos grave. Qué diferencia con la sífilis de los soldados de Cristóbal Colon de los que todos los atacados morian sin exceptuar clase social alguna! Hasta reyes como Francisco I han pagado su tributo!

Todo debido al mercurio y á la manera de administrarlo. La sífilis está haciéndose cada vez más benigna y quizá nuestros nietos no conozcan los accidentes terciaríos sino por nuestras descripcio nes, como no conocemos la podredumbre de hospital sino por los libros. Pero no es solo el mercurio el que provoca esta benignidad, sino tambien la ate nuacion del virus por las generaciones sucesivas. El hijo de un sifilítico que adquiera la sífilis, la tendrá siempre más benigna que el hijo de un hombre inmune.

Sinembargo es de nuestro deber, cuando se nos presenta un enfermo, advertirle de la gravedad de su enfermedad y por mi parte le significo que no podrá considerarse sano, antes de dos años de tratamiento y no habiendo ningun síntoma desde hace meses.

Una de mis mayores dificultades ha sido convencerlos de que no están curados apesar de no haber síntoma alguno, pocos meses daspues de empezado el tratamiento. Las fricciones han hecho á veces desaparecer casi al momento placas mucosas, roseola. etc. y los enfermos no se atendian ya.

Y ya que se trata de pronóstico, voy á decir cuatro palabras sobre lo que pienso del matrimonio y la sífilis. Yo creo que un sifilítico que ha seguido durante cerca de dos años un tratamiento racional y no presenta síntoma alguno hace un año, puede perfectamente contraer matrimonio y tener hijos sanos y robustos, En cambio, antes de esos dos años, me parece una imprudencia, autorizar un matrimonio que puede perjudicar tánto á una familia, comunicando la sífilis á la mujer y por consiguiente á los hijos.

En cambio si se trata de una mujer sifilítica, como trasmitirá seguramente la sífilis al recien nacido, siendo muy raro que el padre lo haga, creo que el periodo de observacion debe, para ella, ser mucho más largo, cuatro años lo menos despues de empezada la enfermedad que ha sido bien atendida.

Todo esto puede modificorse naturalmente segun las circunstancias individuales y no se puede someter á una regla la conducta del médico en estos casos.

Recuerdo á propósito de esto, una mujer que se asistía en nuestro consultorio del Círculo Médico, que presentaba todos los antecedentes de la sífilis, pleiade ganglionar, cicatriz del chancro infectante, manchas oscuras en el cuerpo etc.—Esta mujer era casada y habia tenido tres abortos ya.—Examinada atentamente vimos en ella los siguientes síntomas que nos hicieron diagnosticar un embarazo en el quinto mes. —Latidos del feto en el hipogastrio izquierdo, como á cuatro traveses de dedo del ombligo, aumento de volúmen del vientre, suspension de la menstruacion etc.—Empezamos por recetarle fricciones, pero viendo que no las sabia hacer, las sustituimos por el li-

cor de Van Swieten y tuvimos el placer, cuatro meses despues, de ver que el parto se habia efectuado, habiendo dado á luz un niño sano y á término.

La cuestion del secreto médico la he tratado ya en la introduccion

La profilaxia de la sífilis es una cuestion de actualidad y está basada sobre la reglamentacion de la prostitucion, unica fuente que está, puede decirse, bajo el dominio de los medios á nuestro alcance.

Felizmente el sifilocomio está en vias de ser un hecho en Buenos Aires y tiempo es ya de que asi suceda porque la sífilis se extiende cada vez más.

Voy á abordar el tratamiento que es lo que más he podido observar.

Hay un específico para la sífilis como lo hay para la fiebre intermitente.

El mercurio es el único medio de curar la sífilis, y digo curar, porque estoy convencido que la sífilis se cura cuando hay perseverancia y se siguen las prescripciones del médico.

He conocido un individuo, sinembargo, que pretendía haber sido sifilítico y estar sano sin haber tomado mercurio, solo con baños turco-romanos. No se qué grado de veracidad tendrá esto, pero hasta nueva órden seguiré administrando mercurio á mis pacientes.

Se presenta esta cuestion ¿cómo administramos el mercurio?

Muchas preparaciones hay preconizadas sostenidas todas por espíritus eminentes.

Las inyecciones hipodérmicas de bicloruro ó de bicianuro de mercurio, han sido y son empleadas muy amenudo. Las he visto aplicar en el Hospital de Clínicas con mucha frecuencia y he visto sus excelentes resultados. Pero permítaseme dirigirles un reproche. Son sumamente dolorosas, de tal manera que muchos enfermos se resisten á emplearlas. Sus efectos son además más tardíos que los de las fricciones. En cambio son limpias, cómodas de aplicar, se está seguro que el enfermo cumple el tratamiento, se conoce la dósis introducida y por fin no provocan la salivacion mercurial con tanta facilidad.

Las píldoras de protoioduro de mercurio, usadas por Fournier en todos sus enfermos, me parecen de efectos muy tardíos. Los sintomas desaparecen muy despacio y el enfermo se cansa de esperar un resultado favorable. Pero su gran inconveniente no es ese, sino el de provocar alteraciones gastro intestinales que extenuan el enfermo, en una enfermedad en la que precisamente se necesitan todas las fuerzas del organismo para combatir el mal.

El bicloruro de mercurio absorbido por la via gástrica en la forma de licor de Van Swieten ó píldoras de Dupuitren muy usadas en la práctica, no es para mi suficiente para combatir la sífilis.

Tiene luego el licor de Van Swieten un sabor me-

tálico muy desagradable y los enfermos protestan contra un régimen prolongado.

El mismo reproche puede hacerse al jarabe de Gibert que si bien es agradable al principio, concluye por hacerse repugnante, tiene sinembargo la ventaja de unir el biioduro de mercurio al ioduro de potasio pudiendo asi hacer un tratamiento mixto.

Por mi parte no he visto aplicar el peptonato ni el albuminato de mercurio en inyecciones.

Las inyecciones hipodérmicas de calomel hechas con un centígramo de calomel para medio centímetro cúbico de vaselina líquida, son demasiado enérgicas para ser aplicadas en la práctica. Solo una vez las he visto emplear y dos inyecciones bastaron para hacer desaparecer una iritis sifilítica, en cambio se produjeron dos tremendos abcesos. Yo creo que están indicadas siempre que se trata de una sífilis que resista á todos los otros medios de tratamiento.

En el mismo título entran los polvos de Pollini y apesar de la repugnancia que experimenta el médico, de valerse de un medio cuya composicion no conoce, los brillantes resultados que han dado en casos deshauciados en los cuales no servia ningun tratamiento, hacen de ellos un auxiliar de primer órden.

Voy á concluir con las fricciones mercuriales dejando de lado las demás preparaciones que poco se usan.

Después de haber usado de todas las preparaciones anteriores, tenemos que dar la preferencia á las fricciones. Hemos visto con ellas resultados notables y entre otros recuerdo estos dos casos.

Uno tenia placas mucosas, sifílides regionales tenaces y una iritis sifilítica, después de una decena de fricciones habian desaparecido todos los accidentes. Lo he vuelto á ver un año después y no presentaba síntoma alguno.

Otro, era una mujer contajiada por el mate, que fué sometida al tratamiento desde la aparicion del chancro, los accidentes secundarios fueron insignificantes, una roseola fugaz, tres ó cuatro placas mucosas y nada más. Un año después estaba en perfecto estado de salud, habiendo seguido con perseverancia el tratamiento que le indicamos.

Solo cito estos casos porque los he vuelto á examiminar, cosa difícil en un Consultorio.

Voy á indicar la manera cómo formulamos el tratamiento.

Si se presenta un enfermo, empezamos por ordenarle un régimen tónico. Que se alimente bien y si es posible tome un vino generoso como oporto ó jerez en sus comidas. Al mismo tiempo evitamos todo trabajo manual ó intelectual excesivo. Le prohibimos terminantemente todo exceso especialmente en el coito, las vigilias, las orgías. Cuando se trata de una persona acomodada, el cambio de medio, el campo, las estaciones balnearias marítimas, Montevideo ó Mar del Plata, mucho mejor aun un viaje á Europa.

Este tratamiento moral es un coadyuvante precioso en el tratamiento y en muchos casos se le deben por lo menos la mitad de los resultados.

Sus mejores efectos se notan en aquellos enfermos preocupados, hipocondríacos, ensimismados, que se mejoran grandemente. He oido recomendar muy especialmente para la sífilis, los baños del Rio Negro en la República Oriental, no los conozco y no he visto enfermo alguno que se haya tratado allí.

Una vez cumplidos estos requisitos, recetamos la pomada mercurial doble en paquetes que contenga cada una tres gramos de pomada.

Decimos al enfermo que se haga una friccion todas las noches, durante un mes.

Primeramente se lava el enfermo la parte donde debe friccionarse con agua y jabon. Luego hace su friccion suavemente durante media hora por reloj y por fin lava otra vez con agua y jabon.

Como si se hiciera en una misma parte podría producirse un eczema, le ordenamos que lo haga respectivamente, en la cara anterior de los antebrazos, luego en las axilas, hipogastrio y cara interna de los muslos, buscando siempre las regiones donde es más fina la piel, para que pueda hacerse fácilmente la absorcion.

Todas estas precauciones pueden parecer de más pero he visto un enfermo á quien su médico nos decía que no había obtenido resultado alguno con las fricciones é investigando la causa vimos que apenas se

hacía una friccion mal hecha de cinco minutos á lo sumo, dejándose la pomada hasta el siguiente dia y está probado que no se absorbe la pomada si no se la hace penetrar por fuerza; en ese enfermo desde que se hicieron bien las fricciones se notó un cambio favorable que convenció al médico en cuestion.

Despues de treinta fricciones se suspenden y se formula licor de Van Swieten á la dosis de un centigramo ó dos por dia.

Nueva serie de fricciones al mes y licor de Van Swieten y alternando de esa manera se hacen en todo noventa fricciones y se establece en seguida el licor de Van Swieten para el resto del tratamiento.

Naturalmente en medicina no hay regla absoluta y muchas veces se suspenden antes las fricciones ó si el enfermo presenta intolerancia se suspenden inmediatamente.

Al mismo tiempo ordenamos una limpieza contínua de la boca, especialmente despues de cada comida con un cepillo y polvos de carbon y quina, esto quizá es lo mas difícil de hacer comprender á la gente pobre.

Nunca he visto de esa manera, un caso de estomatitis, cuando más una exageracion bien natural de la secrecion de la saliva.

Hechas como las hacemos, no se les puede dirigir el reproche de que sean sucias, ni que provoquen la estomatitis, pero hay un defecto y es que pocos enfermos tienen la paciencia de estar friccionándose durante media hora, y muchos creen aventajar ha-

ciéndolo con fuerza durante cinco ó diez minutos. Muchas veces hemos tenido que recurrir á otros medios á causa de esto.

Al mismo tiempo que las fricciones, ordenamos, cuando se pueden hacer, los baños turco-romanos que presentan muchas ventajas, en primer lugar para eliminar la sífilis y su remedio, es decir el mercurio, y segundo curan muchas veces sifilides regionales tenaces sobre las que no obraba el mercurio.

Cuándo debe empezarse el tratamiento? Desde que el enemigo está en la plaza, es decir con la aparicion del chancro bien diagnosticado y creo que el reproche que muchos hacen, que, usando nuestros medios desde el principio nos quedamos sin armas para cuando vienen accidentes serios, es vano: Si nos quedamos sin armas en cambio destruimos el ejército enemigo y un sifilítico que se ha mercurializado desde el principio presenta generalmente una leve roseola y una que otra placa mucosa, nada más.

Conviene dar, como hacen los ingleses, ioduro de potasio desde el principio para ir eliminando poco á poco el mercurio? Aquí estoy conforme con los que decian que nos quedabamos sin armas. El ioduro de potasio produce todos los accidentes del iodismo en algunas personas, este inconveniente no es serio en verdad porque es una afeccion pasagera pero en cambio, las nefritis que se observan en los que han usado, y abusado del ioduro son un hecho desgraciadamente cierto, recordemos que en los accidentes

terciarios es nuestro más precioso medicamento y que vale allí mil veces más que el mercurio.

De manera que en los enfermos que toleran bien el mercurio no demos ioduro y reservémosle para aquellos en quienes se produce fácilmente la estomatítis y en general para prevenir y combatir los accidentes terciarios.

Prevenirlos, haciendo tomar al enfermo ioduro desde que se concluye el tratamiento mercurial. Combatir los accidentes terciarios con dósis altas y repetidas de ioduro de potasio aunque produzca cefaleas, coryza y erupciones en la piel, «*aux grands maux, les grands remèdes.*».

Voy á tratar ligeramente la manera de combatir cada uno de los síntomas de la sífilis.

El chancro infectante es por lo general benigno y cede fácilmente al iodoformo, ácido salicílico, etc. Hay una indicacion sin embargo principal y es cauterizar el chancro para contentar a los que piensan que es una enfermedad primitivamente local y luego general, yo no pertenezco á esa escuela pero por si acaso, lo haré siempre que no haya pleiade ganglionar, cauterizar entonces es perfectamente inútil. Contra la alopecia he usado, con bastante éxito, la tintura de cantaridas, á la dósis de 10 gramos en un frasco de agua de lociones para el cabello.

Las placas mucosas se cauterizan todos los dias ó cada dos dias, con un lápiz de nitrato de plata. Debe impedirse además el cigarro.

Las sifilides se influencian muy favorablemente haciendo las fricciones en el lugar atacado.

La anemia por medios tónicos y reconstituyentes, el aire, la luz, un régimen alimenticio apropiado, alguna preparacion ferruginosa ó el vino de quina y sobre todo el mercurio á pequeñas dósis que aumenta el número de globulos rojos de la sangre.

Las vegetaciones con aplicaciones tópicas de ácido crómico al 10 %, de nitrato ácido de mercurio ó de nitrato de plata, cuando son en el ano y sobretodo para prevenirlas, debe recomendarse una higiene muy severa, tomar baños de asiento todos los dias.

Las larinjitis por medio de aplicaciones tópicas de nitrato de plata.

La iritis sifilítica por medio de los midriáticos, atropina, duboisina, etc.

Las onixis por medio de aplicaciones tópicas de ungüento mercurial.

En cuanto á los accidentes terciarios no presentan medicacion especial que debe ser siempre sintomática, además del ioduro de potasio.

Pero el principio que debe prevalecer en el ánimo del médico es que el tratamiento general es todo y sin el no veremos desaparecer ningun síntoma, todos los medios que acabo de indicar son simplemente coadyuvantes.

Cuándo debe suspenderse el tratamiento? Creo que dos años de mercurio son suficientes para curar la sífilis, se hace tomar en seguida durante un año,

ioduro de potasio y para un período de quince años más ó menos, tomar durante un mes todos los años jarabe de Gibert.

Así se evita el inconveniente de la sífilis cerebral que muchas veces no es tal sífilis sino un envenenamiento crónico por el mercurio.

Hay naturalmente muchas excepciones á esta regla. El individuo que vá á casarse debe hacerse aunque no tenga síntoma alguno una serie de treinta fricciones.

Con esto he condensado en pocas páginas, no la sífilis, pero si mis ideas al respecto.

Quizá la práctica y el adelanto de la ciencia me hará mirar como erróneo todo lo que he escrito, dentro de diez ó quince años, pero hoy por hoy la mayoría de los prácticos son partidarios de estas ideas, especialmente en lo que se refiere á las fricciones mercuriales.

## Chancros simples

—

Accidente bastante comun en la historia de las enfermedades venereas, los chancros simples suelen, á veces, revestir formas bastante graves para preocupar sériamente la atención del médico.

El diagnóstico de ellos suele inducir á confusion con el chancro infectante y el espacio de mi tésis no me permite repetir aquí todo lo que se ha dicho respecto de su diagnóstico.

Básteme indicar su multiplicidad, su reinoculabilidad en cualquier punto del organismo, sus bordes tallados á pico, la ulceracion profunda á que dan orígen la ausencia de fibras elásticas al exámen microscópico y el bubon con tendencia á supuracion que casi siempre producen.

Entre los casos que he visto voy á citar uno que ocupaba una cama en la sala del Dr. Montes de Oca, que se había convertido en fajedenico y devorado poco á poco todo el pene del paciente.

Otro que se nos presentó en el Círculo Médico y cuya evolucion maligna pudimos detener gracias á una cauterizacion enérgica.

Salvo estos casos que felizmente no son comunes, en la mayoria, su pronóstico no se presenta tan oscuro.

Una de las primeras recomendaciones que hacemos siempre á los enfermos es, una higiene severa y bien entendida. Antes que nada, limpieza. El lugar donde se implanta el ó los chancros, nos da tambien algunas indicaciones, si es en el surco balano prepucial por ejemplo, debemos separarlo cuidadosamente por medio de algodon para que no se reinocule y se presente, como he visto más de una vez, una verdadera corona de chancros alrededor del glande.

Los medios que hemos puesto más en uso para combatirlos son los siguientes:

En primer lugar citaré el iodoformo en polvo, que siempre me ha dado excelentes resultados. El iodoformo tiene desgraciadamente un olor detestable y cuando se trata de una persona que quiere ocultar á los suyos, la afeccion de que padece, no se puede recetar.

Lo he mezclado con café como se hace en el Hospital de Clínicas, con esencia de menta, con esencia de lavándula, con cumarina, etc. y nunca he podido quitarle su olor característico. Hoy hago que el enfermo parezca haberse dado un golpe en un dedo, que cubro con un guante, de manera que así queda distraida la atencion.

He usado mucho el ácido salicílico y siento aquí estar en desacuerdo con médicos distinguidos que le

dan la preferencia sobre el iodoformo, sobretodo á causa de que es inodoro.

He visto dos veces al ácido salicílico aplicado puro, producir una balano postitis que venía á complicar la enfermedad primitiva.

Lo he mezclado entónces son polvos inertes licopodio, subnitrato de bismuto, etc. y me he convencido que si bien no hay balano-postitis, la curacion es mucho más tardía.

El iodoformo es además un antiséptico muy superior al ácido salicílico.

He visto aplicar amenudo polvos inertes y nada más, para la curacion del chancro, pero en los casos de curacion esta se hacía muy lentamente y siempre venía el bubon á complicar el chancro.

El iodol es bueno, pero su accion no es ni parecida al iodoformo.

La resorcina me ha dado resultado en un enfermo á quien el iodoformo producia un vivo escozor que no podia resistir, pero mi experiencia con este medicamento es poca de manera que no insisto.

El gran remedio para mí es la cauterizacion ígnea. Una buena aplicacion á tiempo de termocauterio puede detener la marcha del proceso é impedir el bubon. Los enfermos sinembargo se someten poco á este tratamiento, para una enfermedad que saben ellos que puede curar con polvos.

He usado el nitrato de plata en esos chancros que toman la forma de una úlcera atónica que duran hasta meses y no reaccionan la inflamacion franca

y de buena naturaleza que se sustituía, producía una viva reaccion y la rápida cicatrizacion del chancro.

Para concluir diré que he recomendado á varias personas como medio profiláctico del chancro simple, lavarse con agua y vinagre aromático, después de practicado el coito y he tenido la felicidad de ver que ninguna de esas personas ha sido contaminada hasta ahora.

Algunos llaman á estos chancros blandos, y al infectante duro, me parece una mala nomenclatura porque el infectante puede no ser duro y vice-versa, por eso uso la denominacion de chancro simple.

## Blenorrajia

—

Esta afeccion tan común que pocos son los hombres de una ciudad que se libran de ella, es interesantísima porque los recursos que se poseen contra ella son numerosos.

No hablaré aquí de la nueva teoría que quiere que la blenorrajia sea una enfermedad general y no local, manifestándose por el reumatismo y la iritis blenorrájica (Besnier).

General ó local es hoy fuera de duda que la blenorrajia es una enfermedad debida á un bacterio, al gonoccocus de Neisser y que por consiguiente para adquirirla se necesita estar en contacto con una persona contaminada.

Entra en el grupo de las enfermedades específicas.

La blenorrajia afecta igualmente á la mujer y al hombre y sus tres períodos de aumento, de estadío y de declinacion se presentan bastante bien caracterizados.

La teoría de Noegerath, que quiere que toda mujer que tiene aproximaciones sexuales con un individuo

atacado de blenorrajia en cualquier época de su vida aunque esté curado, está condenada á padecer de un catarro uterino ó una ovaritis, me parece un sublime disparate.

El diagnóstico es generalmente fácil, la secrecion muco purulenta que sale del meato urinario cuando se comprime la uretra, da una prueba palpable. Hay mujeres sinembargo que trasmiten la blenorragia sin tenerla al parecer, lo que ha dado base á la teoría de los que sostienen que no es específica. Es que no saben buscarla.

En efecto, muchas veces con una mucosa vaginal perfectamente sana, se creería que no hay nada, pero llevando el dedo hasta el fondo de saco anterior y trayéndolo otra vez, apretando fuertemente la uretra, se ve salir por el meato una gota de mucopus.

El pronóstico es generalmente benigno cuando encontramos un enfermo que obedezca nuestras prescripciones, pero no siempre sucede asi y las complicaciones comunes como la orquitis, la cistítis, la oftalmia purulenta, los bubones vienen á oscurecer el pronóstico. Además la blenorrajía tiende generalmente á hacerse crónica y tenemos enfermos que durante meses y años se estan tratando, sin conseguir resultado alguno.

El tratamiento ha sido muy discutido y no hay casi dos autores que concuerden en sus opiniones, unos quieren el tratamiento antiflojístico, otros el astringente.

Por mi parte cuando se me presenta un enfermo he aquí como procedo:

En el hombre, si la blenorragia es muy aguda, hacen dos, tres, ocho dias que el enfermo la tiene, empiezo por dictarle un régimen severo con exclusion absoluta de los alcoholes especialmente vinos blancos y cerveza. Le hago poner inmediatamente un suspensorio que impide la extension de la inflamacion á los testículos. Le ordeno el reposo, que camine lo menos que pueda. Le prohibo los condimentos y alimentos excitantes. Las vigilias, el coito formalmente prohibidos. Le exijo además una limpieza extraordinaria y le pinto con sombríos colores las consecuencias de una conjuntivitis blenorrájica; quien haya visto un caso solo de esta complicacion se guardará bien de criticar estas medidas.

Una vez hechas estas prescripciones, deben empezarse las inyecciones inmediatamente? Yo no creo, generalmente espero una semana, durante la cual toma el enfermo agua de cebada ó de gramilla para suavizar y aumentar la cantidad de orina.

Hecho esto, empiezo las inyecciones astringentes de sulfato de zinc muy débiles al uno en trescientos de agua.

Hago hacer dos ó tres inyecciones *pro die* y prevengo al enfermo de hacer préviamente una inyeccion con agua para lavar la uretra y poder obrar mejor el sulfato de zinc.

Muchas veces he visto que no se conseguian resul-

tados debido á no saber hacer las inyecciones. No me canso pues de repetirles, que lleven el pene hácia abajo, que empujen suavemente el embolo de la jeringa, que una vez el líquido en la uretra, compriman el meato y lo retengan asi durante tres á cuatro minutos.

Que orinen antes de practicarse la inyeccion. En las blenorrajias *en garabatillo* como se llaman vulgarmente, en que el pene está en erección casi contínua y tendido como un arco, además de los baños de asiento, he notado que la miccion era mucho menos dolorosa cuando se hacía, sumerjiendo el pene en agua caliente, lo mismo en las simples cuando el ardor es muy grande.

Las inyecciones se van concentrando á medida que el enfermo se acostumbra á ellas. Sinembargo he reconocido cuan cierto es el principio que, inyeccion que arde mucho no sirve, en contra de la creencia del vulgo que cree que cuanto más fuerte es mejor.

Poco á poco llego al uno por ciento y allí me estaciono.

Ahora bien, la uretra que, como cualquier tejido del organismo, se acostumbra á la accion de un cáustico es necesario cambiarle y aprovecharé para pasar en revista las principales inyecciones que se han puesto en uso.

Los tres sulfatos de hierro, cobre y zinc, son buenos y he visto algunos éxitos, la dósis á que se

usan es generalmente de un gramo de cada uno en trescientos de agua.

El permanganato de potasio al uno por mil, tiene el inconveniente de descomponerse muy pronto, lo asocio siempre al bicloruro de mercurio.

El bicloruro de mercurio sólo no me ha dado resultados.

Una vez he usado el nitrato de plata en inyecciones, á la dósis de cincuenta centígramos en cien gramos de agua, pero el enfermo más bien empeoró y suspendí su empleo.

Acabo de ver recomendado en una revista el sozoiodato de zinc á 2 o/o en inyecciones, siendo el sozoiodol un derivado de los ácidos sulfonados del fenol. Todavía no se ha usado entre nosotros.

Las inyecciones de subnitrato de bismuto aisladoras que se usan entre nosotros, asociadas al láudano ó la cocaina, son para mí peligrosas, porque no siendo soluble el subnitrato, va suspendido en el líquido y alguna partícula puede introducirse en las lagunas de Morgagni y enkistándose allí, puede ser el punto de partida de un abceso urinoso.

Cuando se inícia el período de estadío, recomiendo entónces recurrir al uso de los balsámicos con moderación, Demasiadas veces he visto casos de intolerancia gástrica, que es su gran inconveniente. La copaiba y la cubeba solas ó asociadas, dan muy buenos resultados. La trementina produce muy pronto las alteraciones gástricas asi como el sándalo y sinembargo es á este último medicamento que re-

curro porque es el más eficaz, siempre que se obten ga puro, cosa difícil aquí donde tanto se alteran las sustancias farmacéuticas.

En la mujer la blenorragia aguda que comprende en su proceso la vulvitis, la vaginitis y la uretritis, estando casi constantemente ligadas estas dos últimas afecciones, el tratamiento es más fácil de llevar á cabo, se puede ver en la vagina por medio del tacto y del speculum sus ventajas ó inconvenientes.

Aquí he usado con ventaja al sulfato de zinc, el bicloruro de mercurio en inyecciones. La dósis que uso es de cinco gramos de bicloruro en cien de agua, de allí se saca una cucharada de sopa que se echa en un litro de agua más ó menos. Se pone un irrigador á cierta altura del suelo y se procede al lavaje; mañana y noche por espacio de media hora cada vez y se hace entibiar el líquido para evitar la sensacion desagradable.

La uretritis se combate con la misma inyeccion en la uretra.

Cuando la inflamacion se ha extendido y hay una endometritis del cuello, estos medios no son ya suficientes. He usado como todos, las aplicaciones tópicas de tintura de iodo y he visto eternizarse las enfermas en los consultorios, sin resultado alguno.

Se tiene que recurrir al raclaje del útero que para mi está indicado Para hacer esta operacion tan sencilla en apariencia, es necesario preparar á la pacien te con un régimen tónico. Dilatar el cuello una semana antes por medio de laminarias es una condi-

cion indispensable. El raclaje se hace con una cureta sin dientes para no herir profundamente la mucosa del útero. La complicacion rara que suele presentarse es una hemorrajia que es fácil de cohibir con el tamponamiento. No se debe recurrir á los cáusticos que pueden producir una oclusion de la cavidad del cuello.

La *blenorrea* sobreviene generalmente de la blenorrajia aguda y es tan frecuente porque son pocos los enfermos que se cuidan su blenorrajia como deben, sin hacer imprudencias en el régimen impuesto.

La blenorrea es quizá el factor más poderoso de las estrecheces blenorrájicas.

Es á veces rebelde á todo tratamiento y desespera al enfermo que no se ve libre de su afeccion.

Las inyecciones son generalmente inútiles y no hay consultorio de médico que no se vea lleno de estos enfermos que vienen dia á dia á pedir una nueva inyeccion.

Los sistemas que generalmente empleamos para tratarla son tres, las instilaciones de nitrato de plata de Guyon, las aplicaciones tópicas del mismo agente de Langlebert y el cateterismo.

El primero de estos procedimientos se hace instilando por medio de la sonda de Guyon, adaptada á una jeringa de Pravaz, quince á veinte gotas de una solucion débil de nitrato de plata. Tiene el inconveniente de no poder limitar bien la accion del

cáustico y producir á veces un vivo dolor en el paciente.

Bajo ese punto de vista es mejor el sistema de Langlebert que permite fijar el cáustico en el punto enfermo por medio de su conocido porta-cáusticos. Generalmente es el que he visto usar con mejor resultado.

El cateterismo solo, presenta reales ventajas, especialmente para un médico que no tiene consigo aparatos especiales y en los consultorios gratuitos donde se ven poco estos instrumentos.

El cateterismo obra de dos maneras, desplegando la mucosa hace, que la inflamacion que se localiza en algunos pliegues de la uretra, desaparezca y en segundo lugar destruyendo un principio de estrechez que casi siempre existe en estos casos. El tratamiento es á veces largo, pero los enfermos se prestan con gusto porque no es doloroso y su afeccion es tan tenaz que son capaces de cualquier sacrificio por verse libres de ella.

Suelen haber, en el curso de la blenorrea, recrudescencias que hacen asemejar la enfermedad á una blenorrajia aguda, ceden fácilmente á inyecciones de sulfato de zinc.

Las complicaciones que presenta la blenorrajia, además de los bubones, las orquitis y las estrecheces de que hablo en otro lugar, son las blenorrajias *en garabatillo* de las que ya he dicho cuatro palabras; muy dolorosas, con erecciones contínuas, he visto que

la mejor manera de calmarlas es salir al aire frio cuando se está encerrado en un cuarto.

La *cistítis* por propagacion de la inflamacion al cuello de la vejiga, sobreviene generalmente al mes de contraida la enfermedad. Se presenta con tenesmo vesical muy doloroso.

Una de las principales reglas es el reposo y en segundo lugar la administracion de diureticos que hagan menos irritante el contacto de la orina. El diurético de que me sirvo generalmente es una infusion de estigmas de maíz ó de lino, dando la preferencia al primero. El enfermo puede sustituir este brevaje á las bebidas habituales.

Al mismo tiempo prescribo el bromuro de alcanfor que me ha dado excelentes resultados.

La *conjunvitis blenorrájica* es quizá la complicacion que más temo en la práctica.

Provocada casi siempre por un descuido del enfermo que lleva su mano contaminada á sus ojos, no me canso de prevenírselos y para que no se produzca ordeno una limpieza absoluta, cada vez que se hagan inyecciones.

Generalmente monocular, he visto producirse la necrosís de la cornea con una rapidez extraordinaria, por el proceso inflamatorio. Los síntomas, bien conocidos, son la enorme hinchazon de los párpados, la abundantísima supuracion etc., que están descritos en todos los tratados especiales. El tratamiento que debe ser aplicado desde el primer momento, y seguido con todo rigor, debe consistir en

el empleo de cáusticos como el nitrato de plata, combinados á la accion del frio si este puede ser mantenido constantemente, sin interrupcion de un minuto, y además frecuentes lavados con ácido bórico. Para preservar el otro ojo, debemos poner un vendaje en el ojo sano y recomendar al paciente que se acueste del lado enfermo, así no podrá correr el pus al otro ojo. Recuerdo un enfermo que habia adquirido la afeccion secándose la cara con una tohalla de la que se había servido una mujer enferma.

Pero desgraciadamente sucede muy amenudo que el enfermo llega tarde á ponerse en manos del médico y presenta ya un quémosis carnoso, ya la necrosis de la córnea y hernia del irís. En el primer caso se hace la excision del quémosis y en el segundo se desenclava el iris y se instila eserina para combatir la presion intraocular y pueda hacerse bien la reparacion de la úlcera.

La *artritis blenorrájica* es rara, está localizada en una sola articulacion, generalmente la rodilla ó el codo. El mejor tratamiento es la inmovilizacion poniendo el miembro en la posicion más favorable por si acaso sobreviene una ankilosis accidente comun en esta complicacion, asi la pierna debe ponerse en extension y el codo en flexion.

El salicilato de soda tiene poca accion.

*La iritis blenorrájica* es sumamente rara, yo solo he visto un enfermo, cede fácilmente al tratamiento

por los midriáticos, acompaña casi constantemente al reumatismo blenorrájico.

Nada puedo decir sobre las mielitis, paraplejias ó ciáticas debidas á la blenorrajia, porque no he visto en ningun caso su orígen bien probado.

## Bubones

Casi siempre dependientes de los chaneros simples, suelen presentarse sinembargo en el curso de la blenorrájia.

En la sífilis sus caracteres son especiales porque son indolentes y numerosos ganglios estan infartados habiendo uno de mayor volúmen, el ganglio anatómico de Ricord, no tienden nunca á la supuracion sinembargo que hay casos excepcionales.

El bubon dependiente del chancro simple es casi siempre unilateral, ataca generalmente un solo ganglio, que se indura é inflama, la piel se pone roja, la region inguinal aumenta de volúmen, la presion es muy dolorosa y los movimientos del miembro inferior se hacen con dificultad, debido al sufrimiento que tienen los enfermos para hacerlos.

El pronóstico en si no es grave pero si llega á supurar, el enfermo tiene que estar hasta meses en cama y puede el bubon convertirse en chancroso.

El tratamiento que empleo es el siguiente: Si la piel no está empastada, si no hay fluctuacion revelando la presenciade pus, creo que puede detenerse

la marcha por medio de la aplicacion tópica de tintura de iodo y la compresion permanente junto con una cataplasma de Priesnitz. Hago notar este último detalle porque la compresion sola suele no dar resultado y no la he visto fallar nunca cuando se le asocia la cataplasma. Como es sumamente sencillo el hacerlo, no lo olvido nunca.

Curioso es ver la resistencia que oponen la mayor parte de los enfermos á la aplicacion de este tratamiento porque, hasta las personas cultas, creen que con esta reabsorcion van á envenenar su sangre.

Creo que la ventaja que se obtiene de no mantener una supuracion á veces larga y que suele concluir por la formacion de una fístula, la ausencia de cicatriz y la limpieza del medio empleado, recomiendan altamente y siempre que se pueda aprovechar este procedimiento.

La compresion debe ser bien hecha y renovada dia á dia, para que conserve su firmeza sino es lo mismo que no se hiciera nada.

La compresion dura quince dias en la mayoría de los casos y se ven desinfartar los ganglios poco á poco, hasta la curacion.

Al mismo tiempo se ordena el menor movimiento posible, estar de preferencia sentado ó en cama.

El reposo solo basta á veces para traer la cura cion.

Cuando la piel está empastada y hay fluctuacion, lo mejor es abrir paso al pus sin demora y obtendre-

mos asi una cicatriz linear y además la supuracion será escasa.

Una vez abierto el bubon se siguen las reglas ordinarias, lavajes antisépticos repetidos y drenaje para evitar la infeccion de la herida.

Cuando se presenta un enfermo que ha dejado supurar el bubon espontáneamente, vemos los bordes de la herida volcados, esta se presenta á veces con un carácter atónico, sin tendencia á una buena cicatrizacion, con pobres botones carnosos y á veces se establece una fístula. En estos casos está indicado avivar las superficies, cauterizando con nitrato de plata ó cualquier otro medio y mejor con termocauterio.

En cuanto á los medicamentos que pretendan hacer desaparecer un bubon formado, como el ioduro de potasio ó la zarzaparrilla, creo que son una ficcion de la imaginacion.

## Orquitis.

—

En los consultorios de enfermedades venéreo sifilíticas la orquitis propiamente dicha, se observa rara vez, en cambio la epididimitis es mucho más frecuente. La orquitis, en efecto, es generalmente traumática y contiene todos los grados descriptos en los autores.

La epididimitis casi siempre debida á la blenorrajia, empieza por manifestarse en el paciente por grandes dolores que se irradian al bajo vientre y á las piernas, despues de un ejercicio inmoderado, una excursion á caballo y á veces aún sin estos antecedentes. Al mismo tiempo se nota un aumento de volumen en un testiculo, bastante grande para quintuplicar á veces de volumen, una fiebre bastante intensa acompaña estos fenómenos con desarreglos gastro-intestinales en algunos casos.

El tratamiento que usamos en la orquitis, aguda naturalmente es en primer lugar el reposo, el enfermo debe acostarse, en la posicion decúbito dorsal, administramos un purgante, si los dolores son muy vivos y casi siempre lo son, recomendamos unos supo-

sitorios que contengan un centigramo de morfina, hacemos aplicar seis sanguijuelas en la ingle, se obliga al enfermo á tener una cataplasma, renovada á menudo sobre los testiculos;—el hielo en estas circunstancias no nos ha dado el mismo resultado y yo creo que es debido á que pocos enfermos saben usarlo, porque para que produzca una accion energica, es necesario que esta sea constante, sin interrupcion alguna, y rara vez se puede conseguir esto en la práctica.

Además los testiculos deben estar inmóviles y suspendidos por un suspensorio, el más simple es el mejor y creo que una tohalla puesta á la manera de un *chiripá* y bien sujeta á la cintura, es el mejor mientras el enfermo está en cama.

La permanencia en cama debe ser de quince días por lo menos y aún así mismo, he visto recidivar la orquitis. Es necesario, pues, que hayan desaparecido los sintomas de la inflamacion, que se puedan palpar los testiculos sin provocar un dolor intenso, sino veremos la recidiva y á veces la propagacion de la inflamacion al otro testiculo.

Una vez levantado el enfermo se le ordenará un suspensorio que esté compuesto de una capa de algodon cubierto por un tejido impermeable.

El enfermo debe caminar poco y no hacer exceso de ningun género especialmente en el coito, del cual debe abstenerse por un término bastante largo.

He oido decir al Dr. Sommer, que tiene un suspensorio de su invencion con el cual, el enfermo sólo

tiene necesidad de quedar tres días en cama á lo sumo, no lo conozco pero es un ensayo á hacerse, mucho más tratandose de un tratamiento nacional.

Los fomentos de digital recomendados por Besnier no me han dado resultado, como tampoco los de belladona.

En Paris se usa mucho ahora la suspension y compresion de los testiculos por medio de un vendaje en T.

He leido no se donde que la orquitis hacía desaparecer la blenorrajia que la había originado, por mi parte confieso que no lo he visto.

## Estrechez uretral.

—

Las estrecheces son de tres clases en cuanto á su orígen, ó bien son debidas á la blenorrajia, á un tran-matismo ó cicatriciales debidas á un chancro.

Esta última clase es rara y se asienta siempre en el meato ó en la fosa navicular. Las estrecheces traumáticas no tienen punto fijo dependiendo su localizacion de la causa que las ha producido, se tienen que tratar por la uretrotomía externa.

La estrechez consecutiva á una blenorrajia es la más común. Se distingue de la traumática, en que tarda mucho en establecerse, mientras que la otra está cons tituida pocos días despues de iniciado el proceso. La estrechez blenorrájica va obliterando poco á poco la luz de la uretra, la estrechez traumática puede hacerlo de golpe.

Uno de los primeros síntomas que nota el enfermo es la irregularidad en el chorro de la orina que sale unas veces bifurcado, otras en forma de regadera según el grado de estrechez. Algunos enfermos llegan hasta orinar sobre sus botines. La orina en ellos sale gota á gota y tienen que hacer gran-

des esfuerzos para poder hacerlo. Estos esfuerzos se explican si recordamos dos cosas, 1° hay cierto equilibrio entre los esfuerzos habituales y las fuerzas de la vejiga considerada como órgano de expulsión y cierta dósis media de resistencia que debe vencer antes de vaciarse; 2° según una ley de hidráulica, cuando una corriente líquida pasa por un tubo, este líquido ejerce sobre las paredes del tubo, un cierto grado de frotamiento proporcionado al volumen y la rapidez de la corriente y á las dimensiones del tubo. La menor disminucion en el calibre del tubo hace que el frote aumente en ese punto y para impedir una disminucion en la rapidez de la corriente, la fuerza de propulsion detras del líquido debe aumentar proporcionalmente. Por eso vemos que en los fuertes grados de estrechez, suele producirse una cistítis por hipertrofia del cuello de la vejiga.

Para hacer el diagnóstico es necesario hacer el cateterismo y no confundiremos la estrechez con el espasmo de la uretra, haciendolo con una sonda metalica.

El sitio más comun es la porcion membranosa al nivel del bulbo. Generalmente hay una sola estrechez, sin embargo hemos tenido un enfermo en el cual vencida la primera estrechez, nos encontramos con otra enseguida.

El pronóstico de las estrecheces no tratadas es fatal, el enfermo morirá seguramente de retencion de orina con los accidentes consecutivos uremia etc.

El tratamiento á emplear es en la inmensa ma-

yoría de los casos, la dilatacion gradual y progresiva, requiriéndose para esto una dosis grande de paciencia de parte del médico y del enfermo.

Casi siempre usamos las sondas metálicas y me he acostumbrado á la curvadura de las de Beniqué Guyon que además tienen la ventaja del conductor que facilita mucho la maniobra. Sin embargo pocas veces las empleo con conductor porque tengo muy presente el caso de un médico muy distinguido de Buenos Aires, que andando mal el tornillo, dejó el conductor en la vejiga y tuvo que ejecutar la talla para retirarlo.

Un precepto que no dejo nunca de cumplir es empezar por una sonda gruesa para ir disminuyendo poco á poco, hasta dar con el número que pasa, el temor bien natural, sobre todo en manos poco prácticas de abrir una falsa vía, me hace proceder de esa manera.

Otra regla es no introducir más de tres números en un día y empezar al día siguiente con el número que se dejó. A pesar de eso sobreviene muy á menudo un lijero acceso febril para el que formulo sulfato de quinina.

Una pequeña hemorrajia no es una contra indicación absoluta de seguir adelante y en algunos casos he hecho caso omiso de ella.

Los alumnos de esta escuela hemos aprendido á sondar á la izquierda del enfermo y nunca he visto que se haga con mayor comodidad á la derecha.

Asi hecha, la dilatacion gradual da grandes re-

sultados y sus fracasos son á veces culpa de la precipitacion del médico que quiere vencer el obstaculo con demasiada rapidez.

Entre los muchos casos que he visto recuerdo el siguiente:

Se nos presenta un enfermo que ha padecido de muchas blenorrajias, quejándose de estrechez, orinaba sobre sus botines y le costaba un triunfo expulsar unas cuantas gotas de orina. Se introdujeron varias sondas sin exito y por fin y despues de mucho tiempo pasó una sonda filiforme, se tuvo dos horas esta sonda, al día siguiente lo mismo, á los dos días ya pasó una sonda muy delgada y se dejó al enfermo con una algalia hasta el otro día, poco á poco fueron introduciendose cada vez más gruesas y al mes de tratamiento ya pasaba el número 30 de Beniqué Guyon con facilidad, el enfermo orinaba bien.»

Los otros procedimientos como la uretrotomía interna ó externa deben dejarse para los casos en que no da resultado la dilatacion gradual.

La uretrotomia externa es necesaria sin embargo, en los estrechamientos traumáticos y la he visto hacer por el Dr. Llobet en el Hospital Mixto, en un enfermo cuya uretra estaba completamente obturada, una vez hecha la uretrotomia se procedió á hacer la talla hipogástrica y el cateterismo retrógrado. Practicado el cateterismo retrogrado se puso una sonda permanente y el éxito vino á coronar esta operacion, habiendose observado durante toda ella y varios dias despues una antisepsia absoluta, con lavajes repetidos en la vejiga con ácido bórico.

Vencida una estrechez, no debe dejarse por eso al enfermo y es necesario que durante toda su vida

venga de vez en cuando á hacerse sondar, o mejor es enseñarles como debe hacerse para que lo hagan ellos mismos.

---

## Balano--Postitis.—Vegetaciones.—Fímosis y Parafímosis.—Herpes prepucial.—Hidrocele.

—

La balanitis y la postitis solas no se observan nunca, es una *balano-postitis* la que se tiene que tratar. Consecutiva á los chancros, blenorrajia ó falta de limpieza, cede facilmente á aplicaciones tópicas de nitrato de plata ó de ácido crómico, hay que ordenar una gran limpieza y separar el glande del prepucio para que no se produzcan adherencias.

El *fimosis* es congénito ó adquirido y entonces es consecutivo á los chancros especialmente los simples, la blenorrajia etc. La dilatacion por medio de una pinza de tres ramas es generalmente insuficiente, pero debe usarse cuando el prepucio es muy corto. Casi siempre se apela á la circuncision, algunos recomiendan en vez de suturar la herida, reunir sus bordes por medio de pequeñas erinas, que forman una corona al rededor del glande, lo hé ensayado una vez y he hecho sufrir mucho más á mi enfermo que cuando suturaba.

El *parafimosis* debido á la reduccion del fímosis inflamatorio ó congénito, necesita reducirse al momen-

to porque el proceso inflamatorio hace una brida cicatricial que hace que el glande se inflame y gangrene como el caso que he citado al hablar de la sífilis.

La reduccion es facil, en un enfermo tuve que hacer pequeñas incisiones para hacer salir una gran cantidad de serosidad que se había acumulado. Si hay una brida cortarla con bisturí.

Las *vegetaciones* son una afeccion bastante molesta y que se conocen en el vulgo bajo el nombre de cresta de gallo, no tienen etiología propia puede decirse.

Su tratamiento es quirúrgico, cortándolas á la raiz con unas tijeras curvas bien afiladas. Pueden cauterizarse con ácido crómico ó nitrato de plata, pero lo que mejor resultado me ha dado han sido los polvos de sabina, teniendo cuidado de no aplicarlos sinó en la vegetacion porque pueden producir en el hombre una balano-postitis. En la mujer suelen adquirir un gran desarrollo.

Cuatro palabras sobre el *herpes prepucial* que en algunos casos raros puede confundirse con el chancro infectante.

Sus caracteres distintivos son: cuando se rompen las pequeñas vesiculas que han dado orígen á una pequeña úlcera, sus bordes festoneados y la zona inflamatoria que lo rodea, ausencia de induración y de pleiade ganglionar.

Cura con cualquier cosa, subnitrato de bismuto ó licopodio.

Si el *hidrocele* es una afeccion siempre secundaria consecutivamente á una lijera epididimitis no es punto resuelto pero casi siempre después de la puncion se observan placas induradas del epidídimo.

Caracterizado por su indolencia, su forma piriforme, la transparencia de las bolsas, mirando á través de un estetóscopo con una luz del lado opuesto, la fluctuación etc., su diagnóstico es facil. Además por una puncion hecha con la aguja de una jeringa de Pravas puede mostrarse al paciente su enfermedad.

El tratamiento quirúrgico es el único empleado, la puncion sola no basta porque el líquido se reproduce, la inyeccion iodada de partes iguales de agua y tintura de iodo es la única eficaz. Pueden haber algunos accidentes inflamatorios pero pasan rapidamente.

Como curiosidad citaré un enfermo en el que el hidrocele había adquirido un volumen mayor que la cabeza de un feto, estos casos no son por lo demás raros.

---

Señores:

He concluido mi tesis pasando quizás demasiado lijeramente sobre las principales afecciones de los órganos sexuales y de la sífilis.

No me queda ya sinó despedirme de vosotros y debo manifestar mi agradecimiento por las atenciones de que me habeis colmado y lo que he aprendido en vuestras conferencias.

Roman Pacheco.

Marzo 29 de 1889.

---

Buenos Aires, Marzo 31 de 1889

Pase á los Sres. Académicos D. Manuel Arauz y Catedráticos Dres. Uballes y Ayerza, para que informen sobre la admisibilidad de esta tesis.

M. GONZALEZ CATAN
LUIS DE LA CÁRCOVA
Secretario

---

Abril 4 de 1889

En condiciones de admisibilidad

*Manuel Arauz—Abel Ayerza*
*Eufemio Uballes*

---

Buenos Aires Abril 6 de 1889

De acuerdo con el informe que antecede entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaria el día en que deba sostenerse en acto público ante la Comision examinadora respectiva.

M. GONZALEZ CATAN
LUIS DE LA CÁRCOVA
Secretario

---

# PROPOSICIONES ACCESORIAS

*Histología.*—Puede haber célula sin membrana de cubierta?

*Anatomía patológica.*—Histología patológica del carcinoma.

*Anatomía descriptiva.*—Cuáles son los órganos contenidos en el torax y aparatos de que hacen parte?

*Anatomía topográfica.*—Region esterno-pubiana.

*Fisiología.*—La radiacion solar bajo la forma de calor ó de luz es la condicion esencial de toda vida vegetal y animal?

*Materia médica y terapéutica.*—Accion fisiológica y y terapéutica de los antimoniales.

*Patología externa.*—Cuerpos extraños, su etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

*Nosografia médica.*—Hay ó no diferencia entre tuberculosis meningea y meningitis tuberculosa?

*Patologia general.*- Qué es diátesis y cuáles son sus caractéres?

*Clínica médica.*—Tiene importancia terapèutica fijar la lesion intra-cardíaca.

*Medicina legal y Toxicología.*—Cuáles son los fenómenos que se verifican para determinar la muerte por asfixia?

*Oftalmología.*—Del ojo como instrumento de óptica.

*Higiene.*—Variaciones barométricas de grande extension.

*Medicina operatoria.*—Amputación de Lisfranc.