

Tratamiento de las Prostatitis Crónicas por medio de Antibióticos en Inyección Intraprostática

Por Antonio Rueda Escoibar

PROSTATITIS

“La prostatitis es siempre o casi siempre de origen infeccioso, y reconoce por causa la acción de un microbio sobre un terreno preparado”. Legueu. (1).

Puede la próstata ser infectada por muchas vías y por muchos microbios. De hecho hay autores como Keyes (2) que consideran que la próstata de un adulto, no puede garantizarse como libre de una infección crónica silenciosa de la misma manera que no puede serlo una amígdala.

De todas maneras, las vías de infección son muy variadas; extensión de la blenorragia uretral anterior; por las bacterias de la uretra anterior que pueden llegar a la próstata por una instrumentación urológica o por una baja de las defensas de la glándula, por congestión, por abuso sexual, por la presencia de cálculos prostáticos, por cuerpos extraños venidos de la vejiga 1, e: cálculos urinarios; por la retención urinaria crónica ya sea por estrechez o por prostatismo, inoculación bacteriana descendente (la pielonefritis se acompaña a menudo de prostatitis). Metástasis infecciosa realizada por la vía sanguínea en el curso de enfermedades generales; influenza, parotiditis, etc. En fin, por la presencia de focos sépticos lejanos: dientes, vesícula, colon, amígdalas, etc.

Se encuentran al examen del líquido prostático, numerosas variedades de microbios; —prescindiendo de las prostatitis tuberculosas— los más frecuentemente encontrados son los estreptococos, el estafilo-

coco, el colibacilo y el enterococo. También pueden encontrarse gonorreos, anaerobios (*b. perfringens*) y difteroides.

Clasificación.

Según la situación de la inflamación, se pueden clasificar las prostatitis por la extensión de la infección ; así, existe la prostatitis catarral o glandular que no se separa ni se diferencia de la uretritis posterior.

La prostatitis parenquimatosa que afecta primero las glándulas y obra secundariamente sobre el tejido conjuntivo interglandular.

La prostatitis folicular que no es más que el estado inmediatamente anterior a la declaración de una prostatitis parenquimatosa, cuando están infectados únicamente los folículos y es la continuación del primer tipo. Hay formación de pequeños abscesos con distensión de los túbulos.

Según la virulencia o agudeza de la inflamación, se pueden dividir en aguda que va al absceso prostático o a la prostatitis crónica.

En la prostatitis crónica se encuentra al examen anatomopatológico infiltración de estroma por células redondas ; es tan constante esta infiltración periacinosa, que se puede hablar de ella como de la lesión esencial de la prostatitis crónica. Los acinis contienen células descamadas, polimorfos-nucleares y linfocitos. En infecciones de larga fecha hay plasmacellen. La transformación fibrosa del tejido cambia la arquitectura general causando zonas densas, irregulares, que a primera vista pueden hacer pensar en una afección maligna. La fibrosis puede tomar toda la glándula transformándola en un órgano arrugado y pequeño que puede producir obstrucción uretral.

Sintomatología.

La sintomatología de la prostatitis aguda es clara y clásica : generalmente se inicia por una retención durante una uretritis, o por dolor, fiebre y escalofríos. El dolor es tan intenso que el enfermo permanece en decúbito lateral evitando todo movimiento de la pelvis, perineo y muslos. Hay disuria y tenesmo.

El tacto rectal que es doloroso, molesto, hace el diagnóstico, hay aumento de volumen de la próstata a veces asimétrico, remitencia y dolor intenso, lo que, acompañado de los síntomas generales, es suficiente para el diagnóstico.

En cambio la sintomatología de las prostatitis crónicas es difusa y poco convincente.

Gota matinal, a veces secreción purulenta o prostatorrea a la defecación, dolor sordo en el ano, en el perineo con irradiaciones a los muslos, las bolsas y el sacro. Transtornos de la micción: disuria, poliaquiuria, erección difícil, eyaculación precoz, a veces impotencia o esterilidad por necrospemia u oligospermia. Depresión nerviosa que puede llegar a la neurastenia.

Clínicamente se encuentran modificaciones diversas, especialmente al tacto rectal; la glándula tiene contornos precisos pero es asimétrica, las zonas de consistencia normal alternan con zonas endurecidas o blandas, aunque a veces, toda la glándula se halla endurecida o blanda.

El masaje permite obtener una cantidad grande del líquido prostático —lo que ya de por sí es diciente—. Al microscopio hay glóbulos de pus que es la confirmación del diagnóstico y puede verse o encontrar al cultivo diversos gérmenes.

En el examen de la micción se encuentran filamentos y grumos en el 1. vaso.

El diagnóstico se hace por el tacto rectal y, especialmente, por la presencia de pus en el líquido prostático.

Debe hacerse diferencia con entidades que producen una sintomatología semejante a la de las prostatitis: cálculos o divertículos vesicales, que se descartan fácilmente por la cistografía y la endoscopia.

El carcinoma incipiente papilar de la vejiga, fácilmente reconocible por la endoscopia y la biopsia.

Además se deben diferenciar las prostatitis entre sí: Prostatitis tuberculosa cavernosa, que es tan distinta de la prostatitis crónica que el diagnóstico se impone sólo. Prostatitis tuberculosa nodular en la cual se encuentran generalmente otros focos de infección como el epididimo, y además, el bacilo de Koch se encuentra en el líquido prostático o al cultivo.

La prostatitis aguda es, podría decirse por definición, casi imposible de ser confundida con la prostatitis crónica, lo mismo que el absceso prostático que es una enfermedad aguda con colección purulenta grande y fenómenos generales agudos y dramáticos.

Las consecuencias de una prostatitis crónica son tan variadas como todas las de un foco séptico: artritis, coriorretinitis, iritis, etc., pero es más frecuentemente y más grave encontrar transtornos de la esfera sexual y psíquica, y además de los naturales transtornos urinarios.

En general estos fenómenos secundarios regresan con el tratamiento.

Tratamiento.

Para el tratamiento de las prostatitis se han empleado toda clase de métodos con resultados muy variables e imprecisos. Al decir de Colby: "las muchas y diferentes formas de tratamiento invocadas para la infección crónica de la próstata, son un testimonio de su falta de efectividad. Mientras el tratamiento es más raro y bizarro, es más corta su actualidad". (3).

En términos generales el reposo físico y sexual, vigilancia del tracto digestivo, evitando especialmente la constipación, eliminación de focos sépticos distantes como amígdalas, raíces dentales o piezas dañadas, senos faciales, colon etc., es de gran importancia; si hay fenómenos de cistitis, la administración de calmantes vesicales, la dieta, evitar los irritantes, como tomates, espárragos etc., café, alcohol etc., vitamino-terapia adecuada presta mucha ayuda. Pero todo esto son medidas accesorias y de carácter general. En el tratamiento propiamente tal de la próstata enferma se usan las dilataciones hasta llegar al calibre máximo de la uretra posterior, masaje suave gradual, pero completo de la glándula que sólo es benéfico cuando los canales excretores son permeables.

Como durante el vaciamiento de las glándulas infectadas puede desarrollarse una uretritis deben ser administrados antisépticos urinarios, especialmente las sulfas, como la sulfadiazina en dosis de 2 a 4 gramos según la tolerancia y las necesidades individuales.

La medicación leucógena, la hiperpirexia, las vacunas, lisados, bacteriófagos, sueros, choques protéicos, termoterapia en forma de baños de asiento o irrigaciones e instilaciones uretro-vesicales y muchas otras formas de tratamiento son paliativas y de una utilidad relativa cuando no nula.

Se ha llegado a aconsejar inclusive, la prostectomía total cuando la glándula se halla tan infectada que ninguno de estos tratamientos puede mejorarla y esté produciendo síntomas a distancia. (4).

Punción prostática.

Para la punción de la próstata se pueden seguir dos vías: la transuretral por medio del panendoscopio o bien la vía perineal. La segunda es más fácil pero más dolorosa que la primera.

Vía perineal: una aguja de punción lumbar puede ser empleada, se requiere una longitud útil de 7 a 9 centímetros.

Con el paciente en posición de talla perineal se barniza el perineo

con una solución desinfectante; la anestesia local puede o no ser empleada pero es tan dolorosa como la misma punción.

Reparados la línea media y el ano, se introduce en éste un dedo que va a fijar y a reparar la próstata y que permanecerá en esta posición por el resto de la maniobra. Con la otra mano a unos 2 centímetros por encima del ano, por debajo de la saliente que hace el bulbo uretral y sobre la línea media, se introduce la aguja con una dirección ligeramente oblicua hacia arriba. El contacto con la próstata es perceptible para el operador experimentado mediante el dedo intrarectal, y también por el característico cambio de consistencia apreciado por la mano que dirige la aguja. Llegada la aguja al pico de la próstata se lleva oblicuamente a la derecha para introducirla unos 2 centímetros en el lóbulo derecho; después se retira hasta el pico y se lleva a la izquierda para llegar al lóbulo opuesto.

Esto ocasiona al enfermo un dolor moderado que se hace más intenso con deseo de orinar y dolor vesical cuando se está muy cerca del cuello de la vejiga.

La punción por la vía transuretral es más complicado, ya que requiere instrumental adecuado: panendoscopia de tratamiento y aguja de punción prostática.

Con el enfermo en posición de endoscopia y habiendo tomado todas las precauciones y cuidados debidos en esta clase de instrumentación, se pasa el panendoscopia; se localiza el verumontanum que es fácilmente reconocido, en este momento se punciona con la aguja la vertiente derecha del veru un poco por encima de los orificios de los canales eyaculadores, inclinado el panendoscopia a la izquierda con el objeto de adoptar una posición completamente oblicua hacia arriba y afuera. Después se retira la aguja y se hace una maniobra contraria para puncionar el otro lóbulo.

Si hay uretrorragia se puede pasar el panendoscopia a la vejiga y dejar la camisa del aparato en la uretra por unos minutos, lo que generalmente es suficiente para suspender la hemorragia.

Se ha empleado la punción prostática como vía de tratamiento para inyectar directamente en la próstata diversos agentes. Soluciones esclerosantes, soluciones desinfectantes, y finalmente, antibióticos (penicilina, estreptomina y sulfonas).

A pesar de que la mayoría de los autores desaconsejan el tratamiento de las prostatitis crónicas por inyecciones locales, no hemos encontrado los "peligros" de que hablan Lowslye y Kirwin (5); por el contrario, la experiencia obtenida después de gran número de aplica-

ciones es magnífica y los pocos fracasos se han debido a faltas en la técnica.

En los casos que a continuación se presentan, se usaron soluciones de penicilina en solución salina fisiológica o en sulfana (soluseptazine), penicilina y estreptomycin en solución salina o en sulfana, y estreptomycin en solución salina o en sulfana.

Las dosis medias fueron de 100.000 unidades Oxford de penicilina G sólida cristalina o penicilina procaínica en cada lóbulo prostático, y 1 gramo de estreptomycin, disueltos en 2 o 3 centímetros de solución salina, sulfana o soluseptazine, aplicados indiferentemente por vía perineal o transuretral.

Se tuvo especial cuidado en hacer la inyección directamente a la glándula; sin embargo, alguna quedó colocada intracapsularmente pero extra glandular, lo cual explica algunos de los fracasos.

Las molestias posteriores fueron muy pequeñas, irritación del cuello vesical, vencida fácilmente por aspirina que suprimió el dolor; hematuria pasajera (24 a 48 horas de duración) en todos los casos.

En uno de los pacientes tratados por vía perineal, la aguja mal dirigida perforó el recto, lo que fue notado inmediatamente por el dedo intrarectal, se retiró la aguja y se corrigió la dirección sin ninguna consecuencia próxima o remota.

En los cuadros que se ven a continuación, está expresado el resultado parcial según las vías empleadas y según los agentes; también está expresado el resultado global y detalladamente expuestas cada uno de las historias clínicas, con un breve comentario al respecto.

NOTAS

- (1) *Leguen*.—Tratamiento médico quirúrgico de las vías urinarias. Ed. 1926. Página 564.
- (2) *Keyes and Ferguson*.—Urology 6th. ed. P. 550.
- (3) *Colby*.—Essential Urology ed. 1950. P. 365.
- (4) *Lowsley y Kirwin*.—Clinical Urology ed. 1944. P. 818.
- (5) *Lowsley y Kirwin*.—Op. Cit. P. 818.

CUADRO N° I

Historia clínica N° 1. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: bacilos. Otros síntomas: acné, amigdalitis. Inyección intraprostática: penicilina, 200.000. 24/I. Otras formas de medicación o tratamiento: Instilaciones, inyecciones, masajes. Control: líquido prostático, normal. 15/II.

Historia clínica Nº 2. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: urticaria, conjuntivitis. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Sulfana, 10 cc. 13/II. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 1 gr. Sulfana, 10 cc. 5/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: sulfas, penicilina, diatermia. Control: Líquido prostático, Gonococo. 21/VI. Líquido prostático, normal 21/VII.

Historia clínica Nº 3. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: dolores diversos. Inyección intraprostática: penicilina, 200.000. 3/II. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, normal. 10/II.

Historia clínica Nº 4. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Cocos. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: penicilina, 200.000. 10/VII. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 1 gr. Sulfana, 10 cc. 19/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: masajes. Control: sin mejoría. 19/VII. Líquido prostático, normal.

Historia clínica Nº 5. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: pus, gérmenes. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: penicilina, 200.000. 23/III. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, normal. 5/IV.

Historia clínica Nº 6. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: pus. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. 24/V. Penicilina, 200.000. 2/VIII. Líquido prostático, normal. 1/VII. Líquido prostático, normal. 30/VIII.

Historia clínica Nº 7. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: pus. Otros síntomas: Epididimos engrosados. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Sulfana, 10 cc. 27/IV. Otras formas de medicación: dilataciones, masajes. Control: Líquido prostático, normal. 14/VII.

Historia clínica Nº 8. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 400.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 30/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, normal. 25/VII.

Historia clínica Nº 9. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 400.000. Sulfana, 10 cc. 20/VI. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 1/VIII. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 29/VIII. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: sin mejoría. 18/VII. Líquido prostático, pus. El enfermo no vuelve.

Historia clínica Nº 10. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Diplococo. Otros síntomas: hemospermia, azoospermia. Inyección intraprostática: Penicilina, doscientas mil unidades. 27/VI. Penicilina, doscientas mil unidades. Estreptomicina, 2 gr. 10/VII. Penicilina, doscientas mil unidades. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 3/VIII. Penicilina, doscientas mil unidades. Estreptomicina, 2 gr. 25/VIII. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático. Diplococo. 3/VII. Líquido prostático, Diplococo. 26/VII. Líquido prostático, pus, 14/VIII. Líquido prostático, normal. 13/IX.

Historia clínica Nº 11. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gérmenes. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Sul-

fana, 10 cc. 27/IV. Otras formas de medicación o tratamiento: Estreptomicina, masajes, dilataciones, instilaciones. Control: Líquido prostático, normal. 19/VII.

Historia clínica Nº 12. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Pus, gérmenes. Otros síntomas: impotencia, espermatorrea. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 19/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: masajes. Control: Líquido prostático, normal. Curación. 18/IX.

Historia clínica Nº 13. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: Artralgias, dolores. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. 19/IV. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, normal. 24/VIII.

Historia clínica Nº 14. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Dolores, urticaria. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 1 gr. Sulfana, 10 cc. 26/VI. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 25/VIII. Otras formas de medicación o tratamiento: Masajes. Control: Líquido prostático, normal. Mejoría. Líquido prostático, normal. 11/IX.

Historia clínica Nº 15. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Epididimitis, oligospermia, sinusitis. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. 27/VI. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 17/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: Vitaminas. Control: Líquido prostático, pus. Líquido prostático, Diplococos. 29/VIII.

Historia clínica Nº 16. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Estafilococo. Otros síntomas: Foco dentario. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. 22/VI. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 21/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, Diplococos. 30/VI. Líquido prostático, pus. 10/VIII.

Historia clínica Nº 17. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Eczema, dolores. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 21/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático: Pus. Mejoría notable. 8/IX.

Historia clínica Nº 18. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. 20/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: Dilataciones, masajes. Control: Líquido prostático, normal. 2/VIII.

Historia clínica Nº 19. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Oligospermia, piospermia, nódulo cola del epididimo. Inyección intraprostática: Penicilina, 100.000. 28/III. Penicilina, 100.000. 12/V. Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 2 gr. Sulfana, 10 cc. 17/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: Vitaminas. Control: Líquido prostático, normal. 13/IV. Líquido prostático, normal. 12/VI. Líquido prostático, pus. 26/VII.

Historia clínica Nº 20. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, cien mil unidades. 3/IV. Penicilina, cien mil u. 17/IV. Penicilina, cien mil u. 30/IV. Penicilina, cien mil u. 30/V. Penicilina, cien mil u. 10/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, pus. 14/IV. Líquido prostático, pus. 26/IV. Líquido prostático, pus. 29/V. Líquido prostático, pus. 9/VI. Líquido prostático, pus, 23/VI.

Historia clínica Nº 21. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gérmenes. Otros síntomas: Amigdalitis. Inyección intraprostática: Penicilina, 100.000. 27/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: Dilataciones, amigdalectomías. Control: Líquido prostático, normal. 26/V.

Historia clínica Nº 22. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Fístula anal, hemorroides. Inyección intraprostática: Penicilina, 100.000. 30/I. Penicilina, 100.000. 5/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: Fistulectomía, hemorroidectomía. Control: Líquido prostático, normal. 10/II. Líquido prostático, Cult. 14/VI.

Historia clínica Nº 23. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, cien mil u. 21/IV. Penicilina, 100.000 u. 26/V. Penicilina, 100.000. 7/VI. Penicilina, doscientas mil u. Estreptomicina, 1 gr. 3/VII. Penicilina, doscientas mil u. Estreptomicina, 1 gr. Sulfana, 10 cc. 8/VIII. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: Líquido prostático, pus. 17/V. Líquido prostático, pus. 7/VI. Líquido prostático, pus. 3/VII. Líquido prostático, pus. 12/VII. Líquido prostático, normal. 24/VIII.

Historia Nº 24. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Gonococo. Otros síntomas: no hay. Inyección intraprostática: Penicilina, 200.000. Estreptomicina, 1 gr. Sulfana, 10 cc. 7/VII. Otras formas de medicación o tratamiento: no. Control: No se obtiene líquido prostático.

Historia clínica Nº 25. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Pus, gérmenes. Otros síntomas: Oligospermia. Inyección intraprostática: Penicilina, cien mil u. 27/II. Penicilina, cien mil u. 30/III. Penicilina, cien mil u. 30/V. Otras formas de medicación o tratamiento: Masaje. Control: Líquido prostático, pus. 11/III. Líquido prostático, normal. 10/IV. Líquido prostático, normal. Oligospermia.

Historia clínica Nº 26. Síntomas urinarios: sí. Líquido prostático: Pus. Otros síntomas: Necropermia, oligospermia, divertículos uretrales. Inyección intraprostática: Penicilina, 50.000. Sulfana, 10 cc. 4/X. Otras formas de medicación o tratamiento: Dilataciones, masajes, cauterios. Control: Espermatograma normal, 6/XI.

Historia clínica Nº 27. Síntomas urinarios: no. Líquido prostático: Pus, gérmenes. Otros síntomas: Uveitis. Inyección intraprostática: Penicilina, cien mil u. 2/V. Penicilina, cien mil u. 16/V. Penicilina, cien mil u. 15/VI. Otras formas de medicación o tratamiento: Eliminación de focos sépticos. Control: Líquido prostático, gérmenes. 12/V. Líquido prostático, gérmenes. Mejoría. 19/V. Líquido prostático, normal. Curación. 26/VI.

CUADRO Nº II

Historia clínica Nº 1. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Hematuria. Curación.

Historia clínica Nº 2. Inyección intraprostática: 1. Vía perineal. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Mejoría.

Historia clínica Nº 3. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Hematuria. Curación.

Historia clínica Nº 4. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 5. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Curación.

Historia clínica Nº 6. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 7. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Lipotimia. Curación.

Historia clínica Nº 8. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Curación.

Historia clínica Nº 9. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Sin control.

Historia clínica Nº 10. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. IV. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 11. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Curación.

Historia clínica Nº 12. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 13. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Indoloro. Curación.

Historia clínica Nº 14. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 15. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 16. Inyección intraprostática: I. Vía: ? Control: Mejoría. II. Vía: ? Control: Sin mejoría.

Historia clínica Nº 17. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretra! Control: Mejoría.

Historia clínica Nº 18. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 19. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Mejoría.

Historia clínica Nº 20. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Hematuria. Sin mejoría. IV. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. V. Vía: Perineal. Control: sin mejoría.

Historia clínica Nº 21. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Mejoría.

Historia clínica Nº 22. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Curación. II. Vía: Perineal. Control: Mejoría.

Historia clínica Nº 23. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. IV. Vía: Perineal. Control: Mejoría. V. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 24. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Sin mejoría. No hay líquido prostático.

Historia clínica Nº 25. Inyección intraprostática: I. Vía: Perineal. Control: Empeora. II. Vía: Perineal. Control: Mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Curación.

Historia clínica Nº 26. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Curación.

Historia clínica Nº 27. Inyección intraprostática: I. Vía: Transuretral. Control: Mejoría. II. Vía: Perineal. Control: Mejoría. III. Vía: Perineal. Control: Curación.

CUADRO Nº III.

Historia clínica Nº 1. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 2. Medicamentos: I. Penicilina, sulfana, procaína. Control: Sin curación. II. Penicilina, sulfana, estreptomycin. Control: Curación.

Historia clínica Nº 3. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 4. Medicamentos: I. Penicilina. Control: Sin curación. II. Penicilina, estreptomycin, sulfana. Control: Curación.

Historia clínica Nº 5. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 6. Medicamentos: I. Penicilina. Control: Curación. II. Penicilina. Control: Curación. III. Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 7. Medicamentos: Penicilina, sulfana. Control: Curación.

Historia clínica Nº 8. Medicamentos: Penicilina, estreptomycin, sulfana. Control: Curación.

Historia clínica Nº 9. Medicamentos: I. Penicilina, sulfana, procaína. Control: Sin curación. II. Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Sin curación. III. Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 10. Medicamentos: I. Penicilina. Control: Sin curación. II. Penicilina, estreptomycin. Control: Sin curación. III. Penicilina, sulfana, estreptomycin. Control: Sin curación. III. Penicilina, estreptomycin. Control: Curación.

Historia clínica Nº 11. Medicamentos: Penicilina, sulfana. Control: Curación.

Historia clínica Nº 12. Medicamentos: Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Curación.

Historia clínica Nº 13. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 14. Medicamentos: I. Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Curación. II. Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Curación.

Historia clínica Nº 15. Medicamentos: I. Penicilina. Control: Sin curación. II. Penicilina, sulfana, procaína, estreptomycin. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 16. Medicamentos: I. Penicilina. Control: Sin curación. II. Penicilina, sulfana, estreptomycin. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 17. Medicamento: Penicilina. Control: Mejora.

Historia clínica Nº 18. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 19. Medicamento: I. Penicilina. Control: Curación. II. Penicilina. Control: Curación. III. Penicilina, sulfana, estreptomina. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 20. Medicamentos: I., II., III., IV. y V. Penicilina. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 21. Medicamento: Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 22. Medicamento: I. Penicilina. Control: Curación. II. Penicilina. Control: Mejora.

Historia clínica Nº 23. Medicamentos: I, II y III. Penicilina. Control: Sin curación. IV. Penicilina, estreptomina. Control: Sin curación. V. Penicilina, sulfana, estreptomina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 24. Medicamento: Penicilina. Control: Sin curación.

Historia clínica Nº 25. Medicamento: I, II y III. Penicilina. Control: Curación.

Historia clínica Nº 26. Medicamentos: Penicilina, sulfana. Control: Curación.

Historia clínica Nº 27. Medicamento: I. Penicilina. Control: Sin curación. II. Penicilina. Control: Mejora. III. Penicilina. Control: Curación.

CUADRO Nº IV.

Historia clínica Nº 1. Sintomatología: Gota matinal. Disuria. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 2. Sintomatología: Urticaria. Ansiedad. Nº de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 3. Sintomatología: Uretritis. Dolores. Poliaquiuria. Preocupación. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 4. Sintomatología: Uretritis. Nº de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 5.?.... Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 6. Sintomatología: Uretritis. Nº de inyecciones intraprostáticas: 3. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 7. Sintomatología: Inapetencia. Uretritis. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 8. Sintomatología: Gota matinal. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 9. Sintomatología: Gota matinal. Nº de inyecciones intraprostáticas: 3. Resultado: ?

Historia clínica Nº 10. Sintomatología: Hemospermia. Prostatoreea. Nº de inyecciones intraprostáticas: 4. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 11. Sintomatología: Gota matinal. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 12. Sintomatología: Espermatoreea. Impotencia. Yagulación precoz. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 13. Sintomatología: Artralgias. Gota matinal. Nº de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica Nº 14. Sintomatología: Neuralgias. Gota matinal. Nº de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Curación.

Historia clínica N° 15. Sintomatología: Sinusitis. N° de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Fracaso.

Historia clínica N° 16. Sintomatología: Foco dentario. N° de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Fracaso.

Historia clínica N° 17. Sintomatología: Eczema. Gota matinal. N° de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Mejoría.

Historia clínica N° 18. Sintomatología: Uretritis. N° de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica N° 19. Sintomatología: Piospermia. Oligospermia. N° de inyecciones intraprostáticas: 3. Resultado: Mejoría.

Historia clínica N° 20. Sintomatología: Gota matinal. N° de inyecciones intraprostáticas: 5. Resultado: Fracaso.

Historia clínica N° 21. Sintomatología: Gota matinal. Amigdalitis. N° de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Mejoría.

Historia clínica N° 22. Sintomatología: Uretritis. Fístula anal. Hemorroides. N° de inyecciones intraprostáticas: 2. Resultado: Mejoría.

Historia clínica N° 23. Sintomatología: Uretritis: N° de inyecciones intraprostáticas: 5. Resultado: Curación.

Historia clínica N° 24. Sintomatología: Poliaquiuria. Gota matinal. N° de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: ?

Historia clínica N° 25. Sintomatología: Oligospermia. N° de inyecciones intraprostáticas: 3. Resultado: Curación.

Historia clínica N° 26. Sintomatología: Necrospermia. Divertículos uretrales. N° de inyecciones intraprostáticas: 1. Resultado: Curación.

Historia clínica N° 27. Sintomatología: Uveitis. N° de inyecciones intraprostáticas: 3. Resultado: Curación.

CUADRO N° V.

Curaciones.	18	66.6%
Mejorías.	4	14.8%
Fracasos.	3	11.1%
Dudosos.	2	7.4%
		<hr/>
		99.9%

Los fracasos se debieron a factores extraños al tratamiento o a causas desconocidas. La observación N° 20 fue un fracaso absoluto; talvez si se hubiera complementado la penicilina con estreptomycin y sulfana, el resultado hubiera sido otro. En las observaciones 15 y 22 había focos sépticos, que en el caso 22 posiblemente reprodujeron la prostatitis; y en el caso de la sinusitis impidió la curación.

Los casos dudosos se consideran así por ser de resultado desconocido. En la observación número 9 el enfermo no volvió a control lo que hace sospechar la curación; ya que un paciente de consultorio

gratuito no abandona el tratamiento con facilidad. En el caso N° 24 no fue posible obtener líquido prostático por causas desconocidas.

Las mejorías no necesitan explicación accesoria, el estudio de las historias correspondientes a los números 17, 19, 21 y 22 explica por sí sólo por qué se catalogan así.

Se ha entendido como curación la negativización del líquido prostático, que en casos como el 27 trajo la desaparición de los síntomas oculares, o en el 25, en el cual la oligonecrospermia aumentó con el tratamiento, aun cuando el líquido prostático es normal. Se considera aquí, que la prostatitis crónica curó, y que la causa de los otros síntomas es otra que debe ser tratada aparte.

HISTORIA CLINICA N° I

Consulta por gota matinal. Hace 4 meses tuvo una blenorragia aparecida 15 días después de contacto sexual, tratada 15 días después de la aparición, con penicilina y estreptomycin, es hospitalizado y se le aplica más penicilina, sulfadiazina, e instilaciones de nitrato de plata.

Como antecedentes personales existen blenorragias en 1947 y 1948, en 1940 bubón inguinal y en 1945 apendicectomía.

Examinado el 2/XII/49 pasa el explorador número 22, al tacto rectal; la próstata es de superficie irregular. Se queja de disuria, poliuria y gota matinal. El examen del líquido prostático da diplococos, gram negativos, morfológicamente iguales al gonococo.

Además, se encuentra una amigdalitis crónica, acné sebáceo y huevos de anquilostoma: cuatro cruces.

La evolución en el hospital es la siguiente:

De octubre 29 de 1949 a enero 29 del 50, se le ha hecho el siguiente tratamiento:

Sulfadiazina, 3 gramos por la mañana y 2 gramos cada 6 horas. Instilaciones de nitrato de plata, de orina intradérmica, de rojo congo, solución Dagenan, piridium, de sangre intramuscular, provac, estreptomycin, masajes prostáticos, violeta de genciana.

Examen de líquido prostático el 17 de diciembre, bacilos gram negativos. Hay disuria y gota matinal. Se le aplica $\frac{1}{2}$ de cc. de polivacuna. 25 mg. de oreton.

El 24 de enero se hace punción prostática por la vía transuretral y se inyectan 100.000 unidades de penicilina en cada lóbulo prostático.

Febrero 7: orinas claras, no hay gota matinal.

Febrero 15: pasó la prueba del alcohol; líquido prostático: normal.

HISTORIA CLINICA Nº 2.

42 años de edad. De profesión mecánico. Casado.

Consulta el 13 de febrero del 50, por una urticaria desde hace 5 años, caracterizada por manchas pruriginosas generalizadas. Este estado varía hasta el 4 de marzo apareciendo irritación conjuntival, dolores articulares y musculares y aparece un franco estado psico-neurótico. El 7 de marzo se hace una cutireacción que es intensamente positiva para estafilococo y estreptococo. Prescriben penicilina, sulfas y urotropina. El 15 de marzo termina el tratamiento sin modificación del cuadro clínico. Es enviado a fisioterapia, en donde le hacen un tratamiento desde el 18 de mayo hasta el 28 del mismo mes sin resultados ningunos.

Es enviado a consulta de urología: al examen clínico urológico no se encuentra nada anormal; F. C. uretral Nº 24. Tacto rectal, próstata de superficie irregular.

El examen del líquido prostático del 16 de mayo es positivo para gonococo. Se hace el diagnóstico de prostatitis crónica, y se hace inyección intraprostática por vía perineal, aplicando 100.000 unidades disueltas en 5 cc. de sulfana al 5% y 1 cc. de procaína al 2% en cada uno de los lóbulos laterales.

El 6 de junio vuelve a control: ha tenido ocasionalmente nuevos ataques de urticaria, dolores difusos y conjuntivitis, se ordena control de líquido prostático.

El 21 de junio se queja de que hace 10 días tuvo un nuevo ataque alérgico más fuerte, que el paciente lo atribuye a haber comido carne de cerdo y de cordero. El control del líquido prostático es positivo para diplococos.

El 5 de julio, se hace nueva inyección intraprostática de 200.000 unidades de penicilina, 10 cc. de sulfana y 2 gramos de estreptomina por vía perineal.

El 17 de julio va a examen de control; la urticaria casi ha desaparecido.

El examen de control del líquido prostático del 21 de julio es normal.

Se devuelve al alergista. La cutireacción es debilmente positiva.

HISTORIA CLINICA Nº 3.

Consulta el enfermo por discreta secreción uretral desde hace 2 años.

Cefalea, lumbalgia y dolor en los muslos. Poliaquiuria (10 a 15 micciones en el día), ardor uretral y supra-púbico a la micción. Tuvo en 1948 una uretritis complicada con una orquitis derecha, la serología sanguínea en octubre del 49 es negativa.

22 años de edad, tiene buen estado físico, la preocupación de su sintomatología es muy notoria; temperatura, 36.7. Pulso, 77 min. Tensión arterial, 120 por 75.

Testículo izquierdo más pequeño que el derecho. Uretra calibre 22.

Exámenes del Laboratorio: Del sedimento de la orina da incontables hematíes por campo. Del líquido prostático, escasos gonococos, abundantes polinucleares, abundantísimos espermatozoides.

El 3 de febrero de 1950 se inyectan 100.000 unidades de penicilina disueltos en 3 centímetros cúbicos de solución salina para cada lóbulo prostático por vía transuretral. Hubo hematuria hasta el 8 de febrero.

El 10 de febrero se hace control del líquido prostático que es negativo para gonococo, escasas células de descamación, 2 polinucleares y hasta 4 espermatozoides por campo, la gota matinal ha desaparecido. Salíó por curación.

HISTORIA CLINICA N° 4.

El enfermo es de raza blanca, edad 22 años, soltero.

Se queja de gota matinal aparecida hace 4 meses que ha sido tratada con penicilina y estreptomycinina sin resultados.

Entre sus antecedentes ha tenido 3 blenorragias, la última hace 3 años, y la primera hace 15 años. Orquitis bilateral en varias ocasiones.

Al examen se encuentra una uretra amplia, de calibre 24. Tacto rectal: la próstata de volumen y consistencia normales.

Al examen del líquido prostático se encuentran escasos leucocitos y escasos cocos gram positivos. El frotis de secreción uretral de abundantes piocitos y escasos cocos gram negativos.

Se hace el diagnóstico de prostatitis crónica y se aplica el 10 de julio una primera inyección intra-prostática perineal, con 200.000 unidades de penicilina.

El 12 de julio se hace masaje y dos días después otro.

Como la sintomatología no cediera, se hace el 19 de julio una segunda inyección intraprostática por vía perineal, esta vez con penicilina y estreptomycinina disuelta en sulfana.

El 25 de julio se hace control: la sintomatología ha desaparecido y el líquido prostático es normal.

HISTORIA CLINICA Nº 5.

Se hace el diagnóstico de prostatitis crónica en este enfermo, por cuanto en el líquido prostático se encuentran hasta 20 glóbulos de pus por campo. Al cultivo se encuentran estafilococos, estreptococos, sarzinas y b. cutis comunis.

A la endoscopia se encuentra que la uretra posterior es muy sensible al paso del panendoscopio y hay emisión de pus en el lóbulo derecho.

Se hace inyección de 100.000 unidades de penicilina en meticaína, para cada lóbulo el 23 de marzo. La inyección fue completamente indolora.

El 5 de abril, el examen del laboratorio es negativo para pus o para gérmenes.

HISTORIA CLINICA Nº 6.

Enfermo de 30 años de edad, quien sufrió de una blenorragia hace 3 años y que presenta actualmente gota matinal y sensación de infección uretral desde hace 12 días.

Al examen se encuentran filamentos en el primer vaso con una orina limpia. El examen del líquido prostático del 17 de mayo es negativo para gérmenes, pero hay hasta 36 glóbulos de pus por campo.

Se hace una inyección por vía perineal el 24 de mayo (penicilina).

El 29 de mayo el examen del laboratorio es idéntico al anterior.

15 de junio: nueva inyección intraprostática por vía perineal.

1º de julio: tiene una nueva recaída, se hace una inyección intraprostática de penicilina por vía perineal el 2 de agosto.

El 30 de agosto: el líquido prostático es normal, en la orina hay piocitos y hay una ligera secreción uretral.

HISTORIA CLINICA Nº 7.

Enfermo de 26 años, quien tuvo hace tres años una blenorragia tratada con penicilina. Hace 1 año tuvo una nueva infección que dejó como secuela, gota matinal.

Consulta el 10 de noviembre de 1949 por una uretritis anterior aguda. Al frotis se encuentran diplococos gram positivos, bacilos cortos gram positivos y negativos; es tratado con penicilina y estreptomici-

na hasta el 13 de diciembre del 49, fecha en la cual conserva aún una supuración constante que vista al microscopio tiene escasos glóbulos de pus y flora banal escasa. Las colas de los epididimos están engrosadas, el meato es estrecho, de calibre 18, el tacto rectal es normal.

El examen del líquido prostático del 15 de diciembre es normal.

Se inicia un tratamiento de dilataciones, masajes prostáticos y uretrales e instilaciones de argirol.

El 6 de febrero conserva aún la secreción, que actualmente es mucosa matinal y vespéral. Hay mal estado psicológico, mareos, inapetencia y mala digestión.

El examen del líquido prostático del 9 de marzo: escasos glóbulos de pus y escasos polinucleares.

El 25 de marzo: se repite el examen y se encuentran cocos, estreptococos, bacilos y polinucleares.

El 27 de abril: se hace metotomía y endoscopia; se aprecian zonas congestivas en la uretra posterior; se inyecta penicilina sódica: 100.000 unidades disueltas en 5 cc. de sulfana para cada lóbulo prostático por vía endouretral. Hay dolor y leve lipotimia.

Examen del líquido prostático del 12 de mayo: cocos gram positivos, bacilos gram negativos y polinucleares escasos.

El 25 de mayo: la gota matinal es ocasional, se indica masaje y diatermia.

El 14 de julio: tiene aún una leve secreción uretral compuesta por células de descamación abundantes y escasos polinucleares, el examen del líquido prostático es normal.

HISTORIA CLINICA Nº 8.

7 de diciembre de 1949. El enfermo tuvo hace 6 años blenorragia por primera vez y ha tenido una nueva infección cada año que ha sido tratada con penicilina. Hace 4 días apareció una supuración uretral con disuria; se ordena penicilina.

9 de diciembre es asintomático. El chorro de orina es en tirabuzón al principio y al final de la micción. Orina filamentosa en el primer vaso. Próstata normal.

26 de junio de 1950. Secreción uretral matinal purulenta en el primer vaso: la próstata es sospechosa de prostatitis crónica. Al ser examinado el líquido prostático es positivo para Neisser.

30 de junio: se hace inyección intraprostática de 200.000 unidades de penicilina, 1 gramo de estreptomycin, 5 cc. de sulfana y 2 cc. de procaína en cada lóbulo prostático por vía trans-uretral.

14 de julio: asintomático. Orinas claras.

25 de julio: líquido prostático negativo para pus y gérmenes.

HISTORIA CLINICA Nº 9.

En diciembre de 1949 tuvo dolor ocasional en el flanco derecho y tuvo el 26 del mismo mes una pielitis sobre la cual no hay más datos.

Hace 15 años sufrió de una hematuria total; en ese mismo año tuvo una infección blenorragica. Presenta a veces gota matinal.

El 20 de abril de 1950, el líquido prostático es positivo para Neisser y continúa con la gota matinal.

El 20 de junio: se hace una inyección intraprostática por vía perineal, inyectando 400.000 unidades de penicilina, 10 cc. de sulfana y 2 cc. de procaína al 2%.

El 18 de julio: continúa la gota matinal; el enfermo ha notado disminución en la fuerza del chorro.

El 1º de agosto: nueva inyección intraprostática por vía perineal: penicilina, 200.000 unidades, estreptomycinina, 2 gramos, sulfana, 10 cc., 5 cc. de procaína.

El 17 de agosto: la gota matinal ha disminuído notablemente; ya no es purulenta sino lechosa; el líquido prostático es positivo para pus.

El 29 de agosto; nueva inyección intraprostática por vía perineal, con las mismas dosis de la aplicación anterior.

HISTORIA CLINICA Nº 10.

El enfermo sufrió de una blenorragia hace 4 años.

Actualmente tiene una hemospermia y prostatorrea a la defecación.

21-26 de junio: el líquido prostático es positivo para bacilos gram positivos. Hay azoospermia.

El 27 de junio: inyección intraprostática de 100.000 unidades de penicilina y 10 cc. de procaína al 1%.

El 3 de julio: líquido prostático: diplococos gram negativos.

El 10 de julio: nueva inyección intraprostática por vía perineal, 100.000 unidades de penicilina, 1 gramo de estreptomycinina.

El 19 de julio: líquido prostático, positivo para diplococos gram negativos.

El 26 de julio: el líquido prostático es positivo para diplococos gram negativos y además bacilos gram positivos.

El 3 de agosto: se hace una nueva inyección intraprostática: 100.000 unidades de penicilina, 1 gramo de estreptomycinina y 5 cc. de sulfana por vía perineal.

El 14 de agosto: líquido prostático, pus y diplococos gram negativos.

El 25 de agosto: 4 inyecciones intraprostáticas por vía perineal: 100.000 unidades de penicilina y 1 gramo de estreptomycinina en 6 cc. de solución salina.

El 13 de septiembre: líquido prostático normal.

HISTORIA CLINICA N° 11.

En septiembre de 1949 tuvo una urticaria para la cual le fueron formulados antialérgicos.

El 10 de noviembre: uretritis anterior aguda, tratada con penicilina.

El 15 de noviembre: no ha mejorado nada y continúa con penicilina.

El 18 de noviembre: se trata con estreptomycinina. No ha habido mejoría.

El 13 de diciembre: viene a consulta de urología por gota matinal: ha tenido 2 infecciones blenorragicas y desde hace un año viene sufriendo de la supuración actual.

El 16 de diciembre: el líquido prostático es positivo para gérmenes gram positivos, se ordenan masajes, dilataciones e instilaciones de argirol.

El 17 de marzo: la secreción ha disminuído, las orinas son claras, pero el líquido prostático es positivo para pus. Se suspende la medicación anterior.

El 27 de abril: se hace una aplicación transuretral de 200.000 unidades de penicilina y 10 cc. de sulfana. Se ordena, además, estreptomycinina y penicilina por vía parenteral.

El 11 de mayo: hay secreción uretral, mucosa clara. En el líquido prostático hay gérmenes.

El 9 de julio: la secreción uretral se hace purulenta. Hay disuria ocasional y la orina es filamentososa en el primer vaso.

El 19 de julio: Líquido prostático normal, en la secreción uretral hay gérmenes.

El 10 de agosto: se han hecho masajes sobre beniqué. La orina es clara y se duda de la existencia de la secreción uretral.

HISTORIA CLINICA Nº 12.

El enfermo consulta el 26 de junio por espermatorrea. Hay impotencia relativa y a veces total, eyaculación precoz; desde hace 9 años poluciones nocturnas y diurnas espontáneas. Se ordenan masajes prostáticos.

El 12 de julio: ha mejorado la espermatorrea y la impotencia, tiene aun eyaculación precoz; el líquido prostático es positivo para pus y gérmenes.

El 19 de julio: se hace inyección intraprostática por vía perineal, aplicando 200.000 unidades de penicilina, 2 gramos de estreptomicina, 5 cc. de procaína al 2% y 10 cc. de sulfana.

El 18 de agosto: desaparecieron las poluciones nocturnas, la impotencia y la eyaculación precoz.

El 25 de agosto: líquido prostático, positivo para pus y Neisserias.

Orina clara. Se ordenan 4 masajes prostáticos.

El 18 de septiembre: líquido prostático normal.

HISTORIA CLINICA Nº 13.

El 26 de diciembre de 1949: supuración uretral, tuvo blenorragia hace 2 años y viene sufriendo de artralgias hace un año.

El 30 de diciembre: consulta por bronquitis.

El 21 de marzo de 1950: en la consulta de urología se queja de artralgias diversas, prurito anal y de secreción uretral. Las materias fecales son positivas para trichiuros y anquilostoma: se formulan vermífugos.

El 5 de abril: líquido prostático positivo para gonococo.

El 19 de abril: se hace aplicación transuretral de 100.000 unidades de penicilina para cada lóbulo prostático, indoloro.

El 24 de agosto: conserva el prurito anal y algunos fenómenos digestivos; el líquido prostático es normal.

HISTORIA CLINICA Nº 14

El enfermo tiene una estrechez uretral de calibre 14; tiene urticaria desde hace 15 días por lo que se ordenan antialérgicos y dilataciones.

1º de junio: con las dilataciones ha aparecido gota matinal y hace 10 días tuvo supuración uretral abundante. Se ordena penicilina parenteral.

El 20 de junio: gota matinal, uretra calibre 24, disuria, líquido prostático positivo para pus; hay, además, cefalea, talalgia y neuralgias diversas.

El 26 de junio: aplicación intraprostática de penicilina, 200.000 unidades, estreptomycin, 1 gramo, 2 cc. de procaína al 2% y 10 cc. de sulfana al 5%.

El 14 de julio: secreción uretral mucosa, orinas filamentosas; la talalgia desapareció.

El 25 de agosto: el líquido prostático es normal; tiene secreción mucosa matinal y orinas filamentosas; se ordenan instilaciones uretrales de nitrato de plata al 1 sobre 400.

El 31 de julio: secreción mucosa, masaje prostático e instilaciones.

El 17 de agosto: con el masaje desapareció la gota purulenta; el líquido prostático es positivo para pus, se hace un nuevo masaje prostático.

El 25 de agosto: inyección intraprostática de 200.000 unidades de penicilina, 2 gramos de estreptomycin, 10 cc. de sulfana y 5 cc. de procaínas.

El 11 de septiembre: líquido prostático normal. Se encuentra en las materias fecales tricomonas vaginales.

HISTORIA CLINICA Nº 15

El 1º de febrero de 1950: consulta por dolor en el testículo izquierdo; se diagnostica una epididimitis.

El 16 de marzo: líquido prostático: positivo para pus. En los diversos exámenes que se han hecho no se ha encontrado B de Koch, ni al examen directo, ni a la inoculación.

El 30 de mayo: bacilos gram positivos en el líquido prostático.

El 27 de junio: espermograma: 16.000.000 de espermatozoides. Se ordenan vitaminas A, C. y E. Se hace una inyección intraprostática de 100.000 unidades de penicilina para cada lóbulo prostático.

El 3 de julio: hay escasos cocos gram negativos en el líquido prostático, al examen directo.

El 17 de julio: inyección intraprostática por vía perineal: penicilina, estreptomycin, sulfana y procaína.

El 26 de julio: líquido prostático, diplococos gram negativos.

El 8 de agosto: a pesar de que la radiografía que se pidió es negativa, clínicamente existe una sinusitis.

El 29 de agosto: líquido prostático positivo para pus.

HISTORIA CLINICA N° 16.

El enfermo consulta con un urocultivo positivo para estafilococo y Neisser. Hace 1 mes tuvo rinorrea derecha.

El 16 de mayo: hay un foco séptico dentario y las radiografías de senos faciales son normales. El líquido prostático es positivo para estafilococos aureus al cultivo.

El 22 de junio: se hace inyección intraprostática de 100.000 unidades de penicilina en 5 cc. de agua y 5 cc. de procaína al 2%.

El 30 de junio: diplococos gram negativos extracelulares en el líquido prostático.

El 11 de julio: inyección intraprostática de penicilina, estreptomina y sulfana.

El 19 de julio: líquido prostático: escasos glóbulos de pus, no hay gérmenes.

El 10 de agosto: el líquido prostático es positivo para pus.

HISTORIA CLINICA N° 17.

El 31 de mayo consulta el enfermo por un dolor lumbar bajo. Hay gota uretral purulenta, ha tenido 4 blenorragias, la primera hace 18 años.

El 28 de junio: líquido prostático, abundantes glóbulos de pus. Se ha presentado un eczema detrás de la oreja y en el párpado derecho.

El 17 de julio: uretritis aguda, se ordena penicilina.

El 21 de julio: inyección perineal intraprostática: 200.000 unidades de penicilina, 2 gramos de estreptomina, 10 cc. de sulfana y 5 cc. de procaína.

El 8 de septiembre: desapareció el eczema. Desapareció la secreción uretral.

Líquido prostático: escasos glóbulos de pus.

HISTORIA CLINICA N° 18.

El enfermo sufre de uretritis crónica; el urocultivo es positivo.

Entre sus antecedentes personales se encuentra que tuvo una blenorragia hace 2 meses tratada con penicilina y estreptomina, con una recaída a los 8 días, tratada en igual forma.

La uretra es de calibre 18 y se diagnostica una prostatitis crónica por haber pus en el líquido prostático y por el tacto rectal.

Se hacen dilataciones; el 20 de junio, se hace una inyección pe-

rineal de penicilina en solución salina (100.000 unidades para cada lóbulo prostático).

El 26 de junio: se hace masaje prostático y se pide control de líquido prostático.

El 28 de junio: líquido prostático normal. Se hace prueba de alcohol.

El 2 de agosto: nuevo control: urocultivo negativo; líquido prostático normal.

HISTORIA CLINICA Nº 19.

Hace 4 meses tuvo una orquitis que cedió con penicilina. Hace 1 mes reapareció curándose en igual forma. Actualmente, el 10 de marzo de 1950, en el líquido prostático se encuentran numerosos glóbulos de pus y escasos gérmenes banales; en el examen de orina hay Neisserias en fresco y al cultivo.

Al examen se encuentra al tacto rectal una próstata pequeña, poco sensible. El espermograma da 13 millones de espermatozoides. 30% de motilidad y ésta disminuida. La motilidad desaparece a las 24 horas. Numerosas formas anormales.

El 28 de marzo se hace inyección intraprostática de penicilina: 100.000 unidades; vitaminas A. C. y E.

El 13 de abril: líquido prostático normal.

El 18 de abril: espermograma, espermatozoides, 25 millones, motilidad normal de 72%, escasas formas anormales. Llama la atención la presencia de moldes glandulares, compuestos de glóbulos de pus y espermatozoides, no hay gérmenes ni bacilos ácido-resistentes.

El 7 de mayo: examen de control del líquido prostático: positivo para estreptococo, que también se encuentra en el urocultivo.

El 12 de mayo: se hace nueva inyección intraprostática por vía perineal, penicilina.

El 17 de mayo: espermograma, 15 millones de espermatozoides, activamente móviles, en un 70% escasas formas anormales. Se encuentran los mismos moldes glandulares y numerosos bacilos cortos gram positivos (difteroides) y cocos gram positivos, aparentemente neumococos. No se encuentran B. ácido-resistentes.

Mayo 20: líquido prostático normal.

Mayo 21: en la cola del epididimo izquierdo hay un nódulo.

Junio 2: estreptococo positivo en el urocultivo.

Julio 1º: líquido prostático: escasos gérmenes banales y diplococos gram negativos, morfológicamente idénticos al B. Neisser intra y extra celulares, numerosos glóbulos de pus.

Julio 17: tercera inyección intraprostática por vía perineal: penicilina, estreptomycin y sulfana.

Julio 26: líquido prostático: escasos glóbulos de pus y muy pocos gérmenes, algunos diplococos gram negativos, morfológicamente iguales al de Neisser.

HISTORIA CLINICA Nº 20.

El enfermo consulta el 27 de marzo por una uretritis aguda que ha evolucionado desde hace 2 días, anteriormente —hace 2 años había estado en tratamiento con dilataciones y masajes prostáticos. Hay filamentos en el primer vaso de orina. Se ordena penicilina y sulfadiazina.

El 3 de abril, hay glóbulos de pus en el líquido prostático, se hace una inyección intraprostática perineal de 50.000 unidades de penicilina en cada lóbulo prostático.

El 14 de abril: en el líquido prostático hay hematíes y aún glóbulos de pus.

Se hace una nueva inyección intraprostática de penicilina: 100.000 unidades en 10 cc. de procaína el 17 de abril.

El 26 de abril: la orina es turbia hematurica, hubo hemorragia durante 8 días, después de la inyección intraprostática. Al masaje prostático sale sangre negra.

El 30 de abril: tercera inyección intraprostática de penicilina.

El 19 de mayo: líquido prostático, glóbulos de pus, no hay gérmenes.

El 29 de mayo: líquido prostático idéntico al examen anterior.

El 30 de mayo: nueva inyección intraprostática de penicilina.

El 9 de junio: líquido prostático, glóbulos de pus, no hay gérmenes.

El 10 de junio: nueva inyección intraprostática de penicilina.

El 19 de junio: líquido prostático, glóbulos de pus, no hay gérmenes.

El 23 de junio: líquido prostático, glóbulos de pus, no hay gérmenes.

HISTORIA CLINICA Nº 21.

El 4 de octubre de 1949: consulta el enfermo por gota matinal; ha tenido repetidas blenorragias desde hace 3 años. Tiene una estrechez uretral filiforme y se empieza a dilatar.

El 23 de diciembre: se ha llegado al beniqué N° 56.

El 20 de abril: continúa con la gota matinal, el líquido prostático es positivo para Neisser y otros gérmenes.

Se hace inyección intraprostática transuretral el 27 de abril. Se inyectan 100.000 unidades de penicilina en solución salina.

El 11 de mayo: la secreción uretral ya no es purulenta sino mucosa.

El 26 de mayo: líquido prostático negativo para el cultivo, gota matinal mucosa.

El 18 de junio: se le practica la amigdalectomía.

El 26 de junio: continúa la gota mucosa, líquido prostático positivo para Neisser. Se envía a diatermia prostática.

El 12 de julio: en ocasiones escasa gota mucosa, orina normal.

HISTORIA CLINICA N° 22.

Este enfermo tuvo una blenorragia hace 17 años que duró varios meses. Ha tenido 2 o 3 veces orquitis en ambos testículos.

Desde hace 2 años tiene una uretritis crónica, intensamente tratada.

El 23 de agosto de 1949: la orina es filamentosa en el primer vaso y tiene una estrechez bulbar amplia que se trata con beniqué.

El 30 de enero de 1950 continúa con la uretritis crónica, el líquido prostático es positivo para glóbulos de pus y se hace una inyección intraprostática transuretral inyectando 50.000 unidades de penicilina en cada lóbulo prostático.

El 10 de febrero: el líquido prostático es normal.

Consulta nuevamente el 31 de mayo, el líquido prostático es normal en fresco, pero al cultivo lo mismo que al cultivo del sedimento de la orina se encuentra estafilococo, estreptococo y Neisser.

Se hace el 5 de junio una inyección intraprostática por vía perineal, inyectando penicilina.

El 14 de junio el líquido prostático es negativo y al cultivo hay estreptococo y colibacilo.

El 21 de julio es operado para una fístula anal y para hemorroides, aún conserva su gota matinal.

HISTORIA CLINICA N° 23

El 17 de agosto de 1949 el enfermo tiene filamentos en la orina; y tiene una estrechez uretral.

El 21 de abril: orinas filamentosas en el primer vaso, hay una

uretritis banal. Líquido prostático: abundantes glóbulos de pus. Se hace una inyección intraprostática de penicilina por vía perineal.

El 17 de mayo: líquido prostático, escasos glóbulos de pus. Escasos cocos gram positivos, (neumococos) bacilos cortos gram positivos.

El 26 de mayo: inyección intraprostática perineal de penicilina: 100.000 unidades, 5 cc. de agua y 5 cc. de procaína.

El 31 de mayo: líquido prostático, escasos glóbulos de pus.

El 7 de junio: líquido prostático, abundantes glóbulos de pus, escasos bacilos cortos gram negativos, muy escasos cocos gram positivos. Se hace la 3ª inyección intraprostática por vía perineal.

El 16 de junio: líquido prostático: numerosos glóbulos de pus.

El 3 de julio: líquido prostático: numerosos glóbulos de pus. Se hace inyección perineal intraprostática de 200.000 unidades de penicilina y 1 gramo de estreptomina.

El 12 de julio: líquido prostático: escasos glóbulos de pus.

El 8 de agosto: escasos glóbulos de pus, inyección intraprostática por vía perineal, de penicilina, estreptomina y sulfana.

El 24 de agosto: líquido prostático normal.

HISTORIA CLINICA Nº 24.

Hace tres años tuvo una blenorragia como consecuencia de la cual quedó supuración uretral purulenta. Se formula penicilina y estreptomina, por vía parenteral. Dos semanas después la secreción uretral es mucosa y hay una estrechez de calibre 10. Dos meses después el enfermo sufre una neumonía.

En junio, es decir, dos meses después de lo anterior se ha llegado al beniqué 48, la supuración continúa y el 23 de junio el líquido prostático es positivo para Neisser.

El 7 de julio se hace una inyección intraprostática perineal de 200.000 unidades de penicilina y 1 gramo de estreptomina, 10 cc. de sulfana y 5 cc. de procaína.

El 9 de agosto: continúa con la secreción uretral mucosa, hay poliaquiuria, pero es imposible obtener líquido prostático.

HISTORIA CLINICA Nº 25.

Enfermo de 40 años, que consulta por esterilidad.

Hay una oligospermia de 27 millones de espermatozoides, aun cuando anteriormente llegó a tener 10 millones. Se hace el 27 de febrero examen del líquido prostático, en el cual, hay escasos gérme-

nes banales y numerosos glóbulos de pus. Se hace una inyección intraprostática de 50.000 unidades de penicilina para cada lóbulo, por vía perineal.

El 6 de marzo: líquido prostático; escasos glóbulos de pus. Hematíes.

El 11 de marzo: espermatoograma: 380 espermatozoides por cc., movilidad, 20%.

El 25 de marzo: líquido prostático: glóbulos de pus. Escasos gérmenes.

El 30 de marzo: se repite la inyección intraprostática en las mismas condiciones de la anterior.

El 10 de abril: líquido prostático normal.

El 12 de abril: espermatoograma: dos millones de espermatozoides, movilidad, 10%. Escasas formas anormales.

El 30 de mayo: espermatoograma: restos de espermatozoides en cantidad de 1, cada cuatro o cinco campos, abundantes cristales.

Líquido prostático: numerosos glóbulos de pus. Se hace una inyección intraprostática de penicilina por vía perineal inyectando 50.000 unidades en cada lóbulo prostático.

El 26 de junio: masaje prostático.

El 30 de junio: espermatoograma: 2 espermatozoides cada 3 o 4 campos, movilidad 50%. Hematíes.

Líquido prostático negativo para glóbulos o gérmenes. Hematíes.

HISTORIA CLINICA N° 26.

El enfermo consulta en el mes de junio de 1948 por esterilidad y gota matinal, desde hace dos meses.

Casado desde hace 6 años. Tiene 33 años de edad, hace 7 años tuvo una blenorragia y periódicamente sufre de uretritis. Hace 6 años se produjo un absceso periuretral que dejó una fístula que cerró espontáneamente, pero conserva una estrechez.

Las orinas son filamentosas, al tacto rectal se aprecia una próstata granulosa y en la uretra hay estrechez filiforme. Examen del líquido prostático: difteroides, bacilos gram positivos. Espermatoograma: espermatozoides 50 millones, movilidad 5%, formas anormales, 20%.

Se instituyen masajes prostáticos y dilataciones uretrales.

3 meses después se llega al beniqué N° 60; las orinas son claras, se continúa con los masajes prostáticos.

Espermatoograma del 14 de septiembre: 120.000.000 de espermatozoides, movilidad 0%. A la endoscopia se aprecian divertículos uretrales en la uretra posterior que se cauterizan en esta misma sesión.

El 4 de octubre: se hace una inyección local de penicilina diluída en solusepizina, veinticinco mil unidades en cada lóbulo prostático.

Espermatograma del 6 de noviembre: espermatozoides, 100.000.000, movilidad 90%, no hay formas anormales.

(Observación publicada por el profesor Fidel Torres León).

HISTORIA CLINICA N° 27.

Enfermo de 28 años de edad, sufrió de viruela y tifoidea. Fue operado de amígdalas en 1946.

Consulta el 5 de abril de 1950 por una prostatitis crónica.

Había consultado desde enero por uveítis del ojo izquierdo, para esta enfermedad el especialista pidió la extracción de las piezas dentarias muertas. Examen de materias fecales y examen de una erupción axilar aparentemente estreptocócida. Además pidió masaje prostático, examen del líquido prostático e investigación de gonococo en la orina.

El resultado del líquido prostático en abril del 50 es: flora microbiana muy abundante; cocos gram positivos; vacilos gram negativos y diplococos gram negativos extracelulares; polinucleares muy abundantes.

El 2 de mayo: se hace una inyección intraprostática perineal de penicilina, 100.000 unidades en procaína, previa dilatación uretral por cuanto existe una estrechez N° 18.

El 12 de mayo: en el líquido prostático ya no hay cocos ni bacilos gram negativos, quedan únicamente diplococos y escasos polinucleares.

El 16 de mayo: segunda inyección intraprostática: 100.000 unidades en 5 cc. de solución salina y 5 cc. de procaína por vía perineal.

El 19 de mayo: ha mejorado mucho la visión, antes sólo veía luz sin distinguir objetos, actualmente distingue figuras a una distancia de 4 a 5 metros.

El 24 de mayo: ya es capaz de distinguir las personas.

El 30 de mayo: líquido prostático: muy escasos polinucleares y diplococos gram negativos.

El 15 de junio: tercera inyección intraprostática en las mismas condiciones de las dos anteriores.

El 26 de junio: líquido prostático normal.

El 11 de julio: líquido prostático normal, se suprime por medio de meatotomía un canal periuretral ciego.

Julio 25: líquido prostático normal. Ha recuperado la visión casi en su totalidad.

RESUMEN

1.—Cuando se encuentra gota matinal o uretritis rebeldes a todo tratamiento y filamentos en el primer vaso de orina, debe sospecharse una prostatitis crónica, cuyo diagnóstico se hará por la irregularidad de la próstata al tacto rectal y por la presencia de glóbulos de pus y gérmenes, o de ambos a la vez en el líquido prostático, ya sea en fresco o al cultivo.

2.—La prostatitis crónica puede dar manifestaciones a distancia como cualquier foco séptico, pero especialmente se manifiesta por oligospermia o necrospermia, o por oligonecrospermia; artralgias; manifestaciones cutáneas; visuales y trastornos de la eyaculación y del coito.

3.—La prostatitis crónica da, además, neuralgias de punto de partida prostático, como dolores difusos en el perineo, en el pubis y ardor o prurito en la uretra.

4.—Los tratamientos aconsejados para la prostatitis crónica no son de ninguna utilidad práctica para su curación, aun cuando se mejoren los masajes y las dilataciones, apenas desocupan las glándulas periuretrales y los accinis prostáticos, sin esterilizarlos.

El tratamiento de elección debe ser masajes prostáticos, repetidos a ser posible sobre beniqué. Inyección intraprostática de 100.000 unidades de penicilina, 1 gramo de estreptomina y 5 cc. de sulfana para cada lóbulo prostático, después de lo cual deben repetirse los masajes. Hay que tener en cuenta que la procaina no debe usarse al tiempo con sulfas porque los radicales benzoicos inactivan a las sulfas.

5.—El tratamiento debe ser prolongado tanto tiempo como sea necesario para normalizar el líquido prostático. Teniendo en cuenta, que dos inyecciones intraprostáticas hechas con dos semanas de intervalo son generalmente suficientes.

6.—Debe suprimirse cualquier foco séptico que pueda producir una metástasis en la próstata. Además, una infección intercurrente puede producir una nueva prostatitis cuando se ha sufrido una anterior, haciendo necesaria la reiniciación del tratamiento intraprostático.

7.—La inyección intraprostática no produce secuelas graves; ligera hemorragia por 8 días, después de la inyección que se manifiesta como hematuria terminal.

BIBLIOGRAFIA

Testut Latarjet.—*Precis d'anatomie descriptive* 15^{eme} ed. Rouviere Anatomie, ed. 1924.

Gley.—*Traité Elementaire de Physiologie* 7^{eme} ed.

Leugueu Papin.—*Precis d'urologye* 2^{eme} ed.

Cabot.—*Modern Urology* ed 1936.

Grant, Owsley.—*Treatment of prostatitis by injection.*

Journal of Urology, Junio 1933.

O'Conner, and Ladd.—*Intraprostatic Injertion.* Jour. Am. Med. Assan. Octubre 10 de 1936.

Emmett Preoperative Intraprostatic Injertion etc.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic. Septiembre 23 de 1936.

W. R. Lovelace and Emmett Intraprostatic.—*Injertion of Sclerosing Solutions.* Proc. Staff. Mett Mayo Clinic. Marzo 30 de 1938.

Samuel Aguilar Sarmiento.—*Resultados y problemas de las inyecciones vesiculares de penicilina por vía endoscópica.* Revista Mexicana de Urología. Vol. VII. Núm. 6.