

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX

Bogotá, abril de 1951

Número 10

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B: Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque, Prof Agr.
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres Editoriales de la Universidad Nacional

CONTENIDO:

	<i>Pág.</i>
I.—DOCTOR ALBERTO HERNANDEZ.	401
II.—LA MISION MEDICA FRANCESA.	402
III.—APLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN MEDICINA, por el doctor Mario Gaitán Yanguas.	403
IV.—TRATAMIENTO DE LAS PROSTATITIS CRONICAS POR MEDIO DE ANTIBIOTICOS EN INYECCION INTRA- PROSTATICA, por Antonio Rueda Escobar.	426

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerles a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr.

Dirección....

Ciudad ... Dpto.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX

Bogotá, abril de 1951

Número 10

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B. Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof. Agr.
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres Editoriales de la Universidad Nacional.



Doctor ALBERTO HERNANDEZ

(Profesor Agregado, Encargado de Clínica Médica)

Nos toca registrar con real pesar, la prematura muerte del Profesor Hernández, colaborador muy distinguido de esta publicación médica y elemento de positivo valor entre las últimas promociones profesoriales de la Escuela de Medicina.

El Profesor Hernández deja una obra original, nutrida y valiosa, entre otros un libro sobre Endocrinología que sirve de texto en la Facultad Nacional y en la Javeriana. El año pasado, esta Revista publicó un trabajo del Profesor Hernández sobre diagnóstico clínico de los tumores intracraneales, que es un estudio de severo clasicismo, corte impecable, precisa y elegante objetividad; trabajo que es quizá la última producción de su prodigiosa inquietud intelectual y científica que ha sido publicada.

En la cátedra, la perspicacia diagnóstica y el juicio cauto y certe-

ro, que cumplía académicamente todas las etapas del proceso clínico, daban la nota de lo magistralmente sobrio y lo precisamente didáctico, de su estructura hecha como de encargo para la docencia.

Esta Revista quiere dejar sentida constancia de la pérdida que con la muerte del Profesor Hernández experimentan el Cuerpo Médico y los estudiantes de Medicina en Colombia.

LA MISION MEDICA FRANCESA

El Cuerpo Médico del país y el estudiantado de Medicina asisten con interés científico y curiosidad saludable, al espectáculo estimulante que día a día en salas hospitalarias y aulas de clases, les brindan con abierta generosidad el grupo de maestros franceses que han venido a la Escuela de Medicina de Bogotá con propósito docente.

Y decimos espectáculo, porque nada hay más acorde con el espíritu latino, que el estado de expresión anímica que resume el término, ratificado hoy con el ítem de la tradicional elegancia francesa, que esta manera vivaz y ágil, explosiva y brillante de explorar, interpretar, intervenir y exponer, que usan como característica nuestros ilustres huéspedes.

La Cátedra Médica del día, reafirma con su mensaje vivo, el título lógico de rectora irrecusable del arte-ciencia hipocrático y deja vibrando en el ambiente todo lo estremecedoramente vital que trae implícito lo que procede de la Madre Patria del espíritu.

La Revista de la Facultad de Medicina, en nombre de los estudiantes, profesores y profesionales de Colombia, se honra al saludar respetuosamente a los integrantes de la Misión Médica de Francia, al tiempo que espera en sus páginas el invaluable aporte de sus geniales experiencias.

APLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN MEDICINA

Por el doctor **Marlo Galtán Yanguas**

Dentro del buen número de especialidades con que cuenta actualmente la Medicina, todas y cada una de ellas son conocidas más o menos bien por el médico general y en detalle y a cabalidad por el respectivo especialista; y aun éstos, dentro de su correspondiente especialidad, están más o menos enterados de las demás. Quizá sólo hay una rama respecto de la cual puede decirse que los conocimientos que tiene el médico general son prácticamente nulos y que los del especialista se limitan a lo tocante con su propia especialidad. Me refiero a la Radioterapia, es decir a la aplicación terapéutica del radium y de los rayos X o de Roentgen.

Yo he tratado de buscarle una explicación a este fenómeno y la he encontrado en la naturaleza misma de esta forma terapéutica. Por una parte, su campo de aplicación se extiende a todas las ramas de la medicina; es tan vasto que puede decirse que es el único medicamento que exige que el médico se especialice por completo en su aplicación. Por otra parte, el conocimiento de la naturaleza del medicamento, de sus propiedades, de su manera de obrar, de la manera como se produce u obtiene la droga y sobre todo de su medida y dosificación no puede incluirse dentro del programa de enseñanza de un simple curso de Farmacología y Terapéutica, sino que exige un estudio separado y completo para ello; así, por ejemplo, en Inglaterra y en los Estados Unidos no se da el título de Radioterapeuta sino al médico graduado que haya hecho durante un mínimo de dos años un estudio exclusivo de la radioterapia y haya aprobado exámenes muy rigurosos. Y, finalmente, otro factor importante es el costo de los equipos necesarios para hacer radioterapia, que, por ser tan elevado, limita

su aplicación en el campo de la Medicina general y de la Medicina hospitalaria.

Con el objeto de subsanar en parte esta falla pensaron los organizadores del "Curso intensivo para estudiantes recién salidos de la Facultad" que se les dijera algo sobre las múltiples y útiles aplicaciones de la radioterapia en la medicina. Fruto de la preparación de esas clases o conferencias es el resumen que aparece a continuación.

No sobra decir que es imposible en un espacio tan corto como éste incluir y discutir todas las indicaciones terapéuticas de las radiaciones y que me he visto limitado a mencionar sólo las más frecuentes y aquellas en que su efectividad es superior o igual a la de otros recursos terapéuticos, o donde pueden dar buenos resultados cuando han fracasado esos recursos, o mejorar los resultados del tratamiento cuando se asocian a esas otras medidas.

Tampoco está por demás advertir que aquí, como en todos los campos de la medicina y de la cirugía, existen divergencias de opinión entre los distintos autores, no sólo de uno a otro país sino hasta dentro de una misma institución. De modo que en el sumario que me he propuesto hacer he procurado resumir y acoplar las conclusiones a que llegan con sus experiencias los autores que he tenido oportunidad de consultar, con las enseñanzas de mis maestros y con el fruto de mi corta experiencia personal, dejando, naturalmente, sin tocar muchos puntos en donde no se ha podido establecer el acuerdo.

Para proceder con orden he creído conveniente ir repasando las especialidades y estudiando en cada una de ellas las entidades beneficiables con la radioterapia. Como en cada uno de estos grupos nos encontramos con el cáncer, es bueno decir algo genérico sobre él antes de considerar sus distintas localizaciones.

Generalmente se cree que cuando por la localización, o la extensión, o el tipo histológico de un cáncer no hay posibilidades de curar al infeliz paciente, no vale la pena hacer en él ningún tipo de tratamiento. Concepto éste muy equivocado, pues en muchísimos casos aunque no pueda curarse el cáncer es siempre posible prolongar la vida del paciente y, lo que es más importante, prolongarla en una forma aceptable aliviando sus dolores, cicatrizando las ulceraciones, evitando la infección, etc. Este tipo de radioterapia, llamado paliativo, es una de las más bellas y menos usadas de sus aplicaciones y en estos casos el médico general o de cualquier especialidad que sea, tiene que colaborar íntimamente con el radioterapeuta para explicar, si no al enfermo por lo menos a sus parientes, las ventajas y las limitaciones de este recurso terapéutico.

Y en cuanto a los métodos propiamente curativos con que cuenta hoy la medicina en su lucha contra el cáncer se puede ser francamente categórico afirmando que, a pesar de todos los adelantos en quimioterapia, hormonas, física atómica, etc., sólo hay dos recursos verdaderamente efectivos: la radioterapia y la cirugía.

LA RADIOTERAPIA EN DERMATOLOGIA

Es este uno de los campos de aplicación más amplios y más fecundos en buenos resultados para la radioterapia. Y precisamente por su amplitud uno de los más difíciles de resumir; buscando una afinidad no sólo clínica sino también desde el punto de vista de la técnica y de los resultados de la radioterapia, podemos considerar los siguientes grupos:

Las dermatitis.

Incluyendo aquí el *eczema* común con sus distintas localizaciones, como en el cuero cabelludo, en la cara, en el pezón, en los miembros, etc., o crónico, sea en niños o adultos, puede decirse que no hay caso de *eczema* que no se beneficie con los rayos X. Pero no debe olvidarse que el tratamiento debe ir asociado con cuidados generales para eliminar la causa productora y locales para aliviar la sintomatología subjetiva, lo que exige del radioterapeuta un gran conocimiento simultáneo de la terapéutica dermatológica.

Exactamente lo mismo puede decirse de las otras formas de *dermatitis* (*dermatitis seborréica*, *venenata*, *liquenoide*, *dermatofitides*, etc.): todos los casos se benefician con los rayos X llevando a la curación en tiempo más corto del que se emplea con cualquier otro recurso terapéutico.

Asociado a este capítulo podemos mencionar el *liquen plano* o en sus distintas formas. La radioterapia por sí sola cura alrededor del 50%, o sea que da resultados superiores a los de otros tratamientos.

Enfermedades piógenas.

En este grupo la radioterapia, antes tan usada, ha sido desplazada en gran parte por los antibióticos: los tratamientos se hacen con sulfas, penicilina, etc., en forma mucho más económica, fácil y corta que con las radiaciones. Sin embargo, todo médico tropieza con algunos casos de *forúnculos*, *abscesos*, *ántrax*, *erisipelas*, que no ceden con la quimioterapia mejor aplicada, y en ellos puede obtenerse la curación con unas pocas sesiones de radioterapia.

Pero hay algunas de estas entidades que no han podido ser dominadas por la antibioterapia. Por ejemplo el *acné* en sus distintos tipos: vulgar, pustuloso, juvenil, papuloso, comedoniano, etc. La bondad de los rayos X en su tratamiento se demuestra con sólo leer las estadísticas del tratamiento de 5376 casos por Mc Kee:

- en 40% de los casos obtuvo curación completa.
- en 27% de los casos obtuvo mejoría muy acentuada.
- en 28% de los casos obtuvo mejoría.
- en 2.5% de los casos obtuvo ligera mejoría.
- en 2.5% de los casos fracasó.

La *sicosis* de la barba, de las cejas, del pubis, ha sido también rebelde a la antibioterapia y en cambio puede ser curada en un amplio porcentaje de casos con la radioterapia. Pero es un tratamiento difícil porque es necesario llegar a obtener la depilación completa de la piel afectada, depilación que debe ser apenas temporal; si la dosis se excede, puede producirse la depilación definitiva, y aun en algunos casos particularmente sensibles a las radiaciones esto sucede con dosis bajas.

Con igual buen resultado puede tratarse con rayos X la *hidroadenitis supurada*, tan frecuente en las axilas, especialmente de las mujeres

Micosis cutáneas.

El médico cuenta para el tratamiento de las micosis con varios recursos: los yoduros, las vacunas, las sulfonamidas, los queratolíticos y los rayos X; ninguno es plenamente efectivo por sí solo en todos los casos, frecuentemente deben asociarse y en ocasiones fracasan todos ellos. Desde el punto de vista de la radioterapia pueden considerarse tres tipos: micosis del cuero cabelludo y de la barba, o sean las *tiñas*; *micosis superficiales* de la piel glabra; y *micosis profundas*.

No sobra aclarar que los rayos X no son fungicidas sino a dosis tan altas que serían incompatibles con la conservación de la piel, de modo que su efecto se logra es de manera indirecta, igual que en otras infecciones.

Por ejemplo en las *tiñas*, que son las que más se benefician con la radioterapia, la acción de ésta se limita a provocar la depilación, haciendo que caiga el folículo piloso que es donde se conserva la infección y permitiendo así la acción reparadora normal y la de los medicamentos fungicidas. El tratamiento es difícil y peligroso, pues a favor de cualquier mínimo exceso de dosis o disminución de la tolerancia del paciente puede producirse la depilación definitiva. Sin embargo estos peligros pueden eliminarse al máximo con una cuidadosa selección

y aplicación de las dosis. Por ejemplo, entre cerca de 200 casos depilados en el Instituto de Radium sólo ha habido una depilación definitiva y lo curioso es que se presentó en una niña que, habiendo abandonado el tratamiento sin completar la dosis prescrita, tuvo la caída completa y definitiva del cabello, posiblemente por aumento de su radiosensibilidad.

En las micosis superficiales de la piel glabra, la aplicación de los rayos X es menos brillante y casi todas responden a la medicación local tópica; su papel es netamente adyuvante y su verdadera indicación se presenta en el estado de liquenificación que queda casi siempre después de la aplicación constante y repetida de estos tópicos queratolíticos.

En las micosis profundas (*Actinomicosis*, *Blastomicosis*, *Esporotricosis*), pueden obtenerse con la radioterapia sola, pero generalmente los mejores resultados los da la combinación de medicación yodurada y radioterapia. Los resultados son especialmente buenos en la acrinomicosis, que es precisamente la más resistente a los yoduros y a las sulfas.

Lesiones tuberculosas y tuberculoides.

Son varias las afecciones que, aunque no está probada su etiología tuberculosa, siguen siendo consideradas como tales, y en las que la radioterapia tiene una buena indicación, sea sola o asociada a medicación general especialmente a la administración de altas dosis de calciferol. De ellas las que más se benefician son el *lupus vulgaris* en sus formas hipertrófica y ulcerosa —pero no en la atrófica—, el *eritema indurado de Bazin*, el *granuloma anular*, la *escrófulodermia*, la *T. B. C. verrucosa* y la *sarcoidosis* o *sarcoides de Boek*. Respecto a esta última entidad la he colocado en este grupo, aunque muchos autores siguen sosteniendo su naturaleza tumoral, porque su tratamiento es semejante al de las otras tuberculoides.

Alteraciones del crecimiento cutáneo.

La *verruca vulgar*, o sea el llamado popularmente “mezquino”, la *verruca plantar* y especialmente los *callos* son lesiones en que se obtienen muy buenos resultados con la radioterapia. La verruga vulgar puede ser tratada también con electrocoagulación, más fácil y económicamente, y con igual resultado con rayos X; y hasta con psicoterapia se ha logrado curar algunos casos; también los callos pueden des-

truírse con electrocoagulación, pero los mejores resultados los da la radioterapia. Es obvio que es indispensable suprimir la causa que determina la formación del callo, pues de otro modo la recaída es la regla.

En la *queilitis* se obtienen buenos resultados asociando la radioterapia a altas dosis de riboflavina y de complejo B.

En la *psoriasis* se obtienen a veces resultados maravillosos con los rayos X, con dosis bajas, especialmente en las formas localizadas. En la generalizada puede lograrse a veces la regresión de todas las lesiones mediante la irradiación de una sola o algunas de ellas; recuerdo un caso del Instituto de Radium: era una mujer que, además de su psoriasis generalizada, tenía un cáncer del pecho; se le comenzó a hacer radioterapia en el pecho y a las pocas sesiones abandonó el tratamiento; al cabo de 2 o 3 meses se presentó de nuevo, con la piel completamente limpia, y explicó que no había seguido el tratamiento porque se había curado por completo de lo que a ella le molestaba, que era la dermatosis.

Aunque la *leucoplasia* y la *kraurosis vulvae*, lesiones neta y comprobadamente precancerosas, pueden curarse con radiaciones no es aconsejable tratarlas en esta forma, porque parece que se favorece su degeneración. Además, la primera se cura más fácilmente con electrocoagulación, y la segunda con hormonoterapia, de modo que no se justifica irradiarlas sino en casos excepcionales.

Lunares y angiomas.

Dentro de los angiomas, sean linfo o hemangiomas, la radioterapia es el mejor tratamiento para las formas *cavernosa* y *morular*. No así para el *angioma en mancha de vino oporto* o en *telaraña* que son radioresistentes y que exigen otros recursos como la nieve carbónica, la electrocoagulación, la cirugía plástica, etc. Y a propósito de la conducta del médico frente al angioma es bueno anotar que, aunque es cierto que un buen número de ellos regresa espontáneamente, nunca debe menospreciarse la lesión y despachar a la madre con la frase "eso es una manchita sin importancia que desaparece sola", y mucho menos debe prescribirse la aplicación de unturas y tópicos que seguramente llevarán a la ulceración. Es indispensable controlar, vigilar su evolución y si en el curso de los seis primeros meses de vida el tumor no regresa o permanece estacionario, debe tratarse inmediatamente; con mayor razón si se observa que su tamaño aumenta progresivamente.

En cuanto a los *lunares*, todos ellos son radioresistentes, de modo que su tratamiento, si acaso se necesita, debe ser quirúrgico o diatérmico. En las formas pigmentadas puede decirse inclusive que la radioterapia está formalmente contraindicada, no sólo por su ineficacia sino también por el peligro de favorecer la degeneración en el más temible de todos los cánceres, el melanoblastoma.

Enfermedades de los apéndices cutáneos.

Ya hemos mencionado las tiñas, la sicosis, las perioniquias, las onicomycosis, etc. Nos queda una de las mejores indicaciones de la radioterapia: la *hiperhidrosis*, sea sola o con *bromo* y *cromhidrosis*; es el único tratamiento eficaz para estas enfermedades, aunque su eficacia no se logra en el ciento por ciento de los casos sino con dosis altas.

En cuanto a la *hipertrichosis*, que tanto molesta a algunas mujeres en el labio superior, las patillas y las piernas, puede beneficiarse con dosis altas de rayos X; pero no es aconsejable este tratamiento, porque las dosis elevadas pueden dejar fácilmente alteraciones de la piel que, una vez caído el vello, no perdonan al médico las pacientes. Es preferible revestirse de paciencia y hacer la depilación pelo por pelo con electrolisis o con diatermocoagulación.

Nos queda por citar dentro de las afecciones de la piel el *prurito* llamado *esencial* en cualquiera de sus localizaciones: anal, vulvar, escrotal o en la forma generalizada llamada *prurigo de Hebra*. Aunque no todos los casos se benefician con la radioterapia hay muchos en que, después de haber agotado todo el arsenal terapéutico, con 3 o 4 aplicaciones con rayos X, que parecen miserables por lo pequeñas, se obtiene la completa curación.

Tumores cutáneos benignos.

Talvez sólo hay una neoplasia benigna cutánea beneficiable con la radioterapia. Son los *quelooides*, sean producidos por acné, por otras lesiones infecciosas, por quemaduras o por heridas. Aunque su radiosensibilidad varía según la causa productora o determinante, según su evolución y según su aspecto clínico y aunque en muchas ocasiones el tratamiento debe combinarse con el quirúrgico, puede decirse que la irradiación es recurso obligatorio e imprescindible en el tratamiento del queloide, sea sola o como pre y post-operatorio.

Tumores malignos.

No obstante que la cirugía simple y la electrocirugía en manos expertas y experimentadas pueden dar resultados curativos iguales a los de la radioterapia, en las lesiones pequeñas, es opinión unánime, mundialmente aceptada que el mejor tratamiento para el cáncer cutáneo es la radioterapia, por ser aplicable en todos los casos, por dar mayor número de curaciones y mejores resultados estéticos.

Pero es indispensable hacer una excepción: el melanoma maligno no sólo no se beneficia, sino que pudiera decirse que contraindica la radioterapia, y debe tratarse mediante la cirugía menos conservadora que sea posible.

LA RADIOTERAPIA EN GINECOLOGIA

Dentro del campo ginecológico se pueden reducir las indicaciones de la radioterapia a tres o cuatro entidades: el cáncer, la amenorrea primaria o secundaria con esterilidad, la metropatía hemorrágica y el fibromioma uterino, a los que podemos agregar las lesiones del pecho.

En el *cáncer de la vulva* la indicación primordial la tiene la cirugía, desde el punto de vista curativo, es decir cuando la lesión no se ha extendido mucho; aunque la radioterapia puede curar muchos casos el porcentaje total es superior cuando se hace el tratamiento quirúrgico. Pero en los casos avanzados la radioterapia produce un decidido resultado paliativo y en ocasiones hasta supervivencias de 5 y más años.

El *cáncer de la vagina* es campo de acción exclusivo de la radioterapia, sea como curativo o como paliativo.

En cuanto al *cáncer del útero* es preciso distinguir el del cérvix y el del cuerpo. En el primero, los adelantos de la cirugía, de la anestesia y de la antibioterapia han permitido obtener con el tratamiento quirúrgico resultados curativos, semejantes a los de la radioterapia en algunos casos seleccionados entre los estados incipientes. En el resto de los casos incipientes y en los casos avanzados, la radioterapia sigue siendo el único recurso capaz de producir la curación o al menos la paliación. De modo que, siendo iguales los resultados en los casos incipientes y superiores en los avanzados, el cáncer del cérvix sigue siendo del dominio del radium y de los rayos X.

En el cáncer del cuerpo, de tipo histológico adenocarcinoma, sucede algo diferente. La radioterapia sola da resultados curativos bastante inferiores a los que se obtienen con la cirugía sola. Pero

la asociación de los dos métodos: irradiación primero, y después operación y a veces nueva irradiación post-operatoria, proporciona los mejores resultados obtenibles en esta localización del cáncer. Hay que hacer aquí una excepción para los sarcomas, que por ser muy radio-resistentes son del dominio puro de la cirugía.

Hay un tumor del útero que aunque histológicamente no es maligno, su evolución clínica hace considerarlo como tal, por la facilidad con que da metástasis a todos los órganos lejanos. Es la *endometriosis*, cuyo tratamiento puede hacerse con iguales resultados mediante la cirugía (ooforectomía bilateral con histerectomía) o mediante la radioterapia; esta última tiene las ventajas de eliminar el acto operatorio, de permitir la conservación de los órganos y en ocasiones de su función (logrando a veces embarazos posteriores) y de facilitar la destrucción directa no sólo del foco primitivo sino también de las metástasis.

El *cáncer del ovario* es esencialmente quirúrgico, y debe operarse siempre que sea posible. La radioterapia sólo tiene indicación como paliativo en los casos inoperables, o como post-operatorio, para mejorar los resultados de la cirugía, o como pre-operatorio para facilitar la intervención.

En la llamada *metropatía hemorrágica*, producida por la hiperplasia del endometrio y que se presenta durante la vida sexual activa, pero preferentemente durante la iniciación de la menopausia, bastan pequeñísimas dosis de radium o de rayos X para obtener su curación. A pesar de ello no es aconsejable hacer este tratamiento en primera instancia por el peligro, enorme por cierto, de que la hemorragia sea sintomática de un cáncer del endometrio, y al calmarla con el tratamiento se dé tiempo para que el cáncer siga evolucionando silenciosamente. La conducta más aconsejable y sencilla es la quirúrgica, es decir, raspado completo del endometrio con estudio histológico de todo el material. Puede hacerse irradiación inmediatamente después del raspado, mientras se tienen los resultados del estudio histológico, dando así una dosis baja que prevenga la recaída, y hacer luego el tratamiento completo si se encuentra malignidad. O puede también dejarse como tratamiento el solo raspado y emplear la radioterapia cuando se presente la recaída, que es muy frecuente, teniendo ya descartado el peligro de malignidad.

La misma objeción anterior, puede hacerse al empleo de la radioterapia en el *fibromioma uterino*: sus resultados terapéuticos son satisfactorios, pero fácilmente se confunde un fibroma con un sarcoma o hasta con un tumor ovárico, y por eso la radioterapia sólo debe

emplearse en los casos en que, por uno u otro motivo la operación se considere impracticable.

Otra de las brillantes y bellas aplicaciones de la radioterapia se encuentra en la *esterilidad por amenorrea primaria o secundaria* y en la *oligomenorrea*. Las estadísticas de autores extranjeros muestran que en cerca del 70% se consigue un embarazo, después de haber agotado todos los recursos hormonales disponibles.

Cáncer del pecho.

Como anexo a la ginecología, podemos considerar aquí su tratamiento, punto en el cual tampoco han logrado todavía ponerse de acuerdo los cirujanos y los radioterapeutas; pues si la mayoría de éstos reconoce las indicaciones de la cirugía, no sucede lo mismo con aquéllos, que no utilizan ni aceptan la enorme ayuda que presta la radioterapia.

Precisar netamente la conducta del médico frente al cáncer del pecho es imposible, pues ni siquiera se ha podido establecer un acuerdo en la clasificación clínica; ni aún los cirujanos entre sí siguen las mismas reglas para considerar un caso como operable o inoperable, y así, la enferma que para algunos es perfectamente operable, para otros es un "border-line case" y para otros está fuera de su alcance. Esta confusión, aumentada por la variedad de métodos quirúrgicos, se extiende a la radioterapia. De manera que sólo podremos esbozar líneas muy generales de conducta, alrededor de las cuales, pueden hacerse variaciones, siempre que el cirujano o el radioterapeuta, o todavía mejor los dos en conjunto, procedan con absoluta buena fe y tengan conocimientos y experiencia suficientes al respecto.

En general el cáncer incipiente, localizado al pecho, es del dominio exclusivo del cirujano y los resultados no mejoran agregando radioterapia. Cuando el cáncer ha salido ya del pecho, pero no ha franqueado la primera barrera ganglionar, el tratamiento debe hacerse combinando los dos recursos terapéuticos para lograr los mejores resultados. Los casos más avanzados son susceptibles exclusivamente de radioterapia que, aunque ciertamente no llega a curar sino un reducido número de casos, sí puede prolongar una vida útil de manera tolerable para el paciente, evitando la ulceración y la infección de los tumores superficiales, complicación que no se sabe si molesta más al paciente o a las personas que lo rodean.

Especialmente útil y de resultados a veces maravillosos es la irradiación directa de las *metástasis óseas* del carcinoma del pecho;

puede con ella lograrse la reconstrucción de huesos destruídos y fracturados, eliminando los dolores y la incapacidad funcional.

También, con fin paliativo y a veces para consolidar los tratamientos locales curativos, puede usarse la radioterapia para producir la *castración* en mujeres jóvenes, reemplazando así la ooforectomía con sus riesgos, o la hormonoterapia cruzada con su gran costo.

LA RADIOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATO-POYETICOS

Intentar una clasificación de estas entidades sería meternos en honduras no compatibles con el superficial repaso que estamos haciendo. De modo que las iré citando sin orden preconcebido.

Muchos son los recursos que se han empleado en el tratamiento de las *leucemias*: arsenicales, esplenectomía, uretano, fósforo y sodio radioactivos, mostazas de nitrógeno, A. C. T. H. o cortisona, etc., pero hasta ahora ninguno ha logrado superar ni igualar los resultados que se obtienen con la radioterapia. Es cierto que todavía no se conoce un caso comprobado de leucemia curada por ningún medio, y que la evolución de la enfermedad se hace fatalmente hacia la muerte. Pero, también es cierto que con la irradiación se puede volver a la aparente normalidad a un individuo agotado por la leucemia, permitiéndole reanudar sus ocupaciones y prolongar su vida a veces hasta más de ocho años. Desgraciadamente, en las formas agudas, ni siquiera la roentgenterapia proporciona esperanza alguna de remisión, como no sea la del milagroso caso de uno entre mil que evoluciona hacia la forma crónica.

Dentro del grupo de los *linfomas*, la radioterapia tiene especial indicación en los de naturaleza infecciosa, sobre todo en las *adenitis tuberculosas*, en donde, asociada a medicación general higiénica y tónica y al calciferol, da los mejores resultados. Pero cuando a la localización ganglionar se asocia la localización pulmonar probada o sospechada, el tratamiento está formalmente contraindicado.

Igualmente benéfica y en forma similar, es la aplicación de radiaciones en los *sarcoides de Boeck*, cuya etiología es considerada por buena parte de los investigadores como netamente tuberculosa.

También en el *linfogranuloma venéreo* o de Nicolás y Favre hay autores que informan sobre muy buenos resultados obtenidos, a pesar de haber tratado casos en que los demás recursos terapéuticos habían fallado.

En el grupo de los *linfomas malignos* (*Hodgkin*, *linfosarcoma*,

reticulosarcoma, cloroma, linfoblastoma, etc.) las radiaciones son el recurso terapéutico de elección. Se acepta que sólo en un 20% de los casos, cuando la lesión está limitada a un ganglio exclusivamente, puede obtenerse la curación definitiva. En el resto de los casos, el efecto es apenas paliativo y transitorio, lo mismo que en las leucemias, pero siempre es superior al que se obtiene con la quimioterapia (mostazas, uretano, etc.) o con los radioisótopos.

En otras afecciones raras del retículoendotelio, como las *enfermedades de Nieman-Pick* y de *Gaucher*, el *kala-azar*, el *síndrome de Banti*, etc., la radioterapia da resultados muy poco satisfactorios que, casi podría decirse que hacen inútil su empleo. Sólo en la enfermedad de *Hand-Schuller-Christian* puede llegarse a resultados aceptables, para prolongar la evolución del mal, y aliviar transitoriamente la sintomatología.

LA RADIOTERAPIA EN OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Dejando a un lado el eczema, los forúnculos, la rosácea y otras afecciones superficiales de la nariz y de la oreja, ya consideradas en el capítulo de la dermatología, todavía quedan algunas indicaciones para la radioterapia en enfermedades inflamatorias de esta zona.

En las *sinusitis* los rayos X, por sí solos y a dosis muy bajas, son capaces de mejorar de manera casi dramática la mayoría de los casos de sinusitis aguda congestiva, cualquiera que sea el seno afectado; y si se combina con medicación antibiótica, naturalmente los resultados son mejores. A medida que la enfermedad va haciéndose crónica, van disminuyendo las probabilidades de tener éxito, así como también cuando se ha formado colección purulenta. En las formas crónicas antiguas, para mejorar los resultados se recomienda reagudizar el proceso mediante proteinoterapia inespecífica, para irradiar inmediatamente después.

Casi lo mismo puede decirse de las *otitis medias* y de las *mastoiditis*.

Vale la pena anotar que en la *rinitis atrófica* u *ozena*, la aplicación de radioterapia, además de ser inútil puede ser perjudicial agravando la enfermedad.

La *hipertrofia o hiperplasia del tejido linfoide faríngeo*, tanto en las amígdalas como en los nódulos adenóideos de la faringe tal como el anillo de Waldeyer es especialmente beneficiable con radioterapia, a causa de la gran radiosensibilidad de este tejido, especialmente en los niños. Bastan unas pocas aplicaciones con rayos X para lograr la

normalización de amígdalas enormemente hipertrofiadas; pero la radioterapia tiene el inconveniente de que los resultados no se manifiestan inmediatamente, sino al cabo de 2 o 3 meses y, además, de que con alguna frecuencia se presentan recaídas; pero por otra parte tiene la ventaja de que permite la conservación del órgano y evita la hiperplasia compensadora del tejido adenoide faríngeo, que es casi la regla después de la amigdalectomía. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es hoy tan inocuo, tan fácil, tan seguro y tan extendido que muy poco se usa la radioterapia. No así la hipertrofia de los adenoides del resto de la faringe, en donde la cirugía para ser eficaz, tendría que ser demasiado cruenta y en cambio los resultados de la radioterapia son infinitamente superiores. Hoy en día, es conducta que se considera como obligatoria, la irradiación de la faringe después de la amigdalectomía, como profiláctico de la hiperplasia adenoide.

Como consecuencia de la destrucción del tejido linfóide de la faringe por los rayos X, tenemos su valiosísima aplicación en el *catarro y la obstrucción de la trompa de eustaquio* y por lo tanto en la llamada *oto-salpingitis* por obstrucción o *aero-otitis*, síndrome muy frecuente desde que se han vulgarizado los viajes en avión.

También con la irradiación del tejido linfóide de la naso-faringe, se ha logrado curar un crecido número de casos de asma infantil, que antes se llamaba "esencial".

Hay en cambio tumores benignos tan resistentes a la acción de las radiaciones como los *pólipos naso-faríngeos y laringeos*, lo que hace que la radioterapia no tenga indicación directa en su tratamiento. Son tumores del dominio neto de la cirugía. Sin embargo, a pesar de su benignidad, la reproducción es muy frecuente aún después de extirpación amplia y completa. Y está demostrado que la irradiación hecha inmediatamente después de la operación, disminuye la frecuencia de las recaídas en un alto porcentaje de los casos.

En cuanto al *rinoescleroma*, aunque ciertamente los resultados de la radioterapia son mediocres, no hay otro tratamiento que pueda comparársele. Desde hace algo más de un año, estamos aplicando en el Instituto de Radium con el doctor Carlos Cleves C. la autohemoterapia con sangre irradiada, que nos ha dado resultados bastante alentadores.

Los *tumores malignos* de esta región pueden clasificarse desde el punto de vista terapéutico en dos grandes grupos: los de origen epitelial, que son tratables con más facilidad y con mayor eficacia con las radiaciones; y los de origen conjuntivo, los sarcomas, que, por ser radioresistentes, deben tratarse quirúrgicamente siempre que

su tamaño lo permita; en los casos inoperables, la radioterapia da buenos resultados paliativos. Deben exceptuarse los linfosarcomas, que son netamente del dominio de la radioterapia.

Mención separada hay que hacer del *cáncer de la laringe*, casi siempre de origen epitelial y en cuyo tratamiento no ha sido posible llegar a un acuerdo definitivo. En el estado inicial de su forma intrínseca, es decir, el localizado estrictamente a la cuerda vocal, los cirujanos afirman obtener los mejores resultados, mientras que los radioterapeutas dicen lo mismo por su lado; en realidad los resultados son semejantes con uno u otro sistema, siempre que el tratamiento sea practicado por un especialista competente y experimentado, y parece que no se mejoran al asociar los dos métodos. Pero cuando el tumor ha salido ya de la cuerda y exige por lo tanto la laringectomía total, los resultados, semejantes en cuanto a número de curaciones con radioterapia o con cirugía, son superiores con las radiaciones porque se conservan el órgano y la función; pero todavía superiores en cuanto a número de curaciones, son cuando se asocian los dos recursos. En los casos en que ya hay invasión extralaringea, o en los de localización primitiva extrínseca, la radioterapia es el método de elección.

LA RADIOTERAPIA EN ANGIO-CARDIOLOGIA

Las indicaciones de la radioterapia en esta rama de la medicina podrían llamarse pobres si se las compara con las que tiene en otros grupos. Sin embargo, la irradiación del simpático se usa con relativo éxito en el tratamiento de la *angina de pecho*, la *arteritis obliterante*, la *tromboflebitis*, la *enfermedad de Raynaud*, etc.

La mejor de sus indicaciones está en la *hipertensión esencial*, en donde mediante la irradiación de la hipófisis y las suprarrenales, se logra reducir las cifras tensionales y las molestias subjetivas en cerca del 60% de los casos.

LA RADIOTERAPIA EN ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Ya revisamos lo relativo a nariz y laringe. Fuera de ello sólo hay dos condiciones beneficiables en cierto grado con la radioterapia.

Por una parte el *asma*, sea mediante irradiación de los adenoides faríngeos o sea del simpático torácico y aun del bazo.

Y por otra parte el *cáncer del pulmón*, en donde aunque no se

llega a obtener resultado curativo, si puede conseguirse un buen efecto paliativo aunque sea temporal, efecto que debe buscarse en aquellos casos que han sido considerados como inoperables o que, por uno u otro motivo, han rechazado la operación.

Aunque no forman propiamente parte de enfermedades respiratorias, es bueno considerar aquí los *tumores del mediastino*; en cuanto al tratamiento, puede resumirse diciendo que la radioterapia está indicada en todos los casos en que la naturaleza histológica del tumor permita considerarlo como radiosensible, es decir en las localizaciones del Hodgkin, linfosarcoma, leucemias, Sarcoide Boeck, etc. Pero hay otra indicación importante de las radiaciones, que es la que se hace con fin diagnóstico; de todos es sabida la dificultad y a veces la imposibilidad de establecer un diagnóstico de estos tumores, a pesar de la ayuda de la radiografía simple y de la tomografía, de la broncoscopia y de la citología; pues los rayos X prestan su concurso mediante la aplicación de dosis de prueba que, si provoca la reducción del tumor, permite por lo menos fijar la línea de conducta terapéutica, pues precisamente los tumores radiosensibles son los que contra-indican la cirugía.

LA RADIOTERAPIA EN OFTALMOLOGIA

Descartando los órganos genitales, talvez el ojo es el órgano a cuya irradiación más temen el paciente, el médico general, el oftalmólogo y el mismo radioterapeuta, lo cual no deja de ser una ventaja. Este temor tiene por otra parte el inconveniente de que no permite aprovechar los magníficos resultados que se obtienen en algunas enfermedades, usando dosis tan bajas, o radiaciones tan poco penetrantes, que resultan totalmente inocuas para las partes nobles del ojo.

Por ejemplo las *blefaritis* se benefician de manera sorprendente con este recurso. Igualmente las *conjuntivitis granulosa* (tracoma) y *tuberculosa* ceden talvez mejor con los rayos X o el radium que con cualquier otro tratamiento.

Conocida es por todos la frecuencia con que se reproduce el *pterygion*, aun después de la más radical extirpación. Con él sucede lo que con el fibroma paso-faríngeo: cuando está formado es resistente a la acción de las radiaciones y no se beneficia con ellas; pero si se irradia la conjuntiva inmediatamente después de la operación, ojalá después, puede evitarse un gran número de recaídas.

El mismo tratamiento, aplicado en forma igualmente inmediata,

mejora apreciablemente los resultados ópticos y estéticos de los *injertos corneanos*.

En cuanto a los *tumores malignos* de las formaciones del globo ocular (el párpado queda incluido en lo que hemos dicho de la piel), sean de naturaleza epitelial, conjuntiva o nerviosa (glioma retiniano) puede decirse en líneas generales que la indicación principal es la cirugía, sea con la simple extirpación cuando el tumor es superficial y está localizado, o ya con la enucleación, cuando ha invadido otras formaciones. La radioterapia sólo tiene aplicación como post-operatorio para prevenir las recaídas in situ, o como paliativo en los casos inoperables. Ultimamente, con el advenimiento de la roentgenterapia de contacto y de la betaterapia, los tumores superficiales se han salido del campo del cirujano para pasar al del radioterapeuta.

No hay que olvidar que una de las localizaciones más frecuentes del *melanoblastoma* es el ojo y que contra él la radioterapia nada vale.

LA RADIOTERAPIA EN GASTRO-ENTEROLOGIA

Es éste otro campo poco fértil para la radioterapia. Si descartamos el *cáncer de la boca*, incluyendo el de la *lengua* y el de la *faringe*, cuyo tratamiento de elección es la radioterapia, que permite obtener resultados mejores y superiores a los de cualquier otro tratamiento, poco queda qué hacer al radioterapeuta en Gastro-Enterología.

Entre todos los *tumores benignos y malignos del tracto digestivo* y glándulas accesorias (esófago, estómago, intestino, hígado, páncreas, etc.), sólo los de carácter linfomatoso se benefician en alto grado con la radioterapia; pueden obtenerse en ellos resultados paliativos sorprendentes, cualquiera que sea su localización. En el resto de ellos la radioterapia tiene apenas un papel accesorio, sea como post-operatorio o como paliativo de muy poco valor. Únicamente en el *cáncer del esófago*, cuando se considera inoperable o el paciente no acepta la intervención, la radioterapia puede dar resultados bastante buenos, recuperando la deglución, facilitando por lo tanto la nutrición y dando supervivencias hasta de varios años; por ejemplo, en el Instituto de Radium tenemos ya cuatro casos que han sobrevivido en buen estado ya más de 3 años.

El *cáncer de la ampolla rectal*, aunque primariamente quirúrgico, puede tratarse con éxito con la radioterapia de contacto.

En cuanto al *cáncer del ano*, queda incluido en los tumores de la piel.

Como anexo a este capítulo podemos considerar las *enfermedades de las glándulas salivares*. En las afecciones infecciosas agudas se obtiene el mismo buen resultado que en cualesquiera otras de sus localizaciones. De los tumores benignos el más frecuente es el llamado *tumor mixto*, considerado como radioresistente, pero que se beneficia con la radioterapia en los casos inoperables. Menos frecuentes, pero muy beneficiables con la radioterapia, son el *hemangioma* y el *adenoma papilar linfomatoso* o adenolinfoma. El tratamiento de los *tumores malignos* es esencialmente quirúrgico, por su menor duración, la menor cantidad de molestias que ocasiona al paciente y el mayor número de curaciones que proporciona; pero en los casos inoperables, la radioterapia no sólo sirve como paliativo sino que produce curaciones en buen número de casos.

LA RADIOTERAPIA EN ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO Y GENITAL MASCULINO

También aquí podemos pasar las afecciones cutáneas, ya estudiadas atrás.

De las enfermedades infecciosas sólo vale la pena mencionar la *tuberculosis testículo-epidimaria*, que, siendo tan rebelde a los tratamientos médico y quirúrgico, puede ser tratada con éxito con radiaciones.

Entre los tumores benignos sólo el *adenoide simple de la próstata* puede beneficiarse con la intervención del radioterapeuta; es cierto que su tratamiento es esencialmente quirúrgico; pero en los casos inoperables puede lograrse un buen resultado, ya sea con la irradiación directa del tumor, o con la irradiación de la hipófisis, o con la combinación de ambos métodos.

En general, el *cáncer urogenital* en cualquiera de sus localizaciones: riñón, uréter, próstata, vejiga, testículo, es también preferentemente del dominio del cirujano en los pocos casos en que el diagnóstico logra hacerse tan oportunamente como para encontrar un tumor todavía operable. Desgraciadamente en la mayoría de los casos el diagnóstico no se hace sino cuando el tumor está ya tan grande que hace imposible su extirpación; y si se extirpa, no deja tranquila la conciencia del cirujano. En estos casos está indicada la radioterapia; pero sus resultados casi siempre son apenas paliativos, pues la mayoría de estos tumores (exceptuando los testiculares) son tan poco radiosensibles, están localizados tan profundamente y son tan difícilmente accesibles, que no es posible dar en ellos dosis de radiaciones suficiente para garantizar su esterilización.

Hay que hacer mención especial de dos tipos de cáncer uro-genital. Por una parte el *tumor de Wilms*, tan frecuente en los niños, que, por su gran radiosensibilidad y al mismo tiempo por su gran malignidad hace casi obligatoria la aplicación de radioterapia, con lo que se obtiene un aumento en el número de curaciones cuando se usa combinada con la cirugía en pre y post-operatorio, o buenos resultados paliativos cuando se usa sola.

Y en segundo lugar los *tumores testiculares*, el más frecuente de los cuales es el *seminoma*, pero casi todos muy radiosensibles. Estos tumores son de extraordinaria malignidad por lo que exigen obligatoriamente la irradiación post-operatoria no sólo de la cicatriz y del sitio del foco primitivo, sino también de las regiones abdominales de drenaje linfático, aunque el tumor hubiera sido tan pequeño que permitiera considerarlo como todavía localizado.

LA RADIOTERAPIA EN ENDOCRINOLOGIA

En esta especialidad tenemos también sitio para magníficas indicaciones de las radiaciones. Veamos las principales de ellas, según la respectiva glándula.

El timo.

Maravillosamente benéfico es el resultado de la irradiación de la *hipertrofia simple del timo* del recién nacido, estableciendo un marcado contraste con el dramático cuadro de asfixia, cianosis, estridor, y angustia con que se presentan el paciente y sus padres antes del tratamiento.

También muy radiosensible es el *timoma*, tanto en el niño como en el adulto, siendo el tipo de tumor más frecuente en esta glándula.

Las paratiroides.

Aunque la *osteitis fibrosa quística generalizada*, o Enfermedad de von Recklinghausen, se manifiesta al paciente y al médico por las alteraciones esqueléticas, la estudiaremos aquí por ser su causa la hiperfunción de las paratiroides, provocada por simple hiperplasia o por tumor adenomatoso de la glándula. El tratamiento de elección sería teóricamente la extirpación quirúrgica de la glándula afectada. En la práctica sucede algo diferente; la dificultad de encontrar las glándulas y de saber cuál es la que está enferma, y su variabilidad en número,

tamaño y situación (se encuentran frecuentemente en el timo) explican por qué fracasa el tratamiento quirúrgico en las tres cuartas partes de los casos. En cambio, puede obtenerse el mismo resultado terapéutico, fácilmente y sin peligros, con la radioterapia.

El tiroides.

En las *tiroiditis* agudas o crónicas la radioterapia presta una gran ayuda al tratamiento médico o quirúrgico, que son incapaces de dominar la enfermedad por sí solos en un crecido número de casos.

De los tumores benignos sólo se beneficia con la radioterapia el *coto tóxico o basedowiano*. Mucho se han discutido las ventajas y desventajas del tratamiento médico, del quirúrgico y del radioterápico en esta enfermedad. El tratamiento médico como recurso único o solo, ha sido ya descartado y se acepta que su empleo debe hacerse como ayudante de la cirugía o de la radioterapia. En cuanto a estas últimas, cada una tiene su pro y su contra, pero los resultados obtenidos en cuanto a curación son iguales en el mismo porcentaje de casos, y fracasan con la misma frecuencia la una que la otra. Hoy en día el tratamiento que da mejores resultados en mayor número de casos y en forma más inocua para el paciente es la radioterapia hecha mediante la aplicación del isótopo radioactivo del yodo.

En el *cáncer del tiroides* no hay duda de que la radioterapia, cualquiera que sea el tipo del cáncer, sólo tiene efecto paliativo, o como adyuvante de la cirugía, que debe ser hecha siempre que la situación lo permita.

La hipófisis.

Siendo esta glándula lo que pudiera llamarse "el Estado Mayor" de la endocrinología, es lógico que su irradiación tenga efecto sobre numerosas condiciones que no dependen directamente de ella, que son disímiles entre sí y que a primera vista parece que no habrían de beneficiarse con el tratamiento.

Ya hemos visto en los capítulos anteriores los magníficos resultados que se obtienen con la irradiación en las *amenorreas y esterilidad primarias y secundarias*, sea irradiando la hipófisis sola o con los ovarios. También mencionamos los buenos resultados de la radioterapia combinada de hipófisis y suprarrenales en la *hipertensión esencial*. Igualmente los resultados de la radioterapia del *hipertiroidismo*

mejoran considerablemente, sobre todo en lo que se refiere a la exoftalmia, cuando además del tiroides se irradia la hipófisis.

De los tres tumores más frecuentes de la hipófisis: el *adenoma eosinófilo* con su *gigantismo* o su *acromegalia*, el *adenoma basófilo* con su *síndrome de Cushing* y el *adenoma cromóforo* con su *síndrome de Froelich*, puede decirse en conjunto que la mejor terapéutica es la de las radiaciones. Es cierto que no todos los casos curan, que una buena parte no regresan a la normalidad sino que apenas se estabilizan y que casi siempre el crecimiento tiene que ser repetido con intervalos de meses o años, pero también es cierto que el tratamiento médico no da ni siquiera estos beneficios, y que el quirúrgico tiene el gran inconveniente del riesgo operatorio, que es muy grande.

Con base en la reducción de la hiperglicemia de los acromegálicos mediante la radioterapia y la normalización de la curva de tolerancia a los azúcares, se ha ensayado la irradiación de la pituitaria y de las suprarrenales en el tratamiento de la *diabetes mellitus*, obteniendo buenos resultados en un buen número de casos; en algunos se logra la supresión definitiva de la insulina, en otros apenas la disminución y el espaciamento de las dosis, y en otros no se obtiene mejoría.

Las suprarrenales.

Además de la indicación de su irradiación en la hipertensión, la diabetes mellitus, el síndrome de Cushing y algunos trastornos vasculares periféricos, hay dos tipos de tumores suprarrenales que se benefician con la radioterapia tal vez mejor que con cualquier otro tratamiento: el *neuroblastoma* o meduloblastoma y el *feocromocitoma*; en este último se pueden hacer desaparecer las crisis hipertensivas, o por lo menos espaciarlas y hacerlas menos graves. El resto de tumores es esencialmente del dominio del cirujano o la radioterapia sólo tiene aplicación en ellos como paliativo.

LA RADIOTERAPIA EN NEUROLOGIA

El tejido nervioso normal es uno de los más resistentes a la acción de las radiaciones y así mismo la mayoría de los tumores desarrollados a expensas de él son radiorresistentes. Unicamente el *meduloblastoma* es tan sensible como los linfosarcomas, por lo que la radioterapia es su tratamiento de elección. El *espongioblastoma*, *pinealoma*, *oligodendroglioma*, *craneofaringioma*, etc., son bastante radiorresistentes. Pero a pesar de esta resistencia está probado por las

estadísticas de tratamientos simples y combinados que la radioterapia post-operatoria en todos los tumores primitivos del sistema nervioso central mejora los resultados producidos por la cirugía sola, de suerte que hoy en todos los centros de neurocirugía se hace casi sistemáticamente la radioterapia después de la intervención.

En otras afecciones del sistema nervioso como la *siringomielia*, *parálisis infantil*, *esclerosis en placas*, *enfermedad de Parkinson*, se ha usado la radioterapia con resultados poco satisfactorios. En cambio, en las llamadas *algias esenciales*, como la *neuralgia del trigémino* y el *tic doloroso de la cara*, la *ciática* y especialmente en la *neuralgia hepática*, los resultados son muy satisfactorios.

LA RADIOTERAPIA EN OSTEOARTROLOGIA

Enfermedades propiamente del hueso.

Lesiones inflamatorias.—Talvez sólo en la localización ósea de las micosis, especialmente la actinomicosis, es de verdadera utilidad la radioterapia, aunque ha sido usada en la osteomielitis, la tuberculosis, etc.

Tumores benignos. El *mieloplaxoma* u *osteoclastoma*, llamado antes sarcoma de mieloplaxos o épulix óseo, es muy sensible a la acción de las radiaciones por lo que es éste el tratamiento de elección; aunque la cirugía produce el mismo resultado curativo, tiene el inconveniente de la mutilación que provoca cuando el tumor es grande o está localizado en sitios no susceptibles de simple raspado, y el de la frecuencia con que se presentan las recaídas si no se hace una extirpación muy completa. La única objeción de peso que puede hacerse a la radioterapia es la de que puede dejar pasar desapercibido, por falta de material completo para estudio histológico, un tumor maligno que comience a formarse a expensas del osteoclastoma. La creencia que antes se tenía de que la irradiación favorecía la degeneración del osteoclastoma está hoy negada porque se ha probado que se presenta el mismo número de degeneraciones en casos tratados quirúrgicamente que en los irradiados o en los no tratados.

El *angioma óseo* es el otro tumor benigno del hueso que tiene como tratamiento electivo la radioterapia.

Los *tumores malignos* de origen óseo o cartilaginoso son todos muy radiorresistentes por lo que deben tratarse quirúrgicamente, y la radioterapia sólo tiene indicación como paliativo.

Reticulo-endoteliosis.

En cambio todas las localizaciones óseas de las enfermedades de reticulo-endotelio son agradecidas a la radioterapia. Y aunque sólo excepcionalmente se obtienen resultados curativos puede decirse que la radioterapia es el único tratamiento capaz de proporcionar mejoría en la localización ósea del *Hodgkin*, de las *leucemias* y del *linfosarcoma* y en los pacientes con *mieloma múltiple* o con *tumor de Ewing* generalizado.

Aunque de naturaleza benigna, podemos citar en este grupo el *granuloma eosinófilo* de los huesos, cuyo mejor tratamiento es la irradiación.

Ya vimos en otros capítulos algo sobre las *xantomatosis* y las *metástasis* óseas.

Enfermedades articulares y periarticulares.

De las inflamatorias ninguna se beneficia de manera tan sorprendente como la *tendo-paritendinitis calcárea*, llamada bursitis erróneamente, en cualquiera de sus localizaciones desde la más frecuente en el hombro, hasta otras más raras, como en la cadera o en la rodilla (*enfermedad de Pellegrini-Stieda*). Bastan a veces 2 o 3 sesiones de irradiación para devolver la movilidad a un brazo que estaba verdaderamente "congelado" por el dolor.

En las *sinovitis* y *tenosinovitis* también se obtienen buenos resultados.

En la *enfermedad de Dupuytren*, o retracción de la aponeurosis palmar, el tratamiento más usado parece ser la resección amplia y completa de la aponeurosis palmar incluyendo la piel afectada y reemplazando con injertos las pérdidas de substancia. Pero a nadie escapan las dificultades y los peligros de esta operación, que a menudo fracasa, pues al cabo de pocos meses o años el paciente vuelve a su situación primitiva, si es que la inmovilización y las adherencias cicatrizales consecutivas al acto quirúrgico le han permitido antes recuperar la función de los dedos. Los resultados de la radioterapia, especialmente si se combina con diatermia o con ionizaciones de vasodilatadores, son bastante satisfactorios; en los casos incipientes permite volver a la normalidad y en los avanzados hace regresar un poco la esclerosis o al menos detiene su avance.

Todos los *tumores malignos* y *benignos*, exceptuando los *angio-mas*, son esencialmente quirúrgicos.

En la artrosis degenerativa que se conoce con el nombre de *enfermedad de Piétre Marie-Strumpell* o *espondilosis rizomélica* se obtienen también muy buenos resultados con la radioterapia, sobre todo si se combina con los tratamientos médico y ortopédico. En realidad la lesión ósea o articular no retrocede, aunque puede estacionarse, pero los dolores desaparecen y se recupera parte de la normalidad, lo que permite al paciente sentirse nuevamente útil y volver a su trabajo. Lo curioso es que en otras localizaciones del reumatismo crónico, o en la forma aguda, la radioterapia no produce ningún beneficio.

Enfermedades de los músculos y de las facias.

Sacando las *miositis* y *celulitis*, que se benefician lo mismo que todas las afecciones inflamatorias agudas, el resto de ellas y los tumores (*fibrosarcoma*, *miosarcoma*, *tumor dermoide*, etc.) son esencialmente quirúrgicos y la radioterapia sólo sirve a veces como paliativo.

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 gonococos, 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 necrospERMIA 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, estreptomycinina 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, dia-termia. 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. Estreptomina, 1 gr. 3/VII. Penicilina, doscientas mil u. Estreptomina, 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. Estreptomina, 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, estreptomycin. 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, estreptomycin. Control: Sin curación. V. Penicilina, sulfana, estreptomycin. 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 hemáties 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 estreptomycin 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 estreptomycin 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.