

# RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE VARIOS SINDROMES GENITALES CON EL FOSFATO DE IPRONIAZIDA, GENERALIDADES

Por el Dr. MAX BIRABEN  
(de Mar del Plata)

Esta comunicación tiene por objeto dar a conocer los resultados de mi experiencia en la aplicación de una nueva droga, el Fosfato de iproniazida (Marsilid de los Laboratorios Roche) en el tratamiento de ciertos padecimientos sexuales como la eyaculación prematura, la espermatorreya, las poluciones y el priapismo nocturno.

He creído de interés traer al seno de la Sociedad este trabajo cuyas conclusiones vienen a sumarse así a las presentadas con anterioridad por el Dr. I. Slikerman.

La isoniazida y sus derivados propílico, la iproniazida, fueron descubiertas por H. H. Fox en 1951. Fué inicialmente conocida por su acción tuberculostática y rápidamente eliminada por los efectos secundarios y el pequeño margen de seguridad entre las dosis terapéuticas y tóxicas. Por la experimentación clínica pudo comprobarse que poseía una acentuada actividad antidepresiva y de una manera casual se descubrió más tarde su acción antiálgica selectiva sobre el dolor muscular de origen isquémico de la angina de pecho, por bloqueo químico del mismo. Se han señalado una variedad de fenómenos patológicos sobre los que ejerce una influencia beneficiosa: Bosworth y col. lo han aplicado sobre las osteoartritis tuberculosas, en ciertas enfermedades terminales y en algunas postoperatorias; Scherbel ha demostrado su eficacia en pacientes artríticos mejorando el tono y la relajación muscular; Bateman, en pacientes portadores de tumores malignos; por su efecto anabólico, estimulante del apetito y euforizante se ha ensayado en geriatría y en ciertas enfermedades de la infancia y aún para aumentar el rendimiento de individuos normales.

Por una voluminosa información farmacológica, fisiológica y bioquímica se sabe que su actividad se ejerce sobre sistemas de enzimas y muy especialmente aquellas que intervienen en la actividad neuroquímica, normal, como la mono-amino-oxidasa, sustancia que controla la destrucción de la serotonina y que es esencial para el normal funcionamiento cerebral. Esto le ha abierto un gran campo de acción en psiquiatría conmoviendo las bases doctrinales que sustentaban muchos conceptos psicogénicos.

Numerosos agentes terapéuticos obran por un mecanismo semejante de inhibición enzimática. Entre ellos los diuréticos mercuriales, la asetozolamida, los antibióticos, etc.

El medicamento actúa además sobre el metabolismo de, por lo menos, otros ocho sistemas de enzimas, regulando la formación de la adrenalina, nor-adrenalina e histamina e interfiriendo el mecanismo de desintoxicación de varios

medicamentos por el hígado. Es por eso que potencializa el efecto de ciertas drogas, como el alcohol, barbitúricos, cocaína, procaína, etc., las que deben ser prescriptas por lo tanto con mucha reserva. Retarda asimismo la degradación de la anfetamina y su asociación ha sido recomendada por Spiegel cuando se desea acelerar la actividad de la droga.

Habiéndome informado que se habría sacado partido de algunos efectos colaterales indeseables, entre los que se cuentan la acción depresiva sobre la libido, produciendo disminución de la potencia sexual, y frustración del orgasmo he realizado el ensayo terapéutico sobre enfermos que podrían beneficiarse de esta circunstancia. He seleccionado por lo tanto aquellos pacientes con síndromes de hiperexcitabilidad genital que padecen de eyaculación prematura, poluciones, espermatorrea y priapismo nocturno.

### *Material y método*

La experiencia se ha realizado sobre 25 enfermos controlados en la mayoría de los casos en una forma satisfactoria y por un lapso de tiempo aceptable.

Los casos se distribuyen de la siguiente manera:

Eyaculación rápida .....	10
Eyaculación precoz .....	7
Espermatorrea .....	3
Poluciones .....	4
Priapismo nocturno .....	1

La administración de la droga la he realizado siguiendo un criterio clínico y una valoración individual. Generalmente he iniciado el tratamiento con dosis de 150 mgrs. por día, subdivididas en tres tomas, y he reducido después paulatinamente ésta cantidad a 100, 50 y hasta 25 mlgrs. por día. A dosis bajas la actividad que buscamos es problemática. Siempre que he iniciado el tratamiento con dosis menores he debido aumentarlas rápidamente hasta conseguir una respuesta satisfactoria; por lo tanto es notorio que al principio no deberán prescribirse dosis por debajo de los 100 mlgrs.

La duración del tratamiento ha sido variable. Los resultados se obtienen rápidamente, pero ya sea por que debe repetirse o prolongarse, el tratamiento insume un lapso de uno a dos meses. En algún caso ha debido prolongarse más tiempo. A fin de prevenir la acumulación de la droga deberá utilizarse con reserva, cuando hay coexistencia de lesiones parenquimatosas, hepáticas o renales.

La diferenciación que hago entre eyaculación rápida y prematura es de grado, naturalmente. Estos individuos se quejan con frecuencia, además, de cierta debilidad sexual, lo que no hace más que corroborar, en mi criterio, que se trata de síndromes ligados muy estrechamente a cierta irritabilidad crónica de la función genital, que conduce a su agotamiento.

La impotencia mejora sorprendentemente rápido con el tratamiento. En general indico a los enfermos que guarden reposo sexual, pues es la regla que se acentúe la debilidad y pueden trumatizarse psicológicamente. Otras veces se les ha aconsejado que continúen sus relaciones sexuales habituales. Los psicoanalistas sostienen, que éstas alteraciones son consecuencia de la fantasía onanista de la anticipación, es decir que según Freud el que sufre de eyaculación

precoz, goza previamente del acto completo en la fantasía de modo que un ligero contacto le basta para producir el orgasmo. En apoyo de ésta hipótesis, sostienen que la práctica tan generalizada en éstos enfermos de tratar de cambiar la dirección de sus pensamientos para demorar la eyaculación, es un intento de cambiar la fantasía por la conciencia de la realidad; en ese sentido es que lo consideran un equivalente de la polución. Según otros serían la resultante de un compromiso entre la exigencia del instinto sexual y las inhibiciones de la conciencia; correspondería a un "no quiero" imperativo del yo interior.

La experiencia realizada me inclina a pensar que se trata de una perturbación más bien radicada en la esfera neural y genital, que en la psíquica.

Los casos de poluciones y espermatorreya que presento, pertenecen en realidad al mismo grupo de procesos, caracterizados por la pérdida involuntaria del semen, sin vinculación con el acto del coito.

Podríamos llamarlas poluciones diurnas y nocturnas, para significar que en los casos presentados no ha existido ninguna manifestación inflamatoria de la próstata. En dos enfermos con espermatorreya se hizo masaje y expresión prostática y no se hallaron gérmenes. El tercer caso más que espermatorreya se trataba de una "uretrorreya ex libidine sexuelle"; para no complicar la terminología la incluyo en el mismo grupo, ya que, salvo la falta de eyaculación, el resto de la sintomatología subjetiva era similar a los otros casos, con su cortejo de dolores lumbares, sensación de decaimiento, etc.

El caso de priapismo que presento es decir una erección persistente del pene, que no va acompañada por deseos sexuales placenteros, sino más bien por sensaciones dolorosas, es de tipo funcional y motivado por la desaparición de la inhibición cortical durante el sueño.

## RESULTADOS

En la tabla adjunta se señalan los resultados inmediatos y los alejados habiéndose anotado los datos de mayor interés.

## COMENTARIOS

La experiencia recogida en más de un año de uso del Fosfato de iproniazida y los óptimos resultados obtenidos, me permiten sugerir su empleo en aquellos casos indicados de hiperexcitabilidad de la función genital, pues ha probado ser eficaz para producir modificaciones sustanciales de la libido y los mecanismos reflejos que regulan la normal actividad sexual del hombre.

Dadas las características a menudo espectaculares de las respuestas, obtenidas en algunos casos con dosis iniciales de trescientos miligramos, y la persistencia del efecto curativo por un lapso relativamente prolongado, tengo la convicción que la acción de la droga se ejerce más bien por un mecanismo desconocido del bloqueo ganglionar que por la influencia a través de la monoamino-oxidasa, ya que, en éste último caso, debe esperarse una respuesta mucho más tardía. Por otra parte las manifestaciones de simpaticotonía que acompañan a menudo a la administración de la droga, apoyan este aserto sugiriendo que su acción podría ejercerse a ese nivel.

Es posible que se liberen determinados reflejos anormalmente condicionados, o que aumente un hipotético "umbral" requerido para que se produzca la descarga de los centros reflexógenos o bien, que, en forma selectiva, actúe sobre

Caso N°	Nombre	Edad	Mac.	Prof.	Estado civil	Afección	Trastornos asociados	Tiempo de evolución	Tratamiento previo	Dosis diaria inicial	Dosis de sostén	Duración del tratamiento	Tratamientos asociados	Efectos colaterales				Resultado inmediato	Resultado alejado
														Tensión	Dismin. líbido	Disuria	Mareos		
1	B. G.	46	Ital.	Comerc.	Casado	Eyacuación precoz	—	2 años	—	150 mg	50 mg	20 días	NO <sub>2</sub> Ag.	+	+	—	++	Regular	Se ignora
2	G. M.	24	Ital.	Albanil	Casado	Eyacuación precoz	Erecciones débiles	1 año	Sedantes	150 mg	50 mg	2 meses	Dinitrilo succinato Testosterona	+	—	—	+	Buena	Mejoría
3	H. M. S.	33	Arg.	Oficial marina	Casado	Eyacuación rápida	—	1 año	—	50 mg	25 mg	15 días	—	—	—	—	—	Regular	Se ignora
4	E. M.	27	Arg.	Empl.	Soltero	Espertorrea	—	2 meses	Sedantes	50 mg 150 mg	—	20 días	—	—	—	—	—	Buena	Curación
5	R. G.	45	Arg.	Empl.	Casado	Eyacuación rápida	Erecciones débiles	6 años	Sedantes NO <sub>2</sub> Ag	50 mg 150 mg	100 mg 50 mg	2 meses 2 meses	Sedantes Testosterona Vitamina B <sub>1</sub> + B <sub>12</sub>	+	—	—	++	Buena	Mejoría
6	J. G. C.	26	Arg.	Empl.	Soltero	Espertorrea	Erecciones débiles Impotencia	2 años	Hormonas Masaj. próst.	150 mg	50 mg	1 mes	Masajes próstata Glukor Triócermina	++	+	—	+	Buena	Curación
7	R. C.	40	Arg.	Agente Prop.	Casado	Eyacuación rápida	Libido aumentada	11 años	—	50 mg 100 mg	—	15 días 15 días	—	++	+	+	—	Buena	Curación
8	R. A.	18	Arg.	Estud.	Soltero	Poluciones	Libido disminuida	1 año	Sulf. magnesio Bromuros	150 mg	50 mg 25 mg	3 meses	Difeniladantoinato de Na - Hipnóticos	+	+	—	—	Buena	Curación
9	F. B.	35	Arg.	Obrero	Casado	Eyacuación rápida	Erecciones débiles	15 años	—	100 mg	50 mg	1 mes	—	—	—	—	—	Malo	Mejoría
10	O. V.	34	Arg.	Empl.	Casado	Eyacuación precoz	—	10 años	—	150 mg	50 mg	1 mes	—	+	—	+	—	Buena	Mejoría
11	J. C.	25	Arg.	Empl.	Soltero	Eyacuación rápida	Espertorrea	7 años	—	150 mg	—	15 días	Vitaminas B <sub>1</sub> y B <sub>12</sub>	Mejor potencia	—	+++	+	Malo	Malo
12	D. A. C.	37	Arg.	Comerc.	Casado	Eyacuación rápida	—	20 años	—	100 mg	25 mg	3 meses	—	+	—	—	+	Regular	Mejoría
13	O. A. D.	29	Ital.	Empl.	Casado	Eyacuación rápida	Disminución de potencia	1 año	—	50 mg	100 mg 50 mg 25 mg	2 meses	Vitaminas B <sub>1</sub> y B <sub>12</sub> Glukor Extracto hepático	+	—	—	—	Regular	Mejoría
14	A. A.	41	Arg.	Obrero	Casado	Eyacuación rápida	—	3 años	—	100 mg 200 mg	100 mg	1 mes	—	—	+	+	—	Malo	Malo
15	A. G.	22	Arg.	Empl.	Soltero	Eyacuación precoz	Disminución de potencia Poluciones	18 meses	NO <sub>2</sub> Ag Sedantes	150 mg	50 mg 25 mg	1 mes	—	Mejor potencia	+	—	—	Buena	Curación
16	J. C. S.	28	Arg.	Constr.	Soltero	Eyacuación rápida	—	2 años	—	50 mg 150 mg	—	15 días	—	—	—	—	—	Regular	Mejoría
17	A. P.	18	Arg.	Empl.	Soltero	Poluciones	Debilidad Nervosismo	7 meses	Hormonas Baños Sedantes	150 mg	50 mg 25 mg	1 mes	Vitamina B <sub>12</sub> Vitamina E	+	—	+	Buena	Curación	
18	E. T.	36	Arg.	Arquit.	Casado	Eyacuación rápida	Debilidad Angustia Menor potencia	8 meses	—	50 mg 150 mg	50 mg	2 meses	Dinitrilo succinato Sedantes Testosterona	+	—	—	—	Buena	Se ignora
19	A. B.	24	Arg.	Empl.	Soltero	Espertorrea	Debilidad Afeitea Adesgamiento	3 meses	—	150 mg	50 mg	20 días	Extracto hepático Testosterona	+	—	+	—	Buena	Curación
20	N. M.	27	Ital.	Obrero	Soltero	Eyacuación precoz	Hemospermia	1 año	Masaje próstata NO <sub>2</sub> Ag	150 mg	—	10 días	NO <sub>2</sub> Ag	—	—	—	—	Regular	Se ignora
21	L. R.	23	Esp.	Comerc.	Soltero	Poluciones	—	1 mes	—	100 mg	25 mg	1 mes	—	—	+	+	—	Buena	Curación
22	F. L. H.	43	Arg.	Empl.	Casado	Eyacuación precoz	Impotencia	20 años	—	150 mg 200 mg	50 mg	15 días	Glukor Testosterona	—	+	+	—	Malo	Malo
23	F. A.	31	Arg.	Empl.	Soltero	Eyacuación precoz	Erecciones débiles	13 años	—	150 mg	75 mg	1 mes	—	+	—	—	—	Regular	Se ignora
24	G. T.	16	Arg.	Estud.	Soltero	Poluciones	Debilidad Adesgamiento	2 meses	—	100 mg	100 mg	7 días	—	+	—	+	—	Buena	Curación
25	R. P.	48	Arg.	Comerc.	Casado	Priapismo nocturno	Disim. líbido Eyac. rápida Poluciones con sueños eróticos	2 años	Psicoterapia Sedantes Hipnóticos Psicocanántis	150 mg	100 mg 50 mg 100 mg	5 meses y continúa	Hipnóticos Clorh. de medicina Coriza suprarrenal. Estricnina	+	+	+	—	Buena	Mejoría

dichos centros disminuyendo la irritabilidad de los mismos o bloqueando las respuestas demasiado exageradas.

Ciertas pruebas farmacológicas, en efecto, prueban que algunas de las aminas en cuyo metabolismo interviene la iproniazida, actúan como mediadores neuroquímicos. Se sugiere que la epinefrina puede bloquear la formación de histamina. "El papel de la histamina como mediador neuroquímico es aún desconocido, pero merece prestársele atención desde que Zwiatkowski, afirmó su presencia en los nervios mixtos y encontró una alta concentración en la raíz de las fibras dorsales".

Pero es la observación clínica, sobre todo, la que demuestra por ahora que además de su acción cortical, la iproniazida actúa sobre el sistema nervioso autónomo de manera similar a los bloqueadores ganglionares y produce estimulación del simpático. Se ha sugerido que la acción sobre el sistema nervioso autónomo se ejerce no directamente sino a través de un metabolito que produciría en la sangre la aparición de una sustancia desconocida que actuaría como bloqueadora. Se ha señalado la acción relativamente prolongada que tiene el medicamento para abonar esta afirmación.

Los siguientes síntomas son los incriminados a la acción que el fosfato de iproniazida ejerce sobre el sistema neurovegetativo: midriasis, sequedad bucal, hipotensión ortostática, constipación, aumento del tonismo del esfínter de la uretra, impotencia.

He observado que la influencia sobre el orgasmo es mucho más precoz que sobre la potencia. Los individuos disminuyen en general su apetencia sexual pero conservan buenas erecciones cuando manifiestan no poder eyacular o prolongar excesivamente el coito sin lograrlo. Los casos de impotencia han sido siempre transitorios pero los pacientes consultan alarmados y debe explicárseles que ese efecto forma parte del poder curativo del medicamento y que desaparecerá pronto.

En dos casos de nuestra serie, sin embargo, se ha producido el fenómeno inverso con aumento del apetito sexual y mayores erecciones lo que es posible se deba a la influencia que la droga ejerce sobre el sistema nervioso central, modificando el tono psicológico y emocional de estos enfermos, tan predisuestos a la depresión.

Del total de enfermos tratados se han obtenido los siguientes resultados: diez curaciones, siete mejorías, cuatro malos resultados —en general por problemas de intolerancia— y se ignora el resultado final de cuatro pacientes.

Las respuestas terapéuticas favorables comienzan a manifestarse muy precozmente del segundo al quinceavo día de iniciado el tratamiento.

Hemos observado individuos que han reaccionado rápidamente y que no han necesitado tratamiento ulterior y otros a quienes ha debido prescribírselos dosis de sostenimiento. En muchos casos se han seguido dando dosis bajas porque no conviene suspender el tratamiento demasiado pronto, sino mantenerlo por un lapso de alrededor de un mes.

La tolerancia de la droga ha sido en la mayoría de los casos excelente; no hemos observado cambios en la presión arterial, salvo alguna ligera modificación sin importancia, ni ninguna complicación de las señaladas como tóxicas sobre el hígado o los riñones.

En un caso se presentó un cuadro de excitación psicomotriz de cierta magnitud en un sujeto predisuesto y con antecedentes epileptoideos. En un segundo caso también se produjeron algunos fenómenos de excitación de menos magnitud.

La mayoría de los enfermos se quejan de constipación y dificultad en iniciar el chorro de orina. En dos o tres casos se produjeron mareos intensos por lo que fue necesario suspender la administración de la droga, en un caso definitivamente.

Hemos hecho terapéutica de apoyo a base de complejo B, Vitamina E, extracto hepático, sedantes y medicación sintemática. En algunos casos hemos completado tratamiento con algunas instilaciones de Nitrato de Plata.

En ésta forma pueden controlarse perfectamente los fenómenos secundarios.

R. C. Argentino, 40 años, casado.

4-7-58. El paciente declara que a causa de la *eyaculación rápida* que padece desde hace un año debe terminar el coito en forma precipitada. Vida sexual muy activa. A menudo debe repetir el contacto sexual para prolongar el acto. Potencia normal. Casado hace 20 años tiene tres hijos vivos y sanos.

Niega venéreas. Frecuentes poluciones en la pubertad.

*Examen clínico general:* sin particularidades.

*Examen psicológico:* sujeto extravertido, sin alteraciones en la esfera psíquica.

*Examen urológico:* normal. Se practica uretrocistoscopia con el mismo resultado.

*Tratamiento:* se efectúan 20 instilaciones de solución de nitrato de plata al 0,50 y 1% e inyecciones tres veces semanales de Glukor. No se obtiene mejoría. Continúa con sedantes.

En febrero de 1959, efectuamos el primer ensayo terapéutico con la iproniazida: 3 comprimidos diarios de 50 mgrs. durante una semana. A las 48 horas ya observa una evidente disminución de la libido. Al final de la primer semana, realiza un coito normal salvo que su eyaculación se ha hecho tan prolongada que el orgasmo se produce con mucha dificultad. Continúa con 100 mgrs. diarios de Marsilid durante otra semana. El paciente se queja de pronunciada constipación e insomnio. Ha sentido también mareos los que han desaparecido con medicación sintomática. Se suspende 3 días y luego se reanudan las dosis diarias de 50 mgrs. con complejo vitamínico B.

El resultado terapéutico es perfecto. Realiza el coito con menos frecuencia y el orgasmo se produce a satisfacción. Al mes, el enfermo concurre para informarme que nuevamente experimenta alguna mayor rapidez en la eyaculación, aunque no es tan intensa como antes. Se reanuda el tratamiento con una dosis de 100 mgrs., diarios durante una semana y 50 mgrs., la segunda.

Resultados óptimos. A los 3 meses del tratamiento su estado era normal.

A. G., 22 años, argentino, soltero, albañil.

10-5-59. Consulta por un cuadro complejo. Desde hace aproximadamente cinco años sufre de *eyaculación precoz* y en los últimos meses ha notado erecciones más débiles, incompletas y a menudo frustración del acto sexual —por impotencia relativa—. En numerosas oportunidades ha tenido eyaculaciones extemporáneas y pérdidas seminales involuntarias. El paciente se queja de dolores lumbares, sensación de fatiga y pérdida de vitalidad y fuerzas.

Comienza tomando 150 mlgrs. de Marsilid y Perandren de 25 mlgrs., dos veces por semana inyectable adicionado de extracto hepático y complejo B.

Al principio tiene erecciones débiles, desaparecen de inmediato las poluciones, el estado general mejora llamativamente y tiene un cambio psicológico muy favorable con la desaparición de la espermatorreya. La libido tiene una rápida mejoría y recupera su potencia.

El 10-8-60. Declara tener perfectas erecciones y eyaculación normal. Ha aumentado de peso y su estado de animo es excelente. El tratamiento se ha prolongado en total un mes.

R. A., 18 años, argentino, soltero, estudiante.

31-2-59. Viene a la consulta acompañado de su padre, por presentar desde hace un año *poluciones nocturnas*. Se presentan con una frecuencia de por lo menos tres veces semanales y no van acompañadas por lo general por sueños eróticos; en varias oportunidades ha tenido dos o tres orgasmos en una noche.

Masturbación sin exceso de los 12 a los 16 años. Una primerea relación sexual a los 16 años que repite varias veces hasta que comienza su trastorno actual por el que debe guardar abstinencia a causa del estado de agotamiento físico que se encuentra.

Ha realizado tratamiento medicamentoso, ignorando de que se trata, e inyecciones de Magnesol. Se encuentra sumamente abatido, ojeroso, presentando fácil fatigabilidad, dolores lumbares, tendencia al sueño, pérdida de la concentración en el estudio, indiferencia sexual. Se despierta mojado y es recién entonces que, con gran ansiedad, repara que ha tenido una pérdida seminal en el curso de la noche. Sueño profundo, nunca con fantasías eróticas.

Las poluciones comenzaron hace un año en circunstancias que realizaba una práctica intensiva para intervenir en una carrera de bicicletas. A causa de su trastorno y su debilidad física debió abandonar el deporte. No siente deseos de tener relaciones sexuales, pues, teme debilitarse más de lo que está.

Desde el punto de vista psíquico, presenta un coeficiente intelectual deficitario y una personalidad enquistada. (Test de Roscharch). Examen clínico general y genitourinario: sin particularidades. Comienza a tomar Marsilid, dosis de 150 mlgrs., por día, durante una semana. Al cabo de la primer semana no presenta variantes en la sintomatología por lo que continúa con la misma dosis.

Durante la segunda semana no presenta ninguna polución, pero una mañana se despierta con la sensación inconfundible de haber tenido una pérdida seminal pero con sorpresa descubre que está completamente seco. Estas poluciones frustradas o sin eyaculación se repiten varias veces.

Continúa tomando 50 mlgrs. diarios, complejo vitamínico B y sulfanesia. Durante 15 días permanece sin una sola polución ni su equivalente. El aspecto general es muy bueno. Hay rubefacción del rostro y mejor ánimo; se siente mucho más dinámico y siente más deseos sexuales.

Continúa con 25 mlgrs. diarios de Marsilid. A la semana concurre por haber tenido dos días seguidos poluciones "frustradas". Se aumenta la dosis a 50 mlgrs., por día. Las poluciones se hacen más espaciadas, pero generalmente presenta alguna con las mismas características en el curso de la semana. Hay una leve dificultad en iniciar la micción. Continúa con 25 mlgrs., por día, aconsejándosele que trate de reanudar las relaciones sexuales, lo que realiza satisfactoriamente; ocasionalmente experimenta la sensación frustra de la polución. Habiéndosele practicado un electroencefalograma, el mismo señala la existencia de una epilepsia visceral, por lo que es derivado a un neurólogo para su tratamiento, quien, consultado al respecto en la actualidad, me informa que el estado del paciente es completamente normal.

A. B., 24 años, soltero, empleado.

8-9-59. Desde hace tres meses presenta pérdidas *seminales involuntarias*, con motivo de cualquier excitación, sexual, y a menudo con el pene en estado de flaccidez. Desde hace un mes tiene erecciones difíciles.

El examen clínico general y urológico es normal.

Las relaciones sexuales comenzaron a edad temprana y fueron siempre normales hasta hace un año en que a causa de mantener relaciones íntimas sin alcanzar a consumar el coito, se encuentra en un estado de permanente excitación.

Se le prescribieron 150 mlgrs. diarios en 3 tomas durante la primera semana, y luego una toma diaria de 100 y 50 mlgrs., durante dos semanas más. Se indicaron medidas de higiene sexual.

25-9-59. Excelente resultado. La espermatorrea ha desaparecido por completo. Continúa con 25 mlgrs., por día.

8-10-60. Con motivo de la muerte de un familiar tiene una crisis nerviosa por lo que suspende el tratamiento. Examinado posteriormente se le da de alta completamente curado y con excelente potencia. En la actualidad sigue bien.

R. P., 48 años, argentino, casado, mozo.

18-1-60. Hace dos años comenzó a tener *priapismo* durante el sueño y fue aumentando de intensidad, perturbándolo profundamente, pues al mismo tiempo siente grandes deseos de orinar, lo que consigue hacer tras grandes esfuerzos, recurriendo a la maniobra de apretarse con las manos el hipogastrio y vencer, así, la resistencia que le ofrece el estado de rigidez del miembro.

Después que orina, la rigidez desaparece por completo para volver al cabo de una o dos horas. Siempre se acompaña de sueños eróticos. Se le han efectuado los más diversos tratamientos e investigaciones urológicas completas sin ningún resultado. El último tratamiento a base de sedantes e hipnóticos le permite descansar mucho mejor, pero tiene que levantarse de tres a cuatro veces por noche.

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: casado a los 21 años, tuvo tres hijos; casado en segundas nupcias a los 30 años; de su segundo matrimonio tiene un hijo.

Blenorragia a los 30 años; operado de pleuresia purulenta a los 25 años. Curó bien pero siempre quedó con cierto decaimiento, fatigabilidad fácil, insomnio y cierta propensión al frío. Hace 4 años presentó algunos episodios aislados de impotencia; tiene relaciones sexuales una vez por semana con buenas erecciones. Sufre de eyaculación rápida y en algún contacto extraconyugal ha observado que se vuelve sumamente prematura.

Poluciones ocasionales. Los sueños eróticos son sumamente vívidos y ponen de manifiesto una cantidad de represiones; hay tendencias incestuosas. Presenta signos velados de claustrofobia. Cuando el estado de tiempo es tormentoso, el priapismo se exagera.

Examen clínico general: normal.

Examen urológico: nada de particular. No se le practica uretrocistoscopia por haberla realizado un colega poco tiempo antes, sin encontrar nada de particular.

Se inicia el tratamiento con 150 mlgrs., diarios de Marsilid.

20-1-60. Evidente disminución de la rigidez del pene, constipado y ligera disuria inicial.

26-1-60. Mejoría del priapismo, las erecciones son débiles, lo que le permite orinar con facilidad dos veces por noche. No hay más sueños eróticos. Tuvo mareos intensos por lo que ayer suspendió el medicamento. Ligero descenso de la presión arterial.

Continúa con 100 mlgrs. de Marsilid y medicación sintomática.

2-2-60. Como siguieron los mareos no ha vuelto a tomar los medicamentos, pero informa que ha estado normal, *sin priapismo* ni sueños eróticos, hasta anoche que lo presentó con intensidad (además, señala que fue una noche tormentosa). Se le ordenan 100 mlgrs. de Marsilid.

8-2-60. Desde la consulta anterior no ha presentado priapismo. En cambio tiene cierta dificultad en la erección y no se ha producido el orgasmo.

A pesar de esto, manifiesta un excelente ánimo. A mi requerimiento me informa que con ninguno de los tratamientos anteriores ha obtenido un resultado semejante.

Continúa con 50 miligramos.

26-2-60. Impotencia relativa, disuria marcada. Se suspende el medicamento.

11-3-60. La disuria desapareció al día siguiente de suspender el Marsilid. Hace tres días en cambio intentó un coito con excelente erección, pero no pudo eyacular. No ha presentado priapismo o éste ha sido de grado muy discreto y ocasional, no perturbándole la micción nocturna que se realiza con facilidad, una o dos veces por noche.

18-3-60. Continúa muy bien. Duerme perfectamente y no tiene la menor evidencia de priapismo. Persiste la dificultad para eyacular. El apetito sexual ha reaparecido normalmente.

27-4-60. Nuevamente se presenta el priapismo, aunque de menor intensidad. Ha tenido relaciones sexuales normales sin perturbaciones en la eyaculación.

Iproniazida 100 mlgrs. diarios.

5-5-60. No ha tenido manifestaciones de priapismo. Se continúa con 75 mlgrs., pues dice que con 100 mlgrs., experimenta algunos mareos. El paciente sigue bien, adecuándosele la dosis conveniente.

Al mismo tiempo se le ha aconsejado un tratamiento psicoanalítico de fondo, pues considero que existen factores psicológicos perturbadores, que demoran su completa curación.

### CONCLUSIONES

La iproniazida, es una droga eficaz en el tratamiento de la eyaculación prematura, las poluciones y el priapismo.

Una observación que abarque un tiempo mayor permitirá conocer los resultados a largo plazo.

En nuestra serie hemos observado modificaciones precoces en la esfera genital que nos hace concebir un interesante porvenir en el campo de la especialidad.

### S U M M A R Y

Iproniazid phosphate has been used in 25 patients suffering from four different orders of sexual troubles (precocious ejaculation, spermatorrhea, nocturnal pollution and priapism) with excellent results. An initial dose of more or less 150 mg has been administered until the answer is obtained; following, a maintenance dose of 50-25 mg during a lapse from 7 days to 5 months. According to the inclosed table, the results were: 10 cures (40%), 7 improvements (28%), 4 failed (16%) and 4 cases (16%) without known results.

Side effects pointed out by some authors has been observed only in a short number of patients, and the administration of the drug must be interrupted in only two cases. These side effects has been always reversible, disappearing with the suppresion of the drug.

The results may be explained for the possible blocking-action of the drug on the reflex mechanisms which conditionate the genital activity of men.

#### R E S U M E

Le phosphate d'iproniazide a été essayé dans 25 patients atteints de quatre types différents de troubles sexuels (éjaculation précoce, spermatorrhée, pollutions et priapisme nocturne) avec d'excellents résultats. Les doses initiales, jusqu'à l'obtention d'une réponse, ont été d'environ 150 mg et celles d'entretien de 50/25 mg pendant un délai allant de 7 jours jusqu'à 5 mois. Les résultats, tel que l'on peut voir sur la table ci-jointe, ont été: 10 guérisons (40%), 7 soulagements (28%), 4 échecs (16%) et 4 (16%) cas dont ignore l'évolution ultérieure.

On y a observé les effets secondaires décrits par d'autres auteurs, mais ils n'ont atteint une certaine importance que dans un nombre très réduit de patients. Le traitement a dû être suspendu seulement dans deux cas. Les effets secondaires ont été toujours réversibles, la suppression de la drogue provoquant leur disparition.

Les résultats s'expliquent par l'action de la drogue provoquant le blocage des mécanismes réflexes conditionnant l'activité génitale de l'homme.

---