

RESECCION ENDOSCOPICA DE LA PROSTATA

EXPERIENCIA PERSONAL Y ESTADISTICA

Por el Dr. JOSE A. FORZIANO

Esta comunicación tiene por objeto presentar con algunos detalles mi experiencia en 250 casos de resección endoscópica de la próstata. La mayoría de ellos fueron operados en hospitales oficiales, pues sólo 40 pacientes pertenecen a mi actividad privada.

No se trata de analizar aquí, las ventajas o desventajas de la prostatectomía endoscópica, como tampoco sus indicaciones o limitaciones, sino solamente pasar revista a los resultados obtenidos a través de una serie de pacientes.

Este grupo de enfermos está comprendido dentro de las edades límites de 55 a 98 años, describiéndolos en la siguiente forma:

55 a 60 años, 20 enfermos, 8 %; 60 a 65 años, 68 enfermos, 27,2%; 65 a 60 años, 59 enfermos, 23,6 %; 70 a 75 años, 45 enfermos, 18 %; 75 a 80 años, 25 enfermos, 10 % 80 a 85 años, 19 enfermos, 7,6 %; 85 a 90 años, 10 enfermos, 4 %; 90 a 95 años, 2 enfermos, 0,8 % 95 a 100 años, 2 enfermos, 0,8 %.

En términos generales todos estos enfermos se encontraban en condiciones clínicas aptas para la cirugía. Fue frecuente constatar en muchos de ellos afecciones metabólicas tipo diabetes, o cardiovasculares tipo arterioesclerosis que requirieron algunas medidas previas de compensación y que en determinados casos fueron fuentes de complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Algunos de estos enfermos incluso ya tenían afecciones derivadas de una enfermedad vascular como por ejemplo hemiplejías parkinson, etc.

Anestesia: Si se considera que generalmente la patología prostática se presenta casi siempre en pacientes de edad avanzada y muchos de ellos en condiciones generales pobre, es necesaria una adecuada elección de la anestesia.

Anestesia raquídea: Se practicó anestesia raquídea en 87 casos con la técnica clásica y usando como anestésico la mezcla novocaína-percaína.

Anestesia general: En 120 casos se utilizó las secuencias clásicas: Pentotal, éter, curare, etc., o pentotal novocaína curare.

Anestesia local: En 33 casos se usó la anestesia local. La próstata tiene una rica inervación cuyo bloqueo anestésico se logra mediante el empleo de dos grandes infiltrados superior e inferior con la solución anestésica.

Se usó para la anestesia local, la siguiente mezcla:

Rp. Novocaína 1,25 %; Sol. Ringer 500 c.c.; Nupercaína, 2 ampollas (12 mg.); Xilocaína al 1 %, 20 c.c.; Adrenalina 4 gotas (Estéril).

La técnica a seguir es la siguiente: El cirujano introduce el dedo índice en el recto, previo habón dérmico en el rafe perineal, con una aguja larga y una jeringa metálica tipo Braun que tiene la ventaja que se maneja con una mano. Se dirige esta vez la aguja hasta llegar a la próstata donde se inyectará 50 a 60 c.c. de la solución anestésica. Esta operación se repite sobre las caras laterales de la próstata. Para ello retiramos un cm. la aguja y la dirigimos lateralmente, donde inyectamos 60 a 80 c.c. de anestesia a cada lado. Realizada esta

“corona” de anestesia principal en la forma indicada se complementa su efecto con una segunda infiltración, en la raíz del pene, pasando la aguja lo más cerca del pubis y en la línea media dorsal. Aquí también se inyectarán de 50 a 60 c.c. de anestesia.

Es sabido que uno de los detalles a tener en cuenta en la resección endoscópica de la próstata, consiste en la brusca irrupción de líquidos en la circulación y la posible sucesión de dos fenómenos: por un lado la seria sobrecarga circulatoria y en segundo lugar la producción de hemólisis con la doble liberación de Hb. y K. fenómenos todos estos de suma importancia para el aparato circulatorio de enfermos que ya sufren compromiso del mismo. Se preconiza utilizar en este procedimiento las soluciones antihemolíticas como por ejemplo las de Manitol al 3 % aconsejada por Goodwin, la solución de glicina al 1,1 % empleada por Nesbit, etc.

Con estas soluciones se trata de evitar el síndrome tóxico de esta técnica que los autores dividen en dos fases: uno agudo, caracterizado por cianosis, escalofríos, oliguria y desfallecimiento circulatorio, hiposistolia a veces de terminación fatal, cuadro que se produce al final de la operación o en las primeras horas del curso postoperatorio inmediato.

El otro cuadro más lento se presenta en los primeros días postoperatorios y se lo describe con ictericia, oliguria y retención nitrogenada.

De los casos aquí presentados en 162 pacientes se utilizó una solución anti-hemolítica y en 88 agua destilada.

No se presentaron síntomas en estos operados que hicieran pensar en reacciones tóxicas imputables al síndrome descripto.

Complicaciones: Entre las complicaciones operatorias tenemos la perforación de la cápsula prostática con extravasación de líquido y su paso al espacio de Retzius y al tejido celular perivesical. Esto ocurrió en 5 enfermos en donde el accidente fue solucionado con talla vesical y en 2 casos con prostatectomía transvesical.

Otra complicación fue la hemorragia postoperatoria. Esto ocurrió en 4 enfermos. Dos fueron controlados con lavados de la vejiga con solución fisiológica tibia y tracción sostenida con sonda de Foley de 30 c.c. de balón. Los otros dos casos fueron intervenidos, fulgurándose endoscópicamente los puntos sangrantes.

Como complicación mediata se observó la persistencia de la sintomatología obstructiva en cuatro enfermos, los cuales debieron ser intervenidos nuevamente por vía endoscópica con resultado satisfactorio en tres de ellos. El cuarto que tenía un cáncer de próstata quedó incontinente.

Tres enfermos presentaron incontinencia de orina; uno de ellos al que había operado 15 días antes, presentó otro episodio de retención de orina. La segunda intervención realizada ya, en medios más difíciles no permitió individualizar los reparos anatómicos fundamentales para evitar la resección del esfínter externo, quedando el enfermo incontinente.

Otro de los enfermos, operado también de próstata hacía un año, debió ser intervenido y aquí también la resección se hizo difícil por cuanto estaba modificada la anatomía normal de la uretra prostática, quedando incontinente. El tercer paciente quedó incontinente pese a que la resección fue de sólo 18 gs. de tejido prostático y de fácil realización. seguramente se hizo la resección del esfínter en el techo de la uretra prostática, zona peligrosa por la menor cantidad de tejido que hay para resecar.

La estrechez uretral se observó en 7 pacientes los cuales fueron tratados con dilatación. Dos de los pacientes con estrechez de uretra preoperatoria a los que

no se les pudo pasar la vaina del resectoscopio se les hizo una uretrotomía perineal a través de la cual se reseco la próstata.

Vasectomía bilateral se le hizo a 87 enfermos observándose epididimitis en 5 de estos pacientes. De los 163 restantes operados, 9 padecieron esta complicación que en todos los casos fue controlada con antibióticos.

Completando los datos a 11 enfermos que hicieron retención de orina después de una amputación abdomino perineal por cáncer de recto, se les practicó una resección endoscópica de la próstata con resultado satisfactorio en 9 de ellos.

Curso postoperatorio y resultados: La mayoría de los pacientes tuvieron un curso postoperatorio benigno. La temperatura que a veces se presentó, no pasó de los 38 ó 38,5 grados. Una gran proporción de estos enfermos tuvieron sonda permanente durante 4 ó 5 días. Sólo unos pocos que no toleraron la sonda por los espasmos de vejiga se les sacó la sonda a las 24 ó 48 horas. El buen cuidado del funcionamiento de la sonda evita que el enfermo tenga fiebre o espasmos de vejiga.

Todos los enfermos estuvieron con antibióticos.

En líneas generales puedo decir que los resultados fueron buenos. Desgraciadamente no es fácil de seguir a los enfermos de hospitales por largo tiempo, pero al 30 % se los controló durante dos años sin haber presentado síntomas de recidiva.

Finalizando, tenemos que de los enfermos operados 23 resultaron cáncer de próstata es decir el 9,2 %.

La mortalidad fue de 1,2 % pues tres enfermos fallecieron en el postoperatorio inmediato, dentro de los 8 días de operados de hemorragia cerebral, infarto de miocardio y el tercero de un cuadro que pareció (controlado por la guardia hospitalaria) una embolia pulmonar.

Todos los enfermos fueron operados con los resectoscopios de McCarthy y de Iglesias.

Sr. Presidente: Yo quisiera decir algunas palabras al comunicante, con respecto a su bien documentado trabajo en el que deja clara constancia de las secuelas que conviene tener en cuenta antes de emprender la resección endoscópica de la próstata, mientras no se trate de procesos que estuviesen perfectamente limitados donde sea posible llevar a cabo una exéresis suficiente como para corregir el trastorno evacuatorio, y que también signifique una cierta garantía de no recidiva en el futuro.

Hago esta observación porque me ha tocado en suerte tener que extirpar algunos adenomas, previamente resecaos, en enfermos que no mejoraron después de la indicación y de la ejecución de la resección endoscópica.

Quisiera, pues, preguntarle, doctor Forziano, cuál es la indicación en la cual propone la resección endoscópica.

Dr. Forziano: Fundamentalmente, el tamaño.

Creo que en una hora difícilmente se puede reseca 40 ó 60 g de próstata. Jamás indico esta intervención en pacientes que se supone tienen más cantidad de próstata.

No hace mucho tiempo hube de practicar una resección endoscópica, pero cuando hice la citoscopia me di cuenta de que la próstata no era abordable por vía endoscópica. Creo que si nos atenemos al tamaño de la glándula, la operación puede ser realizada con éxito.

En realidad, estos son los últimos 250 casos que tuve a mi cargo. De los anteriores algunos habrán quedado que fueron resecaos por segunda o tercera vez. De ahí que desde la mortalidad hasta el curso posoperatorio han resultado

buenos. Si uno no quiere hacer milagros resecaando próstatas en enfermos con mal estado general y próstatas grandes, la mortalidad se reduce notablemente. Con anestesia local creo que es una operación, por lo menos en pacientes que uno sigue, con la cual se pueden obtener resultados bastante aceptables.

La novedad que he traído, señor presidente, son los casos a los que se hizo anestesia local y, como el medio no me favorecía, agua destilada, contra los principios que se leen en todos los libros del peligro de la hemólisis y la sobrecarga circulatoria. Pero, en general, no he tenido inconvenientes.

Sociedad Argentina de Urología

4º Sesión científica ordinaria — 26 de Julio de 1962

Presidente **Dr. Antonio Granara Costa**

Secretario **Dr. Alberto J. Claret**

EL USO DE LA FURADANTINA INTRAVENOSA EN LAS INFECCIONES UROLOGICAS

Por el Dr. MARIO F. VICCHI

Esta droga ha sido muy usada en las infecciones del aparato urinario con muy buenos resultados desde el año 1953. Paul Christenson y col. hacen referencia a 45.000 tratamientos efectuados entre junio de 1957 y julio de 1958 sin que se hayan registrado reacciones graves lo cual prueba la buena tolerancia de la droga, hasta hace poco tiempo la furadantina se ha usado exclusivamente por vía oral.

En un principio se usó la furadantina intravenosa asociada a un solvente el polythylene glicol 300 (PEG 300), pero si bien se comprobó que el producto tenía una excelente acción bactericida producía en algunos casos acidosis, habiéndose demostrado que el responsable de esta intolerancia era el PEG 300, por lo tanto se buscó una combinación que excluyera este componente sin alterar sus propiedades antimicrobianas y así se ensaya con éxito la furadantina sódica droga que une la buena tolerancia a la acción anti-bacteriana.

La dosis recomendada es de 180 mgrs disueltos en 500 cc de dextrosa al 5 % en agua, solución salina isotónica o lactato administrado en perfusión intravenosa cada 12 horas a un ritmo de 40 gotas por minuto. En los pacientes de menos de 120 libras se da a la dosis de 3 mgrs por kg de peso. Tiene amplio espectro actuando sobre gérmenes Gram positivos y negativos. Según S. Stanley Sneiderman la sensibilidad es de 400 microgramos/ml, habiendo encontrado estos títulos de sensibilidad con gérmenes que demostraban resistencia a varios antibióticos de amplio espectro. Para la mayoría de los autores están de acuerdo que la furadantina no actúa contra las pseudomonas y sus resultados son muy inconstantes frente al *Proteus*.

Después de administrar 200 mgrs se encuentra en la orina 25 a 50 mgrs por 100 cc. El medicamento actúa mucho mejor cuando las orinas son ácidas. Según Jack Hughes la sensibilidad al disco no constituye un índice seguro para predecir la evolución clínica de una infección, hecho con el cual estamos completamente de acuerdo, ya que en algunos de nuestros enfermos el antibio-

grama era negativo para la furadantina y sin embargo obtuvimos curas clínicas y bacteriológicas usándola por vía intravenosa, en cambio en otro caso en que había alta sensibilidad no se obtuvo el menor efecto clínico ni bacteriológico, estos mismos autores refieren haber curado el 80 % de los problemas agudos y el 27 % de los crónicos.

Para E. Clapper y col. existe perfecto sinergismo de la furadantina con la mayoría de los antibióticos con los cuales puede ser asociada con buen éxito. Howard M. Trafton y col. han observado mejoría de los síntomas en 15 de 16 infecciones urinarias agudas y en 47 enfermos tratados 25 no tuvieron recidiva de la infección.

Ernest Jewets y col. sostienen que la furadantina actuaría como un excelente antiséptico urinario pero sería inefectiva en las lesiones intersticiales parenquimatosas. Otros autores afirman que no debe usarse en casos de septicemia por los escasos valores de la concentración sanguínea. I Langdale y col. la consideran como la droga más activa en las infecciones urinarias.

En general esta droga es muy bien tolerada y no se observan accidentes graves determinados por su uso. Se han citado casos de acidosis los cuales han sido atribuidos a la sustancia usada como solvente (PEG 300), desde que se emplea la sal sódica no se ha registrado este inconveniente. Frecuentemente se observa náusea, vómito o cefalea, estas molestias generalmente ceden disminuyendo el goteo a 20 gotas por minuto y nosotros en general evitamos este inconveniente agregando 1 ampolla de baralgina a la solución. Michael West y col. relatan un caso de hemólisis producida por la administración de furadantina oral 400 mgrs durante 4 días, el accidente pasó sin consecuencias suspendiendo la droga. Este producto está contraindicado en las grandes fallas renales (oligúricos o anúricos).

Luis A. Sanjurjo en un estudio sobre la acción de los distintos antibióticos en las pielonefritis considera que la furadantina es la droga más activa.

Robert Nesbit Jr. estudia la acción en infecciones urinarias de 104 embarazadas y refiere haber obtenido 70 curas bacteriológicas y clínicas además concluye que el embarazo no constituye un impedimento para su uso. Son muchas las comunicaciones que demuestran la eficacia de la furadantina tanto en las infecciones urinarias agudas como crónicas, infecciones urinarias en los niños, procesos infecciosos de las vías biliares, etc. La casi totalidad de la bibliografía a la cual hacemos referencia es sobre el uso oral de la furadantina, en cambio muy pocos son los que citamos referentes al empleo intravenoso por ser esta vía de administración de empleo muy reciente.

La sal sódica es muy bien tolerada por vía intravenosa y no tenemos conocimiento de que se hayan producido accidentes graves, a medida que su administración se generalice tendremos datos más precisos basados en casuística numerosa sobre sus bondades e inconvenientes.

CONCLUSIONES

1º) Hemos tratado los siguientes procesos: Pielonefritis aguda complicada (prostatitis diverticular 1, divertículo vesical 1, cistocele y duplicidad de las vías excretoras altas 1). Pielonefritis aguda no complicada 3. Pielonefritis crónica complicada con litiasis 3. Pielonefritis crónica no complicada 5. Uretritis blenorragica 1. Uretroprostatitis crónica 3. Uretrocistitis aguda 1. Uretrocistitis crónica 1. Los resultados fueron los siguientes: curas clínicas y bacteriológicas 11. Curas clínicas sin control bacteriológico 3. Curas clínicas pero persistía el ger-

men causal 3. No ha actuado la droga ni clínica ni bacteriológicamente 3. Recidivas de la infección 3 casos.

2º) Hemos encontrado los siguientes gérmenes: Estafilococo dorado 2. Klebsiella 3. Gonococo de N. 2. Estafilococo dorado 1. Proteus 2. Esc. coli 5. Estreptococo fecalis 1. Aerobacter A 1. Pseudomonas A. 1. Estreptococo no hemolítico 1.

Hemos encontrado alta sensibilidad a la furadantina en 17. Resistencia en 3.

Creemos que la prueba de la sensibilidad al disco no permite predecir la acción clínica, en 3 de los casos resistentes a la furadantina in vitro 2 obtuvieron curación clínica y bacteriológica.

Hemos observado flora cambiante en 4 casos crónicos.

3º) Dosis: hemos administrado 180 mlgrs disueltos en dextrosa al 5 % en agua 500 cc cada 12 horas. Dosis variables para cada enfermo. La dosis mínima empleada con éxito han sido 4 fcos. La dosis máxima empleada 37 fcos. La velocidad del goteo generalmente ha sido de 40 gotas por minuto.

4º) Tolerancia: Cefalea 2 casos. Náuseas 4. Reacción urticariana 1. Vómito que no se pudo controlar y obligó a suspender el medicamento 1. En un caso que no está relatado aquí por ser un problema extraurológico después de administración prolongada hubo ligera hemólisis que cedió totalmente al suspender la droga. En los demás no hubo inconvenientes. Para prevenir las náuseas o vómitos disminuimos el goteo y agregamos una ampolla de baralgina a la solución. En la casi totalidad de los enfermos se ha hecho control hematológico riguroso, pruebas hepáticas, reserva alcalina, etc.

5º) Nunca hemos empleado la furadantina para tratar estas infecciones como primera droga, siempre la hemos usado cuando 2 ó más antibióticos no habían actuado.

6º) Por todo lo expuesto creemos que la furadantina intravenosa es una droga muy útil por los óptimos resultados obtenidos en el tratamiento de las infecciones urinarias. La tolerancia ha sido excelente, en un solo caso hubo que suspender la medicación, la enferma tenía intolerancia a otros antibióticos administrados oralmente, como puede verse se trata de una paciente con rara susceptibilidad medicamentosa.

Quito, 11 de abril de 1962.

Nota: La primera comunicación que hicimos sobre el uso de la furadantina intravenosa fue leída en la Academia de Medicina del Ecuador en 1961 en el mes de noviembre. Aquí presentamos nuestra casuística completa y actualización de todos los casos con controles alejados.

Deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento a los Laboratorios Eaton por habernos facilitado gentilmente toda la droga que ha hecho posible hacer esta modesta comunicación.

RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS

Caso Nº 1. — O. S., 18 años. Sexo: masculino. Clínica Ayora. Fecha. 27 de mayo de 1961. Antecedentes

Diagnóstico: Pielonefritis sobre aguda no complicada.

En 3 oportunidades episodios febriles discretos acompañados de síntomas urinarios, no se efectuó estudio urológico.

Somos consultados porque el paciente presenta escalofrío, molestias miccionales, temperatura 41 grado, dolor muy intenso en la región lumbar izquierda. No hay proceso de orden general que explique el cuadro.

Estudio urológico: Orinas turbias, tacto rectal nada de particular, no hay orina residual.

Urografía intravenosa: No se observa alteración radiológica de las vías excretoras superiores.

Análisis

Orina: Ácida, densidad 1.025, albúmina 120 mgrs, acetona abundante. Microscópico: Incontables piocitos, leucocitos y hematíes.

Urocultivo estafilococo dorado. Antibiograma: Alta sensibilidad a: provamicina, eritromicina, albamicina, kanamicina, evramicina, furadantina.

Hematológico: G.R. 4.600.000. Hb. 14,75 grs. G.B. 24.000. Neutrofilia marcada. Urea 46 mlgrs %. Azúcar 120 mlgrs %. Creatinina 1,35 mlgrs %. Eritrosedimentación 1ª hora 7 mm, 2ª hora 23 mm. Proteínas 6,75 grs % relación A/gG 1,65.

Se comienza con antibióticos administrados por vía intravenosa y oral, de amplio espectro guiados por las pruebas de sensibilidad, a las 48 horas la temperatura se mantiene en 38,8 grados, dolor intenso en región renal izquierda y cuadro séptico inquietante. 31 de mayo de 1961 comienza con furadantina intravenosa 180 mgrs cada 12 horas en solución de dextrosa al 5 % en agua, durante la administración del primer frasco se produjo cefalea, agregamos novalgina y la tolerancia fue muy buena. Después de administrar 4 fcos. cedió el cuadro térmico, se normalizó el número de leucocitos y el enfermo se restableció completamente. Hasta el presente no ha habido recidiva (10 meses).

Caso N° 2. — M. A. de G. Edad: 53 años. Sexo: femenino. Fecha: 26 de julio de 1960. Clínica San Vicente. Diagnóstico: pionefrosis crónica. Agudización de la infección renal.

Antecedentes

Nos consulta el 26 de julio de 1960. Hace 9 meses hicieron nefrectomía derecha por pionefrosis, teniendo entonces infección y litiasis en el riñón izquierdo. Hipertensión hasta una Mx de 270, diabética y obesa. Dada la gravedad del cuadro y la existencia de una litiasis infectada en el único riñón existente, nos resolvimos por hacer lavajes de la pelvis renal con Renacidin, como consecuencia de la disminución del tamaño del cálculo éste se enclavó en la región urétero piélica y produjo anuria.

El 5 de setiembre de 1961 se hace pielotomía, extracción del cálculo y se deja drenaje por neirostomía. La enferma se recupera y evoluciona sin mayores trastornos hasta el 10 de junio de 1961. Nos llama porque durante los 10 últimos días ha tenido episodios febriles, escalofríos, etc.

G.B. 10.750. Eritrosedimentación: en la 1ª hora 45 mm, en la segunda hora 54 mm. Orina: incontables piocitos, albúmina, etc.

Urocultivo: Klebsiella Antibiograma: Alta sensibilidad a: polimixina, kanamicina, colimicina. Resistencia a la furadantina. Comenzamos con antibióticos sensibles y no cede el cuadro infeccioso. Se inicia furadantina sódica intravenosa 180 mlgrs cada 12 horas en solución de dextrosa al 5 % en agua. Insulina. Cefalea que cede agregando novalgina a la solución. A las dos primeras ampollas ceden los síntomas. Se hacen en total 6 amp.

Análisis de control

Orina: Más clara, ha disminuido el número de piocitos. G.B. 9.500. Las cifras de la eritrosedimentación se mantienen. Cultivo: Han desaparecido las Klebsiellas, se encuentran proteus. Ha tenido dos episodios de taquicardia que fue dominada con terapéutica adecuada. Hasta el presente (31 de marzo de 1962) continúa con orinas piúricas pero no ha vuelto a tener episodios de infección aguda. Se la mantiene con tratamiento variado.

Caso N° 3. — A. T. 55 años. Sexo: masculino. Fecha: 29 de agosto de 1961. C. Pichincha. Diagnóstico: prostatitis sobrealaguda. Pielonefritis complicada.

Antecedentes

Tifoidea, amebiasis grave, paludismo, angina de pecho, apendicectomía con apéndice localizado a la izquierda, eventración, bronquitis crónica, hernia de disco.

Hace dos días comienza con temperatura de 39 grados, polaquiuria, estranguria, hematuria marcada. Las micciones son intensamente dolorosas y cada 10 minutos. Desde hace 48 horas toma sulfas, antibióticos y proteolíticos sin obtener alivio alguno.

Orinas intensamente hematurias. No hay orina residual. Tacto Rectal: próstata aumentado de tamaño, intensamente dolorosa al tacto. A pesar del tratamiento efectuado los síntomas han aumentado siendo ya intolerables para el paciente.

Análisis

Orina: Abundantes hematíes, campo lleno de piocitos, algunos cilindros hialinos y granulados.

Urocultivo: Klebsiella. Antibiograma: Alta sensibilidad a: aureomicina, cloromicetina, novobiocina, kanamicina, colimicina, furadantina.

G.B. 13.600. Neutrofilia marcada. Eritrosedimentación 22 mm en la 1ª hora.

Se administra furadantina intravenosa a la dosis de 180 mlgrs cada 12 hs. en dextrosa al 5 % en agua con una ampolla de baralgina. Después del segundo frasco las orinas se aclaran las micciones se hacen fáciles cada 3 hs. Como el paciente tiene malas venas decide suprimir la furadantina y hacer cloromicetina. Tiene un nuevo ascenso febril que cede al administrar nuevamente furadantina intravenosa. Desaparecen todos los síntomas generales y locales. Hizo 8 fcos. Urografía intravenosa normal.

Análisis de control

Orina: Algunos hematíes, escasos leucocitos. Escasos cilindros granulosos. Ziehl negativo. Urocultivo negativo. Meses después hace infección recidivante leve casi asintomática, pocos trastornos.

Caso Nº 4. — G. B. 39 años. Sexo: masculino. Fecha: 11 de setiembre de 1961. Clínica Ayora. Diagnóstico: Pielonefritis aguda. Blenorragia aguda.

Antecedentes

Paratifoidea, epididimitis derecha, amigdalectomía. Hace 18 meses uretritis aguda tratada con antibióticos y quimioterápicos.

El 7 de setiembre secreción uretral. Urocultivo positivo para el gonococo de Neisser y estafilococo albus. Resistencia para todos los antibióticos y quimioterápicos (se investigaron 15 productos). Ha tomado la mayoría de los antibióticos de amplio espectro sin obtener ningún resultado favorable. El 19 de setiembre presenta escalofríos, temperatura 39 grados, dolor tumbar. Es tratado con antibióticos de amplio espectro sin obtener mejoría. G.B. 15.000. Orina: picocitos, cilindros hialinos y granulosos, células de la pelvis renal. Aunque el antibiograma demuestra resistencia a la furadantina se inicia la terapéutica por vía intravenosa a la dosis de 180 mlgrs cada 12 horas disuelta en dextrosa al 5 % en agua con el agregado de baralgina. Desde la administración del primer frasco ceden totalmente los signos infecciosos. A las 24 horas las orinas son estériles. Los G.B. bajan a 8.000 y el enfermo se encuentra totalmente bien. Hizo en total 9 frascos.

Urocultivo: Después de terminar la furadantina es negativo y han desaparecido los elementos anormales.

El paciente se encuentra bien sin recidiva 6 meses después de su enfermedad.

Caso Nº 5. — L. M. de B. Edad: 32 años. Sexo: femenino. Fecha: 11 de setiembre de 1961. Clínica Pichincha. Diagnóstico: Cistopielonefritis crónica no complicada.

Enferma con fenómenos vesicales a repetición. Tuvo fiebre. Se hizo estudio completo. Urografía intravenosa, pielografía retrógrada, recolección de orina de riñón por separado. Todos estos exámenes llevaron al diagnóstico de cisto-pielonefritis crónica. Gérmen aislado proteus V.

Inicia furadantina intravenosa pero hubo que suspender la medicación porque tuvo vómitos que no fue posible dominar. La enferma había tenido intolerancia a la administración oral de otros antibióticos.

Caso Nº 6. — P. H. Edad: 22 años. Sexo: masculino. Fecha: 22 de setiembre de 1961. Clínica Pichincha. Diagnóstico: Uretritis blenorragica.

Antecedentes

Hace 4 meses blenorragia tratada con antibióticos diversos. Hace 15 días secreción uretral abundante, el examen demuestra la presencia de Gonococo de N.

Antibiograma: Alta sensibilidad a: ilocitina, ilosone, albamicina T., cloromicetina, furacin, altafur, furadantina, penicilina.

Hizo varios millones de penicilina, tetraciclina, sulfas, furacin local y otros antibióticos que no recuerda. Este tratamiento es hecho durante 15 días. Persiste la secreción y hay gonococos de N. en la misma. 1º de octubre de 1961 inicia furadantina intravenosa 180 mgtrs cada 12 horas en dextrosa al 5 % en agua. Hace 9 frascos. No hay la menor intolerancia.

Control bacteriológico: Secreción uretral con gonococos de N positivo.

Resumen: Se trata de un raro caso de blenorragia resistente a la penicilina y otros antibióticos. La furadantina no dio resultado. El antibiograma demostraba alta sensibilidad a la droga.

Caso Nº 7. — M. de Ch. Edad: 54 años. Sexo: femenino. Fecha: 16 de setiembre de 1961. Clínica Pichincha. Diagnóstico: Infección urinaria crónica. Pielonefritis aguda complicada (prolapso uterino con marcado cistocele), duplicidad vías excretoras izquierda.

Antecedentes

Hace 10 años operada por prolapso (cistocele y rectocele). Várices, flebitis, hemorroides.

Enfermedad actual

Desde diciembre de 1960 tiene episodios de cistitis a repetición. Se han hecho varios cultivos de orina encontrando flora microbiana cambiante. Efectuó tratamiento local y varios antibióticos. Siempre hay recidiva de sus fenómenos vesicales. Ziehl: negativo. Inoculación al cobayo negativa.

Estado actual

16 de octubre de 1961 cistitis persistente desde hace 15 días. No cede con antibióticos. El 18 de octubre de 1961 temperatura de 39 grados, escalofríos, dolor lumbar izquierdo, orinas turbias y molestias vesicales.

Examen de orina: Numerosos pirocitos, hemáticas. Urocultivo: Esch. coli. Antibiograma: Alta sensibilidad a 9 antibióticos y a la furadantina. G.R. 4.110.000. G.B. 6.200. Índice icterico 5,9 unidades. Bilirrubina directa 0,55 mlgrs %, indirecta 1,05 mlgrs %. Hb. 13,05 grs %. NNP 42 mlgrs %. Reserva alcalina 58 %, vol. de CO₂. Fosfatasa alcalina 3,85 unidades.

Urografía intravenosa: No se observan cálculos. Buena eliminación del contraste por ambos riñones. No hay alteración morfológica de las vías excretoras altas. Cistograma: Marcado descenso de la vejiga en la posición de pie. Duplicidad de vías excretoras izquierdas.

Cistoscopia: Celdas y columnas. Cuello vesical levantado y edematoso. Imagen endoscópica de cistitis difusa. 19 de octubre inicia furadantina intravenosa a la dosis de 180 mgrs cada 12 horas en dextrosa al 5 % en agua, a razón de 40 gotas por minuto. Dosis total 8 fcos. La enferma mejora totalmente. La paciente tenía intolerancia gástrica a la furadantina oral. El cultivo indica persistencia de la Esc. Coli. Ha desaparecido la piuria y prácticamente no hay elementos anormales en orina. Examen hematológico sin variaciones de interés. Continúa con furadantina oral a la dosis de 100 mlgrs diarios durante un mes.

Evolución: Han pasado 5 meses y la paciente no tiene ninguna manifestación en su esfera urinaria.

Caso N° 8. — R. M. Edad: 26 años. Sexo: masculino. Fecha: 24-10-61. Diagnóstico: uretroprostatitis crónica.

Antecedentes

Tifoidea. Apendicectomía hace 6 años. Hace 18 meses blenorragia tratada con penicilina. Hace 1 año molestias perineales y miccionales. Le diagnosticaron prostatitis e hicieron masajes prostáticos y variada terapéutica con antibióticos. Persiste secreción purulenta uretral y molestias perineales y miccionales.

Enfermedad actual

Hace un mes nuevamente uretritis y repiten sus trastornos en igual forma. Tomó: Ledermicina, terramicina, cloromicetina, furadantina, mandelamina, piridium. No encuentra mejoría.

Concurre a nuestro consultorio con polaquiuria, ardor y dolor, pesadez perineal. Abundante secreción purulenta uretral.

Tacto rectal: Próstata dura y dolorosa sobre todo en el lóbulo derecho. 25 de octubre de 1961. Exudado uretral negativo para tricomonas, gonococo de N. y bacilos ácido alcohol resistentes.

Orina: Amarillo ámbar. Densidad 1.020, Ph 5, ácida. Pirocitos 15 a 20 por campo. Conglomerado de células epiteliales planas.

Urocultivo: Streptococo fecalis. Antibiograma: Alta sensibilidad a: ilocitina, ilosone, neomicina, furacín, furadantina. Hizo 11 fcos. de furadantina intravenosa. Tolerancia perfecta. Desaparecieron todos los síntomas. Exámenes hematológicos antes y después de administrar la droga no tuvieron variación de significación. Urocultivo de control negativo. Evolución: Han pasado 5 meses y el enfermo se encuentra bien sin recidiva de la infección.

Caso N° 9. — J. A. Edad: 32 años. Sexo: masculino. Fecha: 24-10-61. Clínica San Francisco. Diagnóstico: Pielonefritis complicada con divertículo vesical infectado.

Antecedentes

Amigdalitis críptica. Hace 4 años episodio febril acompañado de polaquiuria y disuria dolor al finalizar la micción. Tomó antibióticos y los síntomas desaparecieron en algunos días.

Estado actual

Bruscamente comienza con escalofrío, dolor lumbar izquierdo, temperatura de 38,5 grados, molestias miccionales. Hematuria macroscópica.

Examen físico

Orinas hematuricas. Uretra libre de obstáculo. No hay orina residual. Tacto rectal: Prós-

tata con caracteres normales. Urografía intravenosa: Bueno eliminación del contraste por ambos riñones. Se observa del lado izquierdo divertículo vesical en contacto con el ureter. Uretrocistoscopia: Mucosa vesical uniformemente congestiva. Meato ureteral derecho normal. Siguiendo la barra inter-ureteral se ve que el uréter izquierdo termina dentro del cuello del divertículo. El indigo carmin es eliminado de la parte interior del divertículo.

Análisis

G.R. 5.560.000. G.B. 10.700. Neutrófilos 85 %. Eritrosedimentación 7 mm en la 1ª hora. Urea 37 mgrs %. Reserva alcalina 56 Vol de Co₂ %. NPP 41 mgrs %. Bilirrubina directa 0. Indirecta 1,1 Hanger negativa. Orina: Color oscuro, Ph 7, densidad 1.014. Albúmina trazas. Microscópico: Abundantes piocitos por campo, hemáticos, numerosos bacilos. Células renales. Urocultivo: Bacilos tipo coli. Antibiograma: Alta sensibilidad a: altafur, furacin y furadantina. Tratamiento resección del divertículo y furadantina intravenosa en la forma habitual. Total 11 fecos. Desaparecen los síntomas y 5 meses después el enfermo se encuentra totalmente sin síntomas, aumento de peso. No ha hecho control bacteriológico.

Caso Nº 10.— M. de W. Edad: 75 años. Sexo: femenino. Fecha: 4 de setiembre de 1961. Clínica Ayora. Diagnóstico: Pielonefritis crónica complicada con litiasis bilateral.

Antecedentes

Hematuria en varias oportunidades. Prolapso total de matriz. Metrorragia. Examen urológico: Pólipo uretral electrocoagulado. Pólipo de matriz y cervicitis crónica electrocoagulados. Urografía intravenosa, mala eliminación del contraste, cálices y pelvis dilatados. Litiasis bilateral. Orina: Incontables piocitos por campo. Cultivo: Proteus M. No hay alta sensibilidad para ninguno de los 16 antibióticos investigados. Uretrocistoscopia, celdas y columnas, congestión uniforme de la mucosa. Signos endoscópicos de cistitis crónica. Biopsia de la lesión uretral: pólipo angiomatoso. Biopsia de la ulceración de cuello de matriz: cervicitis crónica. Enferma hipertensa. Con trastornos cardiovasculares. Episodio agudo de fiebre, diarrea, orinas piúricas y fétidas.

Análisis

G.R. 4.800.000 G.B. 10.750. Neutrofilia. Urea 84 mgrs %. Azúcar 108 mgrs %. Hb. 15,75 grs %. Orina gran cantidad de piocitos. Albúmina disco mediano. Se administran 4 fecos. de furadantina intravenosa en dextrosa. Mejora la enferma.

Análisis de control

G.R. 4.100.000 G.B. 8.500. Fórmula normal. Urea 48 mgrs %. Hb. 13,25 grs %. Orina: Pocos leucocitos, algunos piocitos. Albúmina disco chico.

Conclusión: La tolerancia fue buena. Mejoró el aspecto urológico sin llegar a suprimir la infección. Evolución: Enferma, bien 6 meses después pero continúa la infección crónica.

Caso Nº 11.— A. M. C. Edad: 23 años. Sexo: femenino. Fecha: 6-12-61. C. Pichincha. Diagnóstico: Pielonefritis aguda.

Antecedentes

Histeropexia. Operación cesárea en 2 oportunidades.

Enfermedad actual

Enferma con temperatura de 39,5 grados, dolor lumbar más marcado en el lado izquierdo. A la puño percusión y palpación hay franco dolor reno-ureteral izquierdo. Náuseas y vómitos. No cede el cuadro con albamicina, colimicina, midikel. La paciente tuvo hasta 41 grados. Radiografías: Plana de abdomen, tórax y columna dorso lumbar normales. No se hizo urografía intravenosa por estar la enferma con reacción alérgica al complejo B.

Análisis

Orin: Densidad 1.011, ácida, turbia 40 a 50 piocitos por campo. Urocultivo. Aerobacter A. Alta sensibilidad a: furacin, furadantina, colimicina. G.R. 4.400.000. G.B. 12.360. Neutrofilia muy marcada. Índice de K 44 mm. NNP 11,3 mgrs.

Se administran 6 ampollas de furadantina intravenosa, en dextrosa a la dosis de 180 mgrs cada 12 horas. A la segunda ampolla desaparece la temperatura. Se produce reacción alérgica local y general después de inyección intramuscular de complejo B. Calma el cuadro con anti-histamínicos.

Análisis de control

G.R. 4.400.000 G.B. 10.250. La fórmula se normaliza. Hematocrito 32 %. Plaquetas 188.200. Reserva alcalina 58 vol de CO₂ %. Urea 32,9 mlgrs %. Bilirrubina directa 0,05 mlgrs %. Índice icterico 3,1 unidades. Orina: Transparente, Ph 6,4 piocitos por campo. Urocultivo: Negativo después de 48 horas. Curación clínica y bacteriológica de pielonefritis aguda. Hasta la fecha no hay recidiva.

Caso N° 12.— M. B. M. Edad: 8 años. Sexo: femenino. Fecha: 26 de febrero de 1962. Clínica San Vicente.

Antecedentes

Niña que ha padecido otitis, infección intestinal, alergia. Desde hace años sufre episodios de fiebre, dolor lumbar, orinas con pus. Siempre ha sido tratada durante estos episodios con antibióticos durante 3 ó 4 días. También fue catalogada como nefrítica.

Vemos a la paciente con mal estado general, fiebre, orinas piúricas. P.A. 80/60. Respiraciones 16 por minuto. Fondo de ojo normal.

Análisis

G.R. 4.350.000. G.B. 9.800. Fórmula sin alteraciones llamativas. Hb. 12,25 grs. Urea en sangre 29 mlgrs %. Proteínas totales 5,35 grs. Orina: reacción ácida. Vestigios de albúmina. Sedimento: Numerosos piocitos escasos hematíes. No hay cilindros. Ziehl: Negativo. Urocultivo: Esc. coli. Antibiograma: Alta sensibilidad a: cloramfenicol, colimicina, furadantina.

Urografía intravenosa: No se observan cálculos. Buena eliminación del contraste por ambos riñones. Se observan cálices dilatados y tortuosos imagen que puede corresponder a una pielonefritis crónica.

Pruebas funcionales de riñón: F.S.F. 6 mlgrs intravenoso. A los 15 minutos elimina el 40 % del colorante. Buena eliminación de la F.S.F.

Tratamiento

Furadantina intravenosa 180 mlgrs diarios. Disueltos en 500 cc de dextrosa en agua con el agregado de una ampolla de baralgina. Hace 6 ampollas en total. Muy buena tolerancia no hay ningún inconveniente. Se continúa con furadantina oral 10 mlgrs diarios.

Análisis de control después de terminar la furadantina intravenosa. G.R. 4.380.000. G.B. 6.800. Hb. 12,60 grs %. Eritrosedimentación 1ª hora 3 mm, 2ª hora 7 mm. Fórmula normal. Reserva alcalina 56,5 col de CO₂ %. Hanger una cruz. Timol 5,8 unidades. Índice icterico 5,7 unidades.

Orina: Ácida, aspecto claro. Albúmina negativa. Sedimento: Muy escasas células uretrales. Uno que otro hematíe. No se encuentra otro elemento en el sedimento. Urocultivo: No hay desarrollo de gérmenes. Diagnóstico: pielonefritis crónica no complicada. Se obtuvo con furadantina intravenosa cura clínica y bacteriológica. Control: Último examen abril de 1962. Persiste la enferma sin síntomas subjetivos ni objetivos al examen urológico.

Caso N° 13.— A. de S. Edad: 28 años. Sexo: femenino. Casada. Fecha: 12 de marzo de 1962 Operada de cistitis muy aguda con hematuria terminal hace 15 días no cede con la terapéutica que instituyeron dieron antibióticos, no sabe cuáles.

Vemos la enferma con polaquiuria, disuria muy intensas, hematuria terminal.

Análisis

Urea 31 mlgrs %. Glucosa 90 mlgrs %. Creatinina 0,95 mlgrs %. Cadmio negativo. Hanger negativa. Hayman directa 0,20 mlgrs %. Indirecta 0,50 mlgrs %. I. Ictérico 6,2 unidades. G.R. 5.650.000. G.B. 12.800. Neutrofilia. Eritrosedimentación: 1ª hora 2 mm, 2ª hora 5 mm. Orina: Alcalina, densidad 1.026. Sedimento: Piocitos, escasos hematíes. Bacilos Gram negativos. Ziehl: Negativo. Cultivo: Esc. Coli. Antibiograma: Alta sensibilidad a varios antibióticos y a la furadantina.

Tratamiento

Furadantina intravenosa 4 ampollas. Furadantina oral 100 mlgrs. 1 comp. diario. Instilaciones vesicales Ledercort, Furacin.

Conclusión

Uretrocistitis aguda. Hubo cura clínica. No ha hecho control bacteriológico.

Caso N° 14.— C. S. Edad: 50 años. Sexo: masculino. Fecha: 23 de marzo de 1962. Clínica Pichincha.

Antecedentes

Hace 11 días operado de hernia inguinal. Retención completa de orina. Le hacen sondaje vesical y le colocan sonda vesical a permanencia. Posteriormente el paciente tiene escalofríos, temperatura elevada y orinas intensamente turbias.

Tacto rectal: Próstata ligeramente aumentada de tamaño sobre todo a expensas del lóbulo derecho. Urografía intravenosa: Buena eliminación del medio de contraste por ambos riñones, aunque no se dibuja la arquitectura pielocalicial con toda claridad no parece haber alteración morfológica de las vías excretoras superiores. Cistograma: Vejiga levantada separada del pubis, no se observa otra anomalía. No se aprecia residuo vesical de orina.

Análisis

Orina: Ácida, densidad 1.024. Píocitos, hemáties. Cilindros hialinos, células renales. Ziehl: Negativo. G.R. 5.890.000. G.B. 11.500. Eosinófilos 13 % (después de la urografía intravenosa). Eritrosedimentación: 11.500 blancos. Eritrosedimentación: 23 mm. Hb. 15,7 gr. Urea 32,9 mgrs %. Glucosa 90 mgrs %. Reserva alcalina 64,2 %. Colesterol 224 mgrs %. Hanger negativa. Turbidez del timol 1,2 unidades.

Conclusión

Furadantina intravenosa 180 mgrs % disuelto en 500 cc de dextrosa al 5 % en agua. Agregado de una ampolla de baralgina. Se usaron 6 ampollas. Se hicieron 2 cultivos de orina que fueron negativos después de terminar la furadantina intravenosa. Desaparecieron los síntomas subjetivos y objetivos. Continúa con furadantina oral.

Diagnóstico: Pielonefritis aguda complicada por sonda permanente. Hipertrofia prostática incipiente Cultivo negativo.

Caso N° 15.—Z. Z. Edad: 75 años. Sexo: femenino. Fecha: 1° de abril de 1960.

Antecedentes

Tifoidea, niega otros antecedentes de interés. Hace aproximadamente 2 años presenta episodio infeccioso y pérdida de la conciencia. Enferma en estado de coma. Orinas intensamente turbias. Vemos a la enferma en coma, deshidratada.

Análisis

Urea 78 mlgrs %. Creatinina 1,6 mlgrs %. Proteínas totales 5,50 grs %. Reacciones serológicas negativas. G.R. 4.800.000. G.B. 15.400. Eritrosedimentación: 48 mm y 61 mm. Neutrofilia. Bilirrubina directa 0,05 mlgrs %. Indirecta 0,20 mlgrs %.

Orina: Alcalina. Albúmina vestigios. Densidad 1.024. Sedimento campo lleno de píocitos. Abundantes bacterias. Filamentos mucosos. La orina recogida de cada riñón da estos resultados. Pelvis dilatada, cálices deformados y dilatados, imagen típica de pielonefritis crónica. Ziehl negativo. Inoculación al cobayo negativa. Se hace tratamiento anti-infeccioso con antibióticos y tratamiento general hidratación, etc.

Examen ginecológico: Datos ginecológicos normales. Urocultivo: Positivo para klebsiella.

Radiografías

Enfisema pulmonar. Aorta dilatada elongada. Escoliosis de columna dorsal. Reingresa en marzo de 1962. Con infección urinaria. 40 píocitos por campo. Hanger negativa. Prueba del Timol: 1,2 U. MacLagan. Prueba del cadmio positiva una cruz. Índice icterico 7,8 unidades. Bilirrubina directa 0,30 mgrs %. Bilirrubina indirecta 0,45 mgrs %. Glucosa 0,93 mgrs %. Proteínas 6,35 grs %. G.R. 4.480.000. G.B. 9.800. Neutrofilia.

Tratamiento

Se hace tratamiento general y anti-infeccioso, con furadantina 180 mlgrs cada 12 horas disuelto en solución de dextrosa al 5 % más una amp de baralgina. Hace en total 9 frascos. La tolerancia ha sido perfecta no ha habido la menor intolerancia.

Análisis de control

Urea 39 mgrs %. Reserva alcalina 55 volúmenes % de CO₂. Sedimentación 1ª hora 11 mm, 2ª hora 27 mm. Hematocrito 43 %.

Urocultivo: No hay pus ni gérmenes. Es la primera vez en dos años que la paciente tiene orinas estériles.

Diagnóstico: Pielonefritis crónica no complicada. Curación clínica y bacteriológica. Se harán cultivos en el futuro para observar si hay recidiva de la infección.

Caso N° 16.—G. de A. Edad: 47 años. Sexo: femenino. Fecha: 24 de marzo de 1962. Clínica Pichincha. Diagnóstico: Infección urinaria crónica.

Hace 1 año hematuria, polaquiuria, disuria durante 8 días ceden con antibióticos. Tres meses después repite el cuadro pero con menor intensidad. Hace 3 meses nuevo episodio vesical. Examen ginecológico nada de particular. Urografía intravenosa: Mala eliminación del contraste a los 5 minutos. No parece haber alteraciones morfológicas de interés. Ureter pelviano derecho rechazado hacia la línea media.

Cistoscopia: No se observa lesión orgánica vesical. Uretrotrigonitis. Urétero-pielografía retrógrada derecha: Nada de particular. Examen de orina: Abundantes hematíes, raros piocitos por campo. Urocultivo: Pseudomonas aureoginosa. Antibiograma: Alta sensibilidad a: colimicina, neomicina, cloromicetina, furacin, furadantina.

Hematológico: G.R. 4.660.000. G.B. 9.500. Hb. 12 grs %. Eritrosedimentación: 1ª hora 24 mm. Urea 37,7 mgrs %. Glucosa 102 mgrs %. Colesterol 289 mgrs %. Hizo 8 frascos de furadantina intravenosa en 500 cc de dextrosa al 5 % en agua, cada 12 horas.

Urocultivo de control: Presencia de pseudomonas aureoginosa.

Caso Nº 17. — G. D. Edad: 26 años. Sexo: masculino. Fecha: 26 de marzo de 1962. Hosp. Vosández. Diagnóstico: Uretritis crónica. Prostatitis.

Antecedentes

Hace 3 años uretritis aguda. Se hizo tratamiento local y antibióticos y el paciente bien. Hace 3 meses molestias al orinar, secreción uretral. Consultó médico e informó que se trataba de una prostatitis e hizo masajes y antibióticos. Pero el paciente continúa con las mismas molestias.

Tacto rectal: Próstata con caracteres normales. Examen hematológico nada de particular. Examen de orina: Estafilococo dorado y Corynebacterium pyogeno. Antibiograma: Alta sensibilidad a: penicilina, kanamicina, furadantina. Hizo bencetazil a altas dosis sin resultado.

Tratamiento

Furadantina intravenoso 180 mgrs diarios en 500 cc de dextrosa. 200 mgrs por vía oral. Durante 6 días. No hubo ninguna intolerancia.

Urocultivo de control: Urocultivo negativo, no hay desarrollo de gérmenes.

Caso Nº 18. — G. F. Edad: 63 años. Sexo: masculino. Fecha: 14 de marzo de 1962. Diagnóstico: Uretroprostatitis crónica.

Antecedentes

Hace 4 años comienza con molestias miccionales e infección urinaria. Ha hecho numerosos cultivos donde se han encontrado flora cambiante. Esch Coli, Klebsiella, Estafilococos, etc. Ha tomado cantidad de antibióticos. Enfermedad de Peyronie. Ha hecho varias urografías intravenosas sin que se demuestre lesión renal. Temperatura en varias oportunidades tratada siempre con antibióticos 14 de marzo de 1962, concurre el paciente después de regresar de un Centro Médico mundialmente conocido donde hizo control clínico y urológico completo. El enfermo tiene sensación de pequeños escalofríos, orinas con abundantes filamentos.

Examen de orina: Ácida, densidad 1.017, sedimento algunos piocitos, escasos hematíes. Urocultivo: Estreptococo no hemolítico. Antibiograma: Alta sensibilidad a: cloromicetina, eritromicina, furadantina. Inoculación al cobayo negativa. Hechas en el año 1960 y 1961. Examen hematológico: Nada de particular.

Tratamiento

Furadantina intravenosa 180 mlgrs en 500 cc de dextrosa al 5 % en agua. Con el agregado de una ampolla de baralgina. Furadantina oral 100 mlgrs. Tratamiento efectuado durante 6 días.

Examen de control

Hematológico: Urea 56,4 mlgrs %. Reserva alcalina 59,2 vol. CO₂ %. Hematocrito 50 %. Índice icterico 10,8 unidades. Hynman directa 0, indirecta 0.8 mlgrs %. Urocultivo: No hay desarrollo de gérmenes. Orinas estériles.

Caso Nº 19. — S. de H. Edad: 50 años. Sexo: femenino. Fecha: 26 de marzo de 1962. Clínica Santa Cecilia. Diagnóstico: Uretrotrigonitis crónica.

Antecedentes

Tifoidea, amebiasis, colecistectomía litiasica hace 10 años. Histerectomía por fibroma en 1960.

Enfermedad actual: Hace 10 años tuvo el primer episodio de cistitis, esta situación se repite en varias oportunidades.

Estado actual: Desde hace 15 días tiene polaquiuria, ardor al orinar, fenómenos que persisten a pesar del tratamiento efectuado. Se exageran estos síntomas con el frío y la actividad física. Tricomonas vaginales.

Se hace uregrafía intravenosa, cistometría, cistoscopia y no se encuentra otra lesión que una uretrotrigonitis.

Análisis

Hematología: G.R. 4.190.000. G.B. 5.200. Fórmula ligera linfocitosis. Eritrosedimentación: L. de K 4 mm. Urea 61 mgrs %. Creatinina 2,2 mgrs %. Proteínas del suero 7,20 grs %. Relación A/G 1,92. Coproparasitológico: Negativo.

Orina: Escasos leucocitos y hematíes. Cultivo: Esch Coli. Antibiograma: Alta sensibilidad a: tetraciclina, cloromicetina, altafur, furadantina.

Tratamiento

Furadantina intravenosa 180 mgrs en dextrosa al 5 % en agua. Se agrega baralgina. Hace en total 6 frascos.

Tolerancia: Hubo náuseas y al final del último frasco una ligera reacción cutánea urticariana que cede con antihistamínicos. La enferma mejora la sintomatología clínica.

Exámenes de control

G.R. 4.680.000. G.B. 5.100. Fórmula normal. Urea 51 mgrs %. Creatinina 2 mgrs %. Hynman directa 2,5 mgrs %. 4,6 mgrs %. Hanger negativo. Índice icterico 8 U.

Orina: 1 pocioto por campo. Ph 5,4. Densidad 1.020, resto normal. Gram no hay gérmenes. Klebsiellas 7.200 gérmenes por cc. Se puede considerar que hay cura clínica y bacteriológica.

Caso Nº 20. — I. G. G. Edad: 63 años. Sexo: masculino. Fecha: 11 de marzo de 1962. Clínica Santa Cecilia. Diagnóstico: Pielonefritis crónica complicada con litiasis operada.

Antecedentes

En 1941 cálculo enclavado en uréter superior derecho. La fístula uréterocutánea tardó en cerrar más de 15 días, hubo depósito calcáreo en la herida. Seis años más tarde efectuaron pielotomía izquierda para extraer cálculo. Siempre tenía periódicamente evacuaciones de orinas cremosas por piuria intensa, tenía intervalos de orinas claras, pero siempre había infección urinaria. Hace algún tiempo tuvo episodio febril con escalofríos, etc., que fue atendido en un hospital de Hong-Kong. Estos episodios febriles los ha tenido en varias oportunidades. Ha eliminado cálculos en repetidas ocasiones. En exámenes bacteriológicos repetidos se ha encontrado pseudomonas.

Estado actual

El enfermo presenta un cuadro confuso al llegar al aeropuerto, teniendo adinamia intensa, dolores abdominales atípicos, fiebre.

Exámenes de control

Tacto rectal: Próstata con caracteres normales. Orinas: Turbias, ácidas, albúmina 100 mgrs. Pociotos 50 por campo. Abundantes cilindros granulosos. Cilindros hialinos, hematíes.

Hematológico: G.R. 5.600.000. G.B. 14.600. Neutrofilia 93 %. Urea 87 mgrs %. Glucemia 120 mgrs %.

Comienza con penicilina, cloromicetina, colimicina. Como no cede el cuadro infeccioso indicamos furadantina intravenosa a la dosis de 180 mgrs en 500 cc de solución de dextrosa al 5 % en agua cada 12 horas con el agregado de baralgina. Hizo en total 8 ampollas.

Desaparecieron completamente los signos clínicos de la enfermedad. La tolerancia fue muy buena sin inconvenientes.

COMENTARIO

El Dr. Vicchi nos presenta su experiencia en el tratamiento de las infecciones urológicas con la furadantina por vía endovenosa.

Esta experiencia se basa en la evolución experimentada por 20 pacientes tratados con esta droga, cuya historia clínica, tratamiento y evolución acompañan este trabajo.

Comparto con el Dr. Vicchi, la acción a veces espectacular que con este tratamiento se logra en pacientes con procesos infecciosos, que no han cedido a otros antibióticos.

La falta hasta este momento del producto en plaza hace que mi experiencia

sea escasa, pero en dos oportunidades que tuve la ocasión de usarlo, el resultado fue ampliamente satisfactorio.

Es de esperar que cuando este producto pueda ser usado sin restricción, solucione muchas afecciones que hasta ahora son de tórpida evolución.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lyman, B. y col.* — "La Nitrofurantoina en el tratamiento de las infecciones urinarias". Los Angeles, California, J.A.M., 160:1, 221-1223, 7 de abril de 1956.
2. *Christenson, Paul M.D. y col.* — "Intravenous Use of Furantoin", Medical Departement, Eaton Laboratories, Norwich, N.Y.
3. *Sanjurjo, Luis A., M.D.* — "The Problem of Chronic Pielonefritis", The Medical Clinics of North America, 1959, Vol. 43, Nº 6.
4. *Nesbit, Robert, Jr., M.D.* — "Urinary Tract Infections During Pregnancy and Puerperio, Treatment With Furantoin", Medical Book Departement of Harper Brothers, 1957.
5. *Norflet, Charles M., Jr.* — "Experiences With Furadantoin", The Journal of Urology, Vol. 81, Nº 1, January 1959.
6. *Marshall, M. y col.* — "Antimicrobial Nitrofurans in Pediatric Medicine". Pittsburg, Pennsylvania, and Norwich, N.Y.
7. *Jewetz, Ernest, M.D. y col.* — "Nitrofurantoin in Chronic Urinary Infection", A.M.A., Archives of Internal Medicine, October 1957, Vol. 100, pp. 549-57.
8. *Finn, J. J., Jr., M.D.* — "The Treatment of Urinary Tract Infections With Furadantin, Bulletin of Tufts. N. E. Med. Center, 1:180-182, September 1955.
9. *Feder, I. A., M.D. y col.* — "Nitrofurantoin in the Biliary Tract Infections". Pittsburg, Pennsylvania, and Norwich, N.Y.
10. *Waisbren, Burton Armin, M.D.* — "Nitrofurantoin", A.M.A. Archives of Internal Medicine, May 1955, Vol. 95, pp. 653-661.
11. *Marshall, M., Jr.* — "Use of Nitrofurantoin in Chronic and Recurrent Urinary Tract Infection in children", Pittsburg, The Journal of American Medical Association, February 28, 1959.
12. *Abrams, Morris y col.* — "Furadantin use in the Treatment of Urinary Tract Infection", Phillips Hosp. St. Louis.
13. *Langdale, I. y col.* — "Evaluation of Antibiotics in Urinary Infections", Year Book of Urology, 1960-61, pág. 13.
14. *Stanley Schneirerson, S.* — "Bacterial Sensitivity of Nitrofurantoin", Year Book of Urology, 1956-57, pág. 36.
15. *West, Michael.* — "Hemolytic Anemia in Patient Receiving Nitrofurantoin", Year Book of Urology, 1956-57, pág. 37.
16. *Clapper, W. y col.* — "Combined Activity of Nitrofurantoin and Antibiotics on Strain of Resistent bacteria conmolly found in Urinary Tract", Year Book of Urology, 1957-58, pág. 16.
17. *Hughes, J. y col.* — "Furadantin in Urinary Tract Infection: Long Term Follow-Up Study", Year Book of Urology, 1957-58.
18. *Jewetz, Ernest.* — "Nitrofurantoin in Chronic Urinary Tract Infection", Year Book of Urology, 1957-58, pág. 17.
19. *Trafton, Howard M. y col.* — "Furadantin in Urinary Tract Infection: Clinical and Laboratories Studies", Year Book of Urology, 1955-56, pág. 32.
20. *Richârd, W. y col.* — "Nitrofurantoin: Clinical and Laboratory Studie in Urinary Tract Infection", Year Book of Urology, 1955-56, pág. 32.
21. *Carrol, Gayson y col.* — "Furadantin Human Blood Levels and Urinary Concentration", Year Book of Urology, pág. 23.
22. *Friedgood, Ch. E. y col.* — "Furadantin in Treatment of Infection due to B. Proteus", Year Book of Urology, 1954-55, pág. 13.
23. *Vicchi, M. F.* — "El uso de la Furadantina Intravenosa", Academia de Medicina del Ecuador, Quito, Año 1961.
24. *Goldberg, V. V. (Riga)* — "Opyt Primeneniia Furadonina Pri Nespetsificheskikh Vospalitel Zabolevaniiah Mochevogo Apparata, Urologiia, Moskva 24:46, Enero-Febrero 1959, El Médico, enero 1962.