

## SOBRE UN CASO DE INFECCION DE UN ADENOMA PROSTATICO

Por el Dr. ENRIQUE CASTAÑO

El caso que pongo a la consideración de ustedes es realmente interesante por la forma poco común de presentar sus síntomas y por el resultado realmente feliz de la intervención quirúrgica.

En el trabajo de mi querido amigo el Dr. **Astraldi** sobre la infección del adenoma prostático, presentado al Congreso Nacional de Medicina de 1922, que considero ser el más completo publicado hasta la fecha; en él se describen los síntomas con que en un 93 % de los casos se presentan los enfermos, y no he encontrado entre los síntomas descriptos por él, el que presentaba mi enfermo.

En efecto, el síntoma dominante en estos enfermos es la retención aguda de la orina, que generalmente se atribuye a otras causas.

Otro de los síntomas es la fiebre, que puede ser como accesos de fiebre ligera, pero pasajera, distintos a la forma presentada por nuestro enfermo.

Después vienen los signos objetivos que se manifiestan al tacto rectal, y que son el aumento de la sensibilidad al tacto; la infección periprostática, otras veces la infección siendo intraglandular se manifiesta al tacto como nódulos que obligan a pensar en la posibilidad de un cáncer; otras veces se nota un predominio en el desarrollo del lóbulo, de forma irregular y de difícil limitación. Estos son más o menos los síntomas como se presenta la infección del adenoma.

En nuestro caso, sólo hemos visto un síntoma: la fiebre, sin retención alguna, y con un tacto rectal que sólo daba los caracteres de un adenoma, que se presentaba después del coito y que duraba dos o tres días llegando hasta 40° para volver a aparecer al repetirse una nueva relación sexual.

La historia clínica es la siguiente:

Enfermo de 57 años, con un estado general admirable que sólo representaba unos diez años menos. Había sido atendido por mí en otras ocasiones por una prostatitis congestiva que lo molestaba de vez en cuando. Estando en Europa, un buen día, después de un coito, que tenía la costumbre de prac-

ticar semanalmente, tiene una elevación de temperatura con escalofrío y que llega hasta 39° y que persiste durante tres días, y que fué tratada por una gripe. No hubo ningún trastorno del lado de su aparato urinario, ni dolor alguno en la próstata.

A los ocho días nuevo coito y nueva elevación de temperatura; como hombre inteligente y de una gran cultura, en seguida piensa en la posibilidad de tratarse de su próstata, que años atrás había sido tratada por mí, y va a consultar al Profesor Marión, quien lo examina, no encontrando nada de particular, orinas limpias; practica una cistoscopia y sólo comprueba el signo por el descripto, y le dice que debe ser seguramente de otro origen.

Es vista de eso, resuelve venirse, y a bordo, por consejo de un amigo, se le hace una serie de vacunas anticolibacilares. Inmediatamente que llega acude a mi consultorio. Me llama al atención la descripción de los síntomas, y le propongo una nueva prueba, que realiza ese mismo día, y también seguida de temperatura que llega a los 40° y que persiste durante tres días; en vista de esto practico un examen detenido: sólo encuentro un adenoma típico al tacto rectal, quizá un poquito sensible, sin una gota de retención, orina con algunos filamentos en ambos vasos. Cistoscopia: sólo se ve un signo de Marión típico, y le hago el diagnóstico de infección del adenoma y propongo la intervención.

Como no podía, por tener que arreglar sus asuntos, se ausenta a una provincia; de allí se vuelve a repetir la temperatura, pero esta vez persiste durante 20 días, pero con una máxima de 37,5, que lo preocupa. Allí lo ven varios médicos, que hacen mil diagnósticos, hasta que un día, después de un sondaje, aparece una orquitis que dura como un mes. Se me consulta nuevamente, telegráficamente, y le digo de venirse, lo que hace una vez repuesto, y resuelto a operarse.

Estudiado funcionalmente, y estando en perfectas condiciones, practico la prostatectomía en dos tiempos.

Extirpado el adenoma y abierto, aparecen en su interior como hubillones de pus verdoso, cuyo análisis revela ser estafilococos dorados a gran virulencia. Cuando se apretaba el tumor salía pus, como si se tratara de un forúnculo, pero siendo abscesos pequeños y múltiples.

El post-operatorio normal y apirético. Ha desaparecido su temperatura y con estado general admirable.

Yo atribuyo la forma de la temperatura a la congestión producida por la excitación sexual que exacerbaba la virulencia microbiana.

## Noticias de la Sociedad de Urología

(Sesión del 18 de Mayo de 1933)

Se procede a efectuar la elección de un miembro titular, obteniéndose el **León D. Annes**, 7 votos.

(Sesión del 20 de Abril de 1933)

Se trata de la elección de cuatro miembros titulares, y dado el número de los presentes se requiere, para ser elegidos, 10 votos, resultando electos:

**Montes Leopoldo**, 19.

**Gálvez Isidoro**, 15.

**Di Lella Pedro**, 13.

Para completar el cuarto puesto vacante, de acuerdo a los reglamentos, se realizaron dos nuevas votaciones, no alcanzando ninguno de los concursantes el número necesario de votos.

---

### BIBLIOGRAFIA UROLOGICA ARGENTINA

**SALLERAS y J. GRIMBERG.** — Consideraciones sobre la uretrografía en las afeciones de la uretra anterior y posterior. — La Semana Médica. 1933; pág. 13.

En un completo trabajo, los autores hacen la historia de la uretrografía, indicando los autores que en los diversos países se han ocupado de ella, las posiciones y los líquidos adecuados a usar.

A continuación exponen la técnica por ellos utilizada, diciendo que en un comienzo usaron el yoduro de sodio al 15 %, con buenos resultados, pero que últimamente dan preferencia a la yodipina por cuanto por su mayor densidad y viscosidad da mejores imágenes.

Luego muestran una buena serie de radiografías que abonan lo instructivo del método, y llegan a las siguientes conclusiones:

1º La uretrografía es un medio inocuo de examen uretral.

2º Es de técnica elemental y al alcance de cualquier práctico.

3º Los resultados son, bajo el punto de vista del diagnóstico, algunas veces superiores a cualquier otro medio de exploración y siempre complementarios de dichos métodos.

4º Sólo tiene contraindicación en los procesos agudos de la uretra o vejiga.

5º Es un nuevo procedimiento que puede servir para documentar los accidentes de trabajo y facilitar un juicio de apreciación de invalidez de los accidentados.

*José L. Monserrat.*

**GAMBA RAFAEL y MARANO A. — Agenesia renal y renosuprarrenal. — Rev. Méd. Lat. Am. 1933, pág. 546.**

Los autores relatan y comentan dos casos de autopsias en los que se encontró: en uno agenesia renal unilateral izquierda, y en el otro, una agenesia renosuprarrenal también del lado izquierdo.

Revistan algunas estadísticas y hacen al pasar algunas consideraciones clínicas y embriológicas.

Ponen en guardia a los cirujanos respecto a la importancia que reviste para la vida del paciente la seguridad de la presencia de ambos riñones o de ambas cápsulas suprarrenales antes de decidir una intervención quirúrgica sobre cualquiera de ellas.

*Resumen de los autores.*

**ORTIZ ANGEL y GARCIA J. E. — Quiste hidatídico yuxtavesical abierto espontáneamente en la vejiga. — Rev. Méd. Latino Americana. 1933, p. 529.**

Los autores relatan un caso de quiste hidatídico que se abrió espontáneamente en la vejiga. La enfermedad se caracterizó por los síntomas siguientes: dolor en la zona epigástrica, polaquiuria, sobre todo diurna, orina turbias y fétidas.

El examen cistoscópico revela un tumor comprimiendo la vejiga y las membranas existentes determinaron el diagnóstico de quiste hidático.

Por la palpación externa así como por el tacto rectal se descubrió una tumefacción elástica y resistente: en las orinas se podían observar membranas hidáticas.

Por el examen radiográfico se percibe el relieve del quiste en la cavidad vesical.

Cistoscópicamente se pudo descubrir el orificio por medio del cual el quiste se comunicó con la vejiga y observar una pequeña bandeleta flotante que los esfuerzos del enfermo durante la micción hacían penetrar por el delgado orificio. Se practicó una cistostomía dejando un drenaje para la vejiga y otro para la cavidad quística, a través de los cuales se hacen lavajes antisépticos.

El enfermo abandona el hospital, a los tres meses de la operación, curado.

*Resumen de los autores.*

**ENRICO BLANCO RIBEIRO.** — **Torsao do cordao espermático em testículo ectópico.** — Rev. Méd. Latino americana, 1933, pág. 654.

Relata el autor la observación de un caso de torsión del cordón espermático, observado en una serie de 1542 operaciones.

La observación que relata, tratase de un niño con 23 meses, portador de una ectopía testicular, y en el cual se diagnosticó una hernia inguinal estrangulada. Sobre la mesa de operación se rectifica el diagnóstico, encontrándose ya una atrofia fibrosa del testículo, dado que ya habían transcurrido 84 horas de la iniciación del proceso.

Señala la rareza de la observación y la menor frecuencia de la torsión extravaginal, como la relatada, haciendo constar las discordancias de los autores al relacionar la torsión del cordón con la ectopía testicular y remarca el hecho de que la edad más favorable para este accidente no es la infancia.

Las diferentes causas señaladas como responsables de la torsión y el mecanismo mediante el cual se produce es tratado brevemente, y recalca que la porción terminal del cordón es la zona más afectada, dependiente de la constitución anatómica del funículo.

Estudia la sintomatología y los errores de diagnóstico posibles, sintetizando el cuadro clínico diferencial que presenta con las hernias estranguladas.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, debe ser más precoz aún que en la hernia estrangulada por los procesos secundarios que puede originar en el testículo.

*Resumen del autor.*

**HERNAN D. GONZALEZ.** — **Difteria y urea sanguínea.** — La Semana Médica, 1933, pág. 3.

El autor relata brevemente los conceptos y las conclusiones de quienes se han ocupado de este tema.

Personalmente ha estudiado 276 enfermos, de los cuales fallecieron 50, y analiza minuciosamente la relación de la urea en sangre en las distintas observaciones, y clasifica uno de los cuadros en la forma siguiente:

Difteria	No. de enfermos	Urea mas de 0.50	Porcentaje	Muertos
Maligna .....	56	5	8.92 %	0
Común leve .....	54	15	22.77 „	0
„ grave .....	64	10	15.62 „	2
Submaligna .....	68	38	55.88 „	43

Por lo cual, concluye diciendo, la hiperazohemia es patrimonio de las difterias malignas y que es un elemento más de pronóstico pero no exclusivo: que la regla es de que las difterias malignas con azohemias elevadas terminen por la muerte de los pacientes; que difteria maligna no significa hiperazoemia ya que un porcentaje considerable que son mortales lo hacen con tenores ureicos dentro de los límites normales. Hay formas graves y aún submalignas que a pesar de azoemias elevadas, curan.

*José L. Monserrat.*

**LUIS GRAVANO.** — Amilosis renal. — Estudio clínico. — El Día Médico. 1933, pág. 481.

La amilosis renal puede ser primitiva o secundaria; la primera mucho más rara y de conocimiento reciente, y la segunda más común, dentro del concepto clásico es el resultado consecutivo a procesos infecciosos crónicos tuberculo-

La naturaleza química de la amiloidea ha motivado algunas controversias, habiéndola considerado Vinchow como amilasea, considerándose modernamente que la substancia amiloidea es un cuerpo proteico de constitución compleja, siendo probablemente la globulina que se transforma por cambios intramoleculares, conteniendo además grasas y colessterina.

La patogenia de la amilosis significa un arduo problema, y en el momento actual se admiten dos factores preponderantes:

a) Un factor de indole general que consiste en el llamado exagerado de la globulina de los tejidos hacia la sangre circulante, y

b) Un factor local que hace que las globulinas, bajo su acción, precipiten, transformándose en substancia amiloidea.

Para la identificación histológica de la amiloidea contamos con la reacción de lugol, con adición posterior de ácido sulfúrico; la reacción metaacromática del violeta París y la reacción con el Rojo Congo.

Estas reacciones permiten demostrar la existencia de varias sustancias amiloideas.

La amilosis renal demuestra, en orden decreciente, la siguiente frecuencia de localización: glomérulos, vasos glomerulares aferente y eferente, arterias interlobulillares, rectas, etc.

Concomitantemente el epitelio renal puede presentar lesiones degenerativas, nefrósicas, o estar indemne, pero la regla o lo frecuente es la aparición precoz de la nefrosis. Con mucha rareza se ha comprobado una reacción esclerosa.

Macroscópicamente en los casos de lesiones renales amiloideas puras, las alteraciones son mínimas a veces, y en otras, en cambio, es posible observar gránulos opacos al corte. En la formas nefrósicas las lesiones degenerativas son las más evidentes, pero sin embargo la consistencia, que está aumentada, nos permite hacer el diagnóstico.

Clínicamente se ha discutido mucho a esta afección, negándosele caracteres definidos unas veces, agrupándola otras entre las nefrosis.

Actualmente se habla de una amilosis generalizada, universal, y de amilosis aislada renal, en donde puede ser primitiva o secundaria, solitaria pura o asociada a una nefrosis.

Para el diagnóstico hay que considerar albuminurias de 5 a 20 ‰, con ausencia de edemas, con normalidad del funcionamiento renal excepto la albuminuria. En el cuadro hemático se observa hiperglobulinemia.

Si la amilosis se asocia a una nefrosis, toma preponderancia el cuadro nefrósico, aliguria, albuminura masiva, lipidemia, heiperglobulinemia.

Por último la prueba del Rojo Congo simplifica notablemente el diagnóstico.

Esta afección podemos considerarla como irreductible, y una vez instalada su regresión es imposible, si bien a veces se ha observado detención en la evolución clínica.

Por lo antedicho, el pronóstico se agrava, si bien la supervivencia es larga.

La misma evolución de la enfermedad impide todo tratamiento curativo, debiendo limitarse la terapéutica a eliminar a los focos infecciosos extirpables si los hubiera.

*José L. Monserrat.*

**I. M. HERNANDEZ y D. VIVOLI. — Riñón poliquistico. Sintomatología y diagnóstico semiológico.** — Actualidades Médicas, 1933, pág. 5.

Los autores, luego de señalar brevemente la frecuencia de esta afección y las observaciones publicadas entre nosotros, al estudiar la sintomatología clínica de esta afección establecen tres grupos: en el recién nacido, en el niño y en el adulto.

**En el recién nacido**, a menudo bilateral y con coexistencia de otras malformaciones, es causa frecuente de distrocias, y en aquellos casos que ha sido viable la supervivencia no ha pasado de 24 horas en los bilaterales, señalándose supervivencias de 15 días, pudiéndose prolongar de ser unilaterales.

**En el niño:** es muy raro, generalmente unilaterales, el diagnóstico se hace habitualmente al examinar el abdomen por cualquier otra causa presentándose éste lobulado. A menudo la uremia lenta o rápida es la que induce al examen renal.

**En el adulto:** Frecuentemente permanece latente y son hallazgos de autopsias, más frecuentes en la mujer que en el hombre, 112 y 86, no es de extrañar la bilateralidad y el carácter familiar. Subjetivamente pueden presentar los enfermos pequeños signos de Brightismo, dolores espontáneos, lumbar y en los flancos, con o sin irradiación.

Objetivamente pueden encontrarse hematurias, tumoraciones abdominales.

El examen debe completarse con los exámenes radiológicos: insuflación de colon, neumoperitoneo, pielografía, pieloscopia, estudiando a continuación las características de la imagen pielográfica para el diagnóstico diferencial.

Completándose finalmente el estudio con la función renal.

**J. M. HERNANDEZ y DONATO VIVOLI. — Anatomía patológica del riñón poliquistico.** — Actualidades Médicas, 1933, pág. 13.

Comentan los autores la historia anátomo-patológica del riñón poliquistico, con los conceptos e interpretaciones que de ella han hecho diversos autores, así como las estadísticas referentes a su frecuencia.

A continuación, hacen un estudio macro y microscópico perfectamente documentado, que les permite llegar a las conclusiones siguientes:

Existen dos tipos: uno fetal y el otro en adulto, que consideran, sin embargo, como de una misma patogenia.

Deschan al teoría de la nefropapilitis de Vinchou y Thorn, así como la neoplásica.

Sostienen que el origen de las cavidades quísticas se inicia en los glomérulos por hialinosis del paquete vascular con retracción secundaria que de-



terminaría la cavidad, la que, a su vez, por distensión de líquidos acumulados, aumentaría su tamaño; concomitantemente se destaca una abundante neoformación de fibras elásticas, que para los autores tiene un extraordinario valor, como diagnóstico patognomónico de riñón poliquístico y como elementos de juicio para un diagnóstico diferencial entre quistes de origen glomerular y tubular.

Resumiendo su concepto así: "un factor de fondo disembrionárico (malformación congénita o inhibición en el desarrollo fetal del riñón) y un factor desencadenante que puede ser la lues, las intoxicaciones, infecciones, etc."

Acompañan 16 figuras.

*José L. Monserrat.*

**C. ROSSI BELGRANO. — Patogenia: Diagnóstico y tratamiento del riñón poliquístico. — Actualidades Médicas. 1933, pág. 29.**

En extensos comentarios bibliográficos resume los conceptos vertidos sobre la patogenia del riñón poliquístico, analizando las diversas teorías: teoría del adenoma de Brigidi y Severi; la teoría congénita principalmente defendida por Koster.

El diagnóstico, una vez encontrada la tumoración abdominal, se encaminará al diagnóstico de localización, y en este sentido la radiografía prestará incalculables servicios, siendo la pielografía categórica muchas veces para este diagnóstico, completando la sintomatología clínica recogida.

El tratamiento se encaminará al mejoramiento de la función renal, y será quirúrgico en los casos indudablemente unilaterales o en aquellos que así lo exijan las complicaciones.

Acompañan 3 figuras.

*José L. Monserrat.*

**JUAN SALLERAS. — Valor de la uretropielografía en el diagnóstico de las afecciones renales y pararrenales. — Revista Médica del Rosario. 1933, pág. 31.**

En esta publicación resume y clasifica las observaciones de nueve años de práctica pielográfica.

De los resultados de ésta está muy entusiasmado, pues resulta "insustituible cuando queremos tener una perfecta imagen del aparato urinario superior y necesitamos un diagnóstico fino".

Analiza a continuación el aspecto de la imagen pielográfica en las eliminaciones abundantes de sales, en las uronefrosis pequeñas y grandes.

En la tuberculosis renal puede sacarse un excelente partido de la pielografía, cuyos signos son: integridad del uréter y de la pelvis renal; comenzando las lesiones en los cálices, propagándose a la cortical en forma de ulceraciones a expensas siempre del parénquima, diferenciándose así de las lesiones supuradas no específicas (pionefrosis) en que, comenzando las lesiones en la pelvis siguen a todos los cálices.

Pasa revista al aspecto en las litiasis reno-uretrales, en los traumatismos, en las ptosis, y destaca luego su valor notable en el diagnóstico de las tumoraciones renales y en las malformaciones, así como para la localización de los tumores abdominales.

Después de estos comentarios llega el autor a las siguientes conclusiones:

1º La uretropielografía ascendente o descendente es el mejor medio para el diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del riñón.

2º La ureteropielografía sirve como elemento de diagnóstico diferencial entre los tumores del riñón y de la región perineal.

3º La ureteropielografía es un nuevo elemento para conocer el grado de la lesión renal y sus posibles complicaciones alejadas, en los casos de accidentes del trabajo.

4º La ureteropielografía es actualmente de técnica fácil, y, en manos expertas, de una inocuidad absoluta.

Acompaña 20 figuras.

*José L. Monserrat.*

**T. PADILLA y R. DASSEN.** — **Nomenclatura y criteriodiagnóstico en las enfermedades del riñón.** — *La Semana Médica*. 1933, pág. 10.

Los autores, adoptando el criterio de la American Heart Association para las enfermedades cardiovasculares, preparan una tabla para la clasificación de las nefropatías, siendo éstas contempladas bajo un punto de vista etiológico, anatómico, fisiopatológico, capacidad funcional, permitiendo en una ficha una fácil clasificación y una uniformidad de criterio para estudios de conjunto posteriores.

*José L. Monserrat.*

**F. GRIMALDI.** — **Mesoepididimitis y paquivaginalitis crónica sífilítica.** — "El Día Médico". 1933, pág. 548.

Comenta la historia clínica de un enfermo con antecedentes sifilicos y blenorragicos, que tiene un epididimo derecho irregular, aumentado de tamaño, nodular, duro, con núcleo cefálico. Los ataques agudos son muy dolorosos; visto en un episodio agudo, el cuadro es el de una epididimitis aguda típica con reacción vaginal y perideferencial. Enfriado el proceso se practica la ectomía del epididimo y una resección de vaginal.

El estudio histológico práctico nos lleva al diagnóstico de mesoepididimitis y paquivaginalitis crónica sifilítica.

Acompaña 3 figuras.

*José L. Monserrat.*

**C. DOMINGUEZ.** — **Sobre una nefropatía aparecida en el curso de un embarazo.** — "El Día Médico". 1933, pág. 589.

Refiere el autor la historia clínica de una enferma de 25 años que a los seis meses y medio de su tercer embarazo, terminados con abortos los dos primeros.

La enfermedad actual se inicia con vómitos, cefaleas y edemas, descartándose el embarazo como causa de los vómitos por la altura de la gestación en que éstos han aparecido. De los exámenes practicados, se encuentra una mx. de 13.5 mm., 9.5 albúmina 1.50 %, y algunos hematíes. Un mes después la presión alcanza max. 21 pero con grandes oscilaciones. Además la albuminuria es de 1 a 2.50 % y la urea en sangre con variaciones de 1.15 a 2.50 %. Con este cuadro, y ante la persistencia de los síntomas, a los 8 meses de su embarazo se lo interrumpe, persistiendo sin embargo la sintomatología, si bien con ligera atenuación de los signos diversos.

Por la hipertensión y la albuminuria, diagnostica esclerosis renal, que refiere secundaria a una glomerulonefritis traducida por la hematuria, edemas e hipertensión. Este cuadro no corresponde al tipo de las nefropatías gravídicas, pero no puede clínicamente eliminarse al embarazo como factor desencadenante, y tampoco pueden desechar una amigdalitis de la que es portadora la enferma, posible foco de infección.

Por lo tanto debe considerarse esta observación, en ausencia de pruebas concluyentes, como lo encara el título de la publicación.

*José L. Monserrat.*

**ROBERTO A. RUBI.** — **Epididimitis quística de Cathelin.** — La Semana Médica. Año XL, Nº 2061, pág. 124.

Presenta al historia clínica de un enfermo que en el año 1930 fué operado por un hidrocele izquierdo, constatando el cirujano en el acto operatorio la presencia de pequeños quistes en la cabeza del epidídimo, limitándose a punzarlos e invertir la vaginal. Poco tiempo después de la operación nota que el lado izquierdo de las bo'sas, si bien había disminuído de volumen, presenta una tumoración vecina a él, indolora.

Examinado el enfermo se constata la presencia de una deformación en el lado izquierdo de las bolsas, yuxtapuesta al testículo, sin modificación aparente del escroto que se desliza fácilmente sobre ella. Tiene el tamaño de una nuez y es de consistencia quística. Como síntoma funcional, una impotencia anterior a su primera intervención y que no tiene relación con la presencia de los quistes.

Se interviene el enfermo con anestesia local, practicándosele una epididectomía parcial doble, por exigirlo así la transformación quística total de ambas cabezas epididimarias.

El examen anatómopatológico realizado por el Dr. D. Vivoli, refiere que en los preparados se comprueba la existencia de una gran cavidad quística compuesta por una delgada cápsula conjuntiva con aplanamiento total del epitelio de revestimiento. El resto de epidídimo con sus conductillos bien conservados, estando los más próximos al quiste, ligeramente dilatados.

El autor refiere brevemente los caracteres de la enfermedad de Cathelin insistiendo sobre sus síntomas, y hace resaltar lo incompleto de la primera operación, pues los quistes fueron únicamente punzados, reproduciéndose rápidamente, recidiva que se hubiera evitado con la enucleación de los quistes o con una epididectomía parcial realizada en el primer acto operatorio.

Acompaña dos microfotografías.

*Isidoro Gálvez.*

**RAUL VACCAREZZA, DONATO VIVOLI y JOSE PERONCINI. — Lesiones renales en el tétanos.** — La Semana Médica. Año XL, Nº 2061, pág. 77.

Refieren los autores sus observaciones sobre el aumento de la azoemia en el tétanos, acompañado de hiperuricemia, al parecer constante y en algunos enfermos de la creatinina circulante. Con el propósito de precisar la realidad e importancia del factor anatómico, realizan el estudio anatómopatológico de 14 casos mortales de tétanos.

El estudio histológico realizado, así como los análisis de urea, creatinina, etc. que acompañan, les permite sentar las siguientes conclusiones:

El riñón está habitualmente lesionado en los tetánicos. En algunos casos se observan alteraciones degenerativas del tipo de la tumefacción turbia; en otros, reacciones inflamatorias del tipo de la glomerulonefritis aguda difusa o en focos, más a menudo la asociación de ambos tipos de lesiones en grado variable. Macroscópicamente lo único que se percibe de ordinario es una marcada repleción sanguínea con inyección glomerular. Para descubrir las lesiones es necesario el examen histológico cuidadoso, ya que dada la marcha aguda o sobreaguda de la afección se trata muchas veces de lesiones iniciales.

La importancia de las lesiones renales no corresponde siempre al grado de la hiperazoemia, pues en algunas observaciones se comprueban cifras azoémicas muy altas, con alteraciones anatómicas discretas, y en otras, en cambio, el reconocimiento de lesiones no se acompañó de mayor retención ureica.

Acompañan el trabajo con 13 microfotografías.

*Isidoro Gálvez.*

**ENRIQUE SUJOY. — Sobre un caso de infección urogenital rebelde a neumoco, curado. —** La Prensa Médica Argentina. Año XX, N° 7, pág. 389.

Refiere la historia clínica de una niña de 12 meses, cuya enfermedad comienza con la aparición de un flujo vaginal de color amarillo; sobreviniendo en la convalecencia una gripe que la enfermita había padecido días anteriores. Es tratado por la madre con una solución de ácido bórico. A las dos semanas de la aparición del flujo que ha ido aumentando, altas temperaturas, fenómenos dispépticos y decaimiento marcado. Un médico diagnostica "cistovaginitis" y ordena lavajes de permanganato y urotropina. A pesar de ello la enferma continúa con temperaturas altas de  $39 \frac{1}{2}$  a  $40^{\circ}$ ; enflaquece visiblemente y adquiere un color terroso pálido. Pasa en el transcurso de un mes y medio a manos de un segundo y un tercer colega, siendo casi idénticos los resultados obtenidos y continuando las temperaturas altas y el flujo vaginal, así como el empeoramiento del estado general.

En estas condiciones es examinada la enferma, constatándose, aparte de su mal estado general, enrojecimiento intenso de los grandes labios, que al de color amarillo verdoso; quitado éste se comprueba la salida de una gota de separarse dejan ver una intensa vaginitis, con pus que fluye en abundancia, pus por el meato urinario.

El examen de la orina extraída por sondaje aséptico de la vejiga, demuestra la presencia de escasos diplococos Gram positivos tipo neumococo. Asimismo el examen del flujo vaginal muestra la ausencia de gonococos y la presencia de neumococos,

En vista de estos resultados, y dado el fracaso de los tratamientos anteriores instituidos, se inyectan 3 c.c. de la solución de optoquina al 2 % en la vejiga y 5 c.c. de la misma solución en la vagina, además  $\frac{1}{2}$  cucharadita, tres veces al día, de la solución de Kaprokol. Las instilaciones se repiten día por medio, siendo el resultado de este tratamiento un éxito sorprendente, ya que a la semana, la enfermita estaba apirética, la orina se había aclarado mucho y el flujo vaginal había disminuido hasta hacerse insignificante. Se insiste en el tratamiento durante un mes, consiguiendo la curación total, tanto de su infección urinaria como genital.

El autor hace una serie de consideraciones sobre la optoquina en su acción terapéutica contra el neumococo en otros procesos más frecuentes — neumonías, pleuresías, meningitis neumocócicas, úlceras serpiginosas de la córnea, — haciendo notar que si bien han sido descritas infecciones urogenitales a neumococos, nunca ha sido aplicada la optoquina en la localización descrita.

*Isidoro Gálvez.*