

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y JUAN P. DUGGAN

EL METODO DE DURANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PROSTATICA

SIN ninguna duda, le corresponde al Profesor Augusto Cassuto, cirujano del Policlínico Juan Bautista Morgagni, de Roma, el mérito de haber renovado, en la época actual, el interés por uno de los tantos tratamientos no cruentos de la tuberculosis genital del hombre.

Así (1) a propósito del trabajo de Parvulescu y Vascoboinic referente al tratamiento de la tuberculosis genital en el hombre, se queja de que, en una memoria tan completa (2), se cometa la *gravis omissio litteraria* de olvidar la notable contribución que al tratamiento conservador de aquella enfermedad, ha aportado la escuela romana con el método del Prof. Durante.

Es, en esa carta, donde dice que la intervención quirúrgica sólo tiene probabilidades de éxito en las manifestaciones muy precoces de la enfermedad, asistiéndose en casos avanzados cuando se la practica, a verdaderos desastres.

Luego en forma más amplia vuelve sobre el tema (3) en una publicación más extensa y explícita.

Al referirse al tratamiento quirúrgico en el tractus genital atacado de tuberculosis, dice que se habla de resultados inmediatos aparentemente favorables, pero que se descuida la averiguación de los resultados alejados, en los que la clínica es tan exigente.

Después de mencionar a Lannelongue como el iniciador de las inyecciones esclerosantes *in situ* y sus éxitos con el cloruro de zinc al 1 x 10.000, así como los que obtuvo Biondi con el sublimado de mercurio en la misma proporción, se refiere a Francisco Durante quien, desde 1891 vió en el yodo el líquido modificador más potente

y maravilloso y el único realmente eficaz en el tratamiento de la tuberculosis quirúrgica.

En el año 1894 presenta su método a la Academia Real de Medicina de Roma y precisa los detalles de su técnica.

La solución empleada es la siguiente:

Yodo metálico.....	0,02 g.
Yoduro de potasio	0,02 g.
Agua destilada.....	1 c. c.
Guayacol.....	0,05 g.

Para una ampolla.

El guayacol tiene por objeto hacer la inyección casi completamente indolora.

En la aplicación del método a las lesiones del polo genital externo la técnica es muy sencilla: Se elige una superficie del escroto exenta de vasos y en relación con el núcleo que se quiere atacar, previa antisepsia con tintura de yodo, y teniendo firme el testículo después de haberlo hecho girar para que aparezca el epidídimo en el plano anterior; se introduce una aguja intramuscular, inyectando, en plena zona enferma, y gota a gota, el líquido, tratando de movilizar la aguja sin salir, en lo posible de los límites de la parte afectada.

En las primeras sesiones no debe pasarse de $\frac{1}{2}$ a 1 c.c.

Luego, de acuerdo con la gravedad del caso y con la reacción que las inyecciones produzcan, se las practicará dos veces por semana, hasta hacerlas cada 15 días en los casos poco graves, o cuyas mejorías se evidencien de inmediato.

Esta terapéutica debe ser seguida durante un plazo mínimo de 1 mes; en oportunidades se ha llegado a 6 meses, pero intercalando reposos de 1 ó 2 semanas por mes.

En caso de existir abscesos fríos nunca se hará directamente la inyección en ellos: ante tal eventualidad, primero debe aspirarse el pus y a continuación llenar la cavidad con líquido de Calot.

Curado el absceso, si en su lugar aparecen núcleos esclerosos, entonces sí, se aplicará la inyección yodada en la forma descripta.

Este método, siempre según la publicación a que nos estamos refiriendo, es capaz de curar casi con una *restitutio ad integrum* las glándulas enfermas, y de dar cuenta de las fístulas y ulceraciones específicas.

Según Durante, "la distensión producida por las inyecciones en la glándula es muy importante para la acción que los constituyentes de la sangre deben realizar en el foco enfermo: a ella es debida la trasudación del suero y la emigración de las células blancas, las cuales con las progresivas inyecciones yodadas adquieren de más en más propiedades biológicas y clínicas tales (poder opsónico) que les dan capacidad para disolver los productos de la caseificación y aún atenuar o neutralizar la actividad de los bacilos de la tuberculosis, a fin de que se hagan más fácilmente presa de los micro y de los macro-fagocitos".

Demeo (1) y otros han realizado estudios experimentales con observaciones de cortes histológicos con los que prueban la existencia de espacios lacunares neoformados y que han permitido restablecer las vías de comunicación entre el testículo y el deferente.

Citan también dos casos clínicos de enfermos con lesiones bilaterales, que después de ser sometidos al método, lograron fecundar a sus esposas.

Para Durante las tuberculosis prostáticas, vesiculares y deferenciales, mejoran y aun curan como consecuencia de la curación del foco epididimario.

Cassuto no está de acuerdo en manera absoluta con esta afirmación de Durante y dice: que ciertas lesiones graves próstato-vesiculares, benefician poco o nada de la terapéutica del epidídimo.

Es esto lo que le lleva a la idea de inyectar el líquido de Durante en la próstata y en las vesículas seminales.

Veamos el *procedimiento de Cassuto*:

- 1° Se hace antisepsia con tintura de yodo, de la piel comprendida entre el escroto y el ano.
- 2° Se introduce el índice izquierdo en el recto.
- 3° El dedo rectal toma nota de los núcleos tuberculosos que puedan existir en la próstata y en las vesículas enfermas.

Schering

ALBUCID

sulfanilacetilamida

atóxica,

para la quimioterapia de la

Gonococcia

Coli y Coco infecciones

Meningitis epidémica

Siendo inofensivo y, por lo tanto, de excelente tolerancia, se administra una elevada dosis inicial, logrando con ello una rápida e intensa acción curativa.

ALBUCID

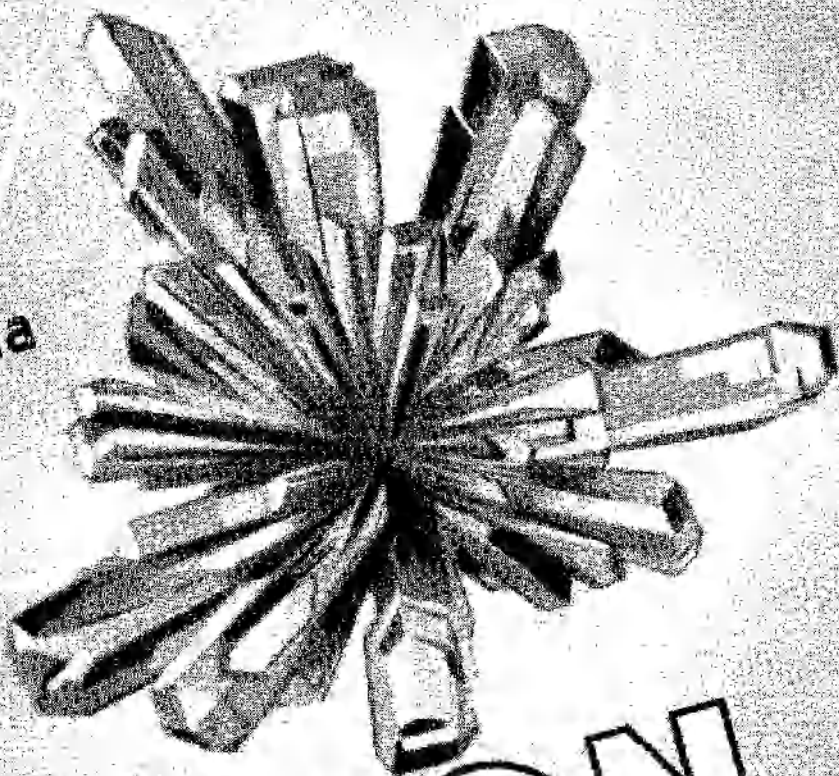
Tubo con 20 Tabletas de 0,5 gr.

ALBUCID INYECTABLE

Caja con 5 ampollas de 5 c. c. de solución al 30 % (1,5 gr.)

Por Muestras y Literatura
QUIMICA SCHERING S. A.
MONROE 1378 - BUENOS AIRES

Vitamina



CEBION

Merck

*En enfermedades infecciosas, hemorragias,
afecciones gastro-intestinales, trastornos
de la alimentación en los lactantes,
trastornos del embarazo y lactancia,
gingivitis, estomatitis, etc.*

Tabletas de 0,05 gr. tubo de 20 y frasco de 50 tabl.

Ampollas de 0,05 gr.: 1 c.c. caja de 10 amp. Ampollas de 0,1 gr.: 2 c.c. caja de 5 amp.

Ampollas "fuerte" de 0,5 gr.: 5 c.c. cajas de 3 y 10 amp.

E. MERCK-DARMSTADT

Merck Química Argentina S.A.

Casilla Correo 1442

Buenos Aires

- 4° En la mitad del rafe perineal se inicia la introducción de una delgada aguja (intramuscular o raquídea) la que va en busca de los focos que se quieren tratar, siempre guiada por el dedo intrarrectal.
- 5° La aguja debe movilizarse al tiempo que, ya adaptada la jeringa, va inyectando lentamente, mediante pequeños movimientos y en diferentes posiciones, el líquido en las zonas afectadas.

Generalmente no se pasa de 1 á 2 c.c. por sesión, y deben seguirse en su práctica las indicaciones del método original.

Cassuto afirma que ha conseguido curar fístulas interminables próstato-cutáneas.

Hasta aquí, no hemos hecho sino esbozar ideas que no son propias y sin la pretensión de reabrir el clásico debate entre los intervencionistas y abstencionistas en materia de tratamiento de la tuberculosis genital.

Sólo nos permitimos recordar a propósito de esta cuestión, la sentencia de Surraco, haciéndola nuestra: "El tratamiento médico, siendo necesario e imprescindible, no puede ser exclusivo porque no es suficiente".

Pero dentro de límites más modestos traemos a nuestros colegas el aporte de dos valiosas observaciones que invitan, por lo menos, a realizar una mayor experiencia antes de considerar este método de tan fácil aplicación, como una terapéutica inocua y carente de valor.

En nuestro primer caso se trataba de S. B., 23 años: Ingresó al Hospital Británico el 14 de agosto de 1936.

Antecedentes hereditarios. — Padre vive, durante muchos años padeció de orinas hemáticas; una citoscopia demostró que la causa era una papilomatosis de vejiga, y mediante varias sesiones de electrocoagulación curó; madre vive y es sana; hay cinco hermanos, todos viven, cuatro son sanos, el quinto "de un tiempo a esta parte pierde peso y sufre de congestión pulmonar".

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia, otitis supurada el año pasado, niega venéreas, durante un año trabajó con un hombre afectado de tuberculosis pulmonar.

Enfermedad actual. — Se inicia hace tres meses con ardores a la micción, temiendo se tratara de alguna enfermedad venérea consulta un médico quien le hace algunas instilaciones de NO_2Ag ; se produce una mejoría transitoria y luego manifiesta empeoramiento, resuelve internarse en un servicio de Urología, donde le diagnostican tuberculosis renal doble inoperable: es dado de alta y se interna en este Hospital.

Estado actual. — Sujeto en excelente estado general, temperatura $37^{\circ}6$; Cabeza y cuello: normales. Corazón: normal. Presión Arterial: Máxima 13, mínima $8 \frac{1}{2}$. Pulso 75. Pulmones: nada de particular. Abdomen negativo.

Aparato urinario. — El riñón derecho se palpa aumentado de tamaño: es ligeramente doloroso a la presión; el riñón izquierdo se palpa aumentado de tamaño ligeramente, es indoloro. Los demás puntos renales y ureterales son normales.

Organos genitales. — Testículo, epididimo y deferentes normales, varicocele izquierdo.

Tacto rectal: Próstata ligeramente aumentada de tamaño, indolora, bien limitada y de superficie ligeramente irregular.

Citoscopia: Orinas turbias. Cap. vesical. 300 c.c. —reacción ácida— Cistitis generalizada, acentuada en la vecindad del orificio ureteral derecho y donde es más acentuada la congestión se observan las clásicas lesiones de granulación: no se ven ulceraciones; el orificio ureteral derecho está entreabierto y parcialmente oculto por un exudado membranoso, no se contrae ni se ve yacular orina: el orificio uretral izquierdo es aparentemente normal, aun cuando también está rodeado de un área congestiva, se contrae rítmicamente eyaculando orina, al parecer, clara.

Indigo carmín:	}	D. no aparece a los 15'
		I. aparece, en buenas condiciones a los 4'.

Examen bacteriológico de orina global: Koch: positivo. Inoculación al cobayo: positiva.

La urografía excretora demuestra lesiones cavitarias en riñón derecho con un uréter engrosado y dilatado; las imágenes del riñón izquierdo son normales.

Cateterismo ureteral bilateral: Lado derecho: Son infructuosas todas las tentativas de poder penetrar más allá de 2 cm., no obteniendo orina. Lado izquierdo: Se introduce un catéter 5 cm. recogiendo orina clara; los exámenes bacteriológicos y químicos revelan ausencia de pus y bacterias.

Diagnóstico. — Tuberculosis renal derecha; riñón izquierdo aparentemente sano.

Indicación: Nefrectomía derecha.

Operación. — (23 - 10 - 36); Cirujano, Dr. E. C. Boutell.

Anestesia general: Éter.

Incisión clásica, considerable perinefritis, pedículo corto, se extrae el riñón, drenaje, se cierra por planos.

Post-operatorio. — Excelente, salvo la cicatrización laboriosa, de la herida, siendo dado de alta estando la herida algo abierta, pero una estadía de 7 días en Córdoba completa rápidamente la cicatrización.

Vemos al enfermo varios meses después, se halla bien, ha aumentado varios kilos de peso, apetito excelente, la herida en perfecto estado, pero las orinas son turbias y persiste la polaquiuria, tanto diurna como nocturna; una nueva citoscopia nos muestra una vejiga normal, las lesiones que circulaban el orificio ureteral derecho se han desdibujado, el orificio ureteral izquierdo es de aspecto normal, se contrae rítmicamente eyaculando orina clara; indigo carmín a los 5' en buenas cantidades. Pero el tacto rectal nos pone en la senda que conduce al diagnóstico. En efecto, la próstata está aumentada de tamaño, ligeramente dolorosa y su superficie está sembrada de granulaciones duras, se trata evidentemente de una próstata bacilosa, lesión que probablemente ha estado latente largo tiempo.

Indicamos antígeno metílico diluido, comenzando con dosis muy pequeñas, 1/4 de c.s., repitiendo y aumentando bajo riguroso control, después de varias cajas, pasamos al antígeno puro, y luego, a través del tiempo, utilizamos sucesivamente neocholine, neocholesterol, etc., volviendo de tiempo en tiempo al antígeno, que, de todos los medicamentos parece ser el que mejor le sienta; el resultado de esta terapéutica es halagador, las orinas tienden despaciosamente a aclararse, las micciones son menos frecuentes y los tactos rectales revelan una mejoría manifiesta —pero no completa— de la glándula prostática.

En esta forma transcurren tres años, cuando hace pocos meses se produce un notorio desmejoramiento, tanto del estado general como local, pierde apetito y peso, las orinas se enturbian, las micciones se hacen más frecuentes, y el tacto rectal revela francas modificaciones; la próstata está aumentada considerablemente de tamaño,

aumento que se hace casi totalmente a expensas del lóbulo izquierdo, y que es tan blando hasta dar la sensación de fluctuación.

Resolvemos aplicar el método de Durante, tomamos una aguja para inyecciones intramusculares, clavándola en el periné, sobre la línea media, aproximadamente a igual distancia del bulbo uretral y la margen del ano; el índice de la mano izquierda, colocado en el recto, sirve de guía. Sin dificultad alguna llegamos al lóbulo izquierdo de la próstata, inyectando 1 c.c. de la solución.

La inyección se repite una vez por semana, hasta un total de 8, los resultados son espectaculares; a la cuarta inyección se obtiene una mejoría manifiesta, desaparecen totalmente las modificaciones patológicas y al cabo de la serie completa, la glándula tiene todos los caracteres de la normalidad. Las orinas vuelven a aclararse y se compone el estado general.

En la segunda observación, el enfermo era M. S., argentino, de 34 años de edad.

En su adolescencia fué tratado quirúrgicamente por una artritis tuberculosa de la rodilla izquierda.

En el año 1937, a raíz de una persistente piuria, es estudiado por uno de nosotros, llegando al diagnóstico de tuberculosis renal derecha, por lo que se le practica la nefrectomía, que se hace sin incidentes y que evoluciona perfectamente.

Seguido a intervalos variables, y sin descuidar el tratamiento médico, higiénico y dietético, comprobamos que una lesión próstato-vesicular a predominio derecho, que diagnosticáramos antes de la nefrectomía, *no involucionaba* en la forma feliz que suele observarse.

El resto de los genitales era perfectamente normal, por lo cual agregado a la existencia de orina macro y microscópicamente aséptica, resolvimos solamente insistir en la terapéutica citada.

El enfermo confiesa mucho tiempo después de nuestro tratamiento un trastorno genital de larga data, que nosotros colocamos dentro del síndrome de *eyaculación precoz*.

Ella es tan rápida que hace su coito impracticable.

Estos datos corresponden a fines del año 1939.

El estado general del enfermo es admirable, pero la existencia de un compromiso matrimonial cuyo cumplimiento se ha ido posponiendo, le plantea un serio problema moral.

Toda terapéutica de orden psíquico y fíísico, fracasa, hasta que, a fines de octubre próximo pasado, y alentados por el éxito del caso anterior y no obs-

tante las diferencias en su exteriorización, resolvimos aplicar el método de Cassuto, practicando 8 inyecciones en poco más de 1 mes.

Las lesiones genitales se modificaron favorablemente, no teniendo las aplicaciones ningún inconveniente, excepción hecha de una pequeña hematuria terminal que se manifestó en dos oportunidades, y que sólo se mantuviera por 48 horas cada vez.

La reanudación de las relaciones sexuales, mostró con gran asombro del enfermo, que había visto el fracaso de los otros métodos empleados en procura de su curación, una evidente reacción.

Coitos posteriores ratificaron esta mejoría inicial, hasta afianzarse una curación definitiva y mantenida durante todos los meses del año actual.

BIBLIOGRAFIA

1. Cassuto Augusto. — Carta dirigida "a propósito del artículo de Parvulescu y Vascoboinic en N° 5. Tomo 32 del Journal d'Urologie. Journal d'Urologie, Tomo 33, pág. 120.
2. Parvulescu G. y Vascoboinic H. — "La tuberculosis genital del hombre en la juventud (consideraciones, estadísticas y terapéuticas)". Journal d'Urologie, Tomo 32, págs. 393-422.
3. Cassuto Augusto. — "Alegato en favor del tratamiento no cruento de la tuberculosis genital del hombre". "El Método de Durante, primacía italiana". Journal d'Urologie, Tomo 35, págs. 347-355.
4. Demeo Finoccharo. — "Tuberculosis uro-genital". Editorial Monachini Catanea 1913, págs. 281 (Citado por Cassuto).

DISCUSION

Dr. SCHIAPPAPIETRA. — *Considero muy interesantes las dos observaciones que nos presenta el doctor Grimaldi en su comunicación.*

Por mi parte, he practicado el método de Durante en los núcleos del epidídimo y en las lesiones ya saturadas he aspirado e inyectado soluciones de aceite de hígado de bacalao.

Eso lo he hecho con los núcleos del epidídimo. Los resultados obtenidos no corresponde comunicarlos en este momento. Confieso que nunca me he animado a hacer ese método en la próstata, porque me he formulado el siguiente interrogante: ¿cuál es la manera de reaccionar de esas vesículas si la próstata va a la esclerosis, en el mejor de los casos?

Dr. GRIMALDI. — *Yo he practicado esto, no por el camino seguido por Durante y Cassuto, sino en los casos en que la terapéutica ya clásica para nosotros*

no podía realizarse, o su realización no tenía objeto. No había lesiones epididimarias a tratar. Si hubieran existido, antes de hacer esto, que no entusiasma en principio, como es natural, hubiera procedido al tratamiento de las lesiones epididimarias, después, hubiera visto la evolución y solamente así, se me hubiera ocurrido, fracasando todo, poner en práctica este método.

Ahora, en cuanto a los escrúpulos que manifiesta el doctor Schiappapietra sobre la esclerosis, son perfectamente respetables. Yo diría que si esto evidentemente tuviera alguna acción curativa, como lo pretenden los autores del método, aun con todos los inconvenientes de esa esclerosis, si como terapéutica nos ofrecen la extirpación de los órganos, yo me quedaría siempre con este procedimiento más sencillo e inocuo prácticamente.
