

dad a las buenas pruebas de este tipo (Kahn, Meinicke de aclaramiento) sin conseguir igualarlas. Es superior a la de Sachs-Witebsky (citocol) y notablemente más sensible que la prueba de Wassermann y algunas flocculaciones tenidas desde hace tiempo como poco sensibles (Meinicke de enturbiamiento). Es preciso hacer notar que las reacciones aparentemente falsas que con la prueba de Leiboff se obtienen, son superiores en número a las que las demás seroflocculaciones empleadas proporcionan. Creemos que la explicación de esto está en que, por una parte, a la prueba le falta objetividad para apreciar resultados dudosos, y de otra que el extracto es poco seleccionado en lo que se refiere a técnica de preparación.

Hemos obtenido reacciones de Leiboff francamente negativas en sujetos sifilíticos en tratamiento (uno de ellos con una aortitis y otro con un goma del tabique nasal) en los que las demás reacciones eran positivas, con máxima intensidad la de Kahn y la M. K. R. II. Hemos podido comprobar igualmente, en otras varias ocasiones, que la reacción de Leiboff es una de las primeras en desaparecer con ocasión del tratamiento.

De la misma manera hemos visto dos casos de sífilis incipiente (chancre genital de doce días y labial de diez) en los que la reacción de Leiboff era positiva débil, pero indudable, coincidiendo con todas las demás pruebas negativas. Ambos casos estaban clínicamente diagnosticados de accidente primario, extremo que pudo comprobarse mediante examen bacteriológico directo.

Como resumen insistimos en que la reacción de Leiboff es ligeramente más breve de ejecución que otras seroflocculaciones. Que su sensibilidad es notablemente superior a la del Wassermann y Meinicke de enturbiamiento; ligeramente superior a la del citocol e inferior a la de Kahn y Meinicke de aclaramiento (M. K. R. II).

El inconveniente más acusado que encontramos en esta prueba es la falta de objetividad de resultados, lo que motiva algunos casos dudosos de difícil interpretación. Creemos, como final, que la reacción de Leiboff es una buena prueba de orientación, pero en ninguna forma una reacción definitiva aisladamente empleada.

BIBLIOGRAFÍA

- A. TROPEANO. — Las microrreacciones para la sífilis. Rev. Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia, 24, 4. Buenos Aires, abril de 1941.
LEIBOFF. — Jour. of Lab. and Clin. Méd., 25, 3, 1939.
CLEMENTI, ROSSI, DE LA ROSA y UTRILLA, SUAREZ PEREGRÍN, MARRONI, etcétera.
R. GARCIA-ARGUELLES. — Contribución al estudio de la reacción de Leiboff para el serodiagnóstico de la sífilis. (Comunicación a la V Reunión Nacional de dermatólogos españoles, Bilbao, septiembre, 1942) y posteriormente publicado en "Medicina Española", 6, 9, 41. Valencia, enero de 1943.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren bestehen darauf, dass die Leiboffsche Reaktion sich etwas schneller durchführen lässt als andere Serumflokulationsreaktionen; dass ihre Sensibilität bedeutend grösser ist als beim Wassermann und bei der Meinicke-Prüfungsreaktion, etwas feiner als beim Cytokol und geringer als beim Kahn und der Meinicke-Klärungsreaktion.

Dagegen hat die Probe den Nachteil, dass bei der Ablesung der Resultats eine einwandfreie Objektivität fehlt, sodass manche Fälle schwer ausgelegt werden können. Es wird gesagt, dass die Leiboffsche Reaktion eine gute Orientierungsprobe ist, aber keineswegs allein als definitiv Reaktion angewendet werden darf.

RÉSUMÉ

Les auteurs insistent sur le fait que la réaction de Leiboff est légèrement plus brève d'exécuter que d'autres seroflocculations. De même sa sensibilité est remarquablement supérieure à celle du Wassermann du Meinicke de "trouble", légèrement supérieure à celle du cytocol et inférieure à celle de Kahn et Meinicke "d'éclaircissement" (M. K. R. II).

Le grand inconvénient que nous offre cette preuve est le manque d'objectivité des résultats, ce qui amène certains cas douteux difficiles d'interpréter. Enfin, les auteurs estiment que la réaction de Leiboff est une bonne preuve d'orientation, mais d'aucune façon une réaction définitive, employée isolément.

PROSTATITIS CRÓNICA CAVITARIA O DIVERTICULAR

A. y E. PEÑA
(Madrid)

Cuando la inflamación crónica de la próstata es de larga fecha, da lugar, en algún caso, a la dilatación de los acinos glandulares, con formación de pequeños abscesos en comunicación, generalmente, con la uretra prostática. Aun cuando ya ALBARRÁN describió la prostatitis crónica con microabscesos, a LUYS corresponde, sin embargo, el mérito de haber hecho por vez primera un estudio detenido de las llamadas por él *cavernas prostáticas*, cuyo diagnóstico logró por medio de la uretroscopia posterior. Según este autor, las "cavernas prostáticas" se manifiestan a la exploración uretroscópica por la dilatación de los orificios de desembocadura de los conductillos prostáticos. LUYS fué también el primero que hizo notar la importancia de estas cavernas prostáticas en la persistencia de uretritis posteriores con la sintomatología consiguiente. Asimismo, el urólogo francés propuso, por vez primera, la destrucción o vaciamiento endoscópico de dichas cavernas por medio de la corriente galvánica, como único tratamiento capaz de determinar la curación radical del proceso. BLUM y RUBRITIUS (1928), creen que no siempre es posible diagnosticar por uretroscopia las cavernas prostáticas, debido a que en algunos casos éstas comunican con la uretra por intermedio de un conductillo prostático normal, estando, por lo demás, muy alejadas de la luz uretral, por lo que en estos casos creen que es preferible el tratamiento quirúrgico radical por pros-

tatomía perineal. BLUM y RUBRITIUS hacen destacar la importancia del trabajo de LUYS, aun cuando no comparten la opinión de este autor de que el único tratamiento de las cavernas prostáticas sea el endoscópico; y creen, por su parte, que el único tratamiento es el endoscópico o la prostatotomía radical perineal. En su magnífico trabajo de la Encyclopédia Alemana de Urología (1928), BLUM y RUBRITIUS hacen notar como signo característico de la existencia de cavernas prostáticas, la eliminación de "tapones" fibrinosos mezclados con el líquido prostático después del masaje de la glándula.

En cuanto a la demostración radiográfica de las "cavernas prostáticas", ha sido probablemente LANGER, de Berlín, quien, en 1926 (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, 21, 5, 6), y sobre todo en su excelente monografía, *Die Röntgendiagnostik der männlichen Harnröhre*, 1931, publicó una serie de uretrogramas, mostrando cavernas prostáticas inyectadas de substancia de contraste. Según LANGER, si el tono del tejido de la próstata es normal, no es posible inyectar los acinos glandulares; pero si los conductos de desague están alterados, se modifican según las circunstancias, como la uretra, por infiltración, dando lugar, en ocasiones, a la formación de abscesos; pierden su elasticidad, se hacen rígidos y, dilatándose su luz, permiten el paso a su través de los líquidos de la uretra. Al estudiar el "reflujo uretroseminal" en nuestra ponencia "El reflujo urinario" (Tercer Congreso Hispanoportugués de Urología, Coimbra, julio de 1932), nosotros publicamos algunos casos personales de uretrogramas que demostraban cavernas prostáticas y hacíamos notar en una de las conclusiones, que "la existencia del reflujo uretroseminal explicaría la persistencia de los procesos infecciosos de próstata, etc.".

Sobre la importancia que las prostatitis crónicas tienen como "foco" en relación con un sinfín de procesos generales, los autores norteamericanos hace mucho tiempo que han llamado la atención sobre tal hecho. Nosotros mismos hemos insistido sobre la cuestión en diversos trabajos y, sobre todo, en nuestra monografía *La próstata como foco oculto de infección*.

En los últimos años, HEITZ-BOYER ha venido insistiendo sobre el tema de las "cavernas prostáticas" y sin duda desconociendo las publicaciones citadas más arriba, pretende haber descrito por vez primera lo que él llama "enfermedad diverticular de la próstata", la cual no es sino una prostatitis crónica en período de "cavernas" prostáticas. HEITZ-BOYER llama "divertículos" lo que LUYS denomina "cavernas". El primero reclama para sí la prioridad de haber llamado la atención sobre la importancia que las "cavernas" o "divertículos" prostáticos tienen como "foco". Ya hemos visto, sin embargo que el foco inflamatorio crónico prostático es conocido desde hace muchos años. El mérito de HEITZ-BOYER quedaría, por consiguiente, reducido a haber popularizado por medio de diversas publicaciones y comunicaciones sobre el tema, la importancia de las cavernas prostáticas como proceso local y como "foco", insistiendo en su diagnóstico por la uretroscopia, uretrograma — primeramente señalado por LUYS y otros autores — y proponiendo el tratamien-

to endoscópico por el vaciamiento ("videment") con corriente diatérmica (electrobisturi) y no con corriente galvánica, como en un principio lo propuso LUYS.

HEITZ-BOYER cree, por otra parte que las cavernas prostáticas que él llama "enfermedad diverticular de la próstata" determinan alteraciones de tipo reaccional inflamatorio con aumento de volumen de la glándula que, a su vez, ocasionan fenómenos de obstrucción urinaria del tipo del llamado "prostatismo" (polaquíuria, disuria y retención de orina). HEITZ-BOYER designa esta forma de "prostatismo" con los nombres de "prostatitis crónica hipertrofiante peridiverticular" y "cirrosis prostática neoformante peridiverticular" (*), que estaría caracterizada por la existencia de "cavernas" o "divertículos" prostáticos en los que se acumularían y retendrían las secreciones, lo que, según aquel autor, serviría de estímulo permanente para la inflamación crónica latente y el consiguiente desarrollo de alteraciones en la glándula de tipo hiperplásico con hiperformación de tejido conjuntivo. El autor francés atribuye las alteraciones conjuntivas hiperplásicas a la existencia de las "cavernas", sin tener en cuenta que éstas son, precisamente, la consecuencia de una prostatitis crónica latente de larga fecha. Por lo demás, HEITZ-BOYER cree definir una nueva entidad patológica al describir la "prostatitis crónica hipertrofiante peridiverticular" e insiste en la importancia que tiene separar este proceso de la llamada "hipertrofia adenomatosa de la próstata", sobre todo por lo que respecta al tratamiento, ya que en el caso de aquella, la única terapéutica aconsejable es la "resección transuretral del cuello vesical". HEITZ-BOYER ha llegado a afirmar que la llamada por GUYON "carcinomatosis próstatopelviana", no es sino la "prostatitis crónica hipertrofiante peridiverticular".

Hace ya muchos años que se ha separado el prostatismo llamado por GUYON "sin próstata", de la forma adenomatosa del mismo. En 1830, GUTHRIE describió por vez primera la forma de "prostatismo", que llamó "median bar" (barra media). Más tarde, MERCIER, CIVIALE, GUYON, GOLDBERG, CHETWOOD, FÜLLER, CHOLZOF, ZUCKERKANDL, CARRARO, etc., dedicaron su atención al cuadro del "prostatismo sin próstata", esto es, al que se observa en los enfermos sin hipertrofia adenomatosa de la glándula. Todos los autores que se han ocupado de la cuestión han reconocido que en tales

(*) Las denominaciones que emplea HEITZ-BOYER utilizando los vocablos "hipertrofia" y "neoformación" en un sentido vago llevan una cierta confusión a una cuestión de por sí no muy clara. Hoy es generalmente admitido por los urólogos que la llamada "hipertrofia de la próstata" no es una "hipertrofia" sino un tumor adenomatoso. Por otra parte, la palabra "neoformante" es interpretada por muchos, como significativa de "tumoral o neoplásico", cuando en el caso que nos ocupa sólo quiere indicar simple "reacción tisular al proceso inflamatorio crónico". Este confusionismo de la terminología empleada por HEITZ-BOYER ha sido criticado por el Profesor CHEVASSUT, quien en las sesiones de la Academia de Cirugía de París (1 y 8 de julio de 1942), se expresó así: "Yo no alcanzo a ver las razones por las que nuestro colega HEITZ-BOYER persiste en confundir las neoplasias con las inflamaciones de la próstata." Por otra parte, A. E. GARCÍA, de Buenos Aires, ha criticado los conceptos de HEITZ-BOYER en su soberbia monografía *La enfermedad diverticular de la próstata* (Buenos Aires, 1939).

casos la retención de orina y los demás síntomas se deben a alteraciones del cuello vesical de naturaleza inflamatoria crónica, que determinan dificultad en la dinámica del cuello vesical. Cada autor ha creído describir un nuevo tipo de "prostatismo sin próstata", y así se ha hablado de "esclerosis del cuello", "hipertrofia del cuello", "hipertonia del esfínter interno", "retracción del cuello", "prostatitis crónica cistoparética" (GOLDBERG), etc. En los últimos tiempos MARION denomina el cuadro del "prostatismo sin próstata" "enfermedad del cuello", y LEGUEU introduce el término "disectasia" (del griego "dis", dificultad y "Ektasis", extensibilidad). Este cuadro de la disectasia del cuello se observa también en la mujer, como consecuencia de inflamaciones crónicas de la uretra; en estos casos el tratamiento de elección es la resección transuretral del cuello vesical. En una monografía nuestra sobre *Resección transuretral de la próstata* (Ediciones Morata, enero de 1944), insistimos sobre esta cuestión, dando cuenta de casos personales.

Aun cuando HEITZ-BOYER opina que la "prostatitis crónica hipertrofante peridiverticular" es una entidad aparte de todo lo descrito hasta la fecha, la realidad es que se trata solamente de una fase de prostatitis crónica de larga fecha, con formación de cavernas y proliferación de tejido conjuntivo, que llega a "ahogar", por decirlo así, las fibras musculares que constituyen el conglomerado del cuello vesical, dificultando su dinamismo normal. En consecuencia, el cuadro de la "prostatitis crónica hipertrofante peridiverticular" no se diferencia en nada de la enfermedad o disectasia del cuello, según la describen los diversos autores. Basta leer la magnífica descripción que de la "esclerosis del cuello vesical" hacen BLUM y RUBRITIUS en la citada Encyclopédia Alemana de Urología, para comprender la identidad de esta lesión con la "prostatitis hipertrofante peridiverticular". BLUM y RUBRITIUS, dicen: "Como estadio final de la prostatitis crónica se observa, a veces, una proliferación conjuntiva, a partir de una infiltración de pequeñas células del estroma prostático, que determina una enorme retracción de los conductos excretores y, finalmente, de los acinos prostáticos. La totalidad de la glándula aparece más tarde como una masa de tejido conjuntivo en la que apenas se reconocen restos de musculatura por haber sido substituida ésta por tejido adiposo y conjuntivo. La próstata se convierte así en una masa extraordinariamente dura, abollonada y que cruce al ser seccionada con el bisturí, y en la cual apenas es posible reconocer resto de la estructura glandular del órgano. Algunas cavidades quísticas llenas de detritus y de corpúsculos amiláceos son los únicos restos de los acinos glandulares. El proceso de esclerosis no queda limitado a la próstata, sino que afecta ulteriormente a los tejidos periprostáticos, quedando convertidas las vesículas seminales, los deferentes, etcétera, en una masa pequeña, dura y abollonada. La consecuencia lógica de este proceso de esclerosis de la próstata y su vecindad es una alteración característica del cuello vesical. Como también el esfínter interno de la uretra se afecta del proceso de esclerosis termina por dejar de ser elástico y de contraerse en forma de iris, para convertirse en un tejido rígido y

retraído, que constituye un obstáculo para la salida de la orina (*contracture of the neck of the bladder*); BLUM y RUBRITIUS se refieren luego al diagnóstico por uretroskopía y hacen notar que en estos casos es característica la imagen de los orificios de los conductillos prostáticos que aparecen enrojecidos sobre el fondo azulado y reluciente de la mucosa de la uretra prostática. Al tacto rectal se apreciaría una masa pequeña, dura, abollonada y muy dolorosa que, según BLUM y RUBRITIUS puede, en ocasiones, hacer pensar en la existencia de un *cáncer de tipo escitroso*. La "resección transuretral" (*punch operation*, de YOUNG) o la "escisión cuneiforme del cuello vesical" por cistostomía (RUBRITIUS), permitirían la biopsia y con ella el diagnóstico exacto.

De cuanto acabamos de exponer se desprende que solamente un desconocimiento de la bibliografía del tema puede llevar a un autor a reclamar para sí el descubrimiento de un cuadro morboso conocido desde hace más de un siglo y estudiado de una manera completa por numerosos autores modernos. Es cierto, sin embargo, que los autores franceses han contribuido con numerosas publicaciones divulgadoras a que muchos urólogos dediquen la debida atención al proceso de la *prostatitis crónica cavitaria*, llamada, también, "enfermedad diverticular de la próstata", la cual muchas veces pasa desapercibida por no practicarse una exploración urológica completa (uretroskopía y uretrocistografía).

Por lo que respecta a la *sintomatología* de la *prostatitis crónica cavitaria*, consiste en manifestaciones locales y de foco. Los síntomas locales se manifiestan por piuria, a veces muy intensa, hematuria, polaquiuria y trastornos sexuales (de la erección, de la eyaculación, etc.). Con frecuencia se observan complicaciones (calculosis intraprostática, vesical, dilatación ureteral y reflujo vésicoureteral, litiasis renal). Al tacto rectal ya dijimos que es característica la palpación de una masa pequeña, dura y abollonada, que puede ser confundida con otros procesos (cáncer, tuberculosis, sífilis, actinomicosis, etc.). A la exploración uretroscópica ya hemos dicho que se observan los orificios de desembocadura de los conductillos prostáticos que aparecen considerablemente dilatados y enrojecidos. Si en el momento de la exploración se introduce un dedo en el recto y se hace expresión de la glándula, es posible, en ocasiones, observar la salida de tapones de pus por los orificios de los conductos prostáticos. En la exploración uretral es posible poner de manifiesto las "cavernas" prostáticas que aparecen en la placa radiográfica llenas de substancia opaca en forma arracimada, unas veces; otras, aparece una sola caverna, en la que es posible percibir su conducto de desagüe en la uretra (fig. 4). La uretra prostática suele aparecer dilatada en el uretrograma. Con frecuencia coexiste reflujo vésicoureteral, como hemos podido comprobar en varios de nuestros casos.

En cuanto a los *síntomas de "foco"*, ya LEFUR (1906), observó la relación de las prostatitis con el reumatismo; más tarde, PEYER y BURCKHARDT publicaron casos de asma de origen prostático, que denominaron "asma sexual". También VOSKRESENSKY observó crisis estenocárdicas causadas por prostatitis crónicas. Fué, sin embargo, el norteamer-

ricano BILLINGS el primero que, en 1917, llamó la atención sobre el papel de la próstata como foco de infección. No hemos de enumerar todos los procesos generales que pueden ser debidos a la existencia de un foco de infección en la próstata; en nuestra monografía *La próstata como foco oculto de infección*, hemos hecho una exposición detallada de la cuestión. Sólo diremos aquí que todos los procesos y manifestaciones reumatoideas, muchas dermatosis, algunas oftalmopatías y, sobre todo, los casos en que se sospeche un fondo alérgico, pueden ser causados por una prostatitis crónica latente.



Fig. 1

Por lo que respecta al *diagnóstico*, no es preciso insistir; sólo hemos de añadir algunas palabras respecto a la exploración uretrográfica. Aun cuando HEITZ-BOYER, insiste en la necesidad de practicar la exploración bajo el control de la pantalla radiosónica y en el empleo de lipiodol como substancia de contraste, sin embargo, en la práctica basta con tomar el roentgenograma a los pocos minutos de haber comenzado la inyección de la substancia de contraste y en el momento que la inyección se verifica. En cuanto a la substancia de contraste, nosotros utilizamos el yoduro sódico al 15 por 100, que no es de precio elevado como el lipiodol, en alguna ocasión utilizamos también el sulfato de bario diluido, que nos da buenos resultados y no es irritante. El lipiodol tiene, a nuestro juicio, el inconveniente de su precio, de las manchas que ocasiona en las ropas y de que, debido a su naturaleza aceitosa, penetra con más dificultad por los conductillos angostos; además, existe la posibilidad de una penetración de substancia de contraste en el sistema venoso periretral con la embolia grasiante consiguiente. HEITZ-BOYER concede mucha importancia al hecho de que no se inyecte demasiada cantidad de substancia de contraste en la vejiga, con el fin de que la superposición de la porción anterior de la vejiga no obscureza la imagen del cuello vesical; sin embargo, cuando se emplea el yoduro sódico es siempre visible el cuello, aun cuando se distienda la vejiga, sobre todo si se emplea una solución no muy concentrada (8 a 10 por 100). Naturalmente, cuando se desean

obtener grandes contrastes con fines didácticos o de publicidad, es aconsejable el empleo de lipiodol, pero en la clínica, repetimos, es suficiente el yoduro sódico.

Por lo que respecta al *tratamiento* de la prostatitis cavitaria, ya hemos señalado que LUYS fué el pri-



Fig. 2

mero en proponer la destrucción de las cavernas por la aplicación endoscópica de la corriente galvánica; BLUM y RUBRITIUS creen preferible la prostatotomía radical, por lo menos cuando las cavernas no están

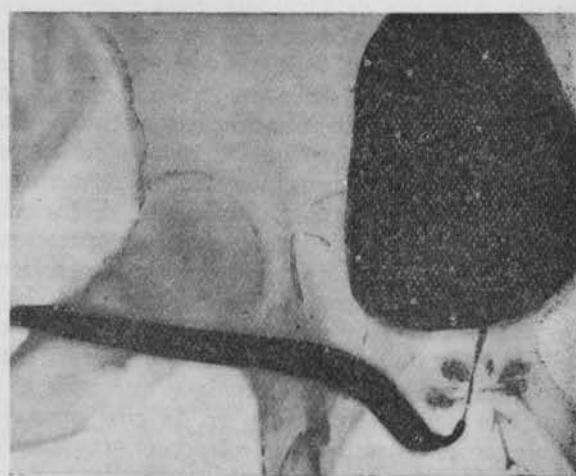


Fig. 3

próximas a la uretra. HEITZ-BOYER, por su parte, utiliza, como hemos dicho, la destrucción de las cavernas por medio de la corriente diatérmica (radiosturí), aplicada utilizando su uretrocistoscopio.

Nosotros hemos utilizado con éxito completo la *irradiación roentgen de la próstata* en la prostatitis cavitaria. En uno de nuestros enfermos (fig. 3), se trataba de un ilustre literato con antecedentes gonocócicos y que aquejaba orinas turbias y dolores en uretra y periné, especialmente durante y después del

coito, todo lo cual databa de veinte años. Este enfermo había sido sometido a todos los tratamientos urológicos corrientes durante estos veinte años sin resultado. En 1935 fué sometido, por indicación nuestra y teniendo en cuenta el éxito del tratamiento

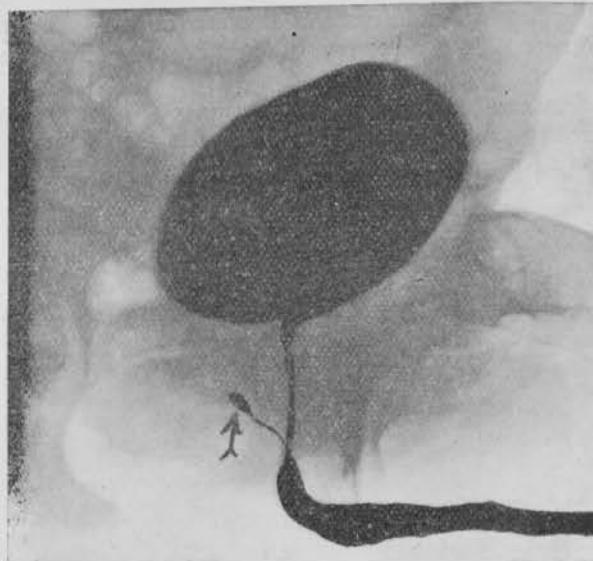


Fig. 4

roentgenoterápico en los casos de amigdalitis crónicas crípticas — tan semejantes al proceso que nos ocupa — a irradiación de la próstata. Terminado el tratamiento, las molestias desaparecieron y la orina



Fig. 5

se hizo, por primera vez en muchos años, transparente. En la actualidad, al cabo de nueve años, persiste la curación. En otro enfermo de 65 años, con hematuria persistente (fig. 4), como principal síntoma, que llegó a hacer pensar a algunos urólogos en la posible existencia de una neoplasia, el tratamiento roentgenoterápico consiguió que desapareciese la hematuria y los restantes síntomas.

En otro de nuestros casos (fig. 2), se trataba de un hombre de 30 años, que después de una hemorragia padecida unos ocho años antes, vino aquejando hematuria y piuria intensa. Explorado por diversos urólogos de prestigio, se descubrió un pequeño cálculo en un cáliz del riñón derecho. La separación de orinas practicada por un maestro de la urología española no reveló alteración alguna de las orinas renales. Todos los tratamientos urológicos a que fué sometido por los distintos urólogos y por nosotros mismos fracasaron, hasta que decidimos practicar la exploración uretral, que demostró la



Fig. 6

existencia de cavernas prostáticas. Este enfermo ha rechazado el tratamiento endoscópico y ha decidido someterse a irradiación roentgen.

Respecto al tratamiento por los rayos X, hemos de decir que carece de peligro alguno, por ser suficiente una dosis pequeña. En cuanto a su acción sobre el testículo, es nula siguiendo una técnica correcta. HEITZ-BOYER ha expresado sus dudas acerca de la acción de los rayos X sobre las cavernas o divertículos prostáticos, la cual, en su opinión, se limitaría a una esterilización temporal de éstos. Sin embargo, no hay razón para que en las amigdalitis crónicas los rayos X ejerzan una acción permanente y no lo hagan en las prostatitis cavitarias. Por lo demás, ya hemos visto que en uno de nuestros enfermos persiste la curación al cabo de nueve años.

En las figuras restantes mostramos algunos uretrogramas con cavernas prostáticas correspondientes a enfermos que por circunstancias diversas no fueron sometidos al tratamiento.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren geben eine Übersicht über das Problem der sogenannten chronischen kavitären Prostataentzündung, die seit den Zeiten von Albarran bekannt ist und später von Luys und neuerdings von Heitz-Boyer eingehend untersucht wurde.

Wie alle chronischen Prostataentzündungen so ist auch die kavitäre Form wegen der durch sie hervorgerufenen lokalen Symptome und deren langen Dauer sowie der allgemeinen "Herderscheinungen" wichtig.

Die diagnose stützt sich auf eine urethracystoskopische und eine urethrographische Untersuchung, die die Höhlenbildung und deren Einmündungen in die Urethra nachweisen.

Jede chronische Prostatitis ruft Gewebsveränderungen des Blasenhalses hervor, die zum dem sogenannten Bild des "Prostatismus ohne Prostata" oder zur "Blasenhalsdysektasie" führen. Die kavitaire Form kann auch zu Prostatismussymptomen führen, die eine transurethrale Blasenhalsresektion nötig machen.

Die französischen Autoren sind sehr für eine Entleerung der Höhlenbildung mittels endoskopischer Anwendung von Diathermiewellen; andere ziehen die Radikaloperationen mit Perineotomie vor.

Die Verfasser wenden erfolgreich die Röntgentherapie an.

RÉSUMÉ

Les auteurs font une révision du problème de la dite prostatite chronique cavitaire connue dès l'époque d'Albarran, étudiée en détail par Luys et récemment par Heitz-Boyer.

Comme toute prostatite chronique, la forme cavitaire est importante à cause des phénomènes locaux qu'elle détermine, persistance prolongée des mêmes et par les manifestations générales du "focus".

Le diagnostic se base sur l'exploration urétrocystoscopique et uréthographique qui montre les cavités et ses orifices d'embouchure dans l'urètre.

Toute prostatite chronique détermine des altérations des tissus du col vessical qui peuvent produire le cadre du dit "prostatisme sans prostate" ou "disectasie du col vessical". La forme cavitaire peut déterminer aussi des phénomènes de prostatisme qui exigent le traitement par résection transurétrale du col vessical.

Les auteurs français préconisent le traitement par videment des cavités avec application endoscopique de courant diathermique. Quelques auteurs préfèrent l'intervention radicale par périnéotomie.

Les auteurs emploient avec succès le traitement roentgentherapique.

LA PLASMOTERAPIA EN LA DESHIDRATACIÓN INFANTIL

I Comunicación

C. ELÓSEGUI y Sra. T. HURTADO

Director del Instituto De la Clínica Médica del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ

Instituto Español de Hematología y Hemoterapia

Desde 1940 que comenzó a funcionar el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia, se empezó a preparar y a utilizar plasma humano en el tratamiento de diversos estados patológicos.

Particular importancia por el creciente volumen de casos y por los resultados observados tiene, a nuestro juicio, el empleo de este remedio terapéutico en la deshidratación infantil.

Ya durante el verano de 1940 tratamos algunos casos; y luego a medida que se han sucedido los años hemos tenido ocasión de tratar cada año mayor número, con lo que hemos logrado una amplia experiencia personal.

Así en el año 1941 tratamos 9 casos, en el año 1942 fueron 19 el número de los asistidos y este último verano hemos pasado de los 50.

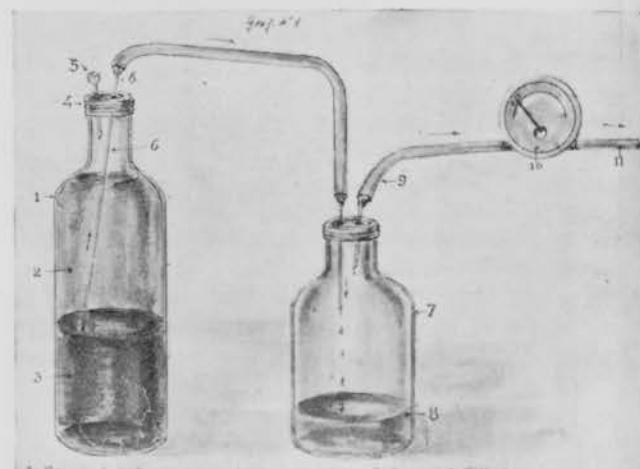


Fig. 1

1, frasco contenido sangre con glóbulos sedimentados; 2, plasma; 3, glóbulos rojos; 4, cierre metálico con goma perforable; 5, aguja válvula aire filtrado; 6, aguja larga hasta límite plasma y glóbulos; 7, frasco receptor plasma; 8, plasma; 9, tubo aspirador; 10, manómetro de vacío; 11, tubo comunicando con el aparato de vacío.

En vista de esta creciente progresión de "clientela" infantil este último verano, a pesar de la agobiadora labor que pesa sobre el Instituto, instalamos un consultorio de fortuna que resolviera todo lo relacionado con ella. Los datos obtenidos nos han servido para la presente nota previa.

Esperamos, y para ello hemos tomado ya las disposiciones oportunas, que en la próxima campaña del verano venidero, lo que éste ha sido un embrión de plasmoterapia infantil, será un consultorio que no solamente efectuará convenientemente un completo servicio de plasmoterapia, sino que dispondrá de los medios necesarios para que su labor fructifique además en una cosecha de provechosos datos científicos que contribuyan a su mejoramiento y a la ampliación de sus límites de acción.

Hoy consideramos útil, mientras estos proyectos sean una realidad, dar a conocer lo hecho hasta ahora, ya que con ello al mostrar los resultados obtenidos ofrecemos una alentadora perspectiva en la lucha contra la mortalidad infantil en los rigores del verano.

TÉCNICA

La técnica utilizada por nosotros para obtención de plasma ha sido la siguiente:

1.º Extracción de sangre según método original de uno de nosotros adoptada en el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia, y publicado en los anales del Instituto.

2.º Separación de plasma. La separación del plasma se ha efectuado a las veinticuatro horas de verificada la extracción