

LITIASIS PROSTATICA

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

Al comentar este tema de litiasis prostática, queremos traer a colación el resultado obtenido en tres enfermos a los que nos ha tocado intervenir, sin tener otro motivo que describir la evolución de los mismos. La litiasis prostática es una afección que hoy ha dejado de ser rara, pues desde el advenimiento de los estudios radiológicos y endoscópicos la observación y diagnóstico en enfermos que la padecen, ha sido más frecuente, a pesar de ello el número de casos publicados sobre el tema no ha seguido en igual proporción.

En las revistas de nuestro país que hemos podido consultar, encontramos descritos los siguientes trabajos:

Congreso Americano de Urología, Año 1936, Dres. A. Trabucco, J. Dante, R. Sandro. Consideraciones sobre litiasis prostática, 4 casos. Rev. Arg. de Urología, 1937, pág. 455. Dr. R. De Surra Canard, Lit. Prost., 1 caso. Rev. Arg. de Urología, pág. 9, año 1938. A. Astraldi P. Torroba, Calculosis Prostática, 3 casos. Rev. Arg. de Uro. Dr. A. Granara Costa, año 1939, pág. 462. Adenoma de Póst. y Lit. Múltiple del mismo, 1 caso. Rev. Arg. de Urol., 1945, pág. 24. Dres. R. Mathis y J. Soubidet. Litiasis Prostática, 1 caso. Boletín de la Sociedad de Uro. de Córdoba, año 1947. Dres. E. Torresi, A. Gatoni e I. Ortiz H., 1 caso. Rev. Arg. de Urol., 1940. Dres. E. Castaño y R. De Surra Canard, 1 caso. Sociedad de Urología de Córdoba, Dr. M. Gómez, 1954, 1 caso.

En el curso de perfeccionamiento para graduados dictado en la Cátedra del Prof. E. Castaño, en el año 1941; comenta el Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta, al tratar este tema; que de las 17 historias clínicas a que hace referencia en su clase —sobre litiasis uretroprostática— ninguna corresponde a litiasis prostática en el sentido etiológico de la palabra, todas trataban de cálculos uretrales introducidos secundariamente en una celda o tejido glandular de la próstata. Destaca por otra parte que dichas 17 historias fueron recopiladas en el Servicio de la Cátedra, correspondiendo a la observación y estudio de 13 años de ininterrumpida labor.

Lawsley menciona que Kretschner en 1918 en una completa revisión de la literatura publicó un total de 173 casos. Posteriormente Young en 1934, afirmó que fueron publicados 305 casos, a los que él agregó 100 de su observación.

Los cálculos prostáticos deben diferenciarse entre los dos grandes grupos clasificados por Gaket en Endógenos y Exógenos. Los primeros se caracterizan porque el examen químico del núcleo de formación es celular. Según Stilling

y Launois, este núcleo celular se forma por la descamación de células epiteliales, que habrán sufrido la degeneración hialina merced a las causas coadyuvantes de una inflamación glandular y retención de las secreciones por obstrucción del conducto excretor. Se necesita un factor inflamatorio y otro infeccioso.

La retención ectásica por estrechez uretral, interviene al provocar las alteraciones prostatósicas con las infiltraciones y cavérnulas, con fibrosis de cuello vesical propia de la enfermedad de Heitz Boyer, (Cálculos endoprostáticos secundarios).

Sobre el núcleo celular mencionado se depositarían luego las diferentes sales inorgánicas, tales como fosfato de calcio, fosfato de magnesio, carbonato y oxalato de calcio.

Para otros autores es distinta la etiopatogenia en cuestión. Marcier opina que las concreciones son una condensación del líquido prostático.

Virchow atribuye a una mezcla de esperma y proteína insoluble. Nicolás de Blegny a masas de esperma. Pasteau a una infección de los acinis.

En realidad la existencia de tantas teorías significa la nebulosa que envuelve la verdad de este problema etiológico.

El grupo de cálculos exógenos estará constituido por todos aquellos que son secundarios a la próstata y su núcleo estaría formado por uratos y fosfatos térreos.

Los cálculos renales que al ser eliminados se detienen al pasar por la uretra posterior, debido a la existencia de una dificultad fisiológica o no, para seguir su curso al exterior al través de la uretra; estas concreciones pueden crecer sólo en la uretra posterior tomando según la disposición de su crecimiento, la variedad denominada en botón de camisa, emitiendo prolongaciones hacia el interior de la glándula. Hay cálculos intraprostáticos (endógenos - exógenos) que están formados por la precipitación de la orina al penetrar durante la micción en las cavidades prostáticas existentes previamente.

Los verdaderos cálculos de la próstata son generalmente múltiples, pequeños, redondos, esparcidos en el parénquima glandular. En los casos que existe adenoma de la próstata están por fuera del mismo entre la cápsula y el tumor. En dos de nuestros casos ficha 2 y 3, tenía esta característica.

Sintomatología. — Los síntomas de la litiasis prostática son de lo más variados, pudiendo estar presentes alguno o muchos de los síntomas clínicos urogenitales. En ciertas ocasiones, los cálculos son latentes, siendo sólo descubiertos por las radiografías o autopsias.

La disuria inicial y de esfuerzo la hemos constatado en todos los enfermos vistos, la piuria que se presenta en un 70 % de los casos, y que también existía en nuestros enfermos, particularmente en dos que eran bien infectados. La hematuria puede ser de tipo inicial, total o terminal. En nuestro enfermo N^o 1 —el síntoma revelador, de su litiasis fué la hematuria inicial y la disuria. La patogenia de la hematuria no es perfectamente conocida, pensando se trata de congestión por traumatismo de los cálculos.

Los dolores se presentan irradiados a periné — testículos e hipogastrio. El tacto rectal los despierta y especialmente cuando la litiasis se acompaña de infiltración de la glándula prostática. En ocasiones es ardor a la micción.

Los síntomas genitales han sido consignados en manera variada, priapismo, hemospermia; debilidad sexual que no han sido constatados en nuestro enfermo.

Diagnóstico: En nuestros enfermos efectuamos el diagnóstico por el tacto rectal y por el examen radiológico que es el método fundamental en la presente enfermedad.

Los antecedentes clínicos y los síntomas acusados por el enfermo, han tenido su real importancia. (Disuria, hēmaturia, dolor polaquiuria, etc.).

El tacto rectal da la sensación de una próstata dura irregular, a veces con crepitación especialmente cuando los cálculos se presentan en grupos. A veces está aumentada de tamaño, coexistiendo los caracteres de prostatitis crónica, la consistencia dura de nódulos, superficie irregular debe diferenciarse de los cánceres primitivos. En ciertas litiasis prostáticas el tacto rectal es negativo; no revelando ninguna anomalía patognomónica que los denuncie.

El examen instrumental con el explorador a bola, puede ser negativo para los cálculos intraprostáticos, constatando el roce de los exógenos-endógenos uretrales. Con la uretoscopia posterior, se destacan los cálculos dentro de las cavernas glandulares. La exploración radiológica completa el estudio o es como se hace el diagnóstico. Es necesario valerse de algunas técnicas para evitar que el rayo normal vertical en decúbito dorsal superponga sobre el hueso púbis las imágenes de la próstata, considerando que muchas veces los cálculos son de escasa opacidad. Es necesario abrir la pelvis. Young exageraba la ensilladura lumbar con el objeto de que el haz de rayos se prolongue en la pelvis menor; Chevassu hace pasar los rayos en una posición horizontal de modo que la próstata y las sombras calculosas se vean suspendidas en la pequeña pelvis.

En nuestros enfermos hemos obtenido las radiografías en posición anteroposterior y otras películas en posición oblicua.

Tratamiento. — El tratamiento de las litiasis prostática es esencialmente quirúrgico. Cuando los cálculos endógenos son pequeños y no dan síntomas, puede y es lo indicado en estos casos dejarse el enfermo en observación, sin tratamiento local. Las vías de abordaje para el acto operatorio, son varias teniendo cada una sus preferencias especiales por los cirujanos e indicaciones particulares condicionadas por el enfermo a tratar.

La vía perineal seguida antiguamente, es preferida en casos de infección, prostatitis, abscesos, etc., en general cuando por el proceso supurado es necesario hacer un drenaje declive; también es indicada para los enfermos en malas condiciones físicas, ancianos, insuficientes cardíacos, etc. Los inconvenientes expresados por los autores para su empleo, son los peligros de posibles fistulas urinarias, incontinencia de orina o trastornos de orden genital.

La vía endoscópica que consiste en la electrocoagulación intrauretroprostática, para abrir ampliamente las cavernas, y dejar suficiente luz a objeto que los cálculos sean luego eliminados secundariamente por vía uretral.

Requiere como principal condición la existencia de un calibre uretral normal. Este método es indicado por muchos especialistas y entre los autores de los trabajos enumerados al comienzo algunos manifiestan haber tenido muy satisfactorios resultados.

Millin recomienda la vía retropúbica, para atacar la próstata en su cara anterior, abre su cápsula y con una cucharilla extrae los cálculos; sutura luego la cápsula dejando una sonda uretral permanente. Para las litiasis con prostatitis crónica en hombres fuera del período genital, aconseja por esta vía la prostectomía total.

La vía suprapúbica intravesical, es la seguida por nosotros. La consideramos indicada en los casos tratados, por coexistir adenoma concomitante en los tres enfermos; presentar estrechez uretral en dos de ellos y hallarse estos pacientes muy infestados especialmente el que lleva la ficha N° 3, quien presentaba, periprostatitis y fistulas.

El resultado fué favorable. Como hemos mencionado, se extirpó el adenoma y muchos cálculos presentaron dificultades por estar propiamente engarzados en el tejido prostático. En el último paciente se simplificó el trabajo —con el uso del curarizante— durante la anestesia (Flaxedil), que facilitó las maniobras con la relajación muscular abdominoperineal.

Ficha 29694 Clínica Regional del Sud Río Cuarto - 29-IV-948 - A. P. 58 años casado.

Ant. personales: Sano en la infancia, blenorragia a los 26 años.. Regular en sus funciones intestinales. Discreto bebedor; a veces tiene cefaleas cuyo origen no ha sido bien precisado. Casado tiene 14 hijos.

Enfermedad Actual: Hace un año y medio que comienza con trastornos de polaquiuria y disuria inicial de esfuerzo. Desde unos ocho días que tiene hematuria, espontánea, indolora, inicial, que desaparece espontáneamente, en ocasiones hay dolores irradiados a los testículos. También suele sentir molestias en el periné.

Estado Actual: Sujeto de constitución delgada. Ojos Presbicia, Oídos N. de P. Lengua húmeda saburral. Dentadura en malas condiciones..

Tórax: Pulmones normales. Corazón N. de P. Tonos normales en los cuatro focos.

Abdomen: Plano no hay puntos dolorosos. Hígado y bazo no se palpan. *Riñones:* no se palpan, Orina, hematuria en el primer vaso.

Aparato urogenital: Uretra anterior y posterior libre al explorador N° 20.

Próstata: Aumentada de tamaño, regularmente dura. *Testículos:* normales.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical. Se observa el cuello vesical hipertrofiado que impide ver los orificios ureterales. El Indigo carmín sale de ambos lados a los 3 minutos

Pielografía de excreción: Buena eliminación de la sustancia de contraste, con las imágenes pelvicales normales.

En todas las películas se constata buena eliminación sobre la vejiga, y en la región correspondiente a la próstata hay una cantidad de sombras calcificadas.

No se practicó uretrografía.

Análisis: Sangre: Urea 0,45 gr; Glób. Rojos: 4.500.000 Blancos: 6.500.

Orina: Albúmina Rastros. Escatol indoxil urobilina: Vestigios. .

Sedimento: Abundantes hematíes. No hay cilindro ni elementos renales.

Operación: Cirujano Dr. Derdoy. Anestesia raquídea, novocaína corbacil. Ligadura de deferentes. Incisión mediana suprapúbica Se abre la vejiga, constatándose un adenoma que hace protrusión en la cavidad, deformando la región del cuello. Abierta ampliamente la vejiga y fijada a las paredes de la incisión procedemos a reseca el adenoma y extraer los cálculos. Se secciona con el bisturí la mucosa vesical, sobre el tumor y luego con maniobras bimanuales, se extirpa el adenoma, el cual se presenta bastante libre dentro de cápsula. Por debajo del mismo tumor se localizan los cálculos, hay de todo tamaño desde un polvillo tipo arenillas hasta otros bien constituidos duros del tamaño de un garbanzo. Muchos de ellos estaban fijados íntimamente al tejido glandular, presentando dificultad para sacarlo recurriendo a seccionar con lá tijera las bridas fibrosas que los fijan.

Una vez limpiada al máximo esta lodge, dejamos taponamiento de la misma, sonda Pezzer vesical, cerrando la pared por planos parcialmente.

Evolución: Después de unos días se saca el taponamiento sin dificultades, su recuperación funcional se completa bien y es dado de alta a los 28 días.

Agosto de 1954. Después de seis años vemos nuevamente al enfermo, se encuentra bien y sólo acusa un poco de ardor en algunas micciones, que por otra parte son distanciadas y sin disuria. Se obtienen nuevas radiografías uretrovesicales, se constata buen canal uretral y una pequeña sombra como resto de su litiasis.

Ficha 44410 Clínica Regional del Sud. Río Cuarto. - 10 de mayo de 1953. - D. E. M., argentino, 62 años, casado.

Enf. actual: Soy consultado de urgencia por este enfermo, que examino debido a la gentileza del doctor Antonio Vaggione, que lo envía a mi consulta.

Está el paciente con retención completa de orina que se inició lentamente llevando actualmente varias horas en esta situación.

Al explorar la uretra constato la presencia de una estrechez filiforme en la región bulbar de la misma, estrechez tipo escleroso que toma algunos centímetros. Dejamos una bujía filiforme a permanencia y con ella se soluciona momentáneamente el problema de la micción.

Ant. personales: Sano en la infancia, blenorragia a los 24 años, que curó. Desde unos diez años que se inician los síntomas de disuria de esfuerzo, que se han acentuado paulatinamente hasta llegar al episodio actual.

Hace aproximadamente 7 años presentó una retención completa aguda por un cálculo enclavado en la uretra, mejorando una vez que lo eliminó. Este cálculo se presentó sin haber tenido dolores tipo cólico renal.

Posteriormente anduvo bien hasta la complicación actual.

Estado actual: Buen estado general. Ha bajado tres kilos de peso. Cabeza: Ojos Miopía. Nariz: Desviación del tabique nasal, en algunas oportunidades ha sido curado por el especialista. Hay discreta insuficiencia nasal. Boca: Lengua húmeda saburral. Amígdalas: Nada de particular, examen del especialista doctor V. Conti.

Tórax: Pulmónes buena excursión respiratoria. A la auscultación, se constatan algunos rales bronquiales de tipo tabáquico.

Corazón: Se palpa percute y ausculta normal. Electrocardiograma: Informe del doctor F. Amuchástegui. Ritmo sinusal, marcada desviación del eje a la izquierda. Q.R.S. de bajo voltaje.

Pulso: Regular ritmo, igual. Mx. 13 Mn. 9 (—).

Abdomen: Globuloso. No hay puntos dolorosos, hígado y bazo no se palpan. Riñones: No se palpan.

Análisis: Sangre 16-V-53. Urea 0,55 gr. por mil G. R. 4.430.000; Blancos; 6.400. Kahn Pagniez (Neg.).

Orina: Ácida 1.017 Sed. Escasas células epiteliales, y leucocitos. Uno que otro hematíe. No se observan elementos renales.

Examen urogenital: Orina Turbia, micción dificultosa, chorro fino, a gotas.

Testículos, Epididimo: Nada de part. En el cordón izquierdo hay discreto varicocele.

Uretra: Hay anillos esclerosos que se exageran sobre la porción bulbar, consiguiendo pasar una bujía N° 6.

Próstata: Dolorosa al tacto, aumentada de tamaño, dura con algunas zonas más irregulares.

Radiografías: Pielografía de excreción: Buena eliminación de ambos riñones y constata imágenes calculosas en la región prostática.

Uretrocistografía: Se confirma la litiasis prostática. Uretra anterior con estrechez bulbar. Se toman radiografías en dos posiciones anteroposterior y oblicua de la zona uretrovesical.

Como hemos referido el enfermo quedó con bujía de dilatación permanente, antibióticos, etc. Sin embargo su estado general se resentía pues apareció fiebre urinosa, lo que motivó la decisión de la intervención quirúrgica. Anestesia General. Eter Oxígeno. Inducción con pentotal. Cirujano Doctor J. B. Derdoy.

Incisión mediana suprapúbica, se abre la aponeurosis separando ampliamente los músculos rectos. Se expone la vejiga mediante una sección vertical, constatamos un adeno de discreto tamaño y un cuello vesical hipertrofiado. Se secciona la mucosa con el bisturí y por maniobras bimanuales se extrae el tumor. Se constata debajo del mismo y por fuera una cantidad de cálculos a los que extraemos, son numerosos y de diverso tamaño; muchos son libres y salen fácilmente, otros están incrustados en el tejido glandular debiendo sacarlos a tierra. Una vez que consideramos que hemos sacado todos, dejamos taponamiento en la cavidad de la lodge, suturamos la mucosa vesical, dejando sonda Pezzer en la vejiga a la cual lo mismo que la pared abdominal se cierra parcialmente.

La evolución es normal en su desenvolvimiento POST-operatorio.

El análisis del cálculo: Lipoides. Colesterol. Urato. Amonio. Calcio. Xantina.

Después de su convalecencia es dado de alta en condiciones de curado.

Agosto 31 de 1954: Vemos nuevamente al enfermo, tiene buena micción, indolora sin polaquiuria, no hay retención, la uretra se mantiene con calibre 18. Persiste la PIURIA.

COMENTARIO

Este enfermo ha hecho una litiasis prostática, en un terreno cuyo éctasis por la estrechez uretral ha favorecido la precipitación cristalóidea y como se refiere en el tratado de Lowsley si la infección existente en previa o posterior a la litiasis secundariamente infestada.

Ficha 49314 E. T. Argentino, Casado - Pintor. 68 Años.

Domicilio. — Barrio P. Perón. Río Cuarto. 19 de Noviembre de 1953.

Ant. hereditarios: Padres muertos no sabe de qué. Tiene un hermano que vive y padece de hidronefrosis, periódicamente ha tenido dolores renales.

Ant. Pers.: Sano en la infancia, viruela a los 20 años. Niega venéreas. Regular en su función intestinal. Hace 16 años tuvo un absceso inguinal derecho, que fué operado drenando mucho pus y tardó un año en cicatrizar. Tienen un hijo, esposa sana. Hace 20 años dice que eliminó un cálculo sin cólico renal. Desde algunos años padece de disuria con polaquiuria nocturna. La disuria es de esfuerzo con chorro fino y deformado.

Enfermedad actual: Hace unos siete meses se inició un dolor agudo en la región inguinal izquierda que luego se formó una colección supurada del tamaño de una naranja, posteriormente se abrió esta colección purulenta, drenando parte en la región iliaca y al constituir un absceso en región perineal (laterobulbar), drenó también por este sitio quedando luego una fistula por la que perdía orina. La incontinenia era entonces simultánea, sobre el orificio inguinal y el ya mencionado trayecto perineal. Durante unos meses estuvo sin tratamiento médico, haciéndose remedios caseros; pero luego se agudizan sus síntomas, reaparecen los centros de supuración; la disuria se intensifica, iniciándose un periodo febril de mucha intensidad, en estas condiciones nos consulta internándose en el Servicio.

Estado actual: Estado general deficiente, sujeto febril, ha bajado de peso algunos kilos, piel seca.

Presbicia: Lengua seca roja. Dientes. Faltan piezas y otras en malas condiciones de higiene

Tórax: Enfisematos: poca excursión respirator. Se auscultan algunas sibilancias.

Corazón: Tonos apagados pero normales en los cuatro focos. No hay soplos. Pulso: Regular rítmico, igual Mx. 15 Mn. 10.

Abdomen: Deprimido, se observa una tumoración sobre la zona inguinal izquierda, que se prolonga hasta el pubis. El cordón, escroto, testículo, están libres. La inflamación es una tumoración roja con la piel en vías de abscedarse y es del tamaño de un puño. Esta se incinde y sale abundante pus poco coleccionado, mezclado con orina persistiendo luego esta fístula urinaria. El examen ureteral demuestra la existencia de una estrechez filiforme, esclerosa. Se constata un orificio perineal al margen de la uretra bulbar que permite la entrada de un estilete. Orina es turbia, chorro fino. El tacto prostático demuestra una glándula dura plena con irregularidades, la superficie es irregular, y los bordes difusos por periprostatitis. Es dolorosa.

Higado, Bazo. No se palpan. Riñones. Se palpa el riñón izq. poco aumentado, puño-percusión es poco dolorosa. Riñón derecho. No se palpa.

Análisis: Sangre. G. Rojos: 4.250.000. Blancos 20.800. Urea: 0,50 gr. por mil. Glucemia: 1,05 por mil. Orina: Sedimento: No se observan BACILOS DE KOCH.

Pielografías de excreción. Hay mala eliminación renal y se constata una sombra calcúlosa en el riñón izquierdo.

Lascistouretrógrafías muestran los cálculos, prostáticos y las cavernas prostática se confirman la estrechez uretral. Se obtienen además otras radiografías rellenando las fístulas con sustancia opaca.

23 XI de 1953. Anestesia general Novocaina, endovenosa a gota. Flaxedil. Anestesiata Dtor. Fernández Berro.

Cirujano Dtor. Juan B. Derdoy. Ayudantes: Dtor. Juan C. Martínez, Sta. Vallejos. Incisión mediana infraumbilical. Se llega a la vejiga en la que constatamos una pared gruesa e inflamada. Se abre la misma y encontramos un adenoma bastante grande. Se secciona a bisturí la mucosa y con maniobras bimanuales y ayudado por la tijera se extrae un adenoma del tamaño de una mandarina. La extracción fué laboriosa por estar muy adherido e infiltrado. Debajo del tumor estaban los cálculos entre éste y la glándula rechazada contra la cápsula. Extraemos los cálculos con maniobras digitales, y seccionando a tijera las diversas bridas, que fijaban algunos, dejando luego taponamiento de la lodge, suturamos la mucosa vesical, haciendo hemostasia sobre los vasos visibles que sangran. Sonda pezzet vesical y cierre parcial de la vejiga y pared.

Análisis del cálculo: El material enviado (núcleos calcáreos) está constituido por una masa de sales y cristales combinadas calcificadas.

Biopsia del adenoma: Hiperplasia glándulo-quística y prostatitis crónica

Fdo. Mauricio Rappaport - Jefe Registro Nacional de Patología.

Evolución: Durante el post-operatorio se hacen varias transfusiones. Después se retiran los taponos no habiendo hemorragia. Posteriormente mejora el enfermo; pero notamos pérdida de materias fecales por la herida suprapúbica, posiblemente por úlcera de decúbito por la sonda, esta fistula intestinal cerró espontáneamente. La fistula o herida suprapúbica persiste al igual que las de perineo e inguinal. Se deja después de varios días con la sonda uretral permanente sacándose la del drenaje suprapúbico. A pesar de tenerla muchos días no conseguimos que se cierren las fistulas predichas. El enfermo anda levantado pero pierde orina, y su estado general es poco satisfactorio.

Análisis de sangre 19 de Febrero. Glob. Rojos: 3.000.130 por cm³. Blancos 10.400

Se obtienen nuevas radiografías de los trayectos fistulosos.

18 VI de 1954. Se opera Resección de fístulas prostática e inguinal.

Anestesia General, Dtor. Fernández Berro. Cirujano Dtor. Juan B. Derdoy. Ayud. Dtor. Juan C. Martínez. Señor Correa. Sta. E. Hechem.

Se amplía la herida suprapúbica. Se disecan los planos superficiales que están muy adheridos a la vejiga. Se abre esta explorando la lodge prostática operada, está libre y no encontramos más cálculos. Por vía exterior abrimos ampliamente la fístula inguinal siguiendo su trayecto hasta la uretra prostática de donde se inicia. Por las dos vías combinadas (junto a la intravesical) curetamos este foco periprostático, se extrae gran cantidad de tejido fungoso y supurado. Se deja un drenaje periprostático hacia la región inguinal. Se cierra la vejiga en donde queda una sonda Pezzer. La evolución es buena se quitan paulatinamente los drenajes, posteriormente la sonda suprapúbica colocando a su vez una por vía uretral a permanencia. Después de unos quince días se la retira. Se obtiene otra uretrografía y se da de alta aunque con discreta pérdida de orina por el suprapubis.

Octubre 8 1954. Vemos nuevamente al enfermo, orina bien y solo ha quedado una discreta piuria.

• COMENTARIOS

Este enfermo era un litiasis renal y prostático. Tenía además una estrechez uretral, que junto al estado infeccioso condicionaba la modificación humoral para la etiopatogenia de la misma, y dada la característica de este cuadro nos queda la duda de si era primitiva o no la precipitación prostática.
