

Hospital Juan A. Fernández
Serv. de Urología, Prof. E. CASTAÑO

Por el Doctor
ENRIQUE CASTAÑO

OSIFICACION DE LA HERIDA DE UNA TALLA HIPOGASTRICA Y ADENOMA DE PROSTATA DE 300 GRAMOS DE PESO

LA osificación de la herida de la cistostomía es un hecho muy poco frecuente como puede verse por las estadísticas, que sólo he podido reunir 14 casos. La primera observación publicada fué por Bernasconi en 1911, y en esa misma sesión en la discusión Pousson menciona una observación personal diagnosticada clínicamente.

En 1921 Grüber publica un caso semejante y en 1924, Boss relata dos observaciones más. En el mismo año Jura publica una nueva observación. En 1929, Chauvin y Rouslacroix aportan cinco observaciones personales haciendo en total 11 casos publicados en el extranjero. En el año 1933 entre nosotros el Dr. Oscar Buzzi publica en el "Día Médico" tres observaciones del Servicio del Dr. Gilberto Elizalde, siendo este el trabajo más completo publicado entre nosotros, donde menciona las teorías existentes hasta la fecha para explicar la osificación de las heridas.

Con esta nueva observación suman en total 15 observaciones de osificaciones de heridas de talla hipogástrica, lo que demuestra, como he dicho, su rareza, siendo tan numerosas las intervenciones de talla hipogástrica que se hace en el mundo entero.

Noebius, del Instituto de Anatomía Patológica de Amsterdam, ha estudiado sistemáticamente las cicatrices consecutivas a laparatomías de la línea blanca y encuentra sobre 12 cicatrices un osteoma y en otra serie sobre 31 cicatrices, 3 osteomas, lo que hace pensar a Chauvin y Rouslacroix que si realmente se investigara en las cicatrices de cistostomías se encontrarían numerosas observaciones más.

Que haya alguna causa predisponente tampoco se ha encontrado nada concreto. Se ha dicho que podían encontrarse en viejos cistostomizados, pero en ninguna de las 15 observaciones mencionadas, la fístula más antigua era de 6 a 8 meses. La infección tampoco puede ser motivo, pues algunas de las observaciones han sido en enfermos no infectados.

Referente a la patogenia, lo más concreto es que las osificaciones en general se han observado la mayoría de las veces en la línea blanca y atribuyen algunos al retorno de las disposiciones ancestrales.

La osificación de un hematoma tampoco puede aceptarse, si bien es cierto que muchas tallas producen hemorragias, siempre estas heridas se encuentran bien drenadas como para no producir hematomas.

La teoría de los huesos sesamoides aberrantes de Bard tampoco es aceptada.

La teoría perióstica de Sueck, no tiene aplicación en la talla hipogástrica, pues el pubis se encuentra alejado de la herida y no se toca para nada en la intervención, y además las osificaciones encontradas siempre han sido independientes del pubis.

Lencke y Policard en sus investigaciones demuestran que un proceso de osificación puede nacer y evolucionar donde se encuentre tejido conjuntivo embrionario colocado en condiciones favorables "el hueso puede aparecer donde exista una trama conjuntiva de tipo joven infiltrada de edema y además fácilmente permeable y receptora para la infiltración osteo-calcárea". Experimentalmente ellos han podido crear esta disposición, creando sobre una herida muscular superficial un manchón de brotes carnosos.

Como la fístula hipogástrica forma brotes al contorno del tubo de drenaje reproduciría una disposición absolutamente análoga a la conseguida experimentalmente.

M. M. Leriche y Gosset y sus colaboradores han mostrado recientemente que injertos de mucosa vesical en un músculo o en el tejido celular constantemente ha llegado a producir osificación, lo que prueba que se puede obtener la formación ósea, empleando como injertos tejidos sin poder osteogénico.

Existen trabajos todavía inéditos de Didier en colaboración con Mlle. Guyon y Mme. François Franck, sobre injertos vivos y

mueritos en el conejo y en el perro, siendo los injertos en la línea blanca los que han dado mayor número de veces resultados positivos.

Es posible también que el traumatismo operatorio en su comienzo cause una cierta destrucción de tejidos y que el catgut reabsorbiéndose más o menos ligero determine una irritación o una excitación de los tejidos vecinos al contorno de los cuales se mani-



fiesta un aumento de la circulación y se produzcan estas mutaciones calcáreas locales indicadas por Leriche.

Leriche en nuevos trabajos tiende a demostrar también que la osteogenesis depende de una acción química y que el calcio liberado en un punto se asienta en la vecindad formando las etapas fundamentales de la osificación. Y debemos recordar también que en anatomía comparada a las intersecciones tendinosas de los músculos rectos son considerados como restos de costillas ventrales y que el músculo piramidal del abdomen del hombre puede ser considerado como el homólogo de los músculos de los sacos ventrales de los marsupiales, de los monotremos que presentan a veces osificaciones.

Desgraciadamente, en nuestro enfermo no hemos podido hacer estudios anatomopatológicos, por haberse extraviado los fragmentos cuando los remitíamos para su estudio. Nuestra observación, además de la osificación de su herida de cistostomía es interesante por tratarse de un adenoma de dimensiones y peso poco común, 300 grs.

HISTORIA CLÍNICA

N. N. 66 años, español. Ingresa al Servicio el 8 de junio de 1934.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Se inicia cuatro años atrás con polaquiuria nocturna sin disuria. Hace un año tiene una hematuria que persiste durante un mes y fué tratada con hemostáticos. Al poco tiempo sobreviene una retención aguda de orina y como no pudo ser sondado se le practica una talla de urgencia, sin diagnóstico y se le deja el drenaje hipogástrico durante seis meses, siendo remitido a nosotros en esas condiciones.

Al tacto rectal se toca un adenoma de grandes dimensiones, liso, regular, de consistencia blanda, bien limitado. Urea en suero 0,40 %. Prueba de la sulfofenoltaleína 75 %.

Antes de decidir la intervención se intenta practicar una uretroscopía para ver el estado de la uretra posterior, pero al intentar introducir el uretróscopio, sobreviene una hemorragia que nos decide a intervenirlo de urgencia, sabiendo que el funcionalismo renal era muy bueno.

Operación. — Dr. Castaño. Ayudante Dr. Sierra. Anestesia general con éter. Al tratar de reseca la fistula hipogástrica, se encuentra una osificación total del trayecto hasta la vejiga que se consigue extirpar con grandes dificultades. Se abre ampliamente la vejiga y se encuentra un enorme adenoma que hace saliencia en el interior de la vejiga, ocupando una cuarta parte de la cavidad vesical. Se descapsula con toda facilidad, pero por el enorme tamaño del tumor no es posible abarcarlo con el dedo. Se toma entonces el tumor con una pinza de cuello de útero a cuatro dientes y se consigue extirpar el tumor en fragmentos. Se hace un buen taponamiento. Tubos de drenaje Perrier Guyon y se reconstruye la herida por planos.

Al 4º día se extrae el tapón; a los 8 días se coloca sonda permanente y a los 35 días el enfermo se encuentra curado, orinando espontáneamente.

En el post-operatorio no tuvo ningún accidente, ni siquiera elevación de temperatura.

Hospital Juan A. Fernández
Serv. de Urología, Prof. E. CASTAÑO

Por el Doctor
ENRIQUE CASTAÑO

HIDRONEFROSIS TRAUMÁTICA NEFRECTOMIA SECUNDARIA

ENTENDIENDO por hidronefrosis traumática aquellas lesiones sobrevenidas como consecuencia directa del traumatismo en un riñón anteriormente sano, se ha discutido hasta la fecha, si lesiones de tal naturaleza como las del caso que presentamos, pueden realmente haber sido producidas por el traumatismo, o que el traumatismo haya hecho ver una hidronefrosis preexistente que en este caso tendría que ser de origen congénito.

Elder, Reczey, Moser, Arnould, han sido de los primeros en establecer la existencia de las hidronefrosis traumáticas. Tuffier, 1892, también la admite y menciona 10 casos y luego Legueu niega su posibilidad. En 1903, Delbet publica un trabajo donde analiza 33 observaciones y de éstas sólo 13 las considera realmente como hidronefrosis traumáticas.

En 1906, en el Congreso Francés de Urología, Duval y Gregoire niegan su existencia, pero en 1908, Lardennois admite perfectamente su existencia y en 1909 Legueu reconoce esta vez a propósito de un caso de Ferron, su existencia e inspira con este motivo la tesis de Deverre.

En 1921, Papin reconoce también su existencia y en su libro sobre hidronefrosis le dedica un capítulo. La cuestión pendiente todavía es si puede sobrevenir tan precozmente la atrofia del riñón, lo que hace todavía negar a Marion su existencia. En nuestro caso, en cambio, no existe mayor atrofia del riñón, toda la dilatación hidronefrótica se ha hecho a expensas de la pelvis que tenía una capacidad de 700 grs. y se puede ver en la pieza la estrechez ureteral casi en la implantación de la pelvis, que es la causa por nosotros

atribuída de la hidronefrosis, y creemos que debido a la nefrostomía no se ha llegado a producir una atrofia total del riñón, siendo el drenaje como una válvula de escape contra la distensión pélvica.

Muchas son hoy día las observaciones publicadas, un total de 53 casos hasta 1930, pero siempre queda la duda si la hidronefrosis existía anteriormente al traumatismo.

Respecto a la patogenia, muchas son las causas a las que se atribuyen la hidronefrosis.

1º — Se ha dicho que el uréter puede estar obliterado por un



coágulo. Esto ha sido admitido por Delbet y negado por Monod, pues si esto realmente sucediera, una obliteración brusca produciría un dolor agudo de distensión, síntoma que no se encuentra entre los antecedentes de los casos publicados.

Se mencionan las observaciones de Kröner, Straub y Brossmann que parecen probar esta etiología, pero los argumentos que uno ve en estas publicaciones no son muy convincentes.

2º — Sección del uréter en su implantación en la pelvis. Seccionándose el uréter totalmente el cabo superior podría obliterarse totalmente. Delbet parece haber conseguido obtener por la experi-

mentación estos resultados, sin embargo, la única observación que demuestra esta etiología es la de Hildebrandt, donde la hidronefrosis se había desarrollado en tres meses y medio.

3° — Estrechez del uréter como consecuencia del traumatismo.

El traumatismo puede provocar una ruptura intersticial de la musculosa con hematoma, o desgarradura de la mucosa que llevan a la formación de una cicatriz y estrechez consecutiva. Esta es quizás la causa más aceptada hoy día y la que más se menciona en las observaciones publicadas.

4° — Compresión del uréter por una cicatriz periureteral.

El hematoma perirenal puede englobar el uréter y al organizarse formar una vaina esclerosa que engloba al uréter comprimiéndolo.

5° — Ectopía renal.

Que un traumatismo renal pueda llegar a producir una dislocación del riñón, es muy discutido, en este caso la caída del riñón produciría una acodadura del uréter y luego la hidronefrosis.

6° — Esclerosis peripiélica de origen traumático.

En este caso tienen que haberse producido rupturas de la pelvis renal y cicatrices viciosas que engloban el uréter. Existen algunas publicaciones cuyas causas se atribuyen a esta patogenia.

7° — Atonía pielo-renal.

Legueu piensa, basado en algunas observaciones de la guerra, que el traumatismo puede producir trastornos en la inervación de la pelvis renal y como consecuencia de esto una atonía y dilatación de la pelvis, pues ha observado en algunos casos operados, que no existían ninguna de las causas antes mencionadas a las cuales se pudiera atribuir la formación de la hidronefrosis. Las experiencias de Razzaboni aportan un apoyo experimental a esta teoría de Legueu, y prueban también que una hidronefrosis puede producirse en un lapso de tiempo muy corto, hasta de un mes a tres o cuatro meses, como sería la de nuestro enfermo.

HISTORIA CLÍNICA

V. V. 15 años. No presenta ningún antecedente de su aparato urinario, nunca ha sentido ningún dolor ni nada que hubiera hecho sospechar una afección renal de origen congénito.

El 12 de julio se cae de un caballo golpeándose contra el cordón de la vereda en la región renal izquierda, sintiendo un dolor no muy intenso, pero fué a su trabajo, notando al orinar sus orinas rojas, por la noche empieza a

sentir malestar general y muy débil, por lo que es llevado al hospital Salaberry, internándolo, con bolsa de hielo en la región renal y reposo absoluto. A los 15 días se inicia una elevación de temperatura que en los primeros días no pasó de $37\frac{1}{2}^{\circ}$.

A la palpación se sentía una defensa muscular y dolor en toda la región renal izquierda, pero el pulso se mantenía bien y nada indicaba una hemorragia interna. El 5 de agosto se inician escalofríos y la temperatura sube a 39 y 40 y en ese estado continúa hasta el 12. Sus orinas siguen rojizas y con pus al examen. En estas condiciones en el Servicio de Cirujía donde se encontraba internado se resuelve operarlo. La palpación de la región renal era dolorosa y se tocaba un tumor poco movable. Se le practica una lumbotomía bajo anestesia general. Se llega al riñón que se encuentra aumentado de volumen y se practica una nefrostomía, saliendo abundante cantidad de pus sanguinolento, se deja un drenaje hasta la pelvis renal. La temperatura bajó, drenando toda la orina de ese riñón por la sonda de drenaje. El 5 de septiembre es dado de alta con su nefrostomía. En su casa se repone, aumenta de peso y no tiene temperatura hasta que en el mes de octubre se tapa la sonda y se inicia la temperatura, se le cambia el tubo y mejora, pero como estos episodios se repitieran, lo llevan a mi Servicio donde yo propongo una nefrectomía secundaria.

Mientras la familia se decide hace un nuevo episodio febril, llegando esta vez la fiebre a 41 y es internado en mi Servicio, donde se le cambia el tubo, se lava el riñón y se consigue hacer bajar la temperatura. Se le practica una prueba con indigo-carmin, eliminando por la vejiga a los 4' y muy retardada por la herida del riñón izquierdo. La fenolftaleína da 40 % del riñón derecho.

Urea en suero 0,20 %. concentración de urea en orina del riñón derecho 17,65 %. Cloruros 7 g. %.

No se le hizo un uroselectan porque no disponíamos de rayos en el hospital y había que trasladar al enfermo en camilla. Se resuelve la intervención el 9 de noviembre.

Operador: Dr. Castaño. Ayudantes Dres. Surra y Muñoz. Anestesia general con éter.

Se comienza por reseca la fístula renal, introduciendo en ella una sonda acanalada. A los pocos centímetros de la superficie aparece el riñón e introduciéndose por debajo de la cápsula con mucho cuidado se consigue desprender todo el riñón. Se llega al pedículo y se ligan por separado los vasos. Una vez con el riñón en la mano se continúa desprendiendo la pelvis renal y recién se consigue ver su enorme tamaño que llega hasta el basinete, y una vez desprendida se ve el uréter en el extremo inferior del saco hidronefrótico y en su implantación una estrechez. El uréter se encuentra disminuído de tamaño, casi del tamaño de un cordón deferente, se liga y se saca todo el tumor que ustedes pueden ver, y que inyectado luego, se pudo apreciar su enorme volumen, 800 grs. de capacidad.

Se reconstruye la herida por planos, drenaje. Piel con crín.

El post-operatorio fué normal. Se levantó a los 20 días y es dado de alta curado al mes.

Lo he vuelto a ver hace pocos días en perfectas condiciones.

Hosp. Gral. Sala "San Guillermo"; Guayaquil, Ecuador
Serv. de las vías Génito-Urinarias y enferm. venéreas,
Jefe del Serv. Dr. LUIS GUILLERMO MOLINA

Por los Doctores

LUIS G. MOLINA y
C. AYALA CABANILLA

UN CASO DE TRASTORNOS PSIQUICOS POR INFECCION VESICAL

RELATO QUIRÚRGICO

EN el año próximo pasado (1934), por el mes de junio, fuí llamado por la familia Morla para examinar a uno de sus familiares, quien se hallaba recluso en el Manicomio "Lorenzo Ponce" de esta ciudad, quien además de haber acusado un trastorno en sus facultades mentales, se encontraba cistotomizado, es decir, tenía una sonda en la vejiga, en la región suprapúbica, intervención que fué practicada en el año 1930.

Conocedor del caso en referencia, porque en el año 1930 dicho señor ingresó a la Clínica "Parker", quejándose de no poder orinar, y nos contó que desde el año 1928 venía sufriendo de retención de orina, motivo que le obligó a ingresar a la clínica. En este establecimiento tengo el cargo de cirujano ayudante, y tuve la oportunidad de acompañar al jefe del servicio, Dr. H. B. Parker, quien después de minuciosos exámenes, diagnosticó el caso: "Adenoma de la próstata y litiasis vesical". Esto en cuanto a su aparato génito-urinario, pues, sus demás órganos se encontraban en perfectas condiciones, en relación a su edad.

Después de un pre-operatorio de algunos días, nuestro paciente fué sometido bajo la anestesia local (novocaína), a la cistotomía (talla vesical), extrayéndosele de la vejiga tres cálculos de diferentes tamaños, y confirmando el diagnóstico de prostático.

El post-operatorio de nuestro enfermo fué de lo más normal, permaneciendo en dicha clínica por el tiempo de tres meses, saliendo

luego en condiciones de poder practicar la segunda operación, "prostatectomía", pero sus familiares se opusieron a esta delicada operación, pretextando su edad (70 años) y el estado delicado de su salud.

Mas, como nuestro enfermo descuidara mantener su vejiga en perfectas condiciones de asepsia, al través de los años 1931-1932, vióse obligado a ocupar la mayoría de las clínicas de esta ciudad y de los cirujanos que practican las vías génito-urinarias, quienes, en vista de su estado local y general de sus vías urinarias, diagnostican el caso como perdido: "Cáncer de la próstata". Además, sus facultades mentales se encontraban alteradas (insano). En estas condiciones fué recluído en el manicomio de esta ciudad, bajo la atención de los Dres. Saona y Ayala Cabanilla, permaneciendo ahí nueve meses, hasta la fecha en que fuí llamado.

Bien, como dije, el mes de junio del año próximo pasado, fuí llamado para examinar a dicho enfermo y me dí con la sorpresa de encontrar en el expresado señor una persona en buen estado de salud, como también de sus facultades mentales. Después de una amena charla, sometí a nuestro paciente a un minucioso examen de sus órganos génito-urinarios, concluyendo que se encontraba en perfectas condiciones para soportar la ablación de la próstata, "prostatectomía".

Al meditar, mejor dicho, al reflexionar sobre todo lo relacionado con su larga y complicada enfermedad, me viene a la mente la idea de que la enfermedad en cuestión ha sido sólo motivada por una infección de origen focal: "Infección vesical".

Es entonces cuando comienzo su preparación, de acuerdo con mi colega el Dr. Ayala Cabanilla, indicando el tratamiento médico-quirúrgico, como también una alimentación apropiada al caso.

En los primeros días del mes de agosto hago trasladar a nuestro enfermo al Hospital General, sala "San Guillermo", que está a mi cargo, ocupando una cama del pensionado.

SEMANA PRE-OPERATORIA

Sulfato de soda, 45 gramos. Grandes lavados vesicales. Tromboplastina. Suero glucosado. Aceite alcanforado y tintura digital.

Alimentación: Caldo de legumbres: legumbres cocidas y ensalada de frutas.

Ordeno los siguientes exámenes de laboratorio:

Sangre:

Azotemia	0.25
Glicemia	0.90
Cloremia	5.00

Índice de coagulación: 3 minutos.

Orina: No hay glucosa; no hay albúmina; urea normal.

Permeabilidad renal a la sulfo-fenol-ftaleína: Eliminación inicial: Primera gota a los 5 minutos. Eliminación a la hora: 100 gramos. Eliminación global: 60 % P. S. P.

Presión arterial (Baumanómetro):

Máxima	125
Mínima	80
Pulso	76

A mi distinguido amigo, ex-interno del Servicio, Sr. Gonzalo Freite, recomendé que le haga un detenido examen de su estado general, dando por resultado que sus órganos se encontraban en perfectas condiciones para soportar dicha intervención. El 18 de agosto, bajo la anestesia raquídea a la novocaína, ayudado por mi profesor, el Dr. H. B. Parker, hice la ablación de la próstata (adenoma), cuyo peso fué de 68 gramos, sin tener que lamentar ningún accidente operatorio.

El post-operatorio de mi enfermo fué de lo más normal, pues mantuve el índice de coagulación hasta el tercero y cuarto día, que retiré el tapón, como también mantuve a mi enfermo bajo las inyecciones de suero glucosado y aceite alcanforado. Su intestino fué refrigerado diariamente y su alimentación fué estrictamente vigilada. Al cuarto día ordené al laboratorio los siguientes exámenes:

Sangre:

Azotemia	0.35
Glicemia	1.10
Cloremia	5.45

Una onza de sulfato de soda y comienzo los grandes lavados vesicales, manteniendo todo esto en muy buenas condiciones durante los doce primeros días, reduciendo el tubo de la talla. Al entrar al 13° día, retiro la sonda de la vejiga para poner una sonda N° 24 por la uretra con el fin de dejar cerrar la herida supra-púbica.

Es entonces cuando mi enfermo viéndose mejorado comienza a abandonar la cama, dándonos la sorpresa a los 18 días, de haber desaparecido una noche del hospital para ir al teatro.

Como no quería permanecer en el hospital, desatendiendo así su curación, la herida de la vejiga se volvió a abrir y se infectó nuevamente la vejiga, trastornándose al mismo tiempo sus facultades mentales, teniendo que recluirlo nue-

vamente en el manicomio, donde permanece cuatro meses, siendo atendido su estado mental por el Dr. Ayala Cabanilla y sus vías urinarias bajo mi indicación, por el interno del Servicio, señor T. Vera, consiguiendo un resultado halagador; es así como nuevamente en los primeros días del mes de enero del presente año, reingresa a mi Servicio "San Guillermo" del Hospital General.

Ordeno al laboratorio.

Sangre:

Azotemia	0.20
Glicemia	1.
Cloremia	5.

Bajo la anestesia al éter del interno, Pedro Cervini, hago la resección de la fístula vesical y practico la cistorrafia, previo cateterismo con baniqué N° 44, para luego dejar en la vejiga una sonda de Nelaton N° 24.

En estas condiciones atiendo a mi enfermo durante 12 días, retirando la sonda uretro-vesical, para dejarla luego en los últimos días por las noches, hasta retirarla por completo, no descuidando la asepsia de la vejiga.

Así, nuestro enfermo mejora día a día, por cuanto sus micciones de 80 a 100 gramos, las hace cada 2 o 3 horas a voluntad y siendo su orina clara y limpia.

A las tres semanas de este post-operatorio, nuestro paciente es dado de alta, no tan sólo por encontrarse en perfecto estado su aparato génito-urinario, sino también por su perfecto estado mental.

Nota: En este momento en que escribo lo relacionado con su enfermedad, he hablado con nuestro distinguido paciente, y su estado general ha mejorado por cuanto ha aumentado su peso y su estado mental es completamente bueno.

HISTORIA CLÍNICA

Cuando practicaba en el manicomio "Lorenzo Ponce" en calidad de interno, fui llamado una tarde para verificar la recepción de un nuevo enfermo. Se trataba de un distinguido caballero, paciente de edad avanzada y de difícil examen inmediato a causa del estado de excitación en que se encontraba. Indicamos una terapéutica adecuada para calmar su exitabilidad y cuando esta calma se produjo con mucha dificultad, aun, procedimos a su interrogatorio y examen.

El interrogatorio pobre en datos, sobre antecedentes hereditarios y enfermedades anteriores, puesto que el paciente afirma haber gozado de buena salud, aserto, éste, que es corroborado por sus familiares. La enfermedad más grave que lo ha aquejado ha sido en la edad extrema de la vida, consistiendo en trastornos urinarios, frecuentes trastornos intestinales, cefalea, etc., etc. En la consulta de un especialista en vías urinarias, fué diagnosticado como afecto de una tumoración prostática y en tal virtud, se indica como norma terapéutica la intervención quirúrgica, la que aceptada por el paciente y familiares, se inicia con una cistotomía, paso previo para la extirpación prostática.

La segunda parte de la operación no llegó a efectuarse por determinados

motivos y el enfermo abandona la clínica con una sonda vesical a permanencia. Como es natural, entregado a sus propios cuidados, se infecta la vejiga y entonces comienza a pasar revista a todos los servicios hospitalarios de la ciudad, ya en clínicas privadas, ya en pensionados de hospital, donde su genio extremadamente acre y ciertos actos poco concordes con su estado de razón normal, alarman a sus cuidadores, los que procuran eludir a este enfermo. En efecto, el paciente en un establecimiento es atacado de manía destructora y causa serios destrozos, en otro establecimiento procede a aserrar las patas de las cujas y movilizar las instalaciones eléctricas. Por conceptuarlo peligroso y no ser recibido en ninguna clínica, lo han trasladado a este manicomio.

Al interrogatorio el enfermo nos apostrofa reclamando su libertad y amenazando poner el hecho — que lo juzga una enorme arbitrariedad — en conocimiento de las autoridades. Su agitación es extrema, su movilidad exagerada, la logorrea acentuada.

Existe una exaltación de la memoria; no podemos explorar la atención; la coordinación es defectuosa. El paciente se localiza en el espacio pero no en el tiempo. Se niega rotundamente a escribir.

El examen físico nos da los siguientes datos. Aparato respiratorio indica la presencia de una bronquitis crónica. Aparato circulatorio indica signos de arterioesclerosis. Aparato digestivo: ninguna novedad en los anexos del tubo digestivo. La lengua seca, cubierta de espesa capa saburral. Otros datos del mismo aparato: anorexia muy acentuada y episodios diarreicos. Exploración sistemática, y bien regulada del sistema nervioso no es posible por el momento.

Localmente constatamos la presencia de una sonda vesical, cuyo orificio de entrada parece estar perfectamente infectado, dejando resumir una secreción purulenta y ligeramente teñida de sangre y de poco grato olor. La evacuación de la orina no se hace totalmente por la sonda, vertiéndose al exterior por la propia herida vesical y produciendo gran mortificación en el excroto, la región perineal y piel de los muslos.

Nuestro enfermo marca una temperatura discreta y es con todos estos datos que no tenemos la menor dificultad de hacer el diagnóstico de infección focal "foco vesical", en este caso.

Nunca fué tarea fácil la curación del enfermo que en estado de excitación entorpeciera nuestras maniobras, pero con el tiempo, ganamos su voluntad y las curaciones siguieron una marcha regular. Procedíamos al lavado vesical con la solución de Hegenón alternando con soluciones boricadas; recubríamos de talco boratado la piel mortificada y para ayudar la derivación urinaria, colocábamos sonda uretral a permanencia. La mejoría local no se hizo esperar, la herida vesical cambió de aspecto y permitió la reimplantación de sonda vesical, tipo Pezert N° 22.

Nuestra atención fué grandemente atraída por el cambio fundamental que se efectuaba en el psiquismo del enfermo, y el síndrome-maniaco se fué desdibujando, dando paso primero a una gran quietud y luego a un estado depresivo sumamente acentuado. Cuando curábamos al paciente, sus ojos se llenaban de lágrimas, pedía que lo matemos; con su correa se azotaba, las ideas de humildad

son extremadas, la alimentación se efectúa con grandes esfuerzos. El estado de ansiedad llega al paroxismo. El médico jefe del servicio, Dr. Miseno Saona, usa derivativos intestinales y calmantes. Aconsejó el Laudano de Sydenham a dosis progresivas y el episodio depresivo va cediendo lentamente. A continuación un período intercalar de relativa lucidez y una nueva iniciación de fase agitada.

Parece que en el paciente se va a instalar un estado crónico. Conservamos la convicción de que la infección focal contribuye en mucho al estado psíquico, pero, paladinamente confieso que me pronuncié contra la intervención que practicara mi colega el Dr. Molina, porque las condiciones del paciente eran lo suficientemente precarias como para hacer preveer un desenlace funesto. El brillante resultado de la intervención, que siempre se efectuó en las condiciones narradas, por mi colaborador y colega, Dr. Luis Guillermo Molina, y que no las vamos a repetir, dió un rotundo mentís a mi presunción.

Efectuada la prostatectomía, el estado psíquico aproa a la normalidad, pero una infección vesical, debida a descuido del enfermo, hace reproducir la sintomatosis psíquica y de nuevo es internado en el manicomio. Alertas con la experiencia anterior, se efectúa una rápida desinfección vesical, se llega a practicar la "cistografía" y el paciente se encuentra actualmente en pleno goce de sus facultades mentales.

CONSIDERACIONES

El caso narrado es importante bajo múltiples aspectos, el diagnóstico psiquiátrico orientaba hacia un síndrome-maníaco depresivo y también se había anotado una forma de delirio hipocondríaco.

Podía pensar que todas estas manifestaciones fueran patrimonio de una autointoxicación latente, pero los exámenes de laboratorio, tanto los practicados en la sangre como en las orinas, eran terminantes al señalar cifras bajas de las sustancias metabólicas; además la evolución de estos estados se orientan siempre hacia el síndrome confusional y no en la forma del caso que teníamos entre manos.

Razones teníamos para orientar nuestro pensamiento en este sentido, puesto que las relaciones existentes entre ciertos trastornos psíquicos y enfermedades génito-urinarias del hombre, habían sido señaladas de antiguo por Berthélemy-Guísy, Colombani y Pecquier, así como también por muchos autores modernos, entre cuyas enfermedades están catalogadas las siguientes: deformaciones genitales, pérdidas seminales, varicoceles, hidroceles, blenorragia, enfermedades de la uretra y enfermedades de la próstata, las que provocarían sobre todo neurastenia, hipocondría, obsesiones y delirio hipocondríaco; y, en determinados casos la sintomatología típica de las psi-

cosis infecciosas: es decir, confusión mental, estupor y alucinaciones.

Nótese que en nuestro enfermo y de acuerdo con lo que llevamos dicho, los elementos conexos son los siguientes: el diagnóstico urológico da: adenoma de la próstata y sus etapas de delirio hipochondríaco; pero existe algo más y es la regularidad en la marcha de su infección vesical y sus alteraciones psíquicas. Este innegable paralelismo es el que inclina a pensar que estamos en presencia de una psicosis infecciosa, en que el foco vesical entretiene la permanencia de los episodios psíquicos. Si se quiere la prueba de este aserto, la tenemos en el post-operatorio de la prostatectomía, en que el estado psíquico marcó una casi total mejoría y donde una pasajera infección vesical reprodujo el cuadro con su primitiva nitidez. Comprobación tan absoluta rara vez es dable encontrar.
