

Servicio de Urología del Hospital
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Inst. de Anat. y Fisiol. Patol. "Telémaco
Susini" Dir. Prof. Dr. P. I. ELIZALDE

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
MARTIN ESPINEL BAVIO
y J. P. TORROBA

LA ERITROSEDIMENTACION EN UROLOGIA

FIELES al plan trazado en la sala de clínica urológica del hospital Salaberry el de reever capítulos de la urología (ya lo fueron las atípías renales, quistes serosos renales), así como el de poner al servicio de la especialidad, pruebas y métodos clínicos o quirúrgicos generales (ya lo fué el tiempo de coagulación y sangría), es que hoy venimos a traer a la consideración de Uds. los resultados obtenidos en 100 enfermos tomados al azar y en los cuales se realizó la llamada prueba de Velocidad de Eritrosedimentación (V. E. S.).

No tenemos la pretensión de hacer conocer aquí, todo lo escrito sobre eritrosedimentación (en urología sólo conocemos dos trabajos), pero sí recordar sus lineamientos generales, con el único objeto de que puedan ser mejor interpretados los resultados a que hemos llegado, evitándole al mismo tiempo al lector, tener que recurrir a los distintos trabajos que sobre el particular se han escrito. Es conveniente que comencemos por establecer la diferencia que hay entre Eritrosedimentación y Velocidad de eritrosedimentación. Eritrosedimentación significa el fenómeno de la sedimentación de los glóbulos rojos de la sangre, sin especificar ni velocidad ni cantidad del mismo. En cambio, velocidad de eritrosedimentación, es la cantidad de glóbulos rojos sedimentados en una unidad de tiempo, que según la técnica de Westergreen es de una hora. Si en una hora hay mayor cantidad de plasma, significa que en ese tiempo los glóbulos rojos han sedimentado más rápidamente. En definitiva, a mayor

velocidad de sedimentación globular habrá una columna (media en milímetros) menor de glóbulos rojos y mayor de plasma.

El estudio de la eritrosedimentación partió de la observación de que los glóbulos rojos sedimentaban más ligero en mujeres embarazadas que en las no embarazadas. Igual fenómeno se observó en las infecciones, así como en el reumatismo poliarticular agudo (fenómeno infeccioso de repercusión general).

Nosotros hemos utilizado la técnica de Westergreen, que pasaremos a describir rápidamente. Se utilizará una jeringa de 2 c.c. y una aguja esterilizadas, ambas a seco. Se introduce en el interior de la jeringa. 0.40 c.c. de una solución de Citrato de sodio, al 3,80% (isotónica). Se punza (así la jeringa cargada), una vena del pliegue del codo y se extraen 1.60 c.c. de sangre, es decir, hasta completar las dos c.c. El ectasis venoso no debe ser mayor de 2 minutos, pues la sobrecarga de CO₂ de la sangre venosa puede alterar la prueba, retardando la V. E. S. Después de haber retirado la aguja de la vena, se hace entrar un poco de aire en la jeringa, con el objeto de mezclar bien el contenido. Este se coloca en un tubo de centrifugación u otro parecido, y con la pipeta de Westergreen se aspira y se vuelve a depositar nuevamente el contenido de la aspiración en el mismo tubo, para asegurar una mezcla perfecta entre el citrato de sodio y la sangre. Se aspira nuevamente con la pipeta de Westergreen esta solución, hasta la marca 0 de la pipeta y se obtura bien el extremo superior con el pulpejo del dedo índice. Se coloca en esta forma la pipeta en el soporte de Westergreen, en forma tal que la punta esté bien hundida en la esponja del soporte y la aseguramos en perfecta posición vertical con el dispositivo que para ello tiene el soporte. Se deja transcurrir una hora y se lee la cantidad de milímetros que se ha formado de plasma por encima de la sedimentación globular. Si la división entre el plasma y glóbulos rojos no es nítida, se aconseja considerar como límite divisorio el extremo superior de la zona más roja (glóbulos), dejando a favor de la columna de plasma la zona de transición, es decir, aquella en la cual se visualizan algunas partículas globulares. Deben imputarse como causas de error las siguientes: a) mezcla defectuosa, por haber hecho la mezcla de sangre y citrato en la jeringa en proporción distinta a la indicada, a mayor dilución (más citrato) retardo de la V. E. S., la inversa

produce aceleración. b) coagulación de la sangre dentro de los tubos o de la pipeta. c) hemólisis intensa. d) mala posición de las pipetas en el soporte. e) cuando la mezcla está por arriba o por debajo del 0 de la pipeta. f) cuando la jeringa y la aguja contienen agua (no están secas). g) ectasis venoso mayor de 2 minutos. h) cuando queda aire en la pipeta.

Se considera normal en el hombre una V. E. S. de 4 a 7 mm., si es 8 a 11 mm. la V. E. S. está acelerada, de 12 a 15 mm. ligeramente acelerada; (medianamente acelerada hasta 30 mm.; más de 30 mm. intensamente acelerada y muy intensamente acelerada, más de 80 mm. El índice de Katz es la suma de la primera hora más la mitad de la segunda hora, dividido el todo por 2:

$$\frac{1 \text{a. hora} + \frac{1}{2} \text{ hora}}{2} = \text{índice de Katz.}$$

A los simples efectos de poder establecer comparaciones o de referirnos a otras publicaciones, nosotros apuntaremos como valores, los obtenidos en la primera hora, porque así figuran en la mayor parte de los trabajos sobre este tema. Creemos sin embargo que sería más conveniente, de una vez por todas, que la unidad de V. E. S. sea dada en el índice de Katz y es por eso que, en el trabajo presente, se hace conocer también este índice en cada observación para los fines pertinentes.

En posesión de estas consideraciones generales y antes de hacer conocer los resultados a que hemos llegado, es conveniente que recordemos el trabajo de Ruiz Moreno y transcribamos literalmente las conclusiones que ha obtenido, conclusiones que, a nuestro entender, conviene refrescarlas, por cuanto los datos obtenidos en las afecciones que atacan a los órganos del aparato uro-genital, son las mismas que pueden afectar a otros órganos y cuyo conocimiento consideramos indispensable. Veamos:

“La V. E. S., es solamente un dato más agregado a los que “suministra el examen clínico del enfermo, la radiología, el laboratorio, etc. Es un signo, no tiene especificidad, así como no lo “tiene el dato que puede aportarnos la fiebre, la medición de la ten- “sión arterial, etc., con quienes puede compararse. Es más sensible “que la temperatura y la leucositosis. Puede ser modificada por cau-

“sas fisiológicas, causas que es preciso descartar siempre, antes de
“pensar en un factor patológico. Un mismo proceso patológico puede
“no modificarlo o modificarlo en más o en menos, según las cir-
“cunstancias y el momento de evolución del proceso, de ahí que, una
“misma causa pueda dar cifras distintas a V. E. S. y que distintos
“procesos puedan dar cifras idénticas. Una aceleración intensa, es
“prueba segura de la existencia de una enfermedad orgánica. Una
“alteración de la V. E. S. puede ser también la expresión de un tra-
“tamiento físico o medicamentoso, que se ha efectuado o se está
“efectuando. Así por ejemplo, la auto-hemoterapia total determina
“un retardo, lo mismo que la diatermoterapia. En cambio, la pro-
“teínoterapia produce una aceleración. Los errores de técnica pueden
“significar retardo o aceleración. Cuando existen dos o más afeccio-
“nes simultáneas que modifiquen la V. E. S., sus efectos se suman
“o se anulan. Toda operación quirúrgica, acelera la V. E. S., posible-
“mente por reabsorción de tejidos destruidos. En los edemas, icte-
“rícia y caquexia se modifica la V. E. S.: la caquexia produce un
“retardo. Veamos ahora en particular.

“ *Infección:* La V. E. S. en los procesos infecciosos, se modi-
“fica de acuerdo al tipo de infección, actividad del proceso, así como
“por la intensidad y extensión del mismo. Se considera como el mejor
“signo o índice de la actividad de un proceso infeccioso y es consi-
“derado más sensible que la temperatura y la leucocitosis. La acele-
“ración de V. E. S. no siempre se produce desde las primeras horas
“de iniciado el cuadro sintomatológico de un proceso infeccioso. Es
“un elemento útil para seguir la evolución de éstos y hacer un pro-
“nóstico. Es un signo más y muy útil, para hacer un diagnóstico
“diferencial. Cuando durante la evolución de una infección que se
“traduce por escasa aceleración y ésta aumenta brusca e intensamente,
“hay que pensar que se ha producido una complicación. Así se ve
“que una aceleración de V. E. S. en la evolución de una úlcera de
“estómago, es índice de agravación o de perforación. Es un excelente
“elemento para conocer la eficacia de un tratamiento y decidir su
“término. La inflamación de la serosa produce una aceleración más
“intensa que la inflamación de la piel de las mucosas.

“ *Blastomas (neoplasias):* En los tumores malignos hay ace-
“leración. Esta es menor con respecto a los tumores de epitelio pavi-

“mentoso, frente a los tumores de epitelio cilíndrico, en que la aceleración es mayor. Para algunos autores, en todos los casos de tumor maligno hay aceleración y hasta un cierto paralelismo entre la gravedad del tumor y la cifra de la V. E. S. Más aún, la V. E. S. se acelera cuando mayor es la destrucción de los tejidos y la producción de las metástasis. Parece ser que, mientras el neoplasma no repercute sobre el estado general (tumor localizado, encapsulado), en general no se modifica la V. E. S. En materia de tumores, el dato que arroja la V. E. S. no permite de por sí sólo hacer un diagnóstico de existencia de la afección. Es un dato más a agregar a los ya conocidos al respecto. La V. E. S. no es índice de benignidad o de malignidad, pero una V. E. S. muy acelerada puede hacer sospechar la malignidad, siempre que no haya concomitantemente un proceso infeccioso u otro que explique esta aceleración. En los tumores ulcerados, la aceleración se explica por la reabsorción de los productos de necrosis, la desintegración celular o la infección agregada. Hay enfermos portadores de tumores con V. E. S. normal y hay aceleración de la misma en enfermos carentes de tumores. No está demostrado que la célula cancerosa, por su proliferación anormal o por su simple metabolismo produzca por sí sola aceleración de V. E. S. No permite ni siquiera sospechar la existencia de metástasis. De todo esto se deduce que en materia de tumores la aceleración de V. E. S. no es provocada por el tumor, sino por las destrucciones celulares y reabsorción de productos anormales”.

En posesión de todos estos elementos de juicio, veamos qué es lo que hemos hallado en las diferentes afecciones del aparato urogenital.

Para obtener resultados que nos permitieran establecer comparaciones, hemos considerado primero las afecciones (sean cuales fueren) en cada órgano, así por ejemplo tantas calculosis renales, tantas ureterales, etc., para ver después en cada uno de estos órganos, si la afección se presentaba como entidad pura o si estaba asociada a otras, es decir, si estaba o no complicada.

En una segunda parte hemos comparado la misma afección (tumores por ejemplo) simple o asociada, con la misma entidad afectando otros órganos del mismo aparato o del genital. Cuando por el número de observaciones y la diversidad de cifras, se hacía casi

imposible su estudio — como por ejemplo en el adenoma de la próstata — los hemos agrupados en series, de acuerdo a las cifras de V. E. S., entre límites de 10 mm.

En síntesis, podemos decir que hemos estudiado la V. E. S. en las afecciones que atacan al aparato urinario y genital, como entidad individual y luego en sus complicaciones. En esta forma veremos si la calculosis, las infecciones y los tumores por ejemplo, presentan cifras diferentes por el hecho de atacar al riñón, la vejiga u otro órgano, o presentan cifras iguales con independencia del órgano que ataca. En una palabra, si la calculosis renal por ejemplo, da o no una aceleración de la V. E. S. y si esa cifra es igual o diferente cuando el cálculo asienta en otro órgano del aparato urinario, como ser vejiga o uretra. Comencemos por la calculosis.

Calculosis. — Cuando la calculosis renal es aséptica, la V. E. S. puede considerarse normal, ya que nosotros encontramos observaciones con 5 mm. en la primera hora.

En calculosis ureteral, no tenemos ninguna observación de cálculo aséptico, de ahí que no podamos establecer comparaciones.

En calculosis vesical aséptica, tenemos una observación de 2 mm., que también es normal y en calculosis diverticular prostática aséptica, otra de 7 mm., igualmente normal.

Nadie pretende sacar conclusiones definitivas ante el número escaso de observaciones, pero nadie puede impedir tampoco que digamos que cuando la calculosis se hace presente en los órganos del aparato urinario y genital y permanece aséptica, la V. E. S. puede ser normal. Lo que no podemos asegurar — por razones elementales —, es hasta qué momento de la evolución de una calculosis urinaria aséptica, la cifra de V. E. S. permanece normal.

En cambio, cuando la calculosis es séptica y sea cual fuere el órgano sobre el cual asienta, la V. E. S. puede llegar a cifras fabulosas, como de 126 mm. en la primera hora. ¿Por qué este aumento? Si observamos la calculosis renal séptica, cuando estas cifras están elevadas, veremos que siempre acusa marcada infección urinaria, o infección de la loge después de la nefrectomía, u otra manifestación, en la cual siempre la infección está en juego. De aquí entonces que, cuando en la calculosis renal la cifra de V. E. S. es muy alta, es índice de complicación y entre éstas, siempre la infección.

En calculosis uretral pasa exactamente igual y el mejor ejemplo lo tenemos en una calculosis ureteral que nos arroja 70 mm., teniendo el enfermo dos días antes de la prueba, una angina roja. Cuando la calculosis renal se encuentra asociada a la ureteral, en cuyas circunstancias la predisposición a la infección es mayor, la aceleración es más marcada.

En la calculosis vesical pasa exactamente igual: habiendo infección agregada la cifra aumenta. Así tenemos una observación con orinas piúricas y 32 mm. de V. E. S.

Del estudio de los casos que se aportan, se observa que el aumento de la V. E. S., está subordinada a la intensidad del proceso infeccioso agregado. En lo que respecta al órgano sobre el cual asienta la infección, la cifra será mayor cuando el drenaje de la orina (para desembarazarse de la infección) es más difícil: en calculosis infectada del riñón la cifra es mayor que en la de vejiga.

En la calculosis genital (próstata) se cumplen los mismos principios. Mientras no esté infectada, la calculosis genital da cifras iguales a la urinaria aséptica, es decir, normal. Así tenemos calculosis prostática aséptica con 7 mm. de V. E. S., pero cuando se infecta y provoca lo que Heitz - Boyer llama "la cascada", puede llegar hasta 126 mm., como en el caso que presentamos.

En síntesis, la calculosis urinaria como la calculosis genital, de por sí, no aumenta la V. E. S.: es normal. Cuando se complica por una infección, esa cifra aumenta hasta los más grandes extremos. Las cifras de V. E. S. en la calculosis urinaria infectada es menor que en la genital (próstata) porque en el aparato urinario, el drenaje del pus por la orina es más fácil que el drenaje del pus del aparato genital. Por esta misma razón y como hemos visto anteriormente, las cifras son más bajas en las calculosis vesicales infectadas que en las calculosis renales de igual tipo y más bajas también en la renal que en la ureteral, porque el cálculo ureteral trastorna más la excreción urinaria.

Tuberculosis. — En materia de tuberculosis, tenemos solamente dos observaciones de tuberculosis sin lesión pulmonar en evolución. Una acusa 10 mm. y la otra 27 mm., ambas apiréticas, pero la de 10 mm. presenta mayor cantidad de pus en el sedimento urinario que la de 27 mm. Este aumento lo interpretamos, ya

debido a la mayor infección tuberculosa local (renal), ya a la asociación de elementos piógenos banales. No hay que olvidar por otra parte, que el drenaje se establece en la tuberculosis renal por las vías naturales. En una tuberculosis renal bilateral con independencia pulmonar, la cifra era de 55 mm., pero hay agregada a ella una tuberculosis prostática. Elevación que debe interpretarse igual que en el caso anterior, por una mayor cantidad de parénquima afectado o por la infección agregada.

En una tuberculosis renal con perinefritis marcada de tipo esclerolipomatoso, como expresión de defensa, obtuvimos 18 mm.

En materia de tuberculosis genital varía de 5 a 40 mm. La última en una tumoración prostática caliente, índice de proceso agregado.

En síntesis, en el escaso número de observaciones que tenemos: 7 en total, la tuberculosis urinaria acusa cifras más elevadas que la genital: de 10 a 55 mm. en la primera y de 5 a 40 mm. en la segunda, de donde se puede concluir que la tuberculosis genital está menos expuesta a las infecciones agregadas porque predominan las formas cerradas. Por otra parte, cuando las cifras se elevan, ello es la resultante del recalentamiento del proceso por infecciones agregadas. En cambio, en la tuberculosis urinaria, más al alcance de las infecciones agregadas por su tendencia a las formas abiertas, se explican las cifras más elevadas.

No debe olvidarse que con respecto a lo que pasa en otras localizaciones tuberculosas, en que siempre hay cifras de V. E.S. muy aceleradas, aquí, en la urinaria y genital, las lesiones son eminentemente localizadas y muchas veces tomadas en estado de naturaleza esclerosa, como la observación de 5 mm. de V. E.S. para la tuberculosis genital y de 10 para la urinaria.

Si nos atenemos al trabajo sobre "La prueba de la sedimentación globular en Urología" de *Bouchard - Potocki*, que es lo único que hemos encontrado en la materia que tratamos, ya que el trabajo de *Fumio Waterio* sobre "Rapidez de sedimentación de los hematíes en la tuberculosis reno-vesical" publicado en la "Revista Japonesa de Urología", es imposible encontrarlo en nuestro medio, en aquel trabajo, repetimos, afirma *Bouchard - Potocki* que toda V. E.S. que exceda de 100 minutos, excluye la posibilidad de que se trate de una

tuberculosis urinaria o genital. Agrega que esa cifra es expresión de naturaleza de la lesión y que no depende del órgano sobre el cual asienta, ya que si una epididimitis banal atacara a un enfermo portador de una tuberculosis pulmonar, por ejemplo, la cifra sería igual, dependiendo la aceleración del terreno tuberculoso. De acuerdo con ésto no podemos establecer comparaciones, ya que nosotros hablamos de milímetros en una hora y él de minutos en una cantidad determinada y aunque las comparaciones pudieran establecerse, nuestras conclusiones se encuentran en discrepancia con el autor mencionado.

Infecciones. — Presentamos las siguientes observaciones: En un quiste hidático supurado apirético de riñón encontramos 39 mm. de V.E.S. En una cistitis, también apirética, 13 mm. En una uretritis gonocócica, 15 mm. En verumontanitis de 13 mm. En una prostatitis apirética, 25 mm. En periuretritis supurada de 25 a 112 mm. De la lectura de estas cifras, así como del conocimiento del instante de la evolución de la afección en que se ha hecho la prueba de la V. E. S., deducimos que ésta está en relación directa con la intensidad local del proceso infeccioso y con su mayor o menor repercusión sobre el estado general.

Confirmando esto, tenemos de que la periuretritis flegmonosa de la historia N° 442, en la cual el enfermo, el día antes a la prueba tenía 38° de temperatura y era al mismo tiempo portador de una estrechez uretral, de una prostatitis y de una congestión pulmonar, acusaba una V. E. S. de 112 mm.

Aquí como en tuberculosis, influye para los resultados las condiciones de buen o mal drenaje de la lesión. Nada mejor al respecto que ver lo que acontece en la diverticulosis prostática con 30 mm. de V. E. S. el día de su internación, para descender a 20 mm. al día siguiente del drenaje de los divertículos por su abertura por electrocoagulación.

En general, las infecciones específicas (tuberculosis urinaria y genital), presentan una aceleración menos marcada que las inespecíficas, por cuanto estas últimas son de evolución más aguda que las otras. La prueba de que el órgano (aparato urinario o genital) no influye para acelerar o retardar las cifras de V. E. S. la tenemos si se observa que una miositis del cuadrado de los lomos con muy

mal estado general, nos da 120 mm. y un absceso de la margen del ano con 38,3° de temperatura, 55 mm.

Tumores. — En la próstata estudiaremos por separado las neoplasias benignas y las malignas. En las benignas o adenomas tenemos 24 observaciones, con resultados que varían desde lo normal hasta 120 mm. Como se verá por el cuadro que se adjunta, se han dividido en grupos con diferencia de 10 mm., uno de los otros. Del estudio de este cuadro observamos que hasta 10 mm. (4 observaciones) se trata de enfermos con orinas claras, apiréticas, sin procesos agregados. A medida que la V. E. S. aumenta, aumentan también las complicaciones, que siempre es la infección en cualquiera de sus formas, ya sea sobre el adenoma en sí, o repercutiendo sobre vejiga o riñón, o afecciones agregadas extraordinarias o extragenitales, pero que en definitiva no es nada más que infección.

En cuanto a las neoplasias malignas de próstata, tenemos una observación con 40 mm., en un enfermo apirético y donde no parece haber proceso infeccioso agregado.

En la neoplasias de vejiga figuran 5 observaciones. Una de ellas con 15 mm., sin infección. En los restantes casos la V. E. S. aumenta con la infección de vejiga, del tumor o de alguna afección infecciosa agregada.

En materia de neoplasias, sea cual fuere su localización, la V. E. S. se encuentra acelerada. Esta aceleración es menor para la neoplasia benigna y mayor para la maligna y esta aceleración aumenta a cifras elevadísimas cuando la neoplasia se infecta o hay una infección agregada, con o sin repercusión sobre el estado general.

En el varicócele encontramos de 3 a 5 mm., es decir, velocidad normal. En los hidróceles de 4 a 10 mm., pero en el de 10 mm. acusó hipertermia el día anterior.

Una hematuria, como única manifestación, nos dió 8 mm., que podemos considerar normal.

En un traumatismo con pelvis ósea, con marcada hematuria obtuvimos una V. E. S. de 24 mm. y cuando el enfermo presentaba hipertermos se elevaba a 40 mm.

En definitiva, cerramos este trabajo con los mismos términos con que lo iniciamos, es decir, no pretendemos dar conclusiones definitivas en esta materia, por cuanto el número de observaciones

es escaso. Del mismo se desprende una conclusión: que la V. E. S. debe ser tenida en cuenta en Clínica Urológica y abre un campo muy amplio a investigar, al cual ya nos hemos abocado, es decir, estudiar estas cifras en cada lesión en particular, a los efectos de conocer a fondo sus variaciones para poder asegurar, en un momento determinado el valor intrínseco de estas cifras y en cada caso en particular.

HISTORIAS CLINICAS

Hist. N° 19. — V. V., 73 años. Diag.: Litiasis vesical — Orinas piúricas. Apirético. Adenomectomizado en 1937. 30 c.c. de retención. Sonda permanente y lavajes repetidos vesicales con NOAg. al 1 % — V. E. S.: 1ª hora: 32 mm. Índice de Katz: 27.25 (20 - VII - 1939).

Hist. N° 59. — R. P., 45 años. Diag.: Litiasis renal; Rotación renal incompleta bilateral — Apirético. Orinas piúricas, igual en ambos vasos. No hay cistitis ni prostatitis — V. E. S.: 1ª hora: 22 mm. Índice de Katz: 21.50 (2 - XII - 1939).

Hist. N° 89. — M. R., 54 años. Diag.: Litiasis y diverticulosis prostática; prostatitis crónica hipertrofiante; dilatación uréteropielica bilateral infectadas. Apirético, con estado general sumamente desmejorado. Insomnio. Orinas piúricas. Padece su enfermedad desde hace 32 años. En 1936 fué cistostomizado. Drenaje de los divertículos prostáticos en dos oportunidades. Sin capacidad vesical — V. E. S.: 1ª hora: 126 mm. Índice de Katz: 97 (27 - VI - 1939).

Hist. N° 214. — A. M., 54 años. Diag.: Adenoma de próstata; estrechez uretral. Cistostomizado en Abril de 1939. Sonda hipogástrica. Orinas piúricas. Complicó con prostatitis. Irrigaciones rectales calientes — V. E. S.: 1ª hora: 31 mm. Índice de Katz: 28 (26 - VIII - 1939).

Hist. N° 218. — A. B., 60 años. Diag.: Litiasis prostática. Dolores reumatoideos. Orinas claras sin sedimento. Apirético — V. E. S.: 1ª hora: 7 mm. Índice de Katz: 7 (22 - VIII - 1939).

Hist. N° 270. — J. F., años. Diag.: Adenoma de próstata; divertículo vesical. Cistostomizado en Octubre de 1938 — V. E. S.: 1ª hora: 8 mm. Índice de Katz: 13.50 (22 - VI - 1939). Es dado de alta por hacer posteriormente una estafilococcia cutánea y presentar orinas turbias. A su reintegro se presentaba apirético, con orinas claras y algunos estafilos en la misma. — V. E. S.: 1ª hora: 65 mm. Índice de Katz: 55 (18 - IX - 1939).

Hist. N° 294. — G. V., Diag.: Pequeña hidronefrosis; dilatación ureteral; pielitis aguda; espermatocistitis — V. E. S.: 1ª hora: 90 mm. Índice de Katz: 71.50 (12 - VII - 1939). Posteriormente estado subfebril; cólico renal; diarrea — V. E. S.: 1ª hora: 60 mm. Índice de Katz: 55 (16 - X - 1939).

Hist. N° 350. — L. S., 62 años. Diag.: Adenoma de próstata. Cistostomizado. Orinas turbias. Capacidad vesical 130 c.c. Infección del adenoma. Apirético. Orinas alcalinas con coli y enterococos — V. E. S.: 1ª hora: 50 mm. Índice de Katz: 50 (24 - VII - 1939).

Hist. N° 356. — A. D., 37 años. Diag.: Litiasis renal y ureteral. Apirético. Escaso pus y estafilococo en el lado izquierdo. La V. E. S. fué hecha 56 días después de la intervención quirúrgica. Ese día había una fístula lumbar de 10 ctms., con secreción serosanguinolenta. Dos días antes angina roja febril — V. E. S.: 1ª hora: 70 mm. Índice de Katz: 57.50 (30 - VI - 1939).

Hist. N° 368. — A. L., 38 años. Diag.: Litiasis renal. Apirético. Pus con coli y enterococos en pelvis renal — V. E. S.: 1ª hora: 18 mm. Índice de Katz: 19. Nefrectomía. Apirético. Escasa secreción por herida — V. E. S.: 1ª hora: 60 mm. Índice de Katz: 52.50 (27 - XI - 1939).

Hist. N° 369. — V. C., 23 años. Diag.: Cistitis. Micciones cada media hora. Hematuria. Apirético. Instilaciones de NOAg. — V. E. S.: 1ª hora: 13 mm. Índice de Katz: 14 (16 - XII - 1939).

Hist. N° 375. — J. P., 27 años. Diag.: Litiasis ureteral. Orinas claras con sedimento mucoso. Algunos leucocitos y estafilococos en riñón derecho. Epididimitis desde 17 de Junio hasta el 6 de Julio. En el día anterior 37,2° — V. E. S.: 1ª hora: 20 mm. Índice de Katz: 19,25 (15 - VII - 1939).

Hist. N° 376. — F. de P., 41 años. Diag.: Litiasis ureteral. Cuando ingresó orinas cristalinas, sin pus ni gérmenes. Ureterotomía el 13 de Junio de 1939. Se coloca sonda ureteral permanente, pues las orinas de riñón intervenido dan pus. Herida operatoria supurada. Apirética — V. E. S.: 1ª hora: 35 mm. Índice de Katz: 35,50 (1º - VII - 1939).

Hist. N° 380. — G. F., 47 años. Diag.: Neoplasia de vejiga. Orinas turbias, hematóricas. Epididimitis desde el 17 de Junio — V. E. S.: 1ª hora: 80 mm. Índice de Katz: 70. Cistostomía y electrocoagulación el 1º de junio de 1939. Persiste la epididimitis. 38° de temperatura — V. E. S.: 1ª hora: 80 mm. Índice de Katz: 65 (12 - VII - 1939).

Hist. N° 388. — J. R., 22 años. Diag.: Fístula uretropróstato-rectal. Nada más de particular — V. E. S.: 1ª hora: 10 mm. Índice de Katz: 10 (30 - VI - 1939).

Hist. N° 381. — J. A. R., 73 años. Diag.: Adenoma de próstata. Orinas turbias con estafilococos. No hay cistitis. Sonda permanente. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 60 mm. Índice de Katz: 53 (6 - VI - 1939).

Hist. N° 382. — E. C., 45 años. Diag.: Periuretritis supurada; fístula uretrocutánea. El 5 de Junio incisión y drenaje de su periuretritis. Dilatación uretral. El 1º de Julio drenaje de un nuevo absceso periuretral. El 8 de Julio

cistostomía — V. E. S.: 1ª hora: 105 mm. Índice de Katz: 78,75 (15 - VII - 1939). Nueva toma para V. E. S. el 1º de Agosto de 1939 cuando las heridas perineales estaban muy mejoradas. Ligera hipertermia y pus por fistula uretrocutánea — V. E. S.: 1ª hora: 35 mm. Índice de Katz: 30.

Hist. N° 385. — D. F., 43 años. Diag.: Miositis del cuadrado de los lomos, con estado subfebril — V. E. S.: 1ª hora: 120 mm. Índice de Katz: 95 (16 - VI - 1939). Fué lumbotomizado el 17 de Junio de 1939 y una V. E. S. efectuada el día 27 de Junio de 1939 dió en la 1ª hora 102 mm. y un índice de Katz de 82. Hasta el día 25 de Junio hubo supuración franca y luego disminuyó. Apirético y una nueva prueba de V. E. S. el día 27 de Junio dió en la 1ª hora 15 mm. y un índice de Katz de 16,25.

Hist. N° 393. — R. F., 57 años. Diag.: Neoplasia de vejiga. Polaquiuria diurna y nocturna. Apirético. Con sonda permanente e irrigaciones rectales calientes — V. E. S. 1ª hora: 26 mm. Índice de Katz: 28.

Hist. N° 394. — S. C. S., 32 años. Diag.: Traumatismo de pelvis ósea; hematuria — V. E. S.: 1ª hora: 24 mm. Índice de Katz: 27 (6 - VII - 1939). Cistostomizado el día 17 de Julio de 1939 y drenaje de una periuretritis supurada el 20 de Julio de 1939, presentaba una V. E. S. en la 1ª hora de 40 mm. y un índice de Katz de 36,25 el 1º de Agosto de 1939.

Hist. N° 395. — J. L., 17 años. Diag.: Tuberculosis renal bilateral y prostática. Orinas piúricas con escaso sedimento (pus y Koch) 37,5° temperatura — V. E. S.: 1ª hora: 55 mm. Índice de Katz: 47,5 (6 - VII - 1939).

Hist. N° 399. — R. L., 59 años. Diag.: Adenoma de próstata — 40 c.c. de retención. Apirético sin cistitis. Orinas alcalinas (estafilo y coli). Irrigaciones rectales calientes por una prostatitis — V. E. S.: 1ª hora: 20 mm. Índice de Katz: 17,5 (17 - VII - 1939). Cistostomizado la herida supura, orinas piúricas, apirético, pero los días anteriores con fiebre — V. E. S.: 1ª hora: 45 mm. Índice de Katz: 40 (1º - VIII - 1939). El día 12 de Agosto prostatoctomía por absceso. Funiculitis y epididimitis. Apirético — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz: 20 (8 - XI - 1939). Posteriormente mejora su proceso prostático agudo, orinas claras. Apirético — V. E. S.: 1ª hora: 20 mm. Índice de Katz: 17,5 (13 - XI - 1939).

Hist. N° 400. — L. C., 38 años. Diag.: Tuberculosis renal con perinefritis. Anat. Patológ.: Lipomatosis renal tuberculosa. Presenta una fistula lumbar resto de una intervención quirúrgica a los 2 años de edad. En tres oportunidades fué reintervenido, pero la fistula se reabría. En sedimento de orina sólo estafilococo. Apirético — V. E. S.: 1ª hora: 18 mm. Índice de Katz: 19,5 (27 - VII - 1939).

Hist. N° 401. — J. M. B., 30 años. Diag.: Hidrócele. Presenta una bronquitis. Apirético — V. E. S.: 1ª hora: 4 mm. Índice de Katz: 4,25 (15 -

VII - 1939). Operado el día 7 - X - 1939. Buenas condiciones locales y generales — V. E. S.: 1ª hora: 22 mm. Índice de Katz: 22 (13 - X - 1939).

Hist. N° 403. — P. P., 27 años. Diag.: Litiasis renal. Apirético. Pus y coli en riñón calculoso — V. E. S.: 1ª hora: 5 mm. Índice de Katz: 7 (22 - VII - 1939).

Hist. N° 406. — T. V., 24 años. Diag.: Tuberculosis renal. Piuria. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 10 mm. Índice de Katz: 11.5 (15 - VII - 1939). Nefrectomizado el día 1º de Agosto de 1939. Gran hemorragia. Ha estado con drenaje hasta el 18 de Septiembre, con escasa secreción — V. E. S.: 1ª hora: 15 mm. Índice de Katz: 13.75 (22 - IX - 1939).

Hist. N° 409. — F. P., 45 años. Diag.: Tumor vesical benigno (pólipo). El día anterior a la prueba cistoscopia que provoca uretrorragia, hematuria, 38° de temperatura — V. E. S.: 1ª hora: 15.5 (21 - VII - 1939).

Hist. N° 410. — A. A., 36 años. Diag.: Estrechez uretral. Apirético. Sonda uretral permanente — V. E. S.: 1ª hora: 15 mm. Índice de Katz: 16.5 (27 - VII - 1939).

Hist. N° 413. — M. G., 59 años. Diag.: Periuretritis esclerosa. Apirético. Orinas claras sin sedimento. Sonda uretral a permanencia — V. E. S.: 1ª hora: 25 mm. Índice de Katz: 22.5 (10 - VIII - 1939).

Hist. N° 412. — D. D., 47 años. Diag.: Verumontanitis — V. E. S.: 1ª hora: 3 mm. Índice de Katz: 5.25 (7 - X - 1939). Posteriormente hematuria. Cólico hepático e hipertermia — V. E. S.: 1ª hora: 20 mm. Índice de Katz: 20 (19 - X - 1939).

Hist. N° 415. — J. L., 64 años. Diag.: Adenoma de próstata. Cistostomizado. Apirético. Orinas piúricas. Infección del adenoma. — V. E. S.: 1ª hora: 70 mm. Índice de Katz: 57.5 (13 - XI - 1939).

Hist. N° 416. — J. M., 28 años. Diag.: Ureteritis a gonococo. Nada de particular en el resto — V. E. S.: 1ª hora: 15 mm. Índice de Katz: 17.5 (11 - VIII - 1939).

Hist. N° 419. — H. M., 50 años. Diag.: Cáncer de próstata. Polaquiuria diurna y nocturna. Micciones gota a gota. Apirético. Sonda permanente. — V. E. S.: 1ª hora: 40 mm. Índice de Katz: 38.75 (20 - VIII - 1939).

Hist. N° 420. — M. T., 45 años. Diag.: Litiasis ureteral bilateral. Apirético. Orinas claras. En sedimento glóbulos de pus y estafilococos. — V. E. S.: 1ª hora: 45 mm. Índice de Katz: 42.50 (26 - VIII - 1939).

Hist. N° 421. — J. L. A., 59 años. Diag.: Adenoma de próstata. Hace 4 meses uretritis. Desde hace tres meses prostatitis. Cistitis hasta hace 20 días. Orinas turbias. Regular cantidad de pus (abundantes estafilos). Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 25 mm. Índice de Katz: 22.50 (5 - IX - 1939).

Hist. N° 423. — R. R., 24 años. Diag.: Absceso margen de ano. Presenta orinas turbias. Retención de orina vesical (dos caterismos diarios). Ayer 38,5° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 55 mm. Índice de Katz: 48,75 (26-VIII-1939).

Hist. N° 424. — G. B., 26 años. Diag.: Litiasis ureteral. Discreta hematuria. Orina de cateterismo renal pus achocolatado (Coli y estafilo). Sonda ureteral permanente. — V. E. S.: 1ª hora: 70 mm. Índice de Katz: 60 (5-IX-1939).

Hist. N° 425. — J. B., 73 años. Diag.: Tumor de vejiga. Micciones cada hora. Orinas turbias con escaso sedimento, leucocitos abundantes, numerosos estafilos. Ayer 37,4° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 40 mm. Índice de Katz: 47,5 (5-IX-1939).

Hist. N° 426. — F. L., 34 años. Diag.: Quiste hidático renal supurado. Nefrectomizado el 28-IX-1939. Secreción purulenta por herida operatoria. Orinas claras. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz: 27,5 (7-X-1939).

Hist. N° 430. — S. B., 64 años. Diag.: Adenoma de próstata y litiasis vesical. Orinas ligeramente diúricas. Cistitis. Retención crónica incompleta (20 c.c.). Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 10 mm. Índice de Katz: 11,25 (15-X-1939).

Hist. N° 431. — B. C., 59 años. Diag.: Adenoma próstata. Ingresa con orinas intensamente hematóricas, ausencia de gérmenes. Cistostomizado el 14-IX-1939. Sigue con hematurias. El 10-X-1939 próstata dolorosa. Apirético el día de la prueba, pero el día anterior 38,5° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 57 mm. Índice de aKtz: 47,25 (11-X-1939). Desde el 13-X-1939 hasta el 20-X-1939 hematuria discreta. Desde el 9-XI-1939 orinas piúricas, en sedimento algunos estafilos. 60 c.c. de capacidad vesical. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 40 mm. Índice de Katz: 35 (15-XI-1939).

Hist. N° 432. — M. B., 46 años. Diag.: Litiasis y diverticulitis prostática. Orinas turbias piúricas. Sedimento con abundante pus, escasos coli y estrepto bacilos. Hay un interrogante en lo que se refiere al tipo de lesión renal derecha porque el enfermo se niega a ser examinado. El día de ayer 39° de temperatura que desaparece con un purgante de aceite de ricino. — V. E. S.: 1ª hora: 98 mm. Índice de Katz: 76 (16-IX-1939).

Hist. N° 434. — L. M. G., 20 años. Diag.: Hematuria renal bilateral. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 8 mm. Índice de Katz: 14,25 (30-IX-1939).

Hist. N° 436. — J. M. S. Diag.: Disectasia de cuello vesical y verumontanitis. Micciones cada 10'. Orinas turbias piúricas. Sedimento escaso pus y estáfilos. Retención vesical 100 c.c. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz 25 (20-IX-1939).

Hist. N° 438. — A. K. Diag.: Hidronefrosis. Orinas ligeramente turbias, regular cantidad de sedimento, abundantes estafilococos. Apirético — V. E. S.: 5 mm. Índice de Katz: 5 (28 - IX - 1939).

Hist. N° 439. — E. C., 14 años. Diag.: Epididimitis tuberculosa. Tumora-
ción epididimaria fluctuante, remitente y con calor local. 38,5° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 40 mm. Índice de Katz 35 (30-IX-1939).

Hist. N° 440. — E. R. M. Diag.: Estrechez uretral. Es imposible catete-
rizar aún con bujía filiforme. — V. E. S.: 1ª hora: 70 mm. Índice de Katz: 60 (7-X-1939). Cistostomizado el 10-X-1939. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 100 mm. Índice de Katz: 80 (16 - X - 1939).

Hist. N° 441. — J. P., 74 años. Diag.: Adenoma de próstata y divertículo vesical, orinas claras. Sin cistitis ni prostatitis. Retención crónica incompleta sin distensión. Apirético. Sonda permanente. — V. E. S.: 1ª hora: 8 mm. Índice de Katz 11 (2-X-1939).

Hist. N° 442. — A. B., 57 años. Diag.: Periuretritis flecmonosa; estrechez uretral; prostatitis. Retención aguda de orina. Congestión pulmonar. Cistostomizado e incisión perineal el 22-IX-1939. Esfacelo de la herida operatoria el 2-X-1939. Drenaje isquiorectal con tubo. El día anterior a la prueba 38° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 112 mm. Índice de Katz 91 (13-X-1939).

Hist. N° 444. — J. A., 22 años. Diag.: Varicocele. Apirético. Sin ningún síntoma urinario. — V. E. S.: 1ª hora: 3 mm. Índice de Katz: 3.5 (5-IX-39). Operado de su varicocele el día 7-IX-1939. Escaso líquido seroso entre dos puntos de la sutura de piel. — V. E. S.: 1ª hora: 10 mm. Índice de Katz: 13.75 (13-IX-1939).

Hist. N° 446. — J. N. V. R., 48 años. Diag.: Diverticulitis prostática. Micción cada 15'. Regular cantidad de pus en sedimento de orina con escasos estafilos y coli. — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz: 32.5 (19-X-1939). Electrocoagulación endoscópica de los divertículos el 17-XI-1939. — V. E. S.: 1ª hora: 20 mm. Índice de Katz: 21.75 (27-XI-1939).

Hist. N° 447. — J. G., 42 años. Diag.: Verumontanitis. Orinas turbias, abundante pus, estafilococos, Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz: 25 (24-X-1939).

Hist. N° 449. — M. M., 44 años. Diag.: Epididimitis tuberculosa. Presenta una fístula a raíz de una punción, con pus claro y fluido. Otra fístula espontánea. El 26-X-1939 ligadura de ambos deferentes. Hematoma de bolsa izquierda. Apirético. — V. E. S., 1ª hora: 25 mm. Índice de Katz: 23,75 (6 - XI - 1939).

Hist. N° 450. — B. F., 68 años. Diag.: Adenoma de próstata; epididimitis crónica. Orinas claras. Sin retención. No hay cistitis. El día 24-X-1939 deferentectomía bilateral. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 60 mm. Índice de Katz: 62,5 (26-X-1939).

Hist. N° 451. — P. H., 56 años. Diag.: Hidrocele. Operado el día 24-X-1939. Buen estado general y local. Hasta ayer 37,2° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 10 mm. Índice de Katz: 10 (28-X-1939).

Hist. N° 452. — A. B., 21 años. Diag.: Varicocele. El día 23-IX-1939 presentó una angina roja. Resto normal. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 5 mm. Índice de Katz: 5 (26-IX-1939).

Hist. N° 453. — H. P., 24 años. Diag.: Prostatitis supurada; estrechez uretral. Micciones cada 45'. Orinas turbias, depósito purulento. Irrigaciones rectales calientes. Vacuna antiptiógena. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 25 mm. Índice de Katz: 22,5 (27-X-1939). Sigue con próstata grande dolorosa y la prueba de V. E. S. da nuevamente en 1ª hora: 20 mm. y un índice de Katz: 20 (6-IX-1939).

Hist. N° 455. — L. H., 29 años. Diag.: Tuberculosis renal. Orinas ligeramente turbias (abundante pus, regular cantidad Koch). Lesiones tuberculosas en vejiga. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 27 mm. Índice de Katz: 24 (6-X-1939).

Hist. N° 460. — A. M., 66 años. Diag.: Adenoma de próstata. Orinas con pus y estafilo. Micción imperiosa. Tratamiento con perandren (8 ampollas de 0,025 grs.). Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 5 mm. Índice de Katz: 5 (17-XI-1939).

Hist. N° 464. — R. B., 59 años. Diag.: Adenoma de próstata. Orinas cristalinas, sin sedimento. Sonda permanente. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 15 mm. Índice de Katz: 12 (14-XI-1939).

Hist. N° 483. — J. B., 78 años. Diag.: Adenoma de próstata. Cistotomizado en julio 1939. Cistitis. Orinas piúricas con diplo y estafilococos. Irrigaciones rectales calientes por prostatitis. Efectuada la adenomectomía se comprobó por anatomía patológica un adenoma simple con focos de supuración. — V. E. S.: 1ª hora: 30 mm. Índice de Katz: 27,5 (27 - XII - 1939).

Hist. N° 491. — A. V., 21 años. Diag.: Epididimitis, prostatitis y deferentitis tuberculosa. Orinas claras con Koch en sedimento. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 5 mm. Índice de Katz: 6 (10-I-1940).

Hist. N° 492. — G. C., 61 años. Diag.: Adenoma de próstata. Orinas turbias, purulentas (estafilo, diplos y coli). Retención crónica incompleta sin distensión. Sin prostatitis. Mal estado de conservación de piezas dentarias. Desde hace 8 días epididimitis subaguda provocada por la sonda permanente, que persistía el día de la prueba. Ayer 37,6° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 100 mm. Índice de Katz: 82,5 (12 - I - 1940). Efectuada la adenomectomía posteriormente se comprueba un adenofibromioma con focos de infiltración leucocitaria.

Hist. N° 499. — C. A. S., 29 años. Diag.: Litiasis ureteral. Hematuria total. Se coloca sonda uretral permanente y el sedimento de orina de ese riñón acusaba algunos leucocitos granulosos y escasos estafilococos. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 18 mm. Índice de Katz: 18,5 (27-I-1940).

Hist. N° 502. — N. P. de C., 27 años. Diag. Hidronefrosis. Tumoración renal derecha. Micciones cada 30'. Orinas turbias piúricas, aspecto lactescente, con gran cantidad de leucocitos granulosos. Presenta además una cervicitis y huevos de Naboth. — V. E. S.: 1ª hora: 100 mm. Índice de Katz: 77,5 (31-I-1940).

Hist. N° 504. — J. F. B., 73 años. Diag.: Adenoma de próstata e hidrocele. Retención aguda completa de orina (700 c.c.). Orinas turbias piúricas (abundantes diplos algunos enterococos. Sin prostatitis. Sonda permanente. 37,2° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 12 mm. Índice de Katz: 14 (8-II-1940).

Hist. N° 506. — J. B., 59 años. Diag.: Litiasis renal. En riñón derecho leucocitos, diplos y enterococos. En riñón izquierdo leucocitos, sin gérmenes. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 15 mm. Índice de Katz: 16 (9 - II - 1940).

Hist. N° 508. — M. F., 70 años. Diag.: Adenoma de próstata. Retención crónica incompleta (130 c.c.). Orinas turbias, piúricas con abundantes diplos, algunos enterococos y escasos coli. Sonda permanente. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 42 mm. Índice de Katz: 40 (10-II-1940). Posteriormente se efectuó la adenomectomía y se comprobó un adenoma fibroso, con abundantes focos de supuración.

Hist. N° 509. — R. N., 52 años. Diag.: Litiasis renal vesical. Orinas turbias piúricas, con abundante sedimento (algunos estafilococos). Cistitis. Sonda uretral permanente. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 28 mm. Índice de Katz: 27.5 (13-II-1940).

Hist. N° 512. — R. L., 45 años. Diag.: Tumor de vejiga. Hematuria intensa. Orinas sin gérmenes en el sedimento. Sonda permanente. Transfusiones de sangre. Ayer 38.4° de temperatura. — V. E. S.: 1ª hora: 50 mm. Índice de Katz: +2.5 (19-II-1940).

Hist. N° 513. — F. C., 70 años. Diag.: Adenoma de próstata. Retención crónica incompleta con distensión. Orinas turbias, piúricas. En sedimento diplos, estafilos, bacilos fusiformes y coli. Sonda permanente. Apirético. Glicemia: 1.818 grs. % . — V. E. S.: 1ª hora: 35 mm. Índice de Katz: 31.5 (20-II-1940).

Hist. N° 516. — M. C., 70 años. Diag.: Adenoma de próstata. Retención crónica incompleta sin distensión. Orinas turbias piúricas (estafilos). Presenta una arritmia completa con bradifigmis. Taquicardia sinusal. Sonda uretral permanente. En el día de ayer al intentar una aretroscopía se produce un hemouretrorragia profusa. Apirético. — V. E. S.: 1ª hora: 35 mm. Índice de Katz: 31.5 (20-II-1940).

Hist. N° 517. — N. B., 68 años. Diag.: Adenoma de próstata. Retención crónica incompleta sin distensión. Orinas ligeramente piúricas (coli y diplos). Sonda permanente. Ayer 37.4° sin causa aparente. — V. E. S.: 1ª hora: 35 mm. Índice de Katz: 33.75 (20 - II - 1940). Piezas dentarias en malas condiciones.

Hist. N° 519. — C. S., 60 años. Diag.: Adenoma de próstata. Retención crónica incompleta con distensión (pseudoincontinencia). Orinas turbias, piúricas (estafilo y diplos). Mal estado de piezas dentarias. Sonda permanente. Ayer 37.4° de temperatura — V. E. S. 1ª hora 120 mm. Índice de Katz 95 (22-II-940). Posteriormente se efectuó la adenomectomía y se comprobó un fibroadenoma con cálculos y algunas zonas sospechosas de degeneración maligna.

Hist. N° 520. — S. P., 49 años. Diag.: Litiasis vesical; divertículo de vejiga. Orinas turbias, piúricas, con escaso sedimento (díplo y enterococos). Sonda uretral permanente. Apirético — V. E. S. 1ª hora: 2 mm. Índice de Katz: 3.5 (24-II-1940).

Clasificación general de las observaciones por órganos y por afección

<i>Riñón</i> 24 observ.	{	Cálculos	8
		Cálculos asociados	4
		Tuberculosis	4
		Tuberculosis asociada	1
		Hidronefrosis	2
		Perinefritis	2
		Quiste hidático supurado	1
Neoplasias	2		
<i>Ureter</i> 9 observ.	{	Cálculos	8
		Cálculos asociados	1
<i>Vejiga</i> 15 observ.	{	Disectasias	2
		Cálculos	1
		Cálculos asociados	3
		Neoplasias	5
		Cistitis	2
		Divertículos	2
<i>Uretra</i> 16 observ.	{	Rotura	1
		Fístula	2
		Estrecheces	2
		Estrecheces asociadas	3
		Periuretritis	4
		Verumontanitis	2
<i>Próstata</i> 31 observ.	{	Adenomas	24
		Prostatitis supurada	1
		Divertículos	2
		Divertículos y cálculos	3
		Diverticulitis	1
<i>Pene</i>	{	Gangrena	1
<i>Bolsas</i> 11 observ.	{	Epididimitis tuberculosa	1
		Hidrocele	3
		Hidrocele asociado	4
		Varicocele	3

Cuadro por afecciones y por velocidad eritrosedimentación

<i>Adenoma de Próstata</i>	de 0 a 10	5 mm.	Hist. N°.	460
		8 "	" "	270
		8 "	" "	441
		10 "	" "	430
	de 11 a 20	12 "	" "	504
		15 "	" "	464
		20 "	" "	399
	de 21 a 30	25 "	" "	421
		30 "	" "	483
	de 31 a 40	31 "	" "	214
		35 "	" "	513
		35 "	" "	516
		40 "	" "	531
		40 "	" "	517
	de 41 a 50	42 "	" "	508
		45 "	" "	399
		50 "	" "	350
	de 51 a 60	57 "	" "	431
		60 "	" "	381
60 "		" "	450	
de 61 a 70	65 "	" "	270	
	70 "	" "	415	
de 91 a 100	100 "	" "	492	
de 111 a 120	120 "	" "	519	
<i>Litiasis</i>	<i>Renal</i>	5 mm.	Hist. N°.	403
		15 "	" "	506
		18 "	" "	368
		22 "	" "	59
		60 "	" "	368

(Continúa)

Cuadro por afecciones y por velocidad eritrosedimentación

Litiasis	Renal y ureteral	70 mm.	Hist. N°.	356	
	Renal y vesical	28 "	" "	509	
	Ureteral	18 "	" "	499	} unilateral
		20 "	" "	375	
		35 "	" "	376	
		70 "	" "	424	
		45 "	" "	420	} bilateral
	Vesical	32 "	" "	19	
	En divert. vesical	2 "	" "	520	
	Prostática	7 "	" "	218	
98 "		" "	432		
126 "		" "	89		
Tuberculosis	Renal	10 mm.	Hist. N°.	406	
		27 "	" "	455	
	Renal con perinefritis	18 "	" "	400	
	Renal bilat. y prostática	55 "	" "	395	
	Epididimaria	25 "	" "	449	
		40 "	" "	439	
	Genital	5 "	" "	491	
Tumores	Vesical	15 mm.	Hist. N°.	409	
		26 "	" "	393	
		40 "	" "	512	
		50 "	" "	425	
		80 "	" "	380	
	Prostático	40 "	" "	419	

Cuadro por afecciones y por velocidad eritrosedimentación

Infecciones	Riñón	Quiste hidát. supurado	30 mm.	Hist. N°.	426	
	Vejiga	Cistitis	13	"	369	
	Uretra	Uretritis a gonococo		15	"	416
				25	"	413
			Periuretritis	105	"	382
				112	"	442
			Verumontanitis	3	"	412
			30	"	447	
			30	"	436	
	Próstata	Prostatitis	25	"	453	
Músculo	Miositis	120	"	385		
Ano	Absceso de margen	55	"	423		
Otras afecciones y trastornos	Varicocele		3 mm.	Hist. N°.	442	
			5	"	452	
	Hidrocele		4	"	401	
			10	"	451	
	Hidronefrosis		3	"	438	
			90	"	294	
			100	"	502	
	Hematuria		8	"	434	
	Estrechez uretral		100	"	440	
			15	"	410	
Físt. uretroprost.		10	"	388		
Traum. pelviano		24	"	394		

Variaciones del índice de velocidad de eritrosedimentación según la
lesión y evolución de la misma

<i>Adeno- ma de Próstata</i>	de 0 a 10 mm.	{ 4 casos - Orinas claras - Apiréticos - Sin procesos agregados - Unos sin sonda, otros con ella y otros cistostomizados.
	de 11 a 20 mm.	{ 3 casos - Apiréticos - Orinas ligeramente turbias, alcalinas (estafilococos y coli).
	de 21 a 30 mm.	{ 2 casos - Cistitis - Prostatitis - Orinas turbias, infectadas.
	de 31 a 40 mm.	{ 5 casos - Prostatitis - Orinas turbias, infectadas - Malas condiciones - Sonda permanente.
	de 41 a 50 mm.	{ 3 casos - Fiebre - adenoma infectado.
	de 51 a 60 mm.	{ 3 casos - Prostatitis infectada - Epididimitis crónica - Gran piuria.
	de 61 a 70 mm.	{ 2 casos - Estafilococcia cutánea - Infección del adenoma.
	de 91 a 100 mm.	{ 1 caso - Epididimitis sub-aguda - Infección dentaria - Infección del adenoma.
	de 111 a 120 mm.	{ 1 caso - Adenoma calculoso infectado - Distendido - Orinas muy turbias.
<i>Litiasis</i>	<i>Renal simple</i>	{ 5 casos - Desde 5 mm. a 60 mm. - Desde orinas claras asépticas y con coli hasta supuración de la loge después de la nefrectomía.
	<i>Renal y ureter.</i>	{ 1 caso - 70 mm. - Hay una angina roja dos días antes de la prueba.
	<i>Renal y vesical</i>	{ 1 caso - 28 mm. - Ligera cistitis - Desde hace dos días sonda uretral a permanencia.
	<i>Ureteral simple</i>	{ 4 casos - Desde 18 mm. hasta 70 mm. - El de 18 mm. con escaso pus y coli; apirético - Uno de 20 mm. habiendo presentado una epididimitis hace 30 días. Uno de 35 mm. con pus en herida operatoria, el de 70 mm. con pus a retención en riñón derecho.
	<i>Ureter. bilater.</i>	{ 1 caso - 45 mm. infectada.
	<i>Vesical</i>	{ 1 caso - 32 mm. - Adenomectomizado - Orinas muy piúricas.
	<i>En divertículo vesical</i>	{ 1 caso - 2 mm. - Con sonda permanente desde hace una semana.
	<i>Prostática</i>	{ 3 casos - De 7 mm. hasta 126 mm. - Desde orinas claras sin sedimento hasta pus abundante, muy mal estado general y cascada de Heitz-Boyer (dilatación del árbol urinario).