

Cátedra de Clínica Génito-Urinarias  
Prof MIGUEL A. LLANOS

Por el Doctor  
BERNARDO SINGER

## ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL. CINCO OBSERVACIONES PERSONALES

EN el transcurso de los últimos cuatro años tuve la oportunidad de observar y seguir a cinco enfermos portadores de la enfermedad del cuello vesical, cuyas historias clínicas recopilé en una breve monografía con algunas consideraciones de orden clínico. Cuando posea mayor número de casos y mayor experiencia trataré de hacer un estudio de conjunto de la afección ya anunciada.

*Primera observación:* H. Cl. N° 1036. — G. S. de 62 años de edad, español, jornalero, domiciliado en Mugueta, ingresa al Servicio del Prof. Llanos el 5 de julio de 1937.

*Antecedentes personales.* — Hemorragia hace 20 años que cura bien con grandes lavajes de Permanganato de potasio sin complicaciones.

*Principio de la enfermedad actual:* Desde hace dos años sus orinas son siempre turbias, acompañados periódicamente de fenómenos cistíticos y hematurias terminales. Hace diez meses nuevos síntomas se le agregan y que se traducen por dificultad inicial de la micción, escasa proyección del chorro, sin relacionarse con el reposo o movimiento. La disuria se acentúa paulatinamente hasta es sorprendido por una retención completa de orina necesitando recurrir al sondaje evacuador. Las retenciones se repiten con frecuencia y es cuando ingresa al Servicio, presentándose en retención incompleta con distensión. Es sondado evacuando 350 c.c. de orina aspecto purulento y olor penetrante.

*Estado actual.* — Apirético de aspecto intoxicado, piel seca demacrado, lengua saburral. Hígado y bazo no se palpan. Aparato circulatorio y respiratorio nada de particular. Sistema nervioso según informe del neurólogo normal.

Riñón y ureteres: Clínico y radiológico: normal.

Vejiga: Globo vesical que sobrepasa la línea bilíaca, impresionando a la palpación bimanual una vejiga lobulada.

*Cistoscopia.* — Residuo 350 c.c. Orinas turbias necesita varios litros de líquido para aclarar el medio vesical. El citoscopio choca con el cuello vesical y con algunos tanteos colocándolo en posición vertical se logra pasar a la cavidad

vesical, dando sensación de cuello duro y estrecho. Mucosa vesical en tercer grado de cistitis, varias bocas de divertículos desembocan próximo al cuello; dos grandes uno en el vértice y otro lateral grandes que se consigue penetrar al citoscopio. No se alcanza a visualizar los meatos ureterales. Cuello grueso y deformado sobre todo del segmento izquierdo. Inmóvil a la micción voluntaria.

Próstata normal.

Uretra: libre, sensación de frote al pasar por el cuello vesical.

Cistografía. — Con bromuro de sodio al 20%.

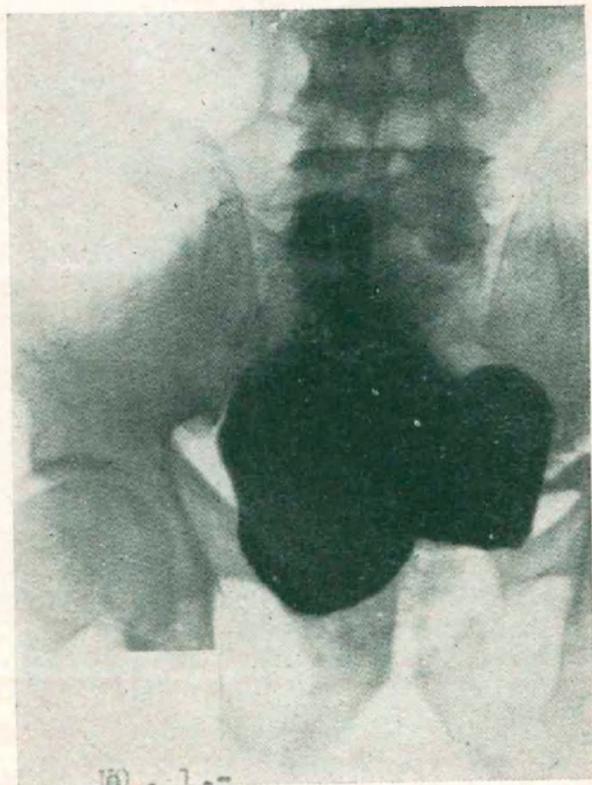


Figura 1

Nº 1: Dos divertículos uno en el vértice (congénito) otro lateral izquierdo, de contornos irregulares. El segmento del cuello que corresponde a la mayor deformación vesical es horizontal. Signo radiográfico de esclésis parcial del cuello. El otro segmento de cuello correspondiente a la hemivegiga de contorno regular es cóncavo hacia arriba considerado como normal.

Nº 2, oblicua: Dos divertículos que desembocan en la cara postero inferior del reservorio (congénitos), nueva visualización del divertículo en vértice.

Nº 3: De frente con vegiga evacuada con sonda. Quedan dos divertículos sin evacuar, posiblemente se trata de divertículos adheridos a los planos vecinos.

Orina. — Dens. 1,012, alcalina, Cl. Na. 5,10 gms.%. Urea, 16%. Albúmina, 0,50%. Gluc. No contiene. Sedimento: Abundante pus y fosfato amónico magnésico. Regular flora asociada. No se constatan bacilos de Koch.

Urea en sangre, 0,27 por mil. Reacción Wassermann, negativa (—).

*Curso de la enfermedad.* — Previo tratamiento con sonda permanente y antisépticos se le practica la talla vesical. Se confirma un cuello rígido donde no pasa el dedo chico, se visualisa los divertículos uno de ellos mana pus espeso. Se drena dicho divertículo con una Pezzer y tubo Guyon —Perier en vejiga, confrontamiento de planos. La apertura hipogástrica a pesar de ser amplia tiende a estrecharse rápidamente, por lo que se vuelve a agrandarla nuevamente dos meses después. El estado general mejora considerablemente, pero las orinas siguen siendo



Figura 2

turbias, por lo que se decide practicar la siguiente intervención: Incisión en raqueta que parte perpendicularmente a la incisión hipogástrica, circunscribiendo el divertículo que sigue manando pus. La resección es laboriosa por la intensa diverticulitis adhesiva fibrosa. Electrocoagulación del cuello vesical. cierre en dos planos de incisión lateral, drenaje intra y extravesical.

*Post-operatorio.* — Tranquilo; el tubo extravesical drena abundante líquido seropurulento.

A los 28 días de la intervención es dado de alta orinando espontáneamente siendo las orinas ligeramente turbias. Hace unos meses es visto el enfermo con micciones normales constando un residuo de unos 20 c.c. semiturbias por fosfato amónico magnesiano. Consideramos que una infección descendente, ha contaminado la vejiga condicionado por sus divertículos congénitos, que propicia el medio

a una infección duradera. Secundariamente dicha infección actuó sobre el cuello esclerosándolo, dando como consecuencia agrandamiento de los divertículos congénitos y la formación de los adquiridos.

Los dos divertículos que ni con sonda han sido evacuados y contados por la cistografía N° 3 nos confirman durante el acto quirúrgico que se tratan de dos divertículos adheridos a los planos profundos. Uno de ellos es extirpado y el otro permanece y el que mantiene el residuo vesical de 20 c.c. constatado últimamente.

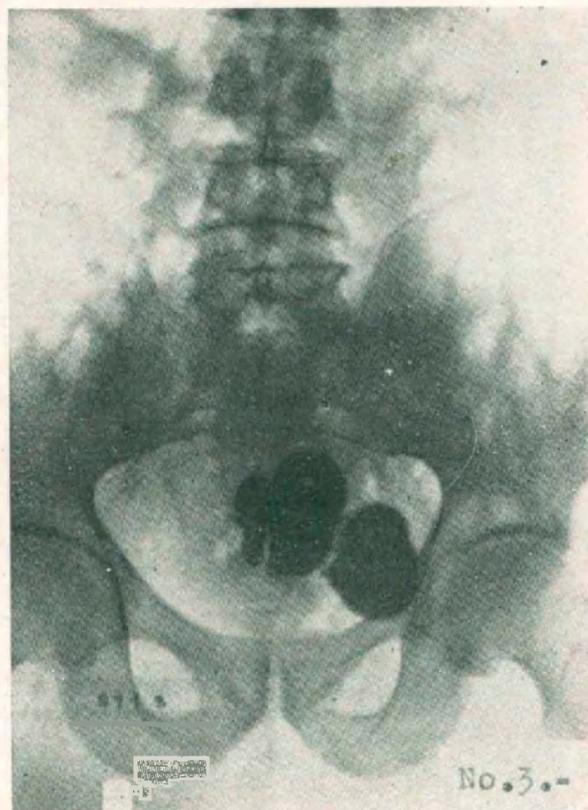


Figura 3

Ha perdido su propiedad de evacuar su contenido. Si llegara a provocarle trastornos le propondremos la resección del mismo.

*Segunda observación.* H. Cl. N° 2053. — C. S., 36 años de edad, agricultor ingresa al servicio el 2 de marzo de 1938.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre fallecido a los 61 años por parálisis. madre es viva y sana. Son once hermanos vivos y sanos.

*Antecedentes personales.* — Congestión pulmonar a los cuatro años. Bronconeumonía a los 22 años. Chancro único a los 21 años y es tratado en forma irregular con Neo y Bismuto. Blenorragia hace diez años, sin complicación. Cura con tratamiento clásico en tres años.

*Principio de la enfermedad actual.* — Desde hace seis años padece de disuria a predominio inicial, polaquiria a predominio nocturno, orina uniformemente

turbia. Hace dos años es sorprendido por un cólico nefrítico derecho de tres días de duración con fiebre que oscila de 37 a 39 grados, epilógando el cólico con una abundante poliuria y orinas opalescentes. Los cólicos se van repitiendo periódicamente y son al parecer espontáneos. No hubo hematurias macroscópicas.

Los trastornos miccionales se acentúan y hace más o menos un año las dificultades se transforman en retenciones completas que ceden espontáneamente. Cuando más retiene la orina más dificultosa se le presenta en la micción. En otras oportunidades necesidad imperiosa de orinar, llegando a veces a la incontinencia.

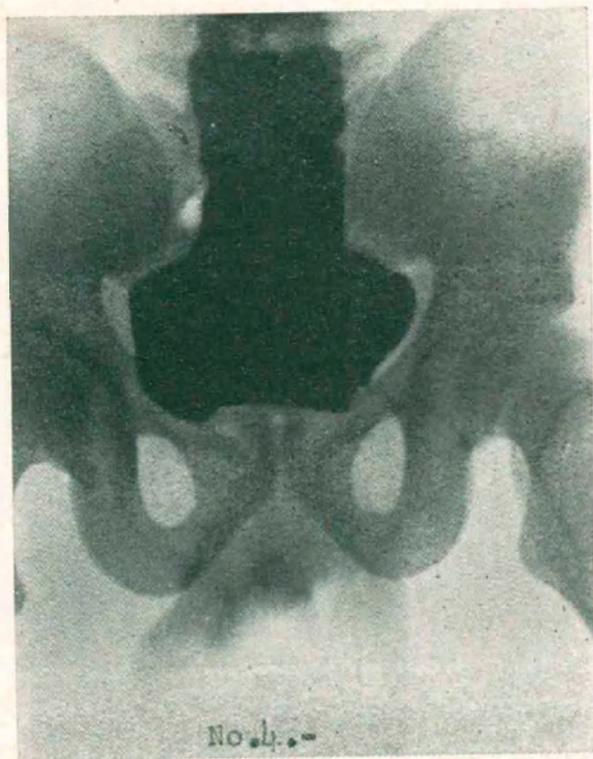


Figura 4

*Estado actual.* — Conserva su peso. apetito disminuído; no es constipado ni etilista.

*Micción.* — Polaquiria cada hora y media de día. Cada hora en reposo. Dificultad inicial de la micción en todo momento. Ardor al final de la micción. Chorro cilíndrico mediano y escasa proyección.

*Uretra.* — N° 16. Próstata normal.

*Vejiga.* — Capacidad, 200 c.c. Residuo, 60 c.c. turbio. Vejiga en columnas y celdas mucosa muy inflamada. No es posible visualizar el vértice. Fondo vesical pronunciado. El trigono y cuello vesical se confunden en una sola solución de continuidad, dentado recubierto con edema ampollar. La vertiente vesical y uretral del cuello caen perpendicularmente. Cuello inmóvil a la micción voluntaria. Uretra posterior nada digno de mención. Los meatos ureterales muy difíciles de

visualizar que tras varias tentativas se consigue cateterizar drenando orina en ambos en forma babeante.

*Cistografía N° 4.* — De contornos irregulares, simétrica, con una prominencia alargada y al parecer cilíndrica que alcanza al borde superior de la quinta vértebra lumbar. Borde inferior de vejiga rectilínea en vez de cóncava hacia arriba. Signo que sostiene Hakembek al de hipertrofia de cuello. Es una megavejiga congénita, con algunas deformaciones adquiridas por el obstáculo del cuello vesical.

Las pielografías ascendentes practicadas con cautela y en dos tiempos nos

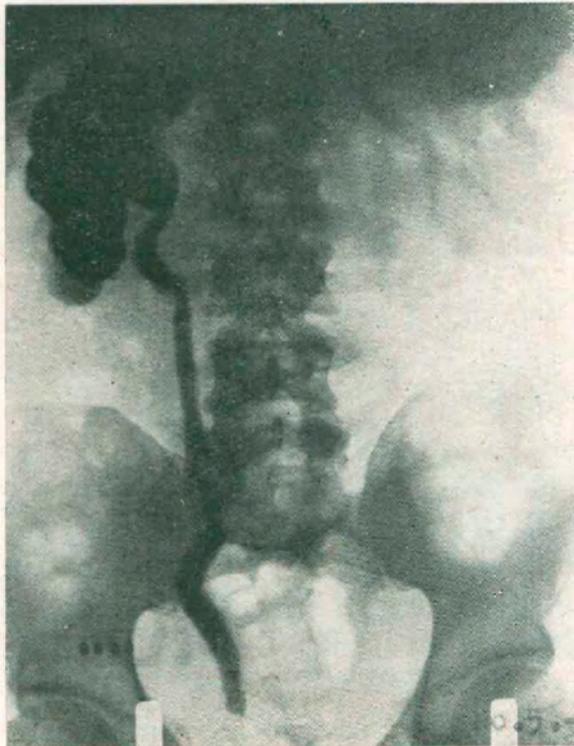


Figura 5

confirman nuestra presunción diagnóstica. Basta observar las dos placas N° 5 y 6, que hablan por sí mismas.

*Riñones.* — Clínicamente negativos. Pruebas funcionales: No se ha logrado constatar la eliminación del mercuriocromo hasta los  $\frac{3}{4}$  horas. Indicios de eliminación de fenolsulfonftaleína. El urograma con Per-Abrodil no ha visualizado las cavidades pieloureterales.

*Análisis.* — Urea en sangre 0,35 gms. por mil. Reacción de Wassermann en diversas oportunidades negativa. Orina: Ácida 1,016; Urea 13; Cloruros 6. Albúmina 0,33. Glucosa, no contiene. Sedimento: Escasos pus y células planas. Abundantes colibacilos. Varias investigaciones han sido negativos para el Koch.

Orina de R. derecho en una hora: 108 c.c. ácida; Urea 11 gms. Cloruros 6 c.c. Sedimento: Escaso pus. Algunas células en raqueta.

Orrina de R. Izquierdo: 30, 78 c.c. ácida. Urea 12; Cloruros 7. Sedimentos: Escaso pus. Abundantes gérmenes de tipo coli.

Curso de la enfermedad. — Es tratado con lavajes vesicales y anticolibacilar. Mandelium. Sulfanilamida. Neosalvarsán.

Poca influencia sobre sus trastornos disúricos, que se agravan. Es dado de alta indicándole un tratamiento ambulatorio. Como sus dificultades en la emisión urinaria se agudizan, vuelve a ingresar al servicio, constatando que sus orinas

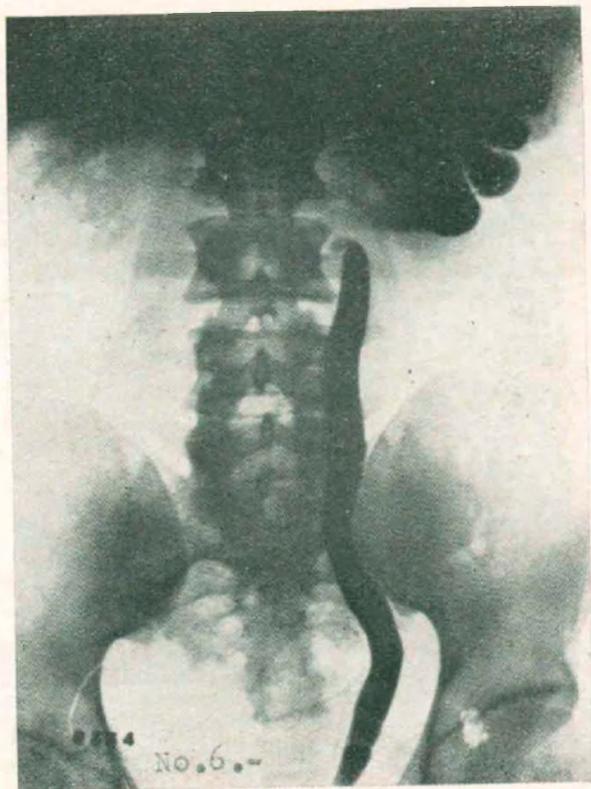


Figura 6

tienen abundante pus y una úrea en sangre de 0.68, y residuo vesical constatado en repetidas mediciones de 220 c.c. opalescentes.

Con el diagnóstico por presunción de tratarse de una enfermedad del cuello vesical y cerciorarme si el enfermo se va a beneficiar con la intervención le coloco una sonda permanente durante 26 días, constatando que el residuo ha disminuído en cerca de 80 c.c., es decir, de 220 c.c. ha rebajado a 140 c.c. Retirada la sonda y siguiendo los lavajes, vuelve rápidamente a presentar el mismo residuo inicial. Confirmado que el obstáculo se encuentra en el cuello se le somete a la siguiente intervención que el enfermo acepta:

Cirujano: Prof. Llanos. Ayudant.: Singer. Raquídea; 0.10 gms. perfecta.

Se constata una gran vejiga lobulada, de paredes delgadas. Sección del cuello vesical en la comisura posterior del cuello que se presenta muy estrecho y grueso

con electrocoagulación y tijera. Sección del labio anterior del meato ureteral que se presenta puntiforme a la pielografía N° 5 y 6.

Sospechamos la presencia de válvulas o bridas a la altura del meato ureteral. Post-operatorio: silencioso. A los 26 días cierre de la vejiga y es dado de alta. Es seguido hasta hace un mes. No hay disuria ni residuo vesical; orina, cada 3 ó 4 horas. Las orinas son uniformemente turbias y pálidas.

En síntesis: Se trata de una hipertrofia congénita del cuello vesical estenoso y esclerosado por una infección descendente (colibacilar) repercutiendo sobre las vías urinarias altas. Como los cólicos nefríticos no se han repetido después de la intervención creemos estar en lo cierto que los meatos ureterales presentaban algún obstáculo (¿válvulas?) curados por la sección de electrocoagulación. Descartamos de un estrechez ureteral ya que la sonda N° 14 pasaba sin dificultad.

*Tercera observación: H. Cl. N° 1095. — S. M., de 35 años de edad, argentino. Ingresó al Servicio del Prof. Llanos el 27 de agosto de 1937 ocupando la cama 5.*

*Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.*

*Antecedentes personales. — Niega en absoluto lúes y blenorragia.*

*Principio de la enfermedad actual. — Hace seis meses es sorprendido por una retención completa de orina, dolor en el hipogástrico y tras grandes esfuerzos consigue orinar espontáneamente gota a gota con hematuria y coágulos gruesos. Desde aquella época padece de fenómenos cistíticos y disuria total con orinas turbias. Concorre a la Asistencia Pública donde es tratado con lavajes y dilataciones progresivas, masajes prostáticos, llegando al máximo de dilatación: 35 beniqué.*

Pero a pesar del tratamiento adecuado para la estrechez ureteral los trastornos disúricos persisten y las retenciones se repiten con frecuencia, debiendo recurrir a los sondajes evacuadores.

*Estado actual. — Discreto estado de conservación, piel y mucosas algo pálidas, hígado y bazo no se palpan. Sistema nervioso, normal.*

*Micción: 4 a 5 veces de día; 2 a 3 de noche; dificultad a predominio inicial, acentuándose las dificultades cuando más retenía la orina. Indolora en forma bi y trifurcada, buena proyección.*

*Uretra: 30 beniqué; estrechez cilíndrica y dura en perineo-escrotal.*

*Próstata. — Agrandada, limitada, consistencia blanda, constatándose dos núcleos duros cerca de la base, sensible. La secreción prostática de glóbulos de pus y colibacilos. No hay Koch. Genitales externos, normales.*

*Vejiga. — Residuo orinas turbias 28 c.c. Capacidad 160 c.c. No fué posible practicar la uretrocitoscopia por falta de calibre uretral ni con sonda permanente.*

*Cisto - uretrografía N° 7. — Vejiga de contornos irregulares, uretra posterior dilatada tubular con varios divertículos prostáticos que desembocan en uretra posterior.*

*Riñones y uréterese, clínica y radiológicamente, normal.*

*Análisis de orina.* — Densidad: 1.014; úrea 1030; cloruros 3,60. Sedimento: Abundante pus, regular hematíes. Abundantes colibacilos y micrococos. No se constatan el bacilo de Koch ni el gonococo de Neisser.

*Urea en sangre:* 0.24 grms. por mil. Reacción de Wassermann practicada en distintas oportunidades resultó ser *positiva* con intensidad de (++++).

*Curso de la enfermedad.* — A pesar del tratamiento durante seis meses con lavajes, dilataciones, sonda permanente, masajes prostáticos y tratamiento combinado específico, no han influenciado en sus trastornos disúricos y cistíticos. El residuo



Figura 7

vesical aumenta progresivamente, por lo que se somete a la siguiente intervención:

Cirujano: Dr. Llanos. Ayudante: Dr. Singer. Raquídea 0,10 buena. Nos encontramos con un cuello y se trata de enuclear la próstata. Es muy laboriosa extrayendo algunos fragmentos. Lamentamos no tener la confirmación histológica.

*Post-operatorio.* — Febril en agujas, tenesmos intensos, orquiepididimitis bilateral, que previo consentimiento del paciente practicamos la ligadura y resección de ambos cordones inguinales con la que se alcanza a detener el proceso flogístico que entra en regrección. Cierre de la vejiga a los 22 días. Los trastornos disúricos y las retenciones han desaparecido. No hay residuo vesical. Hace un mes examiné al enfermo constatando que sus orinas son claras con algunos filamentos livianos. Sigue tratamiento específico y se le dilata su estrechez uretral periódicamente.

El caso que comentamos se trata de una enfermedad del cuello secundario a divertículos prostáticos, como sostiene Lichtemberg.

Practicamos la prostatectomía conjuntamente con la exceresis del cuello como aconseja el Prof. Marión.

*Cuarta observación:* H. Clínica N° 1146. — V. V., de 27 años de edad, soltero. Ingresa al Servicio el 9 de septiembre de 1940.

*Antecedentes personales.* — A raíz de una enfermedad larga de la primera infancia queda con una xifosis acentuada de la columna. No es bebedor ni luma-



Figura 8

dor. Padece de una hemorragia desde hace tres y medio con complicaciones de cistitis prostatitis y orquitis unilateral. Sigue un tratamiento casi en forma continuada, con el tratamiento clásico. Nunca pudo pasar el líquido a la uretra posterior (hipertonía del esfínter externo). Los lavajes vesicales lo practica con sonda que pasan con dificultad.

*Principio de la enfermedad.* — A raíz de la blenorragia, antes el enfermo padece de intensos ardores en toda la uretra, dificultad a predominio inicial, escasa proyección, chorro fino gota a gota. Es sorprendido por retenciones completas de orina, que ceden espontáneamente.

Ultimamente las micciones sólo las consigue tras muchos esfuerzos, adoptando diversas posiciones, saliendo el chorro entrecortado y gota a gota. Debe recurrir algunas veces al sondaje evacuador. No hay hematuria macroscópica y sus orinas son semi-turbias en toda micción con filamentos livianos en dos vasos.

*Estado actual.* — Mediocre. Por la enfermedad antigua de la columna la deambulacion lo hace con la ayuda de dos muletas.

Sistema nervioso: normal. It. circulatorio y respiratorio.

Micción: Cada cuarto de hora no influenciado con el reposo o movimiento. Dificultad inicial y ardor al final de la micción. Acentuándose la dificultad en la emisión de orina cuando más la retiene. El chorro es entrecortado, fino, gota a gota y de escasa proyección.

*Uretra:* 22 Charrier.

Próstata uniformemente aumentada, semiblanda sensible. La secreción da regular cantidad de pus. Escasos gérmenes del tipo colibacilar. No se constatan el gonococo de Neisser.

*Vejiga.* — Residuo de 40 c.c. turbio; capacidad 110 c.c., revela una cistitis de segundo grado en la zona del trígono. Meatos ureterales bien implantados sobre un músculo interureteral que proyecta mucho relieve, semejante a una barra interureteral. Cuello y uretra posterior visto con el Mac-Karty nos revela un cuello levantado cóncavo hacia arriba. Vertiente uretral pronunciado, cubierto de un edema difuso que se extiende hasta el veru-montanum. No se constatan divertículos prostáticos.

El cateterismo de ambos riñones dan orina normal.

Orina de emisión: Albúmina vestigios glucosa. no contiene. Sedimento: Escaso pus. No se constatan gonococos ni bacilos de Koch. Urea en sangre: 0.34.

*Cistografía N° 8.* — Contorno irregular. Hay un pequeño divertículo en el cuerno izquierdo. Borde inferior recto, horizontal. Signo de enfermedad cervical.

*Curso de la enfermedad.* — Tratamiento clásico para su infección blenorragica y como sus trastornos disúricos no se modifican se le somete a una intervención quirúrgica con 0.08 gms. de Novocaína raquídea. Constatamos un cuello estenósico donde no pasa el pulpejo del dedo chico, de consistencia firme. Reacción a dedo y laborioso del cuello. Da una hemorragia profusa que cede al taponamiento. A los 23 días cierre de la vejiga. No hay residuo con desaparición de su disuria, incorporándose el enfermo a sus ocupaciones de vendedor ambulante. Se queja de un ardor en toda la uretra que cede rápidamente por la diatermia. Las orinas son claras y sin filamentos. Se trata de un estenosis del cuello secundario a una prostatitis crónica. El informe histológico del cuello resecaado, nos informa el Prof. Cid. Esclerosis intersticial del músculo.

*Quinta observación: H. Cl. N° 1136.* — A. P., de 45 años de edad, argentino. Nos relata el enfermo que desde hace años padece de una uretritis crónica intercaladas con varios pusées agudos y lo trata con remedios caseros.

Hace dos años padece disuria a predominio inicial, fenómenos cistíticos, retenciones periódicas que ceden espontáneamente. Ingresa al Servicio en retención completa, con un absceso prevesical a raíz de una punción suprapúbica. Orinas semi-turbias. No hay albúmina ni glucosa. Sedimento: Regular, fosfato amónico magnésico; escaso pus.

Uretra: 20 Charrier.

Próstata aumentada con algunos núcleos duros. Secreción prostática da escaso pus y algunos cocos. No hay gonos.

Cisto-uretroscopía. — Anillo rígido donde corresponde el cuello, donde cistoscopio pasa solamente colocándole casi vertical. Vejiga inflamada y en columnas y celdas. Cuello rígido e inmóvil levantado. Uretra posterior vecino al veru-

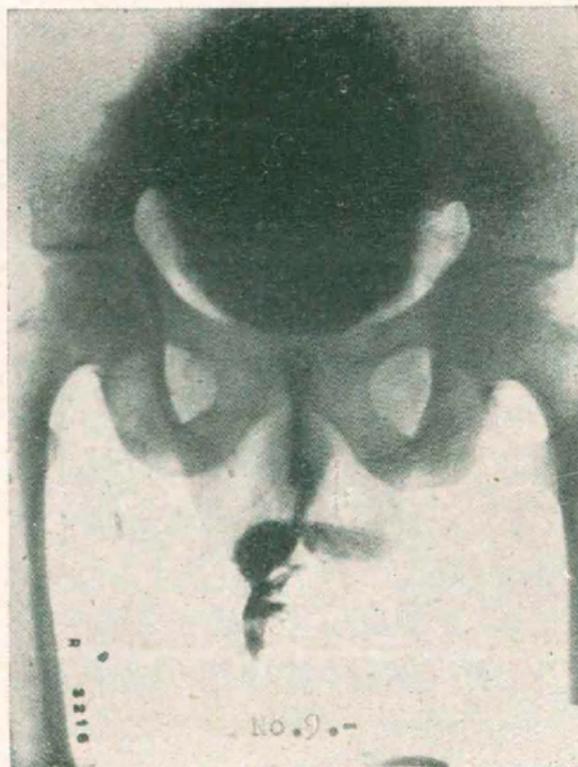


Figura 9

montanum con algunos divertículos, uno de ello mana pus al masaje. Uretra posterior edematosa recubierta con algunas falsas membranas.

Cistourethrografía. — Borde superior muy elevado. Uretra posterior muy irregular lo mismo que el contorno vesical. Se deja esbosar algunos contornos diverticulares de la próstata.

Curso de la enfermedad. — Previo tratamiento clásico para su prostatitis y uretritis crónica, se practica la talla hipogástrica, constatando un cuello duro y estenosado que se secciona por electrocoagulación. Dislaceración a dedo de los divertículos prostáticos. Más tarde electrocoagulados por vía endoscópica. Es dado de alta con micciones espontáneas y sin residuo.

Otro caso de estenosis del cuello secundario a divertículos prostáticos.

CONCLUSIONES TERMINALES

Diversas etiologías presentan nuestras cinco observaciones: Dos por divertículos prostáticos; uno por prostatitis crónica; uno congénito, y el primero es menos claro posiblemente por infección descendente condicionado por divertículos congénitos.

El síndrome de disuria y retención ha sido común a todos, precedidos por síntomas de la enfermedad causante de la estenosis cervical.

El diagnóstico se ha hecho por eliminación, confirmados por la cistouretrografía, cistouretroscopía, durante el acto quirúrgico y sobre todo por el éxito terapéutico.

El examen del sistema nervioso ha sido practicado por un neurólogo. El tratamiento suficiente y un post-operatorio tranquilo es la sección de la comisura posterior del cuello reglada por el malogrado maestro Salleras.

No tenemos todavía experiencia suficiente en la resección endoscópica.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — *El doctor Singer nos dice que había una funcionalidad del riñón. Hubiera sido mejor estudiado ese caso con una pielografía descendente y las maniobras ascendentes no hubiesen tenido razón de ser, entonces.*

Dr. Singer. — *Resulta que este enfermo vino con cólicos nefríticos acompañado de un proceso agudo del lado derecho. Entonces, pensamos que podía haber algo en el riñón. Como la orina era turbia se le hizo el examen bacilar, el que fué negativo. La pielografía descendente no nos dió ningún resultado y no se ha visualizado la pelvis. Por eso, hicimos la pielografía en dos tiempos: primero, en un lado pensando en la posibilidad de una lesión y luego, en el otro. Como en el primer lado no hubo inconveniente, lo hicimos también en el otro lado, siguiendo lo que dice Lichtenberg, de que hay que estudiar todo el árbol urinario.*

Dr. García. — *No he tenido el placer de escuchar la primera parte de la comunicación, pero no sé si ha hecho referencia a la*

patogenia del proceso, porque en este caso, existe una cavernosis. Tenemos una larga observación personal sobre estos casos pero hasta ahora, a través de unas 70 observaciones, no hemos conseguido ningún caso de verdadera diseptasia en el sentido general.

Dr. Singer. — He leído el interesante trabajo del doctor García en la Revista Española. Nosotros tenemos dos casos de divertículo prostático: este que se ve muy bien y este otro en que no se pudo sacar radiografía, porque había una retención. El Prof. Hackenbach sobre 93 observaciones, tuvo 15 casos de éstos.

Dr. García. — Efectivamente, yo traduje ese trabajo de Hackenbach, que conozco muy bien. La estadística no está controlada por la uretrografía. Por otra parte, la uretrografía es una exploración de técnica, que si no se hace prolijamente, no se puede deducir nada de ella. Hay que hacerla muy bien; de lo contrario, no se puede ver nada. Es cierto que pueden existir algunos casos de patogenia distinta, pero quiero recalcar que a través de una observación muy grande, no encontramos todavía una verdadera esclerosis.

Dr. Vilar. — Nosotros, aleccionados por las ideas de Lichtenberg, hemos buscado de reunir cuidadosamente en la uretra posterior las lesiones de próstata y hemos obtenido el mismo resultado del doctor García. Tenemos una gran cantidad de enfermos con lesiones del cuello y en casi todos hemos encontrado diverticulosis y antecedentes prostáticos. Sólo una cantidad ínfima presentan anomalías en forma de espina bífida, oculta, que quizá sean los casos en que haya que buscarse una etiología diferente. Pero buscando por la uretrografía, en casi todos hemos encontrado lesiones, confirmando las ideas de Lichtenberg, que dice que las lesiones de cuello casi siempre son pasibles de una infección de vecindad prostática.