

## Examen clínico de un prostático

El doctor P. Bordas pasa revista (*Archives Hospitalaires*, septiembre de 1933) a los signos funcionales en relación con los diferentes motivos que inducen al enfermo prostático a consultar un médico.

Durante la fase congestiva, la disuria es el signo más constante (chorro retardado, después, enérgico, y tanto menos fuerte cuanto más esfuerzos hace el enfermo). Micción lenta, con algunos paros, necesidad de orinar imperiosa, ¡muchas veces difícil de contener, que aumenta al despertar, después del coito, en período de estreñimiento, después de un purgante salino. Poliuria y polaquiuria nocturnas. Erecciones nocturnas, frecuente sensación de peso perineal después de un esfuerzo.

En caso de retención aguda, imposibilidad absoluta de expulsar una sola gota de orina, a pesar de los esfuerzos. Contracciones involuntarias dolorosas, agitación, ansiedad, sudores. Tan sólo de un 'modo excepcional la crisis se resuelve espontáneamente. Baños calmantes, introducción de la sonda con evacuación progresiva de la vejiga. Durante algunos días debe vigilarse la evacuación y medir el residuo.

En un período más adelantado, de retención crónica con distensión, el enfermo acude al médico, sobre todo por trastornos digestivos y estado general defectuoso. Estos individuos orinan en cantidad extraordinaria y de un modo casi continuo; la poliuria puede ser superior a 2 li-

tros y, a pesar de ella, continúan con la vejiga llena. Cefalea persistente, lengua saburral, seca, inapetencia. Estado grave, la menor falta de asepsia, un cateeterismo mal practicado pueden producir desastres.

Puede también presentarse el caso de hacer el diagnóstico de adenoma con motivo de una complicación que en un momento determinado domina el cuadro clínico: crisis de cistitis, presencia de un cálculo vesical, prostático, vesiculitis, pielonefritis, hemorragia.

Manera cómo debemos proceder para hacer el diagnóstico: '

Examinar el hipogastrio y buscar el globo vesical. Hacer orinar al paciente, anotar las anomalías del chorro, los paros, recoger la orina en diferentes vasos, y examinar el contenido de cada uno de ellos con el microscopio. Explorar la uretra con la sonda olivar, previo lavado del meato y de la uretra, medir su calibre, su longitud. Por medio de una sonda acodada del N° 18, medir el residuo y examinarlo. Tacto rectal y palpación del hipogastrio (estado de la glándula, tamaño del adenoma, así como también de su forma). Emplear el explorador metálico, *que* permite reconocer la **eminencia adénomatosa** en la vejiga y utilizar la uretrocistorradiografía. Medir el grado de deformación del cuello. Terminar el examen con una cistografía. Medir la proporción de la urea sanguínea, practicar una constante de Ambard y analizar la orina.

Por lo que se refiere a los con-

sejos terapéuticos, deberemos tratar médicamente y mediante la sonda los cardiacos en estado de descompensación, los insuficientes renales, los individuos afectos de proceso grave. No operar los enfermos con disuria ligera acompañada de residuo transparente inferior a 10cm. Recomendar una higiene severa. Vaciar con regularidad la vejiga, caso de ser importante el residuo y, si está infectado, practicar cada día un lavado.

Podremos operar los retencio-  
nistas crónicos que toleran bien

los sondajes; de esta manera evitarán las infecciones secundarias.

Operaremos todos los individuos cuyo residuo sea superior a 200 cc. y que necesitan a diario de la sonda para vaciar la vejiga; operaremos los infectadas que toleran mal la sonda permanente. En algunos casos podremos destruir una parte del adenoma por vía endoscópica mediante las corrientes de alta frecuencia.

(Le Monde Medical).

### -os yódicos en el período pre-serológico de la lúes

*Comunicación presentada a la reunión Dermatológica del mes de octubre en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo, Servicio de Dermatología y Sifiliografía, por el Profesor S. Nouguer-Moré.*

#### Nota clínica

La vieja concepción de que el yoduro es el medicamento del período terciario de la sífilis ha sido ya rectificada definitivamente por los más eminentes sifiliógrafos. No ha sucedido así, por desgracia con muchos Médicos generales poco conocedores de los problemas sifiliterapéuticos que todavía siguen influenciados por aquella rutinaria creencia, olvidando que el yodo, a pesar de no ser la medicación específica de la lúes, debe ser administrado sin excepción desde los primeros momentos de la infección sifilítica.

Unas ejemplos prácticos serán más elocuentes que toda amplia disquisición teórica.

Obs. 1.—A. G., afecto de esclerosis inicial fuertemente indurada. Tratamiento inmediato con Neo Salvarsán hasta un total  $\dot{a}$ - $\dot{z}$  6 gramos: disminución lenta de la induración con persistencia de una ligera infiltración al terminar el tratamiento. A los tres meses siguientes la dicha infiltración es todavía perfectamente palpable. Se le ordenan 2'50 gramos de yoduro potásico diarios, pero el enfermo toma solamente de medio a un gramo. *L.-i* infiltración apenas mejora. A los seis meses, aparición en el mismo lugar de otro chancro (re-*dux*) más discreto que el anterior. Tratamiento intensivo durante veinte días con 3 gramos de yoduro potásico, desapare-

ciendo completamente el infiltrado sin administrar ningún producto *específico* (*As. Hg. Bi*) Obs. 2.—E. J., induración residual post chancro a los cinco meses de un tratamiento mixto plurimedamentoso. Repetidas veces había intentado el enfermo tomar yoduro, pero el fuerte coriza y las molestias faríngeas que se presentaban a las primeras tomas, se lo impedían. A pesar de nuestra desconfianza en la creencia de que el yoduro potásico era la sola substancia, empleamos un preparado de sal sódica de yodo orgánico, en solución acuosa, conteniendo 44 % de yodo a la dosis de 2 ce. por día en inyección venosa; la infiltración mejora sólo ligeramente. Aumentamos la dosis de 5 c.c. a 10 c.c. en días alternos y a la 6ª inyección (2ª de 10 c.c.) la induración ya no es palpable; el enfermo no ha experimentado la menor intolerancia.

Obs. 3.—A. P., chancro indurado persistente a los dos meses de tratamiento intensivo. Dosis de 3 gramos de yoduro mantenidas durante seis días, disminuyen notablemente la induración. Se suspende el tratamiento por intolerancia, a pesar de administrar al enfermo 2 miligramos de adrenalina y se substituye inmediatamente por la sal sódica de yodo orgánico a dosis fuertes como en el anterior caso y a pesar de haber administrado dicho preparado yódico en pleno coriza, éste desaparece, como también totalmente la infiltración fibrosa del chancro.

Obs. 4.—M. G., esclerosis inicial fuertemente indurada de doce días fecha.

Wassermann negativa. Paralelamente al Neo venoso se le administra un gramo de yoduro potásico en inyección venosa. A la segunda inyección debe abandonarse por presentar La "fase do álcali" con una intensidad alarmante. Se le administran diariamente durante diez días 5 ce. de la solución isotónica de la sal sódica de yodo orgánica sin experimentos la menor molestia, (ligera bradicardia) y la infiltración apergaminada del chancro desaparece súbitamente.

Numerosos casos podríamos citar para demostrar la gran eficacia del yodo en el período preserológico de la sífilis, de cuyo estudio global se infiere:

1? Que el yodo debe emplearse siempre asociado a la medicación antisifilítica en el período inicial, en la fase local de la sífilis (período preserológico). Los chancros se reabsorben y **desaparecen** con mucha mayor rapidez.

2? Que debe ser **administrado** a dosis suficientemente elevadas. De 2 a 4 gramos de yoduro y en los casos excepcionales de intolerancia de 4 a 10 c.c. de una sal sódica de yoduro **orgánico** durante veinte días consecutivos, seguidos de diez de descanso, y así sucesivamente. Las dosis pequeñas de yoduro, salvo contados casos, deben considerarse al igual que las débiles de salvarsán, como mitridizantes y, por consiguiente, inútiles y perjudiciales.

3? Que administrando yódicos antes de la etapa constitucional evitamos las posibilidades de que se produzcan autosuperinfecciones, porque la acción fundente y resolutive del mismo impide la

## Algunas consideraciones sobre índice esplénico

Cuando se trata de medir la cantidad de paludismo en un área o zona determinada, se recurre a la investigación del índice esplénico. Como bien sabemos, de los tres signos físicos del paludismo, la esplenomegalía es uno de los más característicos y constantes, siendo los otros dos fiebre y anemia. Sin embargo, no debe incriminarse al paludismo como causa de todo bazo inflamado, pues existen en los trópicos otras enfermedades capaces de producir esplenomegalías. Entre estas enfermedades, las principales son:

- 1.—Septicemias.
- 2.—Tifo exantemático.
- 3.—Tifoidea y paratifoideas.
- 4.—Sarampión.
- 5.—Varicela y viruela.
- 6.—Parotiditis.
- 7.—Erisipelas.
- 8.—Tuberculosis miliar y peritoneal.
- 9.—Meningitis cerebro-espinal.
- 10.—Fiebre recurrente.
- 11.—Peste bubónica.
- 12.—Heredito-sífilis.
- 13.—Schistosomiasis.
- 14.—Ka]azar.

En los niños menores de 2 años un bazo inflamado debe hacer pensar en la heredito-sífilis.

Hochsinger, piensa que el 70 %, de los niños con bazo palpable durante los primeros tres meses de la vida son heredito-sifilíticos.

pululación o persistencia del espiroqueta en las mallas de tejido fibroso post-cicatrizal.

4? Que en los casos de intolerancia — muy frecuentes en la práctica — es muy interesante

En los niños, el bazo es muy sensible y se hincha fácilmente bajo el influjo del paludismo, de aquí que se aconseja siempre o? -ra obtener la medida del paludismo endémico en una zona conocer el índice esplénico de los niños de escuela, donde se supone asisten niños de todas las clases sociales y de diferentes edades. El bazo es un órgano que normalmente no es palpable, pero que hipertrofiándose puede ser palpable desde el reborde *con* tal hasta la fosa ilíaca conforme el tamaño adquirido.

En los trabajos de campo referentes a malaria, se han propuesto diferentes clasificaciones para los bazos hipertrofiados. Actualmente la clasificación mejor aceptada por los malariólogos es la de Boyd y Missiroli, que consiste en dividir los bazos en cinco clases, conforme el esquema siguiente.

Bazos no palpables	N° 0
Bazos palpables del reborde costal a la mitad de la línea que une este reborde con el ombligo	N° 1
Bazos palpables hasta el ombligo	No 2
Bazos palpables hasta la mitad de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca derecha	N° 3
Bazos palpables en la fosa ilíaca	N° 4.

poder contar con preparados de yodo orgánico perfectamente tolerables que reúnan en grado óptimo propiedades resolutivas similares a los yodos inorgánicos de consuno empleados.

Muy útil sería para la medida y conocimiento del paludismo en nuestro país, medir el índice esplénico de cierto número de escuelas ubicadas en diversas zonas de la República. Recuerdo que el año 1930 en compañía del Dr. Daniel M. Molloy, investigamos el índice esplénico de los niños de la Escuela Primaria de Lima Vieja, Departamento de Cortés, obteniendo el 95 % de bazo positivos. Con anterioridad me había sido posible medir el índice esplénico de las Escuelas Primarias de Santa Rosa de Copan y La Esperanza, obteniendo el 80 y 40 % respectivamente, lo que prueba que el paludismo existe en aquellas zonas tanto como en la Costa Norte.

La ciudad de La Esperanza está situada en uno de los lugares más altos del país y donde la malaria según informes que tengo era casi desconocida hasta hace pocos años. Ahora, aquella zona es tan palúdica como cualquiera otra, pues el paludismo ha sido llevado allá por soldados o trabajadores infectados en las costas.

Quiero recordar en este lugar que el sector del paludismo en este lugar, conforme mis estadios, es posiblemente el anofeles hectoris, descrito por Giaquinto Mira, como el vector del paludismo en los alrededores de la ciudad de Guatemala.

Deseando conocer el índice esplénico de los niños de 2 a 10 años ingresados al Servicio de Niños del Hospital San Felipe, y después de haber eliminado cuidadosamente las diversas causas que pueden producir la hipertrofia del bazo fuera del palu-

dismo, obtuve en dos medidas practicadas la una en agosto del año pasado, que fue uno de los meses más palúdicos, y la otra en febrero del corriente año, los números siguientes: Para agosto el 80 % y para febrero el 37.5 %. En agosto fueron estudiados 40 niños obteniendo:

Bazos Nº 0	- 8
" Nº 1	- 12
" Nº 2	- 10
" Nº 3	- 6
" Nº 4	- 4
Total	- 40

En febrero, por haber disminuido el número de niños asilados, el estudio se redujo a 24, obteniendo:

Bazos Nº 0	- 15
" Nº 1	- 4
" Nº 2	- 3
" Nº 3	- 2
" Nº 4	- 0
Total	- 24

Los datos anteriores demuestran que durante el año pasado fue el paludismo la enfermedad que produjo el mayor número de entradas al Servicio de Niños. Durante el curso de este año fueron observados varios casos de paludismo agudo, positivos al examen de sangre en niños de muy corta edad, siendo el paciente de menor edad de 22 días.

El paludismo constituye el magno problema de la Pediatría en Honduras.

*Antonio Vidal.*

Tegucigalpa, febrero de 1931.