



año 1916

Núm. 3080

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Min. B. - Q. 67

TRATAMIENTO POR LAS VIAS NATURALES

DE LOS

Neoplasmas de la Vejiga

TESIS

PRESENTADA PARA ÓPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

NICOLÁS IRIANNI

Ex-practicante del Instituto Jenner (1910)

Ex-ayudante, por concurso de clasificaciones, del Laboratorio Central del
Hospital Nacional de Clínicas (1912)

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1913-1914)

Ex-practicante menor interno, por concurso, del Hospital Rawson (1914-1915)

Ex-practicante mayor interno, por concurso, del Hospital Rawson (1915-1916)



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía., Belgrano 475

1916



TRATAMIENTO POR LAS VIAS NATURALES
DE LOS
NEOPLASMAS DE LA VEJIGA

10/1

Año 1916

Núm. 3080

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO POR LAS VIAS NATURALES

DE LOS

Neoplasmas de la Vejiga

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS IRIANNI

Ex-practicante del Instituto Jenner (1910)

Ex-ayudante, por concurso de clasificaciones, del Laboratorio Central del
Hospital Nacional de Clínicas (1912)

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1913-1914)

Ex-practicante menor interno, por concurso, del Hospital Rawson (1914-1915)

Ex-practicante mayor interno, por concurso, del Hospital Rawson (1915-1916)



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía., Belgrano 475

1916



La Facultad no se hace solidaria de
las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

Facultad de Ciencias Médicas

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

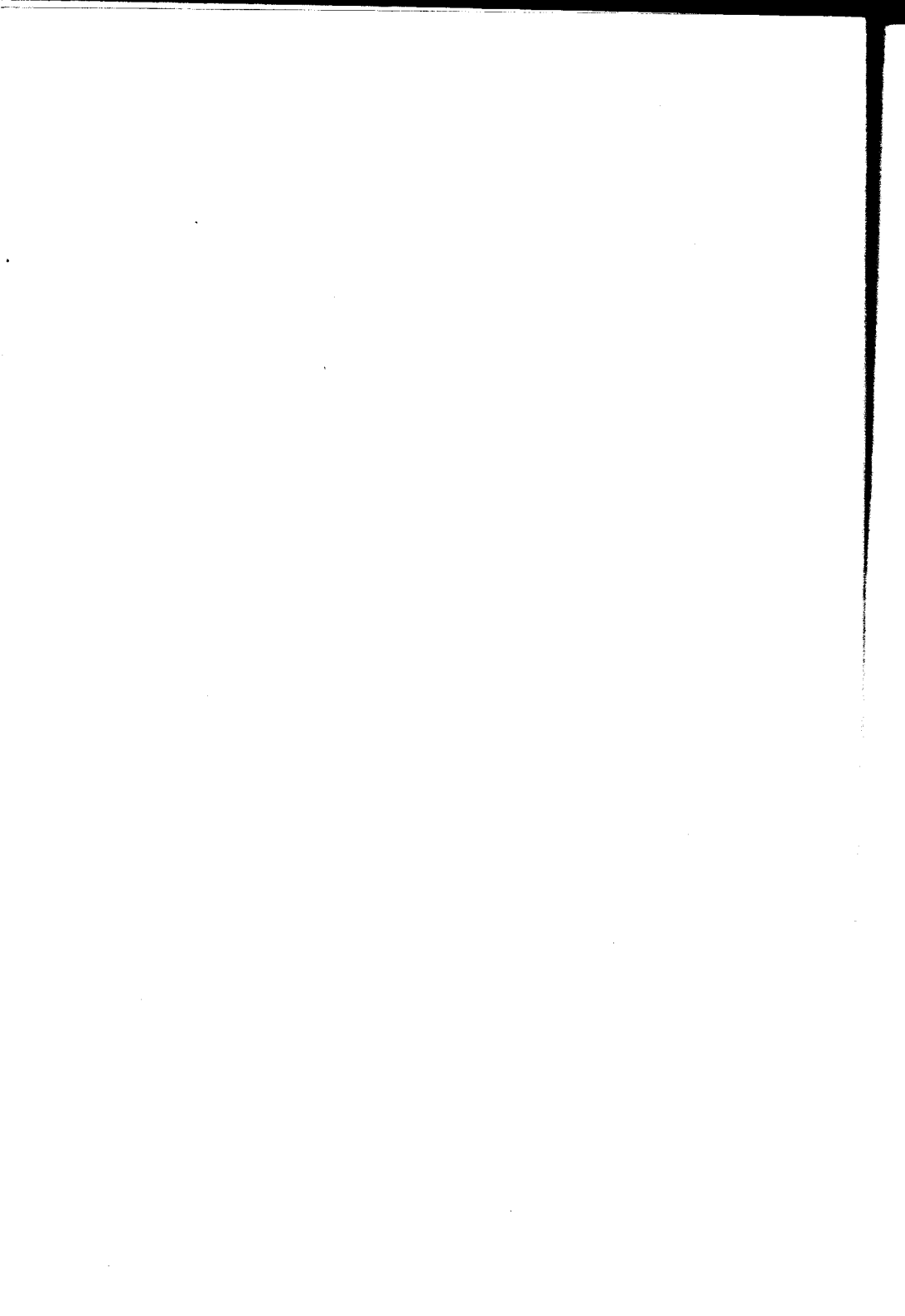
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- 1 DR. D. EUFEMIO UBALLES
- 2 » » PEDRO N. ARATA
- 3 » » ROBERTO WERNICKE
- 4 » » PEDRO LAGLEYZE
- 5 » » JOSÉ PENNA
- 6 » » LUIS GÜEMES
- 7 » » ELISEO CANTÓN
- 8 » » ANTONIO C. GANDOLFO
- 9 » » ENRIQUE BAZTERRICA
- 10 » » DANIEL J. CRANWELL
- 11 » » HORACIO G. PIÑERO
- 12 » » JUAN A. BOERI
- 13 » » ANGEL GALLARDO
- 14 » » CARLOS MALBRAM
- 15 » » M. HERRERA VEGAS
- 16 » » ANGEL M. CENTENO
- 17 » » FRANCISCO A. SICARDI
- 18 » » DIÓGENES DECOUD
- 19 » » BALDOMERO SOMMER
- 20 » » DESIDERIO F. DAVEL
- 21 » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
- 22 » » DOMINGO CABRED
- 23 » » ABEL AYERZA
- 24 » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

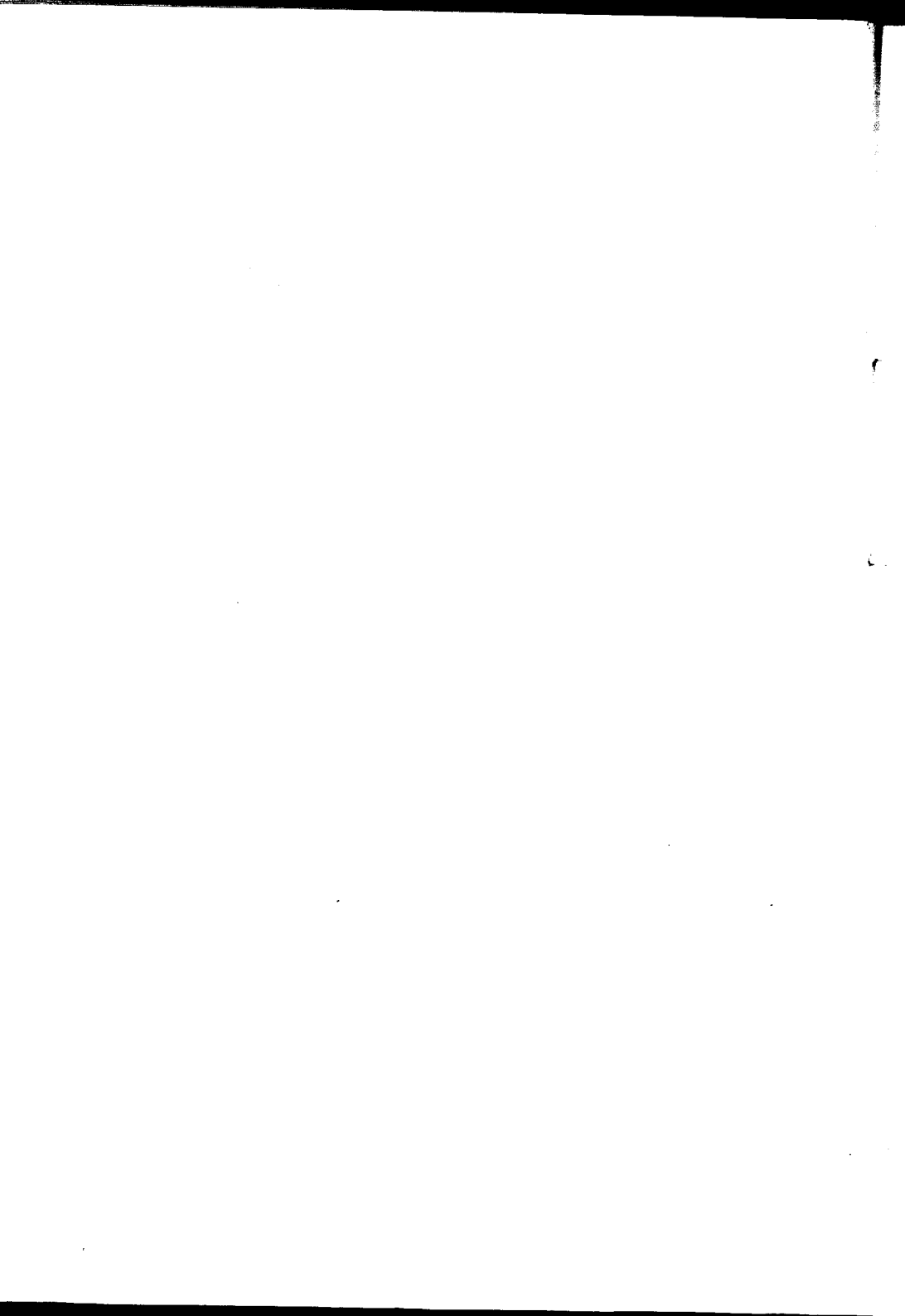


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

- 1 DR. D. TELÉMACO SUSINI
- 2 » » EMILIO R. CONI
- 3 » » OLINTO DE MAGALHÃES
- 4 » » FERNANDO VIDAL
- 5 » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

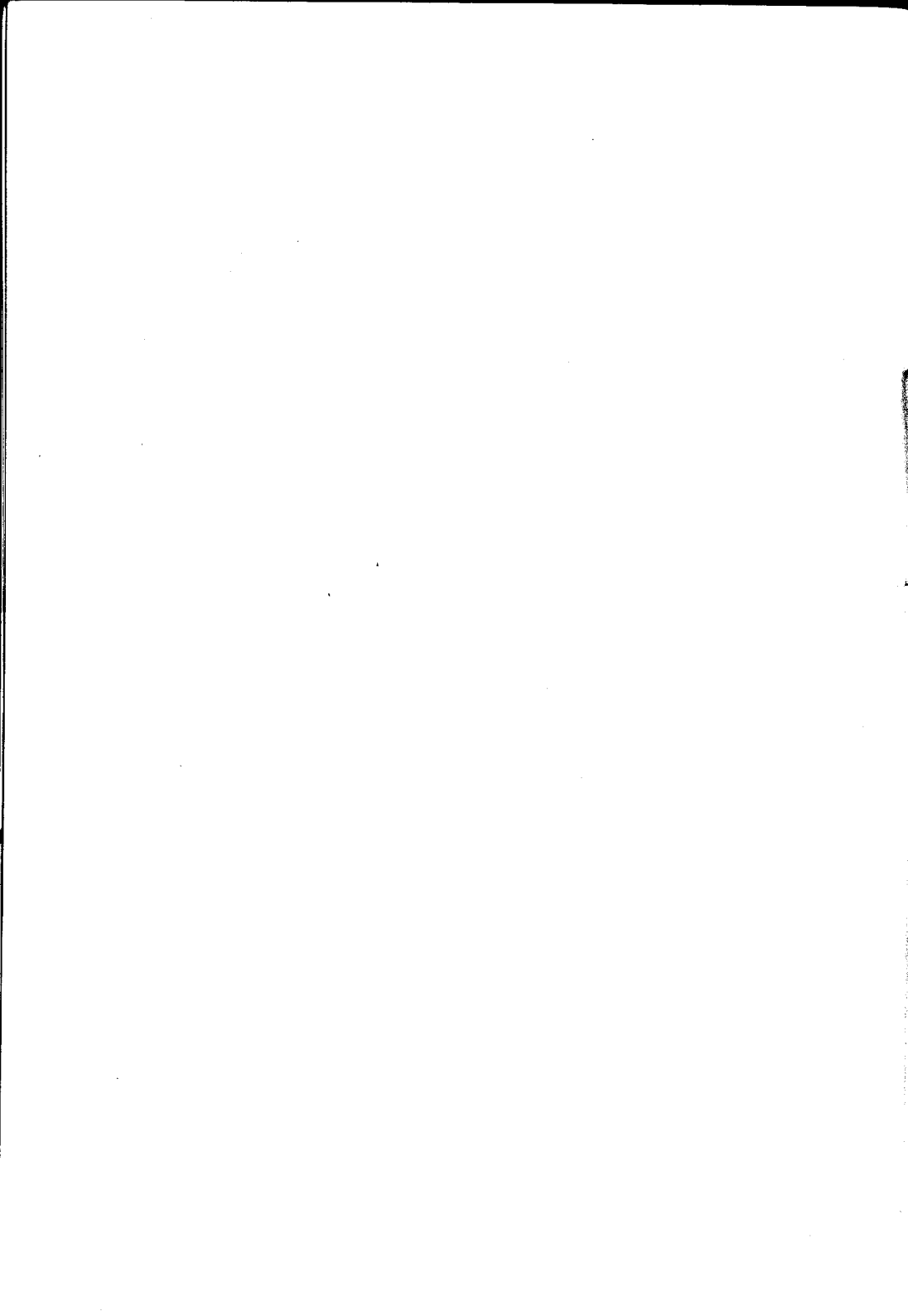
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CEBTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

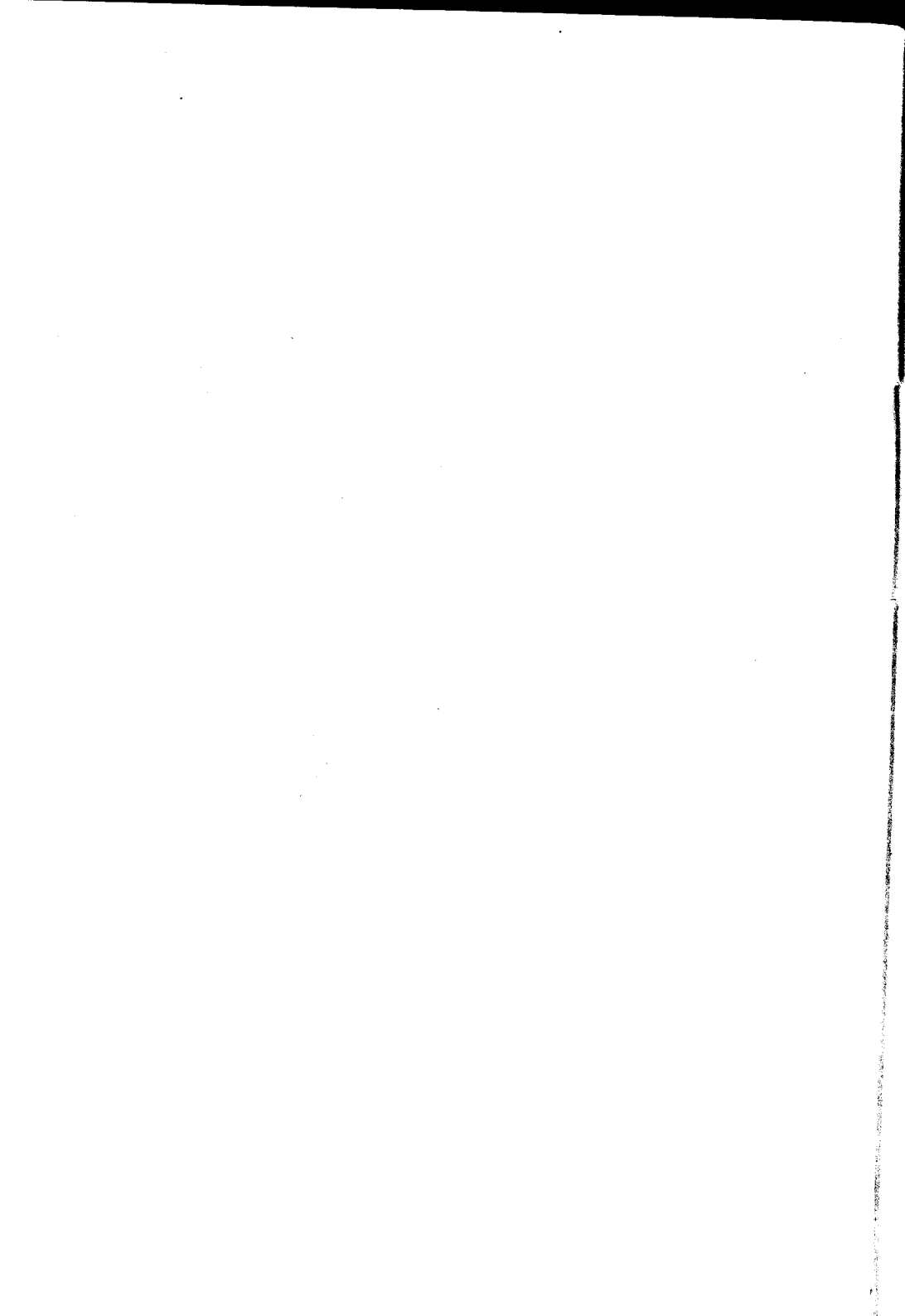
Profesores Honorarios

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » J. Z. ARCE
 - » PEDRO N. ARATA
 - » FRANCISCO DE VEIGA
 - » ELISEO CANTÓN
 - » JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

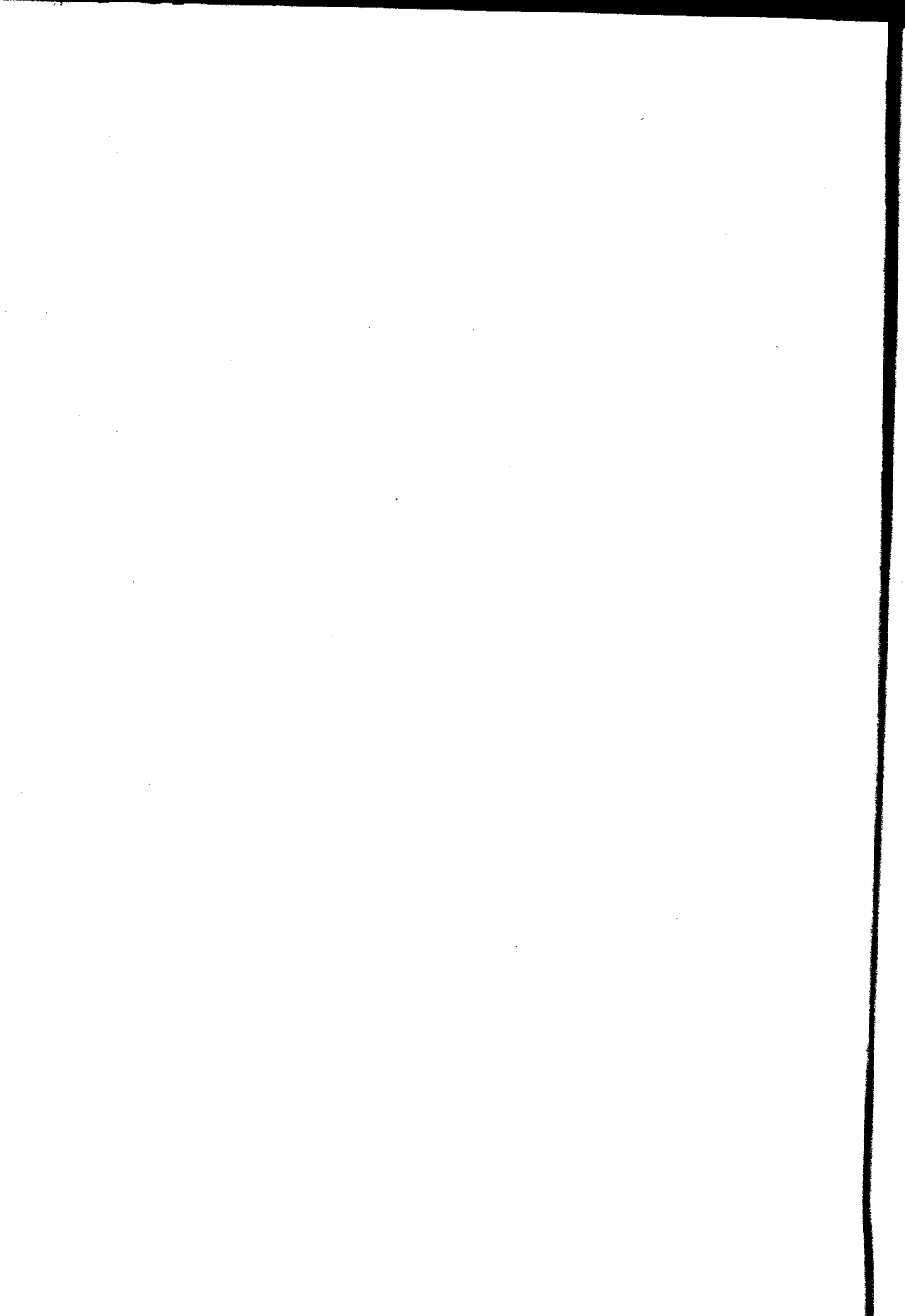
Asignaturas	Dr.	Catedráticos titulares
Zoología Médica.....		PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	*	LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	*	RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	*	RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva.....	*	JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva.....	*	PEDRO BELOU
Química Médica.....	*	ATANASIO QUIROGA
Histología.....	»	RODOLFO DE GALNZA
Física Médica.....	»	ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	»	HORACTO G. PIÑERO
Bacteriología.....	»	CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	»	PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	»	RICARDO CHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	»	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.....	»	DAVID SPERONI
Anatomía Patológica.....	»	AYELINO GUTIERREZ
Materia Médica y Terapéutica.....	»	TELEMACO SUSINI
Patología Externa.....	»	JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria.....	»	DANIEL J. CRANWELL
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	»	LEANDRO VALLE
» Génito-urinarias.....	»	BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental.....	»	PEDRO BENEDIT
Clinica Epidemiológica.....	»	JUAN B. SEÑORANS
» Oto-rino-laringológica.....	»	JOSÉ PENNA
Patología Interna.....	»	EDUARDO OBEJERO
Clinica Oftalmológica.....	»	MARCIAL V. QUIROGA
» Médica.....	»	PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	»	LUIS GÜEMES
» Médica.....	»	LUIS AGOTE
» Médica.....	»	IGNACIO ALLENDE
» Quirúrgica.....	»	ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	»	PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	»	DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	»	ANTONIO C. GAUDOLFO
» Quirúrgica.....	»	MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	»	JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	»	DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	»	ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	»	SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	»	ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	»	DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	»	ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

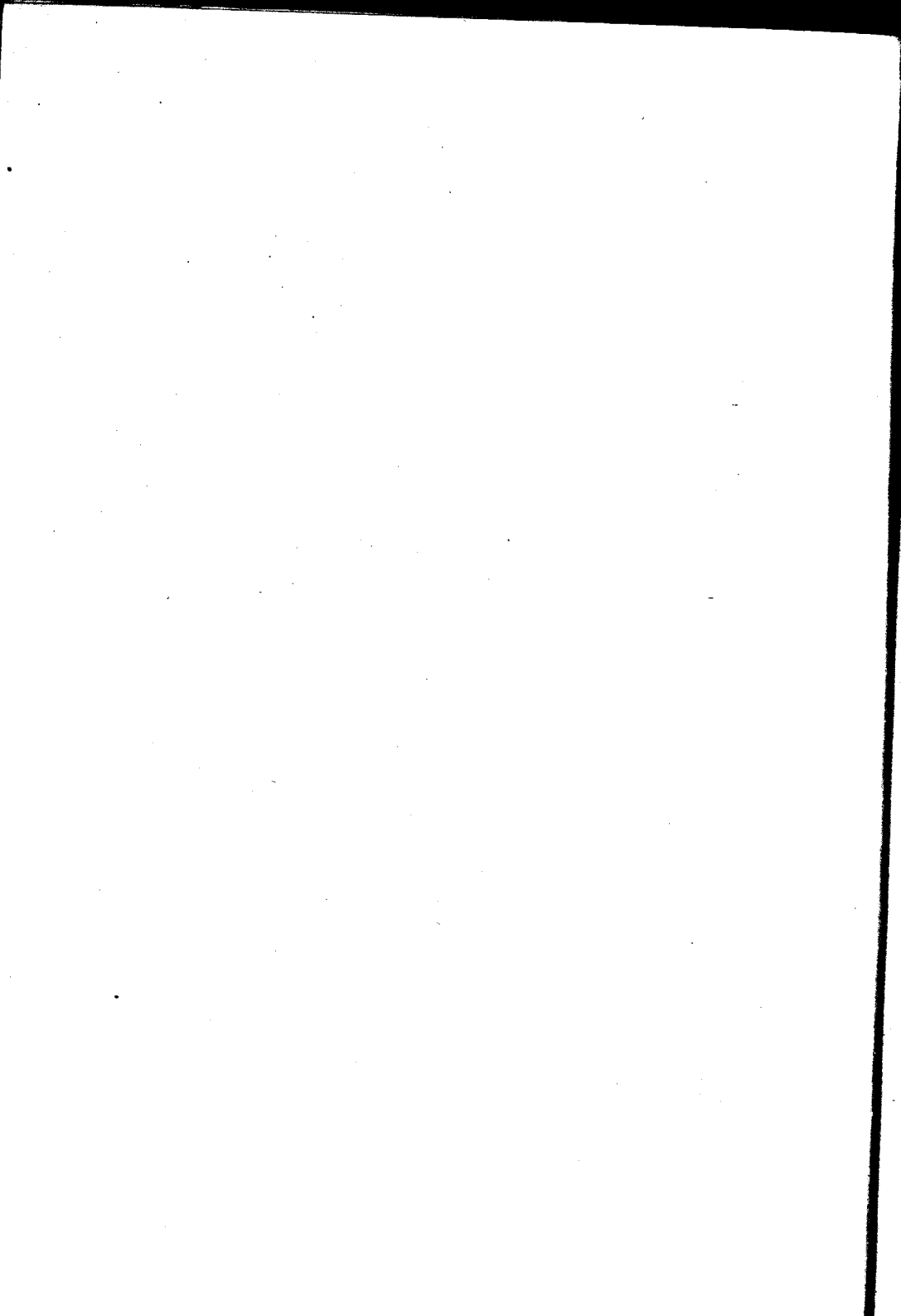
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELEFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Psiquiátrica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Pediátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica.....	» BENJAMIN T. SOLARI
Patología interna.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica oto-rino-laringológica.....	» MANUEL A. SANTOS
» Psiquiátrica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA
	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

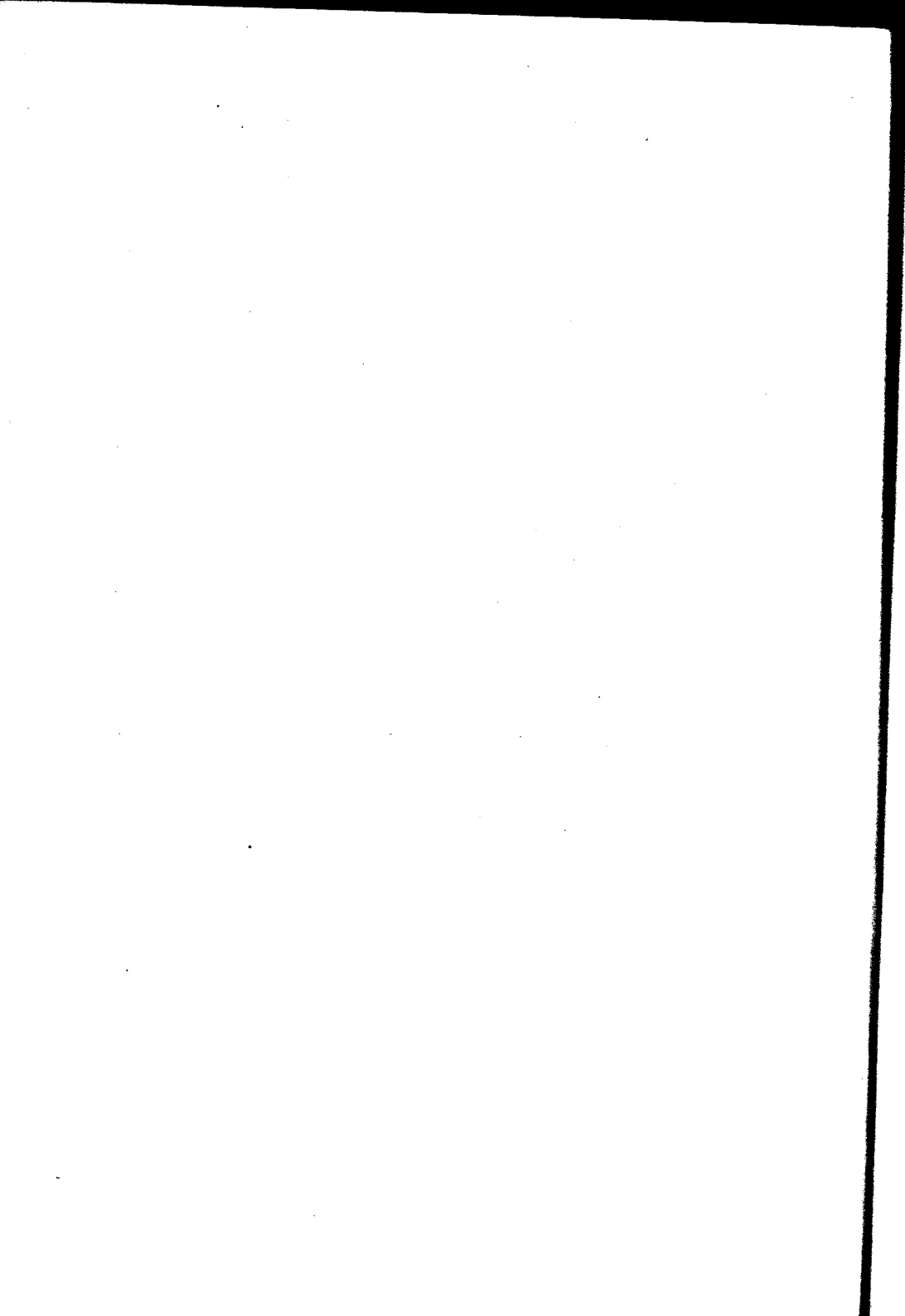
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
» » ».....	» FRANK L. SOLER
» » ».....	» BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología.....	» RODOLFO RIVAROLA
» » ».....	» ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	» GERMAN ANSCHÜTZ
Higiene médica.....	» BENJAMIN GALARCE
» » ».....	» FELIPE A. JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	» MANUEL V. CARBONELL
» » ».....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica.....	» ALFREDO VITÓN
» » ».....	» JOAQUIN LAMBIAZ
Materia médica y Terapia.....	» ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO
Patología Externa.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» » ».....	» CARLOS ROBERTSON
» » ».....	» FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	» CASTELFORT LUGONES
» » ».....	» NICOLÁS V. GRECO
» » Génito-Urinaría.....	» PEDRO L. BALINA
» » ».....	» BERNARDINO MARAINI
» » ».....	» JOAQUIN NIN POSADAS
» » Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
» » Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
» » ».....	» ADOLFO NOCETI
» » Oto-rino-laringológica.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
» » ».....	» MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología Interna.....	» PEDRO LABAQUI
» » ».....	» LEONIDAS JORGE FACTO
» » ».....	» PABLO M. BARLARO
» » ».....	» EDUARDO MARIÑO
Clinica Quirúrgica.....	» JOSÉ ARCE
» » ».....	» ARMANDO R. MAROTTA
» » ».....	» LUIS A. TAMINI
» » ».....	» MIGUEL SUSSINI
» » ».....	» ROBERTO SOLE
» » ».....	» PEDRO CHUTRO
» » ».....	» JOSÉ M. JORGE (h)
» » ».....	» OSCAR COPELLO
» » Médica.....	» ADOLFO F. LANDIVAR
» » ».....	» JUAN JOSÉ VITÓN
» » ».....	» PABLO J. MORSALINE
» » ».....	» RAFAEL A. BULLRICH
» » ».....	» IGNACIO IMAZ
» » ».....	» PEDRO ESCUDERO
» » ».....	» MARIANO R. CASTEX
» » ».....	» PEDRO J. GARCÍA
» » ».....	» JOSÉ DESTÉFANO
» » ».....	» JUAN R. GOYENA
» » ».....	» MAMERTO ACUÑA
» » ».....	» GENARO SISTO
» » ».....	» PEDRO DE ELIZALDE
» » ».....	» FERNANDO SCHWEIZER
» » ».....	» JUAN CARLOS NAVARRO
» » ».....	» JAIME SALVADOR
» » ».....	» TORIBIO PICCARDO
» » ».....	» CARLOS R. CIRIO
» » ».....	» OSVALDO L. BOTTARO
» » ».....	» ARTURO ENRIQUES
» » ».....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» » ».....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
Clinica Obstétrica.....	» JUAN B. GONZALEZ
» » ».....	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
» » ».....	» JUAN A. GABASTOU
» » ».....	» ENRIQUE A. BOERO
» » ».....	» JOAQUIN V. GRECO
» » ».....	» JAVIER BRANDAN
» » ».....	» ANTONIO PODESTÀ
Medicina Legal.....	



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general Anatomía, Fisiología comparada	Dr. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas ..	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI » OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física Farmacéutica	
Química orgánica	{ Sr. PEDRO J. MESIGOS » LUIS GUALIALMELLI
Química analítica	
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

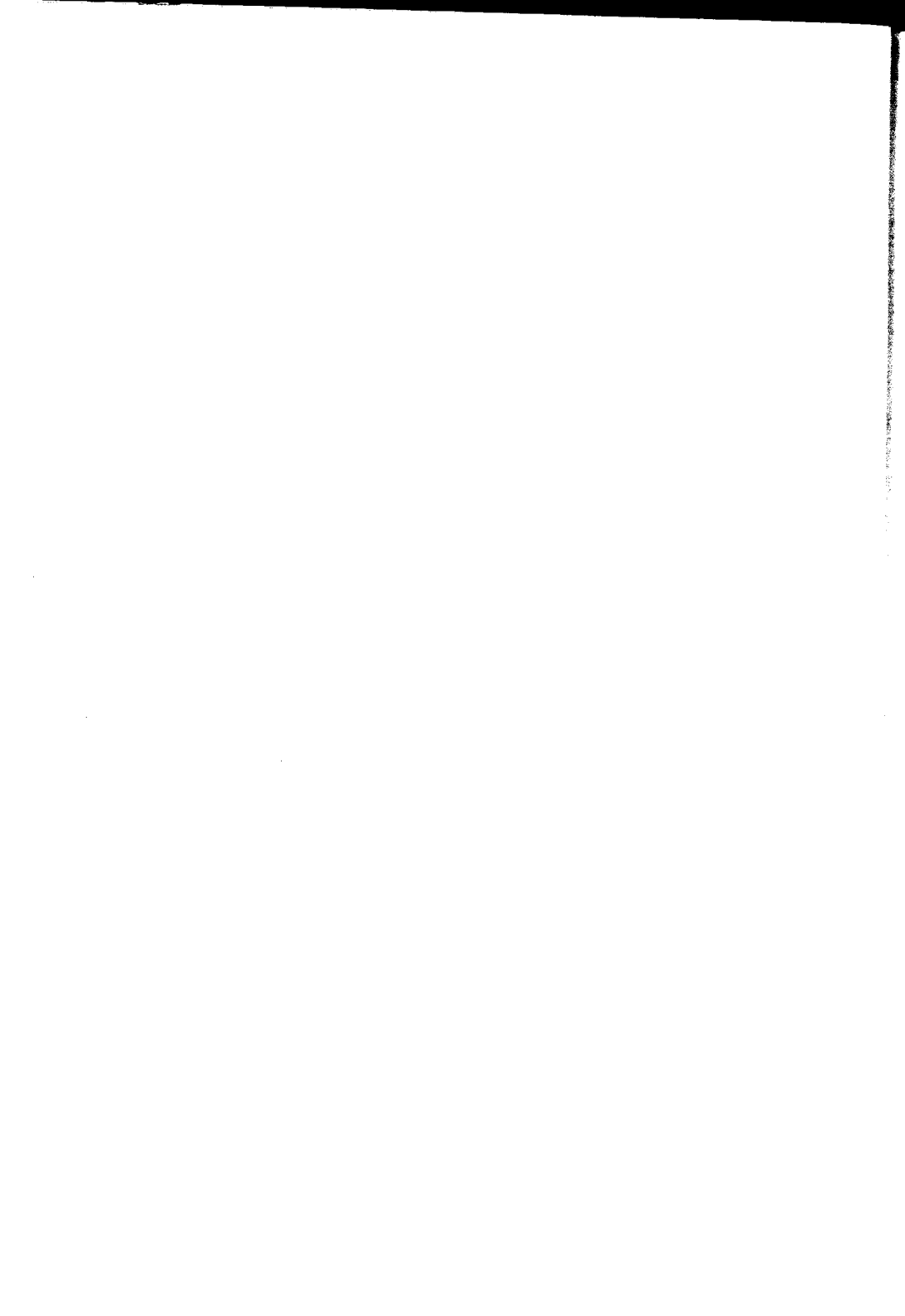
Asignaturas

Catedráticos titulares

1er. año.....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	• LEON PEREYRA
3er. año.....	• N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
• TOMÁS S. VARELA (2º año)
• JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. JUAN C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica Obstétrica Dr. EANOR VELARDE

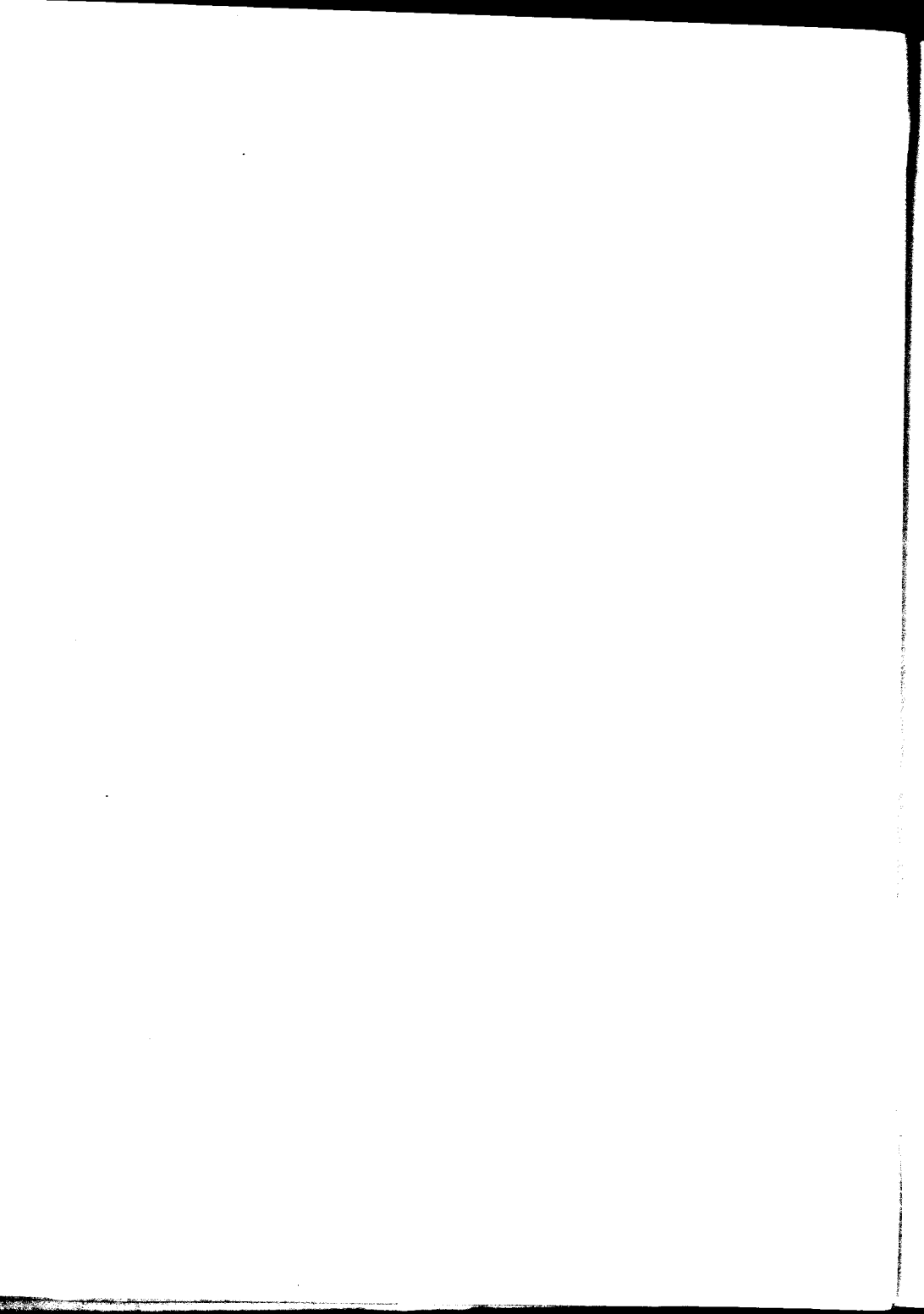
Puericultura UBALDO FERNANDEZ



Padrino de tesis:

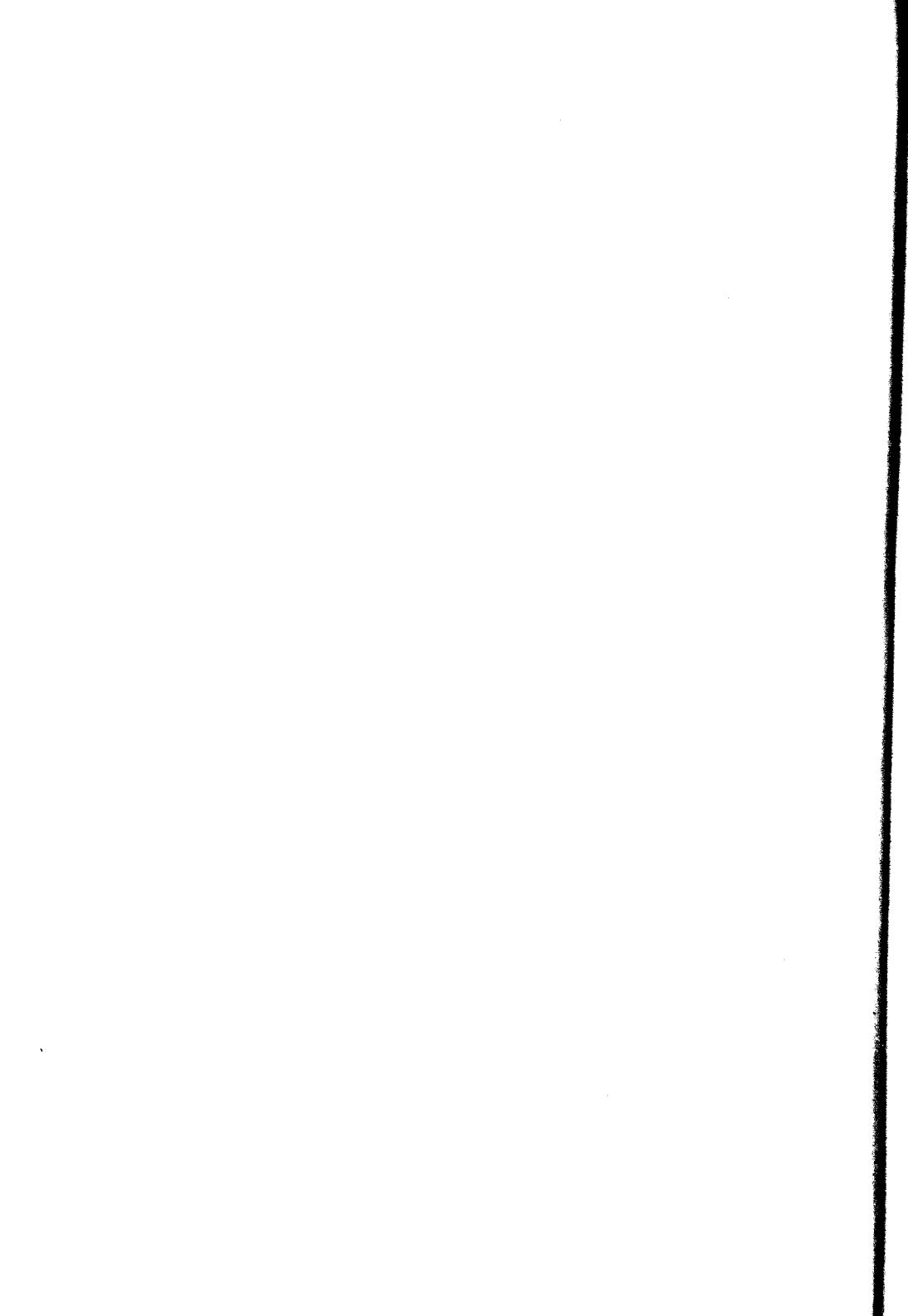
Doctor Bernardino Maraini

Profesor suplente de Clínica Génito-Urinarías
Jefe de la Sala I Pabellón VI del Hospital Rawson



A MIS PADRES

Testimonio de eterno agradecimiento.



A MIS HERMANOS

Cariñosamente.



A mi compañero de estudio

Dr. Luis Angel Vanasco

con quien he compartido las incertidumbres y las alegrías del triunfo,
en cada prueba anual

Al practicante mayor interno del Hospital Rawson

Cóclite A. Bosisio

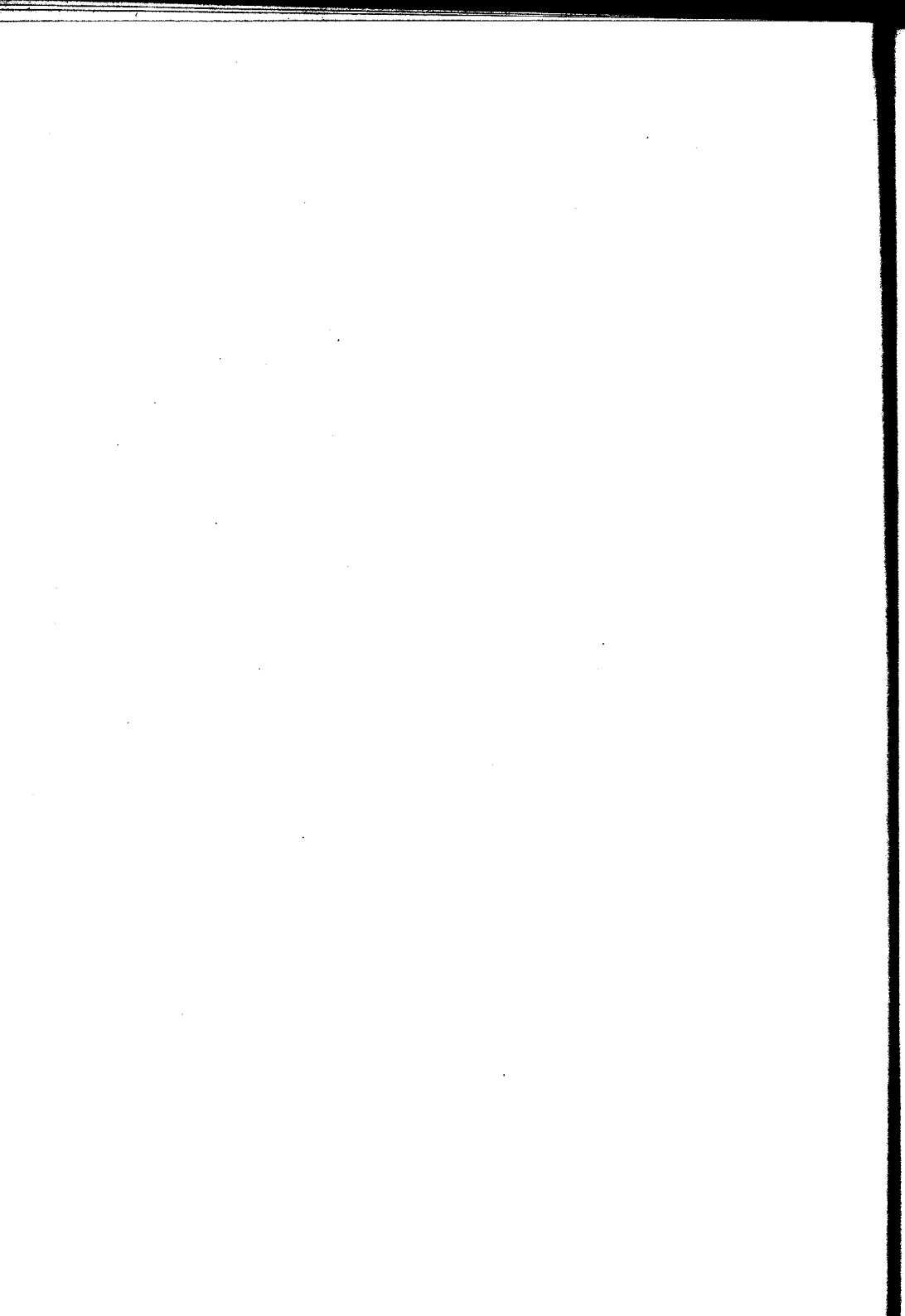
a quien me une una amistad inquebrantable



A LOS MÍOS

Y

A MIS AMIGOS



Señores Consejeros:

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Fiel al título que encabeza las líneas de mi tesis, último trabajo exigido por la Facultad para optar al grado de Doctor en Medicina, y que humilde y respetuosamente presento a vuestra sabia consideración, séame permitido pasar por sobre todo aquello que se relacione con la historia, etiología, clasificación, estudio anatómico-patológico, sintomatología, diagnóstico y pronóstico de los neoplasmas de la vejiga, para limitarme al estudio del tratamiento por las vías naturales, en general, y de la aplicación de las corrientes de alta frecuencia, en particular.

Seducido por los brillantes resultados que el tratamiento de los tumores vesicales mediante el empleo del método de Edwin Beer o Electrocoagulación, puesto en práctica entre nosotros por el Dr. Bernardino Maraini, y que me ha tocado en suerte constatar mientras fui practicante mayor del Servicio de Clínica Génito-Urinaría del Hospital Rawson, no he podido resistir a la tentación de dar cuenta de esos resultados, adoptando el "Tratamiento por las vías naturales de los neoplasmas de la vejiga" como tema de este trabajo.

Fuera un olvido imperdonable que al abandonar las aulas de la Facultad, y mi túnica blanca de practicante, no rindiera justo homenaje de reconocimiento a los profesores de la escuela, y a mis je-

fes de sala, mis buenos maestros, que como los doctores: Martín Réibel, Oscar Ferrari, Juan José Vitón, Enrique Finochietto, Bernardino Maraini, a quien debo el tema y el honor que me dispensa como padrino de tesis, tanto han contribuido con sus sabias lecciones a cimentar mi preparación para el apostolado que con ahínco y devoción inicio.

Al Director del Hospital Rawson, el viejo y querido hogar, Dr. Arturo J. Medina, mis respetuosos homenajes.

Al Profesor Dr. Leonidas J. Facio, para quien, aunque no he tenido la dicha y el honor de ser su practicante, guardo la admiración que se tributa a los grandes maestros.

A los Doctores M. Alurralde, C. Seminario, L. M. Guerello, M. Olaciregui, P. B. Oscamou, Comolli, Bardi, Trucco, Montenegro, Sojo, Ulrich, R. Finochietto, Calderón, gratitud por sus enseñanzas y delicadas atenciones.

A los médicos internos, doctores: Gené, Pasman, Marty, de quienes he recibido en los momentos de guardia muchas nociones de medicina de urgencia, agradecimiento.

A mis compañeros de internado, un abrazo fraternal.

CAPITULO I

Historia

Las primeras tentativas de tratamiento por las vías naturales de los neoplasmas de la vejiga remontan a la época de Civiale, quien con el empleo de su trilabio extirpa papilomas localizados en el orificio interno de la uretra.

Carter, en 1881, arranca con pinzas un tumor pediculado.

Spencer Wells, relata en 1883, tres casos de pequeños pólipos extraídos a través de la uretra dilatada. En 1885, Grünfeld extirpa un tumor vesical previo examen endoscópico y de la misma manera procede Geza von Antal, quien arranca dos pólipos empleando un litotritor.

Guyon, en 1887, aborda papilomas mediante el empleo del ansa galvánica.

Estas intervenciones a ciegas, por decirlo así, se transforman adquiriendo un gran empuje con los progresos de la cistoscopia, y es Max Nitze, seguido muy de cerca por Casper, quien inicia en 1891 la era del tratamiento endovesical de los neoplasmas, bajo el control de la vista, valiéndose de un instrumental apropiado que consiste en el empleo de dispositivos especiales aplicados a los cistoscopios.

Nitze en su iniciación no emplea las vías naturales más que en las recidivas o en los pequeños tumores y describe en "Centralblatt Für Chirurgie" el primer modelo de su cistoscopio operador.

En el mismo año 1881, poco después de Nitze, describe Casper en "Handbuch der Kystoskopie", su primer modelo: el ansa fría.

Luys, Kersmacker, emplean un cistoscopio a visión directa a través del cual llevan al reservorio urinario sea un cauterio, sea un ansa. Cáspari relata la extracción de un pequeño tumor, en una mujer, mediante este procedimiento, y Marion dice haber cauterizado a través de un tubo cistoscópico de Luys un pequeño pólipo implantado sobre el cuello vesical.

Baer, Kromer, Brenner, hacen construir sus cistoscopios operadores en los cuales estando la porción óptica en la vejiga conducen a manera de una sonda ureteral hacia el tumor, un ansa, un cauterio, una pinza, etc.

En 1905 describe Casper su segundo modelo modificado en 1910 por Stark.

Max Nitze modifica paulatinamente su instrumental dando a conocer en "Lehrbuch der Kistoskopie 1907" el gálvano-cauterio con ansa de platino.

En 1907 describe Klose su cauterio perforado, y en "Medizinische Klinik 1909" Lohnstein el cistoscopio que lleva su nombre.

En la décima tercera sesión de la Asociación Americana de Urología, año 1909, presenta Young la pinza cortante cistoscópica.

Boehme en "Zeitschrift für Urologie 1909" relata un perfeccionamiento del cistoscopio con ansa de Nitze adoptado por Marión y reemplazado luego por su pinza-cauterio, que al decir de Heitz Boyer y Cottenot parece alcanzar el máximo de simplicidad y de eficacia en lo que concierne al método clásico de gálvano-cauterización.

A Edwin Beer, de New York, corresponde el mérito de haber aplicado por primera vez, en marzo de 1910, las corrientes de alta frecuencia en el tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales, y a sus dos casos tratados por este método se agregan poco después los cinco de su compatriota Keyes, la historia del papiloma tratado por Harpster, el relato de los dos enfermos de Sinclair,

Las cuatro observaciones de tumores vegetantes tratados por Thomas, las aplicaciones de Mac Carthy, y la comunicación que a este respecto hacen, en el XV congreso de la Asociación Francesa de Urología, octubre de 1911, Mauricio Heitz Boyer y Cottenot sosteniendo la eficacia de las corrientes de alta frecuencia con la relación de 19 casos, a pesar de que estos autores emplean esas corrientes según un principio y una técnica distinta de la creada por el autor americano.

En la Sociedad Urológica de Berlín, Edwin Beer comunica en 1912 el conjunto de los resultados obtenidos con su método y mediante el cual habíanse tratado en América, ciento ochenta y siete, y en Europa, (Francia, Alemania, Austria), veinte y ocho tumores de la vejiga.

F. Leguen, aplica las corrientes de alta frecuencia en diez enfermos que representan un total de diez y siete tumores, y a juzgar por el juicio vertido en su artículo publicado en "Archives Urologiques, junio 1913", declárase partidario del método de Beer.

Paul Pilcher, estudiando los veinte y cinco casos operados por él, observa que las resecciones vesicales son seguidas de recaídas rápidas, mucho más dolorosas y molestas que el tumor primitivo.

Con el empleo de las corrientes de alta frecuencia, obtiene la curación de papilomas múltiples sin recidivas; y en un caso de recidiva operatoria la corriente bipolar de D'Arsonval le priva del riesgo de practicar una operación grave, complicada, cuyas consecuencias eran difíciles de prever, pues tratábase de un tumor localizado en el trígono, en la embocadura de los uréteres y que hubiera exigido la resección de vejiga con trasplatación de aquéllos. Teniendo en cuenta los éxitos anotados, Pilcher abandona el método operatorio sustituyéndolo por las corrientes que asocia en caso necesario a una cistotomía completada con la destrucción del tumor mediante las chispas de Heitz Boyer y Cotte-

not; y en efecto después de esta publicación en "American Journal of Surgery, abril 1913", relata en septiembre del mismo año en "The Urologic and Cutaneous Review" la historia de un hombre de 45 años que tenía la vejiga llena de papilomas y en el cual la aplicación semanal de corrientes de alta frecuencia, de Enero a Julio 1912, hace desaparecer, y la de un segundo enfermo de 32 años afectado de un grueso papiloma en la pared vesical izquierda, tratado con éxito.

H. Binney, de Boston, emplea las corrientes de alta frecuencia en tres casos de tumores recidivados obteniendo con su empleo lo que no había podido conseguir mediante la talla supra-pubiana.

Bajo el título de "Un caso notable de eficacia de las corrientes de alta frecuencia en el tratamiento de los tumores de la vejiga", relata J. Dellinger Barney en "The Boston Medical Surgery Journal" la historia de un enfermo de setenta años afectado de un tumor pediculado sobre la cara posterior de la vejiga.

Desde la séptima sesión este neoplasma, primitivamente del tamaño de una mandarina, queda reducido a un pequeño nódulo. Este caso de Dellinger Barney es tanto más interesante, cuanto que, por un error de interpretación, se piensa en una infiltración maligna, al observar, en la octava sesión, un cierto número de pequeñas pápulas infiltrando la mucosa, error que acarrea una intervención y permite de visu constatar la acción destructiva de las corrientes sobre el neoplasma, el que ni ulcerado ni necrótico en el comienzo del tratamiento, se encuentra en la operación indurado sobre sus bordes y ulcerado en su centro.

Las pequeñas pápulas, que infiltrando la mucosa simularon un carcinoma infiltrante, eran debidas a la reacción de la mucosa vesical producto de la acción irritativa de las corrientes, reacción observada y mencionada según Keyes, por Edwin Beer y

Mac Carthy, y que para ser suprimida sólo requiere la interrupción del tratamiento durante varias semanas.

Gracias al error de Barney, examinóse por primera vez de visu el neoplasma, entre todos los casos hasta entonces tratados, cierto tiempo después de la curación presumida.

En el XVII congreso de la Asociación Francesa de Urología, relata Mauricio Heitz Boyer los resultados que había obtenido empleando las corrientes de alta frecuencia en el tratamiento de ciertas ulceraciones tuberculosas rebeldes de la vejiga detallando cuatro meses más tarde en "Journal d'Urologie" las condiciones indispensables para el éxito de esta nueva aplicación de las corrientes, es decir, la limitación de las lesiones tuberculosas a la mucosa vesical, condiciones raras y limitadas a un reducido número de casos por cierto, pues las lesiones de esta naturaleza son casi siempre secundarias a otra localización, renal la mayoría de las veces, como en el caso de la enferma que este autor menciona en dicha publicación, la que habiendo sufrido una nefrectomía por tuberculosis de riñón derecho, presentaba al examen cistoscópico de la vejiga lesiones localizadas por encima de cada orificio ureteral bajo forma de ulceraciones y que clínicamente se revelaban por fenómenos de cistitis. La aplicación en una sola sesión durante diez minutos, de las corrientes de alta frecuencia, termina con las ulceraciones y con los fenómenos clínicos treinta y nueve días más tarde.

Este mismo autor propone en noviembre de 1913, en los casos de tumores voluminosos que exigen para su tratamiento por las vías naturales una labor larga, dificultosa, delicada, y una colaboración activa de parte del paciente y del cirujano, un procedimiento en dos tiempos, y del que hablaremos someramente más adelante.

Lepontre y d'Halleum publican en "Revue Clini-

que D'Urologie", enero 1914, cinco casos de papilomas tratados por el método de Beer, y concluyen que: "Entre los métodos endovesicales, la electrocoagulación parece hasta aquí el método de elección, puesto que es el más simple, el más fácil a ejecutar y el más benigno en sus consecuencias inmediatas. El solo inconveniente que se le puede reprochar es el de necesitar sesiones numerosas".

Oppenheimer, de Francfort, propone en 1913, en "Zeitschrift für Urologie" su método de tratamiento electrolítico de los papilomas vesicales.

Entre nosotros, el Dr. Bernardino Maraini, cirujano del hospital Rawson, inicia en diciembre de 1914 el tratamiento de los neoplasmas vesicales por las vías naturales, mediante las corrientes de alta frecuencia a gran intensidad y baja tensión, es decir, siguiendo el método de la electrocoagulación de Edwin Beer, que prefiere al del etincelaje de Heitz Boyer y Cottenot, por considerarlo más simple y menos doloroso, según las observaciones de Legueu, y por no exigir como el método francés un cistoscopio especial para dar paso a sondas eléctricas de mayor calibre, a causa de la capa aisladora más gruesa que precisan.

En "La Semana Médica", mayo 27 de 1915, publica el Dr. Maraini los resultados obtenidos en siete enfermos sometidos hasta entonces al tratamiento y cuyas historias pueden leerse en el capítulo "Observaciones" de esta tesis.

"Y estos resultados—dice el profesor suplente de Clínica Génito-Urinaría de nuestra escuela—son tan sorprendentes y halagadores, que podrá decirse dentro de poco que sucederá con la aplicación de las corrientes de alta frecuencia en los neoplasmas de la vejiga lo que ha sucedido con la litotricia, es decir: que así como en los cálculos vesicales, la litotricia es el método de elección y la cistotomía el de excepción, así será en los neoplasmas, la electrocoagulación el método de elección y la talla el de excepción".

CAPITULO II

Indicaciones y Contraindicaciones

Todos los neoplasmas de la vejiga no son acreedores del tratamiento endoscópico, es decir, que el tratamiento por las vías naturales no excluye completamente, pero sustituye en el mayor número de los casos, limitando de manera considerable gracias a los progresos crecientes el empleo de las vías artificiales.

Dice Marion, hablando de su pinza-cauterio: "Entre los tumores pediculados o sesiles, todos aquellos cuyas partes constitutivas son visibles simultáneamente en el campo del cistoscopio colocado en posición central en la vejiga, es decir, aquellos cuyo volumen no es superior al de una pequeña nuez, deben ser extraídos por las vías naturales. Y más aún, aquellos neoplasmas que sin ser voluminosos escapan a la acción destructiva de la pinza-cauterio en razón de su asiento sobre la pared vesical posterior, pueden ser extraídos mediante el empleo de un cistoscopio operador análogo al de Brenner".

Heitz Boyer al establecer las indicaciones de su método cree en la posibilidad de destruir todos los tumores de la vejiga que no presenten un carácter maligno, que no sean anormales por su volumen, es decir, de dimensiones mayores al de un durazno, ni anormales por su número como los casos de vegetaciones que por su aglomeración ocultan debajo de ellas la pared vesical. Basado en la observación de los casos tratados, este autor divide los neoplasmas acreedores del tratamiento endoscópico por las co-

rrientes de alta frecuencia, teniendo en cuenta su volumen en tres variedades: **tumores pequeños**, del tamaño de una cabeza de alfiler al de un guisante; **tumores medianos**, cuyo tamaño varía de un guisante a una avellana; **tumores voluminosos**, dimensiones de una nuez a un durazno.

En el capítulo consagrado a la técnica intravesical, veremos como Heitz Boyer aborda los tumores medianos y voluminosos según sean sesiles o pediculados, y, entre estos últimos, a pedículo visible o invisible.

En "Journal D'Urologie", tomo IV, N. 5, el autor que acabamos de mencionar propone para los tumores que escapan por su volumen a la acción exclusiva de las corrientes de alta frecuencia, a menos de someterse al riesgo de una labor dificultosa y fatigante, su **procedimiento en dos tiempos**, que consiste en practicar en un primer tiempo: una talla hipogástrica, reconocer el tumor, colocar un clamps acodado sobre su pedículo, pasar una ligadura por debajo del clamps, seccionar el tumor por encima y luego retirar el clamps.

La incisión vesical es simplemente estrechada, dejando un drenaje hipogástrico que se reemplaza a las cuarenta y ocho horas por la serie decreciente de los tubos de Marion; al cabo de ocho a diez días, colócase una sonda permanente por la uretra y después de dos a tres semanas, cerrada la vejiga, se inicia quince días más tarde el segundo tiempo, es decir, la destrucción endoscópica por la alta frecuencia del muñón pedicular.

Heitz Boyer dice haber empleado este procedimiento en un viejo bronquítico de setenta y cuatro años, arterioescleroso, bajo anestesia local, sin que el paciente pareciera sufrir más que en el momento de practicar con el clamps una tracción sobre el pedículo.

Si en este capítulo, consagrado a las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento endoscó-

pico, hacemos mención y describimos someramente un procedimiento cuya descripción corresponde en realidad a otro, es para objetar que la aplicación de este procedimiento, al que Heitz Boyer llama también "tratamiento mixto", no debe ser considerado como un progreso de la endoscopia operatoria, pues precisamente todo el mérito de las aplicaciones por las vías naturales reside en el hecho de impedir una intervención cruenta, aunque, como dice su autor, "esta técnica quita a la operación sangrante los daños que ella presentaba en otro tiempo y que eran inherentes a la necesidad de una cura radical del pedículo, aun cuando el neoplasma fuese benigno (resección parcial vesical necesaria, tiempo mayor en la intervención, dificultad de las suturas).

Edwin Beer dice también que su método está indicado en todos los casos, haciendo exclusión de aquellos que indicaremos en el parágrafo de las contraindicaciones del tratamiento por las vías naturales.

Las recidivas de los tumores malignos constituyen por decirlo así el elemento esencial entre las indicaciones del tratamiento endoscópico de los neoplasmas vesicales, y de aquí la necesidad de que todo operado por un tumor de la vejiga, sea cual fuere el método empleado, debe someterse más tarde a repetidos exámenes cistoscópicos.

Sólo así pueden descubrirse y detenerse en su origen, por las vías naturales, neoplasmas que habiendo alcanzado un desarrollo mayor podrían exigir una intervención cruenta.

A este propósito relata Marion en la Sociedad Urológica la observación de un hombre operado de un tumor papilomatoso que recidiva luego cuatro veces, y que gracias a exámenes cistoscópicos mensuales pueden descubrirse y tratarse en su iniciación, evitando al paciente la superposición de las tallas.

En el capítulo "Resultados" transcribimos integralmente la historia de este caso de extraordinaria

recidiva, al que se podrían agregar otros más para demostrar que en los tumores recidivantes la vía natural se impone sustituyendo a la vía artificial.

Comprendiéndolo así, Pilcher, en casos de cánceres de la vejiga que exigen resecciones y sin embargo recidivan, abandona la operación supra-pubiana para emplear las corrientes de alta frecuencia.

En los casos de neoplasmas infiltrados, la vía endoscópica está contraindicada, pero también es preciso reconocer, como dice el Dr. Maraini, "que en estos tumores la misma cistotomía poca o ninguna esperanza de éxito puede darnos", y precisamente en los tumores inoperables se impone la indicación de las corrientes de alta frecuencia, ya no como curativas, sino que como paliativas para detener las grandes hemorragias que por su repetición anemian en alto grado y ponen en peligro inmediato la vida de los desgraciados afectados por esas lesiones del epitelio vesical.

Legueu, ha empleado estas corrientes en una enferma que sangraba de una manera constante, obteniendo hemostasias que se prolongaron hasta el día de su muerte, acaecida cuatro meses más tarde.

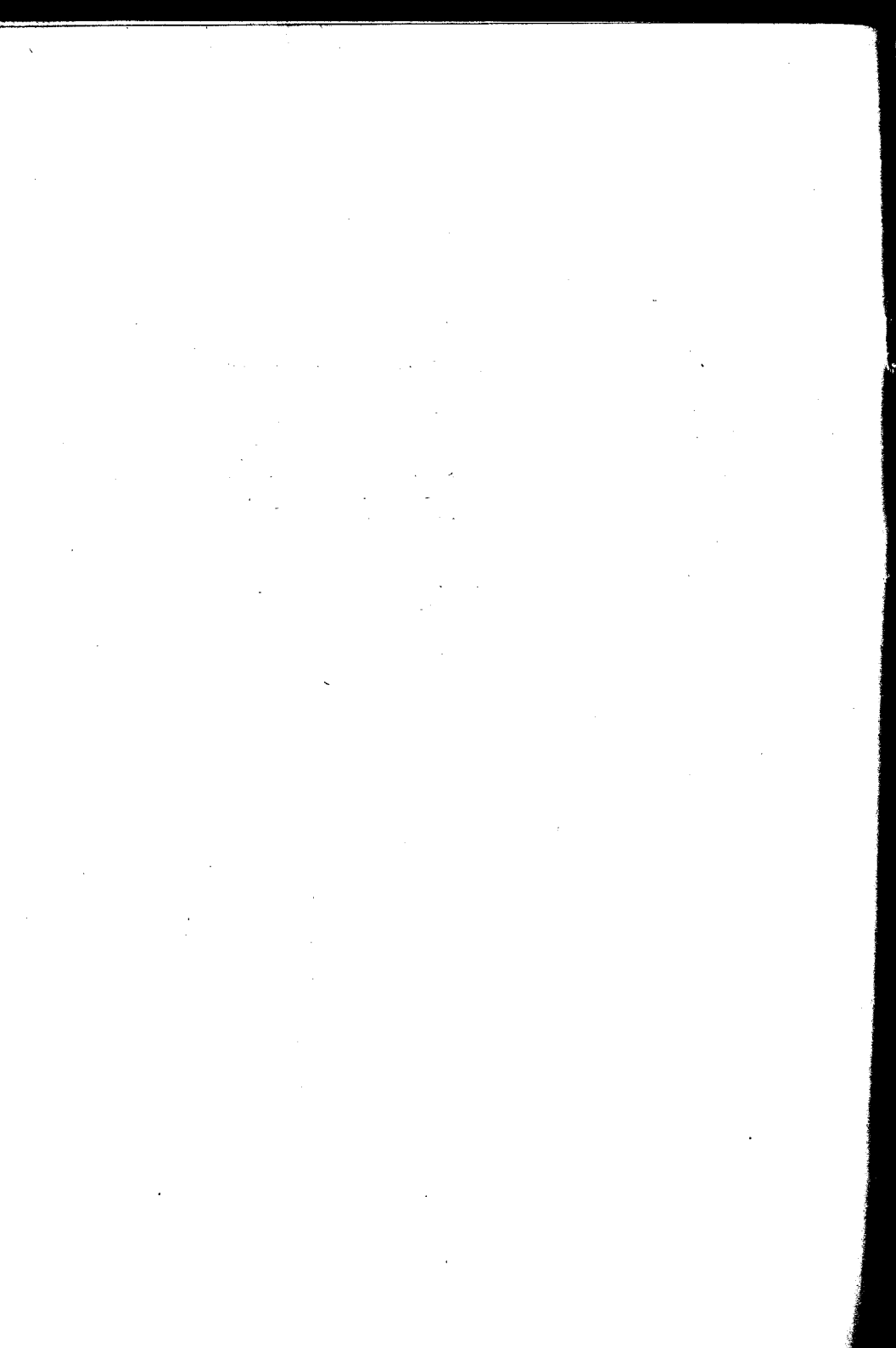
Para terminar con el parágrafo de las indicaciones, recordemos aquel caso del que hacíamos mención en la historia de ulceraciones tuberculosas rebeldes de la vejiga curadas por el método del etinlaje.

Seremos breves tratando de las contraindicaciones.

Todos los autores están contestes en afirmar que la ablación de los tumores infiltrados no puede ser practicada por las vías naturales. Antes del empleo de las corrientes de alta frecuencia, las contraindicaciones abarcaban además los tumores que al examen cistoscópico parecían muy vascularizados, por temor a las hemorragias profusas.

Beer declara que su método no se puede emplear en los casos de carcinomas papilomatosos, pues estos tumores no son alterados por la corriente; en los enfermos que no pueden soportar el examen cistoscópico; en los casos en que los tumores no son accesibles a la visión directa, ni a la visión indirecta; en los gruesos tumores colocados cerca del cuello de la vejiga, pues ellos son traumatizados a cada introducción del cistoscopio y la hemorragia que resulta es un obstáculo a toda intervención; por último, en los neoplasmas voluminosos, y en aquellos que por su número ocultan la pared vesical en la que se implantan.

Heitz Boyer y Cottenot, reconocen para su método las mismas contraindicaciones que las ya señaladas para el método de Edwin Beer.



CAPITULO III

Examen Cistoscópico—Instrumental y Técnica empleada en el tratamiento Endoscópico

Cualquiera que sea el método empleado en el tratamiento de los tumores de la vejiga por las vías naturales, es de capital importancia establecer de manera indiscutible la presencia, número, volumen, punto de implantación de los neoplasmas; si bien es cierto que en muchos de los casos el examen cistoscópico no hace más que completar un diagnóstico establecido con anterioridad mediante el análisis de los síntomas clínicos, en muchos otros puede permitirnos reconocer una neoformación no sospechada pues existen neoplasmas vesicales que se desarrollan insidiosamente.

La cistoscopia comporta dos condiciones esenciales: conducir la mirada al interior de la vejiga; iluminar suficientemente el punto examinado. Estas dos condiciones se realizan así: un tubo más o menos largo, según los casos, permite al rayo visual llegar hasta la región que se examina, la que puede ser iluminada sea por una fuente luminosa conducida directamente en la cavidad vesical (cistoscopia a luz interna), sea por un fascículo luminoso proyectado desde el exterior a través del tubo (cistoscopia a luz externa).

Sin extendernos ampliamente y pasando por sobre todo aquello que se relacione con la descripción de los distintos modelos de cistoscopios imaginados, cuyo estudio prolongaría considerablemente las líneas de este capítulo, sólo haremos una breve reseña de las condiciones indispensables para una bue-

na técnica cistoscópica y como consecuencia lógica para un buen diagnóstico intravesical. Estas condiciones deben exigirse al paciente y al cirujano.

Al aparato urinario del paciente pediremos—empleando se sobreentiende la cistoscopia a luz interna, la única en boga actualmente,—una uretra dilatada que permita el paso a un explorador calibre 20 de la hilera Charriere; una vejiga que tolere como *mínimum* sesenta a ochenta gramos de líquido y como cantidad media ciento cincuenta gramos; un medio vesical transparente.

La primera condición es indispensable para el pasaje del cistoscopio, el que debe llegar a la vejiga sin provocar dolor, y para que esto sea posible con los instrumentos corrientes, es preciso que la uretra no oponga resistencia al paso de un explorador número 20. Cuando el canal de la uretra es estrecho se impone la dilatación previa.

Llenar el reservorio urinario con una cierta cantidad de líquido constituye la segunda condición, pues es de suma utilidad práctica saber orientarse en la vejiga y esta orientación resulta más fácil cuando el reservorio vesical está distendido; por otra parte debe mediar una cierta distancia entre el cistoscopio y el objeto que se examina para que éste pueda destacarse más distintamente, y por último evitando el posible contacto de la lámpara con la pared de la vejiga, origen de las escaras; salta a la vista la importancia de la condición de capacidad vesical.

La transparencia del medio que se obtiene mediante el amplio lavaje del reservorio urinario suficiente en los casos comunes y aun cuando la orina contiene gran cantidad de pús,—excluyendo por cierto aquellos casos en que la vejiga sangra abundantemente y cuyo examen presentando serias dificultades, exige para ser posible el empleo de sistemas especiales,—constituye la última de las condiciones que debe pedirse al aparato urinario del paciente.

Colocado el enfermo sobre la mesa de examen en posición dorso lumbar con sus miembros inferiores ligeramente flexionados y en abducción, tomando punto de apoyo en los pedales anexos a la mesa; veamos en algunas líneas las condiciones y la técnica que deben pedirse al cirujano.

Previo lavaje del meato y de la uretra, el operador introduce hasta la vejiga la sonda que le permite lavar la cavidad vesical mediante el empleo de agua boricada tibia hasta que el líquido del lavaje se elimine perfectamente claro; luego, si la vejiga es tolerante, inyecta ciento cincuenta gramos de líquido y retira la sonda.

Examinado el cistoscopio (imágenes claras, intensidad luminosa de la lámpara), se le sumerge en glicerina y colocándose el cirujano entre las piernas del enfermo, introduce cuidadosamente, evitando producir dolor u ocasionar hemorragia, a manera de una sonda metálica, el instrumento hasta la vejiga acompañando con la mirada el botón indicador que colocado en el pabellón ocular del cistoscópio, corresponde a la concavidad de éste e indica la situación de su extremo terminal.

Franqueado el cuello de la vejiga se impele el instrumento hasta sentir su extremidad libre en el reservorio, y establecida la corriente, con el objeto de iluminar la lámpara, observando por el ocular, aparece el campo de la visión, clara, luminosa, de color amarillo naranjo en la vejiga normal.

Gracias a movimientos especiales imprimidos al cistoscopio se examina la superficie vesical interna, y en los casos de tumores, lo que nos interesa más de cerca es preciso determinar su existencia, sitio—con relación a puntos de reparo: cuello vesical, orificios ureterales—volumen, forma, modo de implantación, y, cuando es posible, naturaleza.

Reseñadas someramente las condiciones exigidas para un examen cistoscópico, elemento esencial en el tratamiento por las vías naturales de los neo-

plasmas de la vejiga y debiendo describir a continuación los instrumentos empleados hasta nuestros días, labor sumamente amplia, teniendo en cuenta el número elevado de cistoscopios imaginados que siguieron a los primitivos modelos de Nitze y Casper, que-remos dejar constancia de que sólo describiremos sucintamente algunos de los aparatos de galvano-cauterización para extendernos en el estudio de los instrumentos y técnica empleada en la aplicación de las corrientes de alta frecuencia al tratamiento de los neoplasmas de la vejiga.

Iniciaremos este estudio con el cistoscopio pinza de Nitze, el primer instrumento que iluminando la cavidad vesical permite bajo el control de la vista coger las excrecencias entre los bocados de su pinza cortante realizando así un progreso en la técnica endoscópica.

Sin embargo, su empleo se ha generalizado poco, a pesar, como dice el profesor Pousson, de los esfuerzos de Nitze para difundir su método, y de la calurosa defensa realizada en su favor por Weirich, en el IX congreso de la Asociación Francesa de Urología. Este instrumento consta de dos porciones: una óptica, otra operadora. La porción óptica representala un cistoscopio especial más pequeño que los cistoscopios ordinarios, de un tallo de longitud mayor independiente del ocular que es atornillado al tallo y puede por consiguiente separarse de él.

La porción operadora consiste en un tubo cilíndrico que desliza sobre el tallo del cistoscopio, munito en su extremidad vesical de una pinza a bocados cortantes, mientras que en su extremo opuesto se adapta el mecanismo que hace funcionar al aparato.

Mediante el descenso del elevador, las ramas de la pinza se aproximan confundándose con el tallo

del cistoscopio, y en estas condiciones es introducido en la vejiga. Cuando el instrumento ha penetrado en la cavidad vesical haciendo deslizar el tubo se ven separarse las ramas de la pinza cuyos movimientos pueden reglarse empujando hacia arriba el elevador.

Nada es más fácil, según Nitze, "que coger las excrecencias prominentes sobre las paredes de la vejiga con las ramas cortantes de la pinza y separarlas mediante algunas tracciones enérgicas ejercidas sobre el elevador y de movimientos apropiados de todo el conjunto del aparato".

Para Max Nitze este procedimiento está sobre todo indicado al operar las recidivas de los tumores vesicales; con el cistoscopio operador se descubre desde el comienzo las deformaciones que pueden extraerse completamente cauterizando luego su punto de implantación.

En esta última parte de la operación se reemplaza el cilindro hueco a pinza cortante por un cilindro hueco especial destinado a las cauterizaciones y cuyo conjunto constituye el cistoscopio a cauterio-galvánico de Nitze.

Este mismo autor ha hecho construir además un galvano-cauterio con ansa de platino, modificado por Boehme, que se compone de una porción operadora acodada en su extremidad vesical. En el extremo de esta porción acodada se encuentra una superficie cauterizante y un ansa desplegable por la acción de un tope colocado en la extremidad opuesta del instrumento.

La porción óptica desliza por debajo de la porción operadora.

El cistoscopio operador de Casper consiste, descrito en pocas palabras, en un cistoscopio cateterizador número 21 al que se adapta un tubo porta-ansa, el cual puede ser ocupado por diferentes instrumentos: ansa fría, galvano-cauterio, cureta, pinza para cuerpos extraños, etc.

Débase a Marion la pinza-cauterio que lleva su nombre, el más reciente de los cauterios empleados en la técnica endovesical, constituido también por una porción óptica y una porción operadora. Esta última porción está representada por una pinza, en la superficie interna de cuyos bocados existe un cauterio. Las ramas de esta pinza se aproximan o separan por un mecanismo localizado en el extremo opuesto del instrumento. La porción óptica desliza en el interior de un cilindro hueco que se halla colocado por debajo de la porción operadora.

La técnica de Nitze, empleando su galvano-cauterio con ansa de platino, queda resumida aquí: reconocido los caracteres del tumor, el enfermo es sonodado y previo lavaje vesical se llena el reservorio urinario con ciento cincuenta gramos de líquido.

Introducida la porción operadora en la vejiga a manera de un cistoscopio, se hace deslizar la porción óptica y estando esta última bien colocada de modo que la extremidad de la porción operadora pueda verse en el centro del campo, mediante movimientos impresos al instrumento se descubre el tumor, iniciándose entonces el despliegue del ansa, la que es llevada alrededor del pedículo o de una porción del neoplasma de manera a desprenderlo o fragmentarlo.

Atraída el ansa lentamente sin desplazar el instrumento, se establece la corriente destinada a llevar aquella al rojo vivo y cuya intensidad ha sido determinado previamente.

Cuando el pedículo ha podido desprenderse, su punto de implantación es cauterizado con el cauterio anexo al instrumento.

Los fragmentos del neoplasma son abandonados en la vejiga encargándose la micción de expulsarlos.

Marion, previo lavaje y después de llenar con la cantidad de líquido necesario la cavidad vesical,

introduce la pinza de su instrumento a manera de un cistoscopio ordinario y luego la porción óptica a lámpara encendida, deslizando por el cilindro hueco situado por debajo de la porción operadora, es detenida en el momento en que la extremidad intravesical de la pinza aparece un poco por debajo de la parte media del campo del cistoscopio.

Percibido el tumor, separadas las ramas de la pinza se coge el pedículo, si es visible, o una porción del neoplasma, si el pedículo es invisible, de manera a fragmentarlo. Aproximando las ramas de la pinza, se hace pasar la corriente cuya intensidad se ha determinado previamente para llevar al rojo los cauterios.

Dice Marión: "Antes de emprender la ablación de un tumor vesical con mi instrumento, es necesario asegurarse que el reóstato utilizado pueda funcionar simultáneamente para el cauterio y la luz.

Ciertos reóstatos, en efecto, pueden ser utilizados para el cauterio y la luz separadamente: el aislamiento de las dos porciones cauterizante y luminosa no estando suficientemente realizado, se producen cortos circuitos, peligrosos para el enfermo y para el aparato, cuando la porción óptica entra en contacto con la porción operadora".

Si el desprendimiento del tumor no se hubiera obtenido en la primer tentativa, debe continuarse hasta tanto que apareciendo el pedículo pueda ser destruido: luego se retira la pinza, la que es reemplazada por el cauterio de Nitze, gracias al cual es posible cauterizar profunda y ampliamente el punto de implantación.

Es preciso recordar la posibilidad de adherencia entre el cauterio y la pared de la vejiga, lo que impone maniobras lentas al retirar el instrumento, pues la tracción brusca arrancando la escara predispone a la hemorragia. Por consiguiente si al extraer el cauterio se observa que la pared vesical es atraída, se impone la necesidad de restablecer la corriente al

mismo tiempo que se aleja el instrumento de la pared.

Una sonda permanente, que será mantenida según las circunstancias, 24 a 48 horas, termina la intervención.

El estudio sucinto de algunos de los instrumentos empleados en la práctica del método clásico de galvano-cauterización, que acabamos de hacer, nos autoriza por extendernos más ampliamente en la descripción del instrumental y de la técnica empleada en el tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales mediante las corrientes de alta frecuencia, recordando la técnica que el Dr. Maraini practica entre nosotros.

Edwin Beer ha empleado en los primeros ensayos de su procedimiento terapéutico: 1. una máquina de alta frecuencia con resonador de Oudin; 2. un cistoscopio cateterizador; 3. un electrodo de cobre perfectamente aislado.

En este método de la Termopetración o Electrocoagulación, la corriente de alta frecuencia es de gran intensidad y baja tensión. La chispa del detonador debe tener, según el autor, 3 a 5 milímetros de longitud.

La lámina número 1 representa esquemáticamente el dispositivo de alta frecuencia empleado por Beer.

Cualquier cistoscopio a cateterismo uréteral puede emplearse, siempre que permita el paso de una sonda N. 7 u 8. La sonda electroda de calibre reducido es simplemente un hilo de cobre flexible, aislado con gutta o caoutchouc.

Armado el cistoscopio con la sonda electroda y puesto dicho electrodo en relación con la máquina productora de corriente de Oudin, previo un lavaje vesical se llena de agua destilada el reservorio urinario, y el cistoscopio es introducido en la vejiga.

La sonda electroda, bajo el control de la vista, se impele hasta hacerla penetrar en el espesor del

Leyenda de la LAMINA 1^a

Esquema del aparato de alta frecuencia
empleado por BEER

± Corriente de la calle

1-2 Reóstato, amperómetro

3 Bobina de inducción e interruptor

4 Condensador y tallo entre los cuales
estalla la chispa

5 Resonador de Oudin

6 Electrodo para electrocoagulación

Alzanti
1916

Lexicon de la Grammaire I

Lexicon de la Grammaire de la
Langue Françoise

1. (Article de la)

2. (Article de la)

3. (Article de la)

4. (Article de la)

5. (Article de la)

6. (Article de la)

Lexicon
de la

LAMINA 1^a

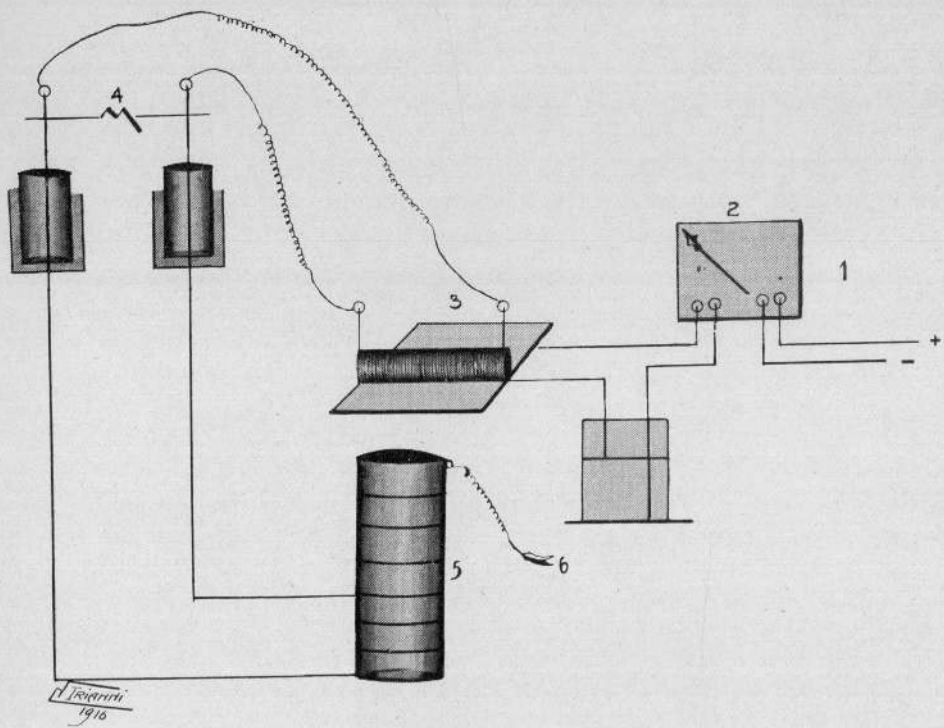
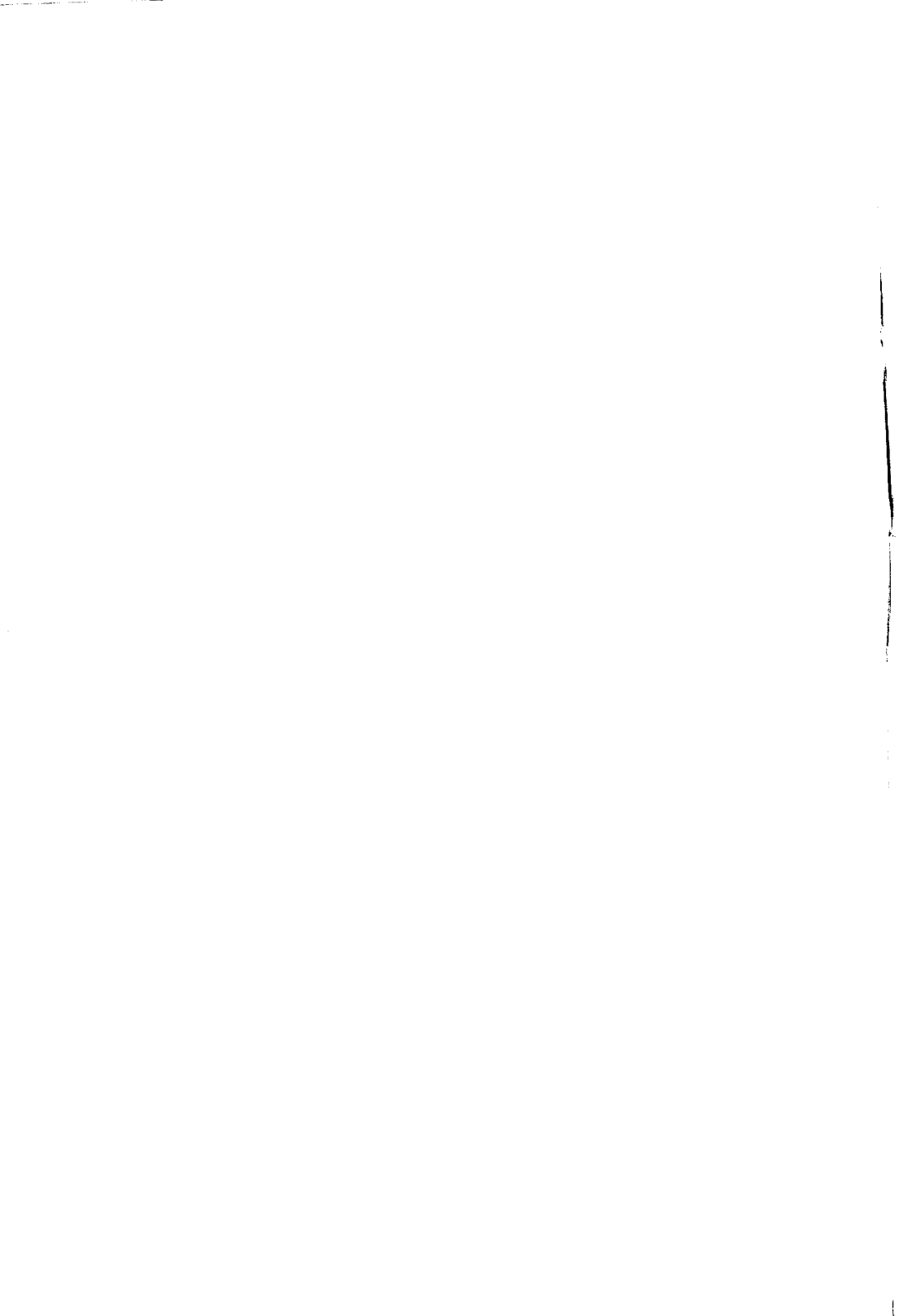


FIG 1



neoplasma, y en este momento pasa la corriente durante 15 o 30 segundos para cada aplicación.

El autor recomienda hacer penetrar el electrodo en diferentes puntos del tumor.

Los fenómenos observados en el momento de la aplicación de la corriente consisten en un desprendimiento de gas en burbujas, y en el punto correspondiente al electrodo los tejidos se carbonizan y ennegrecen, adquiriendo a su alrededor un tinte blanquecino.

Retirando la sonda electroda se nota que adhiere al tumor y que arrastra con ella fragmentos de tejidos carbonizados.

A medida que el electrodo penetra hacia la base del tumor es preciso disminuir el tiempo de duración de las aplicaciones a fin de evitar el contacto con la pared vesical que, por otra parte, nos lo advierte el enfermo, gracias al dolor que experimenta.

Practicando aplicaciones repetidas, cuatro o cinco en cada sesión, los neoplasmas son rápidamente destruidos, eliminándose en pequeños colgajos. Según Beer, los papilomas de pequeño volumen exigen para su destrucción total una semana, los grandes papilomas pueden exigir varios meses.

Leguen, que, como hemos dicho en el capítulo consagrado a la historia, ha empleado las corrientes de alta frecuencia siguiendo el método de Edwin Beer, sustituye en su práctica el electrodo inicial de este autor, considerándolo muy flexible, y, por ende, difícil de conducir a voluntad en los distintos puntos de la vejiga, por electrodos de un volumen igual al de las sondas uréterales que terminan en un botón de cobre y cuya construcción fué confiada a Loewenstein.

Emplea un cistoscopio ordinario, y teniendo en cuenta las dificultades y molestias que reporta el empleo del dispositivo inicial que empleara Beer, adopta como fuente productora de corriente el apa-

rato diatérmico bipolar de D'Arsonval, construído por Gaiñfe, más simple, fácilmente transportable y en el que mediante el empleo de un pedal se inicia y detiene el paso de la corriente.

Practica sesiones de cuatro a cinco minutos con intermitencias repetidas cada 15 segundos. Cada sesión esá separada de la siguiente por un intervalo de 15 días. La intensidad de la corriente varía entre 250 y 350 milliamperes.

He aquí cómo describe Legueu los fenómenos observados y que dice ser absolutamente comparable a los de Beer, "desde que el electrodo es colocado en contacto del tumor, este último bajo una intensidad de 250 a 300 milliamperes, comienza a blanquear alrededor del electrodo.

Retirando la sonda electroda se observa que viene cargada con un pequeño fragmento del neoplasma. Esta es la coagulación.

Si se eleva la intensidad de la corriente hasta 350 milliamperes prodúcese un enorme desarrollo de burbujas gaseosas; pequeños fragmentos del tumor son arrastrados, el medio se enturbia y ya no es posible observar completamente nada".

Heitz Boyer y Cottenot, han puesto en práctica la aplicación de su método empleando cistoscopios a visión directa y cistoscopios a visión indirecta.

Con la primera variedad de cistoscopios operan en un medio vesical constituído por aire, encontrándose por consiguiente en las condiciones comunes al empleo de las corrientes de alta frecuencia. Estos autores emplean, como veremos en un capítulo posterior y opuestamente a Beer, las corrientes de alta tensión y baja intensidad, lo que exige un perfecto aislamiento del conductor y que obtienen gracias al empleo de un tubo de vidrio, ebonita, etc., provisto de un canal central a través del cual se desliza el hilo metálico destinado a conducir la corriente al extremo vesical del electrodo, el que termina en un pequeño plateau.

El empleo de la segunda variedad de cistoscopios imposibilitando la operación en un medio constituido por aire, impone la necesidad de un medio líquido, y como este medio es más conductor que el aire, resulta indispensable una tensión mayor de la corriente para conseguir que las chispas alcancen el tumor.

A mayor tensión, mayor aislamiento en el conductor, exigiendo por consiguiente sondas eléctrodas de número más elevado, que impone el empleo de un cistoscopio especial calibre más grueso que permita el paso a un electrodo número 12 de la hilera Charriere.

Como hemos dicho más arriba, con el objeto de favorecer la producción de las chispas, las sondas eléctrodas empleadas en el método que estudiamos terminan en un plateau construido de platino cuyo diámetro transversal es de 3 1/2 milímetros, el espesor de 1 milímetro. De sus dos caras, una, libre, permite el escape de las chispas; la opuesta, aislada, se encuentra unida al hilo que constituye el eje del electrodo y por el cual pasa la corriente.

Estos autores emplearon en su comienzo, como Beer, el aparato clásico de las corrientes de alta frecuencia (interruptor, bobina, detonador, condensador, resonador de Oudin), pero posteriormente como Legueu, el de D'Arsonval, construido por Gaiffé, o el de Loewenstein modificado por Heitz Boyer.

Si se emplea el aparato clásico con resonador, es necesario obtener una intensidad débil y fuerte tensión. Para la corriente primaria, 50 o 60 volts son suficientes y una intensidad próxima a 3 amperes.

En cuanto a la longitud de la chispa en el detonador, será en general de 2 a 2 1/2 centímetros.

En el empleo de las dos variedades de cistoscopios, Heitz Boyer y Cottenot prefieren el cistoscopio a visión indirecta, lo que exige, como hemos visto en líneas anteriores, un calibre mayor de este instrumento para permitir el paso a sondas eléctrodas

de número elevado, a causa de la capa aisladora más gruesa que precisan.

Veamos la técnica empleada. Previamente se procede a la preparación del enfermo llenando su vejiga con agua destilada; luego verificase la situación del tumor mediante un cistoscopio ordinario, pues el creado por Heitz Boyer y Cottenot especialmente para la aplicación de su método tiene un campo visual reducido.

Por el cistoscopio de los autores mencionados se hace deslizar el electrodo que, recogido a los bornes del detonador de Hertz, está ligado al resonador de Oudin.

El cistoscopio cargado con la sonda electroda introdúcese en la vejiga, la cara libre del plateau primero en contacto del tumor es separado luego por un espacio de uno a dos milímetros.

En este momento se hace pasar la corriente que, como dijimos más arriba, tiene una intensidad próxima a 3 amperes y una tensión de 50 a 60 volts.

Según los autores del método, el tiempo durante el cual debe pasar la corriente depende de la voluntad del operador; y sólo la fatiga del enfermo, del cirujano, o el enturbiamiento del medio vesical puede poner un plazo al término de la sesión.

Las chispas son proyectadas durante tres o cuatro minutos, repitiendo las series en caso de tumores de volumen mayor. Los neoplasmas de tamaño igual al de un guisante o una judía se destruyen, por lo general, con una sola aplicación de 2 a 3 minutos. Los de tamaño de una avellana al de una nuez pueden serlo en una sesión mediante 2 o 3 chispas, durando, cada sesión, 3 a 5 minutos. Para los de mayor volumen al de una nuez son indispensables 2 o 3 sesiones.

Estas sesiones deben estar separadas por espacio de quince días como minimum, no estableciéndose bajo este punto de vista, reglas fijas.

En el capítulo consagrado a las indicaciones

del tratamiento endoscópico por las corrientes de alta frecuencia, decíamos que Heitz Boyer divide los neoplasmas acreedores del tratamiento en tres variedades; y fiel a la promesa hecha entonces, en este capítulo de técnica describiremos en seguida la manera como el autor mencionado los aborda, según el número, el volumen, etc.

En los casos de tumores pequeños, pero en número considerable, pasea el plateau de sus sondas eléctrodas frente a las placas papilomatosas.

Los neoplasmas de mediano volumen pueden abordarse por su superficie destruyéndolos progresivamente y por capas sucesivas (lámina II, fig. 1) o por su pedículo, seccionándolo de primera intención (fig. 2). La manera de abordar los tumores voluminosos está supeditada a la existencia o no existencia de un pedículo; en el primer caso, a la visibilidad o no visibilidad de éste.

Si el pedículo es visible, se le aborda por primera intención; si no lo es pero se presume su existencia de un determinado punto (fig. 3) lábrase entonces en el neoplasma frente al punto determinado una brecha (fig. 4) que conduce a la decapitación parcial del tumor poniendo al descubierto su pedículo que es seccionado a su turno (fig. 5).

En los neoplasmas voluminosos ampliamente implantados (fig. 6) se practican en varios puntos del tumor una serie de brechas que le dividen en otras tantas porciones (fig. 7) y al caer las escaras, el neoplasma en su origen único está representado por otros tantos pequeños tumores pediculados (fig. 8); cada uno de estos pedículos son seccionados separadamente (fig. 9). Queda el muñón pedicular (fig. 10) que, como todos los pedículos neoplásticos, se aborda y destruye en una sesión ulterior.

He aquí cómo relatan Heitz Boyer y Cottenot los fenómenos observados durante el paso de la corriente: "El operador presencia en la vejiga el des-

arrollo de una serie de imágenes típicas. Ante todo una lluvia de chispas azuladas sobre la superficie del tumor, el que rápidamente adquiere un tinte blanquecino. Si el neoplasma es de naturaleza vellosa, vense sus diferentes franjas sufrir una verdadera pulverización. La mezcla del "polvo del tumor" y de las chispas azuladas dan una impresión extraña y del todo característica. Si el tumor no es franjeado, pero de superficie casi regular fungiforme, ligeramente mamelonado, la acción de las chispas resulta menos rápida: parece que ellas tuvieran entonces dificultad en atacar la superficie regular del neoplasma y sólo después de ser escarificado en distintos puntos y hecho artificialmente franjeado, la pulverización rápida se produce con el aspecto que nosotros hemos descripto más arriba".

Oppenheimer, en su método de tratamiento de los papilomas vesicales por la electrólisis, insensibiliza previamente la uretra con novocaina y llena la vejiga con una solución de oxicianuro mercurio al 1 o/oo. Coloca el polo positivo bajo forma de un ancho electrodo sobre el cuerpo del enfermo, y el polo negativo representado por una bujía igual a la empleada por Kütner en el tratamiento por la alta frecuencia, N. 6, Charriere, que hace deslizar por un cistoscopio a cateterismo ureteral, es introducido en la vejiga conduciendo su extremidad intravesical entre las franjas del tumor.

La corriente empleada es de 25 a 45 milliamperes.

El autor describe así los fenómenos observados durante la operación: "Del electrodo se desprenden finas burbujas gaseosas que son debidas a la electrólisis del líquido vesical. Estas burbujas recubren bien pronto toda la superficie del tumor, el cual adquiere una apariencia plateada diferenciándose netamente de la coloración del resto de la vejiga. Al cabo de algún tiempo, las burbujas se han desarrollado de tal manera sobre el tumor y sobre el aparato óptico del

Leyenda de la LAMINA 2ª

Fig 1— Tumor abordado por su periferia y destruido progresivamente

Fig 2— Tumor abordado por su pedículo

Fig 3— Tumor de mediano volumen à pedículo completamente oculto.

Fig 4— El mismo tumor de la figura anterior que se decapita parcialmente para llegar a su pedículo

Fig 5— El mismo tumor ya decapitado. Sección de su pedículo

Fig 6— Tumor voluminoso à pedículo amplio en el cual se practican brechas.

Fig 7— El mismo tumor de la figura anterior en el que se han practicado tres brechas

Fig 8— Las partes escarificadas habiendo caído, el tumor se presenta cuadrifoliado, y el electo podrá seccionar cada uno de sus pedículos

Fig 9— Uno de los pedículos artificialmente creado ha sido seccionado

Fig 10— Los cuatro pedículos creados han sido destruidos— Del tumor no queda más que un grueso muñón el que será fácil suprimir abordándolo progresivamente.

Wassermann
1916

LAMINA 2^a

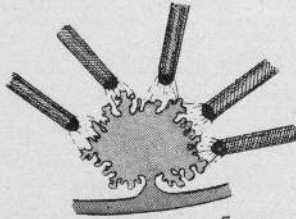


Fig 1

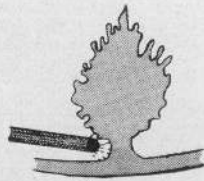


Fig 2

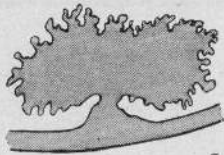


Fig 3

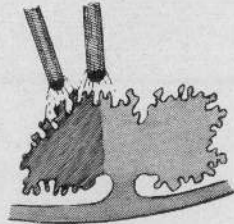


Fig 4

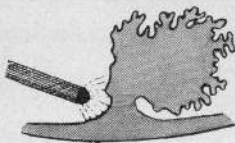


Fig 5

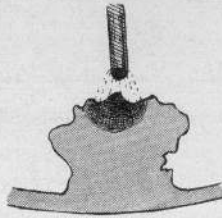


Fig 6

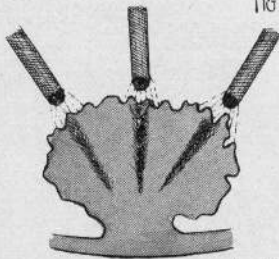


Fig 7

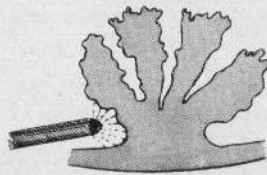


Fig 8

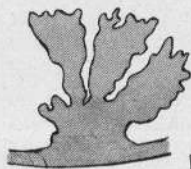
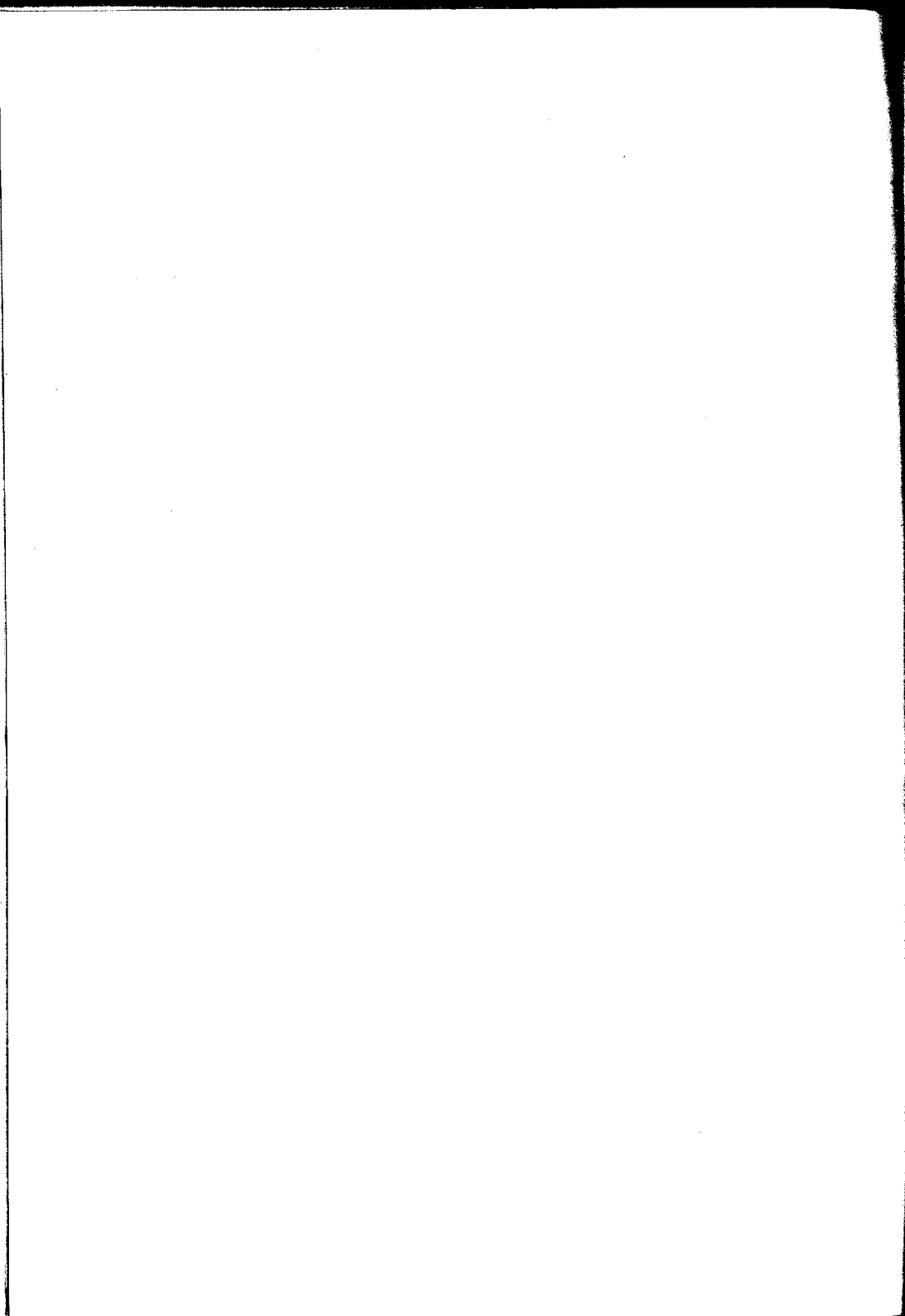


Fig 9



Fig 10



instrumento que dificulta la visión. Es suficiente entonces evacuar la vejiga y volverla a llenar.

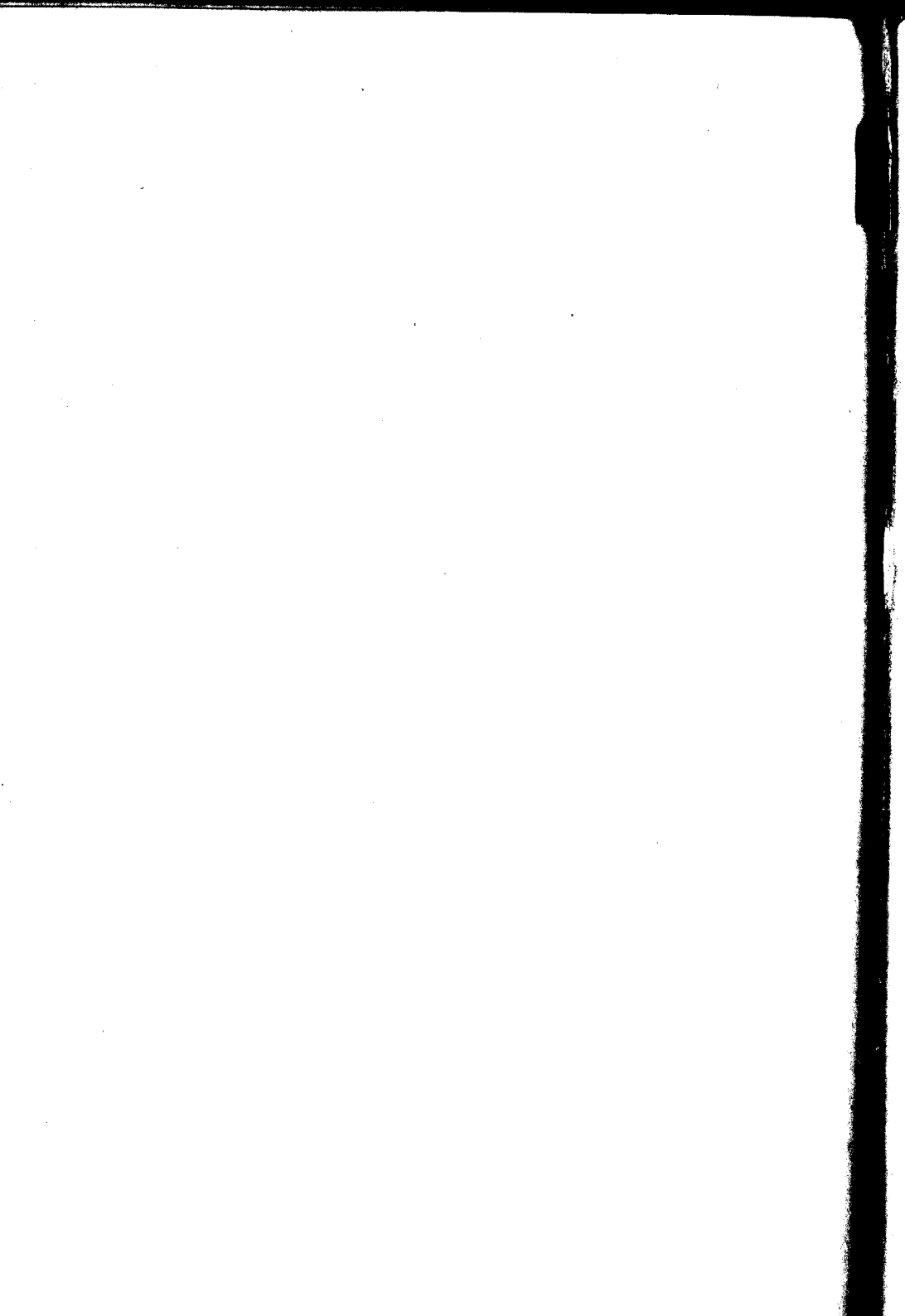
En el curso del lavaje se evacuan fragmentos de tumor, que tienen una coloración blanquecina; se trata de partículas de neoplasma modificadas por la corriente eléctrica”.

El Dr. Maraini en todos los casos tratados ha empleado y emplea, como ya hemos tenido oportunidad de repetirlo varias veces, el método de Edwin Beer; a excepción de los relatados en las observaciones VI y VII, cuyos pequeños papilomas fueron cauterizados con el cistoscopio operador de Casper.

Después del diagnóstico clínico corroborado por el examen cistoscópico, inicia sus sesiones de electrocoagulación una semana más tarde. Previo lavaje vesical, llena el reservorio urinario con agua destilada; coloca sobre el abdomen del paciente el electrodo inactivo sostenido por el mismo enfermo, e introduce en la vejiga el cistoscopio para cateterismo ureteral de Nitze-Albarran, cargado con la sonda eléctrica, modelo Legueu, generalmente; con punta de platino, otras veces.

Como fuente eléctrica utiliza el aparato Urodia-therm, fabricado por la casa Loewenstein de Berlín.

La sonda eléctrica es conducida en el espesor de la masa neoplásica y ejerciendo presión con el pie sobre un pedal (interruptor) en derivación con la fuente eléctrica, inicia las aplicaciones oscilando el tiempo de cada una entre 5 y 30 segundos repetidas en un número de veces variable entre 3 y 25, durando cada sesión por término medio 15 a 30 minutos.



CAPITULO IV

Modo de acción de las corrientes de alta frecuencia en el método de Edwin Beer o Electrocoagulación

Hemos repetido varias veces, en páginas anteriores, que este método consiste en el empleo de las corrientes de alta frecuencia a gran intensidad y baja tensión; teniendo como característica el contacto íntimo del electrodo con la masa neoplásica (lámina III, fig. 1).

Para Oudin el modo de acción de las corrientes de alta frecuencia en el método de la electrocoagulación está supeditada a la yuxtaposición inmediata de la sonda electroda a los tejidos. A causa del contacto íntimo, la sonda y el neoplasma constituyen en conjunto un conductor que opone distinta resistencia al paso de la corriente.

Según la ley de Joule, que dice: "La cantidad de calor desprendido en la unidad de tiempo por el pasaje de la corriente es proporcional a la resistencia del conductor y al cuadrado de la intensidad de esta corriente", resulta que en el punto de contacto entre el electrodo y el tumor, en razón de la mayor resistencia del último, pues sabemos que los tejidos orgánicos son menos conductores, se produce una elevación considerable de temperatura que se extiende rápida y progresivamente, propagándose a gran distancia desde el punto de contacto, provocando la destrucción de la masa neoplásica.

En razón de esta propagación resulta imposible determinar hasta qué profundidad la albúmina de las

células sufre la acción coagulante y como consecuencia lógica el espesor de la escara a producirse.

Según el autor mencionado, en el método de Beer las acciones térmicas son las predominantes, de modo tal que deben considerarse como las únicas en juego originando fenómenos de electrocoagulación.

En el método de Heitz Boyer y Cottenot o Etincelaje

La corriente empleada en el método que ahora estudiamos, de alta tensión y baja intensidad, origina chispas de corta longitud debido a que la sonda eléctrica no está en íntimo contacto con el neoplasma, sino que separado de él por un espacio de uno a dos milímetros. (Lámina III, fig. 2).

Según Oudín, cuando entre el tejido y el electrodo estalla una chispa, la acción de la corriente no es solamente térmica, como cuando existe yuxtaposición y por consiguiente ausencia de chispas; la acción es entonces térmica y mecánica o disruptiva. La relación de estos dos factores está supeditada a la intensidad de la corriente. Cuando esta intensidad es alta, la temperatura de la chispa se eleva (1500 a 2000 grados según Wiedemann) y su acción térmica adquiere un grado mayor.

Con corriente de intensidad mediana los fenómenos térmicos se hacen despreciables y sólo se considera entonces la acción mecánica o disruptiva de la chispa sobre el tejido. Por consiguiente, el método de Heitz Boyer y Cottenot se caracteriza por el empleo a distancia de chispas de corta longitud, accionando sobre la superficie del tumor y produciendo efectos térmicos insignificantes con predominio de los de orden esencialmente mecánico que originan la desorganización y pulverización del tumor.

Legueu, que ha puesto en práctica los métodos de la electrocoagulación y del etincelaje, dice haber constatado entre los dos modos de aplicación de las corrientes de alta frecuencia diferencias y oposicio-

Lamina 3^a

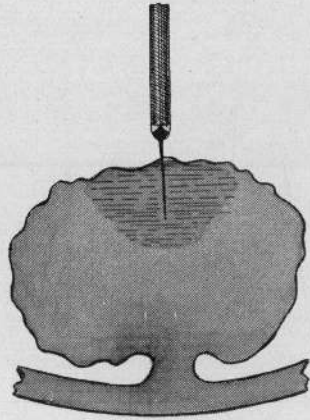


FIG 1

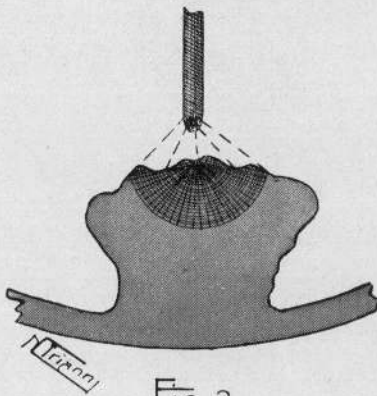
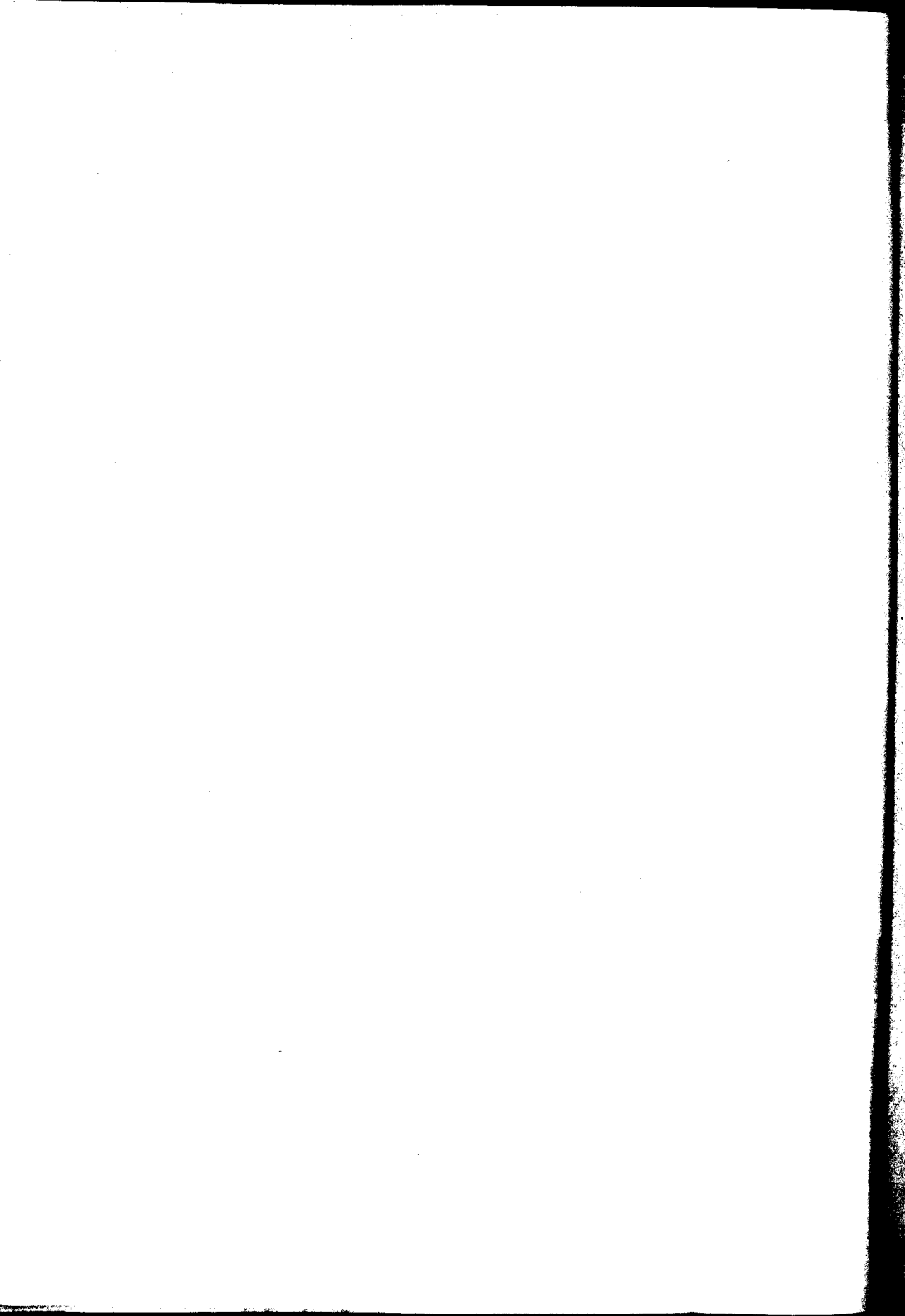


FIG 2



nes menores de las que había creído existir basado en las opiniones extrañas.

Para este autor, en las dos modalidades de aplicación de las corrientes de alta frecuencia se producen cambios histológicos, deduce que: "con las corrientes de alta tensión se tiene una coagulación menor y una acción disruptiva mayor; con la diatermia o electrocoagulación, se tiene una coagulación mayor y una acción disruptiva más débil, pero ésta existe en realidad", y en efecto, aun con las corrientes de alta tensión el neoplasma es destruido por electrocoagulación, y el aspecto del tumor es similar tanto después de habersele sometido al método de Beer como al de Heitz Boyer y Cottenot.

Las consecuencias prácticas que acarrea el modo de acción de las corrientes de alta frecuencia en los dos métodos, son de un valor indiscutible. Si en verdad la opinión de Oudín fuera real, el método de Heitz Boyer y Cottenot adquiriría supremacía justificable sobre el de Edwin Beer, pues en este último entrando en juego solamente la acción electrocoagulante de las corrientes sobre los tejidos, el operador no podría de manera alguna limitar esta coagulación a las células neoplásicas solamente, pudiendo extenderse a los tejidos sanos y originar con la caída de la escara la perforación del reservorio urinario, accidente imposible en el método de Heitz Boyer y Cottenot, en el que la acción mecánica de la chispa siendo la única a considerar y teniendo en cuenta la resistencia que los elementos bien diferenciados como las células musculares presentan a esta acción mecánica destructora, resultaría que las paredes de la vejiga opondrían una barrera eficaz y su perforación no sería de temer.

Pero hemos visto que, según Legueu, en las dos modalidades de aplicación de las corrientes hay fenómenos de electrocoagulación, accionese a distancia por intermedio de la chispa o por contacto inme-

diato, gracias a la penetración de la sonda eléctrica en la intimidad del neoplasma, aunque este autor reconoce que en esta última manera de proceder la acción coagulante es mayor; y produciéndose estos fenómenos de electrocoagulación en los dos métodos, Legueu se pregunta hasta qué punto es ventajoso prolongar las sesiones, como en ciertos casos han procedido Heitz Boyer y Cottenot, creyendo accionar de manera mecánica exclusiva con la chispa, cuando en realidad a esta acción se agrega la electrocoagulante merced a la cual las porciones coaguladas se eliminan por sí solas, y cuando se observa el tumor algún tiempo después de practicar sesiones de corta duración, se le encuentra considerablemente reducido.

CAPITULO V

Ventajas e inconvenientes

El tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales ofrece las ventajas inherentes a todo tratamiento endoscópico, es decir, evita intervenciones cruentas con los inconvenientes que ellas reportan; y si se piensa que los tumores vesicales recidivan a menudo, la repetición de las tallas constituirían un achaque y un peligro para la vida de los pacientes. Agreguemos además que estas recidivas parecen más frecuentes después de las operaciones por las vías artificiales que por las vías naturales.

Las ventajas del tratamiento endoscópico se resumen, en la simplicidad de las maniobras que sólo requieren del cirujano el hábito en el manejo del cistoscopio, en el mínimo de molestias exigidas al enfermo, quien no abandona, sino que en un reducido espacio de tiempo, cuando se utilizan los aparatos de gálvano-cauterización, y en lo más mínimo, su vida habitual y sus ocupaciones, con el empleo de los métodos de alta frecuencia.

Por sobre todas estas consideraciones, el porcentaje elevado de mortalidad suministrado por la talla hipogástrica en relación a los tratamientos endoscópicos, según las estadísticas de Nitze y de Marión, abogan en favor del empleo de las vías naturales.

En el capítulo VII estudiaremos ampliamente el valor comparativo entre la talla hipogástrica y el tratamiento endoscópico.

En el parágrafo de los inconvenientes sólo queremos pasar revista a los que presentan el instrumental y los métodos estudiados en el capítulo III.

En la técnica de Nitze, el cistoscopio operador con ansa de platino tiene el inconveniente de su manejo delicado, pues el ansa frágil se rompe a veces, especialmente cuando no habiéndose podido colocarle de primera intención en el punto deseado, es preciso plegarla y desplegarla varias veces; además, ella se funde bajo la influencia de una corriente un poco fuerte.

Es necesario entonces retirar el instrumento, renovar el ansa y volver a comenzar, lo que no deja de ser molesto para el cirujano y para el paciente, pues por una parte impone pérdida de tiempo y por otra resulta costoso debido al precio elevado de las ansas de platino.

Con el empleo de la pinza-cauterio de Marión, se tropieza con el inconveniente de la adherencia de los fragmentos neoplásicos a los cauterios de la pinza, que oscurece el campo operatorio y además con el enturbiamiento del medio líquido endovesical, todo lo que obliga a retirar varias veces el instrumento en el transcurso de la sesión.

La situación de ciertos tumores les hace difícilmente abordables por la pinza de Marión, así como por el cistoscopio de Nitze. Por otra parte el empleo del cauterio para cauterizar profundamente el punto de implantación del neoplasma complica el instrumental y prolonga las intervenciones; además, el calibre exagerado de estos instrumentos requieren una uretra dilatada y en razón del dolor provocado por las cauterizaciones y las maniobras operatorias se impone el empleo de la anestesia local con novocaína-adrenalina, solución concentrada de antipirina, cocaína, etc., no vacilando Marión en recurrir a la anestesia clorofórmica en los enfermos pusilánimes o en los casos de intervenciones que requieren un espacio de tiempo prolongado.

El Dr. Maraini dice no haber empleado personalmente la pinza-cauterio, pero ha tenido ocasión de presenciar varias intervenciones, en las que, a pesar de las altas dosis de cocaína usadas, el dolor provocado era intenso, y en cuanto al cistoscopia operador de Casper, mediante el cual ha cauterizado pequeños papilomas, el dolor, aunque no muy intenso, era bastante apreciable.

En el método de Hertz Boyer y Cottenot, por el hecho de ser indispensable el empleo de sondas eléctricas perfectamente aisladas, imponíase el uso de un cistoscopia de calibre más grueso que el de los ordinarios con el consiguiente dolor experimentado por el enfermo; agregándose a éste un segundo inconveniente a causa del estrecho campo visual del cistoscopia a grueso calibre, lo que exigía el empleo de un cistoscopia ordinario para verificar previamente la situación del neoplasma y poder seguir los detalles de la operación.

Legueu, en un enfermo anestesiado, debió practicar siguiendo este método diez y siete introducciones de cistoscopia, para seguir y observar con nitidez sobre el neoplasma la marcha de la intervención.

Loewenstein y Gentile, especialmente el último, fabrican en la actualidad un cistoscopia especial calibre 23 que salva los inconvenientes arriba indicados, pero de cualquier manera el método del etincelaje exige, como los mismos autores reconocen, el uso de ese instrumento especial, aunque ellos dicen poder darle además otros empleos.

El método de la electrocoagulación es indoloro, no requiere cistoscopios especiales, y en cuanto al peligro de perforación vesical por el modo de acción de las corrientes de alta frecuencia en este método, ya hemos tenido oportunidad de hacer en el capítulo IV las consideraciones al respecto, a pesar de que, por otra parte, la prudencia, condición que debe exigirse a todo cirujano, pone al abrigo de este posible pero no acaecido accidente.

El único inconveniente que reconocemos al método de Beer es de necesitar para la destrucción de los tumores un número mayor de sesiones que en el método de Heitz Boyer y Cottenot, inconveniente que presenta también el método electrolítico de Oppenheimer.

En resumen: los inconvenientes del tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales son de menor cuantía, y se hacen poco dignos de consideración cuando se emplean las corrientes de alta frecuencia, pues si bien estas últimas exigen un tiempo mayor de tratamiento para la destrucción de los neoplasmas en relación al exigido por la galvano-cauterización, el empleo de esta última impone una práctica muy superior al manejo de la sonda eléctrica, sencilla y al alcance de todo urólogo que sepa utilizar el cistoscopio cateterizador.

CAPITULO VI

Resultados—Accidentes

Favorables son los resultados obtenidos con los métodos de tratamiento endovesical de los neoplasmas.

J. Dore y Jack Mock, sorprendidos por los brillantes éxitos de Marión en las operaciones por las vías naturales, en el hospital Necker, publican una documentada memoria en "Annales des Maladies Genito-Urinaires" relatando las observaciones de setenta y cinco enfermos tratados por Nitze, Kersmaeker, Weinrich, Boehme, Bromgersma, Blum, Schlagintweit, Hock, Pasteau, Luys, Marión y otros: de los cuales cincuenta y tres afectados de papilomas, algunos recidivantes, después de la talla hipogástrica, curan definitivamente con el tratamiento endovesical mediante el empleo del instrumental de Nitze, Luys, y Marión; un caso de papiloma con reservas sobre su malignidad, mejorado; ocho enfermos con resultado dudoso o ignorado, uno de ellos tratábase de un carcinoma; cinco que abandonan el tratamiento, habiendo en algunos desaparecido las hematurias y con orinas claras; dos, que tratados endoscópicamente recidivan y son operados por vía alta; uno que tallado por un pólipo sesil, recidiva cuatro meses más tarde, siendo tratado por las vías naturales sin éxito, pues veintiún mes más tarde la vejiga está completamente infiltrada; cuatro casos de muerte, uno por tisis, dos por caquexia, y el último por infección debida a sondajes practicados por una enfermera que cuidaba al mismo tiempo una enferma de erisipela.

En cuanto al caso que nos falta para completar el número de observaciones señaladas más arriba, y del que hacíamos ligera reseña en el capítulo "Indicaciones y contraindicaciones", nos parece tan elocuentemente en favor del tratamiento por las vías naturales, en los casos de recidiva, que transcribimos integralmente la historia:

" El 27 de enero de 1909 Marión presentaba a la Sociedad de Cirugía un hombre, en el que, previo grattage de un tumor papilomatoso ampliamente implantado en vecindad del cuello vesical, había hecho practicar una fulguración por M. Keating-Hart.

" Cuatro meses después, en el mes de mayo de 1909, el enfermo ofrecía recidivas diseminadas en varios puntos de la vejiga; Marión practica una nueva talla, extrae los tumores y cauteriza con termocauterio sus puntos de implantación. En el mes de julio descubre en el enfermo, al que había recomendado someterse a examen todos los meses, un nuevo tumor.

" Esta vez el tumor es extraído con el ansa de Nitze y el mismo día el enfermo, que no había sido anestesiado, vuelve a su hogar. En el mes de octubre, nueva recidiva, nueva ablación con el ansa. En fin, en el mes de febrero de 1910 el enfermo, habiendo vuelto al hospital Necker, se constata a nivel de la implantación del tumor primitivo una nueva recidiva y Marión la destruye en una sola sesión por medio de la pinza-cauterio. Nosotros hemos visto este enfermo el 14 de junio de 1910 y el 17 de octubre, y no presentaba ninguna traza de recidiva.

" Se constata a nivel de la cicatriz un pequeño punto blanco cuyo aspecto no se ha modificado entre la exploración del mes de junio y aquella del mes de octubre. El enfermo es examinado por Marión el 6 de abril de 1911. Vejiga sana en todos los puntos."

¡A no dudarlo este enfermo no hubiera permitido cinco tallas hipogástricas!

El tratamiento por las corrientes de alta frecuencia ha suministrado resultados dignos de ser tenidos en cuenta. Hemos dicho en páginas anteriores que Beer, gracias a la encuesta levantada entre todos aquellos que aplicaron su método, ha llegado a recoger ciento ochenta y siete casos tratados en América y veinte y ocho en Europa hasta el año 1912

Legueu dice, refiriéndose al método de la electrocoagulación: "En síntesis, el método ha dado en mis manos buenos resultados".

Heitz Boyer y Cottenot, hasta octubre de 1911, habían tratado por su método diez y nueve tumores vesicales benignos pediculados y cuyas observaciones relatan minuciosamente en el XV congreso de la Asociación Francesa de Urología, de los cuales diez y seis habían desaparecido completamente y los tres restantes estaban en curso de tratamiento. En noviembre de 1913, dicen haber destruído ya setenta tumores.

Todos los que han empleado las corrientes de alta frecuencia, hablan de éxitos.

En cuanto a los resultados obtenidos entre nosotros, las observaciones del Dr. Maraini, publicadas en el capítulo correspondiente de este trabajo, nos demuestran ser lo más alentadores que pedirse pueda.

Los accidentes operatorios y post-operatorios son poco frecuentes y por lo general trátase de hemorragias. En las setenta y cinco observaciones recogidas por Dore y Jack Mock sólo se registran ocho casos de hemorragias que sin embargo no han sido tan intensas como para detener la intervención.

Casper sólo ha visto producirse cuatro veces hemorragias graves.

Marión, a causa de haber retirado rápidamente de la pared vesical el cauterio, en el curso de la ablación de un tumor en una mujer de setenta y dos años, arranca la escara y origina una hemorragia que se detiene al cabo de tres días.

Schneider relata un caso de hemorragia secundaria al tratamiento de un papiloma vesical con las corrientes de alta frecuencia en un hombre de cuarenta y dos años que presentaba varios papilomas destruidos con el ansa de Casper y con las corrientes de alta frecuencia. Tratado el último neoplasma, cuatro días después el enfermo vuelve a la Clínica de Wiesbaden, quejándose de micciones sanguinolentas. De su vejiga se evacua una cantidad enorme de coágulos.

Casper menciona otro caso en el que se había empleado las corrientes de alta frecuencia siguiendo el método de Beer, y 36 horas después de la destrucción de la base del papiloma sobreviene una hemorragia abundante que es detenida previa aplicación de la sonda permanente.

El autor termina la relación de este caso con las siguientes palabras:

“En suma, que se emplee la sonda fría o caliente, la corriente de Oudin o la termopenetración, no se está jamás al abrigo de la apertura de un vaso y de una hemorragia secundaria tardía. Estos hechos, afortunadamente raros, no son nocivos para el método”.

Oppenheimer ha observado en un caso de aplicación de su método electrolítico, una hemorragia treinta y seis horas después.

Estos son los únicos casos que hemos podido recoger de accidentes sobrevenidos con el empleo de los métodos endoscópicos y ninguno de ellos han sido de consecuencias funestas.

CAPITULO VII

Estudio comparativo entre el tratamiento endoscópico y la talla hipogástrica

La talla hipogástrica es una intervención cruenta que, como todas las operaciones, inmoviliza al paciente un cierto número de días, obligándole al abandono de sus ocupaciones habituales por el espacio de tres semanas como *mínimum*; y por otra parte en los enfermos de cierta edad la permanencia prolongada en el lecho les somete al riesgo de las neumonías hipostáticas.

La anestesia general es bajo todo punto de vista indispensable, y todos conocemos el temor de los que deben ser sometidos a ella y los peligros que puede acarrear en las personas ancianas o en los enfermos que presentan lesiones pulmonares, cardíacas o renales y que la contraindican a riesgo de la vida.

La preparación del operado, las curaciones postoperatorias, y las precauciones contra la infección posterior, aunque en menor cuantía, constituyen otros de los inconvenientes de las intervenciones cruentas.

Pero si los resultados de la ablación de los neoplasmas por la talla hipogástrica fueran más halagadores que los obtenidos por los medios endoscópicos bajo el punto de vista de la curación definitiva, esas operaciones estarían justificadas. No acontece así en realidad, sino que, por lo contrario, según Casper y Weinrich, las recidivas del neoplasma primitivo son más frecuentes sometiendo al enfermo a una segunda intervención, cuando no una fistula urinaria le conduce nuevamente a la mesa de operaciones.

Y más aún la talla impide descubrir los pequeños tumores, aquellos de volumen igual al de un guisante que ocultándose entre los pliegues de la mucosa escapan a la mirada del cirujano. A la inversa, con el método endoscópico se tiene una precisión mayor, pues el cistoscopio en una vejiga distendida descubre fácilmente las pequeñas neoformaciones, y tanto es así que Albarrán cuando operaba por la talla tumores vesicales múltiples tenía ante sí por guía un diagrama obtenido previamente gracias al examen cistoscópico que le permitía reconocer la situación de los distintos neoplasmas.

El traumatismo sufrido por la vejiga cuando se interviene por vía supra-pubiana, es otro de los elementos que debe tenerse en cuenta; y, como el punto de implantación de los tumores es cauterizado ampliamente en el tratamiento por las vías naturales, no tiene razón de ser la objeción de que en las intervenciones cruentas los tumores son destruidos hasta los tejidos macroscópicamente sanos; pues los neoplasmas pueden ser abordados de una manera igualmente profunda por los métodos endoscópicos como por la talla.

Es verdad que en los tumores infiltrados encuentra una indicación justificable la talla supra-pubiana que termina con una cistectomía total, operación funesta, que cada día pierde partidarios, pues nadie deja de reconocer sus tristes consecuencias, y es entonces más razonable recurrir al rol paliativo de los métodos endovesicales haciendo cesar los dolores y las hemorragias que mortifican y anemian al paciente.

El tratamiento de los neoplasmas por las vías naturales no exige la anestesia general con todos sus peligros, ni la preparación del enfermo, ni las curaciones postoperatorias, ni las precauciones contra la infección posterior.

Cuando se emplea la pinza-cauterio de Marión, dos días después de la ablación del neoplasma, suprimida la sonda permanente, los enfermos pueden

volver a sus ocupaciones habituales molestados sólo por la frecuencia de las micciones y por la vista de sus orinas turbias.

Con el empleo de las corrientes de alta frecuencia, aun este pequeño inconveniente es suprimido, pues ellas no exigen ningún cuidado y los pacientes abandonan la clínica inmediatamente después de la sesión para continuar su vida ordinaria, sin sufrir en lo más mínimo.

No se discute la superioridad de los métodos endoscópicos, cuando se trata de tumores recidivantes; la historia del enfermo de Marión transcrita con detalles en el capítulo de los resultados, es lo más elocuente que pedirse pueda, pues las operaciones cruentas repetidas no pueden ser aceptados tan fácilmente por el enfermo, los que, por el contrario, aceptan complacidos un tratamiento que les asegura el mismo éxito sin ningún peligro y con un *mínimum* de molestias.

Tomamos del documentado artículo de J. Doré y Jack Mock la opinión de autores autorizados:— “Todos los tumores benignos, dicen Kolischer y Schmidt, pueden ser operados por vía endovesical”.

“El método es seductor, dice Zuckerkanth. “Un tratamiento operatorio reemplaza una operación que en las manos más expertas tiene aún un elevado porcentaje de mortalidad”.

Para Casper: “El método endovesical debe ser preferido en los tumores benignos. Es menos grave que la *sectio alta*. Esta última debe ser reservada a los casos en los que la operación endovesical es imposible”.

Para Marión: “la ablación por las vías naturales es superior a la talla en muchos casos, en razón de su menor gravedad, de la diferencia en las consecuencias, del traumatismo menor sufrido por la vejiga. Esta superioridad se acusa aún en los tumores recidivantes que necesitan operaciones sucesivas”.

Y agregamos nosotros: “la talla hipogástrica,

en el tratamiento de los tumores de la vejiga, sólo debe vivir en nuestros días de las contraindicaciones del tratamiento de los neoplasmas por las vías naturales; y, en los casos en que ni las intervenciones cruentas pueden librar al paciente de las neofor-
maciones de la mucosa vesical, el tratamiento endoscópico readquiere todos sus derechos para prolongar la vida del enfermo, empleando especialmente los métodos que utilizan la corriente eléctrica de alta frecuencia, el hada bienhechora que no ha dicho aún la última palabra".

OBSERVACIONES CLINICAS

OBSERVACION I

A. B., 34 años, argentino, empleado.

Primera hematuria hace diez años. Desde esa época, con intermitencias que variaban de dos a tres meses, se han repetido.

Las hematurias duraban, generalmente, dos a tres horas.

Estas eran totales, pero cuando su intensidad disminuía, se hacían francamente terminales. Desde un año a esta parte es casi continua.

En diciembre de 1914 fué examinado por primera vez, viéndose un papiloma veloso pediculado de la vejiga, situado en la pared inferior, hacia la izquierda e inmediatamente por detrás de la desembocadura del uréter del mismo lado y del tamaño de un garbanzo.

Diciembre 24:—Primera sesión. Se practican cuatro aplicaciones de 6" a 8" cada una. No da sangre ni acusa dolor alguno.

Diciembre 28:—Segunda sesión. Se ve el papiloma reducido a la mitad y una parte de él, que aun permanece adherido por un pequeño pedículo muy delgado, es cortado en su base viéndosele caer. No da sangre ni hay dolor.

Diciembre 31:—Tercera sesión. El papiloma está reducido a la cuarta parte.

Enero 8/915:—Cuarta sesión. Se ve al tumor casi desaparecido y con aspecto carbonizado. Da un poco de sangre. Lavaje con nitrato de plata al 1 o/100.

Enero 28:—Quinta sesión. El sitio de implanta-

ción del papiloma está rojo, sin relieve alguno. Lava-
je con nitrato de plata.

Marzo 1:—Se ve un pequeño punto rojo en el
antes ocupado por el tumor. Orinas perfectamente
cristalinas. Alta.

En este enfermo hemos usado el cistoscopio ca-
libre 16, Charriere.

OBSERVACION II

Del servicio del Dr. C. A. Matta, del Hospital Militar

N. M., 86 años, argentino.

Neoplasma de la vejiga, vellosa, situado en la
pared inferior, hacia la derecha, cerca del uréter y
del tamaño de una nuez.

Diciembre 1914:—Primera sesión. Se practican
cinco aplicaciones. No hay dolor ni sangre.

Diciembre 9:—Segunda sesión. La parte trata-
da en la sesión anterior aparece seca como una pasa
de uva.

Diciembre 16:—Tercera sesión. El neoplasma
está destruido en más de la mitad.

Enero 10 1915:—Cuarta sesión. Queda aún una
pequeña parte del tumor. Se practican nuevas aplica-
ciones.

Febrero 25:—Quinta sesión. El neoplasma está
casi completamente destruido, faltando sólo un pe-
queño brote que es tratado. Desde la primera sesión
nunca se han repetido las hematurias.

OBSERVACION III

L. G., 61 años, argentino.

Epitelioma de la vejiga.

Operado por cistotomía en noviembre de 1913.

Ha continuado bien hasta noviembre de 1914,
sin haberse repetido las hematurias. Sin embargo,

en 1914 había ya una recidiva, notándose en el bajo fondo vesical, hacia la izquierda, una serie de pequeños tumores vegetantes que se propagan hacia la pared lateral y el cuello.

La vejiga es de poca capacidad e intolerante, no permitiendo sesiones muy largas.

Diciembre 16|914:—Primera sesión. Hasta el 3 de enero de 1915 se practican cuatro sesiones notándose después de ellas el neoplasma muy disminuído de volumen.

En esta fecha debe ausentarse a Santa Fe, lugar de su residencia, y permanece dos meses en descanso.

Aun no ha regresado, pero, según sus noticias, sólo una que otra vez ha tenido ligeras hematurias.

OBSERVACION IV

J. M., 66 años, vasco, hacendado.

No da antecedentes venéreos. Siempre ha sido sano.

Primera hematuria hace mes y medio, después de haber andado varias horas a caballo. Hematuria indolora y total. Desde ese momento no ha cesado.

En marzo 7 de 1915 es examinado y se nota en la pared ínfero-lateral derecha de la vejiga, por detrás y a la derecha del uréter, un pequeño papiloma arborescente rosa pálido del tamaño de una arveja y que da sangre.

Marzo 9|915:—Continúa la hematuria. Primera sesión. Las aplicaciones no provocan dolor alguno y el tumor no da sangre.

Marzo 10:—Desde el momento de la aplicación de la corriente de alta frecuencia, cesó la hematuria.

Marzo 16:—Ha continuado bien. Sus orinas son perfectamente cristalinas. Al examen cistoscópico se ve el papiloma blanco y la mucosa circunvecina ligeramente roja.

Marzo 20:—El tumor ha desaparecido notán-

dose en el sitio antes ocupado por él la mucosa algo edematosa y en el centro un punto negro.

Marzo 30—Examen cistoscópico:—Mucosa vesical normal. El punto de implantación del tumor ligeramente congestionado. Alta.

Marzo 13, 1916—Examen cistoscópico:—Vejiga normal. No hay nada en el sitio de implantación del tumor.

OBSERVACION V

Enfermo de la clínica génito-urinaria del Prof. Benedit, en el Hospital Nacional de Clínicas

J. M., 38 años, argentino.

Neoplasma vesical.

Primera hematuria hace cuatro años. Esta fué siempre terminal.

Estas hematurias se han repetido seis a siete veces en dos años. Desde entonces hasta la fecha se producían cada veinte a treinta días; su duración no ha sido mayor de veinte y cuatro a treinta horas, y han sido siempre terminales unas veces y otras totales, pero de mayor intensidad al final de la micción.

Cistoscopia:—Mucosa vesical normal; se ven las arborizaciones vasculares. Meatos ureterales normales. Por arriba y afuera del meato ureteral izquierdo se ve un tumor cuyo aspecto recuerda el de una coliflor, de coloración roja pálida, de unos tres centímetros de diámetro, que proyecta sombra pero cuyo pedículo no se consigue ver.

Enero 5, 1915:—Primera sesión.

Enero 11:—Se le practica una cistoscopia y se constata que se ha eliminado una cuarta parte del tumor.

Desde el 6 de enero las orinas son sin sangre.

Enero 31:—Segunda sesión. Durante el lavaje vesical elimina un pedazo del tumor que se recoge y se manda examinar.

Febrero 24:—El tumor se encuentra reducido a un punto, que se elimina en una nueva sesión, que se practica en el servicio de Fisioterapia.

Diagnóstico histológico:—Epitelioma cilíndrico papilífero.

OBSERVACION VI

Hospital Rawson—Servicio de Urología del Profesor Dr. B. Maraini

Serie IX, N. 10, año 1914. P. S., 35 años, casado, español, peluquero.

Papiloma de la vejiga. Sobre el uréter derecho y un poco hacia la izquierda y adelante, se ve un papiloma delgado, pediculado, flotante, de un centímetro más o menos de longitud y que sangra con facilidad.

Febrero 3/914:—Con el botón galvánico del cistoscopio operador de Casper, se cauteriza el pedículo del papiloma. No da sangre y la intervención es ligeramente dolorosa.

Febrero 11:—Se vé el papiloma blanco, y adherido aún a la mucosa, notándose las escaras de la cauterización alrededor del pedículo.

Febrero 23:—El enfermo ha notado a los cuatro días un poco de sangre al final de la micción. Al cistoscopio no se encuentra el papiloma, notándose en el sitio de implantación una pequeña úlcera. Lavajes con nitrato de plata al 1 o/100.

Marzo 15:—La mucosa vesical completamente normal, no hay cicatriz ni zona de congestión en el sitio ocupado por el tumor. Alta.

OBSERVACION VII

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor Dr. B. Maraini

Serie VIII, N. 21, año 1914. J. D., 53 años, italiano.

En 1910 fué atendido en el mismo servicio de una úlcera simple de la vejiga, que curó con instilaciones de nitrato de plata.

En enero 2, de 1914, ingresa nuevamente al servicio, con hematuria total sin dificultad de micción, sin dolor, y sin ningún otro síntoma.

Enero 9:—Al examen cistoscópico se constata la presencia de un pequeño papiloma situado a la izquierda y hacia adelante del uréter izquierdo.

Enero 24:—Cauterización de parte del tumor con el cistoscopio operador de Casper. Se ve después las escaras sobre el tumor. No hay hematurias, ni dolor, durante ni después de la cauterización.

Enero 31:—Se ve la escara. Se cauteriza nuevamente. No hay sangre. Algo de dolores.

Febrero 4:—Se ve la escara del cauterio; el tumor está destruido en su totalidad; queda una pequeña zona edematosa en el borde anterior de la escara. Alta.

Septiembre 14:—Vejiga normal; solamente algo vascularizado el trígono. No hay rastros del tumor. Alta.

OBSERVACION VIII

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor

Dr. B. Maraini

Serie XIII. C. Externo. año 1915. C. M., 55 años, argentino.

Ant. hereditarios:—Sin importancia.

Ant. personales:—Viruela, blenorragia, avariosis.

Enfermedad actual:—Primera hematuria en 1913. Cinco meses más tarde, segunda hematuria.

En el Hospital Pirovano diagnostican neoplasma vesical, recomendándosele tratarse en este servicio.

Estado actual:—Esfera génito-urinaria:—La exploración del canal uretral y de la vejiga, sin modificaciones. Próstata, testículo y cordones, normales. Riñones, no se palpan.

Ligero dolor localizado en el hipogástrico al terminar la micción, durante los períodos de hematuria.

Cistoscopia:—Se observa en la pared vesical y en relación con la porción inferior derecha del uréter, derecho, un tumor vellosa del tamaño de una nuez, de aspecto gelatiniforme, cuyas vellosidades se despliegan durante la eyaculación ureteral, proyectando su sombra sobre la pared opuesta del reservorio urinario. En el resto, vejiga normal.

Mayo 16:—Primera sesión.

Mayo 31:—Las hematurias han desaparecido. Segunda sesión.

El enfermo elimina un fragmento de tumor que se manda examinar.

Junio 15:—Tercera sesión.

Diagnóstico histológico:—Epitelioma cilíndrico.

Julio 5:—Cuarta sesión. La cuarta y última sesión es practicada en el consultorio particular del Dr. Maraini.

Agosto 28:—Verificación cistoscópica:—No se nota nada anormal en el punto de implantación del tumor, el que ha desaparecido completamente. Desde la primera aplicación hasta la fecha, las hematurias no han vuelto a repetirse. Ausencia de dolor. Orinas claras.

Septiembre 24:—Alta. Debe volver el próximo mes.

Noviembre 12:—Verificación cistoscópica:—Vejiga normal. Alta.

OBSERVACION IX

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor
Dr. B. Maraini

Serie XIII. C. Externo, año 1915. M. P., 45 años, español.

Ant. hereditarios:—Sin importancia.

Ant. personales:—Viruela, pneumonía. No hay antecedentes venéreos.

Enfermedad actual:—Primera hematuria en 1904. Después de un intervalo de cuatro años, segunda hematuria. En agosto de 1914, tercera hematuria. Se le asiste en el hospital Británico. En los primeros días de septiembre del mismo año, cuarta hematuria. A fines de junio de 1915 sobreviene una cefalea a exacerbación diurna, intensa, y que obliga al paciente a requerir auxilio médico. En agosto, asiste a este consultorio buscando alivio por su cefalea que aún persiste.

Por los antecedentes hematóricos, el Dr. Montenegro practica examen endoscópico el 10 de agosto.

Cistoscopia:—Del uréter izquierdo y solamente durante la eyaculación ureteral se ven desprenderse cuatro prolongaciones pequeñas, alargadas, comparables a cuernos de caracol que desaparecen al cesar la eyaculación para aparecer nuevamente cada vez que el uréter funciona. Fuera de esto, el aspecto de ambos orificios ureterales es normal. Se diagnostica: tumor implantado en la cavidad urétera! izquierda.

Agosto 28:--Segunda cistoscopia:--Se observan claramente las prolongaciones mencionadas más arriba, que están ya completamente fuera del uréter; más largas, más gruesas, y que la eyaculación hace aún más aparente. El aspecto del orificio ureteral da la impresión de uréter ocupado en su extremidad. Primera sesión.

Septiembre 9:—En el intervalo entre la aplicación anterior y la observación de la fecha se han practicado dos lavajes con nitrato de plata al 1 o/100.

Tercera cistoscopia:—Edema de la mucosa vesical alrededor del uréter izquierdo. Reposo.

Septiembre 24:—Cuarta cistoscopia:—Aun persiste el edema, pero ya es posible observar uno de los

puntos del neoplasma. Reposo. Lavajes con nitrato de plata.

Octubre 8:—Segunda sesión.

Diciembre 10:—**Quinta cistoscopia:**—Orificio uréteral izquierdo puntiforme y sin trazas de tumor. Alta.

OBSERVACION X

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor Dr. B. Maraini

Serie XIV. C. externo; año 1915. J. F. 58 años, español.

Ant. hereditarios:—Sin importancia.

Ant. personales:—Sarampión, varicela, blenorragia.

Enfermedad actual:—Primera hematuria, 17 de julio, que sobreviene al terminar una micción dolorosa y que se repite con intervalos de dos a tres días.

Un médico del servicio hace diagnóstico clínico de neoplasma y aconseja tratamiento un mes más tarde de la iniciación aparente de la enfermedad, época en la cual sobrevienen aún ligeras hematurias.

Agosto 20:—**Cistoscopia:**—En el bajo fondo vesical hacia la derecha del uréter derecho se observa un neoplasma pediculado del tamaño de una ave-lana, vellosa, anfractuosa y roja. Uréter libre.

Agosto 27:—En el intervalo entre el 20 y 27, el enfermo tiene hematurias. Primera sesión.

Septiembre 5:—Después de la primera sesión, no han sucedido hematurias. Segunda sesión.

Septiembre 15:—Tercera sesión.

Septiembre 30:—Cuarta sesión.

Octubre 16:—El tumor ha desaparecido por completo. En el sitio de implantación se observa una zona ligeramente rojiza. Alta.

OBSERVACION XI

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor Dr. B. Maraini

Serie XIV. C. Externo, año 1915. R. P., 52 años, español.

Ant. hereditarios:—Sin importancia.

Ant. personales:—Sarampión, viruela. No da antecedentes venéreos.

Enfermedad actual:—Se inicia en septiembre, con ardor en la uretra al terminar una micción, emitiendo algunas gotas de sangre. Estas hematurias que se repiten, son a veces completas pero con más frecuencia terminales.

Cistoscopia:—En el bajo fondo y a la derecha de la vejiga se observa un neoplasma bilobulado que avanza por la pared lateral y hacia el cuello, de tamaño igual al de una mandarina, en parte veloso y parte liso.

Noviembre 6, 12, 19, 26:—Primera, segunda, tercera, y cuarta sesión.

Diciembre 10, 18:—Quinta y sexta sesión.

Diciembre 27:—El enfermo no se presenta a seguir su tratamiento a pesar de que sus hematurias habían desaparecido y el tumor disminuído de volumen.

Enero 21|916:—El enfermo no ha vuelto para someterse al tratamiento.

OBSERVACION XII

Hospital Rawson--Servicio de Urología del Profesor Dr. B. Maraini

Serie XIV. C. Externo; año 1915. C. J. B., 40 años, español.

Ant. personales: — Sarampión, blenorragia, adenitis inguinal supurada.

Enfermedad actual:—La noche del 15 de julio 1915 es despertado por necesidad imperiosa de evacuar su vejiga y al iniciar la micción emite un coágulo sanguíneo seguido de una hematuria total. Por la mañana del día siguiente la micción se hace dificultosa hasta el punto que el enfermo practica baños de asiento. La orina expulsada es hematúrica.

Estas hematurias continúan durante tres días y cesan gracias a una bebida indicada por un facultativo. Un mes más tarde se repiten las hematurias terminales. Es asistido por un médico del Paraná, pero a consecuencia de una gran hematuria sobrevenida en el consultorio del facultativo que le atendiera, éste indica la conveniencia de tratarse en Buenos Aires.

En esta capital no es posible practicar por primera intención cistoscopia, a causa de estrechez del canal, lo que exige la dilatación previa durante un mes, al cabo del cual el examen endoscópico permite diagnosticar: Neoplasma.

Próstata aumentada de volumen, dura, rugosa, sensible, dando la sensación de neoplasia.

Cistoscopia:—En la pared lateral derecha de la vejiga se observa un papiloma veloso en su superficie, macizo en su base; scsil y que se prolonga hacia el bajo fondo y el cuello, tamaño de una mandarina grande.

Noviembre 15:—Primera sesión en el consultorio particular del Dr. Maraini.

Noviembre 23:—Segunda sesión. En el intervalo entre el 15 y el 23, las orinas han sido ligeramente tintas de sangre.

Diciembre 1:—El enfermo continúa en las mismas condiciones. Tercera sesión.

Diciembre 9:—Emisión sanguínea casi desaparecida.

El enfermo dice haber eliminado fragmentos de

color blanco. Se practica una cistoscopia: nótanse todas las vellosidades blancas, que se eliminan. Queda la parte maciza sesil. Cuarta sesión.

Diciembre 17-28:—Quinta y sexta sesión.

Enero 6-14-21|916:—Séptima, octava, novena sesión.

Enero 23:—Epididimitis derecha. La vejiga se ha puesto intolerante y las micciones son dolorosas. Reposo.

Febrero 27:—Los dolores a la micción se han hecho intolerables. La capacidad vesical es de veinte y cinco a treinta gramos.

En la próstata se notan más pronunciadas las abolladuras y los núcleos duros que en el primer examen. Reposo.

OBSERVACION XIII

Enfermo del Consultorio particular del Profesor Dr. B. Maraini

S. P., 45 años, italiano, empleado. Año 1915.

Enfermedad actual:—Hace dos años y medio, sin causa aparente, orina sangre al final de la micción, sin dolor y sin ningún síntoma vesical.

Esta hematuria dura de ocho a diez días, cesando por un tiempo y repitiéndose cuatro o cinco meses más tarde, siempre con los mismos caracteres. Repitióse bajo la misma forma en varias ocasiones hasta que hace tres o cuatro meses la hematuria es total. Entonces empieza a notar mayor frecuencia en la micción, y una cierta dificultad al final de ella, interrumpiéndose el chorro, y con tenesmo vesical.

Todas estas hematurias aparecen por lo general después de algún ejercicio fuera de lo habitual. Desde la última hematuria puede decirse que ésta no ha cesado.

Mayo 17|915:—**Exámen cistoscópico:**—Se ve en el bajo fondo, a la izquierda, un tumor vellosa,

pulsátil, que ocupa todo el campo del cistoscopio. Moviéndose éste, consíguese circunscribirse, notándose alrededor del neoplasma la mucosa sana.

El tumor tiene el aspecto de ser pediculado, formando mucho relieve. El pedículo no se alcanza a ver.

Mayo 27:—Primera sesión.

Junio 3:—Lavaje con nitrato de plata.

Examen cistoscópico:—Se nota el tumor con muchas mucosidades blancas adherentes y reducido en un cuarto de su tamaño.

Después de la primera sesión, la hematuria cesa, notándose sólo una que otra gota al final de la micción.

Junio 10-17:—Segunda y tercera sesión.

Junio 22:—El tumor reducido a su mitad, en tamaño y en relieve. Se puede circunscribir fácilmente aunque su pedículo no es aún visible.

Junio 24:—Cuarta sesión.

Julio 1-8-15:—Quinta, sexta y séptima sesión.

Julio 22-29:—Octava y novena sesión.

Agosto 5-12:—Décima y undécima sesión.

Agosto 19:—Duodécima sesión.

Septiembre 2:—**Examen cistoscópico:**—El neoplasma, desaparecido. Se ve en el sitio de implantación de él una zona roja, edematosa y en su centro un punto negro, profundo, del tamaño de una lenteja y rodeado de mucosidades blancas. Lavajes con agua caliente.

Septiembre 16:—No se observa ningún punto proliferante. Aun se ve un punto blanco por eliminar.

Septiembre 23:—Se notan aún dos puntos más rojos que el resto de la mucosa. No hay depresión, ni cicatriz, ni mucosidad alguna.

Noviembre 18:—Vejiga completamente normal. No se ve cicatriz alguna y no es posible precisar el sitio donde ha estado implantado el tumor. Alta.

OBSERVACION XIV

Enfermo del Consultorio particular del Doctor Montenegro

J. C., 60 años, argentino.

Antecedentes hereditarios:—Sin importancia.

Antecedentes personales:—No tiene pasado patológico urinario. Sujeto sumamente nervioso.

Enfermedad actual:—Se inicia en 1909, con ligerísimas hematurias terminales, sin modificaciones del lado de la micción, ni dolores.

Su primera hematuria, de muy corta duración, desaparece rápidamente con tratamiento médico y el enfermo se cree curado. Tres o cuatro meses más tarde, sin causa apreciable, vuelve a tener hematurias algo más intensas, pero siempre sin dolor y con independencia del reposo o movimiento. Sus hematurias llegan a hacerse totales con el transcurso del tiempo, abundantes, algunas veces con coágulos y sólo entonces siente algunos dolores y una relativa frecuencia de la micción. Los intervalos entre una y otra hematuria se hacen cada vez más cortos, la cantidad de sangre, mayor; los coágulos más numerosos hasta mediados del año 1915, fecha en que es visto por el Dr. Montenegro.

Hasta entonces había sido considerado y tratado como un estrecho filiforme, unas veces; como afectado de várices en la vejiga, otras, sin haber conseguido modificaciones favorables en la marcha de su enfermedad, que sigue siempre su carácter caprichoso.

En el momento del examen, guarda cama y observa un régimen alimenticio bastante severo. La hematuria es intensa, total; se ven algunos coágulos en la orina y en el momento de la micción acusa ligero dolor que localiza en el hipogastrio.

Estado actual:—**Esfera génito-urinaria:**—Ca-

nal uretral libre, a un explorador a bola N. 20. La vejiga no es sensible al contacto, capacidad y contractibilidad, normales. La próstata no presenta nada anormal. Riñones, no se palpan.

Examen cistoscópico:—Cesada la hematuria, se le practica cistoscopia, en consulta con el Doctor Maraini.

Se encuentra un tumor pediculado, bilobado, recubierto por coágulos en algunos puntos, del tamaño de una nuez, y situado en la pared lateral izquierda cerca del cuello. Alrededor del tumor, vejiga completamente normal.

Julio 19-1915:—Primera sesión.

Julio 29-31:—Segunda y tercera sesión.

Agosto 9-18-26:—Cuarta, quinta y sexta sesión.

Septiembre 7-21-30:—Séptima, octava y novena sesión.

Octubre 16-26:—Décima y undécima sesión.

Noviembre 11:—Duodécima sesión.

Noviembre 25:—Alta.

En conjunto: en las primeras sesiones de electrocoagulación, y a la inversa de lo que acontece en la mayoría de los otros casos, las hematurias aumentan, coloreándose intensamente la orina durante dos o tres días.

Las sesiones, cortas, y algunas muy espaciadas, debido a la pusilanimidad del enfermo, son a veces ligeramente dolorosas pero bien soportadas y, fuera de las dos o tres primeras, el enfermo no guarda cama ni observa régimen alguno, pudiendo atender sus ocupaciones habituales.

La desaparición absoluta de las hematurias se consigue recién cuando el tumor está casi completamente destruido, es decir, a la novena o décima sesión.

Después de la duodécima sesión, la vejiga presenta un aspecto normal, y apenas si es posible reconocer el sitio de implantación del tumor.

OBSERVACION XV

Enfermo del Consultorio particular del Profesor Dr. B. Maraini

J. H. R.—Noviembre 1915.

Enfermedad actual:—Hace veinte y dos meses empieza a notar frecuencia en la micción, siendo ésta sin embargo indolora.

Se hace análisis de orina: 1 gramo $1\frac{1}{2}$ de albúmina. Le prescriben régimen lácteo, que observa durante tres meses.

Las orinas se hacen turbias.

En el mes de septiembre 1914 nota por primera vez sangre en sus orinas; hematuria que es con más frecuencia terminal. Desde este momento, la hematuria no cesa.

En noviembre, le diagnostican: neoplasma de la vejiga.

En enero 17 de 1915 es operado por talla hipogástrica. La vejiga cierra a principio de marzo.

Orinas completamente claras.

A fines de marzo nota nuevamente unas gotas de sangre al final de la micción.

Desde ese momento las hematurias no desaparecen hasta la iniciación del tratamiento por las corrientes de alta frecuencia que practica el Dr. Maraini, siguiendo como en todos los demás casos el método de Edwin Beer.

En marzo, junio y julio, dice el enfermo que se le hicieron aplicaciones de corrientes de alta frecuencia, pareciéndole obtener ligera mejoría, pero sin conseguir la desaparición de sus hematurias.

A fines de julio y agosto se le hacen cinco aplicaciones de Radium. Continúa en el mismo estado.

En noviembre 29 de 1915 concurre por primera vez al consultorio particular del Dr. Maraini.

Cistoscopia:—Neoplasma implantado en la pa-

red antero-superior, inmediatamente por encima del cuello, a pedículo de base ancha, del tamaño de una avellana grande; y dos neoplasmas más pequeños, casi sobre el cuello. Capacidad vesical: 100 gramos.

Diciembre 2:—Primera sesión.

Estando el neoplasma situado en la pared anterior, muy cerca del cuello, es difícil llegar con la sonda eléctrica hasta el tumor. Sin embargo, bajando mucho el pabellón del cistoscopio, se consigue tocar algunos puntos.

Diciembre 14-21:—Segunda y tercera sesión.

Diciembre 28:—Cuarta sesión.

Enero 4-9-16:—Quinta sesión. Las hematurias han desaparecido. El neoplasma, reducido a su mitad.

Enero 21:—Sexta sesión.

Febrero 8-29:—Séptima y octava sesión.

El enfermo está en curso de tratamiento.

CONCLUSIONES

1.—Así como en los cálculos vesicales, la litotricia es el método de elección, y la cistotomía el de excepción, en los neoplasmas de la vejiga, el tratamiento por las vías naturales debe ser el método de elección y la talla el de excepción.

2.—En los neoplasmas infiltrados, en aquellos que presentan un carácter maligno, en los que son anormales por su volumen o su número, los métodos endoscópicos con fines curativos no deben ser intentados, readquiriendo la talla en estos casos todos sus derechos; y solo paliativamente los tratamientos por las vías naturales pueden en estos casos ser de un valor indiscutible.

3.—En las recidivas neoplásicas los métodos no cruentos encuentran una indicación por demás justificable.

4.—Los métodos que utilizan los aparatos de galvano-cauterización presentan una serie de inconvenientes, y de aquí que los métodos que emplean las corrientes de alta frecuencia adquieren cada día mayor número de partidarios.

5.—De los dos métodos que utilizan las corrientes de alta frecuencia, el del Etincelaje presenta el inconveniente de necesitar un cistoscopio especial. Al método de la electro-coagulación reconocemos el inconveniente de exigir un número mayor de sesiones para la destrucción de los neoplasmas que el exigido por el de Heitz Boyer y Cottenot.

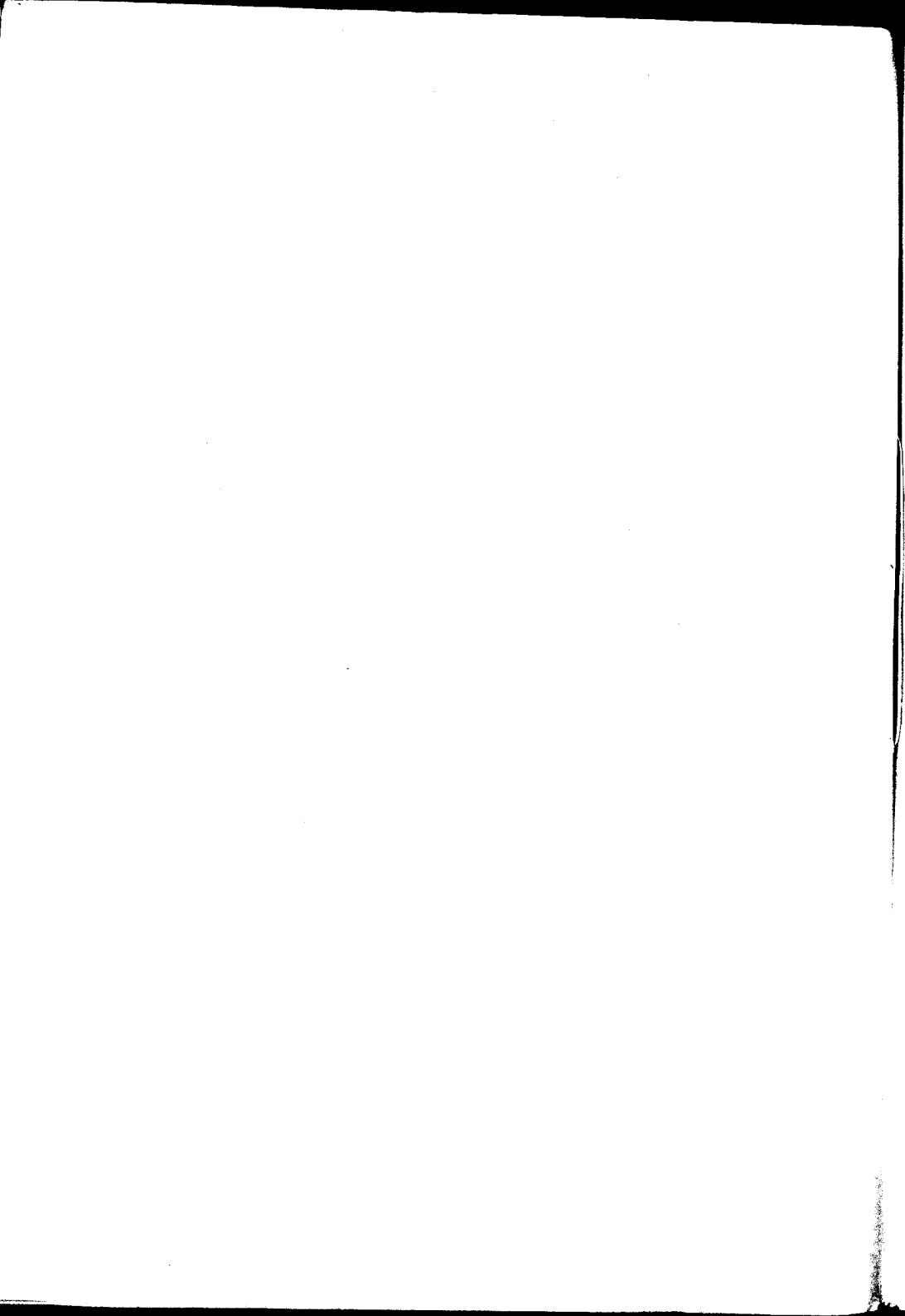
6.—El modo de acción de las corrientes de alta frecuencia parece, con ligeras variantes, ser igual en los métodos de Edwin Beer y de Heitz Boyer y Cottenot.

Marzo 1916

NICOLÁS IRIANNI



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFIA

- CLADO—«Tumeurs de la Vessie». Paris 1895.
- F. GUYON—«Maladies des Voies Urinaires». Tomo III. Págs. 232 a 278.
- A. POUSSON—«Enfermedades de las Vías Urinarias».—Pág. 442 y 443.
- J. DORÉ Y JACK MOCK—Contribution a l'etude des operations endovésicales dans les tumeurs de la vessie. «Annales des maladies genito-urinaires». Vol. I N. 12. Junio 2 — 1911 — pág. 1057 a 1106—Vol. II N. 13—Julio 1 1911 pág. 1201 a 1216—Vol. II N. 14 — Julio 2 1911—pág. 1270 a 1296.
- G. MARION—De l'ablation de certaines tumeurs vésicales par les voies naturelles—«La Presse Medical». N. 102—21 Diciembre 1910. —Pág. 961 a 964.
- V. PAUCHET—De l'ablation des tumeurs vésicales par les voies naturelles. «Annales des maladies génito-urinaires». Vol. II, N. 22 Noviembre 2, 1911 — pág. 2069 a 2074
- HEITZ BOYER Y COTTENOT—Nouvelle methode de traitement endoscopique des tumeurs de vessie. «Quinzieme session de l'Association Française D'Urologie. Proces-verbaux, Memoires et Discussions». Paris—Octubre 1911—Pág. 774 a 803.
- E. BEER—«Zeitschrift für Urologie» 1912.—Pod. VI H. 12—Pág. 1009.
- E. BEER—«The Journal of the American Medical Association»—Vol. LIX, N. 20—16 Noviembre 1912—Pág. 1784 a 1786.
- E. BEER—«Medical Record»—8 Febrero 1913—Pág. 242.
- CH. PERINEAU—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 2—15 Agosto «Archives Urologiques de la Clinique de Necker»—Tomo I—Fasc. 2—30 Junio 1913 — Pág. 131 a 144.
- SAINT CÉNE—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 2—15 Agosto 1913 —Pág. 305 y 306.
- CH. PERINEAU—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 2—15 agosto 1913—Pág. 304.
- MAURICE HEITZ BOYER—Du traitement mixte de certaines tumeurs vesicales—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 5—15 Noviembre 1913—Pág. 793 á 795.
- CH. PERINEAU—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 5—15 Noviembre 1913—Pág. 858.
- DORÉ—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 5—15 Noviembre 1913—Pág. 858 a 860.
- DORÉ—XVII Congrès de L'Association Française D'Urologie tenue a Paris du 8 au 11 Octobre 1913—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 5—15 Noviembre 1913.

- MAURICE HEITZ BOYER—Technique intravesicale du traitement des tumeurs de vessie par la haute fréquence.—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 6—15 Diciembre 1913—Pág. 903 a 914.
- DORÉ—«Journal D'Urologie»—Tomo IV—N. 6—15 Diciembre 1913—Págs. 998 a 1000.
- MAURICE HEITZ BOYER—Traitement endoscopique de la tuberculose vesicale par les courants á haute fréquence.—«Journal D'Urologie»—Tomo V—N. 2—15 Febrero 1914—Pág. 155 a 159.
- JACK MOCK—«Journal D'Urologie»—Tomo V—N. 2—15 Febrero 1914. Págs. 227 y 228.
- G. MARION y M. HEITZ BOYER—«Traité Practique de cystoscopie et de cathétérisme uréteral»—1914—Págs. 138 a 173.
- B. MARAINI—Tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales—Cauterización y alta frecuencia—Electrocoagulación—«La Semana Médica»—27 Mayo 1915—Págs. 674 a 677.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Joaquín López Figueroa y al profesor suplente Dr. Joaquín Nín Posadas, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Abril 11 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3080 del libro respectivo, entréguese al interesado, para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales, es precario.

A. C. Gandolfo.

II

Indicaciones operatorias según el sitio del neoplasma.

J. López Figueroa.

III

¿Cuál es, según el método operatorio empleado, la proporción de la recidiva de los tumores vesicales?

J. Nin Posadas.

30480

