



Año 1916.

Núm. 3161

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

# SIFILIS DE LA VEJIGA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO P. ARIAZZI

Practicante del Instituto Jenner  
Practicante del Servicio Médico del Departamento Central de Policía  
Practicante menor y mayor interno del Hosp. T. de Alvear  
1912-1916



BUENOS AIRES

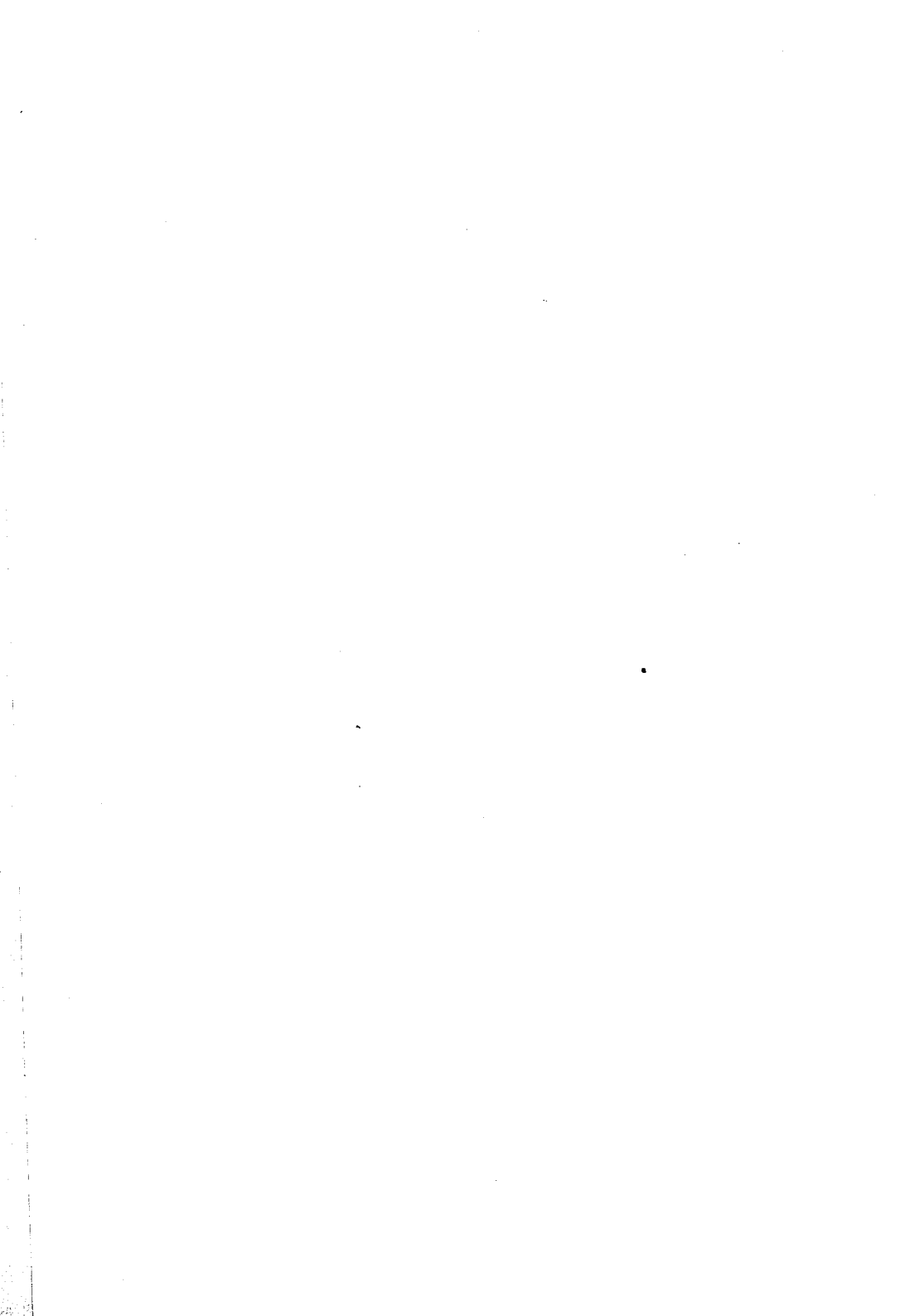
Talleres Gráficos de Juan Perrotti - Defensa 523

1916



*Man. B. 276*

SIFILIS DE LA VEJIGA



Año 1916.

Núm. 161

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

---

# SIFILIS DE LA VEJIGA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO P. ARIAZZI

Practicante del Instituto Jenner

Practicante del Servicio Médico del Departamento Central de Policía

Practicante menor y mayor interno del Hosp. T. de Alvear

1912-1916



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos de Juan Perrotti - Defensa 523

1916



---

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

*Artículo 162 del R. de la F.*

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### PRESIDENTE

Dr. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### VICEPRESIDENTE

Dr. D. JOSE PENNA

### MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARAYA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " PEDRO LAGLEYZE
5. " " JOSE PENNA
6. " " LUIS GÜEMES
7. " " ELISEO CANTON
8. " " ANTONIO C. GANDOLFO
9. " " ENRIQUE BAZTERRICA
10. " " DANIEL J. CRANWELL
11. " " HORACIO G. PISERO
12. " " JUAN A. BOERI
13. " " ANGEL GALLARDO
14. " " CARLOS MALBRAN
15. " " M. HERRERA VEGAS
16. " " ANGEL M. CENTENO
17. " " FRANCISCO A. SICARDI
18. " " DIOGENES 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. TELEMACO SUSINI
2. " EMILIO R. CONTI
3. " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " FERNANDO VIDAL
5. " OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### DECANO

DR. D. E. BAZTERRICA

### VICEDECANO

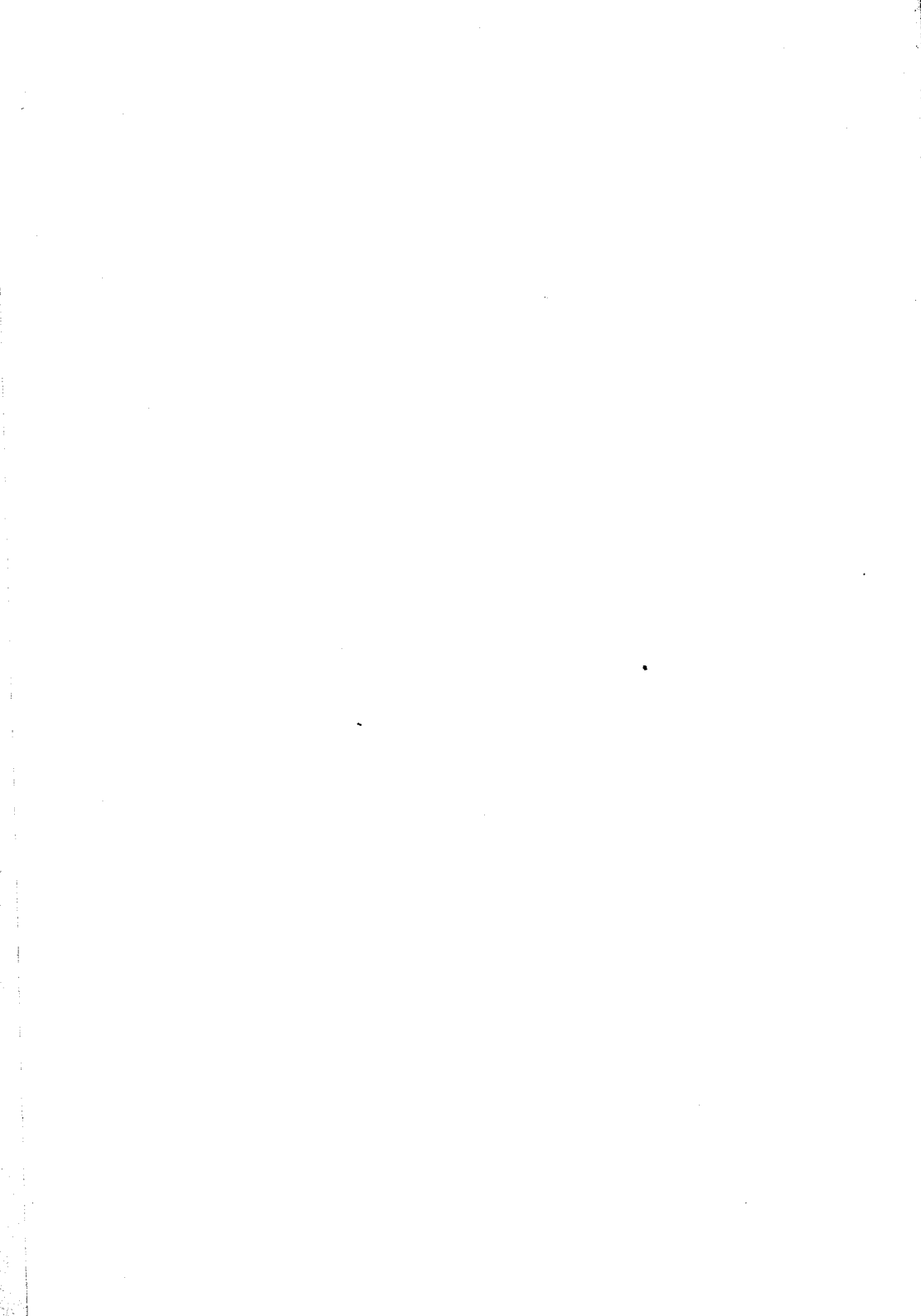
DR. D. CARLOS MALBRAN

### CONSEJEROS

DR. D. LUIS GEMES  
" ENRIQUE BAZTERRICA  
" ENRIQUE ZARATE  
" PEDRO LACAYERA  
" ELISEO CANTON  
" ANGEL M. CENTENO  
" DOMINGO CABRED  
" MARCIAL V. QUIROGA  
" JOSE ARCE  
" ABEL AYERZA  
" EUFEMIO UBALDES (con lic.)  
" DANIEL J. CRANWELL  
" CARLOS MALBRAN  
" JOSE F. MOLINARI  
" MIGUEL PUIGGARI  
" ANTONIO C. GANDOLFO (Supl.)

### SECRETARIOS

DR. D. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
" JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



## ESCUELA DE MEDICINA

### PROFESORES HONORARIOS

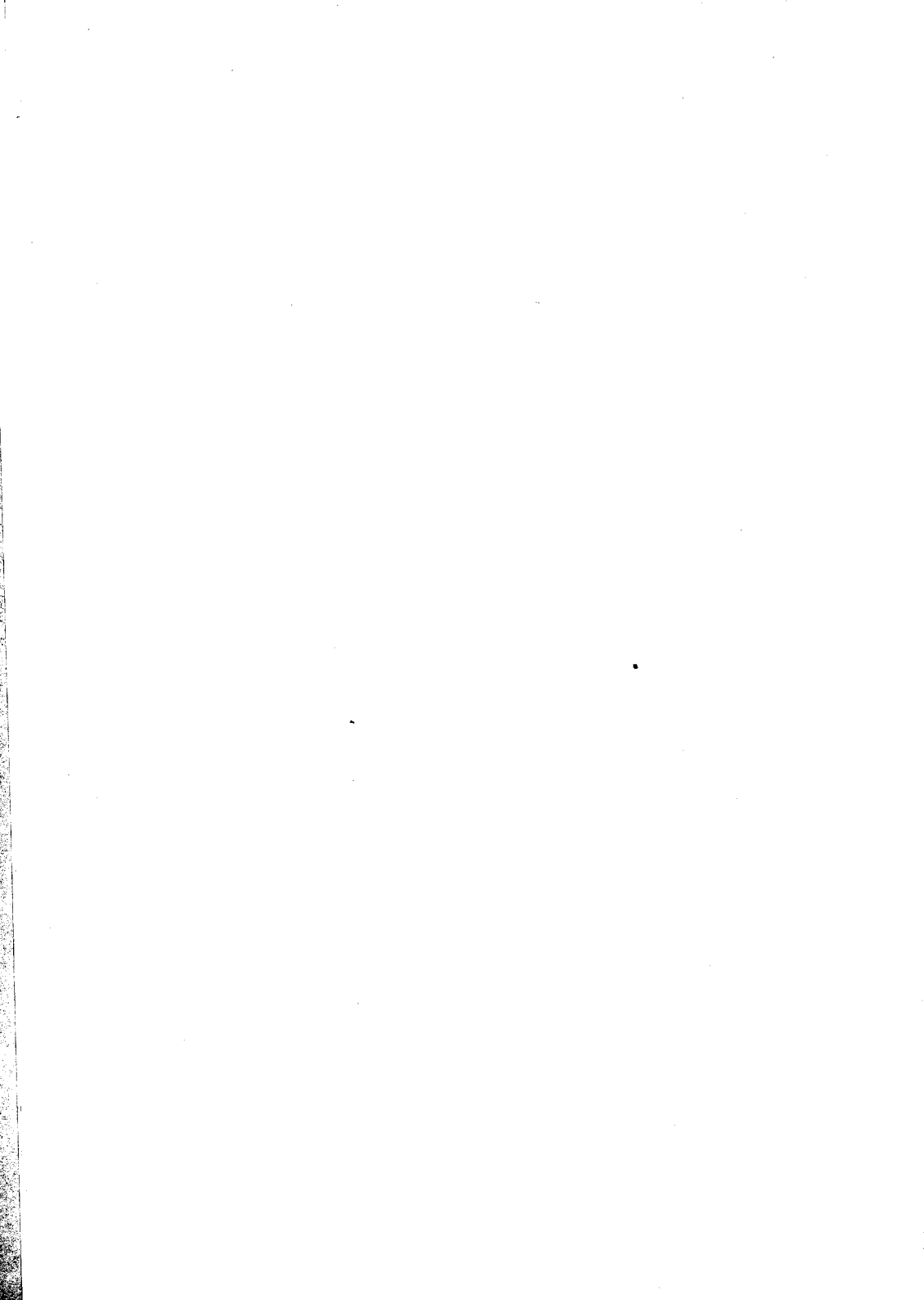
- DR. ROBERTO WERNICKE
- " JUVENCIO Z. ARCE
- " PEDRO N. ARATA
- " FRANCISCO DE VEYGA
- " ELISEO CANTON
- " JUAN A. BOERI
- " FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	" LUCIO DURASONA
	" RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva .....	" R. SARMIENTO LASPIUR
	" JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	" PEDRO BELOU
Química Médica .....	" ATANASIO QUIROGA
Histología .....	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .....	" HORACIO G. PINERO
Bacteriología .....	" CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .....	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	" RICARDO SCHATZ
Seuología y ejercicios clínicos .....	" GREGORIO ARAOZ ALPARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	" AVELINO GUTIERREZ
" Patológica .....	" TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica .....	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	" BALDOMERO SOMMER
" Génito-uritarias .....	" PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	" JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica .....	" JOSE PENNA
" Oto-rino-laringológica .....	" EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	" MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	" PEDRO LAGLEYZE
	" PASCUAL PALMA
" Quirúrgica .....	" DIOGENES DECOUD
	" ANTONIO C. GANDOLFO
	" MARCELINO T. VISAS
	" LUIS GEMES
" Médica .....	" LUIS AGOTE
	" IGNACIO ALLENDE
" Neurológica .....	" ABEL AYERZA
" Psiquiátrica .....	" JOSE A. ESTEVES
	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica .....	" ENRIQUE ZARATE
	" SAMUEL MOLINA
" Pediátrica .....	" ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	" DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	" ENRIQUE BAZTERRICA

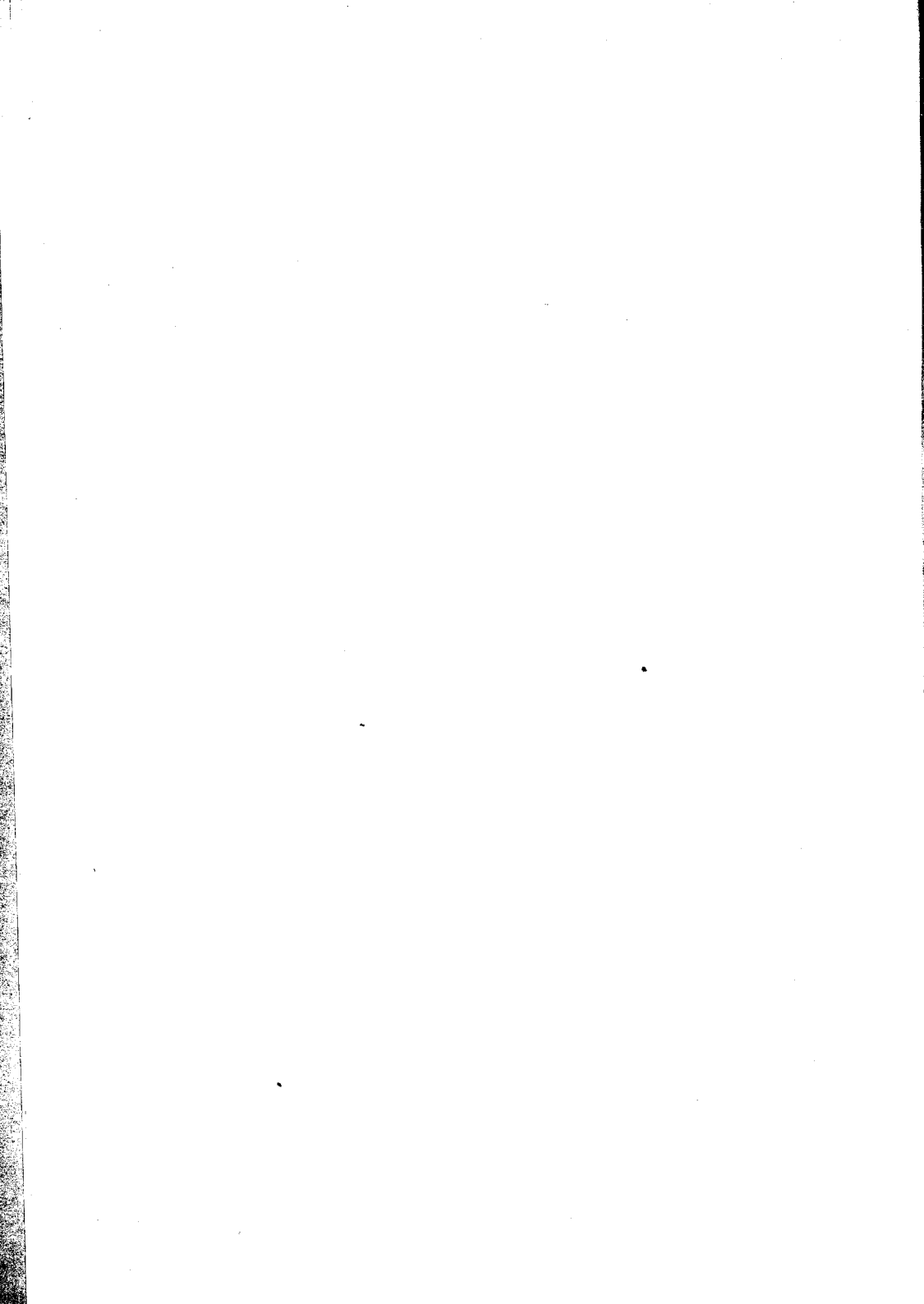


## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología .....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	" JUAN JOSE GALLANO
Bacteriología .....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica .....	" JOSE BADIA
Clínica Ginecológica .....	" JOSE F. MOLINARI
" Médica .....	" PATRICIO FLEMING
" Dermato-sifiligráfica .....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
" Neurológica .....	" JOSE R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
" Pediátrica .....	" BENJAMIN T. SOLARI
" Psiquiátrica .....	" ANTONIO F. PINERO
	" MANUEL A. SANTAS
" Quirúrgica .....	" FRANCISCO LLOBET
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna .....	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica .....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica .....	" JOSE T. BORDA



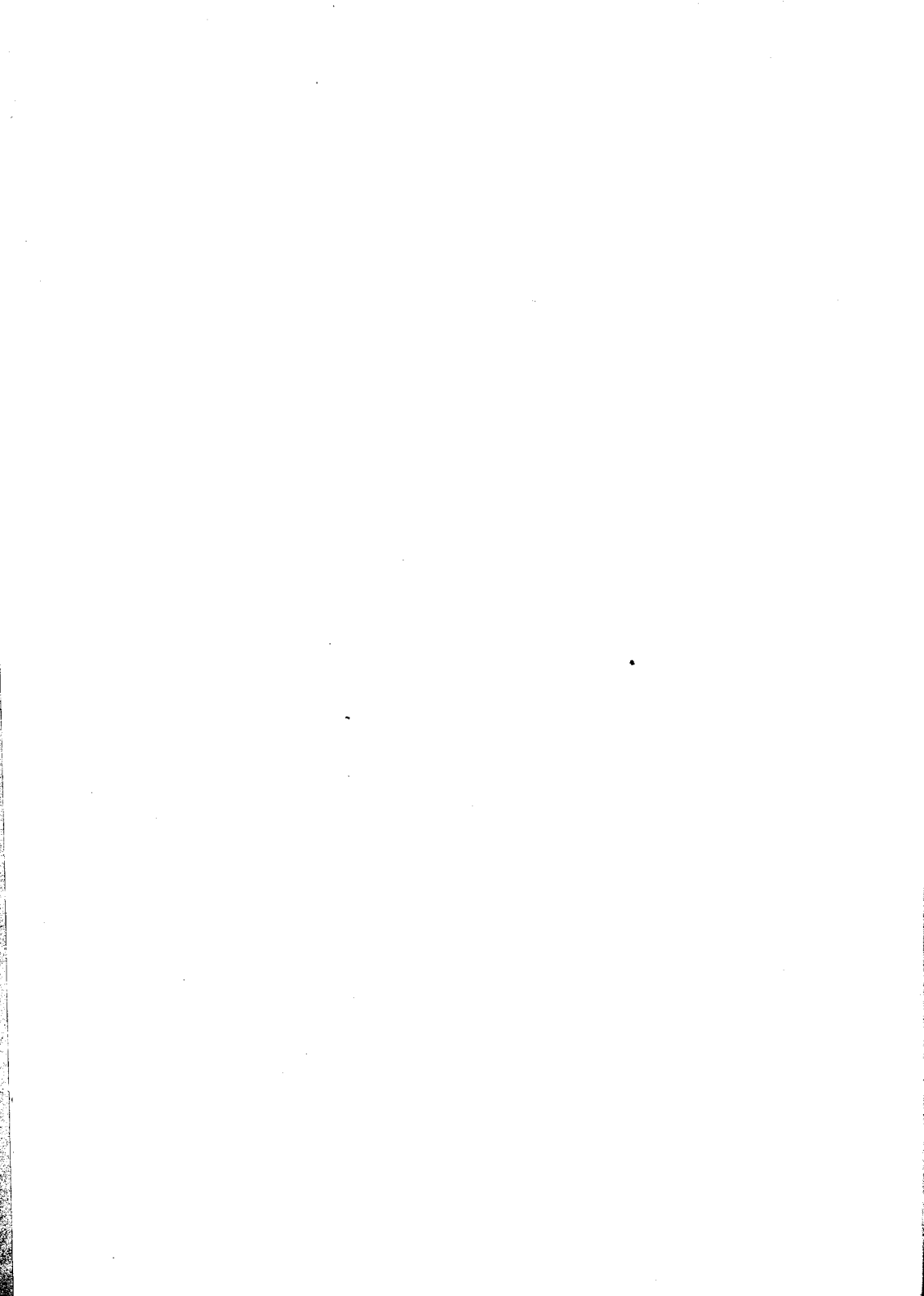
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica .....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica .....	" GUILERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva .....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana .....	" EUGENIO GALLI
Bacteriología .....	" FRANK L. SOLER
Química Biológica .....	" RODOLFO RIVAROLA
Higiene Médica .....	" ALOIS BACHMANN
Semiología y ejercicios clínicos .....	" GERMAN ANSCHUTZ
Anatomía Patológica .....	" BENJAMIN GALARCE
Materia Médica y Terapia .....	" FELIPE JUSTO
Medicina Operatoria .....	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa .....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica Dermatológico-sifilográfica .....	" ALFREDO VITTON
" Genito-urinaria .....	" JOAQUIN LLAMBIAS
" Epidemiológica .....	" ANGEL H. ROFFO
" Oftalmológica .....	" JOSE MORENO
" Oto-rino-laringológica .....	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología interna .....	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Neurológica .....	" FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Quirúrgica .....	" CASTELFORT LUGONES
" Médica .....	" NICOLAS V. GRECO
" Pediatría .....	" PEDRO L. BALISA
" Ginecológica .....	" BERNARDINO MARAINI
Obstétrica .....	" JOAQUIN XIX POSADAS
Medicina legal .....	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONIO MARCO DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITTON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JACOBO F. SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUNA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONZE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



## 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																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">Asignaturas</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">Catedráticos sustitutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Técnica farmacéutica .....</td> <td>SR. RICARDO ROCCATAGLIATA</td> </tr> <tr> <td>Farmacognosia y posología razonadas, Física farmacéutica .....</td> <td>" PASCUAL CORTI</td> </tr> <tr> <td>Química orgánica .....</td> <td>" OSCAR MALOCK</td> </tr> <tr> <td>" analítica .....</td> <td>DR. TOMAS J. RUMI</td> </tr> <tr> <td>" inorgánica .....</td> <td>SR. PEDRO J. MESIGOS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>" LUIS GUGLIALMELLI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DR. JUAN A. SANCHEZ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>" ANGEL SABATINI</td> </tr> </tbody> </table>		Asignaturas	Catedráticos sustitutos	Técnica farmacéutica .....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA	Farmacognosia y posología razonadas, Física farmacéutica .....	" PASCUAL CORTI	Química orgánica .....	" OSCAR MALOCK	" analítica .....	DR. TOMAS J. RUMI	" inorgánica .....	SR. PEDRO J. MESIGOS		" LUIS GUGLIALMELLI		DR. JUAN A. SANCHEZ		" ANGEL SABATINI
Asignaturas	Catedráticos sustitutos																		
Técnica farmacéutica .....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA																		
Farmacognosia y posología razonadas, Física farmacéutica .....	" PASCUAL CORTI																		
Química orgánica .....	" OSCAR MALOCK																		
" analítica .....	DR. TOMAS J. RUMI																		
" inorgánica .....	SR. PEDRO J. MESIGOS																		
	" LUIS GUGLIALMELLI																		
	DR. JUAN A. SANCHEZ																		
	" ANGEL SABATINI																		



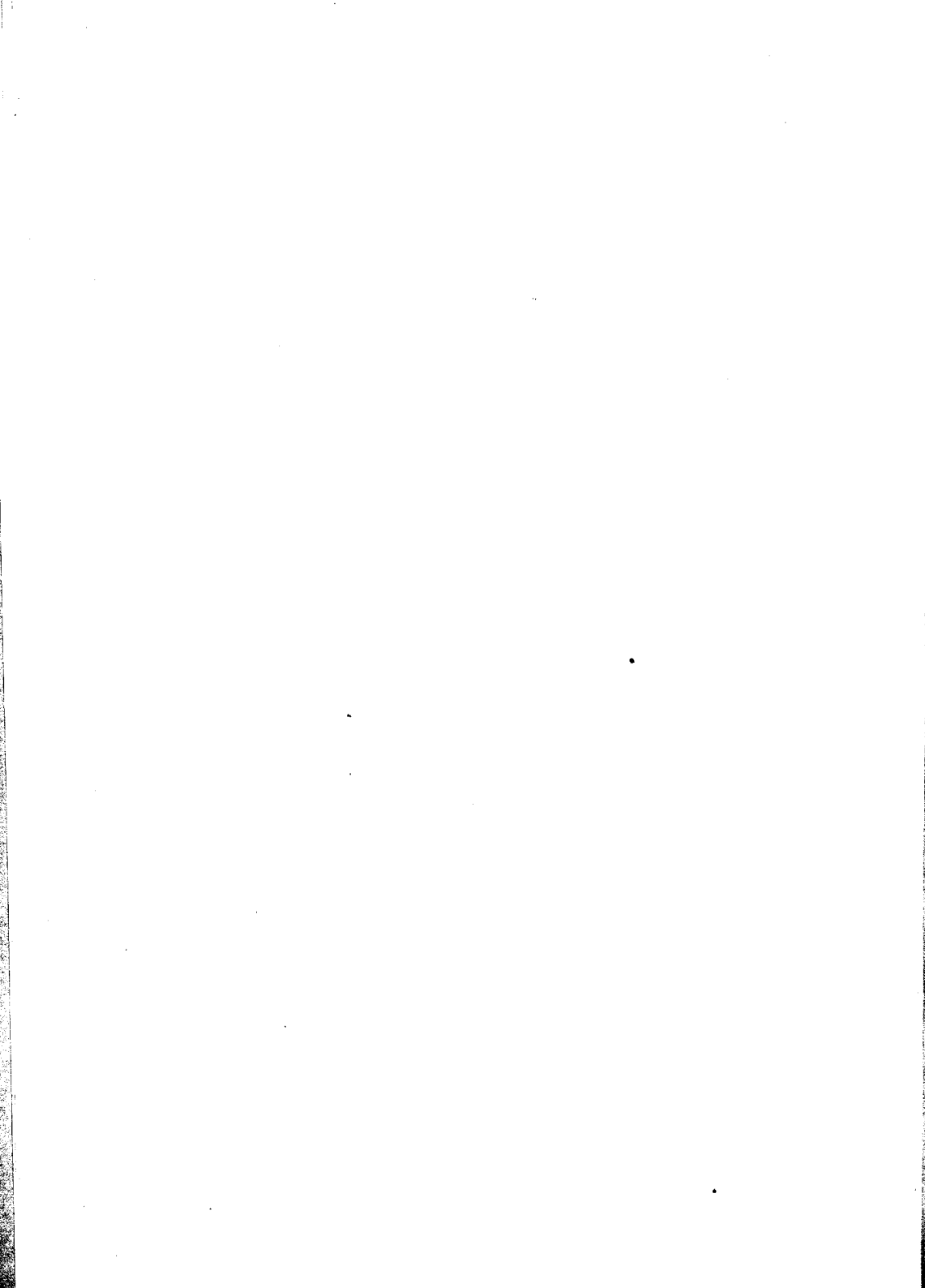
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
Segundo año .....	" LEON PERGYRA
Tercer año .....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

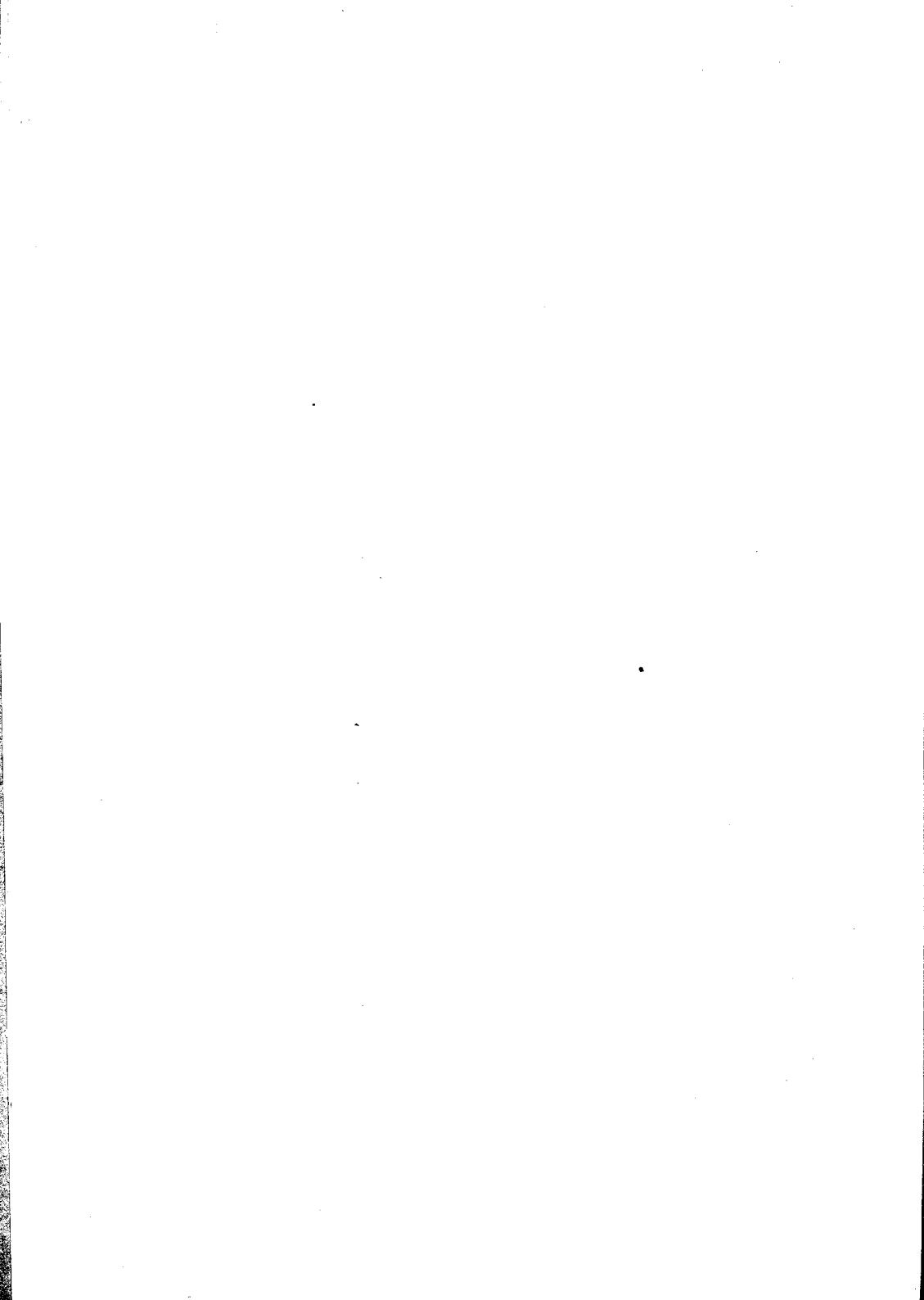
### Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE  
" TOMAS S. VARELA (2.º año)  
" JUAN U. CARRERA (Protesis)



## ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	" MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica .....	" PANOR VELARDE
Paricultera .....	UBALDO FERNANDEZ

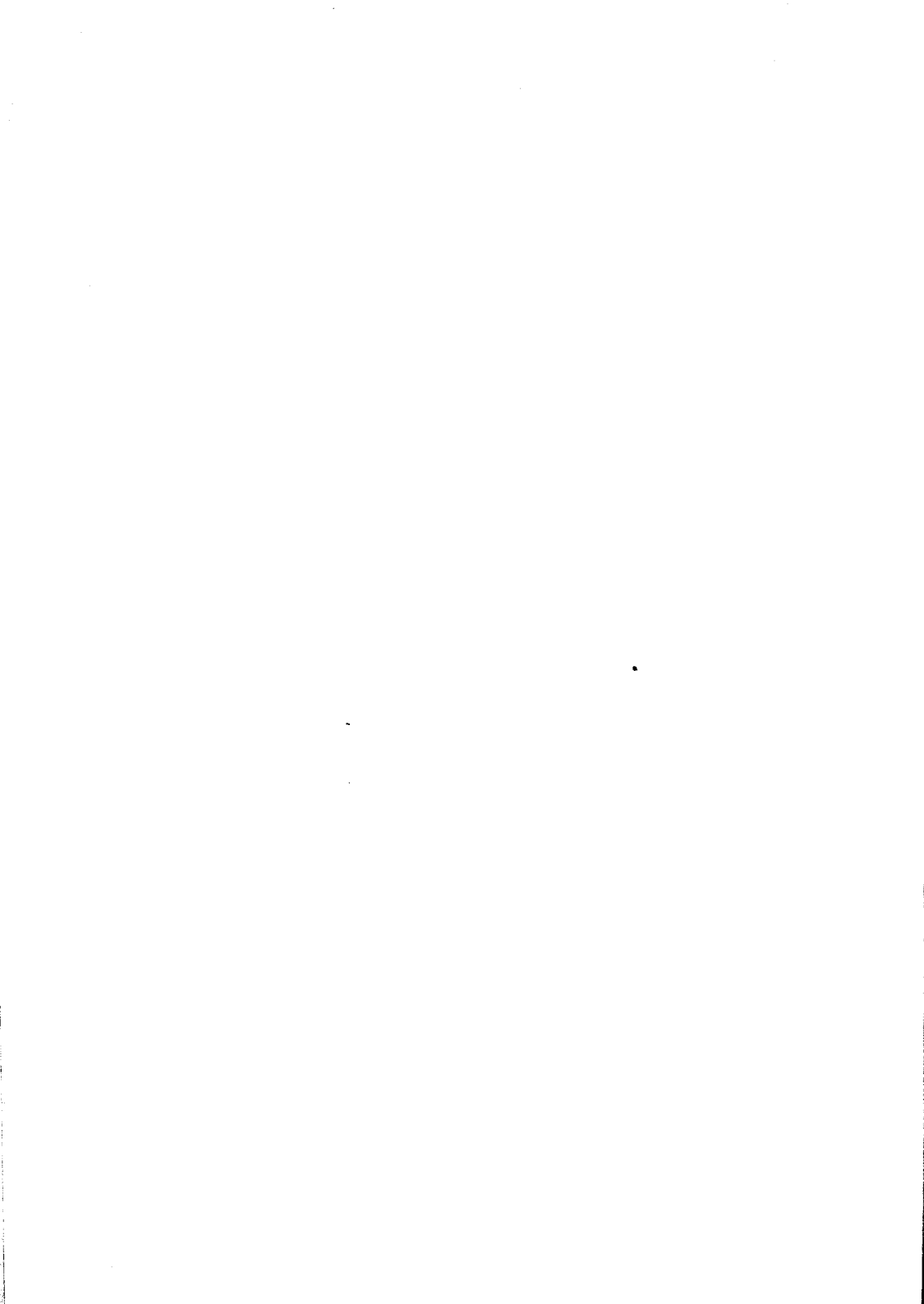


PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JOAQUIN NIN POSADAS

Profesor suplente de enfermedades génito-urinarias  
de la Facultad de Medicina

Jefe del servicio de la especialidad en el Hosp. Torcuato de Alvear  
Miembro de la Asociación Internacional Francesa de Urología



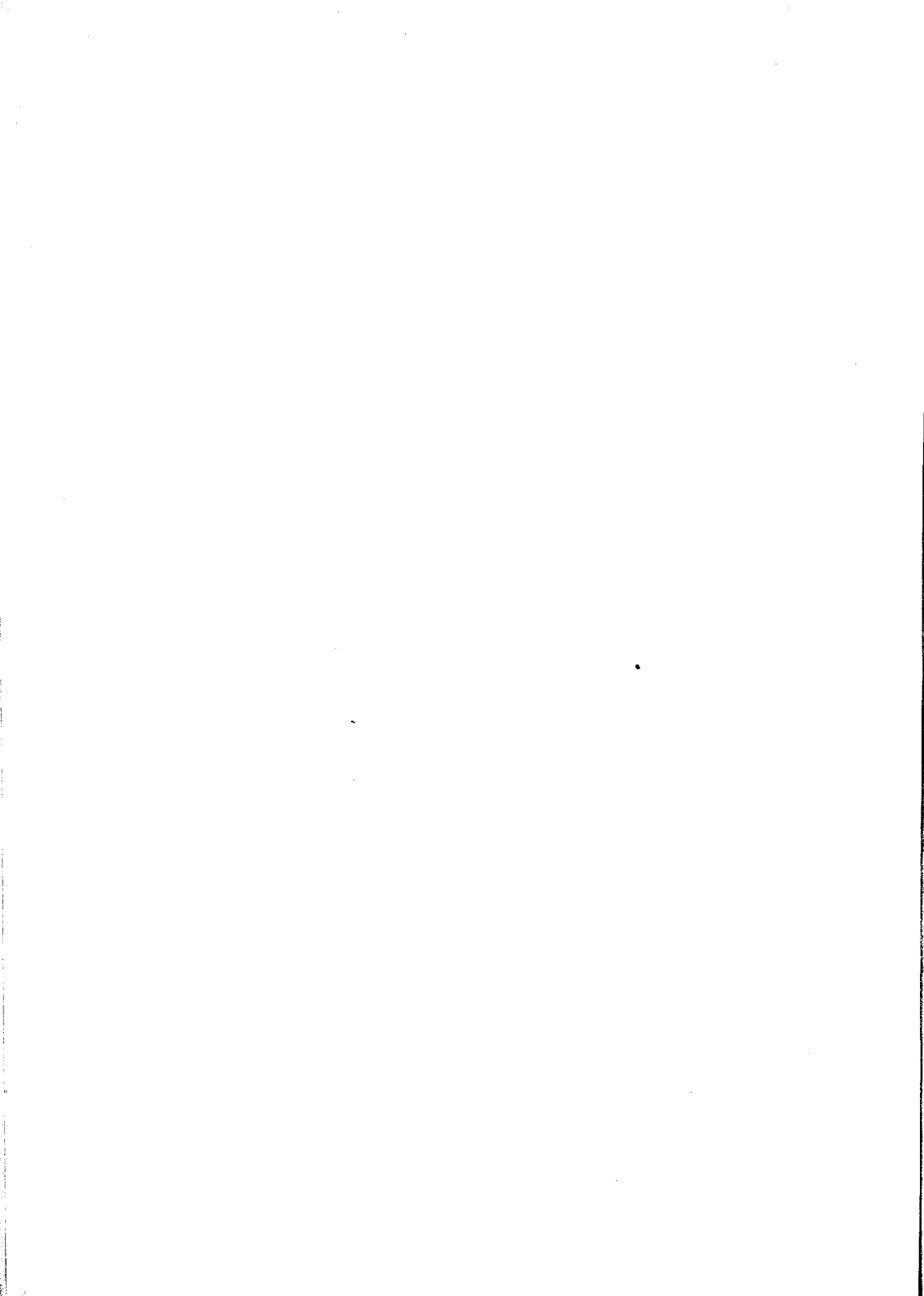
A MIS PADRES

A QUIENES TODO LO DEBO

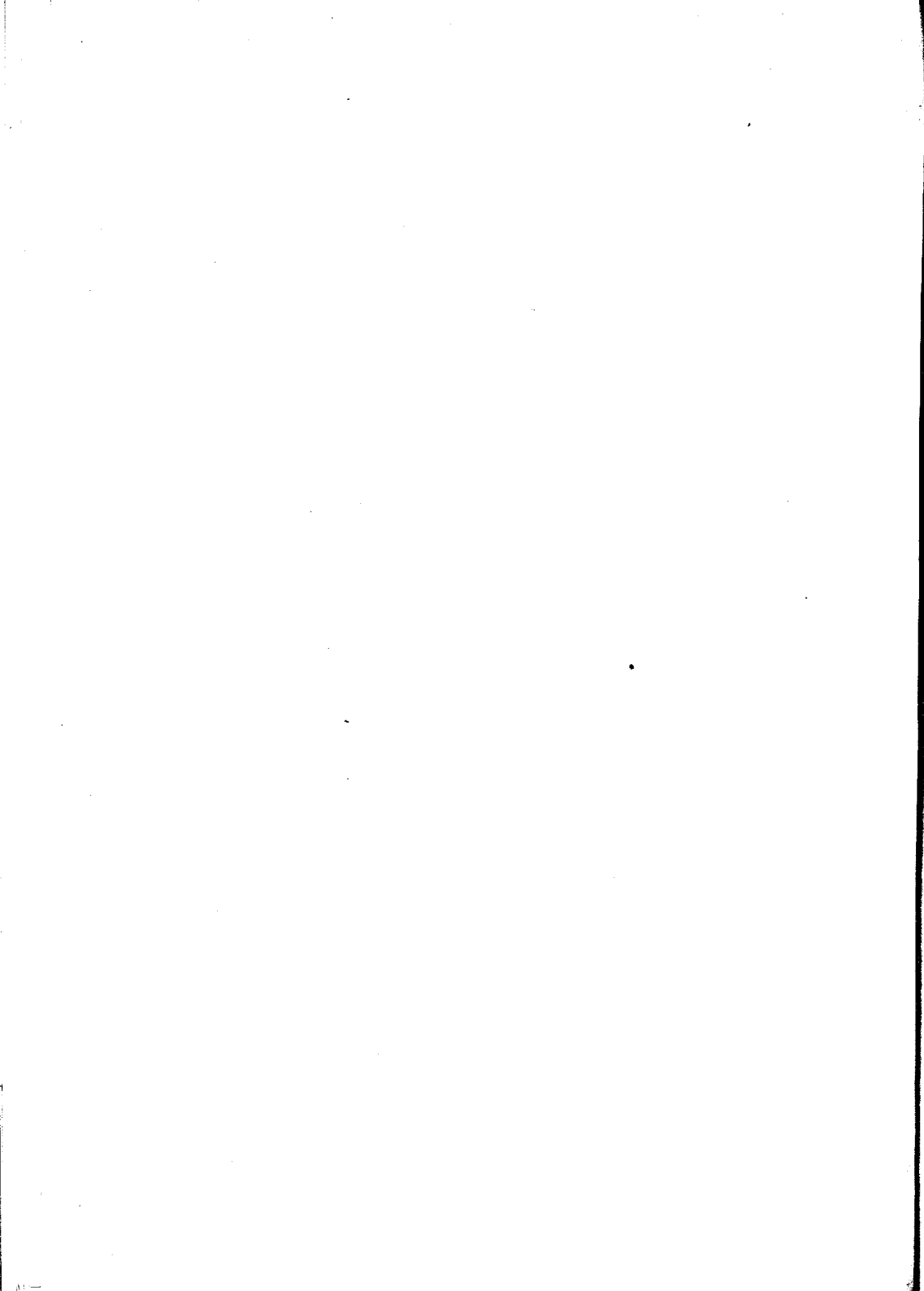


A LOS MIOS

CON TODO CARINO



A MIS AMIGOS Y QUERIDOS COMPAÑEROS DE INTERNADO



Señores Académicos.

Señores Consejeros.

Señores Profesores:

Al presentar este trabajo que marca el último jalón de mi vida universitaria, y me habilita a presentarme ante vosotros para consagrarme médico, me encuentro con la desorientación del que se inicia; es por ello que reclamo vuestra benevolencia.

Del vasto capítulo que abarca la Sífilis, tal vez la localización vesical haya sido la más mal estudiada hasta nuestros días, es por ello que he tratado de recopilar en este trabajo todo lo que a nuestro tópico se refiere, dejando constancia de que a la bibliografía nacional se deben los mejores estudios ya que los autores extranjeros, salvo raras observaciones personales, llegaron a negar, hasta hace pocos años, la localización vesical del Treponema.

Para mi padrino de Tesis y Jefe de Sala, el

Dr. Joaquín Nin Posadas, todo mi agradecimiento, quien me honra patrocinando este trabajo.

Para mis maestros del Hospital Alvear, de quienes fuí practicante, los doctores: Viale, Sobre-Casas, Celesia, Houssay, Sisto, Chabroux, Pagliere, Nicolini, Fernández, mi reconocimiento por sus sabias enseñanzas.

A los médicos internos Dres. Barceló, Acosta, Cassinelli, Coni, Bazán y al Dr. Nicolás Fasolino, mi amistad por su caballerosidad intachable. Y para vosotros, queridos compañeros de internado, al lado de quienes pasé tantos momentos de vida íntima que quedarán siempre grabados en mi corazón, toda la efusión de mi amistad de siempre, porque os llevo ligados a los mejores años de mi vida universitaria.

## CAPITULO I

### HISTORIA

Llama grandemente la atención, al leer los autores clásicos que hasta el presente se han ocupado de urología y sifilografía, no encontrar ni siquiera mención de la localización del Treponema de Shaudin en la vejiga.

No se explica cómo, siendo la sífilis una enfermedad constitucional que no respeta ningún tejido, ningún órgano, ninguna mucosa, no hayan sido observadas lesiones vesicales, sino que más bien se haya querido asignarle a este órgano inmunidades inexplicables.

Guyon, en la cuarta edición de sus lecciones clínicas sobre las enfermedades de las vías urinarias, niega la posibilidad de la existencia de lesiones sifilíticas de la vejiga. "El aparato urinario, dice este autor, parece inmunizado a la acción de la sí-

filis”, y después de haber señalado los disturbios de la micción, debidos a un mecanismo más complejo (lesiones medulares de la sífilis), agrega: “En cuanto a las lesiones propias a los órganos urinarios, el riñón y, tal vez, la uretra, parecen poder ser directamente influenciados por la sífilis, pero esto es absolutamente excepcional”.

En la primera edición de su *Tratado de la Sífilis*, Fournier pasa completamente por alto la cuestión de la sífilis vesical; Nogués, en la edición de 1906, pone en duda el valor de casi todas las observaciones hechas hasta entonces.

Desnos y Minet creen que las ulceraciones sifilíticas de la vejiga son raras y dudosas.

Sólo Hallopeau y Fauquet, en su tratado de la sífilis y Leguen en el suyo de urología, admiten la existencia de muy raras lesiones terciarias y señalan sus caracteres predominantes.

Proksch, en su *Bibliografía de la Sífilis*, pasa en revista numerosas descripciones de autopsias y señala cierto número de casos de ulceraciones vesicales.

Haposi admite que en casos muy raros, se pueden encontrar, en la parte profunda de la uretra y de la vejiga, ulceraciones y cicatrices que son verdaderas reliquias de gomas ulceradas.

Finger, Joseph, no hacen más que mencionar brevemente las lesiones específicas de la vejiga.

Casper, no conoce ningún caso en que se haya observado en el vivo, con la ayuda del citoscopio, lesiones vesicales sifilíticas.

Frisch y Zückerkandl, pasan inadvertidos esta cuestión y Nitze mismo, en su *Tratado de la Citoscopia*, declara que “hasta ahora (1907), la citoscopia no ha permitido comprobar procesos sifilíticos en la vejiga.

Una afirmación semejante es difícilmente admisible, desde que existen en la literatura médica descripciones bastante numerosas de lesiones vesicales, cuyo origen sifilítico no puede ser discutido.

Ciertos autores han querido clasificar, entre ellas, observaciones de ulceraciones de la vejiga, que no deben considerarse como sifilíticas; tal es el caso de Ura, en el que se trataba, en realidad, de un cáncer del recto propagado a la vejiga; el caso de Spillman, que fué una cistitis ulcerosa banal con perforación, y el de Languen en el que las lesiones son específicas, pero de la uretra.

Hasta los tratados más modernos de urología, apenas citan la localización vesical de la sífilis, y así E. Papin, en su *Manual de Citoscopia* (año 1914), esboza ligeramente las lesiones anatómicas

estudiadas con el citoscopio, pero declara que aún no se ha individualizado bien este punto.

Así es en efecto, pues salvo algunas monografías, una tesis de Durolux (1913) y observaciones individuales aisladas, no ha habido quien haya recopilado aún todos los datos necesarios para dejar ya abierto al estudio este nuevo capítulo de patología urinaria.

También el diagnóstico de las lesiones específicas de la vejiga, ha pasado desde hace casi un siglo por diferentes etapas.

En una época en que las nociones de la sífilis eran todavía erróneas y los medios de investigación bien precarios, se hacía sobre la mesa de autopsias, el diagnóstico retrospectivo de ulceraciones, cuya naturaleza se había desconocido; tales son los casos de Morgagni, Ricord, Vidal, de Cassis y de Tarnowsky.

Más tarde, el diagnóstico se hace in vivo, basándose sobre los datos clínicos, sobre los antecedentes específicos y sobre la coexistencia de procesos gomosos de otros órganos y confirmado por la prueba del tratamiento mercurial; casos de Neuman, de Grizwov, de Chzelitzer.

En nuestros días, el método de la endoscopia vesical preconizado por Nitzc, se ha perfeccionado

y vulgarizado. El dá datos de un valor efectivo sobre el estado de la pared y del cuello vesical, sobre las neoformaciones de la mucosa, hoy la citoscopia permite reconocer, describir las ulceraciones, los gomias y de seguir su mejoría progresiva y su desaparición, bajo la influencia de la medicación antisifilítica.

La reacción de Wassermann, que día a día se verifica con más perfección en la técnica, permite, cuando existe la duda, obtener la confirmación del diagnóstico .

También las observaciones recogidas en los últimos años presentan un valor incontestable y se pueden admitir sin reservas los casos de Frank, de Engelman, de Asch, de Picot y de Picker.

Más adelante aparecen los trabajos de Margonliez y Le Fur, con algunas observaciones personales.

Con posterioridad a ellos aparecen los trabajos de Levy-Bing y Duroeux, Duroeux, Gaget y Favre, Muchariuski y Picot, no quedando ya duda acerca de la existencia de una localización vesical de la sífilis.

Entre nosotros, ha aportado buena contribución al estudio de este nuevo capítulo de patología urinaria, el Dr. Joaquín Nin Posadas, a quien le cabe el mérito de haber hecho ya en el año 1899, la

observación del primer caso de sífilis vesical, conocido en el país.

Posteriormente existen varias otras observaciones de este autor, años 1906 y 1915 y otra del Dr. Carlos A. Castaño, del año 1914.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA

La sífilis puede originar lesiones de la vejiga en el curso de los períodos secundario y terciario; la edad y el sexo no tienen ninguna influencia sobre su aparición.

Vidal de Cassis, basándose en las teorías de su época, había admitido la posibilidad de existencia del chanero vesical, eventualidad imposible, aún en la mujer, pues a pesar de la brevedad de su uretra, el agente patógeno de la sífilis no puede remontarla hasta la vejiga marchando en sentido inverso a la corriente de la orina, la que pronto lo detiene en su camino ascendente. No se encuentra en la literatura médica mención de ningún caso de accidente primitivo uretral situado a más de cuatro centímetros del orificio externo.

Las lesiones vesicales del período secundario y

del período terciario evolucionan a un plazo de tiempo más o menos distante de la aparición del chancro; se han señalado casos de procesos gomosos veinte años después del contagio. Estas lesiones pueden existir solas o acompañarse de manifestaciones del lado de la piel, de las mucosas o de algún otro órgano.

Se pueden encontrar lesiones vesicales en el curso de ciertas afecciones designadas parasifilíticas: tabes, parálisis general. Bajo la influencia de las lesiones del sistema nervioso central, se observan lesiones vesicales sobre las cuales la sífilis parece ejercer sólo una acción indirecta.

En estos casos no es posible establecer si esas lesiones vesicales son secundarias a la lesión del sistema nervioso central, o si se trata simplemente de una afección directamente específica de la vejiga, cuyo estallido estaría favorecido por las perturbaciones del órgano y la mala nutrición de sus paredes.

## CAPITULO III

### SINTOMATOLOGIA

#### **Sífilis secundaria.**

Las lesiones sífilíticas secundarias de la vejiga pueden seguir una evolución insidiosa, sobre todo cuando tienen su asiento al nivel de las paredes laterales o de la parte posterior del bajo fondo vesical; estas lesiones pueden presentarse sin manifestar síntoma subjetivo alguno, y su diagnóstico puede hacerse accidentalmente al practicar una endoscopía vesical.

Las más de las veces, ellas señalan su presencia por fenómenos de cistitis aguda o crónica, más o menos intensos, que nos guían a localizar una afección vesical, completada por disturbios en la micción, frecuencia, dolores y piuria, síntomas en el comien-

zo poco acentuados, pero que van aumentando gradualmente de intensidad.

Las perturbaciones de la micción son de lo más variadas; las micciones, más frecuentes que lo normal, se hacen a intervalos más o menos aproximados: la necesidad de orinar se siente cada hora, media hora y algunas veces cada diez minutos. Cuanto más vecinas son las lesiones al cuello vesical, tanto más frecuentes son las ganas de orinar; ella no se calma con el reposo y persiste tanto de noche, como de día.

Los dolores los siente el enfermo constantemente; ocupan la región vesical o el periné, tienen irradiación por la uretra llegando a veces hasta el mismo meato; otras veces se irradian hacia el recto, la región lumbar o hacia la raíz de los muslos. La intensidad del dolor es variable; en el intervalo de las micciones se atenúa mucho, consiste entonces en una sensación de pesadez en el hipogastrio, de incomodidad al caminar o al sentarse, de quemadura en el periné o en la vulva. Durante la micción el dolor se reaviva, aumenta de intensidad, se hace de más en más violento; hacia el fin se suele asociar una sensación de tenesmo o una imperiosa necesidad de orinar, a pesar de que la vejiga se haya vaciado

totalmente. A veces se presenta una retención de orina pasajera e incompleta.

La capacidad vesical se encuentra más o menos disminuída según la intensidad de la afección, y muchas veces el enfermo no puede soportar más de sesenta, ochenta o cien centímetros cúbicos de agua, cuando se llena el órgano para practicar la citoscopía.

La orina se modifica muy poco generalmente; puede ser algo turbia y a veces está ligeramente teñida de rojo, cuando la micción se termina por la emisión de algunas gotas de sangre.

El exámen microscópico del coágulo de centrifugación de la orina, permite comprobar la presencia de leucocitos en mayor o menor número, en medio de los cuales se encuentran núcleos de células epiteliales y glóbulos rojos; no hay microorganismos. La existencia del treponema en la orina, no se ha observado hasta el presente.

Generalmente el estado del enfermo no manifiesta nada de particular; a veces un poco de adelgazamiento, anorexia, cefálicas y elevación térmica como veremos en las observaciones que acompañan este trabajo.

El exámen del enfermo por los procedimientos ordinarios no nos permite suponer la naturaleza

de la lesión vesical; sólo la palpación combinada con el tacto rectal en el hombre, con el tacto vaginal en la mujer, puede despertar fenómenos dolorosos al nivel de la vejiga.

Por el contrario, tenemos en el exámen citoscópico del enfermo, un medio seguro de diagnóstico. El nos precisa sobre el sitio, número, dimensión y forma de las lesiones vesicales. Estas se pueden presentar bajo dos aspectos diferentes: máculas y ulceraciones.

Las máculas son manchas de un color rojo som-bra, análogas a elementos de roseola, diseminadas sobre una mucosa hiperemiada; estas lesiones pasan fácilmente desapercibidas desde que ellas no se acompañan de ningún fenómeno doloroso.

Las ulceraciones de la mucosa vesical se presentan en número variable: de 2 a 12; ellas son redondeadas u ovalares y sus dimensiones varían desde el tamaño de una lenteja al de un poroto. Se encuentran lo más comúnmente situadas entre los orificios ureterales, en la región del triángulo vesical, pero también se las puede observar sobre las otras paredes del órgano; a veces se encuentran diseminadas, pero por lo general forman pequeños grupos, separados por intersticios irregulares; sus bordes son ligeramente elevados, su fondo es blanquecino

y reposan sobre una mucosa vesical edematizada, hiperemiada, de un color rojo sombra, al nivel de la cual los vasos muy dilatados forman un relieve apreciable.

Los orificios ureterales son normales; el resto de la mucosa está sano. El exámen de las otras mucosas y órganos puede comprobarnos la naturaleza de las ulceraciones por la presencia de lesiones secundarias, sobre las que no he de insistir; pero también es bueno tener presente que las lesiones vesicales pueden evolucionar independientemente de toda otra manifestación sifilítica.

### **Sífilis terciaria.**

Las manifestaciones vesicales de la sífilis terciaria, no presentan, tampoco, ningún carácter específico; evolucionan como todos los tumores vesicales y el diagnóstico de proceso gomoso no es posible sino en el caso que existan antecedentes específicos y que el exámen citoscópico nos revele la presencia de lesiones particulares.

El comienzo es algunas veces insidioso; se siente entonces ligeros disturbios en la micción, dolores fugaces y pasajeros, modificaciones apenas sensibles de la coloración de las orinas; pero mucho más frecuentemente que los fenómenos de cistitis, una hematuria inesperada y continua es el primer síntoma revelador de la afección.

A esta hematuria, la acompaña un acceso térmico a punto de ser la hematuria febril de origen vesical, considerada por el Doctor Nin Posadas, como propias de la afección que nos ocupa.

La hematuria puede ser el solo síntoma durante toda la duración de la enfermedad; es un fenómeno por así decir constante; presenta ciertos caracteres especiales, sobreviene espontáneamente, el

enfermo se apercibe que emite una orina roja; la micción no es difícil, ni dolorosa y solo excepcionalmente, un coágulo que obstruya el cuello vesical puede llevar a una retención de orina completa; pero pasajera. El reposo no ejerce ninguna influencia sobre ella, la que persiste durante varios días, algunas veces varias semanas, y después, poco a poco, las orinas se van aclarando y todo entra en orden.

Las hematurias reaparecen a intervalos más o menos aproximados, todos los meses, o cada dos meses y varían cada vez en abundancia; en los casos graves, la orina parece sangre pura y por el reposo, se deposita en el fondo del recipiente que la contiene una espesa capa negruzca.

Las hematurias aumentan con la duración de la enfermedad, haciéndose más frecuentes a medida que la lesión se agrava y la pérdida de sangre puede llegar a ser continua.

Las hematurias suelen acompañarse de piuria, sobre todo en los períodos avanzados de la afección y cuando se asocia a ellas una infección.

La orina no presenta ninguna modificación en su constitución química, pero, además de los glóbulos rojos, se observan numerosos leucocitos más o menos degenerados, células epiteliales, una cantidad más o menos considerable de mucus; los micro-

bios banales que se observan algunas veces con el microscopio son consecuencia de una infección secundaria de las orinas.

El dolor es un fenómeno inconstante; cuando existe, presenta las mismas localizaciones y las mismas irradiaciones que he descripto a propósito de la sífilis secundaria; puede ser tan intenso que algunas veces obliga al enfermo a moverse continuamente, buscando de hallar una posición que pueda procurarle algún alivio.

Menos acentuado en el intervalo de las micciones, se intensifica por el contrario cuando la micción toca a su fin, sobre todo, si la lesión ocupa la región del trigono y del cuello vesical, acompañándose algunas veces de imperiosa necesidad de orinar aunque la vejiga esté vacía.

La introducción de agua en la vejiga, antes de realizar la citoscopia, puede ser tan dolorosa, que impida todo exámen, lo que obliga a practicar previamente instilaciones vesicales con soluciones de estovaina, alipina, antipirina, etc., que procuran la anestesia del órgano.

Las modificaciones en el estado general del enfermo son más o menos pronunciadas y dependen de la abundancia de la hemorragia, de la piuria, del

sitio de la lesión, del número y de la dimensión de las neoformaciones.

Algunas veces la pérdida de sangre puede ser tal que los enfermos llegan, en algunas semanas, a un grado muy avanzado de anemia, con suma palidez, debilitamiento y caquexia; pero en términos generales llama la atención el contraste entre la intensidad de los fenómenos vesicales y la conservación del buen estado general.

El exámen abdominal no da generalmente ningún dato de valor, sin embargo, puede citarse un caso observado por Griwzow, en que se trataba de un goma voluminoso del vértice y de la pared anterior de la vejiga, que formaba sobre el pubis un abombamiento bastante pronunciado que se borraba un poco después de orinar; la palpación hipogástrica practicada por arriba de la sínfisis, deprimiendo lenta y profundamente la región, permitía igualmente percibir el tumor.

Puede también reconocerse por el tacto vaginal o rectal la presencia de una neoformación vesical que se traduce por irregularidades, cambios de consistencia, modificaciones del espesor de las paredes del órgano.

El exámen citoscópico dá a veces poco resultado, sea que una hemorragia tenaz impide la clarifi-

cación de la cavidad vesical, sea que existan coágulos abundantes que tapen completamente las lesiones de la mucosa. En este caso es necesario primero vaciar la vejiga de la sangre y de los coágulos y es a veces necesario hacer dos o tres tentativas para obtener datos precisos.

Las lesiones vesicales de la sífilis terciaria, vistas con el citoscopio, se presentan bajo dos aspectos diferentes: 1.º y lo más comunmente bajo la forma de ulceraciones resultantes de la desagregación central de gomas de la pared vesical; 2.º bajo la forma de producciones papilomatosas.

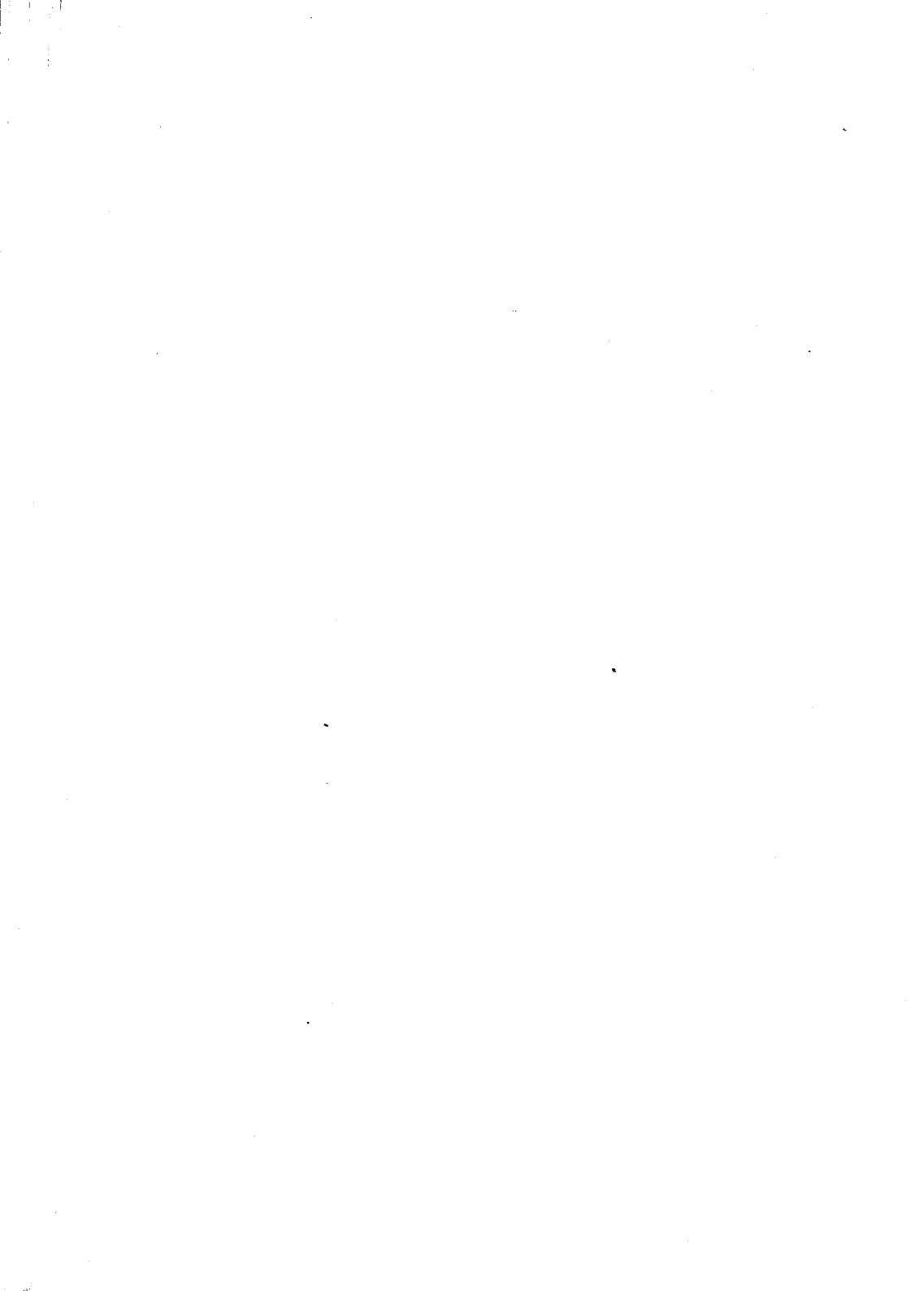
Las ulceraciones presentan caracteres particulares: su número varía de 1 a 3; son redondeadas u ovalares, más o menos extendidas y algunas pueden tener las dimensiones de una moneda de veinte centavos; son de bordes levantados, que hacen saliencia en la cavidad vesical. Los bordes son irregulares, tallados a pico y el fondo de la úlcera deprimido, presenta un tinte blanquecino.

Sobre este fondo se ven a veces dos o tres pequeñas saliencias rojas, de la extremidad de las cuales emana la sangre; otras veces la superficie de la úlcera está enteramente recubierta de una sustancia gomosa, muy adherente; si se trata de despegarla con el extremo del citoscopio, difícilmente se consigue,

provocando casi siempre una pequeña hemorragia.

Alrededor de la ulceración, la mucosa hiperemiada y edematizada, presenta una coloración rojo-sombra, algunas veces lívida, que contrasta con la coloración rosada del resto de la mucosa, y a ese nivel los vasos inyectados forman saliencia y describen sinuosidades más numerosas que normalmente.

Las lesiones papilomatosas de la sífilis terciaria son muy raras. Los tumores papilares son comúnmente en número de dos o tres del volumen de un poroto o de una avellana, directamente implantados sobre la mucosa; su superficie es lisa, gris rosada, recorrida por pequeños vasos sanguíneos dilatados.



## CAPITULO IV

### EVOLUCIÓN

Las lesiones vesicales de la sífilis secundaria abandonadas a sí mismas, evolucionan lentamente sin tendencia a la curación; son superficiales, no se profundizan en la pared del órgano; mejoran rápidamente bajo la influencia del tratamiento antisifilítico y las cicatrices blanquecinas desaparecen sin dejar rastros de su presencia al cabo de un mes o de dos.

Las lesiones terciarias no presentan, tampoco, ninguna tendencia espontánea a la cicatrización; pueden extenderse y ganar paulatinamente amplia superficie; en general evolucionan más bien hacia la profundidad de los tejidos atacando primero la musculosa, después la serosa, y si no se interviene oportunamente con un enérgico tratamiento, llegan a perforar completamente la pared vesical.

Del lado del peritoneo, si el proceso ulcerativo ha sido rápido, y las adherencias no han tenido tiempo para formarse, ocurre la muerte del enfermo por una peritonitis generalizada; por el contrario, si la perforación del órgano se ha hecho paulatinamente, se producen fenómenos inflamatorios que provocan la adherencia del intestino con la vejiga y dan lugar a la formación de una fístula vésico-intestinal.

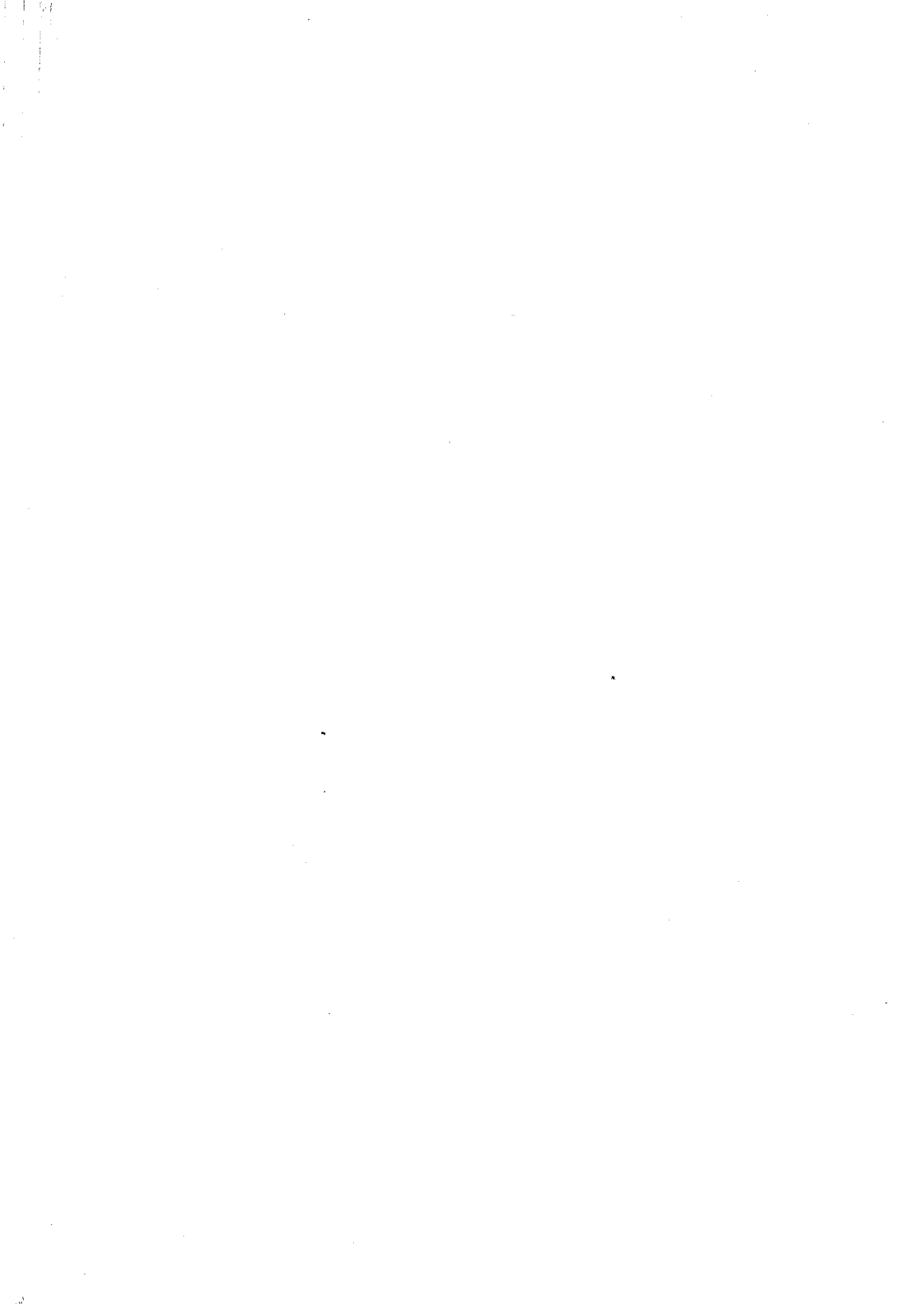
Si la lesión tiene su asiento en el bajo fondo puede dar origen a fístulas vésico-rectales o vésico-vaginales.

Las fístulas vésico-intestinales y vaginales dificultan sobremanera los exámenes citoscópicos, impidiendo la distensión de la vejiga debido a que el líquido que se introduce en ella se escapa por la vagina o el intestino, según el caso.

Cuando el enfermo es sometido al tratamiento específico, los fenómenos vesicales desaparecen, las hematurias son cada vez menos abundantes, el estado general del enfermo mejora rápidamente, las fuerzas vuelven y la palidez de las mucosas se atenúa poco a poco; las lesiones vesicales disminuyen, las ulceraciones se estrechan en superficie, regenerándose los tejidos; los tumores papilares disminuyen de tamaño y se reblandecen y, al cabo de dos o

tres semanas no quedan más que algunas cicatrices blanquecinas, rígidas.

Estas cicatrices son tanto más persistentes, cuanto más profundas han sido las lesiones, y se las puede encontrar hasta seis meses o un año después de la curación.



## CAPITULO V

### DIAGNOSTICO

“Las afecciones sifilíticas de los órganos internos no presentan nada de específico; este hecho es causa que ellos sean tan detenidamente examinados y se deba tener siempre presente la hipótesis de una afección sifilítica”.

Esta proposición enunciada por Fournier se aplica a la vejiga mejor que a cualquiera otro órgano.

Los fenómenos subjetivos por los cuales la sífilis de la vejiga se manifiesta, tomados separadamente, son insuficientes para permitir afirmar un diagnóstico; agrupándolos, ellos forman, por el contrario, un cierto número de presunciones y para sentar el diagnóstico de sífilis, nos guiarán por el buen camino. Este diagnóstico reposa sobre:

- 1.° Los síntomas subjetivos: dolores, hematurias, fiebre, piuria;
- 2.° El carácter de las lesiones de la mucosa, revelado por la endoscopia vesical;
- 3.° Las modificaciones insignificantes de las orinas y sobre todo la ausencia completa de microbios;
- 4.° El estado general relativamente satisfactorio, no concordando con los fenómenos locales más o menos graves;
- 5.° El conocimiento de los antecedentes de sífilis en el enfermo;
- 6.° La coincidencia de lesiones específicas, conjuntamente en otros órganos;
- 7.° Cuando estas dos últimas condiciones faltan, se debe confirmar el diagnóstico por la reacción de Wasserman y la prueba del tratamiento mercurial.

Las lesiones sifilíticas secundarias de la vejiga pueden algunas veces ser difícilmente distinguidas de las cistitis agudas o crónicas, de las cuales presentan los mismos síntomas.

La cistitis aguda se traduce, al exámen citoscópico, por placas irregulares de un rojo oscuro, en las que no es posible distinguir los vasos sanguíneos

que, en la periferia, aparecen fuertemente dilatados.

Estas placas, que resaltan sobre el fondo blanco rosado de las partes de pared vesical que están sanas, pueden extenderse a toda la vejiga o quedar localizadas de preferencia alrededor del cuello y del bajo fondo vesical; sobre ellas apercíbense grumos blanquecinos en parte adherentes a la mucosa, en parte libres y sobrenadando en el líquido; son estos los productos de la supuración y de la descamación de la pared.

En la cistitis crónica, las ulceraciones se hallan sobre todo al nivel del cuello; entonces la pared vesical está llena de manchas violáceas, negruzcas, equimóticas, reposando sobre una mucosa de un color gris pizarra, lívido en ciertos puntos, y recubierto de un magma purulento amarillo verdusco.

En las diferentes cistitis, las orinas contienen una gran cantidad de microbios; microbios banales, estafilococos, gonococos, coli-bacilos.

Los fenómenos subjetivos: dolores, modificaciones en las micciones, hematurias, provocados por las lesiones terciarias de la vejiga, han podido ser confundidos con síntomas de prostatitis complicada con cistitis. Ciertas formas de hipertrofia de la próstata pueden dar las mismas reacciones, por lo

general basta un atento y prolijo exámen (tacto rectal, cateterismo) para eliminar estas afecciones.

El diagnóstico de las ulceraciones sifilíticas debe hacerse sobre todo con las ulceraciones de la tuberculosis y con ciertas formas de lesiones malignas; en el caso de producciones papilomatosas con los papilomas banales.

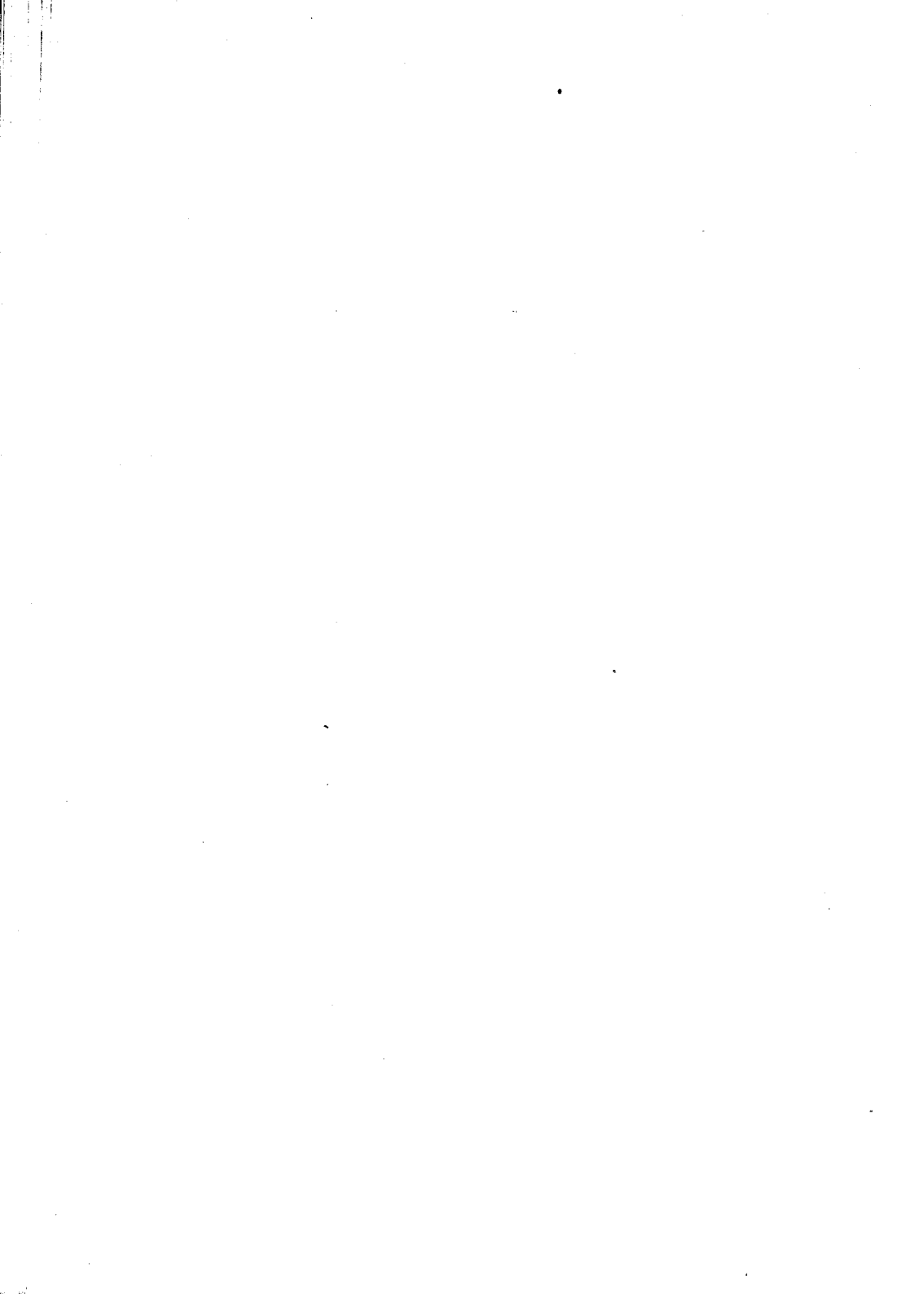
Las ulceraciones tuberculosas, sean únicas o múltiples, pequeñas o difusas, tienen los bordes irregulares y anfractuosos: su fondo es gris verduzco, cubierto por una capa purulenta y van acompañadas de cistitis en un plazo más o menos tardío.

Además la hematuria nunca es muy abundante; las orinas contienen el bacilo de Kock, el cual puede ser constatado por el examen microscópico o por el método experimental; además, coexisten comúnmente lesiones bacilosas de los riñones, de las vesículas seminales o de algún órgano vecino.

Las ulceraciones neoplásicas raramente se localizan y en sus vecindades la pared vesical está infiltrada e indurada; las lesiones son mucho menos regulares y la repercusión sobre el estado general del enfermo es mucho más intensa, la evolución más rápida, la caquexia más precoz.

En fin, los papilomas no presentan macroscópicamente ningún carácter distintivo de los tumo-

res papilares de origen sífilítico y es por esta causa que en los casos de papilomas vesicales deben buscarse antecedentes de sífilis en el enfermo y a la menor duda practicarse la sero-reacción de Wasserman y la prueba del tratamiento mercurial.



## CAPITULO VI

### TRATAMIENTO

Las lesiones sífilíticas de la vejiga no se dejan influenciar por los diferentes tratamientos que se acostumbra emplear para combatir las afecciones banales del órgano.

Los dolores de la sífilis vesical son tenaces y las inyecciones de morfina no los calman más que momentáneamente; reaparecen más violentos desde que deja de actuar la acción calmante del medicamento; los baños calientes no los atenúan.

Las hematurias son rebeldes; no son influenciadas por la sonda permanente, ni por la ergotina, cloruro de calcio y demás hemostáticos; puede hacerse también, pero sin grandes esperanzas, suero de caballo, lavajes vesicales de antipirina, gelatina, etc.

En las formas no hematóricas ningún trata-

miento local debe instituirse, debiendo hacerse únicamente el tratamiento antisifilítico.

El tratamiento general, dieta láctea, urotropina, azul de metileno, lavajes de la vejiga con débiles soluciones de nitrato de plata o con agua boricada al 4 o/oo no procuran al enfermo ninguna mejoría.

El mejor tratamiento de la sífilis vesical, es por medio de los preparados de mercurio. Puede emplearse las sales insolubles o solubles siendo estas últimas (Bicianuro de Hg, Biyoduro de Hg.) etc., mucho mejor toleradas y rápidas en su acción.

En la sífilis secundaria el solo tratamiento mercurial basta para la curación.

En cambio es al tratamiento mixto, asociación del mercurio y del yoduro de potasio, que se debe recurrir en caso de procesos úlcero-gomosos o papilematosos.

En todos los casos el tratamiento mercurial es insuperable; las ulceraciones secundarias superficiales desaparecen en un lapso de tiempo de ocho a quince días; las lesiones gomosas, terciarias, tardan más tiempo en cicatrizar; pero es raro que demoren más de un mes en curar completamente.

No debe agregarse al tratamiento mercurial, el tratamiento local (lavajes), sino en los casos en que

una infección secundaria se haya sobregregado a las lesiones específicas primitivas.

**Sífilis vesical secundaria.**

*Tratamiento mercurial solo*

Inyecciones de sales solubles de mercurio.

Prescribir por ejemplo:

Benzoato de Hg. .... 0.01 centg.

Sacarosa .. . . . . c. s.

Agua esterilizada .... 1 c. c.

para una ampolla = XX (esterilizado) inyecciones intramusculares indoloras. Dosis media 2 c.c. al día.

O sino esta otra fórmula:

Biyoduro de Hg. .... 1 gr.

Yoduro de sodio puro y seco 1 "

Cloruro de sodio puro. .... 0.50 centg.

Agua dest. esterilz. .... 100 c. c.

Repártase en 50 ampollas de 2 c.c. Una cada dos días.

Inyecciones dolorosas.

O sino:

Biclanuro de Hg. . . . . 1 gr.  
Cloruro de sodio puro . . . . 0.50 centg.  
Agua dest. esteriliz. . . . . 100 c. c.

Repártase en 50 ampollas de 2 c.c. (esteriliz.).  
Una día por medio. Inyecciones endovenosas muy activas.

*Técnica de las inyecciones intramusculares de sales solubles de mercurio*

Sitio de la inyección. — Escoger de preferencia el punto de Barthélemy, situado en el tercio externo de una línea horizontal que va desde la espina ilíaca antero-superior, a la extremidad superior del surco internalgar.

Responde al borde externo del músculo glúteo mayor.

O, también, hacer la inyección a lo largo de una línea que pasa a dos dedos por encima del gran trocánter, o a cuatro dedos por debajo de la cresta ilíaca, en la parte comprendida entre una vertical que pase por detrás del gran trocánter, por fuera, y otra que pase a cuatro dedos del pliegue internalgar por dentro.

*Manual operatorio.* — Jeringuilla de vidrio de

una capacidad de 2 c. c. cuando menos. Aguja delgada, de platino iridiado, o de acero de 5 a 6 centímetros de largo.

Asepsia rigurosa, para los instrumentos, las soluciones, el enfermo; limpiar con tintura de iodo el sitio de la piel en que se ha de practicar la inyección. El enfermo estará ya acostado sobre el vientre, ya en pie, ligeramente inclinado hacia delante.

Hundir francamente la aguja en los tejidos, perpendicularmente a la piel hasta 4 o 5 centímetros. Esperar algunos segundos. Si no sale sangre, adaptar la jeringa a la aguja y hacer penetrar la inyección lentamente. Si sale un poco de sangre, retirar la aguja y picar de nuevo en otro sitio.

#### *Técnica de las inyecciones endovenosas*

El pliegue del codo es el punto más apropiado para practicar la inyección. Mismo material y mismos cuidados que en el caso anterior. Se practica una ligadura del brazo, con una venda de goma, por encima del pliegue del codo, para que se ingurgite el sistema venoso. Se escoge la mejor vena y sobre su trayecto se toma con el pulgar y el índice de la mano izquierda, la piel, haciendo un pequeño pliegue; se hunde la punta de la aguja lentamente,

de modo que se vea el trayecto subcutáneo que recorre. Se levanta ligeramente la aguja tratando de encontrar con la punta la pared venosa; hecho esto se introduce la aguja otro poco y una gota de sangre haciendo irrupción en la embocadura de la aguja nos indica estar sobre el buen camino. Se adapta la jeringa, se desata la ligadura braquial y se hace penetrar el líquido lentamente haciendo rodar el émbolo.

Si el enfermo acusa dolor, o el operador comprueba que la inyección distiende los tejidos circunvecinos se retira suavemente la aguja y se busca de practicarla en otra vena.

Se utiliza esta vía únicamente para el Bicianuro de mercurio, que presenta el inconveniente de ser muy cáustico, por lo cual debe manejarse hábilmente, pero en cambio es la más activa de todas las sales solubles.

Si por un motivo cualquiera resultan imposibles las inyecciones, recurrir a las fricciones mercuriales.

Habitualmente se hace uso del unguento mercurial doble, llamado también unguento napolitano, que contiene partes iguales de mercurio y manteca benzoïnada, empleado recién preparado, por ser así menos irritante para los tegumentos. La dó-

sis por fricción es por término medio de 4 a 5 gramos en el adulto masculino. Se practica por la noche, cuando el enfermo va a acostarse. La pomada se extiende en las regiones exentas de pelo, corvas, pliegues del codo, cara interna del brazo, etc., variando cada noche de sitio; se extiende la pomada en pequeñas cantidades, haciéndola penetrar, fricionando por espacio de 15 minutos; terminada la operación se extiende sobre la región una capa de algodón en rama o un lienzo empapado de agua tibia, sujeto por un vendaje para facilitar la absorción. Se deja todo así hasta el otro día por la mañana en que se lava la región con agua tibia y jabón y se espolvorea después con talco, almidón o cualquier polvo secante. Estas fricciones se repiten a diario, cuidando la tolerancia del enfermo por espacio de 25 días seguidos.

**Sífilis vesical terciaria.**

*Tratamiento mixto por el mercurio y el yoduro  
de potasio*

Sea inyecciones de Bicianuro de Hg., Benzoato o Biyoduro de Hg. asociadas a tres dósís diarias de un gramo de yoduro:

Yoduro de potasio puro . . . . . 20 gr.  
Agua destilada . . . . . 300 "

1 cucharada = 1 gramo de yoduro.

Tómese en el momentò de las comidas en un poco de agua aromatizada o endulcorada.

Sea: Fricciones mercuriales asociadas a ocho dósís darias de un gramo de yoduro.

Puede igualmente, ensayarse en la sífilis vesical, los preparados arsenicales, y de estos, especialmente las sales de Erlich, cuya acción, tan rápida en la curación de los procesos ulcerosos es de todos conocida.

## CAPITULO VII

### OBSERVACIONES CLINICAS

Las tres observaciones sobre sífilis vesical que publico, son conjuntamente con una del Dr. Castaño, del año 1914, las únicas observaciones hechas en el país.

La primera data del año 1899, tiene el mérito de ser el primer caso que se conoció, estudió y publicó aquí, y fué presentado al Congreso Médico Latino Americano, por el Dr. Joaquín Nin Posadas, quien es también autor de las otras dos observaciones, habiéndomelas cedido para ilustrar y completar este trabajo.

#### I OBSERVACION

El 28 de Abril del año 1899 ingresó a ocupar la cama letra H del servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, el sujeto F. G., austriaco, de 25 años

de edad, soltero, de profesión jornalero, residente en Bahía Blanca, quejándose de un padecimiento a la vejiga con dolores y alteraciones en la micción.

#### CONMEMORATIVOS

*Antecedentes hereditarios.* — El padre vive y es sano; la madre murió a los 35 años de edad, ignorando de qué, pero a consecuencia de una enfermedad que tuvo cuatro años de duración.

*Antecedentes personales.* — Una fiebre tifoidea a los 21 años. No ha tenido blenorragia ni ninguna otra afección al aparato génito-urinario.

*Principio de la enfermedad.* — Data desde el mes de Enero próximo pasado, habiéndosele iniciado por ardores en el meato urinario y uretra, después de la micción y la expulsión, al final de esta, de algunas gotas de sangre al hacer esfuerzos para evacuar completamente la vejiga. La sangre sale algunas veces mezclada a la orina, en las últimas porciones y otras bajo forma de pequeños coágulos. Desde la iniciación de la enfermedad la micción ha sido siempre frecuente.

*Estado actual.* — Micción. — De hora en hora durante el día y tres o cuatro veces por la noche.

La frecuencia aumenta cuando está en movimiento, disminuyendo con el reposo.

*Dificultades en la micción.* — Es retardada, lenta e interrumpida. La interrupción se presenta al principio del acto, necesitando hacer grandes esfuerzos para poder continuarla. Necesita también del esfuerzo para poder evacuar toda la orina. Prefiere la posición sentada, por serle en ella más fácil la micción.

*Modificaciones del chorro.* — Es grueso y de regular proyección.

*Dolor y localización.* — Lo siente en el meato, uretra y región hipogástrica, manifestándose gradualmente después de la micción. En algunas oportunidades aparece en la región hipogástrica, manifestándose gradualmente cuando deja acumular orina en la vejiga.

#### EXAMEN FÍSICO

*Inspección de la esfera génito-urinaria.* — No ofrece nada digno de mención.

*Exploración del canal.* — Libre al explorador a bola N.º 21, que lo franquea sin encontrar resistencia alguna; el N.º 25 se detiene en el bulbo, el que solo permite el paso del N.º 24.

*Exploración de la vejiga.* — Después de hacer orinar al enfermo, se retiran con la sonda 150 gramos de orina turbia, purulenta. Con el explorador

metálico el exámen resulta negativo. Es sensible al contacto. Capacidad normal.

*Próstata, testículos y cordones, riñones y uréteres.* — No ofrecen nada de particular.

#### ENDOSCOPIA

*Uretra.* — Normal.

*Vejiga.* — Se observa una superficie ulcerosa al nivel de la desembocadura del uréter izquierdo que se une a otra superficie triangular como cubierta de pus, que se prolonga por casi toda la pared izquierda, avanzando por la pared superior hasta 2 centímetros a la derecha de la línea mediana; por el bajo fondo, contornea el uréter; el borde izquierdo presenta a esta altura un contorno rojo que no se observa en las otras partes.

El aspecto de toda esta superficie es blanco nacarado. Además, en el bajo fondo se observan lesiones de cistitis crónica.

Con estos antecedentes y el resultado de los exámenes practicados, se sospechó que la lesión que se observaba en la vejiga fuera una cistitis tuberculosa, y en tal sentido se instituyó tratamiento, prescribiéndosele instilaciones de bicloruro de mercurio en solución acuosa al 1 por 3000 que comenzaron a practicarse el 4 de Marzo. Con ellas dismi-

nuyeron un poco los dolores, aclaráronse algo las orinas y la retención vesical fué disminuyendo gradualmente hasta desaparecer por completo el 26 de Mayo.

El 30 se prescribieron dos instilaciones diarias con las que se continuó por un tiempo sin obtenerse una mejoría mayor en los síntomas y lesión vesical.

En vista de estas circunstancias, se resolvió intervenir quirúrgicamente, practicándose la talla hipogástrica el 10 de Agosto, previa anestesia por el éter, haciéndosele un raspado y cauterización ígnea de toda la lesión. Se suturó completamente la vejiga con seda, y se colocó un drenaje permanente de Pezzer. Abierta la vejiga ofrecía el mismo aspecto que el que he dejado consignado en el exámen citoscópico. La parte blanca, nacarada, que se extendía por la pared izquierda y parte superior, se desprendió fácilmente en varios fragmentos, dejando una superficie ulcerosa, ligeramente mamelonada y de bordes salientes que daba una hemorragia en napa bastante considerable, la que se detuvo casi por completo bajo la acción del cauterio. El resto de la mucósa estaba roja, congestionada, de apariencia framboiséc.

La cicatrización de las heridas vesical y abdominal se obtuvo por primera intención.

Después de la intervención acusó dolores vesicales bastante intensos en los dos primeros días.

La hematuria fué bastante copiosa el primer día que siguió a la intervención para disminuir poco a poco hasta desaparecer totalmente el 27 de Agosto.

A partir del 17 apareció en la orina un sedimento abundante, de aspecto mucopurulento, debido probablemente a la eliminación de las escaras vesicales. Este sedimento fué también disminuyendo paulatinamente hasta su desaparición el 30 de Agosto en que la orina recuperó su apariencia normal.

Desde la operación a la fecha, no ha habido fiebre, y no existiendo dolores ni ningún otro fenómeno inquietante, se le retiró la sonda, recomendándosele orine de hora en hora.

*Agosto 31.* — Ha orinado en la forma indicada y ha sentido ardores en la vejiga al fin de la micción, en que emite algunas gotas de sangre. La orina es de aspecto turbio y purulento. Lavaje borricado al 4 %.

*Septiembre 1.º* — Persiste el ardor y la sangre, pero ésta no ha aparecido en todas las micciones. Orina en el mismo estado.

*Septiembre 2.* — Ha orinado siete veces en el día y cuatro en la noche, siempre con ardor, pero sin sangre. Menos pus que en los días anteriores.

*Septiembre 3 al 10.* — Las micciones han variado entre ocho y diez, en el día y tres a cinco durante la noche, siempre con ardor al fin. No ha habido sangre. Se han hecho lavajes vesicales con nitrato de plata al 1 por 1000, sin obtener mayor aclaramiento de la orina.

*Septiembre 11.* — Se practica un nuevo exámen citoscópico y con el se ve la cicatriz de la talla perfectamente clara, regular y como de dos centímetros de largo. La lesión se ve reducida a dos placas, la primera en la pared lateral izquierda, llegando a la línea mediana de la pared superior, y la segunda, en el mismo lado, a la izquierda, acercándose menos que antes al cuello y al ureter.

En resumen, se ve que la lesión ha quedado reducida a dos islotes que representan, en tamaño, la tercera parte del tamaño primitivo.

Después del examen el enfermo queda dolorido; se le ordenan baños de asiento calientes y supositorios morfibeladonados.

*Septiembre 12.* — Han desaparecido los dolores; las micciones han continuado en el mismo número, pero la cantidad de orina ha subido a 2.200 gramos, siempre con pus. No ha habido sangre ni fiebre.

*Septiembre 14.* — En el mismo estado; cantidad de orina 2.000 gramos.

*Septiembre 15.* — Lavajes ayer y hoy con nitrato de plata al 1 por 1000. Orina: 2.200 grs. en el mismo estado.

*Septiembre 16* — Ha habido hematuria; el chorro uniformemente teñido; por la noche la temperatura ha subido a 39° 7.

*Septiembre 17.* — Continúa la hematuria menos intensa que ayer. Temperatura por la mañana, 38°; por la noche, 38° 8. Orina 1.800 grs. Lavaje con nitrato.

*Septiembre 18.* — No hay hematuria. Ha orinado cuatro veces durante la noche y cada dos horas entre el día. Temperatura: 37° por la mañana; 37° 2, por la noche. Orina 1000 gramos purulenta. Lavaje.

*Septiembre 19, 20, 21 y 22.* — No ha habido fiebre; igual número de micciones con el mismo aspecto. Lavajes con nitrato de plata al 1 o/100.

*Septiembre 23.* — Exámen citoscópico. La pared vesical da la impresión, en conjunto, de estar revestida de un epitelio menos espeso y con tendencia a la descamación, observándose en algunos puntos fragmentos de mucosa flotantes, adheridos por un extremo a la pared vesical. En cuanto a la le-

sión, se ha extendido en superficie, uniéndose los dos islotes que se veían en el examen anterior.

*Septiembre 24, 25 y 26.* — Lavajes con nitrato de plata. La orina permanece en el mismo estado; el 26 ha orinado tres veces por la noche.

*Septiembre 27, 28, 29 y 30.* — La misma frecuencia en la micción; idéntico aspecto purulento de la orina. Reaparecen los dolores al final de la micción.

*Octubre 2, 3 y 4.* — Se hacen instilaciones de nitrato de plata al 1 por 100, que no modifican en nada el estado del enfermo, ni las condiciones de la orina.

*Octubre 5.* — Se practica un nuevo exámen citoscópico, viéndose que la lesión, después de la última observación del 23, no ha disminuido, sino que más bien ha aumentado.

*Octubre 6.* — Se le practica una inyección de biyoduro Hg., método de Prockorow, en la región retrotrocantérea derecha.

*Octubre 7.* — Ha pasado la noche con muchos dolores en el sitio de la inyección con irradiaciones hasta el pie; ha dormido muy poco; se encuentra muy cansado; ha salivado mucho; muy poco apetito, habiendo tenido arcadas dos veces, pero sin vomitar. A la 1 p. m. reaparecen los dolores; pero solo con

los movimientos o la presión en el sitio de la inyección, el que está un poco abovedado y ligeramente edematoso. La temperatura ha sido, a la tarde, 37°4 y la cantidad de orina se ha elevado a 5500 gramos, siempre de aspecto purulento y de color más pálido que en los días anteriores.

*Octubre 8.* — Hay un poco de hematuria. Temperatura, 38° 2; orina 1400 gramos.

*Octubre 9.* — El punto de la inyección está de aspecto normal y mueve la pierna sin dificultad. Temperatura, 37° 2, orina 1800 gramos. Se le ordena levantarse.

*Octubre 14.* — Nuevo examen citoscópico a los nueve días de la inyección. Se ve la lesión vesical disminuída, sobre todo en el suelo vesical y parte inferior. El todo representa un proceso inflamatorio eliminativo; diríamos que la leucoplasia funde.

En la superficie se ve el epitelio reblandecido, desprendiéndose y flotando sus extremidades en el líquido como si fueran mucosidades pegadas a la pared. En medio del tejido modificado y adelgazado, se ve una zona de vascularización y una equimosis, y en ciertos puntos, la pared vesical casi normal.

*Octubre 16.* — Segunda inyección de Prockorow en la región retrotrocantérea, parte inferior, lado izquierdo.

*Octubre 17.* — Ha pasado la noche bien, habiendo desaparecido los dolores tres o cuatro horas después de la inyección. Mueve la pierna con facilidad. Temperatura, 37° 4; orina 2900 gramos.

*Octubre 21 y 22.* — Lo mismo que el día 20. Tiene algunas veces unas gotas de sangre al fin de la micción y continúa expulsando unas telas blancas que le producen dolor y ardor.

*Octubre 24.* — Nuevo examen endoscópico, ocho días después de la segunda inyección. Se nota que continúa la eliminación del epitelio y la reducción de la lesión que puede considerarse como una tercera parte de la extensión primitiva, notándose en sus bordes, como un tul sumamente ténue que deja ver por transparencia la mucosa vesical completamente cubierta de pequeños vasos sanguíneos. En el centro flota, como si fuera un copo de algodón, la masa de epitelio que se descama.

*Octubre 25.* — Persisten los ardores al final de las micciones, en la uretra y la vejiga. Orina relativamente clara, con menos pus que antes.

*Octubre 26.* — Tercera inyección de Prockorow; no ha sido dolorosa. Orina 2500 gramos.

*Octubre 27.* — Poco dolor en el sitio de la inyección; hay decaimiento general, náuseas, deseos de vomitar al tomar alimentos. Hay un poco de he-

maturia desde las 6 p. m. y a esta hora la temperatura es de 38°. Orina 3900 gramos.

*Octubre 28.* — No hay dolor ni ardor durante las micciones, pero si en el punto de la inyección, sobre todo al sentarse, propagándose a la pierna; vómitos al tomar los alimentos. La hematuria continúa menos intensa. Temperatura, 37° 7 por la tarde.

*Octubre 30.* — Reaparecen los ardores al fin de la micción; hay aumento del depósito; la hematuria es menos intensa. Temperatura, 37° 1.

*Noviembre 1.º* — No hay hematuria; por la noche ha habido nuevamente ardor durante las micciones y al final, arrojando una substancia blanca con pequeños coágulos sanguíneos.

*Noviembre 2.* — Los ardores desaparecen durante la micción. No hay casi sedimento en la orina.

*Noviembre 4.* — Examen citoscópico. La lesión continúa reduciéndose; el islote del bajo fondo va disminuyendo y parece que fuera a desprenderse. En la porción superior se nota igualmente una reducción del tamaño en todo sentido, y a más de la equimosis notada anteriormente, y que aún se mantiene, se percibe otra un poco más arriba que aquella, así como también, mayor vascularización en los contornos de la lesión.

*Noviembre 7.* — Examen citoscópico. Se ve el

islote del bajo fondo casi desaparecido, notándose la mucosa ligeramente congestionada. El islote superior ha disminuído y en él se perciben las dos equimosis ya indicadas.

*Noviembre 10.* — Cuarta inyección de Prockorow. Por la tarde desaparecen los dolores en la micción.

*Noviembre 11.* — Dolor más pronunciado en el sitio de la inyección que en los anteriores, irradiándose a la rodilla. Reaparecen nuevamente los ardores durante la micción. Hay decaimiento general, náuseas y vómitos al ingerir alimentos. No hay hematuria. Temperatura, 37° 9. Orina, 4.000 grs.

*Noviembre 12.* — El enfermo deja la cama; al apoyar la pierna siente dolor en el sitio de la inyección. A la 1 p. m., hay una ligera hematuria que continúa; vómitos y sialorrea; sedimento abundante. Temperatura, 37° 6.

*Noviembre 13.* — Estado general mejor. Continúa la hematuria con menos intensidad, lo mismo que los ardores a la micción. Temperatura, 37° 3.

*Noviembre 14.* — Hematuria menos intensa, tendiendo a desaparecer; orinas con escaso sedimento. Temperatura, 37° 4.

*Noviembre 15 y 16.* — No hay hematurias. Orinas bastante claras.

*Noviembre 17.* — El enfermo, en esta fecha y a esta altura del tratamiento, solicita el alta acobardado con los dolores producidos por las inyecciones de Prockorow, prometiéndole continuar el tratamiento pero en otra forma, en el consultorio externo anexo a la clínica.

El enfermo no volvió a presentarse al hospital hasta el 19 de Diciembre, es decir, treinta y dos días después de habersele dado el alta. En todo este tiempo no se ha hecho ningún tratamiento, habiendo tenido dos hematurias con un intervalo de diez días, acompañadas de fiebre, habiéndole durado la primera tres días y la segunda dos. Los dolores y ardores al final de la micción los ha tenido con menos frecuencia e intensidad; las orinas han sido alternativamente claras y turbias, pero en general más claras y con menos sedimento que antes. La frecuencia en las micciones ha sido también menor, haciéndose éstas con un intervalo de tres horas.

*Diciembre 19.* — Las orinas están, indudablemente, mucho más claras y la cantidad en el día de ayer ha sido de 6.000 gramos. Se practica una inyección de 0.10 centigramos de calomel.

*Diciembre 26.* — Se siente mucho mejor; el dolor en el hipogastrio ha desaparecido casi completamente; orina cada tres o tres horas y media. El

dolor al final de la micción, muy disminuído, expulsando algunas mucosidades sanguinolentas, cosa que no sucedía antes y que ha empezado después de la última inyección. No ha tenido fiebre. Orina 1.600 a 1700 gramos.

*Diciembre 30.* — Ha tenido un poco de dolor después de las micciones; las mucosidades sanguinolentas han desaparecido. Orinas más claras y menos sedimento.

*Enero 5 de 1900.* — Orinas más claras, como no las ha tenido nunca después del comienzo de la enfermedad. En los últimos días ha expulsado una gran cantidad de mucosidades estriadas con sangre. No hay dolor.

*Enero 9.* — Continúa mejorado. Inyección de 0.08 centigramos de calomel.

*Enero 19.* — No ha habido sangre, dolor ni fiebre. Las orinas han persistido claras y casi sin depósito.

#### EXAMEN CITOSCÓPICO

Es el primero que se le practica después de su salida del hospital, habiendo tenido lugar el último el 7 de Noviembre. Se encuentra un cambio muy notable en la lesión y en toda la imagen vesical. La lesión está reducida casi al tamaño de una moneda de

10 centavos, hacia arriba y afuera del ureter izquierdo, de contornos irregulares y franqueada por tres bandas casi paralelas de mucosa vesical, aparentemente normal. Las equimosis que se observaban en el examen anterior ya no se perciben, pero en cambio se nota una extensa zona de vascularización rodeando la lesión. El resto de la mucosa se nota pálido, amarillento, con aspecto normal, presentando de trecho en trecho ligeras arborizaciones vasculares.

*Enero 22.* — Inyección de 0.08 cgs. de calomel; a las 9 p. m., ha evacuado una orina verde, con gran depósito. La temperatura ha sido de 37° 6.

*Enero 23.* — Hematuria. Temperatura 38° por la mañana y 39° por la noche.

*Enero 24.* — La hematuria ha disminuído. Temperatura, 38°.

*Enero 25.* — Muy poca sangre. Ha despedido muchas mucosidades con estrías sanguinolentas. No hay dolor ni ardor. Temperatura normal.

*Enero 26.* — Orinas turbias con depósito; no hay sangre. Siente las encías.

Hasta aquí nuestra observación, pues el enfermo no volvió a presentarse al hospital.

## II OBSERVACION

La historia clínica es la siguiente: el 6 de Julio de 1906 se presenta a mi consultorio acompañado del Dr. J. Carlos Delfino, el señor A. A. D., argentino, soltero, de 45 años de edad, de profesión comerciante.

### CONMEMORATIVOS

*Antecedentes hereditarios.* — El padre fué un hombre sano y robusto, falleció hace algún tiempo a consecuencia de una afección cardíaca. La madre vive y es sana, no teniendo más enfermedad que una constipación crónica.

*Antecedentes personales.* — Su infancia pasó sin dejar antecedentes de ninguna importancia. A los veintiún años contrajo una blenorragia que sin complicaciones de ninguna especie, curó por los tratamientos comunes.

Hace 19 años que adquirió una sífilis que se inició por un chanero del canal balano-prepuccial que fué seguido de sus manifestaciones habituales, roseola, sífilides, especialmente en la frente, corona

de Venus, alopecia poco pronunciada y placas sobre la mucosa del carrillo izquierdo.

A los 14 años después de contraída la enfermedad tuvo una laringitis y desde entonces, su voz ha quedado algo ronca.

Hace dos años tuvo varias ulceraciones gomosas: una a la altura de la parte dorsal de la falange derecha del dedo índice de la mano derecha, otra en la pierna derecha y dos en el muslo izquierdo.

De todos estos accidentes sanó con el tratamiento mercurial, único que ha hecho en forma irregular y siempre oportunista, empleando fricciones y píldoras de protoioduro de mercurio de 0.05 centigramos cada una. Por falta de tolerancia no ha tomado ioduro de potasio.

*Principio de la enfermedad.* — Data de 14 meses atrás, en que un día, sin causa alguna, fué sorprendido al ver que sus orines salían teñidos de rojo por emisión de sangre.

Esta coloración anormal de la orina le duró un día y medio, para volver las cosas a su estado normal, reanudándose el fenómeno todos los meses o cada veinte días.

En cada hematuria que se presentaba era mayor la cantidad de sangre que en la anterior, así como la frecuencia de las micciones que llegaban a

hacerse cada veinte minutos, tanto en el día como durante la noche.

Cada vez que se presentaba una hematuria, era acompañada de un malestar general, caimiento, sensaciones de calor y frío (chuchos), todo lo que pasaba con la desaparición de la sangre de las orinas, quedando éstas turbias, no habiendo sido nunca claras, limpias, desde el comienzo de la enfermedad.

En ciertas oportunidades ha despedido coágulos, grandes algunos, pero predominando siempre los pequeños que aparecían en las orinas hasta tres o cuatro días después de terminada la hematuria. Los coágulos grandes y de color rojo vivo se han presentado siempre en los momentos en que aquélla alcanzaba mayor intensidad.

Nunca ha experimentado dolor ni ninguna otra incomodidad fuera del esfuerzo para orinar y muy especialmente en el momento de la expulsión de los coágulos.

*Estado actual. Micción.* — Cada cuarto de hora o veinte minutos, tanto de día como de noche. El movimiento influye aumentando la frecuencia.

*Dificultades de la micción.* — Algo retardada y lenta. No puede orinar estando acostado por cortársele el chorro bruscamente acto continuo de iniciado.

La posición de pie es la que prefiere para orinar y en la que realiza fácilmente la micción sin interrupción alguna.

*Modificaciones del chorro.* — Es delgado y de regular proyección.

*Dolor y localización.* — No existe en ninguna parte.

#### EXAMEN FISICO

*Inspección de la esfera genito-urinaria.* — No ofrece nada de anormal.

*Exploración del canal.* — El explorador olivar núm. 20 lo franquea libremente hasta la porción bulbosa donde se detiene y sólo pasa una bujía núm. 9.

*Exploración de la vejiga.* — El calibre filiforme del canal, la impide.

Por la orina sanguinolenta que expulsa el paciente, uniformemente teñida desde el comienzo hasta el fin de la micción, puede calcularse en cien centímetros cúbicos la capacidad vesical.

#### ENDOSCOPIA

*Uretra.* — No se practicó.

*Vejiga.* — Se practicó una vez dilatado el canal hasta el núm. 0,5 habiendo tenido grandes dificultades para introducir el citoscopio que se dete-

ña fatalmente en la porción bulbar de donde era imposible hacerlo progresar, lo que obligó a practicarle sobre guía.

Presente el doctor Delfino en este examen, pudimos constatar la existencia de una ulceración en el bajo fondo vesical que avanzaba hacia el lado derecho, quedando el meato ureteral como a un centímetro del borde superior de la úlcera. La superficie ocupada por ésta puede calcularse del tamaño de un cobre de dos centavos, de bordes cortados a pico, muy poco salientes y regulares; la superficie de color rojo obscuro y aspecto mamelonado, teniendo en su parte central, un mánelón pediculado mucho más grande que los otros, del tamaño de un garbanzo, dando por su aspecto la impresión de un papiloma. De la parte central y superior de este papiloma se veía manar con toda claridad un hilo de sangre que se mezclaba al líquido que contenía la vejiga.

La mucosa vesical vecina a la ulceración, se presentaba pálida, anémica, así como la de todo el resto del órgano, en la que se dibujaba de trecho en trecho una que otra arborización vascular. El lóbulo derecho de la próstata, aparecía proeminente, hipertrofiado, cubriendo una parte de la ulceración y con una superficie de color amarillo muy

claro. Los meatos uretrales pequeños, de apariencia normal.

*Curso de la enfermedad.* — En presencia de un enfermo con hematurias profusas, bastante demacrado y con estrecheces filiformes, decidí estar a la espera de los acontecimientos para proceder a una intervención quirúrgica si el caso lo requería.

Prescribí reposo, dieta láctea, salol y ergotina al interior y supositorios con adrenalina, además dilatación de la uretra.

Con este régimen fué desapareciendo la hematuria, que terminó totalmente al tercer día.

En esta fecha comenzó la dilatación por el número 9, practicando los sondajes día por medio hasta llegar al Beniqué número 50. En todo este lapso de tiempo, un mes, no volvieron las hematurias, sintiéndose el enfermo con más ánimo y fuerzas, habiéndose atenuado la frecuencia de las micciones, tanto en el día, como durante la noche.

El día 9 de septiembre se practicó el cateterismo cistoscópico, después del cual se produjo una hematuria que se prolongó por dos días, acompañada de retención de orina completa.

Con los antecedentes dados por el enfermo, la marcha de la enfermedad y datos suministrados por el examen clínico, sospechamos que pudiera

tratarse de un proceso tuberculoso, aunque faltaban algunos síntomas, entre otros el dolor, tan frecuente e intenso en procesos de esta naturaleza.

Inmediatamente instituí el tratamiento tónico indicado e instilaciones vesicales con una solución de bicloruro de mercurio al uno por tres mil.

Pedí al doctor Delfino que investigara la presencia de bacilos de Kock en las orinas, lo que dió resultado negativo, así como las inoculaciones en chanchitos que no produjeron reacción alguna en ellos.

Al comenzar el tratamiento se inició una nueva hematuria bastante profusa, que duré tres días. La orina evacuada salía igualmente teñida en todo el acto de la micción, desde el principio hasta el fin.

Esta hematuria, lo mismo que las anteriores, fué acompañada de decaimiento general, chucho y fiebre, 38 grados.

Con este tratamiento continuamos por espacio de doce días, al cabo de los cuales practicamos un nuevo examen citoscópico, comprobando que la lesión vesical no había modificado en nada su aspecto primitivo.

En esta fecha, 20 de octubre, resolví en vista de los antecedentes específicos del paciente, some-

terlo al tratamiento mercurial, haciéndole inyecciones de biyoduro de mercurio de 0.02 centigramos cada una, día por medio.

Desde las primeras inyecciones, pudimos notar con el doctor Delfino, una reacción favorable en el estado general del enfermo, quien se notaba con más ánimo, más fuerza y buen apetito, lo que trajo un aumento de peso.

Por el lado de la vejiga se notó también un proceso favorable, que se manifestó por la desaparición de la frecuencia de las micciones, a tal punto, que por la noche no tenía necesidad de levantarse como antes, y de día orinaba cada dos o tres horas; las orinas, sin embargo, manteníanse ligeramente turbias, formando con el reposo una abundante nubécula en la que algunas ocasiones se percibía un tinte ligeramente rasáceo.

El 18 de noviembre, después de trece inyecciones que había recibido el enfermo, practiqué un nuevo examen citoscópico. El aspecto de la úlcera había cambiado totalmente, había reducido su tamaño a poco menos de la mitad, pudiéndosela ver en todo su contorno; la superficie aparecía completa y uniformemente granulosa, sin presentar la escrecencia central observada en el primer examen. Los bordes no ofrecían ya el aspecto primitivo de

estar cortados a pico, sino el de una superficie lisa, como continuando con el resto de la pared vesical y a su mismo nivel. El resto de la mucosa presentaba un aspecto en general normal, ofreciendo de trecho en trecho algunas arborizaciones vasculares, pero poco marcadas.

En cuanto al lóbulo derecho de la próstata, había disminuído de volumen, siendo su coloración menos amarillenta que en el primer examen.

Ante un resultado tan eficaz y conseguido con el tratamiento antisifilítico, continuamos con él, no habiendo presentado el enfermo síntomas de intolerancia.

Cuatro o cinco días después de la última citoscopia, orinó unos pequeños coágulos, lo que pasó sin mayores inconvenientes.

El 25 de octubre, después de haber recibido 25 inyecciones, le hicimos un nuevo examen citoscópico, con el siguiente resultado:

La úlcera había reducido aún más su tamaño, siendo en esa fecha un poco más pequeña que una moneda de cinco centavos. El aspecto general era el mismo que presentaba en el examen anterior.

El enfermo se siente bien, animado, con buen apetito y algo más grueso que cuando comenzó a tratarse. La micción se hace en tiempos normales,

continuando la orina con aspecto turbio, pero con tendencia a aclararse.

No hay ninguna molestia de otro orden; el enfermo manifiesta que se encuentra como si estuviera sano.

Continuamos con las inyecciones hasta completar una serie de treinta, para hacer después otro examen citoscópico.

Al practicarlo, pudimos comprobar con toda satisfacción la completa desaparición del proceso ulcerativo constatado en los anteriores exámenes. Solo se observa un tinte muy pálido, amarillento, casi marfil, en el sitio que había ocupado la úlcera y en una gran parte de la pared derecha de la vejiga. El resto de la mucosa no presentaba nada de anormal.

Con posterioridad a esta época, el enfermo ha continuado bien, sometido siempre al tratamiento antisifilítico.

### III OBSERVACION

Año 1914. — Noviembre 13.

L. T.; argentino, de 41 años de edad, abogado, soltero; hombre de aspecto sano, robusto, muy musculoso.

Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia; ambos padres viven y son sanos. No tiene hermanos.

Los antecedentes personales son igualmente pobres; solo registran enfermedades infecciosas e intestinales, en la edad infantil, que han evolucionado sin dejar rastro alguno.

Manifiesta no haber tenido posteriormente enfermedad alguna, salvo uno que otro resfrío y perturbaciones gastro-intestinales pasajeras. Niega, igualmente, haber tenido ninguna enfermedad venérea.

*Enfermedad actual.* — Hace como un año que ha comenzado a sentir al nivel del hipogástrico (vejiga), una sensación de calor toda vez que se ha visto obligado a retener la orina por más tiempo del habitual, a lo que no había dado importancia, atribuyendo el fenómeno a la distención de la vejiga por la orina. Esta ha sido siempre clara, limpia, de apariencia normal.

Hace dos meses, al ir a orinar, le llamó la atención la emisión de una orina roja, de apariencia sanguinolenta desde el principio del acto hasta el fin, pareciéndole que las últimas porciones eran más rojas. Sorprendido por esto, al corto tiempo, sin mayor necesidad y sólo a título de curiosidad,

vuelve a orinar, pero esta vez la coloración de la orina era ligeramente más oscura que lo normal.

Desde entonces en las micciones subsiguientes no ha vuelto a arrojar sangre. No ha experimentado dolor, ni ninguna otra novedad que le haya llamado la atención.

Al día siguiente de haber tenido la hematuria, me consulta.

El examen de sus aparatos urinarios tanto superior como inferior, no revela nada de anormal.

Solo en la uretra, en la porción bulbar, se percibe un ligero frote con una bola de Guyon número 20, y en la vejiga una muy ligera sensación de dolor al contacto de la misma.

En vista de la negatividad del examen realizado, propongo al enfermo una citoscopia, la que le fué practicada al día siguiente, es decir, el 14 de noviembre de 1914.

#### EXAMEN CITOSCÓPICO. —

Aprovechando la circunstancia, mido la capacidad vesical que llega a 300 gramos, no siendo sensible a la distensión; su contractilidad es normal. Disminuído el contenido vesical a 150 gramos coloco el estoscopio y dirijo mi investigación hacia los ureteres comenzando por el izquierdo. Mi sor-

presa fué grande al ver ocupado el campo del citoscopio por un proceso ulcerativo que rodeaba por la parte interna al uréter izquierdo.

Ofrecía el aspecto de una media luna colocada la mitad por encima del músculo interureteral y la otra mitad por debajo. La úlcera se presenta de aspecto rojizo, ofreciendo toda su superficie cubierta de granulaciones algo más grandes que la cabeza de un alfiler, entre las que se destacaban sólo dos por su mayor volumen, casi del tamaño de una lenteja, colocadas en la parte central, una a continuación de la otra sobre la salida del músculo interureteral.

Sus bordes eran regulares, salientes y de un rojo más intenso con un tinte ligeramente azulado. Rodeando la úlcera una zona de congestión como de un centímetro de ancho, llegando por el lado izquierdo hasta el nivel del ureter correspondiente. En la parte superior y hacia la dirección del bajo fondo se percibían algunas pequeñas arborizaciones vasculares.

Examiné la parte restante de la mucosa vesical, encontrándola de apariencia normal, viéndose de trecho en trecho uno que otro vaso ligeramente dilatado.

Los dos meatos ureterales, de forma linear, tampoco presentaban nada de anómalo.

Después de este examen y su resultado, no cabía ya la más mínima duda sobre la causa y localización de la hematuria, quedando por averiguar el origen de la lesión.

Desde el primer momento, a pesar de los antecedentes del enfermo, sospeché el origen sifilítico de la lesión, fundando en la forma en que sin causa alguna se presentó la hematuria que observó el enfermo, sin doler alguno, modalidad de la mayoría de las hematurias vesicales de origen específico, como he sido de los primeros en observar y consignar en publicaciones anteriores, y además, por el panorama vesical que se presentaba al examen citoscópico, en que quitando el sitio de la lesión y sus inmediatas vecindades, el resto de la mucosa vesical se presentaba con caracteres normales, lo que no ocurre en ningún otro proceso ulceroso de la vejiga, que siempre se acompañan de lesiones de cistitis más o menos marcadas en relación con la intensidad del mismo y las infecciones secundarias que lo acompañan, hecho que también he observado en un caso anterior y ha sido confirmado por otros observadores.

Ante esta sospecha tan fundada, se imponía el

dictamen de una reacción de Wassermann, que no hizo más que confirmar el diagnóstico sospechado, acusando un resultado francamente positivo.

Sin embargo, a pesar de todo, el paciente continúa negando los antecedentes y el examen clínico encaminado bajo ese punto de vista, tampoco arroja luz alguna.

En vista, pues, de todo ello, someto al enfermo al tratamiento mercurial practicándole inyecciones cuotidianas endovenosas de 0.01 centígramo de bicianuro de Hg. La primera le fué practicada el 18 de noviembre, habiendo recibido una serie de diez que fueron bien toleradas, sin determinar fenómeno alguno de hidrargirismo. Con ellas ha disminuído la sensación de calor que sentía en su vejiga, cuando se hallaba distendida por una mayor cantidad de orina.

No ha habido nueva hematuria, y las orinas se han mantenido claras, de apariencia normal, pero su análisis ha revelado la existencia de hematurias microscópicas y la presencia de vestigios de albúmina, debida probablemente a una ligera nefritis epitelial determinada por el bicianuro, hecho frecuente con dicho medicamento.

El 30 de noviembre le practico una nueva citoscopia. La imagen que se observa, se halla muy

cambiada con respecto a la primera; el tamaño de la úlcera ha disminuído sensiblemente y su forma ha cambiado.

El aspecto de la ulceración ha experimentado modificaciones apreciables: Su superficie se presenta roja, lisa, brillante, sin granulaciones de ninguna clase; los bordes regulares, parecen continuarse con la mucosa, habiendo desaparecido la zona roja de congestión que la rodeaba. En cambio, han aparecido dos grupos de arborizaciones vasculares que no se observaban antes, uno por el lado de afuera del uréter izquierdo, y el otro, hacia la parte media del trígono. El resto de la mucosa no ha cambiado, permanece con su aspecto normal.

Visto el resultado obtenido por el tratamiento, resuelvo hacer otra serie de inyecciones de 0.01 centígramo de bicianuro que la comienzo el 8 de diciembre. Fué igualmente bien tolerada como la anterior.

El 20 le practico una nueva cistoscopia. No se observa rastro alguno de la ulceración; solo se ve en el sitio que aquella ocupaba, una mancha ligeramente roja, más bien rosada, sin ser propiamente una equimosis. Persisten las pequeñas redes observadas en el anterior examen.

Todo el resto de la mucosa normal.

## CONCLUSIONES

1.° La existencia de una localización vesical de la sífilis, es un hecho cierto y del que no cabe duda, probándolo las numerosas observaciones que registran las literaturas extranjeras y nacionales;

2.° La sífilis vesical es una localización de los períodos secundario y terciario de la evolución de la enfermedad;

3.° La manifestación primaria de la enfermedad, el chancro de la vejiga, no ha sido observada hasta el presente;

4.° La forma ulcerosa tiene un predominio mayor de frecuencia que la papilomatosa o neoplásica;

5.° La hematuria febril, de origen vesical, es un síntoma propio de la sífilis de la vejiga (Nin Posadas);

6.° Las manifestaciones de la sífilis vesical

evolucionan *in situ*, sin que tome participación el resto de la mucosa.

7.° No existen caracteres citoscópicos diferenciales bien definidos que individualicen la sífilis vesical;

8.° Cuando en un proceso vesical, ulceroso o neoplásico, se comprueba la existencia de antecedentes específicos o la reacción de Wassermann positiva, debe instituirse el tratamiento antisifilítico, bajo cuya acción únicamente se modifican y curan esta clase de lesiones.

*Adolfo P. Ariazzi.*

Buenos Aires, Junio 14 de 1916.

Nómbrese al señor Académico doctor Baldomero Sommer, al profesor titular doctor Pedro Bénédict y al profesor suplente doctor Bernardino Maraini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.° de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA.

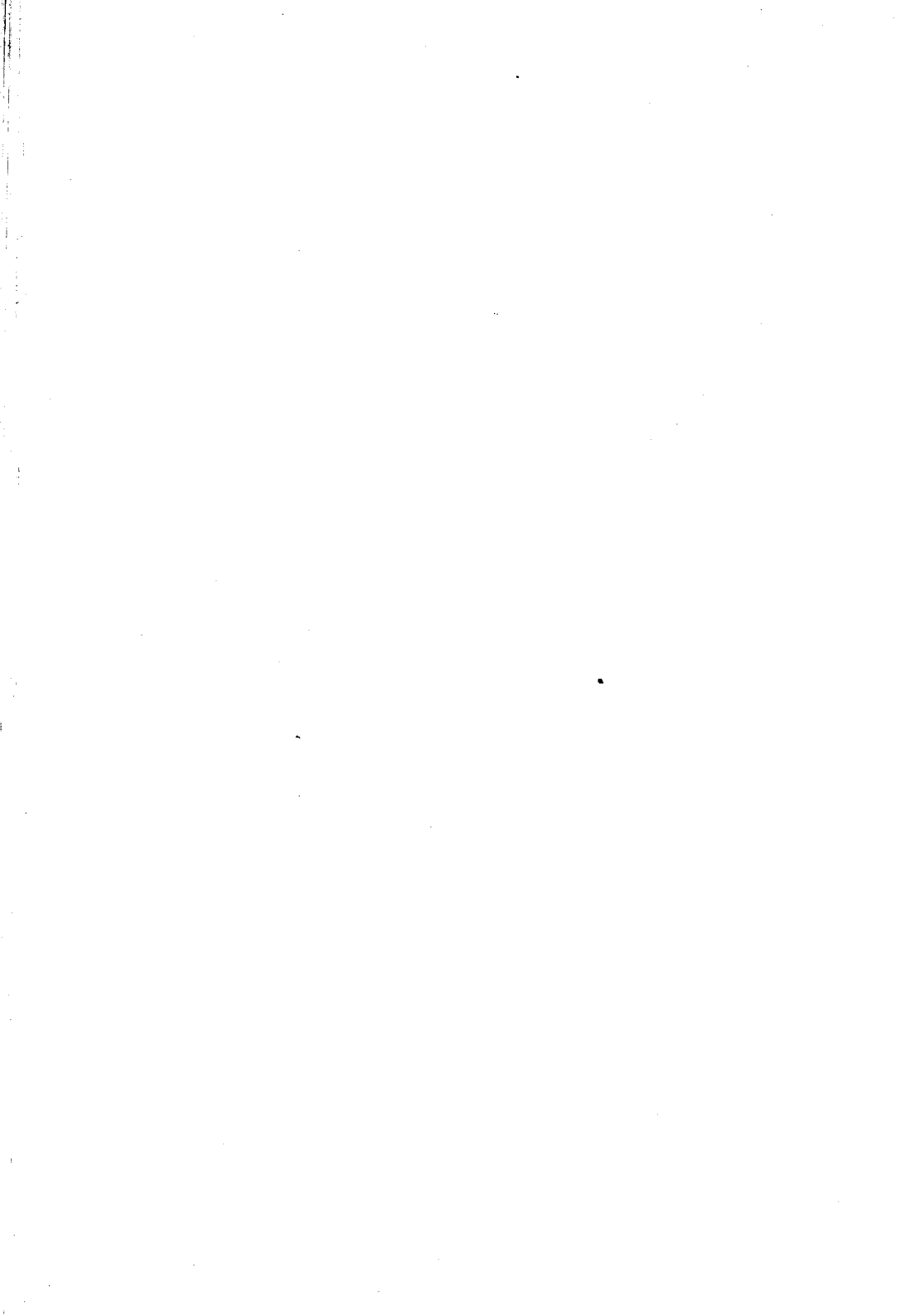
*J. V. Gabastou.*

Buenos Aires, Junio 27 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3161, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. V. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.<sup>a</sup> ¿Cuál es la razón por la cual la sífilis produce sólo como excepción síntomas en la vejiga?

*Baldomero Sommer.*

2.<sup>a</sup> ¿Hay hechos suficientes para autorizar la 5.<sup>a</sup> Conclusión? ¿Y cómo se explicaría la fiebre?

*Pedro Bénédict.*

3.<sup>a</sup> ¿Qué otras manifestaciones sífilíticas, pueden encontrarse en la vejiga?

*Bernardino Maraini.*

cia del intestino por debajo de la última curva del ansa sigmoidea; la extremidad ileal es aproximada y por debajo de los dos clamp así juntos se coloca un impermeable. Lane hace entonces la implantación ileorectal; la anastómosis término-lateral por el procedimiento habitual: Dos puntos reparan las extremidades, surget sero seroso posterior surget total posterior y anterior y luego surget sero seroso anterior. El usa hilo de lino y aguja de costurera curva.

Se aproxima cuidadosamente el mesenterio ileal al meso recto por puntos de sutura tan numerosos como sea necesario.

Una sonda es introducida en el recto que pasando la anastómosis llega hasta el ileon. Se vé entonces al meso extenderse en verdadero abanico y se agregará algunos puntos si se creyera necesario; las sonda se fija al periné por un hilo; se sutura la pared en varios planos.

Todas las suturas las hace de hilo de lino y con agujas de costurera de diferentes grosores excepto la sutura de piel que es hecha con catgut.

Lane considera esta intervención como de una gravedad mínima y de resultados inmediatos muy buenos, desapareciendo la constipación y los signos de auto-intoxicación y apesar de que los primeros días hay diarrea ésta pronto desaparece.

las deyecciones se moldean y reaparece la buena salud.

No todos los autores están de acuerdo sobre los resultados remotos de la ileosigmoostomía pues dicen que en algunos casos puede existir reflujo retrógrado de la materia fecal, lo cual es un grave inconveniente que obligaría muchas veces a hacer una cecostomía de descarga.

La cecostomía debe ser rechazada como medio de tratamiento pues ella deja una enfermedad incómoda que precisamente los otros medios operatorios tienden a evitar; pero se puede utilizar como complemento o necesidad en los casos de reflujo retrógrado en las anastómosis intestinales.

Exactamente lo mismo puede decirse de la apendicostomía.

La tiflosigmoidostomía es una intervención que ha sido practicada por muchos cirujanos tales como Hartman, Roux y Giordano, Lardennois, Tuffier, Brin, Leotta, etc. y según este último autor sería la operación de elección en los casos de extasis cólica; porque establece una canalización perfecta del intestino permitiendo las evacuaciones de las materias contenidas en el ciego en la sigmoidea y no deja divertículo alguno y tiene además la ventaja de conservar la válvula ileo cecal, la cual sería un freno al rápido pro-

- Legueu.* — Traité d'Urologie. 1910, p. 689.
- Levy Biug et Duroeux.* — Syphilis de la vessie. (Annales des mal. vénér. N.º 4, Abril 1913).
- Margoulicz.* — Syphilis de la vessie. (Ann. gén. urinaires. 1912, pág. 384).
- Nitze.* — Lehrbuch d. Cystoskopie. I Auf 1889. Wiesbaden. II Aufl. 1907.
- Picot.* — Un cas de syphilis vésicale et uréthrale. (Journal d'Urol. T. II, N.º 5, 15 Nov. 1912).
- Ricord.* — Traité complet des mal. ven. Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Paris 1831, Pl. VIII.
- Uva.* — Sopra un caso di sifilide cerebro spinale con fistola retto vescicale per gomma suppurata in vescica. (Rcv. Clin. et ter. Napoli 1882, IV, 250).
- Vidal de Cassis.* — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853. pág. 169.
- Castañó C. A.* — Contribución al estudio de la sífilis vesical. (Semana Médica, N.º 43, 1914).
- Duroeux.* — Syphilis de la vessie. (Thèse pour le Doctorat. 1913).
- Nin Posadas Joaquín.* — Leucoplasia vesical. (Argentina Médica, Enero 21 de 1905).
- Nin Posadas Joaquín.* — Contribución al estudio de la sífilis vesical. (Soc. Méd. Arg. vol. XIX. pág. 543 y sig. 1911).
- Nin Posadas Joaquín.* — Sífilis de la vejiga. (Semana Médica, N.º 9, 1915).

30108



