

SERVICIO DEL HOSPITAL FERNANDEZ

Jefe: Profesor Dr. Salleras

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE SIFILIS VESICAL TERCIARIA

por el Dr.

ALFONSO VON DER BECKE

Esta afección ha sido ya motivo de comunicaciones en el seno de esta Sociedad, por parte de los Dres. Carlos Alberto y Enrique Castaño (1924), Isnardi (1928), Di Lella y Alvarez Colodrero (1928) y Arrúes (1930).

Al Servicio de Génito-Urinarías del Hospital Fernández, a cargo del Prof. Salleras, han concurrido durante los últimos 8 años, un total de 7.300 enfermos. Entre ellos, se ha diagnosticado 4 casos de *sífilis vesical terciaria*; uno de *forma tumoral* (1 caso de los Dres. Alvarez Colodrero y Di Lella); otro, de *forma tumoral ulcerada* (nuevo caso, y otro de los Dres. Alvarez Colodrero y Di Lella), otro de *forma ulcerosa* (caso del Dr. Arrúes). Esta cifra demuestra la relativa poca frecuencia de la sífilis vesical terciaria.

Interesante de destacar, es el hecho que, como contraste al *polimorfismo* que estas lesiones suelen presentar en la imagen cistoscópica, los 4 casos se han presentado con un mismo síntoma dominante: *la hematuria terminal*, la cual se acompañó de disuria y piuria, y el tratamiento específico ha resultado rápidamente eficaz en todos los enfermos. A continuación doy las historias, resumidas:

Caso 1o. — Manuel P. 41 años; español. Maquinista. Ingresa el 12 de enero de 1931.

Niega antecedentes venéreos. Hace un mes, dice haber padecido una "colitis ulcerosa"; poco después, polaquiuria diurna y nocturna, con sen-

sación de "ardor" al comienzo y final de la micción. Hace 12 días, dolor en epididimo derecho, con aumento de volumen del mismo, episodio que pasó en 5 días. Concorre al servicio por una *pneumaturia y hematuria* terminal; piuria en ambos vasos. Cistoscopia: se observa una tumoración infiltrada de pared superior izquierda, de vejiga, de superficie irregular y aspecto cerebriforme, que ocupa dos campos del cistoscopio. El centro está ulcerado profundamente y presenta el aspecto de un trayecto fistuloso con bordes irregulares y netos, recubierto de mucopús sanguinolento. Resto de vejiga: mucosa de aspecto normal.

Se hace diagnóstico de *lesión terciaria, forma tumoral ulcerada*, y se practica de inmediato tratamiento con neosalvarsan y yodo-bismutato de quinina. Después de 1.80 grs. y 0.90 de yodo qq., ha aumentado 3 kg.; la *pneumaturia* y *hematuria* han desaparecido. Se practica una nueva cistoscopia y se observa que el tumor ha disminuído considerablemente de volumen; en el centro ha desaparecido el trayecto fistuloso, quedando allí solo una cicatriz retráctil. Se insiste en el tratamiento y el 20|4|31, una última cistoscopia revela la desaparición total de su lesión vesical, que, sin duda, fué producida por un goma ulcerado y en comunicación con intestino; (fístula vesico-intestinal), de allí la *pneumaturia*.

Caso 2o. — N. A. 52 años. Argentino. Ingresa al Servicio, el 6|8|925 después de haber perdido diez kilos de peso, en 6 meses, por una *cistitis intensísima, polaquiuria diurna y nocturna; hematuria* terminal, orina intensamente turbia, por pus, de olor pútrido insoportable; luego se establece una retención aguda, completa. Sonda permanente. Cistoscopia: capacidad, 50 cc.; infiltración de escaso relieve *endovesical*, en *pared supero-izquierda de superficie irregular*, con aspecto mamelonado e implantación amplia. Cuello vesical, deformado por un edema producido por la sonda en permanencia. Se sospecha lesión sifilítica terciaria y se practica tratamiento con neosalvarsán, hasta 6 gramos. El efecto del tratamiento específico, es inmediato y progresivo. A los 20 días, la micción es normal y la orina límpida. Al examen cistoscópico, se comprueba la desaparición total de la lesión antes descripta.

Caso 3o. — 44 años. Ingresa el 9 de marzo de 1928, por *polaquiuria diurna y nocturna; piuria*, dolor al final de la micción, *hematuria* terminal de 4 días. Ha perdido 15 kilos en pocos meses. No hay retención. Cistoscopia: mucosa vesical lado izquierdo de superficie *irregular*, con *mamelones desde la burbuja hasta el cuello y trígono* con algunas zonas vegetantes y otras *ulcerosas*, recubierta de mucopús, con aspecto de neoplasia. Meato uretral izquierdo entreabierto y rígido. Wassermann,

negativa. Se sospecha lesión específica terciaria y se hace tratamiento de neosalvarsán, 2.85 gr. en un mes. *Cistoscopia*, desaparición casi total de las zonas vegetantes. Sólo persisten ligeras lesiones ulcerosas; el estado general es excelente.

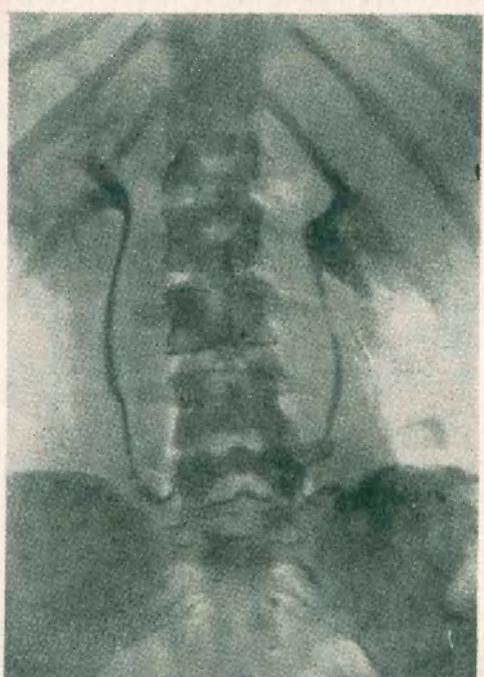
Caso 40. — C. G. Manuela B. 23 años. Española. Ingresa el 1 de octubre de 1929. Hace dos años dolores lumbares y molestias de carácter leve, en vejiga. Hace dos meses, estos dolores aumentaron; poliuria diurna y nocturna con *hematurias finales* y orinas muy turbias. *Cistoscopia*, mucosa de aspecto normal, en toda su extensión, excepto en trigono, que está edematoso y con algunas *ulceraciones* ubicadas alrededor del meato ureteral izquierdo, de bordes irregulares y de un fondo amarillento, que forma ligero relieve. El meato ureteral derecho no se consigue visualizar, por hallarse incluido en otra ulceración del mismo aspecto que la anterior. Wassermann positiva. Se *sospecha una lesión específica terciaria*, tipo ulceroso y se instituye tratamiento con neosalvarsán y yodobismutato de quinina. A la cuarta inyección, la enferma ha mejorado mucho en su estado general y local; aumentó 3 kg. de peso; la hematuria ha desaparecido; la orina ha aclarado, siendo ahora ligeramente turbia. Al cabo de 2 meses de tratamiento, nueva *cistoscopia*. Mucosa de aspecto normal, han desaparecido todas las lesiones vesicales (edemas y ulceraciones); los meatos ureterales se observan ahora normales.

No se practicó tratamiento local en ninguno de los enfermos.

Como puede observarse, por los casos referidos, y por la diversidad del aspecto *cistoscópico* de las lesiones descritas, el diagnóstico ha sido de *presunción* y no de certeza, pues no hay un carácter o síntoma *exclusivo* de esta afección vesical.

Se ha hecho diagnóstico por exclusión, descartando siempre las neoplasias malignas y las lesiones tuberculosas.

El *tratamiento específico*, eficaz en breve tiempo, nos ha servido en todos los casos como *factor principal en el diagnóstico diferencial*; apenas instituidos, la mejoría de los fenómenos vesicales ha sido inmediata, tanto, que podría decirse que *constituye un signo patognomónico* de esta afección.



*Para la
radiografía
de la
pelvis, senos
actetes
y vejiga*

ABRODIL

M.R.

P O R V I A E N D O V E N O S A

No desprende yodo y carece de todo efecto secundario sobre las venas y el riñón. Preparación sencilla - Soluciones estables.

ABRODIL:

Solución al 40%: frasco de 50 cc.
Substancia: frascos de 20 y 100 grs.

EN BREVE, en venta: PER ABRODIL en ampollas de 20 cc.
1 amp. Per Abrodil alcanza para una radiografía.



LA QUIMICA "*Bayer Meister Lucius*" S. A., ALSINA 1644/52. Bs. AIRES

ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

“JSDIACOL”

(4,4' - dioxi - 3,3' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

CONCRETAMENTE
INDICADA en:

Sífilis congénita precoz
„ latente precoz
„ cardio-vascular
„ renal (como medicación de entretenimiento)
„ pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

En las curas energicas se inyectarán
de 5 - 6 grs.; en las medias, de 3 - 4
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

SE EXPENDE:

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr.
Serie fuerte de 8 ampollas. de 0,10 - 0,20
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.
Serie B. L., para niños, de 5 ampollas, de
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

“INSTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE”

MILAN (ITALIA)

POR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN
QUIMICO
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446
BUENOS AIRES

Para avisos en esta revista

dirigirse a la Administración

ALSINA 2911

U. T. 62 - Mitre, 9003

DISCUSION

CASTAÑO E. —

Refiere la observación de un enfermo con lesiones vesicales, en el cual, sospechándose una lesión bacilar, se le intervino de un riñón, diagnosticándose, entonces, sífilis, por el aspecto microscópico.

SALLERAS. —

No hay signos patognomónicos, en un caso se pensó en tuberculosis, por las lesiones alrededor del ureter y solamente por exclusión se diagnosticó lues. Otras veces es en los neoplasios que se piensa.

En realidad es el tratamiento el que da el diagnóstico.

MONTENEGRO. —

Pregunta si en el tratamiento se ha instituído solamente tratamiento específico y si se le ha hecho localmente otro tratamiento.
