

Servicio de Urología del Hosp. Alvear  
Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor  
UBALDO ISNARDI

## SIFILIS GENITO-URINARIA. BISMUTO. - CURACION

**M**OTIVA la presente comunicación la siguiente:

### HISTORIA CLÍNICA

J. O., argentino, de 53 años, casado, empleado.

*Antecedentes familiares.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Hace 30 años padeció una afección al ojo derecho, a raíz de la cual le quedó una ptosis del párpado superior. Niega venéreas. Nunca ha tenido blenorragia ni chancros.

*Enfermedad actual.* — En marzo de 1934 sufre una hematuria total, espontánea, abundante, indolora, que lo sorprende en plena salud. No precisa bien si hubieron coágulos, aunque cree que no, pues en ningún momento tuvo retención, ni disuria. No hubo tampoco polaquiuria ni tenesmo vesical, es decir, que la hematuria fué su única manifestación. Concorre al hospital Alvear, donde un compañero le practica una cistoscopia y constata con capacidad conservada un tumor sesil, ampliamente implantado en la pared vesical izquierda, por encima del uréter, del cual mana un fino chorro de sangre que se proyecta en la cavidad vesical. Se le practica una electrocoagulación y la hematuria cesa inmediatamente. Posteriormente se le hicieron otras aplicaciones de electrocoagulación que toleró perfectamente y el tumor vesical ha ido reduciéndose cada vez hasta llegar a su estado actual. Nunca tuvo fenómenos subjetivos ni temperatura. Después de las aplicaciones de electrocoagulación las orinas se hacían turbias, pero recobraban su limpieza en pocos días, mediante el uso de lavajes vesicales. Diez meses después de la hematuria se le produce una orqui-epididimitis izquierda, espontánea, lejos de toda aplicación instrumental, con gran dolor y tumefacción de testículo y epididimo. Consulta a un médico, quien le prescribe fomentaciones frías. El dolor cesa en dos o tres días, pero su testículo queda de gran tamaño. Un mes después de este episodio genital, vuelve al servicio del hospital Alvear para hacerse examinar su vejiga como se le había indicado, y en esa ocasión es visto por mí y constato: cistoscopia; capacidad normal. Mucosa vesical rosada de aspecto borroso; uréteres normales. Por encima y por fuera del uréter izquierdo aparece

un levantamiento con una depresión en forma de "godet" en el centro. La mucosa tiene allí los mismos caracteres que en el resto de la vejiga. Del "godet" central parten hacia el contorno varias hendiduras radiales. El examen genital muestra: nada de particular en próstata, vesículas seminales y testículo derecho. El testículo izquierdo aparece fusionado con el epidídimo, formando en conjunto una tumoración del tamaño de un huevo de gallina. Se percibe dificultosamente el límite entre la glándula y el epidídimo. La consistencia es firme, más en el epidídimo que en la glándula, pero también en ésta muy aumentada. No hay elasticidad ni renitencia en ningún punto. Tampoco hay adherencias a las bolsas. Tumoración absolutamente fría e indolora. No hay ganglios infartados. De inmediato hicimos diagnóstico de sífilis terciaria a localización vesical y testicular y prescribimos tratamiento con iodo-bismutato de quinina, empezando por la dosis de 2 c. c. al 15 %. dos veces por semana. Desde ese momento se sigue la siguiente evolución. Después de la cuarta inyección nota que su tumoración epidídimo-testicular ha disminuído mucho de tamaño. Se practica entonces una cistoscopia y sólo se encuentran rastros apenas perceptibles de la lesión en "godet", vista en la cistoscopia anterior. Al cabo de nueve inyecciones se constata: mejoría subjetiva y objetiva de su estado general. El enfermo se siente mejor, con más fuerzas y ha aumentado cuatro o cinco kilos de peso. En el testículo se constata: el epidídimo está aun engrosado, de aspecto moniliforme, con dos o tres nódulos incluidos en su espesor, el mayor de los cuales tiene el tamaño de un pequeño garbanzo, netamente separado de la glándula, cuyo límite es bien perceptible en todo su contorno. La glándula tiene tamaño y forma normales, pero en su polo superior, dentro mismo del parénquima, se percibe un nódulo duro, liso, regular, que ocupa aproximadamente un tercio del órgano. En sus dos tercios inferiores todos sus caracteres son normales. Una semana después de practicada la décima inyección se constatan los mismos caracteres en el epidídimo. El testículo está aun mejorado; la cistoscopia es normal, el estado general, excelente. Pídense sero-reacción de Wassermann, que resulta negativa. Se suspenden las inyecciones de bismuto durante un mes y al cabo de ese tiempo se constata que la mejoría genital ha continuado. El epidídimo sólo muestra una consistencia algo aumentada y forma ligeramente irregular. Sus nódulos se han reducido casi completamente. El testículo ha recuperado casi completamente sus caracteres normales y la induración incluida en el polo superior es apenas perceptible. Aconsejase continuar el tratamiento con iodo-bismutato de quinina.

#### COMENTARIO

Los casos de sífilis vesical comunicados no son muy numerosos. En nuestro país creo ser yo quien haya presentado el mayor número, siendo con este el cuarto que expongo a la consideración de esta sociedad. Esta localización de la sífilis se presenta con un cierto polimorfismo y su estudio de conjunto es todavía incompleto. Por lo tanto, hasta que llegue el momento de completarlo, conviene comunicar todos los casos que se observen. El caso que pre-

sento hoy es particularmente interesante por cuanto nos muestra la sífilis a localización vesical asociada a la localización genital. La lesión vesical corresponde a la que presentaba un enfermo que comuniqué a esta misma sociedad en el año 1928, es decir un goma ulcerado, con la particularidad de que en el enfermo de hoy la hematuria ha sido el único síntoma y fué hematuria sin fiebre. El síntoma hematuria febril, al cual le atribuía Nin Posadas un gran valor diagnóstico, no ha existido en este enfermo. Es digno de notarse que en este caso la lesión fué confundida con una neoplasia, lo que concuerda con las dudas diagnósticas que yo experimenté en el caso anterior a que me he referido. Cuando ví la imagen cistoscópica de este enfermo, muchos meses después de la hematuria, hice de inmediato el diagnóstico de sífilis vesical, pues los caracteres eran los mismos que los del enfermo de 1928 y los de otro caso — una mujer de la clientela privada que no se publicó.

Cuando formulé mi diagnóstico, el colega que estaba practicando la cistoscopia admitió de inmediato esa posibilidad y me comunicó la coincidencia con una orqui-epididimitis, en la cual yo no había reparado, en el ambiente semi-oscuro de la sala de Endoscopia. Si el aspecto cistoscópico era interesante, el estado genital lo era mucho más. Aquella orqui-epididimitis no era blenorragica: 1º, por la ausencia de todo antecedente; 2º, porque estaba tomado el testículo, lo que jamás hace el gonococo; 3º, por la dureza leñosa de la infiltración peri-epididimaria. No era una tuberculosis: 1º, porque esa afección no toma nunca la glándula "d'embleé" ni en el breve plazo de un mes; 2º, porque no había adherencia a las membranas escrotales, ni signos de caseificación; 3º, porque las vesículas seminales y la próstata estaban indemnes. No era una neoplasia: 1º, por la brusquedad y agudeza de su iniciación; 2º, porque la neoplasia testicular no invade el epidídimo sino excepcionalísimamente; 3º, porque no había infarto ganglionar. No era una orqui-epididimitis infecciosa (coli-bacilosis tifoidea, paperas, etc.): 1º, por la ausencia de antecedentes; 2º, por la persistencia de la tumefacción glandular grande y de consistencia leñosa. No era un tumor benigno, ni un quiste, ni un hematocele, porque ninguno de sus caracteres podía hacer pensar en ello. Una característica nos llamó la atención particularmente: la falta de sensibilidad. No sólo faltaba todo dolor anormal, sino que la presión de la glándula no ocasio-

naba siquiera el dolor que eso produce en un testículo normal. Estos caracteres y la imagen cistoscópica que acabábamos de ver nos hicieron plantear el diagnóstico de orqui-epididimitis sífilítica. De todos los caracteres que se han descrito como propios de esta afección, es la falta de dolor el más constante y el más característico. El resultado del tratamiento vino "a posteriori" a confirmar nuestro diagnóstico. El enfermo mejoró rápidamente de su vejiga, que quedó curada al cabo de las primeras inyecciones. Esto confirma que las lesiones sífilíticas de la vejiga ceden rápidamente al tratamiento específico, como lo he expresado antes de ahora. Igualmente favorable fué la acción del tratamiento sobre el epidídimo y testículo, cuyas lesiones regresaron con notable rapidez. Además hubo un "repunte" del estado general, evidenciado por su mayor disposición para el trabajo, por una evidente sensación de bienestar y por el aumento de varios kilos de peso en pocas semanas. Nos complacemos en hacer notar la precocidad del diagnóstico genital, que ha permitido beneficiar del tratamiento en un momento en que no se habían producido lesiones irreparables.

La sífilis del testículo puede ser de origen hereditario y adquirido. La primera aparece durante la infancia o hasta en los tempranos años de la juventud y evidentemente no corresponde a ella nuestro caso. Para la sífilis adquirida, las estadísticas clásicas dan una frecuencia correspondiente a un caso sobre 35 o 40 enfermos. El mejor conocimiento de la sífilis y los medios diagnósticos modernos nos han dado la noción de que por cada orquitis hay muchos más enfermos que los asignados en las viejas estadísticas. El traumatismo, "surmenage" genital y orqui-epididimitis preexistentes, son causas que se citan como predisponentes a la localización testicular de la sífilis. En nuestro caso no intervenía ninguna de esas causas. Se ha dicho que esta localización es un índice de malignidad de la sífilis; nuestro caso, que corresponde a una sífilis ignorada y que permitió al sujeto vivir hasta los 53 años en estado de buena salud, no condice con ese concepto. También se admite que la orquitis es una localización terciara precoz, correspondiendo al período secundo-terciario o principios del terciario. Como el enfermo ignora haber adquirido tal enfermedad, no podemos saber cuál es su situación a ese respecto, pero su edad relativamente avanzada, da una presunción en contra de tal concepto. Desde el punto de

vista anatómico-patológico la sífilis adopta en el testículo la forma que le es común en las demás localizaciones viscerales: la esclerosis, el goma, o la combinación de ambas, la esclero-gomosis. La orquitis esclerosa intersticial es la forma frecuente en la infancia (por heredo-sífilis), pero rara en el adulto. En este último, es el goma la lesión predominante con mayor o menor esclerosis difusa. Tal ha sido sin duda la forma que presentaba nuestro enfermo. La evolución de la lesión abandonada a sí misma, es el reblandecimiento y vaciamiento al exterior, dando lugar al establecimiento de fístulas o al fungus del testículo. Cuando es sometida al tratamiento, va a la resolución, como sucedió en nuestro enfermo. La forma clínica habitual es la invasión lenta, indolora, fría. Raros son los casos a forma aguda, como fué el que relatamos. Las lesiones vaginales y epididimarias sobreagregadas son comunes. La vaginal reacciona en forma seca (paquí-vaginalitis) o exudativa (hidrocele). El epidídimo es englobado por la infiltración peri-visceral, que borra su límite de separación con la glándula, tal como se observaba en nuestro enfermo. La lesión no parece producir la oclusión de la luz del conducto, pues casos de localización doble no se han seguido de azoospermia. Nuestro caso, unilateral, nada puede ilustrarnos al respecto.

---