Año 1908 N.º 1863

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Tuberculosis Vesical

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ FUENTES

Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública (1896)
Ayudante de Farmacia, casa central (1897-1900)
Farmacéutico (1901)
Jefe de la Farmacia del Hospital «Cosme Argerich» (1901-1906)
Practicante mayor del mismo (1906-1908)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1908

TUBERCULOSIS VESICAL

Año 1908 N.° 1863

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Tuberculosis Vesical

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE FUENTES

Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública (1896)
Ayudante de Farmacia, casa central (1897-1900)
Farmacéutico (1901)
Jefe de la Farmacia del Hospital «Cosme Argerich» (1901-1906)
Practicante mayor del mismo (1906-1908)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.)
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

PROFESOR TITULAR

DOCTOR IGNACIO ALLENDE

A MIS PADRES

A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE AMIGO
Y COMPAÑERO DE ESTUDIOS

FRANCISCO HARGUINDEGUY

Farmacéutico y estudiante del 7º año de medicina

† EL 7 DE ENERO DE 1906

TRIBUTO Á SUS VIRTUDES

A LA Sra. MARIA A. DE HARGUINDEGUY

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Aún no puedo despedirme de vosotros por que, mejor que nunca, comprendo que necesito de vuestras lecciones y de vuestros consejos.

Me independizo de vuestra tutela por que debo marchar solo, enamorado de vuestro ejemplo, dejando en esta casa mi más profundo agradecimiento para los que me enseñaron á observar y meditar.

El título con que vais á honrar la aspiración de toda mi juventud, no me enorgullece; es para mi un nuevo estímulo, por que comprendo también que es demasiado grande la responsabilidad del médico frente á frente de quien padece.

El tema que os presento, es el producto recopilado de vuestras mismas lecciones; no he podido agregar á él tan solo un grano de arena, os ruego que al juzgarla sea tan benévolo vuestro juicio como modesta es mi pretención.

Reciba mi padrino de tesis, el Profesor Doctor Ignacio Allende, mi más sincero reconocimiento por su honrosa compañía en este acto. Llevo en mis recuerdos sus sabias lecciones y el ejemplo de su bondadoso proceder para con los enfermos.

A la distinguida competencia del Doctor Juan A. Videla, Director del Hospital Argerich, debo mucho de lo que he aprendido durante mi internado en el mismo, quedo sinceramente reconocido de los beneficios que he recojido mientras permanecí bajo su dirección.

Agradezco al Doctor Emilio Bardi la ilustre amistad que me dispensa y los actos de confianza inmerecida con que me distingue.

A mis compañeros de hospital Doctores José Santoro, Fortunato Díaz, Manuel Ruibal y señor Cárlos Cossia mi gratitud y amistad.

TUBERCULOSIS VESICAL

El bacilo de la tuberculosis, trasportado por cualquier vía hasta las paredes de la vejiga, puede determinar lesiones específicas localizadas en este órgano, sin que ningún otro órgano ó sistema se interese de igual manera. A esto llamamos tuberculosis localizada y es precisamente la tuberculización localizada de la vejiga, una de las primeras reconocida como tal y como independiente sobre todo, de la tuberculosis pulmonar.

Al proceso crónico determinado únicamente por el bacilo de Koch, lo denominamos tuberculosis vesical y reservamos el término de cistitis tuberculosa, para cuando una infección secundaria y generalmente determinada por coli-bacilo, venga á agregar sus reacciones agudas á las ya existentes, terminando por constituir una cistitis mixta. En clínica, estos términos se confunden.

ETIOLOGIA

El máximum de tuberculosis vesical, con relación á la edad, se encuentra entre los quince y cuarenta años, observándose con rareza en la niñez como en la senectud.

El sexo masculino paga mayor tributo que el femenino en la proporción de tres por uno. Tengamos presente que el aparato urogenital del hombre, se distingue del de la mujer, por su comunidad anatómica.

A veces, encontramos en los que padecen de tuberculosis vesical, antiguas lesiones determinadas por el mismo agente: adenitis, abscesos, bronquitis repetidas, blefaritis, osteomielitis etc., mientras que otras, sorprendemos al través de una incontinencia infantil, de una espermatorrea, de una polakiuria, una decadencia congénita del aparato génito-urinario; exponiendo á la vejiga como un *locus minoris resistentiæ.*

La tuberculosis vesical se presenta espontáneamente y damos en clínica una importancia capital á este carácter, ó bien es precedida por una blenorragia una uretritis posterior ó una cistitis, etc., determinando esta condición lo que hemos llamado cistitis tuberculosa mixta.

La blenorragia desempeña un rol importantísimo como factor ocasional en la cistitis tuberculosa. Es la piedra de toque, dice Guyon, para muchos organismos sospechosos; ella da ocasión para que una diátesis hasta entonces latente, pueda manifestarse, preparando un terreno mórbido á sus localizaciones.

PATOGENIA

Está probado que el bacilo de Koch puede radicarse en un órgano alejado de su punto de penetración y que este trasporte se efectúa por vía circulatoria.

La experimentación en los animales ha demostrado que si se contunde la vejiga y luego se inyecta un cultivo de bacilos bajo la piel de la oreja, la vejiga se tuberculiza, y, por otra parte, varios experimentadores han encontrado el mismo bacilo en la sangre circulante de sujetos tuberculosos.

Es muy probable que la vía circulatoria sea la vía ordinaria de la tuberculización de la vejiga.

La frecuencia con que se observa la tuberculosis renal, inspiró la teoría de la infección descendente por intermedio de los uréteres. La autopsia ha comprobado que, á menudo, en la cistopielonefritis tuberculosa, las lesiones priman sobre el riñón y Cayla defiende esta teoría, basándose en el

predominio de las lesiones tuberculosas en las embocaduras de los uréteres.

El éxito operatorio en muchas nefritis tuberculosas por extirpación del órgano corrobora la prolongada resistencia de la vejigá á esta vía de infección.

Algunos autores sostienen que la infeccion tuberculosa de la vejiga puede hacerse por intermedio de la uretra contaminada en el momento del coito, con secreciones vaginal y uterinas. Pero si pensamos en la suma rareza con que se observa la tuberculosis de la vagina y cuello del útero y por otra parte, en la imposibilidad de este modo de infección en la niñez, dejaríamos reducida esta teoría al mínimum de probabilidades.

Lesiones tuberculosa de la próstata ó de las vesículas seminales, podrían propagarse á la vejiga por continuidad; pero, la anatomía patológica nos enseña que las lesiones que se presentan en la vejiga son sumamente superficiales y limitadas á su mucosa, siendo de observación muy rara la perforación de las paredes de la misma.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Examinando la superficie interna de una vejiga, tuberculosa, encontramos el máximun de las lesiones localizadas en la parte inferior y sobre todo en el trígono. Unas son específicas y de carácter tuberculoso, otros banales y resultado de una infección secundaria. Para nuestro estudio nos interesan sobre todo las que colocamos en primer orden.

El proceso tuberculoso en la vejiga se desarrolla como en los demás órganos y como siempre con predilección para las regiones mejor vascularizadas.

El tubérculo se desarrolla en la mucosa vesical, inmediatamente por debajo de su epitelio, iniciándose con la granulación gris.

Esta granulación, ya apenas visible á simple vista ó alcanzando un tamaño de un grano de alpiste, presenta una consistencia dura, dando al dedo pasado por la superficie de la mucosa una sensación áspera. A veces, se presentan separadas unas de

otras, y su número es muy variable, mientras que otras se reunen, son confluentes y forman placas cuyo aspecto recuerdan los folículos de la tifóidea. La granulación amarilla sucede en su evolución á la granulación gris preséntase algo más voluminosa que ésta y con mayor relieve hacia la superficie vesical, su vértire es de color blanquecino y su base le rodea un alo rojizo recordando por su parecido una pústula variólica.

La granulación amarilla termina por reblandecerse, sufre la degeneración caseosa, su superficie se úlcera y los productos que contiene se vierten en la cavidad vesical, termina pues el proceso en la ulceración.

El tubérculo se desarrolla tan superficialmente que no alcanza á interesar á la submucosa, de ahí, que la lesión consecutiva sea tan superficial y recuerde por su aspecto al herpes genital cuando estas ulceraciones se presentan aisladas, ó bien forman úlceras mas ó menos extendidas, según el mayor ó menor número de tubérculos que tomaron parte al confluirse. La superficie ulcerada presenta un color amarillento ó rosado, según que esté, ó no, recubierta por una capa puriforme. Rara vez la ulceración tuberculosa de la vejiga llega hasta la perforación de su pared dando orígen á fístulas que la ponen en comunicación con el hipogástrio, con el recto ó con la vagina.

En las autopsias de sugetos que han sucumbido á consecuencia de una cistitis tuberculosa, encontramos con frecuencia que otros segmentos del aparato génitourinario ha sido invadidos secundariamente y los riñones uréteres, próstata y vesículas seminales, nos presentan lesiones idénticas á las constatadas en la vejiga en lo que se refiere al proceso específico ó bien, lesiones determinadas por una infección banal, en la que encontramos como causantes los diversos microorganismos piógenos de la infección urinaria.

SINTOMATOLOGIA

La tuberculosis vesical se desarrolla lenta é insidiosamente, concretando sus síntomas en sus comienzos, á molestias más ó menos tolerables para el enfermo.

Con el tiempo una nueva infección determinada por los agentes de la cistitis asocia sus reacciones á los ya existentes; una forma mixta se establece, la cistitis tuberculosa estalla y á una sistematología más ó menos llevadera sucede la más violenta de las cistitis. La tuberculosis inicia sus síntomas por una exagerada frecuencia en las micciones, agregase á éste más tarde el carácter imperioso de las mismas, una falsa incontinencia se establece ó aparecen pequeñas hematurias repetídas.

Las micciones suelen repetirse con tanta frecuencia, que solo dejan minutos de intervalo entre una y otra, á veces se suceden á cada media hora, otras á cada hora.

No influye en su aparición el estado de actividad ó reposo en que se encuentra el enfermo es tan frecuente de día como de noche. La estadía en cama más bien aumenta su número, porque con ella se favorece la congestión de la vejiga, á menudo se establece una falsa incontinencia. En los niños ésta falsa incontinencia dependiente de una tuberculosis vesical, puede presentarse unicamente durante la noche despistando el diagnóstico hacia esa incontinencia nocturna infantil.

Las hematurias, generalmente poco abundantes y reducidas á algunas gotas de sangre, al final de la micción, otras veces tiñen de rojo todo el producto de la misma, preséntanse simultaneamente, tanto de día como de noche y á menudo acompañando á una exacerbación en la frecuencia de las micciones.

A estos síntomas, de cuando en cuando interrumpidos por épocas de mejoramiento ó de exacerbaciones, se agregan otros que por su violencia inauguran una nueva faz en la enfermedad; una infección secundaria se establece caracterizada por dolor, frecuencia en las micciones y purulencia de orina.

El dolor es contínuo, aumenta durante el acto de la micción, despertando en la uretra, una sensación de quemadura. Las violentas contracciones de que es objeto la vejiga, estimulada por el proceso irritativo, arranca del enfermo quejas angustiosas, terminada la micción, el enfermo entra en un perío-

do de calma relativa en que repone sus fuerzas agotadas por el dolor hasta que una nueva crisis se repita; sin embargo, durante la tregua el enfermo acusa un dolor contínuo que localiza en su vejiga, por detras del pubis, una sensación de plenitud, de pesadez, un deseo constante y nunca satisfecho de orinar.

Estas sensaciones despertadas por el contacto de la orina con las ulceraciones vesicales se irradian hacia el ano, periné, etc., y aumentan bajo la acción de todo movimiento activo ó pasivo.

La purulencia de las orinas limitadas en un principio á una opalescencia de las mismas va aumentando á medida que el proceso avanza en su desarrollo se enturbian y forman por el reposo del líquido un sedimiento más ó menos abundante. En la prueba de las tres copas se observa que es en la primera y tercer copa donde aparece el pus en mayor cantidad. Este sedimento formado en gran parte por los productos de caseificación es donde investigamos el bacilo de Koch, elemento fundamental de diágnóstico que no debemos omitir, sobre todo, en aquellos casos cuya sintomatología se nos presente oscura en su intepretación ¡pero elemento también de tardía utilización, pues aparece cuando ya las lesiones vesicales han alcanzado un gran desarrollo!

El espasmo de la uretra se observa con relativa

frecuencia en la cistitis tuberculosa, espasmo que aumentando la congestión vesical á causa de la retención completa ó incompleta que acarrea, suministra un nuevo elemento inflamatorio al reservorio.

Cuando las lesiones tuberculosas han invadido la región del cuello y de la próstata, y el esfínter interuretral se encuentra comprometido, se establece uno incontinencia por insuficiencia del mismo.

Los signos físicos de la cistítis tuberculosa se confunden en gran parte con los suministrados por la cistitis en general. Aumenta el dolor, cuando ejercemos presiones directamente sobre el hipogástrio, lo mismo que cuando comprimimos la vejiga con una mano colocada sobre el hipogástrico y un dedo introducido en el recto ó en la vagina, por medio de esta misma palpación combinada constatamos un aumento de volúmen de la vejiga, debido ya á una retención de orina ó yá á una pericistitis.

El cateterismo revela una sensibilidad exagerada al nivel de la porción membranosa, al mismo tiempo que su espasmo dificulta el progreso del instrumento.

La intolerancia de la vejiga, aún bajo la anestesia clorofórmica, opone serias dificultades á un exámen endoscópico con el que á veces logramos constatar la superficie interna de la vejiga, roja y sembrado de granulaciones ó de ulceraciones.

La oftalmo y dermo reacción á la tuberculina, constituyen un nuevo signo que debemos investigar, su técnica sencilla y su relativa inocuidad, hacen que diariamente se multiplique la experimentación y la observación, esperemos antes de juzgar su valor la sanción del tiempo.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD

La cistitis tuberculosa considerada en su primer período, puede revestir una forma tan leve que sus síntomas no incomoden mayormente al enfermo, permitiéndole por mucho tiempo, cuatro, seis, diez años, entregarse á sus ocupaciones sin otras molestias que la frecuencia de las micciones acompañadas por períodos de pequeñas hematurias.

Este período de tolerancia es interrumpido á intervalos más ó menos lejanos por accesos de agravación. Nuevas lesiones aparecen que poco á poco van aumentando la superficie ulcerada ó tomando nuevas localizaciones, mientras que la vejiga se prepara para ser presa de otras infecciones de diferente naturaleza y á los síntomas anteriores, se agrega el cortejo de la cistitis dolorosa.

Es sumamente raro observar en el mismo enfermo el desarrollo de una tuberculosis pulmonar á título de complicación. La cistitis tuberculosa

en su marcha invasora no va más allá del aparato en que localizó sus lesiones primitivas.

El riñón es una presa constante aun que tardía de la infección tuberculosa, no hay autopsia de enfermo que haya sucumbido á una tuberculosis vesical, en la que no se observe lesiones de la misma naturaleza desarrolladas en los uréteres y riñones.

La infección renal coloca al enfermo en el último período de esta larga y penosa enfermedad, hasta que la fiebre, la pérdida del apetito, los vómitos y en una palabra la caquexia urinaria se hace incompactible con la vida.

Se citan casos de tuberculosis vesical en los cuales se ha visto desaparecer y por muchos años hasta el síntoma frecuencia, que es el más precoz y el más constante, únicamente en estos casos podríamos aceptar que se trata de verdaderas curaciones.

DIAGNÓSTICO

El aumento en el número de las micciones diarias, unido á la presencia de pequeñas hematuria-repetidas en un sujeto exento de antecedentes urinarios, supone la sospecha de una tuberculosis vesical.

Estos dos síntomas espontáneos en su aparicion, sin antecedentes de infección ó traumatismo, tienen en clínica un valor capital.

Encontramos á menudo en miembros de la misma familia, ó en el mismo sujeto, antecedentes que nos ilustran respecto del origen de la predisposición ó bien la causa en forma latente, al través de antiguas cicatrices consecutivas á trayectos por donde vaciaron su contenido un absceso frío, una adenitis supurada, una osteomielitis, etc·

No es extraño encontrar en estos mismos enfermos, localizados en el epidídimo, cordon próstata ó vesícula seminales, esos núcleos duros, irregula-

res de naturaleza tuberculosa, que tan preciosa ayuda prestan cuando se trata de determinar la naturaleza de la cistitis.

La cistitis consecutiva á una estrechez uretral, de origen blenorrágico, se caracteriza por este mismo antecedente y por la presencia de uno ó varios anillos estricturales, acusados por el cateterismo explorador, mientras que en la cistitis tuberculosa, encontramos un espasmo de la porción membranosa de la uretra, espasmo que al franquearlo con olivas de gran calibre, nos da la sensacion de una resistencia suave al par que el enfermo acusa un dolor agudo.

La cistitis calculosa se presta mayormente á confusiones con la cistititis tuberculosa, la frecuencia de las micciones, las hematurias repetidas y la espontaneidad de su aparición, son síntomas comunes á ambas cistitis. La exploración vesical, por medio del explorador metálico, basta generalmente para reconocer la presencia de un cálculo.

Los neoplasmas de la vejiga aparecen á una edad avanzada, las hematurias que determinan son más abundantes y no se acompañan de fenómenos tan marcados de cistitis. La palpación combinada, revela un aumento en el espesor de las paredes vesicales que no se observa sinó en un período muy avanzado de la cistitis tuberculosa, este examen debe completarse con los datos suministrados por la endoscopia.

El diagnóstico diferencial con la cistitis blenorrágica presenta á veces serias dificultades.

Si en el período sub-agudo de una blenorragia, aparece una cistitis, es lógico admitir la relación de causa á efecto dada la vecindad de estos dos segmentos de un mismo aparato. Pero, si después de transcurrido cuatro, cinco ó seis meses, aparece una cistitis con ausencia subjetiva de todo síntoma uretral, la duda surge; ¿Se trata aquí de una infección gonocóccica consecutiva á una uretritis de forma latente, ó preparado el terreno por la infección anterior, aparece velada é insidiosa la tuberculosa vesical?

La cistitis vesical se inicia con síntomas agudos, la tuberculosis procede lentamente, en esta encontramos diseminados sobre el epidídimo cordon próstata ó vesículas seminales, núcleos indurados de igual naturaleza. El análisis microscópico revela la existencia del bacilo de Koch en el sedimento de la orina, ó este sedimento, inoculado al cobayo, determina lesiones específicas de naturaleza idéntica.

Una tuberculosis pulmonar concomitante ó la presencia sobre la piel del enfermo de antiguas lesiones tuberculosas, constituyen verdaderos elementos de consideración al apreciar el diagnóstico.

El examen endoscópico puede revelarnos la pre-

soncia de los tubérculos diseminados sobre la mucosa vesical.

Nos queda por último la oftalmo y dermo reacción á la tuberculina de cuyo valor nos hemos ocupado al tratar la sintomatología.

PRONÓSTICO

La muerte es la terminación habitual en la enfermedad que nos ocupa. La extensión de las lesiones vesicales, ó una tuberculosis pulmonar concomitante agravan particularmente el pronóstico. Sin embargo, en las formas leves y primitivas es posible conseguir una curación completa.

Existen formas cuya evolución es tan lenta y cuya sintomatología evoluciona dentro de límites tan tolerables, que el desenlace tiene lugar años después de iniciarse el proceso, permitiendo al enfermo durante este tiempo, entregarse á sus ocupaciones habituales sin que sea mayormente molestado por su enfermedad.

TRATAMIENTO

Como para cualquier otra forma de tuberculosis vesical, se impone, ante todo un tratamiento general. Levantar y fortalecer el organismo, prepararlo ante la lucha que debe sostener, actuando con sus propios medios de defensa contra la lesión primitiva ante el acecho de nuevas infecciones, tal es el objeto que nos proponemos al someter el enfermo á un clima, á una diatética y á una medicación adecuada.

Las costas marítimas, los baños salados, las fricciones estimulantes, la sobre alimentación completadas con la medicación reconstituyente; aceite de hígado de bacalao, fosfatos, arsenicales, yódicos: he ahí los medios que nos procuran en muchos casos, por lo menos, oponernos al avance lento pero constante de dicha enfermedad.

El tratamiento general debe ser exclusivo mientras los síntomas permanezcan dentro del cuadro

con que se inicia la tuberculosis vesical; más tarde cuando el período de cistitis se establece al tratamiento general debe unirse el tratamiento local efectuando con las mayores garantías de asepsia y suavidad en su ejecución.

Por el tratamiento local, ya combatimos el dolor llevando en forma de instilaciones hasta la cavidad vesical sustancias que por su acción pasajera, solo procuran al enfermo algunos momentos de bienestar: morfina, cocaína, eucaína, etc., ó ya nos dirijimos con el objeto de actuar sobre el bacilo de Koch y modificar sus lesiones, empleando un número reducido de agentes de acción bien conocida entre los cuales se encuentra el bicloruro de mercurio, el yodoformo, el guayacol y, citando el aire esterilizado, dejamos á un lado el sin número de los propuestos con el mismo objeto y cuya acción es de resultados más ó menos dudosos. Bástenos decir que todas las sustancias que han sido utilizadas como antisépticas en el tratamiento de la cistitis en general, han sido ensayadas en las cistitis tuberculosa.

El bicloruro de mercucio manejado con prudencia, es el agente que ha dado mejores resultados, su acción antiséptica, no tan solo se lleva de una manera eficaz sobre el bacilo de Koch, sinó que obra de igual modo, sobre los agentes diversos de la infección secundaria.

Las instilaciones de bicloruro, forma en que este debe usarse, son siempre dolorosas y mayormente, cuando su título se eleva por arriba de la solución de 1×300; de ahí que las irragaciones vesicales se hagan insoportables, cuando á la acción cáustica del medicamento se agrega la sensibilidad vesical, puesta en juego por la distensión de sus paredes.

El yodoformo ha sido empleado en irragaciones, y Pousson ha obtenido buenos resultados haciendo instilaciones diarias de $1c^3$ con la mezcla oleosa al 4×100.

Por su acción antíséptica y anestésica, el guayacol, es empleado por Colin bajo la fórmula siguiente: guayacol 5. gramos; yodoformo un gramo aceite de olivas 100 gramos hace una instilación diaria sin sobrepasar la cantidad de $2c^3$ y en cuatro casos obtuvo el resultada siguiente: en dos de ellos desaparecieron el dolor y la frecuencia de las micciones; en los otros dos, se notó la desaparición del bacilo de Koch.

El aire esterilizado en inyecciones vesicales obraría de igual manera que en la peritonítis tuberculosa. Los ensayos que á este respecto se han llevado á cabo no permiten todavia llegar á conclusión alguna.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Está indicado el tratamiento quirúrgico, cuando á pesar del régimen general instituido y del tratamiento tópico, las lesiones vesicales continúan su marcha invasora y el dolor, la frecuencia y las hematurias imponen una nueva resolución.

El tratamíento quirúrgico sería tanto más beneficioso, cuanto más precoz y extendida fuera la intervención, como vemos dos condiciones de difícil realización y aun así ¿podríamos asegurar el resultado de la operación, sea cual fuere el procedimiento empleado.?

Como las lesiones tuberculosas radican en las capas más superficiales de la mucosa vesical, surgió tratar á ésta por medio de la cureta, completando su acción con el termo cauterio ó con agentes químicos de acción tópica modificadora.

El curetage de la mucosa vesical difiere por la manera de ejecutarla, según se trata del hombre ó de la mujer.

En esta previo lavaje vesical por medio de una sonda evacuadora á gran calibre, se introduce la cureta directamente por la uretra, mientras el dedo índice de la mano izquierda, introducido en la vagina, levanta la pared posterior de la vejiga, y forma un plano resistente sobre el que actúa el instrumento, se curetea la cara inferior, luego la anterior, los contornos del cuello y la parte profunda de la uretra.

Un lavaje expulsa los colgajos de mucosa desprendida por la cureta y una sonda pérmanente termina la operación.

En el hombre, el curetage de la vejiga, es precedido por una talla perineal y terminado por la introducción de una gruesa sonda Pezzer que se deja permanente por unas seis semanas.

La talla hipogástrica, ofrece ventajas especiales por cuanto permite, además de poner el músculo vesical en reposo mientras persiste la fístula hipogástrica, tratar las lesiones colocadas á la vista del cirujano por medio de la cureta ó del termo-cauterio.

Se ha practicado también el curetage total de la mucosa seguido de taponamiento de la vejiga y cateterismo permanente de los uréteres.

De los resultados obtenidos hasta el presente, por los diversos tratamientos que hemos enumerado se deduce que si es cierto qué se han obtenido resul-

tados en que la enfermedad durante muchos años, por lo menos, no se vió aparecer, por otra parte y en la gran mayoría de los casos el enfermo sucumbe al progreso de la misma.

HISTORIAS CLÍNICAS

Observación I

Antonio T., argentino, soltero, 25 años, ha tenido varias ocupaciones.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres viven y lo mismo que sus tres hermanos siempre han gozado buena salud.

Antecedentes personales.—A los diez años, sarampión, desde esa edad hasta contraer la enfermedad actual no requirió asistencia médica, sin embargo fué siempre de una constitución débil y adaptable únicamente á trabajos que exigieron poco esfuerzo muscular; á menudo contraía bronquitis y se resfriaba con facilidad. Declara espontáneamente haber sido un gran onanista.

La enfermedad actual comienza bruscamente, con frecuencia en las micciones acompañadas de pequeñas hematurias. Tiene necesidad de evacuar la vejiga á cada hora durante el día haciéndolo con

más frecuencia durante la noche. Al terminar cada micción se escurren algunos gotas de sangre ó bien éstas tiñen de rojo todo el producto de la micción.

Ha observado también que las fatigas, la ingestión de líquidos alcohólicos y los excesos de mesa contribuyen á aumentar la frecuencia de las micciones.

Después de un mes de sentirse molestado por una enfermedad tan tenaz, se decide á ingresar al Hospital Argerich donde tuve ocasión de examinarlo.

Sujeto de un metro y 58 cm. de altura, con un peso de 54 kilos, en mal estado de nutrición, de aspecto demacrado, el panículo adiposo ha desaparecido, la coloración de su piel es pálida, sus mucosas están anemiadas, el sistema piloso poco desarrollado, en el cuello, axila é ingles, se palpan ganglios algo aumentados de volumen y duros. Presenta en varios de sus dientes caries de distinto grado, conserva el apetito pero prefiere ser sóbrio; es habitualmente constipado.

Fuera de su aparato urogenital, no se nota ninguna otra anormalidad de interés. Actualmente sus micciones se repiten á cada media hora y rara es la que no se acompaña ó es seguida de una pequeña cantidad de sangre. Un dolor localizado en el glande precede á cada micción, aunque también

la uretra acusa una sensación menos marcada. Lo que siente en su vejiga más es una sensación continua de orinar, de plenitud y pesadez, que un verdadero dolor.

Las orinas de una micción recogidas en tres copas se presentan turbias en las tres y por el reposo dejan un sedimento abundante; en la tercer copa se observa que la cantidad de sangre es mayor.

Los riñones y uréteres no se palpan ni acusan dolor alguno; haciendo presiones bruscas sobre el hipogastrio se despierta una sensación imperiosa de orinar, los testículos son pequeños, el cordón es normal.

Por el tacto rectal se nota que la próstata está un poco aumentada de volumen y es dolorosa á la presión, en las vesículas seminales no se nota anormalidad alguna. El meato permite el pasage de una bujía exploradora del número 26 y llevada hasta la cavidad vesical solo despierta un dolor sumamente pronunciado al nivel del esfínter contracturado, sin que acuse estrechez del canal.

El explorador vesical metálico, aparte del dolor que despierta su contacto con las paredes vesicales y su excesiva contractilidad, no recoge ninguna otra noción.

La vejiga admite unos 60 centímetros de líquido.

Se hacen varios análisis de orina, y en el sedi-

mento de uno de ellos se comprueba la existencia del bacilo de Koch.

Con el mismo producto se hace una inoculación bajo la piel del flanco de un cobayo, el que muere á los tres meses después de inoculado.

En su autopsia se comprueba la existencia de una gran cantidad de ganglios mesentéricos y mediastínicos caseificados, como así mismo un gran absceso en el hígado.

Se hace un tratamiento general tónico y cada dos días, una instilación de nitrato de plata al 2 por 100; estas instilaciones son sumamente dolorosas, la frecuencia aumenta al par que la hematuria. Se coloca una sonda permanente y se hacen instilaciones de bicloruro de mercurio; el enfermo algo mejorado se retira del hospital.

Días pasados lo he visto, después de una ausencia de cinco meses; conserva la frecuencia de las micciones, las hematurias han desaparecido, su aspecto general poco ha cambiado, y aún no puede entregarse al trabajo porque se siente sin fuerzas.

Observación II

HOSPITAL RAWSON.—SERVICIO DE VÍAS URINARIAS

Guillermo H., argentino, 45 años, soltero, peón de campo.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Antecedentes personales.—Dice que ha padecido de reumatismo en ambas rodillas y que jamás contrajo enfermedad venérea alguna.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Hace un año y siete meses comenzó su enfermedad con una sensación de ardor en el canal uretral, sensación que se acentuaba en el momento de las micciones; al poco tiempo éstas aumentan de frecuencia y terminan á veces por unas gotas de sangre.

En este estado permanece seis meses sin abandonar su trabajo, al cabo de los cuales, se ve obligado á consultar un facultativo, porque la frecuencia se hace tan molesta que no le permite reposo

alguno. Por un tiempo hace uso de sellos de urotropina y líquidos diuréticos sin conseguir ninguna mejoría. Sus orinas se mantuvieron claras por espacio de unos ocho meses, más tarde tomaron un aspecto turbio y formaban por reposo un sedimento abundante.

Ingresa en este estado al servicio de vías urinarias del Hospital San Roque donde permanece dos meses sometido al tratamiento siguiente: urotropina al interior, lavages vesicales de soluciones de ácido bórico y de nitrato de plata; como no consiguiera mejoría abandona el servicio.

Estado actual.—Durante el día el número de las micciones oscila al rededor de treinta, por la noche la frecuencia es mayor y su número se eleva hasta cuarenta.

A veces al terminar las micciones, se escurren algunas gotas de sangre. La miccion se efectúa sin impedimento, pero al finalizarla, requiere esfuerzos, el chorro tiene poca proyección; siente dolores en el hipogastrio, sobre todo cuando su vejiga se contrae.

La orina es turbia y contiene mucosidades y concreciones fosfáticas. El explorador No. 25, recorre el canal uretral con libertad pero al franquear el esfínter, ó al tocar las paredes vesicales, el enfermo acusa un vivo dolor al mismo tiempo que se nota su contractibilidad exagerada. La vejiga solo admite unos 30 cm.^{3} de líquido.

La próstata se encuentra aumentada de volumen, es lisa y dolorosa. El análisis bacteriológico repetido en varias muestras de orina no decide la presencia del bacilo de Koch.

Tratamiento.—Se hacen instalaciones de nitrato de plata al 2 × 100, se coloca una sonda permanente y se le prescriben sellos de urotripina, sin conseguir alivio alguno.

Su estado general empeora, la temperatura oscila entre 38° á 39° 5, pierde el apetito, su lengua se seca, el pulso se hace irregular y muy poco tenso; se le prescribe una infusión de digital, se hacen hipodermoclísis con suero fisiológico y se continúa con la urotropina y con instilaciones de bicloruro de mercurio, se repite en los días sucesivos esta medicación hasta que el enfermo sucumbe.

En la autopsia se encuentra: grandes ulceraciones superficiales en la vejiga, sobre todo en la región del trígono; pielonefritis sin lesiones específicas, miocarditis intersticial y congestión pulmonar.

José Fuentes

Buenos Aires, Mayo 22 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. B. Sommer, al Profesor titular Dr. P. Benedit y al Profesor suplente Dr. B. Maraini, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón
R. S. Gómez

Buenos Aires, Junio 9 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta n.º 1863 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cómo se explica la localización de la tuberculosis en la vejiga?

II

¿La tuberculosis vesical es acompañada de elevación de temperatura?

III

Acción de las instilaciones de nitrato de plata en las cistitis tuberculosas.