

Terrés ratifica y precisa lo que acaba de manifestar, que no el Consejo, pero sí personas muy prominentes para él, han hecho públicas sus opiniones á este respecto.

El *Dr. Manuell* refiere que en el Boletín del Consejo existe un trabajo del Dr. Bernáldez en el que se habla de las hojas repartidas á los extranjeros sobre la conveniencia de la revacunación y que en ellas se dice que la vacuna humanizada inmuniza por completo.

El *Dr. Monjarás* repite que la opinión de una persona no es la del Consejo, y el *Dr. Manuell* precisa que no se refiere al trabajo del Dr. Bernáldez sino á las hojas repartidas por el Consejo.

R. E. CICERO.

CLINICA EXTERNA.

Contribución al estudio de los tumores vesicales en México.

En el curso de este año he operado á tres enfermos de tumor vesical, que han presentado algunas particularidades en su historia clínica, y por eso he elegido este punto para asunto de mi trabajo reglamentario.

El primer enfermo era un hombre de 65 años, de México, casado, sano anteriormente y de costumbres morigeradas. No tiene antecedentes hereditarios de importancia y tuvo un hermano que murió de una afección vesical muy dolorosa, cuyo diagnóstico no puede precisarme. El enfermo empezó á padecer el año de mil novecientos tres, consistiendo sus sufrimientos en micción frecuente y dolorosa, síntomas que unidos á una demacración un poco marcada fueron los únicos que tuvo; en este tiempo fué atendido como prostático.

En diciembre de 1905, que fué cuando me hice cargo de su curación, se quejaba de los mismos síntomas, pero muy intensos, y los datos que pude recoger, respecto á su padecimiento, por el interrogatorio y por la exploración, fueron los siguientes: micción frecuente tanto diurna como nocturna é independiente de cualquiera postura ó movimiento, ausencia de escurrimiento uretral. La orina, salvo un ligero enturbamiento por la presencia de pequeña cantidad de moco, era normal. El examen químico y microscópico no reveló

nada anormal. Exploración: ausencia de prepucio, meato normal, canal amplio muy sensible á la exploración en toda su extensión, trayecto un poco alargado entre el esfínter membranoso y la vejiga; el cateterismo evacuador demostró que no había retención parcial de orina, la exploración con el catéter resonador de Guyou fué negativa, así como la palpación renal hecha por el método del mismo profesor. Por el tacto rectal se sentía una próstata muy poco crecida. Investigado el estado de la función renal por la reacción de la florideína, resultó normal. La exploración del resto de los aparatos dió como único dato positivo la existencia de arterio esclerosis no muy avanzada.

Como con los datos anteriores no pudiera yo formular diagnóstico, practiqué la cistoscopia con el instrumento de Albarrán, y pude ver un tumor que estaba colocado en la pared lateral de la vejiga como á 3 ó 4 cents. del uréter derecho. Practicada la talla suprapúbica se hizo la extirpación del tumor que por causas ajenas á mi voluntad no fué estudiado en el microscopio; la herida de la talla suprapúbica cerró como al mes, no habiendo presentado ninguna complicación post-operatoria.

Creo que el estudio de este enfermo es importante porque demuestra con evidencia el inmenso servicio que la endoscopia presta á la cirugía de las vías urinarias, al grado de poder colocarlo como un medio de exploración corriente y necesario en el ejercicio de esta especialidad. En este enfermo, no hubiera podido darse ningún diagnóstico clínico si no hubiera existido la demostración cistoscópica del tumor. En efecto, el síntoma dominante era la polakiuria ó sycnuria y, como es sabido, este síntoma corresponde á muchas y diversas afecciones vesicales, siendo justamente uno de las menos importantes en la sintomatología de los neoplasmas de la vejiga. Son rarísimos los casos en que se presenta la sycnuria como síntoma inicial y pudiera decirse único; pues sí es cierto que existe en los casos de tumor vesical, esto sucede cuando se ha desarrollado la cistitis y que la hematuria ha precedido á cualquier otro síntoma ó signo.

Debe, pues, señalarse como rareza sintomática de este tumor, la sycnuria que se ha presentado como primitiva y constante, sin cistitis, y la ausencia de hematurias en cualquiera de sus formas clí-

nicas: hematuria propiamente dicha, hematuria en coágulos y hematuria no colorida ó globuluria.

El segundo caso se refiere al enfermo X. X. Natural de Parras, de 45 años de edad. Hijo de padres que murieron de edad avanzada, el padre de albuminuria y la madre de arterio esclerosis, tiene dos hermanos sanos; en la familia no hay antecedentes patológicos de importancia.

X. X. ha sido hasta la fecha de constitución sana y robusta, no ha tenido enfermedad de importancia y ha sido de costumbres mo-rigeradas. Acusa como antecedente patológico del aparato genito-urinario, una blenorragia hace 20 años, que evolucionó en pocotiem-po sin complicación alguna.

De su enfermedad actual refiere que hace 6 meses después de montar á caballo, sintió un dolor en el testículo derecho que continuaba por la fosa ilíaca hasta la región lombar derecha; este dolor se presentó súbitamente, fué de mediana intensidad y duró como 3 ó 4 horas; no se presentó ninguna otra perturbación funcional juntamente con el dolor. Dice el enfermo que después de que pasó el dolor tuvo una micción con sangre que describe con los siguientes caracteres: cantidad, lo que corresponde en general á una micción, color de sangre, sin tener en suspensión ni en sedimentos coágulos sanguíneos; olor, sui generis; no hubo dolor ni pujo en ningún momento de la micción y ésta se verificó con chorro continuo y uniforme. Esta hematuria indolora se repitió tres veces durante las 24 horas siguientes con los mismos caracteres, salvo la expulsión de coágulos de tamaño mediano y de forma irregular; durante estas hematurias no hubo ninguna otra alteración. Dos meses después, tuvo, sin causa ocasional, nueva hematuria sin dolor que duró 48 horas y que fué precedida por ligera molestia en el testículo; poco tiempo después tuvo una hematuria ligera. Los datos de exploración que recogí en la primera consulta fueron los siguientes: ausencia de escurrimiento uretral, micción sin dolor, de 150 grs. de orina normal. Ausencia de prepucio, meato un poco estrecho, canal normal, no hay retención parcial, la capacidad vesical es normal así como su contractilidad, la exploración con el resonador de Guyou es negativa. La palpación renal me pareció normal, por el tacto rectal

no obtuve ningún dato importante en esta consulta. Al día siguiente practiqué la cistoscopia en compañía de mi maestro el Dr. González y pudimos ver un tumor vesical situado en el bajo fondo de la vejiga, muy cerca del uréter derecho. Le aconsejé al enfermo la extirpación del tumor por talla suprapúbica, prescribiéndole que mandara hacer el examen de la orina y el estudio del funcionamiento renal; ambos resultaron normales.

Habiendo consultado el enfermo con otros cirujanos, le dijeron que el tumor era renal y esto defirió la operación, habiéndose presentado en este tiempo una nueva hematuria que duró dos días con estos caracteres: sangre íntimamente mezclada á la orina, coágulos grandes y de forma irregular.

Con objeto de dilucidar el diagnóstico, hice una nueva cistoscopia, cuyo resultado fué nulo, porque se fundió la lámpara del cistoscopio y el enfermo se rehusó á que en esa misma sesión se repusiera; dos días después comenzó una hematuria muy intensa, que duró una semana, con los mismos caracteres: sangre íntimamente mezclada á la orina y existencia de coágulos grandes.

Dada la competencia de las personas que opinaban que el tumor estaba colocado en el riñón, me propuse repetir la cistoscopia y estudiar nuevamente al enfermo para rectificar mi error; pero como encontré datos positivos en favor de la localización vesical del neoplasma, insistí en mi diagnóstico y aconsejé la talla suprapúbica que practiqué pocos días después. Los datos positivos que más influyeron para ratificar mi diagnóstico fueron: *La imagen cistoscópica del neoplasma, el tacto rectal que me hizo percibir la infiltración de la pared posterior de la vejiga y la demostración de pequeños coágulos independientes de una verdadera hematuria.*

El estudio y valorización de cualquiera de estos síntomas, es asunto importante para una disertación, pero como mi idea en este trabajo es otra, los menciono únicamente como fundamentos del diagnóstico que hice en este caso de neoplasma vesical. Diagnóstico que se encontró confirmado en la operación que practiqué por la cual extraje un tumor no pediculado, que estaba implantado en la pared de la región postero-lateral de la vejiga. Hecho el examen histológico del tumor, se encontró que era un fibroma. El enfermo terminó

su curación post-operatoria sin ninguna complicación, emprendiendo al mes y medio viaje para el lugar de su residencia, de donde volvió á los 2 meses para consultarme sobre una nueva hematuria. Al explorarlo encontré abajo del reborde costal derecho un tumor con los caracteres de tumor renal; se lo manifesté así al enfermo y después de consultar aquí con otros médicos, decidió emprender un viaje á Europa en donde se encuentra actualmente.

Creo digno de notar á propósito de este caso la coexistencia muy rara de tumor vesical y renal, y con ánimo deliberado no entro en la discusión interesantísima á que da lugar respecto á diagnóstico y pronóstico. También llamo la atención sobre el examen histológico del tumor en el que se encontraron fibras musculares lisas; elemento que según algunos autores no se encuentra en los fibromas.

Con objeto de no fatigar más la atención de ustedes, no reffero con detalles la historia del enfermo, objeto de mi tercera observación; sólo diré, en resumen, que dicho paciente presentó durante un año los síntomas de una uretritis posterior crónica de origen blenorragico, consistentes: en micción frecuente, ligero tenesmo vesical, orina turbia, gota matinal y demostración del gonococcus en la orina y en el pus de la gota. Posteriormente comenzó á tener retenciones parciales de orina que le obligaban á sondearse con frecuencia, y perturbaciones digestivas principalmente gástricas, que alteraron profundamente su estado general. Algunas veces al terminar la micción había gotas de sangre, y las maniobras instrumentales con facilidad provocaban hemorragia de poca importancia.

Habiendo visto en consulta á este enfermo, practiqué la cistoscopia, y pude ver vellosidades abundantes en el cuello de la vejiga, diagnosticando, de acuerdo con el médico dueño del enfermo, neoplasma vesical, y aconsejando la talla suprapúbica; operación que no se practicó por no ser aceptada por el paciente.

Como mes y medio después de mi exploración, fuí llamado por el enfermo, porque consecutivamente á un cateterismo hecho por él, había comenzado una hemorragia que ponía en peligro la vida, tanto por su abundancia, como por los fenómenos de retención á que daban lugar los coágulos. Hice de urgencia la talla perineal y pude extraer, usando la cuchilla de Guyou, una gran cantidad de fun-

gosidades colocadas en la uretra prostática y cuello vesical, que mandé examinar, siendo el diagnóstico histológico el de carcinoma maligno. Actualmente el enfermo está muy mejorado, conservando la canalización perineal.

Dos son los puntos que principalmente me impresionaron en este enfermo: 1º El servicio indudable que en este caso prestó la cistoscopia, indicándome una vez más la necesidad de usar de este medio de exploración, en muchos enfermos en los que generalmente no se usa. 2º La degeneración, que en este caso hubo, de una inflamación crónica de la uretra posterior y la vejiga, en neoplasma. Creo que fué primitiva la inflamación y posterior la degeneración neoplásica, porque los síntomas del principio correspondían á los de una uretrocistitis blenorragica crónica, y después, cuando el neoplasma empezó á constituirse, aparecieron las retenciones parciales y las emisiones de sangre, que son síntomas que existen en los casos de tumor del cuello.

Muchas y muy diversas consideraciones pueden hacerse á propósito de estos casos, pero como mi ánimo al presentar este trabajo es solamente contribuir á la formación de la historia clínica de los neoplasmas vesicales en México, me limito á consignar estas observaciones, llamando la atención sobre las particularidades que en seguida menciono: Por lo que se refiere á etiología, la degeneración neoplásica de una uretrocistitis crónica; y tocante á sintomatología, el caso de mi primera observación que presentó como único síntoma la polakiuria ó sycnuria, según Clado, y el de mi segunda observación en el que hubo coexistencia de tumor vesical y renal. Ambas particularidades están consideradas en la mayor parte de los autores como rarezas de la patología vesical; y habiéndolas encontrado yo en la práctica, deseo que figuren estas observaciones en la literatura médico nacional de los tumores de la vejiga.

México, diciembre de 1906.

DR. DÍAZ LOMBARDO.