

REVISION DE TUBERCULOSIS URO-GENITAL

Por el Prof. Dr. ANTONIO PUIGVERT y Dr. FRANCISCO SILEONI

Los comentarios presentados en este trabajo son el fruto de la revisión de 1.100 casos observados en el Instituto de Urología y en el Servicio de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, estudiados todos ellos bajo el control de uno de nosotros, y encierran la experiencia comentada de cada historia clínica, desde el año 1929 hasta la actualidad, con gran riqueza de datos útiles para esta revisión.

En la lectura de estas observaciones se distingue en forma clara la diferencia de criterio y conducta que han guiado el estudio y tratamiento de la enfermedad durante los últimos 26 años (1929-1955), pudiendo dividir este tiempo en dos períodos; en el primero (1929-1946) dominan en el estudio del enfermo, los exámenes endoscópicos, cistoscopia, cromocistoscopia y cateterismo ureteral, para el estudio por separado de la función de cada riñón y la pielografía ascendente; en el tratamiento la nefrectomía precoz constituye la terapéutica habitual en los casos de la unilateralidad y en el tratamiento médico específico, la tuberculoterapia y tónicos de orden general, y además sintomático en los bilaterales. El segundo período empieza a destacarse hacia el año 1942 con la postergación de la nefrectomía precoz y el empleo de la cura de reposo, sobrealimentación y remineralización; en el examen del enfermo, la urografía de excreción substituye a las exploraciones endoscópicas, pero los perfiles de diferenciación más netos destacan a partir de 1947 con la aparición de antibióticos y tuberculostáticos; finalmente el empleo de cirugía oportuna, electiva y conservadora, con el fin de eliminar los focos y la separación de las secuelas secundarias, substituye en muchos enfermos a la nefrectomía, hasta entonces de rutina.

Por esta razón los datos obtenidos y las conclusiones presentadas, serán divididas en forma que puedan parangonarse ambos períodos, y lo que en definitiva más servirá para marcar esta separación es desde el empleo de los antibióticos.

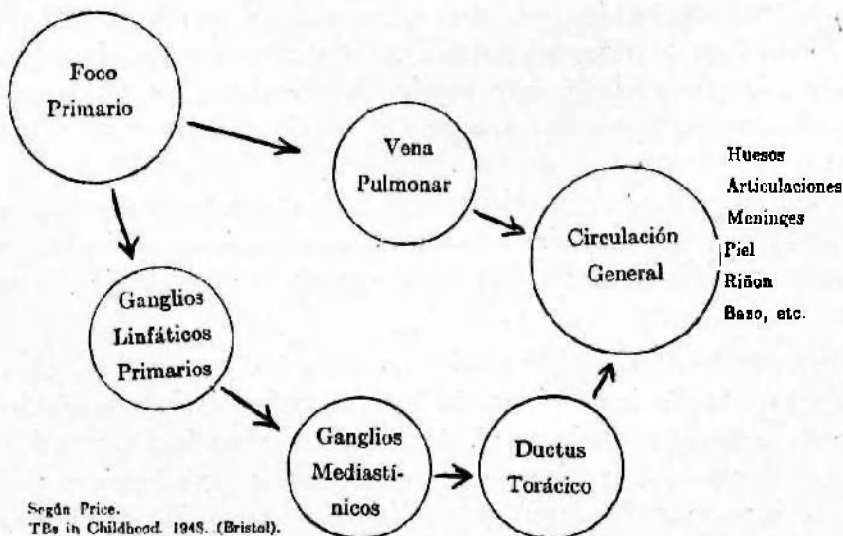
La tuberculosis uro-genital como enfermedad general. — La tuberculosis continua siendo una de las enfermedades que más han preocupado a los médicos, por su elevada frecuencia y gravedad de evolución; por ello sigue siendo motivo de continuas aportaciones en reuniones y publicaciones científicas, ya que hoy, a la importancia de su morbilidad se unen las nuevas medidas terapéuticas y los diferentes conceptos de orden médico-quirúrgico que ocupan lugar de mayor importancia en la lucha entablada entre hombre y enfermedad.

La tuberculosis es una infección que comienza en el preciso instante en que el bacilo de Koch se pone en contacto con el organismo; las puertas de entrada más frecuentes son por orden de importancia: pulmonar, intestinal y cutánea; desde este lugar o "chancro de inoculación" el germen alcanza el sistema ganglionar linfático próximo, constituyendo lo que Ränke denominara: complejo primario. Después de un período de incubación silenciosa y muda a todos los medios clínicos actuales de exploración (período de anergia) aparece la primera demostración de la infección (estado de alergia) demostrable por las reacciones cutáneas al antígeno tuberculíneo (reacciones de Mantoux, Von Pirquet, etc.).

Diversos factores de verdadera importancia, entran en juego en este momento y marcan la futura evolución de la enfermedad, tales son: virulencia del b. de Koch, tipo de bacilo humano o bovino, intensidad de la infección (masiva, reiterada, moderada, ocasional, etc.); y condiciones defensivas del terreno (estado de salud, ambiente, alimentación, etc.).

El organismo casi siempre alcanza vencer la infección y el bacilo desaparece del chancro de inoculación, pero permanece acantonado en los ganglios satélites que no constituyen una barrera infranqueable desde donde puede alcanzar el torrente circulatorio, constituyendo la etapa de diseminación bacilémica hematogena o segundo período de Ränke.

Esta etapa puede suceder en mayor o menor tiempo al primario, de acuerdo a los factores ya enunciados que rigen la lucha inmuno-biológica entablada entre organismo y enfermedad. El bacilo de Koch tiene gran poder de supervivencia: Corper ha demostrado que, en cultivos el bacilo llega a vivir 30 años, incubado a 37° C, por más de 5 años en cápsulas deshidratadas y selladas y en el cuerpo humano por décadas; también ha demostrado la gran variedad morfológica del bacilo en relación con las condiciones de nutrición, defensas orgánicas o ataque medicamentoso con antibióticos o tuberculostáticos (formas de resistencia). Cuando el letargo del germen cesa, vuelve a adoptar su forma bacilar virulenta.



En esta etapa, que comienza con la entrada del b. de Koch en el torrente circulatorio, el germen alcanza los diferentes lugares desde donde dará lugar

a manifestaciones de enfermedad: fenómenos de epituberculosis, neumónicos y bronco-neumónicos, pleurales o extra-pulmonares.

Price, publicó recientemente un esquema muy demostrativo del curso de la infección que partiendo del foco inicial alcanza los diferentes órganos (fig. 1).

Alcanzado el parénquima por la invasión bacilémica hematógena después de una etapa de latencia corta o larga, el bacilo produce manifestaciones de enfermedad; es el foco tuberculoso que Couvelaire denomina tuberculoma. Del resultado de la lucha inmuno-biológica y de los diversos factores a considerar (edad, terreno, defensa tipo de infección, etc.) depende la exteriorización del foco y la importancia patológica del mismo. La tuberculosis evoluciona en este estadio, por razones aún no demostradas, presentando ciclos o focos diversos en una sucesiva demostración de su patogenicidad. Es común ver como primera manifestación de esta etapa la pleuritis u otras manifestaciones serosas, más adelante las localizaciones pulmonares, las ósteo-articulares luego y por último las uro-genitales. Es lo que Wallgreen, llamó el horario de la tuberculosis, con lo que quiere expresar gráficamente que los diferentes tipos de tuberculosis tienen su propio tiempo característico de relación con el complejo primario.

Queda por ver el último período terciario o de tisis, en que las lesiones extensas fibro o úlcero-caseosas ricas en material infectante producen la intoxicación masiva del organismo; claudicando las defensas orgánicas ante el empuje microbiano.

La tuberculosis uro-genital es siempre secundaria y los órganos de este aparato generalmente son alcanzados por vía sanguínea según han demostrado innumerables experiencias, pero en la gran mayoría de éstas sólo se logró obtener la tuberculosis miliar generalizada, septicémica y nunca o muy raramente la tuberculosis crónica. Paul Leusden demostró que esto es debido a utilizar cultivos muy virulentos y ricos en gérmenes, inyectados en animales muy sensibles a la tuberculosis; en contra utilizando gérmenes atenuados y poco numerosos, obtuvo en perros y cabras la tuberculosis úlcero-caseosa. E. M. Medlar confirmó experimentalmente en cobayos lesiones corticales y córtico-piramidales casi siempre bilateral (7 a 8) y en autopsias de 30 tuberculosos sin manifestación de lesión urinaria, encuentra 22 veces lesiones tuberculosas casi todas bilaterales y así distribuidas: corticales 75 %; córtico-medulares 13 % y medulares 11 %; datos superponibles a los resultados experimentales. Más tarde Coulaud en 1935, reprodujo experimentalmente por primera vez en el conejo la forma crónica semejante a la tuberculosis renal humana, alcanzando las siguientes conclusiones: a) fuertes dosis de bacilos virulentos, por vía venosa o sub-cutánea producen tuberculosis miliar generalizada; b) pequeñas dosis de gérmenes virulentos o fuertes dosis de bacilos atenuados, dan lesiones pulmonares y ulteriormente el riñón es invadido al igual que otras vísceras; c) inoculando bacilos muertos obtienen neumonía caseosa; d) tres a seis meses más tarde, la inyección intravenosa de pequeñas dosis de bacilos virulentos durante largo tiempo (uno-dos meses más), en estado de alergia no dan localizaciones; e) más tarde la inmunidad doblegada y los pulmones vacunados permanecen indemnes y aparecen la tuberculosis extra-pulmonar crónica.

La comprobación clínica de estos hechos en la tuberculosis uro-genital se hace evidente por medio del interrogatorio, la exploración del enfermo y los exámenes radiológicos lo confirman. Los antecedentes de tuberculosis extra-urinaria, son elevados. Cilbert, sobre 978 casos encuentra un 58 %; Kümmel

44 % y Lundberg 45 %. Nosotros en un total de 1.100 observaciones, hemos hallado antecedentes de localizaciones tuberculosas previas en 468 casos, lo que nos da un porcentaje del 42'54 % y cuya distribución y frecuencia es la siguiente:

Tuberculosis pulmonar, 177; pleuritis, 52; pleuresia serofibrinosa, 47; adenitis cervical, 20; adenitis mediastínica, 8; adenitis mesentérica, 2; tráqueo-bronquitis tuberculosa, 11; laringitis tuberculosa, 2.

Osteo-articulares: Mal de Pott, 51; rodilla, 30; coxalgia, 19; tarso, 5; carpo, 3; osteítis, 5; sacro-iliaca, 3; hombro, 1 sinovitis, 2.

Peritonitis, 8; intestinales, 10; ano-isquio-rectales, 7; meningitis, 3; cutánea, 2.

Nuestras observaciones concuerdan con la experiencia de la mayor parte de los autores en confirmar la aparición de la sintomatología clínica de la tuberculosis uro-genital, al final del segundo período de la enfermedad: casi siempre la tuberculosis renal aparece lejana de las localizaciones pleurales, pulmonares y más cercana de las ósteo-articulares.

En algunos casos han coincidido con tuberculosis pulmonares secundarias en actividad, pero muy raramente en enfermos terciarios o en estado de tisis: solamente en 25 casos de los 1.100 estudiados, hemos tenido conocimiento del desarrollo posterior de una tuberculosis extra-uro-genital, así divididas:

Pulmonares, 14; meníngeas, 6; póticas, 2; artritis de rodilla, 2; peritoneal, 1.

Un índice de importancia a tener muy en cuenta, es el momento de aparición, de la tuberculosis uro-genital y su relación con las otras formas de tuberculosis, ya que la vecindad o acortamiento de este período, indicaría una debilidad constitucional o falla del terreno con el pronóstico más desfavorable de la enfermedad por la mayor evolutividad de las lesiones.

Queda por analizar la importancia de la propagación de la infección por vía linfática, sostenida por Tendeloo y Brogersman en 1910. Creemos con Cibert que esta hipótesis sólo puede tener relativa importancia para citar ciertos casos bien raros, de lesiones extendidas por continuidad (basado en los estudios de Teposu-Danicico, Heitz-Boyer, Braun, etc.).

Sentado el principio indiscutible que la tuberculosis urogenital constituye una localización intercurrente de la enfermedad general es interesante analizar las relaciones que guardan entre sí las diferentes localizaciones en los distintos órganos del sistema, en especial en pacientes masculinos que por razones anatómicas y semiológicas, la localización genital se manifiesta en forma llamativa para el enfermo y fácilmente asequible a nuestras exploraciones.

Nuestras 1.100 observaciones se dividen, según el sexo en los dos períodos señalados en

	1º P.	2º P.	Total
<i>Hombres</i>	352	371	723
<i>Mujeres</i>	166	211	377
<i>Totales</i>	518	582	1100

lo que representa un 65 % de hombres en relación a las mujeres.

En lo que se refiere a la localización en órganos del aparato uro-genital, su distribución es:

	1º P.	2º P.	Total
<i>Urinarias puras</i>	251	299	550
<i>Urogenitales</i>	180	224	404
<i>Genitales (hombres)</i>	87	59	146
<i>Total</i>	518	582	1100

Hemos de aclarar que en las distintas clasificaciones de estas observaciones, se ha tenido en cuenta no sólo los datos que se desprenden de la observación en el momento del examen sino el que resulta de la comparación de esa primera calificación con el resultado de la evolución de los mismos. Es por esta razón que todas las observaciones que no reúnen como mínimo un año de control en la evolución de su tratamiento, médico o post-operatorio, las consignamos bajo el título de "sin control".

Las clasificaciones serán sub-divididas en diversos grupos para que de acuerdo a las cifras obtenidas, fundamentar las diferentes conclusiones.

A) *Genitales hombres:*

	1º P.	2º P.	Total
<i>Controladas</i>	26	12	38
<i>En observación</i>	—	5	5
<i>Sin control</i>	61	42	103
<i>Total</i>	83	59	146

Localización genital pura en la mujer, hemos obtenido solamente una observación que ha sido excluida de la estadística porque para su tratamiento y control evolutivo, fué derivada a un servicio ginecológico.

B) *Uro-Genitales:*

	1º P	2º P	Total
en el examen de un Tbs. urinario se descubre localización genital	54	91	145
en el examen de un tbs. genital se descubre localización urinaria	11	43	54
evolución - síntomas simultáneos	42	22	64
Antecedentes-secuelas de localización genital en un tbs. urinario	45	54	99
Tbs. urinaria desarrollada en la evolución de un genital en tratam.	23	4	27
Tbs. genital desarrollada en la evolución de un urinario en trat.	5	10	15
<i>Total</i>	180	224	404

La frecuencia del hallazgo de lesiones genitales en el examen de un enfermo que consulta por trastornos urinarios (a) y que en la gran mayoría de los casos han pasado desapercibidos para el mismo paciente, o no han provocado molestias que llamasen su atención, justifica la necesidad de realizar siempre el examen completo. La pesquisa de estos estados es sencilla y al alcan-

ce de todos, el exámen de genitales externos y en especial el tacto rectal, muchas veces relegado por el médico práctico, puede demostrar la existencia de nódulos, infiltraciones, reblandecimientos prostáticos, en especial los situados en los vértices externos de los lóbulos prostáticos que corresponden a la participación de los conductos eyaculadores; también el estado de las vesículas seminales pueden dar luz al diagnóstico.

El número de pacientes que consultan por una localización genital sin trastornos urinarios (b) y que su estudio revela la participación renal nos dicen de la obligatoriedad de efectuar en todo tuberculoso genital, un exámen completo y repetido de su sistema urinario.

La evolución simultánea (c) nos indica un mayor empuje y virulencia de la infección o unas defensas orgánicas disminuídas, que agravan el pronóstico y obligan a extremar la conducta terapéutica para eludir los fracasos.

Del gran número de enfermos que dan antecedentes fieles y muestran secuelas innegables de una localización genital anterior (d) (hemos observado varios casos de 15 y 30 años de separación) se deduce la enorme importancia que tienen en estos pacientes el control periódico prolongado, por lo menos durante 5 años, plazo al que pertenecen gran número de las observaciones.

De los dos últimos apartados (e y f) se deduce una comprobación más de la inter-relación de la infección en el aparato uro-genital y de la diferencia entre las del primer y segundo período, la influencia de la terapéutica actualmente en práctica. La localización genital en la mujer es de rara observación en los servicios urológicos y el diagnóstico más difícil que en el hombre por la situación interna de sus órganos; sólo hemos reunido siete casos coincidiendo su diagnóstico con una localización urinaria evolutiva, en cuatro de ellos, por antecedentes de tratamientos específicos médico-quirúrgicos, dos comprobados quirúrgicamente "a posteriori" y un tercero que fué motivo de publicación por uno de nosotros en 1938 en el Journal d'Urologie, con el título "Tuberculosis vesical primitiva"; en este caso la paciente perfectamente documentada como tuberculosis vesical primitiva, mejoró extraordinariamente con el tratamiento médico instituído; una nueva recrudescencia de pequeña lesión ulcerada fué electrocoagulada endoscópicamente en 1939. Los controles periódicos nunca demostraron alteración renal; en mayo de 1940, se hizo el diagnóstico clínico de anexitis quística tuberculosa (Dres. Cónill y Rusca), siendo sometida nuevamente a tratamiento médico. En febrero de 1941, con motivo de embarazo extra-uterino izq. fué operada por el Prof. Cónill la intervención confirmó el embarazo extra-uterino y la etiología específica de sus lesiones quísticas anexiales; finalmente en julio de 1941 esta enferma falleció después de dos trepanaciones por enfermedad meníngea.

No se realizó exámen necrópico.

C) <i>Urinarias Puras:</i>	1ºP	2ºP	Total
Bilaterales primitivas	80	138	218
Bilaterales por tbs. adelfo	22	25	47
Unilaterales	65	55	120
Unilaterales en observación	—	26	26
Unilaterales sin control	67	40	107
De dudosa clasificación	15	14	29
En riñón único congénito	2	1	3
Totales:	251	299	550

Es de destacar la diferencia notable de los diagnósticos primitivos de tbs. bilaterales entre los dos períodos. índice elocuente del gran adelanto que representa la urografía de excreción o pielografía descendente, en relación con los medios anteriormente usados.

Descartando las observaciones rotuladas como dudosas y no incluyendo las de riñón único, el porcentaje de bilateralidad de las lesiones renales, vemos que varían si se cuentan o no las observaciones que no cumplen con el requisito primordial del control evolutivo en el tiempo, en la siguiente medida: primer período 49,26 a 65,77 %, y el segundo período: 60'51 a 70'01 %.

Entre los casos rotulados "sin control", incluimos los de muerte sin necropsia, acaecidos en post-operatorio inmediato o dentro del plazo de un año y las que no han sido controladas en ese plazo mínimo. Por todo lo cual creemos que sólo se deben tener en cuenta las últimas cifras como verdadera demostración de la frecuencia de la bilateralidad clínica de la lesión urinaria.

Estas elevadas cifras en el porcentaje de la bilateralidad de la localización renal en comparación a las obtenidas por diversos autores en épocas anteriores y a las nuestras de la primera época, es fácilmente explicable por dos razones: la observación periódica y prolongada que permite avalar el proceso en su integral evolución, y a los medios de diagnóstico más precisos que hoy se aplican. Sobresale la importancia de los estudios urográficos de excreción que con sus adelantos y mejoramientos de orden técnico, permiten diagnósticos precoces y exactos, controlan la evolución de la enfermedad en forma gráfica, valoran por ello los resultados terapéuticos, confirman la clínica en forma clara y segura y dan la necesidad u oportunidad del tratamiento quirúrgico; y todo en forma cómoda e inocua para el paciente.

La unilateridad de la localización tuberculosa renal puesta en duda desde años por uno de nosotros (P.) ha sufrido un cambio radical en los últimos años, confirmando nuestra sospecha aproximando los resultados clínicos a los datos aportados por los hallazgs necrópsicos de Aschoff 70%; Bell 57% en casos coincidentes con tuberculosis pulmonar, y 40% en casos de localización uro-genital exclusiva.

Clínicamente y avaluando la evolución de la infección: Cibert dá un 45%; Wildbolz 50%; Braasch, y Sutton (Mayo Clinic) 66%. Nuestras cifras variando de un 50 a 70% según lo antepuesto, no hacen más que confirmar el concepto hoy reconocido de la bilateralidad primitiva de la afección renal, alcanzada por la diseminación bacilémica hematogena.

La Cirugía en el Tratamiento de la Tbs. UroGenital

La cirugía aún conserva lugar destacado en el tratamiento de la tbs. urogenital ya que, a pesar del gran avance que han aportado las drogas tuberculostáticas y las diversas medidas terapéuticas de orden médico, no se ha logrado la solución completa de los problemas que plantea la afección. La cirugía resuelve muchos de estos problemas siendo favorecida en sus resultados por la acción benéfica de los tratamientos médicos pre y post-operatorios bien conducidos. Más aún, es la única solución hoy a nuestro alcance para resolver muchas de las secuelas que se producen en el aparato uro-genital como consecuencia de la resolución favorable de la infección en muchos casos. La reparación del proceso tuberculoso es lograda merced a una reacción hiperplásica fibrosa que en su ulterior evolución llega a la escleroatrofia, otras veces a la fibrosis

se suma un proceso de calcificación; estos procesos tiene gran importancia y deben ser cuidadosamente controlados ya que por su relación anatómica sobre las vías urinarias producen alteraciones mecánicas que alteran la función renal e incluso tienen influencia sobre la reactivación o aparición de nuevos focos evolutivos de la infección. Handley 1952, ha demostrado que de lesiones renales caseosas o caseificadas pueden ser desarrollados bacilos tuberculosos virulentos; Lack 1953, ha aislado de las profundidades de lesiones residuales renales formas difteroides y cocales del bacilo de Koch, los cuales por inoculación al cobayo, retornan a adoptar su morfología y virulencia habitual. A todas estas secuelas Puigvert, denomina con propiedad "segunda enfermedad tuberculosa", y dice: "Estos procesos residuales o secundarios a la infección tuberculosa, llegan a alcanzar una individualidad clínica que debe ser bien conocida para poder valorar las posibilidades terapéuticas".

Para alcanzar su verdadero objetivo el tratamiento quirúrgico debe cumplir con varias premisas y entendemos que debe ser: postergado, oportuno y electivo.

Postergado, como preconizara Reynaldo do Santos en el Congreso de la Asociación Francesa de Urología en 1935, y como señalara también Puigvert en Síntesis Médica Wassermann 1942, y sostuviera en "Jornadas Médicas Españolas" de 1943 en Zaragoza. Por intervención postergada entendemos que la nefrectomía precoz debe ser abandonada en espera de la completa individualización y localización de los focos evolutivos de la enfermedad, casi siempre bilateral en su iniciación hasta que el organismo alcance el equilibrio que lo adapte a vencer a localizar la infección.

Oportuno, es decir, reservado para los casos de anulación o de grave compromiso de la función renal por alteraciones parenquimatosas o cuando el foco evolutivo no obedeciendo a las medicaciones instituidas desequilibre biológicamente al paciente.

Electivo, es decir, adecuado al grado, tipo y localización del o de los factores que predominan en la marcha de la afección. La enfermedad tuberculosa es esencialmente destructiva de los parénquimas, en cualquier modalidad evolutiva que adopte, razón poderosa para que el cirujano con su tratamiento cruento, no agregue un factor más de inutilización de nefronas sanas a las destruidas o alteradas por la enfermedad.

El arsenal quirúrgico urológico se ha enriquecido en los últimos años con el reordenamiento de una gran variedad de intervenciones que regladas y perfectamente controladas, han sido puestas al día en un intento de lucha conservadora contra la enfermedad y sus consecuencias. Las resecciones parciales del riñón, la cirugía plástica reparadora de pelvis renal y uréter, las entero-cistoplastías, las correcciones de la esclerosis del cuello vesical y de las estrecheces de uretra, nos conducen a intentar la corrección de las lesiones, respetando la mayor cantidad de parénquima renal funcionante y actuando directamente sobre la causa responsable de las alteraciones.

Presentamos los resultados de la experiencia con la cirugía de la tbs. urogenital, divididas en dos períodos de acuerdo con las consideraciones inicialmente aclaradas.

Nefrectomías totales: 1er. período (sin tratamiento tuberculostático, desde 1929-1947). Total de operaciones: 254. (sub-capsulares 8; en riñón ectópico pélvico: 2).

Complicaciones post-operatorias: Supuración de herida y cicatrización por segunda intención (1 a 3 meses), 69. Fístula lumbar de cicatrización espontánea (3-24 meses), 19.

Hemorragia secundaria al retirar el clamp. 1. Fístula duodenal, 1. Pleuresias sero-fibrinosas, 2. Neumonía, 2. Diseminación tuberculosa, 1. Reactivación de Tbs. pulmonar, 6; Pírexias prolongadas indeterminadas, 4. Hematemesis a repetición, 1. Síndrome meníngeo, 5.

Secuelas Post-operatorias: Abscesos secundarios de la herida, 23. Fístulas lumbares, 2. Eventración lumbar, 4.

Exitus post-operatorios (durante los 8 días): Shock, 7. Uremia, 3. Síndrome tóxico-infeccioso, 4. Tbs. pulmonar aguda, 2. Hematemesis, 1.

Exitus dentro de los primeros 6 meses: Tbs. pulmonar, 4. Meningitis, 1. Diseminación tuberculosa, 1. Toxemia bacilar, 2. Tbs. adelfo e insuficiencia renal, 1. Se ignora causa, 1.

Exitus alejados (causa y tiempo): Tbs. Pulmonar (1-3 y 8 años), 3. Tbs. miliar aguda (2 años), 1; Tisis pulmonar (10 meses-5 años), 2. Meningitis (2-5 años), 2. Meningitis y Tbs. Urogenital (2-5 años), 2. Síndrome cerebro-meníngeo por compresión (9 años), 1. Neumonía (1 año), 1. Uremia (3-8 años), 2. Uremia ecláptica (2 años), 1. Uremia e Hipertensión (12 años), 1. Insuficiencia renal y Tbs. adelfo (1 a 1 a; 1 = 3 a 4 = 4 a; 3 = 7 a; 1 = 5 a; 1 = 9 a; 1 = 12 a), 12.

Cursos post-operatorios: Buenos, 156. Regulares, 57. Malos, 24. Exitus, 17.

Efectos de la Nefrectomía sobre la cistitis: Curaciones, 59. Mejoría, 62. Persiste, 82. Recidivas, 10. Sin datos, 31.

Resultados: Buenos, 75, 29,48 %. Buenos sin control, 43, 16,92 %. Mejorías 43, 16,92 %. Mejorías sin control, 22, 8,66%. Inefectivas, 20, 7,87 %. Malos, 18, 7,08 %. Exitus, 17, 6,69 %. Exitus (en 6 meses), 10, 3,44 %.

Nefrectomías totales. (2º Periodo 1947-1955. Con tuberculostáticos). Total de operaciones, 154.

Consideraciones: Subcapsulares, 7; nefro-ureterectomías lumbo-iliacas, 10; Tbs. bilateral, 44; enferma con gestación, 1; seguidas de op. derivativa del adelfo, 5. Secundarias: a nefrostomías, 2; a pielostomía, 1; a nefrectomía parcial, 1; a urétero-pielolisis, 1; a urétero-cistografía, 5.

Cursos post-operatorios: Bueno, 120. Regular, 20. Accidentados, 16. Exitus, 8.

Causas de exitus post-operatorio inmediato y próximo: Síndrome tóxico-infeccioso, 3; shock, 2; shock y uremia, 1; colapso cardiovascular, 1; embolia, 1.

Complicaciones post-operatorias: Supuración y cicatrización por 2ª, 40; Epididimitis agudas, 2; Neumotorax, 2; Pleuresia serofibrinosa, 2; Tbs. pulmonar, 2; empiema pleural, 1; insuficiencia cardíaca, 1; pírexias inveteradas, 5.

Secuelas operatorias: fístula lumbar (cierre dentro de 6 meses), 8; fístula lumbar (más de 6 meses), 3; abscesos secundarios, 8; eventración lumbar, 5.

Secuelas de enfermedad: Ureteritis del adelfo, 12; Tbs. adelfo en evolución, 9; Esclerosis del cuello vesical, 2; Vejiga retráctil, 1; Cistalgia, 1.

Resultados: Buenos, 121; controlados, 94; sin control, 27. Regulares: 15; controlados, 9; sin control, 6. Malos, 10. Exitus, 8.

Exitus alejados. 5 Uremia y caquexia tuberculosa, 1 a los 2 años. Uremia 3 (a los 3.5 y 7 años); se ignora causa, 1 a los 6 años.

Nefrectomías parciales. Total: 35 casos. Con urétero-pielografía, 5. Consideraciones: en riñón único, 4; con adelfo excluido, 1; asociado con litiasis, 1; seguida de urétero-cistografía homolateral, 2. (3 meses y 2 años). Promedio de hospitalización: 33 días.

Cursos post-operatorios: Muy buenos, 26; regulares, 5; malos, 3; exitus, 1.

Complicaciones post-operatorias (menos de 30 días) extravasado de orina, 7; supuración discreta, 5; flebo-trombosis, 3; congestión pulmonar, 1; pleuresia serofibrinosa, 1; hemorragias y hematurias, 1.

Secuelas post-operatorias: 1 ureteritis terminal (fístula urinosa pequeña) operado de urétero-cisto-rafia a los 2 años. Linfogramuloma-Hodking y muerte a los 5 años. 1 ureteritis y curso bueno. Exitus a los 23 días, ¿embolia? 1 fístula pequeña e intermitente, resolución espontánea al año. Resultado muy bueno. 1 fístula pio-urinosa intermitente; enfermo en mal estado. Riñón único, tbs. en curso. Muerte a los 3 años por insuficiencia renal. 1 fístula urinosa pequeña, resolución espontánea a los 4 meses después de expulsión de pequeño cálculo ureteral. Resultado muy bueno. 1 absceso secundario de herida nuperficial. Cicatrización completa a los 4 meses. 1 litiasis coraliforme bilateral, bien tolerada a los 5 años (caso de tbs. y litiasis asociada). Enfermo indócil a control y tratamiento.

Resultados: Muy buenos, 26; buenos (en obs. y trat.), 4; regular, 1; malos, 3. Exitus, 1.

Operaciones plásticas: Urétero-pieloplastia, 1. Urétero-pielolisis, 2. Ureterectomía parcial (sutura término terminal), 1. Urétero-cistoplastia (Boari-Casatti), 2; Ureterectomía parcial y urétero-cistografía, 55. Ureterotomía transvesical intramural, 1. Ileo-cistoplastia, 4. Ureterectomía parcial y urétero-neocistografía, 1.

Ureterectomías parciales y uretero-cistografías: Total, 55. Por vía transvesical, 24. Unilateral, 2; bilateral, 1; reoperación de extra-vesical, 1. Vía extra-vesical, 24. Mixtas, 7.

Cursos post-operatorios: Bueno, 37; regular, 3; malos, 10; exitus, 5.

Complicaciones post-operatorias (30 días): supuración y deshicencia de herida, 2; supuración discreta, 15; extravasado de orina, 2; fistula urinosa, 6; epididimitis agudas, 1; celulitis pelviana, 1; celulitis y peritonitis, 1; crisis de cistopielitis por retención uréterorenal, 8; tuberculosis pulmonar, 1.

Secuelas operatorias: fistulas hipogástricas o ilíacas, 6; litiasis secundaria de vejiga, 2; recidiva de la estrechez ureteral, 1.

Secuelas de la enfermedad: Tbs. renal en curso evolutivo, 6; estrechez ureteropielica, 2.

Exitus: *Post-operatorio*, 5: 1 Uremia y caquexia (riñón único), 30 días; 1 shock, 4 horas; 1 colapso cardiovascular, 3 días; 1 peritonitis y pelvicolitis, 9 días; 1 embolia? (Nefrectomía parcial 6 meses antes). 23 días.

Alejados: Insuficiencia renal y caquexia, 2 años (R. único). Insuficiencia renal (riñón único), 2 años. Enfermedad de Hodking, 1 año (R. con N. P.).

Resultados: Muy buenos, 20 casos; buenos sin control alejado, 4 casos; buenos en observación y tratamiento por tbs. en regresión, 10 casos.

Inefectiva: 1 caso reoperado y mejorado. 6 nefrectomías secundarias por lesiones tbs. renales no regresionadas. 1 litiasis renal y pielonefritis posterior a pielo-ureterolisis y pielo-plastia (nefrectomía secundaria (a los 5 años).

Mejorados: (1 pielo-ureterolisis complementaria) resultando muy bueno. 4 regresión incompleta de la urétero hidronefrosis.

Malos: 1 urétero-sigmoideostomía secundaria y recuperación. 2 ureterostomía cutánea y recuperación. 1 urétero-sigmoideostomía, mejoría y exitus a los 2 años, uremia con R. u.

Urétero-cistoplastia (Op. Boari-Casatti): Total: 2 casos. Curso post-operatorio: 1 bueno; resultado muy bueno, 1 regular (extravasado de orina durante 30 días). Resultado posterior muy bueno.

Ureterectomía parcial y sutura término-terminal: 1 caso. Curso post-operatorio bueno. Resultado: muy bueno.

Ureterectomía parcial y Urétero-pieloplastia: 1 caso. Curso post-operatorio: bueno. Resultado, muy bueno.

Ureterectomía parcial y urétero neocistostomía (en asa final): 1 caso. Curso post-operatorio bueno. Resultado bueno.

Ureterotomía intramural y transvesical: 1 caso. Curso post-operatorio bueno; resultado bueno.

Piello-ureterolisis: 2 casos. Posteriores a urétero-cistorrafias homolaterales. 1 curso bueno; resultado muy bueno. 1 curso malo (pielonefritis y litiasis piélica secundaria) resultado malo (nefrectomía secundaria a los 5 años).

Ileo-cistoplastia: 4 casos (todos con riñón único). Curso post-operatorio: bueno. 2 casos, resultados: buenos. 1 fistula hipogástrica y crisis sub-oclusivas a repetición; ileo-transversostomía, resultado alejado: bueno. 1 peritonitis y éxitus a los 7 días.

Secuela de enfermedad: 1 estenosis uréter terminal. Operado de urétero-neocistostomía; resultado bueno. 1 estrechez uretro-cervical, dilataciones uretrales. Bueno.

Denervación vesical: 6 casos. Curso post-operatorio: 5 buenos. 1 caso de anuria que cede en pocos días (R. único) luego curso habitual.

Resultados: Mejorados, 3 casos; sin mejoría, 3 casos; 1 sin control alejado; 2 éxitus 6 a 7 años. tbs. en curso.

Resección de cuello vesical: Vía transuretral: 5 casos. Curso: bueno. Resultados: buenos 4 casos; persiste cistopatía: 1 caso.

Vía transvesical: 2 casos. Curso: 1 bueno; resultado bueno; 1 absceso y fistula hipogástrica, persistente 10 meses; resultado malo.

Operaciones derivativas de orina: *Ureterostomía cutánea*: 19 casos: Riñón único, 17 casos. 2 casos (seguidos de la nefrectomía total). Cursos post-operatorios buenos. 1 caso de cicatrización lenta por necrosis del muñón.

Resultados: 16 recuperados. 1 mejoría, secundario a urétero-sigmoideostomía fracasada y una ureterotomía ilíaca. 1 recidiva de estenosis ureteral y litiasis secundaria: ureterostomía lumbar y mejoría. 1 poca mejoría, éxitus a los 15 meses por insuficiencia renal.

Uretero-sigmoideostomía extraperitoneal: 14 casos de riñón único. 1 caso bilateral. Curso post-operatorio: buenos, 4 casos; accidentados, 10 casos; fistulas estercoreáceas, 4 casos; lenta exclusión por insuficiencia renal, 3; pielonefritis, 2; hidronefrosis aguda, 1.

Resultados: buenos, 2; mejorías, 6; (1 fallecido de uremia a los 4 años); escasa mejoría, 4; (2 éxitus por uremia y caquexia 7 y 23 meses); (2 éxitus por uremia, 7 y 14 meses). Malos, 2 (ureterostomía cutánea secundaria). (nefrostomía secundaria).

Nefrostomías: Temporaria, 2. Curso bueno. Nefrectomía secundaria a los 10 días y la 2ª a los 2 meses. Resultado, bueno. Definitivas; 3 (2 en riñón único). 1 y con adelfo excluido). Cursos malos, pírexias, uremia. 1 caso en anuria, persistió hasta éxitus al 3º día; 1 éxitus a los 17 días y otro a los 47 días.

Pielostomía: 1 caso. Temporal. Curso bueno. Nefrectomía a los 25 días. Resultado bueno.

Operaciones en el aparato genital: Epididimectomías: 197 casos. Bilaterales, 27; parcial, 1; con orquitectomía parcial, 1; con paradidimectomía, 1. Promedio de hospitalización: 8 días. Cursos post-operatorios: complicaciones y secuelas. Exitus: síndrome tóxico-infeccioso, 1; insuficiencia suprarrenal, 1.

Tbs. urinaria en curso, 40; Tbs. pulmonar, 6; síndrome meníngeo (cuadruplejía), 1; supuración y cicatrización por 2ª, 35; orquitis, 2; funiculitis y deferentitis, 3; celulitis, 2;

Resultados: Buenos, 68; buenos sin control alejado, 86; inefectivas, 31; éxitus, 2; buenos en observación y tratamiento, 10.

Castraciones: Total de casos: 26. Unilateral, 22; bilateral, 2; con sub-albuginea del otro lado por concomitancia de carcinoma de próstata, 1; Hemi-orquiectomía, 1; (con prostatotomía, 1; con nefrectomía total, 1).

Cursos: buenos, 21; supuración, 2; funiculitis, 1; éxitus (con nefrectomía), 1; fistula uretro-perineal (con prostatotomía), 1.

Resultados: buenos, 12; buenos sin control, 9; inefectiva, 3; éxitus, 1 (a los 4 meses por tbs. pulmonar).

Paraepididimectomías: 2 casos. 1 bilateral, curso bueno; resultado bueno. 1 con epididimectomía (fallece por insuficiencia suprarrenal).

CONCLUSIONES

1º — La tuberculosis uro-genital es una manifestación localizada de una enfermedad general producida por diseminación bacilémica hematógena. La localización renal inicialmente bilateral puede evolucionar por brotes evolutivos focales, que por su preponderancia en un solo riñón se nos presenta a veces en forma de clínica uni-lateral. El control evolutivo de los pacientes nos aportan la comprobación clínica de la bilateralidad de la infección renal con cifras que, según las consideraciones apuntadas, alcanza al 70%.

2º — Su aparición en el segundo período de Ränke, y casi siempre, al final del mismo, justifica el exámen general del paciente, obligatoriamente de su aparato respiratorio y a la búsqueda de datos y focos extra-pulmonares y extra-urinarios, que potencialicen la afección.

3º — La íntima relación de la localización genital con la urinaria, habla de enfermedad de aparato y no de órgano, por lo cual siempre debemos considerarla como uro-genital; especialmente en el genital, realizar un completo estudio urinario, a fin de localizar la afección renal en sus primeros estadios; aún en caso de exploración negativa, debemos considerar al paciente como enfermo renal en latencia y prodigarle las mismas medidas higiénicas y terapéuticas a fin de abortar la infección en el momento propicio; advertirlo de la importancia de cualquier manifestación clínica como "signo de alarma" y aconsejar el control completo, periódico y prolongado.

4º — El tratamiento médico debe ordenarse en varios sentidos: higiénico, reposo, alimenticio (curas sanatoriales); medicamentoso de orden general (vitaminas, tónicos, calcio, etc.), específicos (emulsiones bacilares, tuberculínicos, etc.) y en especial tuberculostáticos (antibióticos, quimioterápicos).

5º — El tratamiento médico tiene por fin colocar al paciente en las mejores condiciones de defensa para que logre la "curación clínica" de la enfermedad, pero teniendo en cuenta la continuidad evolutiva de las lesiones con tendencia al secundarismo. El rótulo de curado, es de difícil aplicación a un tuberculoso, portador de una lesión residual capaz de nuevos brotes infecciosos favorecidos incluso por la propia curación de las lesiones.

6º — Los tuberculostáticos han representado un gran avance en la lucha contra la tuberculosis, pero no han solucionado aún el problema de la enfer-

medad. Su efectividad mayor la cumplen en el gran mejoramiento del proceso infectivo y ser el principal auxiliar de la cirugía.

7° — La cirugía es aún una de las principales armas del médico en la tuberculosis uro-genital. Debe considerar como premisas la de ser conservadora y electiva, reservando a la nefrectomía su momento oportuno.

8° — La conducta médico-quirúrgica actual, es de resultados satisfactorios en relación con la de épocas anteriores, pero no da la solución completa al problema planteado por la enfermedad.

9° — El urólogo puede hoy corregir o "curar" al tuberculoso, pero no debe conformarse con ello y tiene la obligación de colaborar en la lucha contra la enfermedad tuberculosa en su aceptación de enfermedad general y de orden social. Debe enrolarse en las ramas de previsión social y encargar a personal adecuado la investigación del verdadero foco de incubación o diseminación de la enfermedad, de las condiciones higiénicas y físicas de vida y trabajo, a fin de llevar la lucha al terreno más favorable: "atacar al mal en sus raíces", y a la previsión o profilaxis.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — El interesante trabajo de los Dres. Puigvert Gorro y Sileoni mencionan la infección primordial del sistema urogenital en las localizaciones genitales. Desde que entré al Servicio de Urología que dirige el Dr. Paglieri, muy anterior a la época de la urografía, ya nos obligaba a estudiar sistemáticamente el estado renal aun en afecciones asintomáticas del aparato renal. Eso trae como consecuencia también, la importancia de la baciluria renal en ausencia de toda manifestación muy anterior a las manifestaciones urológicas en las formas ulcerativas.

Muy frecuentemente, en las formas asintomáticas de los tuberculosos, la baciluria es positiva y como el examen lo hacemos sistemáticamente por cateterismos, era habitual encontrarnos con lesiones no visibles en la pielografía ascendente y posteriormente, tampoco fué visible a los mejores urogramas realizados con maniobras complementarias. Sin embargo, la baciluria era positiva.

Dr. Irazu. — Agradezco la contribución del Dr. Schiappapietra que encuadro dentro de las expresiones de los autores de este trabajo, es decir, intensificar las maniobras de todo orden desde el vamos, no solamente por los exámenes baciloscópicos, sino también por todas las pruebas que comprenden el examen clínico.

Deseo agregar a las palabras del doctor Schiappapietra, por mi parte, que este trabajo que en realidad es extraordinario porque representa una labor de tantos años, tan documentado, con archivos que están a la disposición de todo el mundo para que se compruebe la seriedad con que se trabaja en el Instituto de Barcelona que dirige el Dr. Puigvert Gorro.

Hemos encontrado allí, tanto el que habla como el grupo de argentinos un ambiente de inquietud extraordinaria, que representa, diríamos así, un contagio de los más eminentes urólogos de Europa. Me refiero a los servicios de Lyon, de Paris, de Burdeos y de Barcelona; en ese cuadrilátero podemos encontrar una inquietud extraordinaria, no solamente en el tema del tratamiento de la tuberculosis, sino también en otros aspectos de la urología. Es muy interesante conocer el estado de la urología actual en Europa. Las cifras dadas por el doctor Puigvert Gorro demuestran que la mayoría de los distinguidos urólogos de ese Continente tienen trabajos similares en cantidad extraordinaria, porque en realidad, es una cirugía de escasas posibilidades. En la actualidad, el Instituto del Dr. Puigvert Gorro hace toda la cirugía del uréter sin el uso de tutores. Esto que nos pareció una cirugía un tanto revolucionaria, venimos deseosos de poderla realizar en la primera oportunidad que se nos presente. No dejo de lado el asunto de las nefrectomías parciales y de las ileo-cistoplastias que es el tema actual en todos los servicios de la especialidad que he recorrido.

Quiero hacer público mi reconocimiento personal al Dr. Puigvert Gorro que nos ha distinguido como residentes honorarios y nos ha colmado de atenciones y traigo para todos el saludo más afectuoso del Dr. Puigvert que recuerda amablemente a los urólogos de este país. Con esto quiero retribuir esa gentileza y prometer que en el futuro podremos ponernos nosotros también, los urólogos argentinos, en esa corriente de la nueva cirugía urológica para darle al tuberculoso un campo más de sobrevida que el que le habíamos ofrecido hasta ahora con la nefrectomía "a outrance".