

**EL SIGNO DE SCHRAMM EN LA VEJIGA TABETICA**

por el Dr.

**ALFONSO VON DER BECKE**

En 1920, describió Schramm, un signo que hoy lleva su nombre, y que está caracterizado por una alteración patológica en la región del esfínter liso vesical, por una paresia de este músculo, que permite, al practicar una cistoscopia exploradora, examinar, también, con el mismo instrumento, la uretra posterior o parte de ella. La iluminación y la claridad de la imagen de la uretra posterior, cuando existe este signo, son semejantes, en un todo, a las de la vejiga. Se observa al retirar el cistoscopio del cuello vesical, la foseta prostática, que se reconoce por sus vasos longitudinales; retirando algo más, se observa el veru-montanum con sus riendas posteriores, el utrículo y los canales eyaculadores.

Schramm basó su comunicación en seis casos por él observados largo tiempo; dos con paresia vesical consecutiva a un traumatismo en médula espinal; otro con paresia tabética del esfínter vesical; otro por una esclerosis múltiple, otro con meningocele y el último, con paresia vesical y parálisis del esfínter externo.

En el Instituto Argentino de Diagnóstico, he tenido oportunidad de observar 3 enfermos con signos de Schramm, cuyas historias clínicas, resumidas en los datos positivos, considero interesantes dar a conocer:

*Antecedentes.* — Sin importancia hasta los 29 años, en que contrae una lesión ulcerosa, localizada debajo de la mamila derecha, que curó en un mes. A los seis meses, nota que el pelo se le cae. A los 11 años del accidente primario, ligeras molestias en las piernas, que un

facultativo califica de reuma. A los 43 años, dolores fulgurantes en piernas y brazos, y pequeños trastornos de esfínteres. Se le diagnostica tabes espinal y desde entonces es tratado en forma intensa. Miosis. — Anisocoria. — Argyll Robertson, positivo; abolición de reflejos músculo-tendinosos en los cuatro miembros; reflejos abdominales abolidos. Anestesia testicular. Romberg frusto. No hay crujidos de rodillas. Temperamento emotivo; desequilibrio neuro-vegetativo a predominio del orto-simpático. Tensión arterial: 15 y 9  $\frac{1}{2}$  al Váquez-Laubry. Pulso en decúbito, 108; en el ortostatismo, 120.

*Corazón.* — Agrandamiento con hipertrofia global, aortitis con dilatación — taquicardia isusual paroxística.

*Sangre.* — Wassermann: positiva débil. Glóbulos rojos, 4.529.000. Hemoglobina, 70. Valor globular, 0.77. Glóbulos blancos, 9.000. Granulocitos neutrófilos, 66; eosinófilos, 1; linfocitos, 27.50. Monocitos, 5.50. Glucosa, 1.06 o/oo. Urea, 0.25 o/oo. *Orina:* límpida, sin filamentos en ambos vasos. Vejiga: no hay retención.

*Cistoscopia.* — Mucosa de aspecto brillante, con vasos capilares bien dibujados; meatos ureterales sin lesiones en vecindad; eyacuación normalmente. Se observa algunas pequeñas columnas y celdas. *Signo de Schramm:* positivo, pues se logra observar vertiente posterior de verumontanum y foseta prostática, por la paresia del esfínter liso vesical (tipo de vejiga tabética).

En resumen, se trata de un caso de tabes.

*Caso 2o.* — R. F. 50 años. Argentino. Casado. Comerciante (Patagonia).

*Antecedentes.* — Blenorragia a los 14 años, que continúa aun a los 18; epididimitis aguda blenorragica derecha. A los 28 años, chanero blando; adenitis inguinal supurada. A los 31, chanero sífilítico; manifestaciones secundarias. Trata con 914 (sólo 4 inyecciones!) y 24 inyecciones de bicianuro de Hg, abandonando luego su tratamiento. Seis meses después, aparecen ulceraciones en garganta y paladar, que le destruyen el velo del mismo. Se le aplica 4 inyecciones de Neosalvarsan y aparecen trastornos mentales: pérdida del juicio, de la memoria, etc., fenómenos que duran 15 días. Luego de ligera mejoría, se presenta parálisis de miembros superiores e inferiores, que le imposibilitan moverse de la cama; dificultad en la palabra, temblor en las manos. Esta sintomatología dura un año, durante el cual se le suministran fricciones mercuriales, recuperando la marcha y los movimientos de los miembros superiores, pero persistiendo, aun en la actualidad, los temblores, la pérdida de la memoria y en menor grado, la disartria. Desde hace dos meses, orina con dificultad. Bronquitis crónica. Esclerosis pulmonar. Enfisema. Lesión fibrosa, cicatricial de lóbulo superior derecho (bacilar). Abolición de reflejos rotulianos. Anisocoria, Argyll Ro-

bertson. Tensión arterial 115 y 65 al Baumanómetro. Hipotonía muscular generalizada. Hipotonía cutánea franca, disminución de los reflejos cutáneos: pilo-motor y manilo-motor. Dermografismo dorsal de tipo francamente edematoso o urticariforme. Arritmia respiratoria.

*Sangre.* — Wassermann, Kahn y Besredka, negativas. Urea 0.50. Glucemia, 0.83 o/100. Coelsterol, 1.80 o/100. Glóbulos rojos 5.150.000. Hemoglobina, 100. Valor globular, 0.98. Glóbulos blancos, 9.000. Granulocitos neutrófilos, 51.50. Eosinófilos, 3.50. Linfocitos, 41. Monocitos, 4.

Líquido céfalo-raquídeo: Wassermann, negativa. Pandy ++ — — Nonne Apelt + — — — Células por mm<sup>3</sup>. 0.30. Albúminas totales, 0.25.

*Orina.* — Límpida en ambos vasos.

*Uretra.* — Al explorador, 20; se perciben algunos anillos de estrechez ancha; próstata normal. Vejiga: no hay retención. *Cistoscopia:* mucosa de aspecto brillante, sana con vasos bien dibujados. Meatos uretrales sanos, sin lesiones en vecindad, eyaculan normalmente. Por detrás del meato uretral derecho, se observa el orificio de comunicación con un pequeño divertículo vesical. *Cuello vesical entrecabierto ampliamente en su segmento posterior; se observa la foseta prostática y el veru-montanum, su utrículo y los conductos eyaculadores (Signo de Schramm).*

*Caso 30.* — J. C. 30 años. Argentino. Soltero. Comerciante. Ingresa en junio 22 de 1932.

En su infancia siempre fué débil y enfermizo. A los 14 años, al final de la micción, ardor uretral, con ligera hematuria, dicha molestia persiste a los años, cesando luego; el médico que le atendió, atribuyó estos fenómenos al uso exagerado de la bicicleta. A los 16 años, cefálicas y mareos, notando que su nariz es deformaba y hundía en su parte media dorsal (silla de montar). A raíz de esto, se practica reacción de Wassermann, que da positiva débil. Se le diagnostica heredo-lues. Tratamiento con Neosalvarsan y bicianuro de HG; pero, por error del farmacéutico, se le inyecta una dosis de 0.06 grs. que trae como consecuencia una nefritis que le mantiene en cama 45 días. A los 20 años, blenorragia y epididimitis aguda, izquierda, que repite ocho veces más. A los 23 años, chancro sífilítico en surco balano-prepucial; se trata con 914 y bicianuro que sigue regularmente, hasta hace 2 años. Presenta un síndrome ulceroso gástrico, que le trae al Instituto; mediastinitis crónica esclerógena. Esclerosis pulmonar peribrónquica. Lesiones bacilares cicatriciales del lóbulo superior izquierdo.

*Uretra:* Orina límpida, con filamentos en el primer vaso. Al explorador, 23, anillos de estrechez ancha. Sobre beniqué 46 se palpan algunos focos de litritis crónica. Vejiga: no hay retención. *Cistoscopia* mucosa de aspecto brillante; vasos bien dibujados. Meatos uretrales sin

lesiones, eyaculan normalmente. En la pared se *notan finas columnas*. Cuello vesical anormal. La mitad posterior está entreabierta ampliamente y se observa la foseta prostática y la vertiente posterior del verumontanum (*Signo de Schramm*).

El estudio del equilibrio neuro-vegetativo y endócrino, permite apreciar un evidente predominio parasimpático o vagal y, además, disminución de la actividad general, psíquica y física con cansancio fácil y rápido. Hiperostosis en los maleolos externos de ambos pies, con pie plano, todo lo cual da a esa extremidad un aspecto de osteo-artropatía tabética; hay trastornos de las actitudes segmentarias en los dedos de ambos pies. *Sangre*: Wassermann, negativa. Hemoglobina, 90. Valor globular 0.88. Glóbulos blancos, 8.600. Glóbulos rojos 5.130.000. Granulocitos neutrófilos, 52.50; eosinófilos, 4; basófilos 0.50; linfocitos, 39.50; monocitos, 3.50; azohemia, 0.42 o/oo; glucemia, 0.95; colesterol 1.92 o/oo.

Conceptúo de interés la investigación sistemática de este signo, al efectuar la cistoscopia, pues su existencia, unido a la presencia de finas columnas o trabéculas en la pared vesical, podrían llevar, en algunos casos, a un diagnóstico relativamente precoz de una lesión del sistema nervioso central, antes de la aparición de otros signos.

---

## DISCUSION

SALLERAS. —

*Sería interesante intentar el diagnóstico citoscópico de la tabes, en los casos en que los signos clínicos son muy incipientes, dado el beneficio que les reporta el tratamiento precoz.*

---

## Notas Bibliográficas

### Ficha bibliográfica de los trabajos presentados a la SOCIEDAD DE UROLOGIA

AÑO 1923

#### R I Ñ O N

- ARATA L. y BLASKLEY J. L. — *Ruptura del riñón.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 25.
- ASTRALDI A. — *Uropionefrosis traumática.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 113.
- ASTRALDI A. — *Valor de las azotemias.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 53.
- BARABINO AMADEO S. y PICO O. — *La poliuria experimental como método de exploración quirúrgica del riñón.* — (II Congreso interno de la Sociedad de Urología); Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 75.
- CASTAÑO E. — *La decapsulación renal como tratamiento de las hematurias en las nefritis.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 99.
- CARELLI H. — *El enfisema perirrenal en el diagnóstico radiológico de las afecciones del riñón.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 67.
- DANTE J. N. — *La fenolsulfonftaleína como método de exploración funcional del riñón.* — (II Congreso interno de la Sociedad de Urología); Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 90.
- DEL PINO P. y ASTRALDI A. — *Un caso de enervación renal.* Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 8.

- MATTA C. M. — *El enfisema perirrenal en un caso de tumor del riñón.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urol.; T. I, pág: 73:
- PAGLIERE L. E. — *El índigo carmín, como prueba de la capacidad funcional del riñón.* — (II Congreso interno de la Sociedad de Urología); Bol. de la Soc. Argentina de Urología; T. I, pág. 102.
- SALLERAS J. — *Absceso perinefrítico consecutivo a un flemón de mano.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urol.; T. I, pág: 47:
- SPURR R. — *Tumor paranefrítico.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 29.
- SPURR R. — *Cálculos de constitución rara en una litiasis renal bilateral.*—Bol. de la Soc. Arg. de Urol. T. I, pág: 57:
- SPURR R. — *La constante urosecretoria de Ambard; su valor comparativo como método de exploración funcional global del riñón.* — (II Congreso interno de la Sociedad de Urología); Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 3.

#### U R E T E R

- CASTAÑO E. — *Sobre un caso de ureterolitotomía pelviana extraperitoneal de Judd.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 84.

#### V E J I G A

- ASTRALDI A. — *Perforación espontánea de la vejiga.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 11.
- GAZZOLO J. J. — *Abertura espontánea tardía de la vejiga, en un prostatectomizado.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 104.

#### P R O S T A T A

- CASTAÑO E. — *Absceso tuberculoso de la próstata.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 44.
- MARAÍNI B. — *Sarcoma de la próstata en un niño de 6 años.* Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 3.

## U R E T R A

- ORTIZ A. F. — *Utriculitis*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 89.
- SALLERAS J. — *Papilomatosis de la uretra peneana*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 94.
- SALLERAS J. — *Periurctritis flemonosa*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 21.

## ORGANOS GENITALES

- ARGÜELLO M. F. y ZORRAQUIN G. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 123.
- BUZZI O. — *Cavernitis tuberculosa*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 40.

## B L E N O R R A G I A

- GAZZOLO J. J. y PEREZ WRIGHT G. — *Contribución al diagnóstico bacteriológico de la blenorragia*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. I, pág. 118.

## A Ñ O 1924

## R I Ñ O N

- ASTRALDI A., LANARI E. y EGÜES A. — *A propósito de un caso de ectopía renal unilateral cruzada*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 121.
- CASTAÑO E. y SAVAGE R. — *Hidronefrosis congénita por ectopía renal lumbar baja*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 90.
- GRIMALDI F. y CASTAÑO E. — *Sobre un caso de mástic calcáreo de ambos riñones. - Operación. - Curación*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 149.
- MARAÍNI B. y ASTRALDI A. — *Sombras pseudocalculosas de la región renal y ureteral superior*. — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 30.

- SALLERAS J. — *Litiasis renal primitiva asociada a una tuberculosis de riñón derecho.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 104.
- SALLERAS J. y VALLS J. — *Ruptura traumática del riñón derecho.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urol.; T. II, pág: 41.
- SALLERAS J. — *Epitelioma papilar de la pelvis renal izquierda. - Nefrectomía. - Curación inmediata.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 170.
- SPURR R. — *Consideraciones sobre una ruptura de riñón.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 195.
- SPURR R. — *Hematuria prolongada en una uronefrosis de causa congénita.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 23.

#### U R E T E R

- ASTRALDI A. — *Sombras radiográficas pseudocalculosas de la región ureteral inferior.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 96.
- MONTENEGRO A. — *Dos éxitos raros de la sonda ureteral.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 35.
- PAGLIERE LUIS E. — *Accidentes graves consecutivos a cateterismo ureteral.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 214.
- SALLERAS J. — *Retención aguda de orina, por cálculo ureteral.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 17.
- SPURR R. — *Dilatación congénita de los uréteres.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 58.

#### V E J I G A

- ASTRALDI A. — *La ósmosis eléctrica en los tumores vesicales.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 153.
- CASTAÑO C. A. y CASTAÑO E. — *Sobre un caso de sífilis vesical.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 5.
- GAUDING N. — *Tratamiento por la diatermia de las lesiones tuberculosas vesicales persistentes, después de la nefrectomía.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 74.



MONTENEGRO A. y FIGUEROA ALCORTA L. — *Simplificación técnica de la cistoscopia y cateterismo ureteral.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 204.

SALLERAS J. — *Presentación de dos pabellones de sonda Pezzer - Cistitis rebelde - Talla hipogástrica - Extracción - Curación.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urol. T. II, pág. 144.

#### P R O S T A T A

MATTA C. A. — *La prostatitis blenorragica crónica y su tratamiento por las inyecciones intraprostáticas transrectales de electrargol.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología. T. II, pág. 160.

SALLERAS J. y VILLAR G. — *Sarcoma primitivo de la próstata en un sujeto de 32 años - Prostatectomía perineal.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 134.

SPURR R. — *Prostatitis gripal.* — Bol. de la Soc. de Urología; T. II, pág. 189.

VILAR G. — *Comentarios sobre las prostatitis agudas, observadas en el primer semestre, en el servicio del Dr. Salleras.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 117.

#### U R E T R A

CASTAÑO E. — *Estrechez filiforme de la uretra en un niño, por blenorragia infantil.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 68.

SALLERAS J. — *Resultados alejados de una papilomatosis de la uretra, tratada con ácido acético glacial.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 47.

SALLERAS J. — *Estrechez traumática infranqueable de la uretra bulbar - Uretro circular.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 51.

VILAR G. — *Fístula uretrobalanoprepucial.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 20.

#### ORGANOS GENITALES

SALLERAS J. — *Degeneración quística total del epidídimo izquierdo - Extirpación - Curación.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 179.

## SINDROMES URINARIOS - HEMATURIAS

SPURR R. — *Hematuria prolongada en una uronefrosis de causa congénita.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 23.

VILAR G. — *Hematuria de origen apendicular. Apendicectomía - Curación.* — Bol. de la Soc. Arg. de Urología; T. II, pág. 71.

I. GALVEZ  
(Continuará)

## BIBLIOGRAFIA

ARMANDO TRABUCCO. — *Cuello de Vejiga.* — La Prensa Médica Arg.; 1932; No. 2; pág. 147. No. 3; pág. 205. No. 4; pág. 266.—

El autor refiere la importancia que tiene, desde el punto de vista clínico y terapéutico, el conocimiento de la estructura del cuello de la vejiga.

Refiere, a continuación el desarrollo embriológico de la región y hace derivar del mesodermo el trígono, esfínter vesical y parte vesico-montanal de la uretra.

Al describir la zona que corresponde al cuello, dice que su longitud no es mayor de 1 centímetro, de acuerdo, claro está, a variaciones, en relación con la edad, y a modalidades individuales.

La luz no es circular, sino en forma de hendidura, el borde superior en forma de pico agudo, se incrusta en el tejido, el borde inferior, es ligeramente convexo hacia arriba.

El epitelio de revestimiento, lo constituyen células poliédricas, el corion, que es laxo en el borde superior, en el inferior es de tejido conjuntivo, compacto, con numerosas fibras elásticas.

Describe a continuación la existencia de glándulas, en contra a la opinión de muchos autores, estas glándulas abundan, sobre todo, en el borde inferior.

Las formaciones glandulares se agrupan, en el lado uretral, glándulas de Albarran, y en la región vesical, glándulas de Heme.

Aborda, luego, el estudio de los elementos musculares, capítulo éste, el más interesante y original del trabajo.

Describe la técnica para la disección macroscópica de los músculos, y dice: "A nivel del cuello vesical hemos podido, la mayoría de las veces, disecar con toda libertad, un pequeño músculo situado en su borde inferior, de fibras lisas, alcanzando a aislar perfectamente su cuerpo en una extensión aproximada de un centímetro. Los

extremos de este músculo se pierden en las paredes laterales del cuello de la vejiga, siendo imposible liberarlos sin desgarrar las capas musculares adyacentes". Mediante la microscopía, estudia este músculo, en sentido transversal y longitudinal, que le permite llegar a las siguientes conclusiones:

10.) La existencia de un músculo que corre transversalmente en el labio inferior del cuello de la vejiga, situado inmediatamente por debajo de algunos pequeños haces musculares, cortados por su través y que corresponden al músculo trigonal.

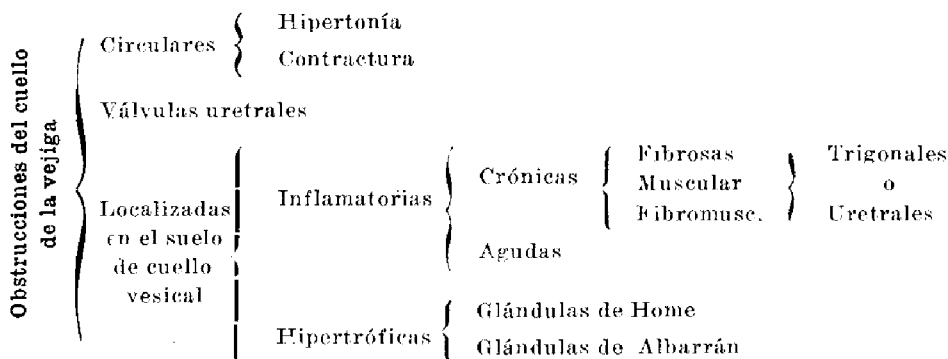
20.) Este músculo tiene una forma de arco, grueso en su parte media, desmembrándose en forma de abanico, en sus extremidades.

30.) Estos extremos se incrustan en el tejido conjuntivo muscular vecino.

40.) Este músculo que denominamos "músculo propio del cuello vesical", no es circular.

En capítulos posteriores, estudia la "disectasias del cuello de vejiga", su sintomatología clínica, las teorías expuestas por diferentes autores, y fisiología del cuello vesical.

En la patología del cuello de la vejiga, revista a los autores que se han ocupado del tema y a las distintas clasificaciones adoptadas llegando el autor a la siguiente conclusión:



Analizando luego la sintomatología de cada una de las variedades.

Concluye finalmente con el tratamiento y técnica de la "Punch Operation" y los cuidados y complicación post-operatorias. Relata 7 observaciones personales, de las cuales, solamente en uno, el primero, fué un fracaso parcial.

Ilustra su trabajo con 86 figuras.

**J. Monserrat**

**JOSE SVIBEL. — Uretrografía.** — Tesis de doctorado; Buenos Aires; 1932.—

El autor hace resaltar la importancia de la uretrografía, como medio reciente de investigación, y en un capítulo de historia, refiere las publicaciones fundamentales al respecto. Se ocupa, luego, de la

técnica en sus dos modalidades, durante y fuera de la micción, precisando los detalles de obtención de las radiografías. Estudia, a continuación la imagen de la uretra normal, y refiere 17 casos de observación personal, en diversas afecciones de la uretra, todos ellos documentados.

El autor llega a las siguientes conclusiones:

1o.) la uretrografía debe practicarse en todos los enfermos urinarios.

2o.) Su práctica es indolora y sin riesgos para el enfermo

3o.) Está contraindicada solamente en las uretrorragias provocadas por accidente, con ruptura total o parcial de uretra.

4o.) La uretrografía, durante la micción, abre un campo de estudio vasto e interesante.

5o.) En el futuro, la radio-cinematografía nos hará ver los trastornos de la micción.

Alberto E. García

**HENRY BLANC. — L'épreuve de la Phenol-Sulfone-Phtaleine en Chirurgie Urinaire. — (Masson et Cie.); París; 1932.—**

En un extenso trabajo, estudia, el autor, la prueba de la P. S. P., teniendo como base las publicaciones y el material del Servicio Civile, al cual pertenece.

En una primera parte, estudia la prueba de la P. S. P. en sí misma, sus bases experimentales, su técnica, las diferentes modalidades de su eliminación y los caracteres propios de esta eliminación, con los cuales cree que pueden sentarse leyes casi fijas.

En una segunda parte, estudia las aplicaciones de la P. S. P., a la clínica, las indicaciones dadas por esta prueba en los dominios de la patología urinaria, y por último, el valor real de la prueba, en comparación con los otros métodos usuales de investigación del funcionamiento renal.

Concluye el autor: La prueba de la P. S. P., en manos de un operador ayesado y siguiendo bien la técnica de aplicación y dosaje, es una prueba muy sensible, fiel, regular, y capaz de dar en cirugía urinaria, preciosas indicaciones. Aplicada a las orinas globales, resulta superior, desde el punto de vista de su regularidad y su valor, a todas las otras pruebas, en particular la azotemia y la constante de Ambard.

Aplicada sistemáticamente en la separación de orina, hace conocer de manera casi matemática, la distribución del parénquima renal, sano, y aporta así al diagnóstico y pronóstico de las afecciones del riñón, un valioso complemento de información. La importancia de la lesión, la calidad de la reacción compensadora, nociones útiles de

conocer, son de una apreciación fácil, gracias a la P. S. P., que se convierte así, en un maravilloso reactivo del potencial renal.

Acompaña el autor una extensa nota bibliográfica.

**Alberto E. García**

**Prof. GEORGES MARION. — A propósito del método de Cahier, para las incontinencias esenciales.** — *Journal d'Urologie*. Tomo XXXIV; No. 1; julio de 1932.—

El autor vuelve a preconizar el tratamiento de Cahier, en las incontinencias esenciales, así como también, en las incontinencias acompañadas de espina bífida, como el caso que transcribe, en el cual dicho tratamiento fué un éxito. La simplicidad de este procedimiento, contractando con la complejidad de las intervenciones quirúrgicas propuestas para la espina bífida, autorizan para ensayarlos en todos estos casos.

Este consiste en inyecciones perineales, a ambos lados de la línea media, hechas con una aguja introducida a 2, 3, ó 4 cms., de profundidad e inyectando de 50 a 80 cc., según la edad, de suero fisiológico, en cada lado. Un signo de que la inyección ha sido hecha en buen lugar (en la vecindad del esfínter membranoso en el niño), es que el pene entra en erección en el curso de la inyección.

La inyección no es dolorosa, y debe repetirse 2 veces por semana. Si la incontinencia no se ha modificado después de la 5a. inyección, se puede considerar que el método ha fracasado.

A veces la curación es transitoria, y la incontinencia reaparece, después de semanas o meses y entonces conviene recomenzar el tratamiento.

El autor prescribe, al mismo tiempo, la administración de belladona, a dosis variables, según la edad.

**Arturo Serantes**

**Mr. E. CHAUVIN. — Resultado de la curieterapia en el tratamiento de los cánceres prostáticos.** — Comunicación presentada a la *Société Française d'Urologie*; Sesión del 20 de junio de 1932.—

Sobre este tan interesante como rebatido tema, el autor presenta el resultado obtenido en su estadística personal, sobre 39 casos. Preconiza la siguiente técnica: practica en sus enfermos, una ancha perineotomía, con el objeto de poder colocar de 7 a 12 agujas de 2 ó 3 miligramos de radium elemento, cada una. La multiplicación de agujas tiene por objeto atacar el tumor en múltiples focos. Estas agujas las deja un tiempo variable de 7 a 12 días. El objeto de la prolongación de la aplicación de radium, es atacar las células del cáncer, en su período de actividad cariokinética, que es el único en que dichas células son vulnerables.

Los resultados obtenidos, los sintetiza de la siguiente manera:  
Mortalidad operatoria: 9 o/o.

Localmente: curación anatómica inmediata, en el 94 o/o de los sobrevivientes y curación sin recidiva locales, en el 91 o/o.

El restablecimiento de la función urinaria, lo ha obtenido en el 50 o/o de los casos.

Los resultados a distancia no son tan satisfactorios y los resume así: de los 39 enfermos, la sobrevivida sin recidiva, ha podido ser constatada en 11, la cual no se ha extendido a más de 18 meses. 1 lo ha vuelto a ver, curado, después de 20 meses; 2, después de 2 años; 1, después de 3; y, otro, después de 4 y de 11 enfermos no ha vuelto a tener noticias.

En la misma sesión presenta el doctor Darget, de Bordeaux, 2 casos de cáncer de próstata, tratados por el radium, de los cuales uno, si bien los fenómenos locales, hematuria y tumor, cedieron después de la aplicación, 8 meses después, una metástasis sobreviene en la columna lumbar, que mata rápidamente al enfermo.

En cambio, al otro, a quien se le practica una cistostomía, se hace una extirpación incompleta de su próstata y se le coloca agujas de radium, que se dejan 6 días, es revisto al cabo de 2 años, sin tener ninguna manifestación local y con un excelente estado general.

Sin embargo, el mismo doctor Darget, hace notar que varios operados por la extirpación de la próstata, por vía hipogástrica, pero sin aplicación del radium, se pueden mantener en buenas condiciones durante un tiempo más o menos largo, sin que por eso se pueda hablar de curación.

En la discusión establecida a propósito de estas dos comunicaciones en la Sociedad de Urología Francesa, el Profesor Marion, si bien se muestra partidario de la aplicación del radium por vía transvesical, siempre que las lesiones no sean muy difundidas. Pero, dice, si bien con este procedimiento ha podido retardarse la evolución de las lesiones, cree que hablar de curación es prematuro, pues la recidiva puede manifestarse largo tiempo después. Cita, en apoyo de su tesis 3 casos, en uno de los cuales, la recidiva local se produce a los 12 años. Mr. Félix Marsan, en la misma discusión, critica el procedimiento de la aplicación del radium, basándose en los 3 puntos siguientes:

1o.) El dolor, a veces intolerable, que causan estas aplicaciones, y la reagravación de los fenómenos de cistitis y rectitis que ya sufre el enfermo.

2o.) Por la poca mejoría de los signos funcionales de la vejiga.

3o.) Por la sobre vida, a veces sumamente prolongada, que tiene el cáncer de próstata, abandonado a su evolución espontánea o sometida a una operación de protatectomía.

Cierra la discusión el Profesor Leguen, diciendo que las dificult-

tades en el resultado terapéutico del cáncer de próstata, se debe a la desigualdad de los casos que llegan a manos del urólogo: a la dificultad del diagnóstico diferencial entre el cancer del adenoma y el cáncer de próstata de desigual gravedad.

Sostiene, igualmente, que la evolución espontánea o post-operatoria del cáncer, es larga.

Pero es indudable que las modificaciones a la técnica de la aplicación del radium, preconizadas por Chauvin (dosis más elevadas y contacto más prolongado con el tumor), abran una nueva era y que los resultados de la radiumterapia en el cáncer de próstata sea más eficaz.

**Arturo Serantes**

**S. ZANETTI.** — **La pielografía.** — Archi Ital. di Urol.; 1931; T. VIII, No. 1; pág. 3.—

El autor hace un estudio rápido de la pielografía directa y de las distintas substancias de contraste, deteniéndose especialmente en la pielografía descendente. Emplea el Uroselectan y acompaña su trabajo con 14 pielogramas. Habla ligeramente del Abrodil, del que dice no tener mayor experiencia.

Se muestra decidido partidario de este método de investigación diagnóstica "recomendando, siempre que sea posible, como preliminar, la pielografía endovenosa, y sólo en un segundo tiempo, cuando no sea posible llegar a conclusiones categóricas, integrar el examen con el primer método de la pielografía común".

Acompaña abundante bibliografía.

**I. Gálvez**

**F. LEINATE.** — **Sopra un caso di ureteropionefrosi aspergillase sperimentale in progressa ureterectasia.** — Arch. Ital. di Urol. 1931; T. VIII; No. 1, pág. 55.—

El autor describe un caso de ureteropionefrosis experimental, por inyección, en el brazo de una suspensión filtrada de cultivos de aspergillus fumigatus de 20 días, en un cobayo.

El animal muere a los ocho días. Constata en la necropsia una ureterectasia izquierda, con lesiones de uretitis y una pionefrosis acentuada del mismo lado. No encuentra la causa de la ectasia ureteropielica, pero atribuye netamente la localización micótica a ésta, encontrando una relación de causa a efecto entre la lesión anatómopatológica y funcional ureteral, y la sucesiva infección aspergilar.

Ilustra su trabajo con varias microfotografías.

**I. Gálvez**

**ANDREA VITALE.** — Contributo alla conoscenza dei risultati della desensibilizzazione dell'organismo contro i disturbi post-rachianestesi in chirurgia urinaria. — Arch. Ital. di Urol. 1931; T. VIII; No. 1, pág. 67.—

El autor se refiere a un nuevo tratamiento profiláctico, contra los accidentes que produce la raquianestesia. Concreta su observación al resultado obtenido en cien enfermos operados de las vías urinarias, controlando con otros cien enfermos, también operados de las vías urinarias y en los cuales no se practicó el método de desensibilización, que consiste en reinyectar por vía endovenosa, 10 cc. del líquido céfalo raquídeo, extraído en el momento de practicar la inyección anestésica, dentro del canal raquídeo.

La técnica empleada, es la siguiente: se aspira con una jeringa 10 cc. de líquido céfalo raquídeo. Con otra jeringa, se inyecta la solución anestésica (tutocaína 0,04; adrenalina 0,00025). Se acuesta al paciente y, mientras realiza fuertes inspiraciones, se le inyecta lentamente, por vía endovenosa, el líquido céfalo-raquídeo. Después de cuatro ó cinco minutos se inicia la operación.

Controlando los resultados globalmente (accidentes leves — céfálicas, vómitos, náuseas — o más importantes — retención e incontinencia de orina, relajación de esfínteres, diplopia, etc.), ha encontrado en los casos en que verifica el método 13 accidentes, contra 56 en los otros enfermos de control.

Explica la acción del procedimiento por una desensibilización del organismo, producida por la entrada del líquido céfalo raquídeo.

I. Gálvez

---