

VISUALIZACION DE LA MUCOSA VESICAL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LOS TUMORES

Por los Dres.

ARTURO SERANTES y ALBERTO E. GARCIA

Numerosas han sido las sustancias utilizadas para el relleno de la vejiga en la obtención de las cistografías, y todas ellas (colargol, yoduro y bromuro de sodio, neosilvol, aroselectan, etc.), dan excelentes imágenes que permiten apreciar nítidamente las alteraciones de forma, posición, tamaño y modificación del contorno del órgano; pero, en cambio; por la misma opacidad a los rayos, nada nos dicen sobre las lesiones intrínsecas, las más frecuentes e interesantes, que son causa de esas alteraciones. Tan solo la neumocistografía nos era útil en ese sentido, en la visualización de cálculos y cuerpos extraños endovesicales.

La casa Von Heyden, de Dresde, ha presentado al comercio, un producto con el nombre de Umbrathor, que permite la visualización radiológica de la mucosa vesical, reflejándonos fielmente las modificaciones de la misma, especialmente en los casos de tumores que nacen de la mucosa o la invaden secundariamente.

El Umbrathor, es un líquido blanquecino, de aspecto lechoso, que sedimenta escasamente con el reposo, por lo cual debe agitarse antes de usarlo. Químicamente es una solución no estabilizada de Dióxido de Torio al 25 o|o, con un contenido de 22 o|o de Torio.

No se ha comprobado la producción de rayos secundarios y su reacción corresponde a un p.H. de 2.8.

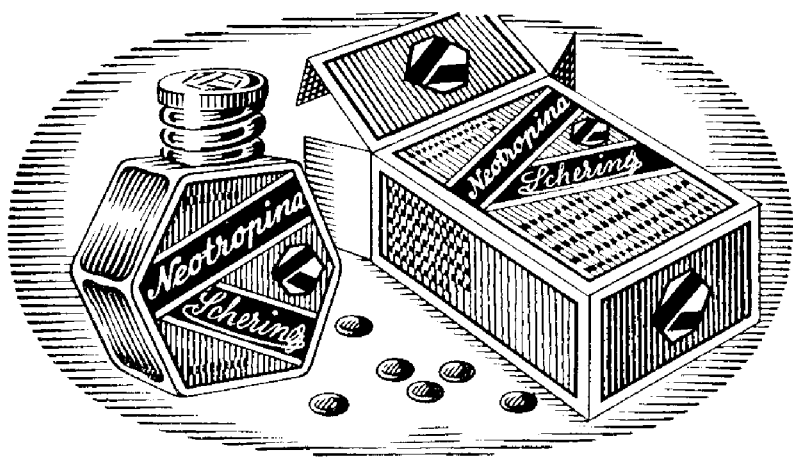
Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Preparado colorante
para el tratamiento de las infecciones
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento
de la blenorragia. Proporciona buenos
resultados en los casos de pielitis y cistitis
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Representante para la Argentina
QUIMICA SCHERING S. A., Calle Perú, 722-BUENOS AIRES

Umbrotor

HEYDEN

es el único medio de contraste para la impregnación de las paredes vesicales

Contrast

HEYDEN

PIELOGRAFIA - CISTOGRAFIA - URETROGRAFIA

Se destacan por:

- 1) Absorción, lo más fuerte posible, de los rayos X.
- 2) Indiferencia fisiológica e inocuidad
- 3) Falta absoluta de irritabilidad.
- 4) Mezclabilidad ilimitada con todos los líquidos.
- 5) Economía.

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS S. A.

RADEBEUL - DRESDE
(Alemania)

Representantes: **Emilio Richter y Cía.**
Guatemala 4641 - Bs. Aires

Instituto Biológico Argentino

Director Científico: Dr. S. DESSY, Bacteriólogo y Anátomo-Patólogo
Asesor Técnico: Dr. ALOIS BACHMANN, Profesor de Microbiología
Prof. Dr. A. LUSTIC, Consultor Científico

DIRECCION y ADMINISTRACION:

RIVADAVIA 1745

BUENOS AIRES

ANALISIS de interés médico e industrial, sueros y vacunas terapéuticas, productos opo y organoterápicos, tuberculina humana y bovina para aplicaciones diagnósticas y terapéuticas en el hombre y en los animales, estudio de las epizootias.

Suero reacción de Wassermann para la sífilis, el equinococo y la tuberculosis
Suero reacción tífica de Widal

FORMAMINA "BIOL"

(INYECCIONABLE Y COMPRIMIDOS)

INDICACIONES: - Infecciones hepatorenales, fiebre tifoidea, neumonia, infecciones puerperales, estados toxi-infecciosos en general.

NUCLEO PROTEINA GONOCOCCICA DESSY

INDICACIONES: Infección blenorragica aguda y crónica y sus complicaciones (Artritis, Epididimitis, Salpingitis, Ovaritis)

PREPARACION DE AUTO-VACUNAS

Las pruebas farmacológicas han sido llevadas a cabo por el Profesor Gros, del Instituto Farmacológico de la Universidad de Leipzig, quien lo considera como una sustancia no tóxica, afirmando lo mismo Regelsberger (*Roentgenpraxis* - 1930 - No. 19), y entre nosotros, el Dr. Heuser, a quien debemos la única comunicación que conocemos en nuestra literatura.

Asegura, también, el profesor Gros, que no existe absorción con el Umbrathor, aun administrado por vía digestiva, donde se usa con idénticos fines.

El Umbrathor coagula en contacto con las mucosas, y, casualmente, a esa coagulación se debe la propiedad de visualizarlas en las radiografías, pudiendo hasta obtenerse la sensación de relieve en las placas estereocópicas.

Coagula también en contacto con los líquidos orgánicos especialmente con la orina, de donde la contraindicación de su uso en las uretero-pielografías, donde puede ocasionar serios accidentes de obstrucción.

Modo de empleo. — Su uso en urología ha sido perfectamente reglado por Weiser, entre otros. De acuerdo a sus sugerencias, procedemos de la siguiente manera:

Administramos al enfermo una hora antes del examen, un enema evacuador, que asegura la limpieza del intestino terminal. Preparamos en el acto la solución de Umbrathor, diluyendo el producto que se expende en el comercio en 1 ó 2 partes de agua destilada. Entibiada dicha solución, se inyecta lentamente, en la medida de su capacidad, no siendo necesario más de 100 ó 150 cc. en caso que ella fuera grande. Tapada la sonda, obtenemos inmediatamente una placa radiográfica, que, en nada difiere de las cistografías comunes, debiendo hacer notar, sin embargo, la nitidez del contraste. Vaciamos a continuación la vejiga, en la forma más completa posible, y acto seguido, sin ningún lavado, practicamos su insuflación lenta, con aire, hasta que la distensión provoque moderado dolor. En ese momento obtenemos una nueva radiografía, buscando la incidencia más apropiada a la finalidad perseguida, radiografías que hemos repetido en ocasiones hasta 15 minutos más tarde, con ex-

celente resultado, aunque aconsejan que la manipulación debe ser rápida, pues la orina que afluye a la vejiga, puede ser causa de la coagulación del líquido contenido en ella, dando lugar a la formación de grumos, que crearían sombras patológicas inexistentes.

Terminada la manipulación, practicamos un lavado vesical con agua destilada y retiramos definitivamente la sonda.

Aconsejamos el empleo de una sonda de Nelaton u otra similar, de goma, para facilitar la insuflación, del No. 18 ó mayor, a fin de permitir la salida de los pequeños grumos a que nos referíamos, al evacuar la vejiga.

Procediendo de esa manera, no hemos tenido el más mínimo accidente que lamentar. La tolerancia para el Umbrathor es excelente, habiéndolo utilizado en casos de cistitis intensa, en los cuales obtuvimos una capacidad muy próxima a la lograda previamente con agua simple. Practicando el lavado a que hacíamos referencia, no hemos observado irritación posterior de la vejiga, ni agudización de la cistitis en los casos ya existentes. Lo hemos practicado en enfermos en malísimo estado general, con neoplasias enormes, sin provocar hematuria ni otros síntomas imputables a la manipulación.

En cuanto a los peligros o contraindicaciones del uso del Umbrathor para las uretero-pielografías, no tenemos experiencia personal. Von Adler Racz, relata, sin embargo, un caso en que lo utilizó en una pielografía, con perfecta tolerancia y sin observar accidente alguno posterior, salvo la persistencia de restos del compuesto de torio hasta 3 semanas después. Brednow, en cambio, en una pielografía doble, provocó una obstrucción de uno de los ureteres, viéndose obligado a practicar el cateterismo para evacuar orina purulenta, teniendo que repetir la operación en dos oportunidades más, después de lo cual desaparecieron todos los trastornos. Es de advertir que en dicha observación, existía una acodadura del ureter que puede haber facilitado su obstrucción.

En nuestros casos personales, hemos observado un reflujo pasivo del lado derecho (figura No. 1), en el cual no

hubo sintomatología alguna posterior, pese al mal estado general del enfermo.

Creemos que, por su inocuidad y, sobre todo, por su tolerancia perfecta, es superior a los otros medios de contraste utilizados en la cistografía corriente, aun fuera de sus particularidades, como medio de diagnóstico.

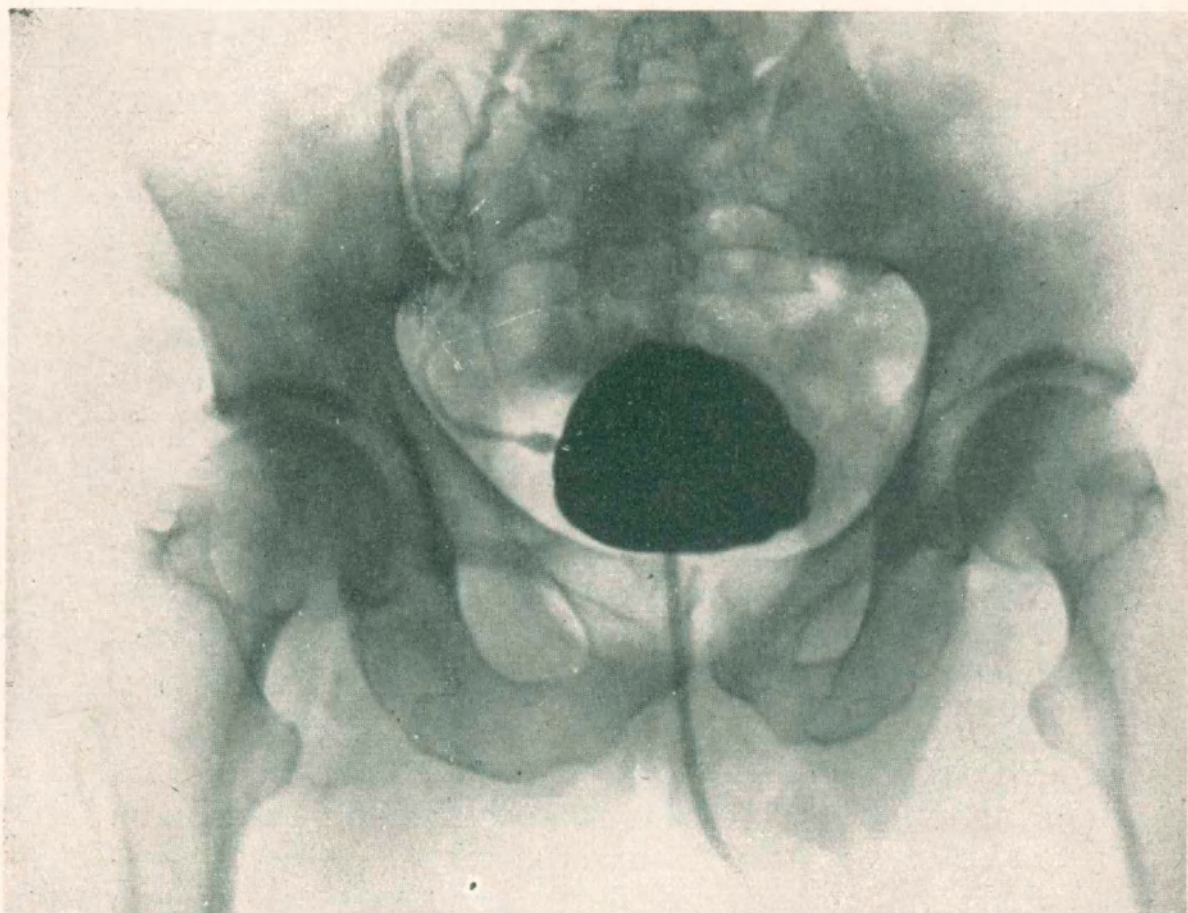


Figura 1 - Observación I - Radiografía No. 38195

Cistografía con Umbrathor - Vejiga de paredes irregulares en su mitad izquierda (infiltración). - Reflujo pasivo de ureter derecho

OBSERVACIONES PERSONALES

OBSERVACION No. 1

Resumen de la historia clínica No. 3594. — S. V. Español, 73 años, casado. Pintor. Ingresa al servicio el 24 de agosto del corriente año, siendo dado de alta el día 31 del mismo mes.

Diagnóstico: Cáncer de vejiga.

Sin antecedentes hereditarios y personales de importancia.

Sin antecedentes urinarios ajenos a su enfermedad actual.

Enfermedad actual. — Se inicia hace aproximadamente 1 año, con fenómenos de cistitis, que aumentan de intensidad, con hematurias terminales muy frecuentes, y en ocasiones, hematurias de tipo

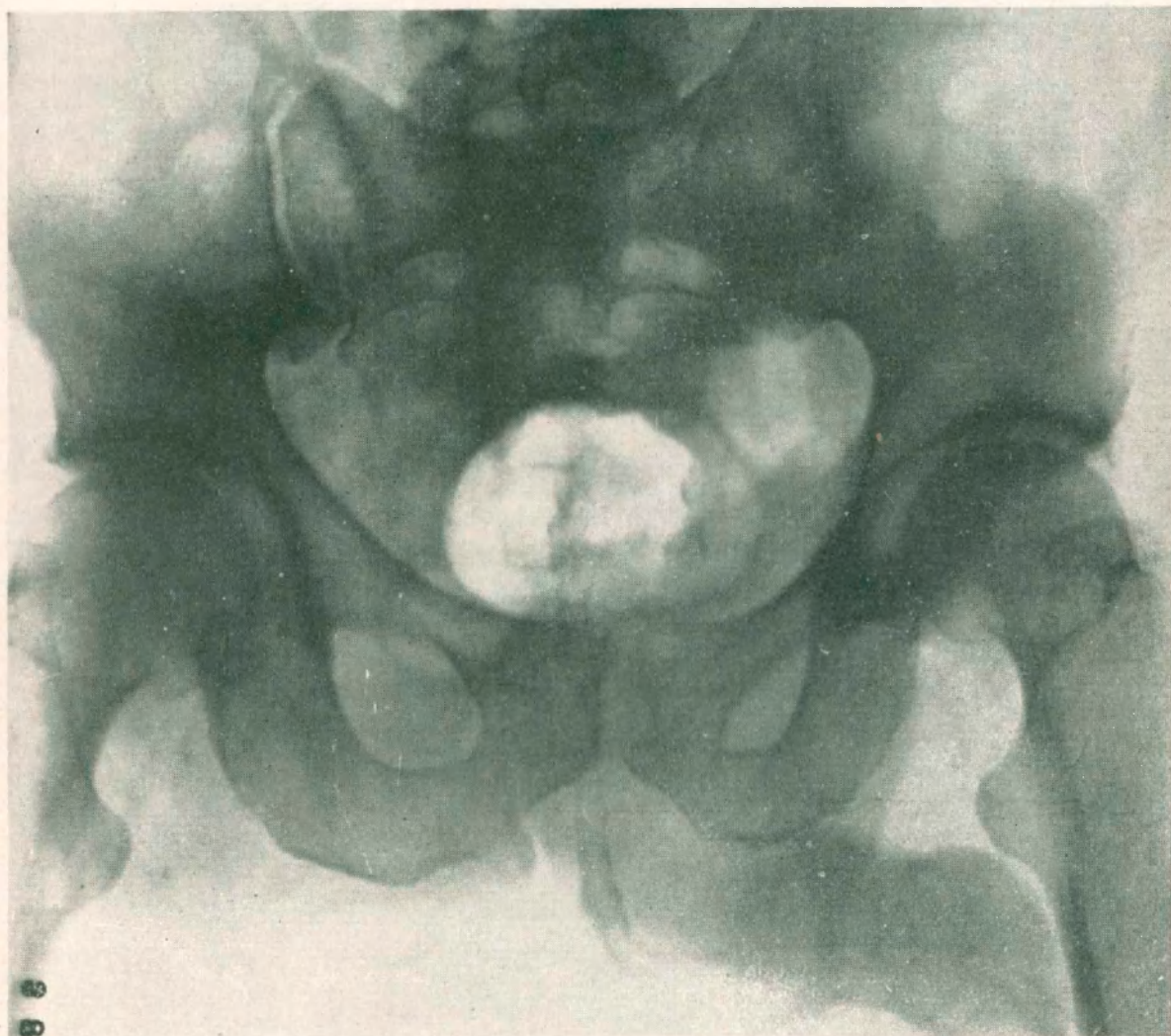


Figura 2

La misma observación anterior, después de evacuada la vejiga y practicada la insuflación. - Obsérvese netamente una masa tumoral, que ocupa casi toda la mitad izquierda de la vejiga

total, con abundante pérdida de sangre. Ha disminuído más de 12 kgrs. de peso, desde la iniciación de la enfermedad.

Estado actual. — Sujeto en pésimo estado general. Orina intensamente hematúrica. Micciones muy frecuentes y dolorosas.

No hay retención vesical. Mala capacidad. Tacto rectal: Próstata de caracteres normales. No se palpa ninguna tumoración.

Riñones y uréteres: Nada de particular.

Cistoscopia. — Dada la intensa hematuria y la mala capacidad vesical, se intenta una cistoscopia con Mac-Harthy. Sin resultados precisos. No puede continuarse la observación por la intolerancia de la vejiga y la persistencia de la hematuria.

En esas condiciones, se le practica una cistografía con Urothor (figuras 1 y 2), que aclara el diagnóstico (radiografía No. 38195). Dado el mal estado general y la extensión de la neoplasia, el enfermo es dado de alta, sin ser intervenido.

OBSERVACION No. 2

Resumen de la historia clínica No. 3618. — J. M. T., 57 años. Español. Casado. Jornalero. Ingresó al servicio el 20 de septiembre de 1932.

Diagnóstico: Cáncer de vejiga.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes urinarios. — Hace 24 años, a consecuencias de un traumatismo, tuvo una hematuria, que desapareció después de 24 horas, no acusando ningún otro síntoma urinario.

Enfermedad actual. — Se inicia hace, aproximadamente, 4 meses, con una hematuria que aparece a raíz de un esfuerzo, con eliminación de coágulos, que dura aproximadamente dos días, desapareciendo con ella toda la sintomatología urinaria.

Desde hace más o menos 20 días, siente ardores al orinar, siendo las micciones más frecuentes, y en ciertas ocasiones, acompañadas de hematuria terminal.

No hay alteración del estado general.

Estado actual. — Enfermo en buen estado general. Orina turbia en ambas copas, no hematóricas.

Riñones y uréteres. — Nada de particular.

Vejiga. — No hay retención. Buena capacidad.

Uretra. — Libre; sin estrechez.

Próstata. — Aumentada de tamaño, blanda, lisa, elástica, poco dolorosa, sin adherencias.

Pene, testículos, etc. — Sin particularidad.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical (300 cc.). Vejiga de paredes lisas, de aspecto normal, sin cuerpos extraños. En el cuadrante inferior derecho, por detrás del orificio ureteral, se observa una masa tumoral del tamaño aparente de un huevo de gallina, pediculada, irregular, de aspecto aframbuesado, rodeada de una mucosa sin lesiones apreciables. Orificios ureterales normales. Relieve y motilidad de cuello: normal.

Análisis de orina. — Albúmina: 0.05 o/oo. Tiene pus. Resto normal.

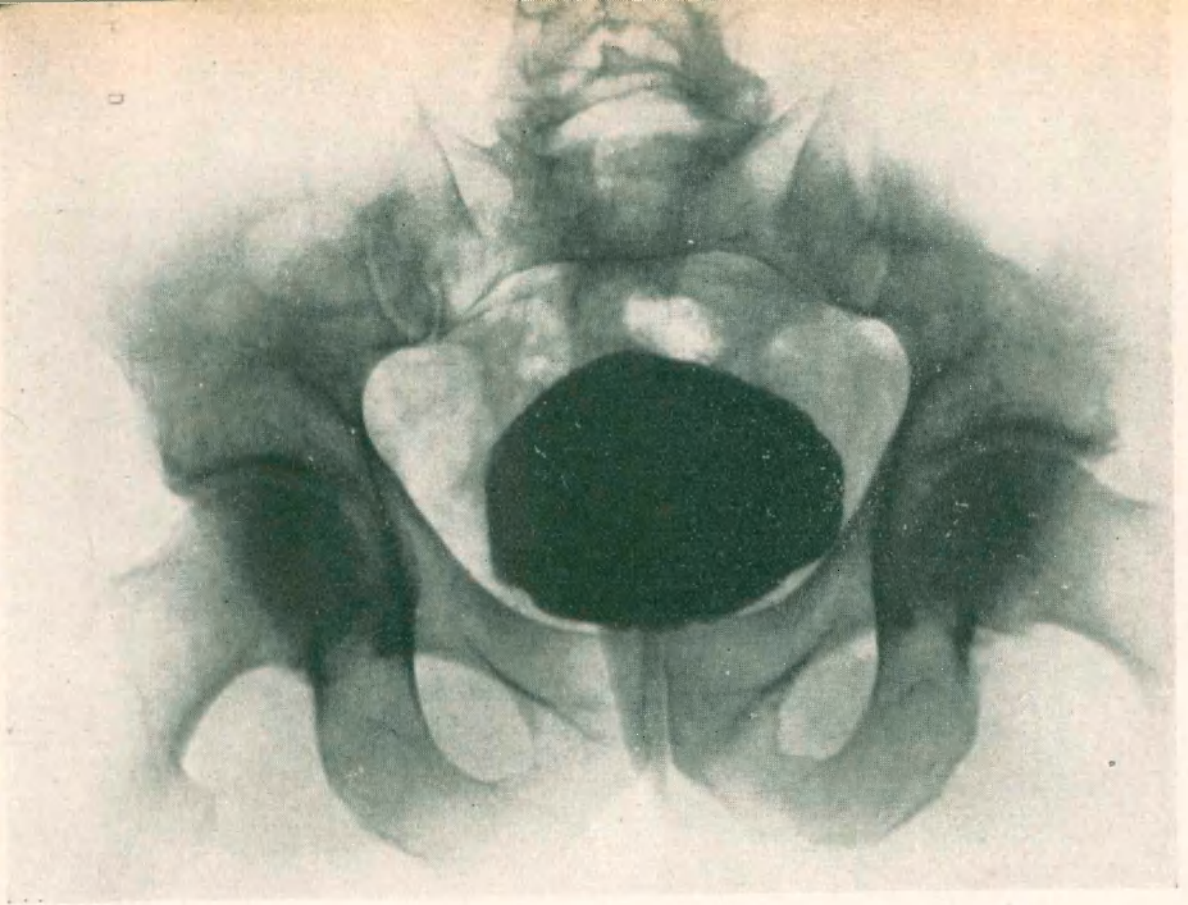


Figura 3 - Observación II - Radiografía No. 38499
Cistografía con Umbrathor - Contorno vesical irregular, como aplanado del lado derecho

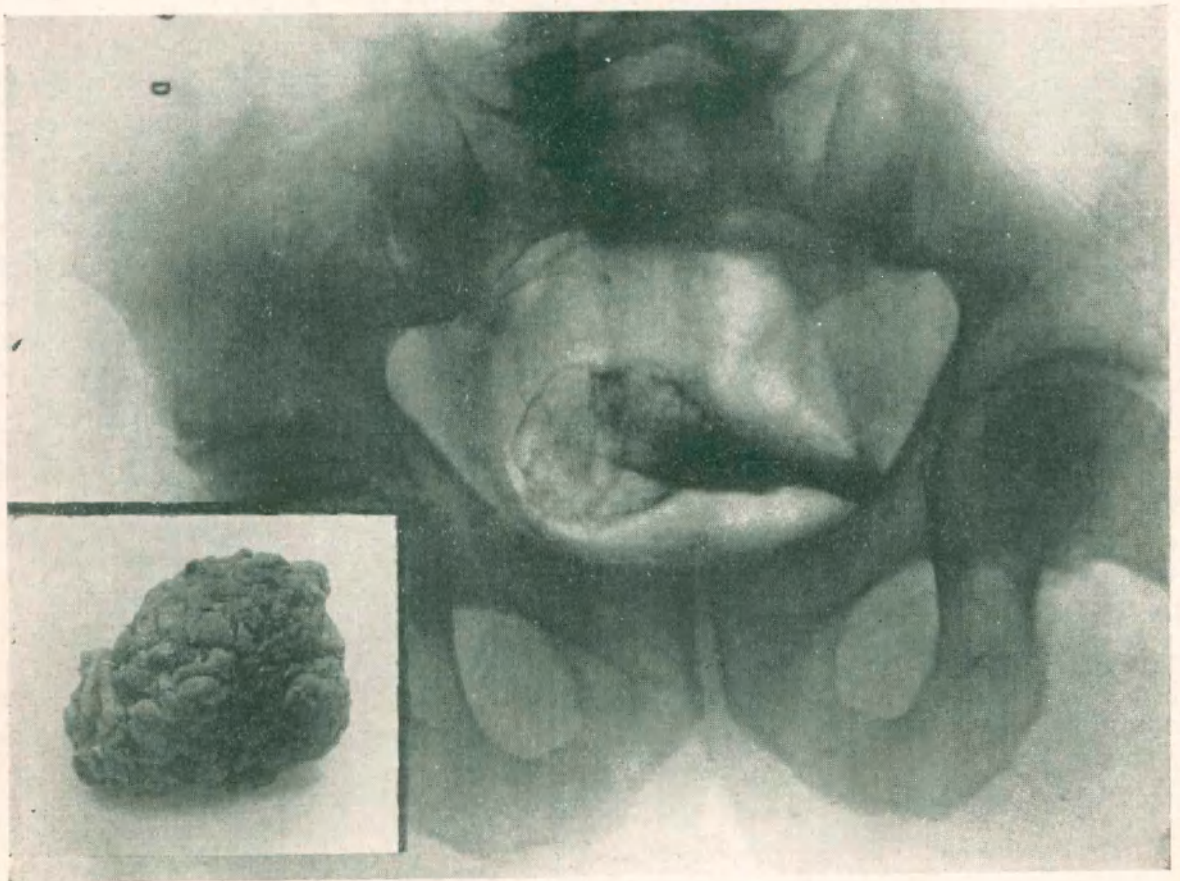


Figura 4
La misma observación anterior, después de practicada la insuflación. - Obsérvese netamente una masa tumoral implantada en la pared posterior de la vejiga. La sombra oscura lateral, es debida a la persistencia de un resto del líquido de contraste. En el ángulo, la pieza operatoria (epitelioma papilar pediculado) en un todo semejante a la imagen radiográfica

Constante de Ambord. — Concentración: 17.93 o/o
 Débito: 28,40
 Azotemia: 0.41 o/o
 Peso: 64 kgs.
 K: 0.082

Sulfofenoltaleína. — Eliminación inicial a los 8'
 Eliminación a los 70': 60 o/o.

Inyección endovenosa de 0.096 grs. de F. S. F.

Tratamiento. — El enfermo es intervenido el 10 de octubre, practicándosele previa cistostomía, la extirpación del tumor, que es francamente pediculado y electrocoagulación del sitio de implantación. Sutura parcial de la brecha vesical y drenaje hipogástrico. El postoperatorio es normal, salvo la elevada tasa de urea sanguínea, que llega a 1.40 grs. o/oo, al tercer día. El examen de la pieza operatoria, practicado por el Dr. Monserrat, demuestra tratarse de un epiteloma papilar (protocolo No. 1816). Umbrathor: Radiografía No. 38499 (figuras No. 3 y 4).

OBSERVACION No. 3

Resumen de la historia clínica No. 3626. — V. C. Español. 68 años. Casado. Agricultor. Ingresó al servicio el 24 de septiembre y es dado de alta el 29 de octubre del corriente año.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes urinarios: Sin antecedentes urinarios, ajenos a su enfermedad actual.

Enfermedad actual. — Se inicia hace aproximadamente 1 año, en que después de unos días de polaquiuria y tenesmo vesical, tiene una hematuria de tipo total, que dura 2 días. Tres meses después, reaparece la hematuria con idénticos caracteres, que se repite desde entonces periódicamente, con intervalos cada vez menores.

Se instala una cistitis, que aumenta de intensidad y desde hace más de 15 días, no cede la hematuria. No ha tenido retención de orina, ni ha eliminado cálculos. No refiere dolores renales. Ha disminuído 5 kgs. de peso en los 2 últimos meses.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general. Se queja de micciones frecuentes e imperiosas, con ardor y tenesmo al final de las mismas.

Orina. — Francamente hematúrica en ambas copas.

Riñones y uréteres. — Nada de particular.

Vejiga. — No se palpa globo vesical. Hipogástrico doloroso a la presión del lado derecho. No hay retención. Escasa capacidad (100 cc.)

Uretra. — Normal.

Tacto rectal. — El tacto rectal no revela nada anormal.

Pene, testículos, etc. — Sin particularidad.

Cistoscopia. — Discreta capacidad (120 cc.). Vejiga irritable. Sobre la mitad derecha de vejiga, hacia las 8 y 11 horas, se ve dos

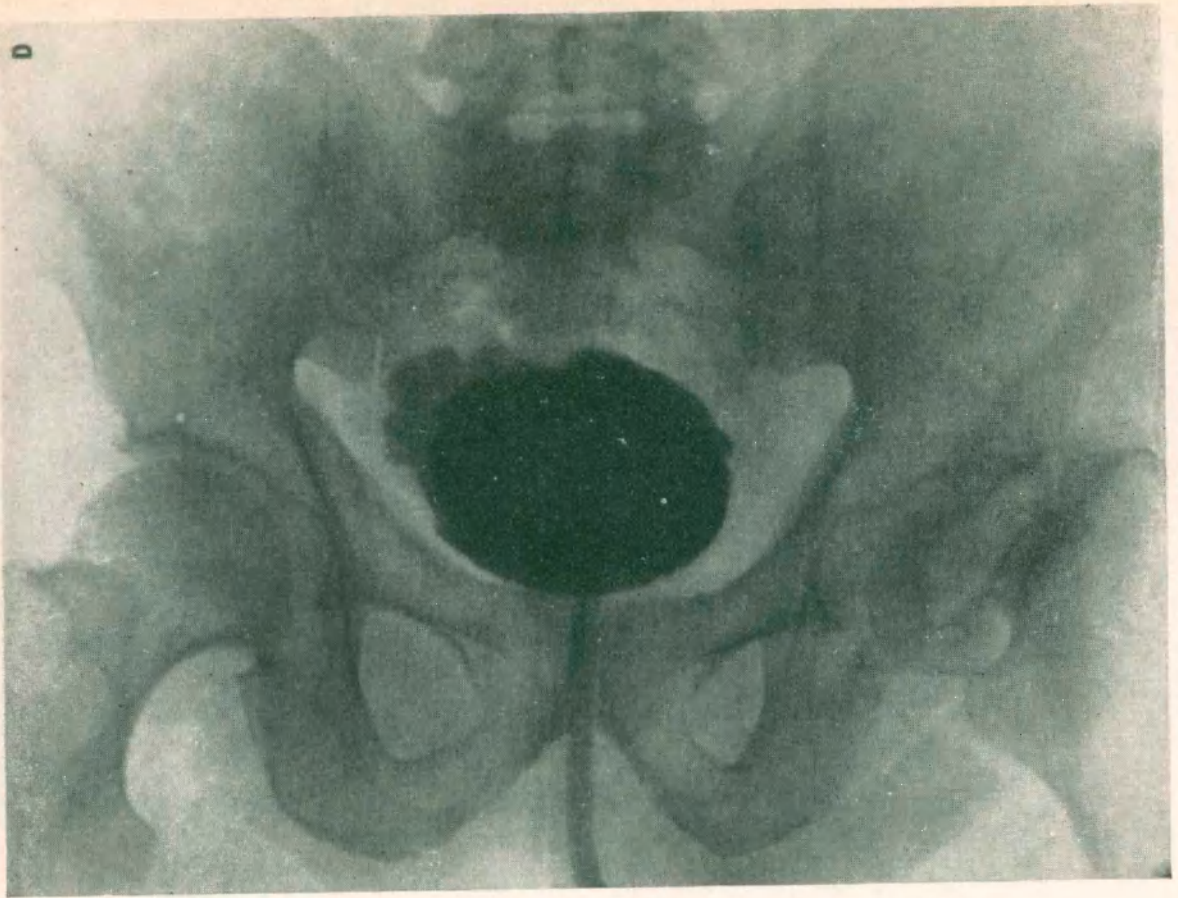


Figura 5 - Observación III - Radiografía No. 38537

Cistografía con Umbrathor - Contorno irregular del cuadrante superior derecho (infiltración neoplásica)

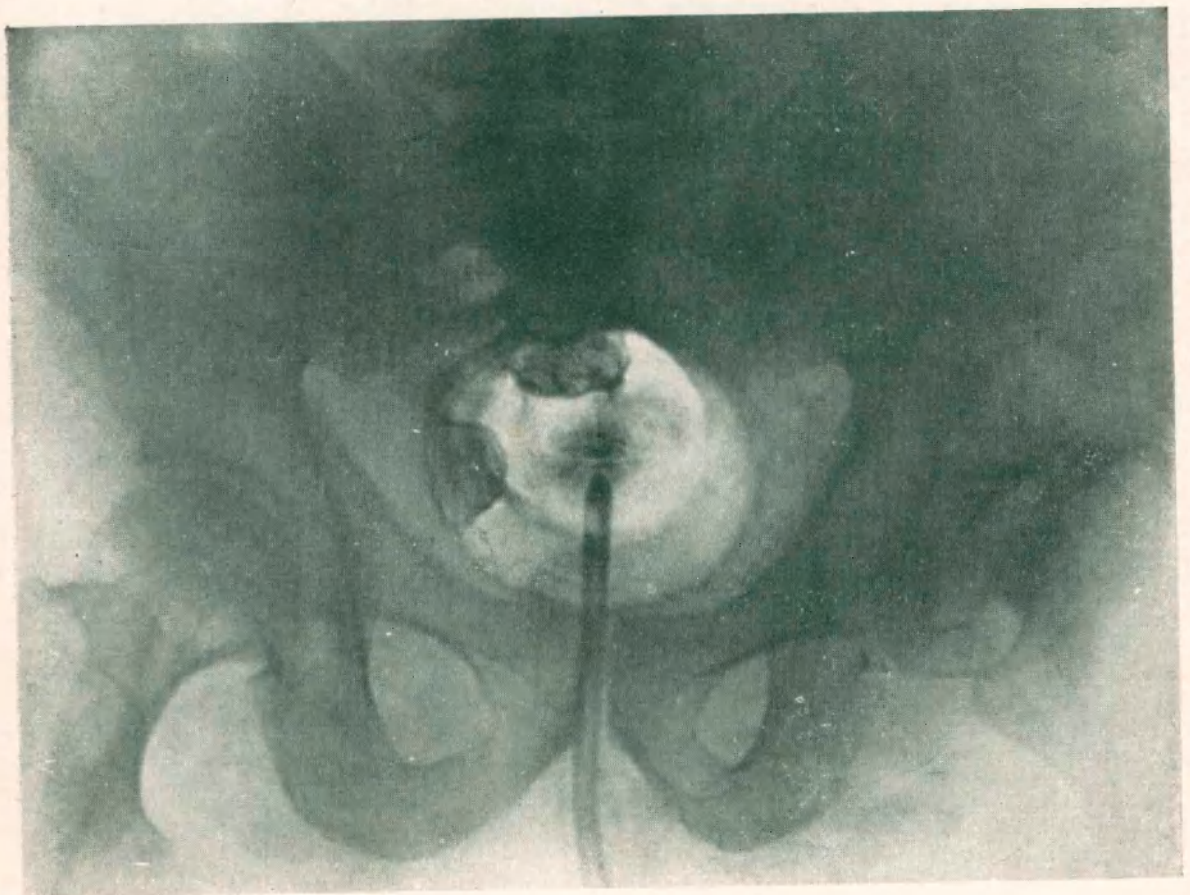


Figura 6

La misma observación anterior, después de practicada la insuflación. - Sobre el contorno del cuadrante superior derecho, se observan dos masas tumorales aisladas netamente limitadas - Resto de vejiga normal

masas tumorales aisladas, del tamaño aparente de un huevo de gallina, de aspecto vellosa, muy vasculares, con un halo congestivo en la mucosa que las rodea. Orificios ureterales de aspecto normal. El derecho está situado a unos 3 centímetros por debajo de la masa tu-

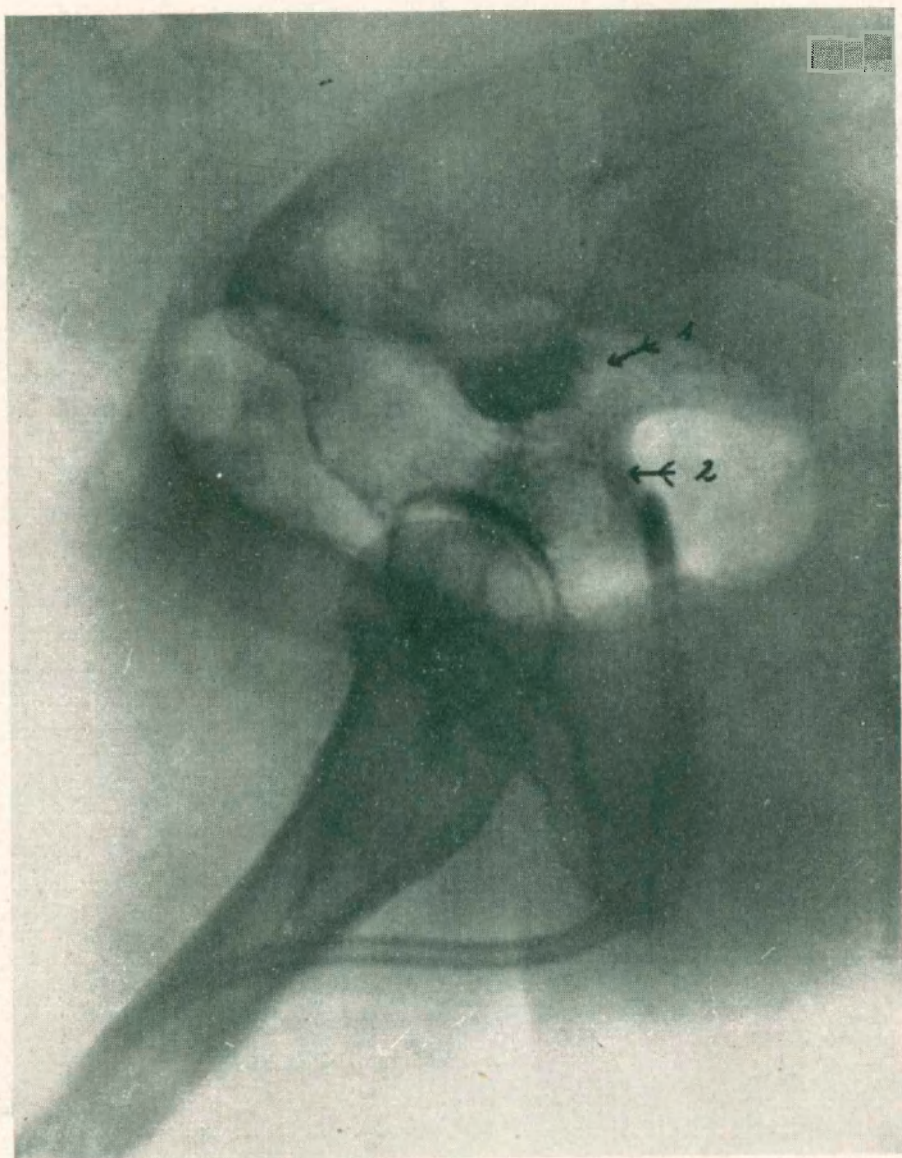


Figura 7

La misma observación No. III, obtenida la radiografía en posición oblicua derecha. Las flechas 1 y 2 indican la posición de las masas tumorales descriptas

moral que refiriéramos hacia las 8 horas. Relieve y motilidad de cuello, normales. Resto de vejiga, sin mayores alteraciones, salvo una discreta congestión.

El análisis de orina, revela la presencia de glucosa. Se instituye un tratamiento dietético e insulínico, hasta su desaparición.

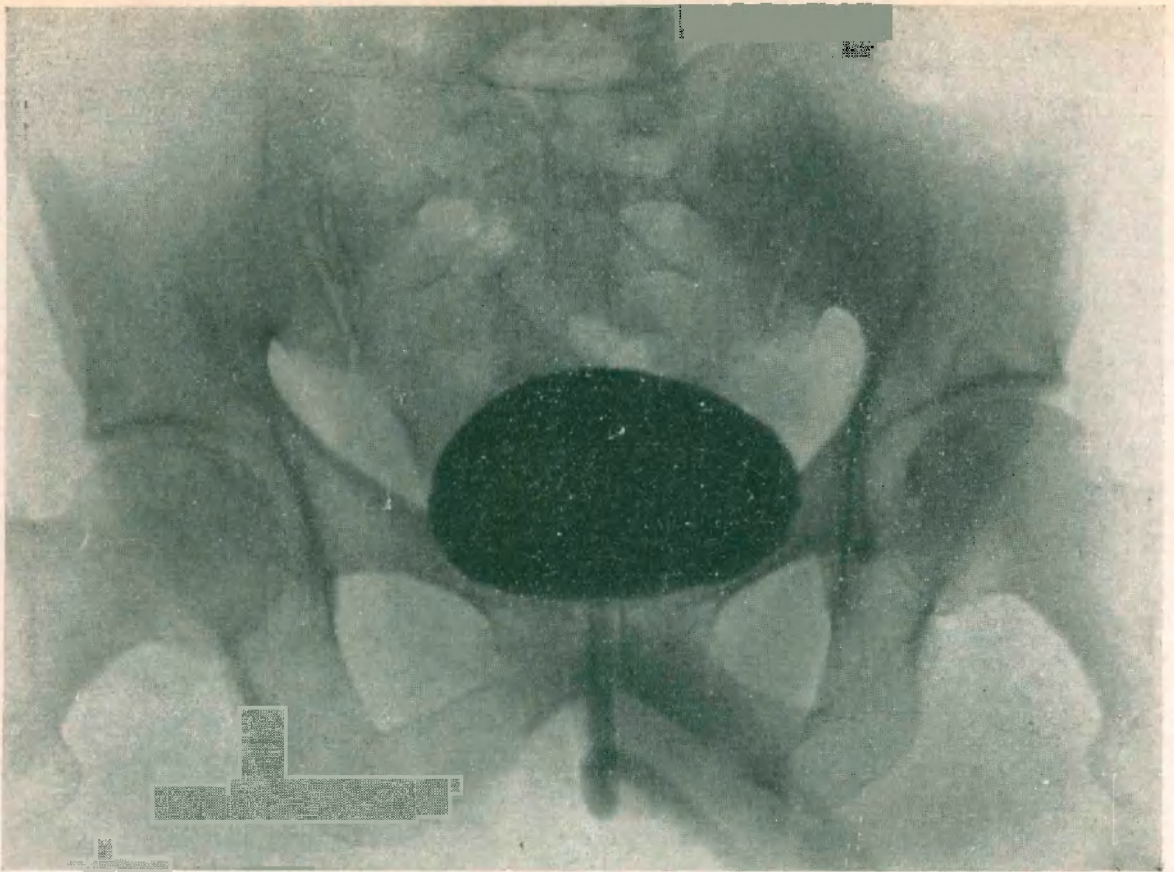


Figura 8 - Observación IV - Radiografía No. 38626
Cistografía con Umbrathor - Imagen vesical normal

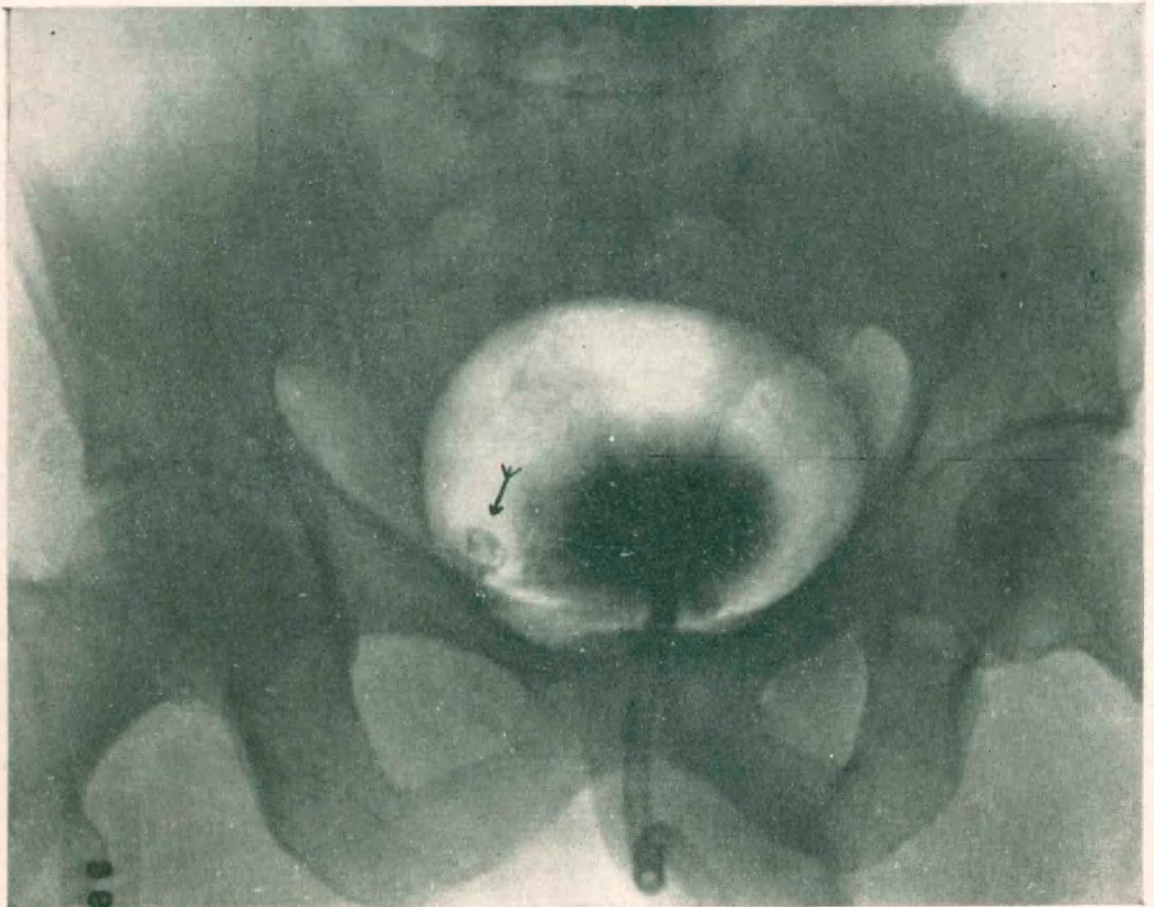


Figura 9

El mismo caso anterior, después de practicada la insuflación. - La flecha indica la posición del pequeño pólipo perfectamente visualizado. - La mancha negra central es debida a restos de Umbrathor

Azotemia: 0.465 o/o.

Cistografía con Umbrathor. Radiografía No. 38537. Figuras 5, 6 y 7.

Tratamiento. — Se le propone un tratamiento quirúrgico, que el enfermo rehusa, siendo dado de alta en las mismas condiciones.

OBSERVACION No. 4

Resumen de la ficha No. 3580 del Consultorio Externo. — L. J. Argentino. 28 años. Soltero. Empleado. Concorre al consultorio externo, el 22 de septiembre del corriente año.

Diagnóstico. — Papiloma de vejiga.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes urinarios: Negativos.

Enfermedad actual. — Concorre al consultorio externo, porque 8 días antes, había tenido una hematuria de tipo total, espontánea, indolora, que persistió durante 3 ó 4 micciones, para hacerse luego de tipo terminal y desaparecer al día siguiente, sin ningún otro síntoma urinario.

Sin modificaciones del estado general.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general, no acusando ninguna sintomatología urinaria en el momento del examen.

Orina. — Limpia en ambas copas.

Examen del aparato urinario. — Negativo.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical (280 cc.). Vejiga de aspecto normal, sin cuerpos extraños. Hacia las 8 horas, por encima del orificio ureteral derecho, se observa un tumorcito veloso, pediculado del tamaño aparente de un garbanzo, con el aspecto de un pequeño papiloma. No hay lesiones de la mucosa que lo rodea. Orificios ureterales normales. Relieve y motilidad de cuello, normales.

Cistografía con Umbrathor. Radiografía No. 38.626 (Figs. 8, 9 y 10).

Tratamiento. — Se practica la electrocoagulación endoscópica del pequeño tumor, que es destruido en una sola sesión, continuando en perfectas condiciones.

OBSERVACION No. 5

Resumen de la historia clínica No. 3640. — E. M. B. Argentino. 60 años. Casado. Catedrático. Ingresa al servicio el 7 de octubre del corriente año y fallece el 23 del mismo mes.

Diagnóstico. — Cáncer de vejiga.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Sin antecedentes urinarios.

Enfermedad actual. — Se inicia hace aproximadamente 2 años, con fenómenos de cistitis y hematurias a repetición. Fué asistido por

un facultativo, quien le diagnosticó un tumor de vejiga, practicándole 11 sesiones de electrocoagulación. Como sus padecimientos van en aumento y empeora notablemente el estado general, decide ingresar al servicio.

Estado actual. — Sujeto en pésimo estado general, en plena caquexia.

Orina. — Hematúrica y fétida.

Micciones. — Muy frecuentes y dolorosas.

Riñones y uréteres. — Nada de particular.

Vejiga. — En hipogastrio, hacia el lado izquierdo, se palpa una

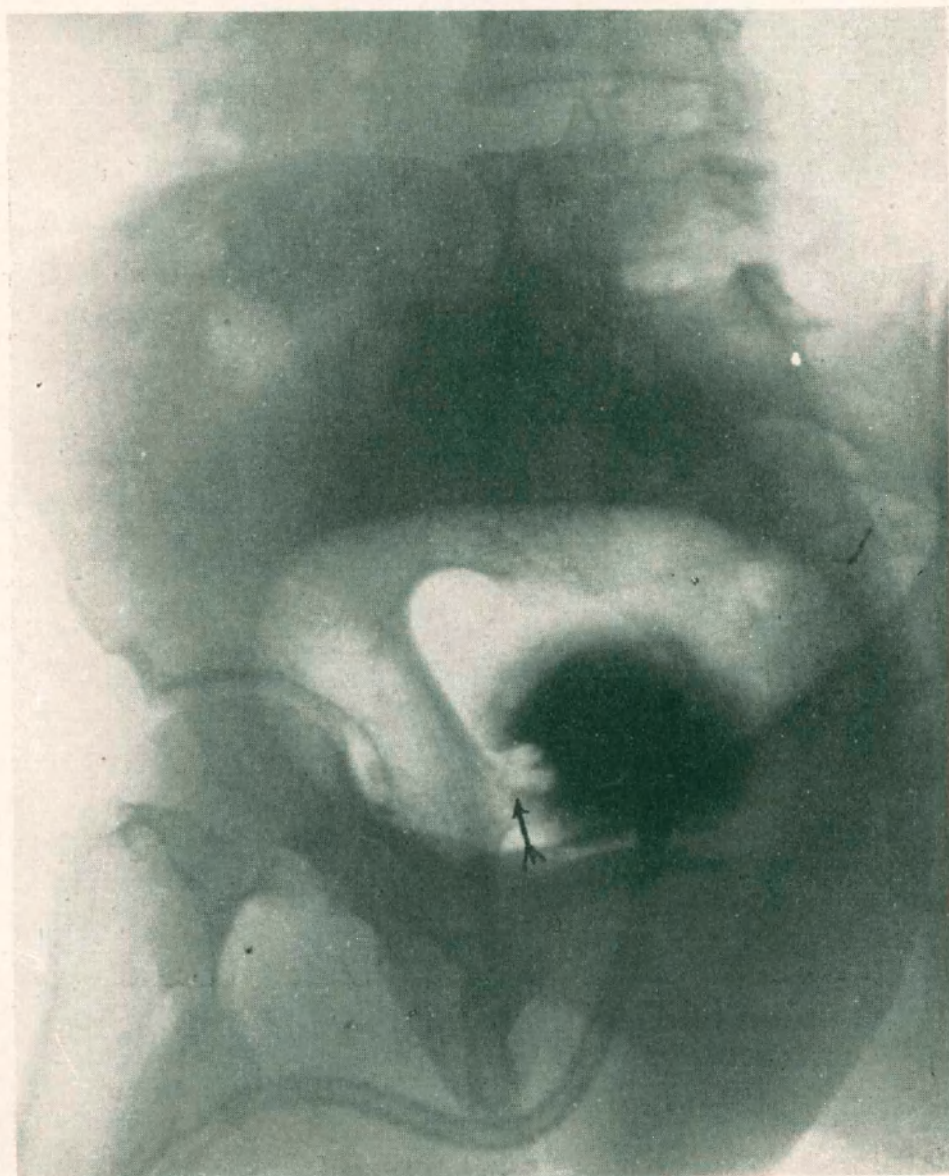


Figura 10

La misma observación IV, en posición oblicua. - La visualización del pólipo indicado por la flecha, es más nítida aun sobre el contraste del líquido acumulado en la vejiga

tumoración del tamaño de un puño, dura, irregular, adherida a las paredes de la pelvis, muy dolorosa a la presión. No hay retención vesical. Capacidad nula.

Uretra: Alargada, sin estrechez.

Tacto rectal. — Por encima de prostata, se palpa una tumoración enorme, dura, irregular, fijada a las paredes de la pelvis, haciendo cuerpo con la tumoración descrita en hipogastrio, a la que trasmite el peloteo, en las maniobras de palpación bimanual.

Pene, testículos, etc.: Sin particularidad.

Cistoscopia. — No puede llevarse a cabo, aun con el Mac-Hartly, dada la falta absoluta de capacidad vesical.

Cistografía con Umbrathor. Radiografía No. 38721 (Figs. 11-12).

Tratamiento. — Dado el pésimo estado general y el enorme desarrollo del tumor, se descarta todo tratamiento quirúrgico. Se coloca sonda permanente. Se acentúa la caquexia y el enfermo fallece a los 15 días de su ingreso.

OBSERVACION No. 6

Resumen de la historia clínica No. 3654, J. M. 62 años. Español. Casado. Empleado.

Ingresa al servicio el 19 de octubre del corriente año y es dado de alta, el 25 del mismo mes.

Diagnóstico. — Tumor látero-vesical derecho de origen ganglionar (linfosarcoma).

Enfermedad actual. — El enfermo ingresa al servicio de clínica médica, del Dr. Badía, por una tumoración ganglionar múltiple, cuya fecha de aparición data de 1 año atrás, habiéndose iniciado primitivamente en la ingle, para extenderse más tarde a otros territorios linfáticos.

Salvo una discreta polaquiuria a predominio nocturno, el enfermo no acusa ningún otro síntoma ni antecedentes urinarios.

Estado actual. — Sujeto en regular estado general. Presenta una voluminosa adenopatía inguinal y crural bilateral y algunos ganglios aislados, en ambas zonas supraclaviculares. Bazo discretamente aumentado de tamaño. En hipogastrio hacia el lado derecho, y parte de fosa ilíaca, se palpa una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, dura, lisa, no dolorosa, que se prolonga en profundidad hacia la pelvis, a cuyas paredes está fijada.

Aparato genito-urinario. — **Riñones y uréteres:** Nada de particular.

Vejiga. — Fuera de los límites de la tumoración descrita, no se palpa en hipogastrio nada anormal. Retención vesical: 50 cc. Buena capacidad.

Uretra. — Alargada, sin estrechez.

Próstata. — El tacto rectal revela la existencia de una tumora-

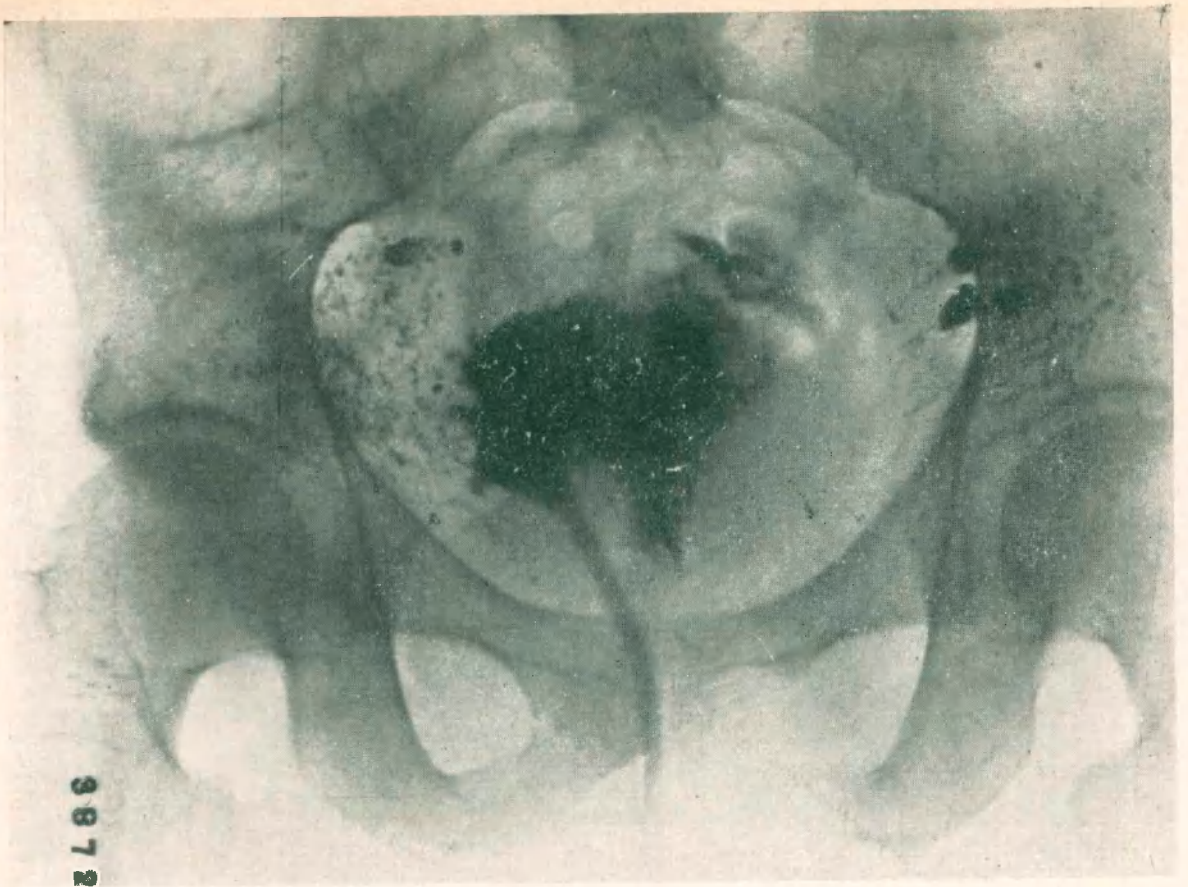


Figura 11 - Observación V - Radiografía No. 38721
Cistografía con Umbrathor. - Vejiga irregular en todo su contorno - Infiltración neoplásica total



Figura 12
El mismo caso anterior, después de practicada la insuflación. - Enorme masa tumoral, más extendida del lado izquierdo, que impide la distensión de la vejiga por el gas.

ción adherida a la pared derecha de la pelvis, cuyos contornos no pueden limitarse, dura, lisa, indolora, que hace cuerpo con la tumoración descrita en hipogastrio, a la cual trasmite los movimientos provocados. Hacia la izquierda y, siguiendo el trayecto de la sonda uretral, se palpa la próstata aumentada de tamaño y consistencia, lisa, indolora, de límites netos y sin adherencias. La uretra prostática y la glándula están rechazadas hacia la izquierda.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical (200 cc.). Uretra posterior y vejiga desplazadas hacia la izquierda, siendo necesario lateralizar el cistoscopio hacia la derecha, para "despegarlo" de sus paredes. Vejiga con esbozos de celdas y columnas. Relieve prostático muy marcado. Orificios ureterales no visibles. Mucosa vesical de aspecto normal.

Diagnóstico cistoscópico. — "Tumor latero-vesical derecho extrínseco. Hipertrofia de próstata".

Se practica una cistografía con Umbrathor (figs. 13-14), que revela la existencia de un casquete prostático típico y la lateralización de la vejiga. (Radiografía No. 38865).

Una biopsia practicada en el servicio del doctor Badia, de uno de los ganglios inguinales, que está aun en estudio, permite adelantar sin embargo, que se trata de un tumor mesenquimático maligno, de origen ganglionar.

Como la afección urinaria pasa a un segundo plano, el enfermo vuelve al servicio de clínica médica, para su tratamiento.

OBSERVACION No. 7

Resumen de la historia clínica No. 3660. — A. J. M. Argentino. 21 años. Casado. Electricista. Ingresó al servicio el 24 de octubre del corriente año y es dado de alta el 31 del mismo mes.

Diagnóstico. — Litiasis vesical.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes urinarios. — Hemorragia con epididimitis a los 23 años.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente 1 año, el enfermo sufrió dos cólicos renales seguidos, uno del lado derecho y otro del izquierdo, sin eliminación de cálculos, después de lo cual desaparecieron sus molestias.

Hace 15 días, nuevo cólico izquierdo, y desde el día siguiente, intensa poliuria y disuria, más acentuada en la posición de pie, viéndose obligado a orinar acostado.

Estado actual. — Buen estado general. Se queja de intensa poliuria, con fuertes dolores al final de la micción y hematuria terminal.

Orina. — Turbia, en ambas copas.

Riñones y uréteres. — Nada de particular.

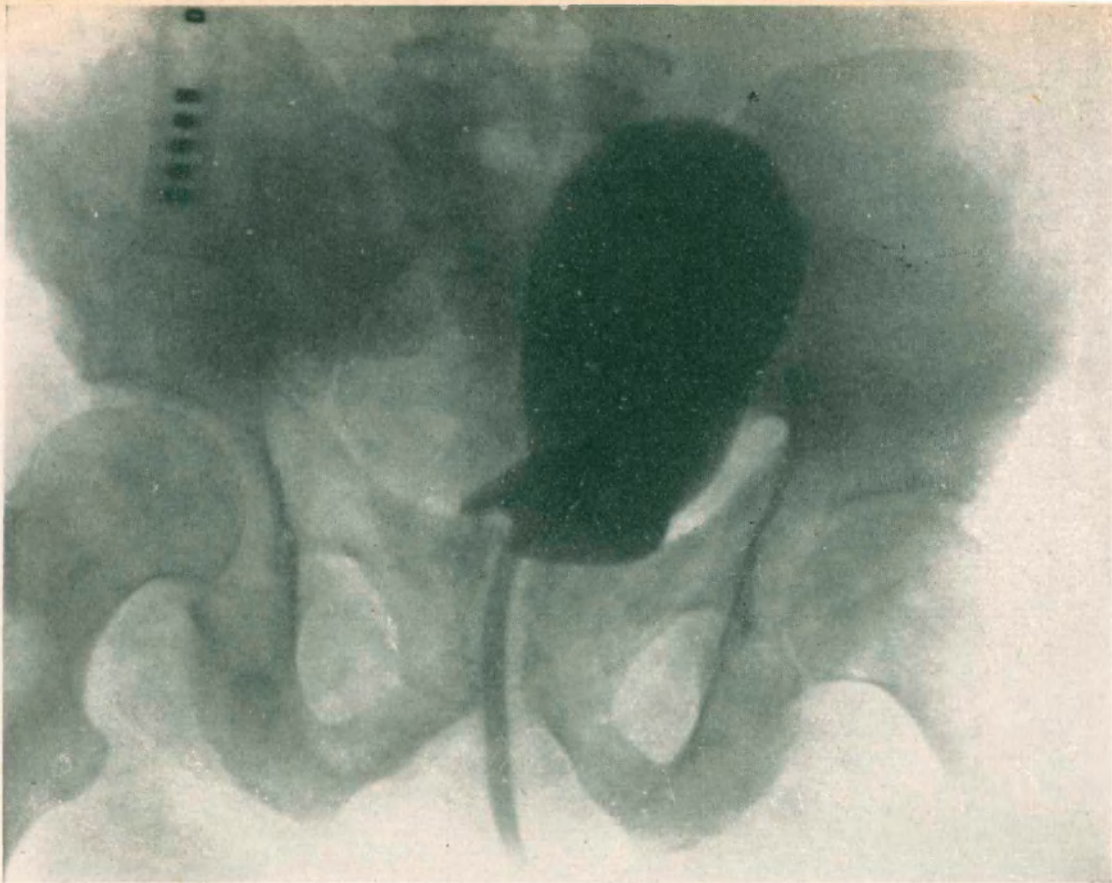


Figura 13 - Observación VI - Radiografía No. 38865

Cistografía con Umbrathor - Vejiga desplazada hacia la izquierda por un tumor extrínseco látero-vesical. - Contornos nítidos y regulares

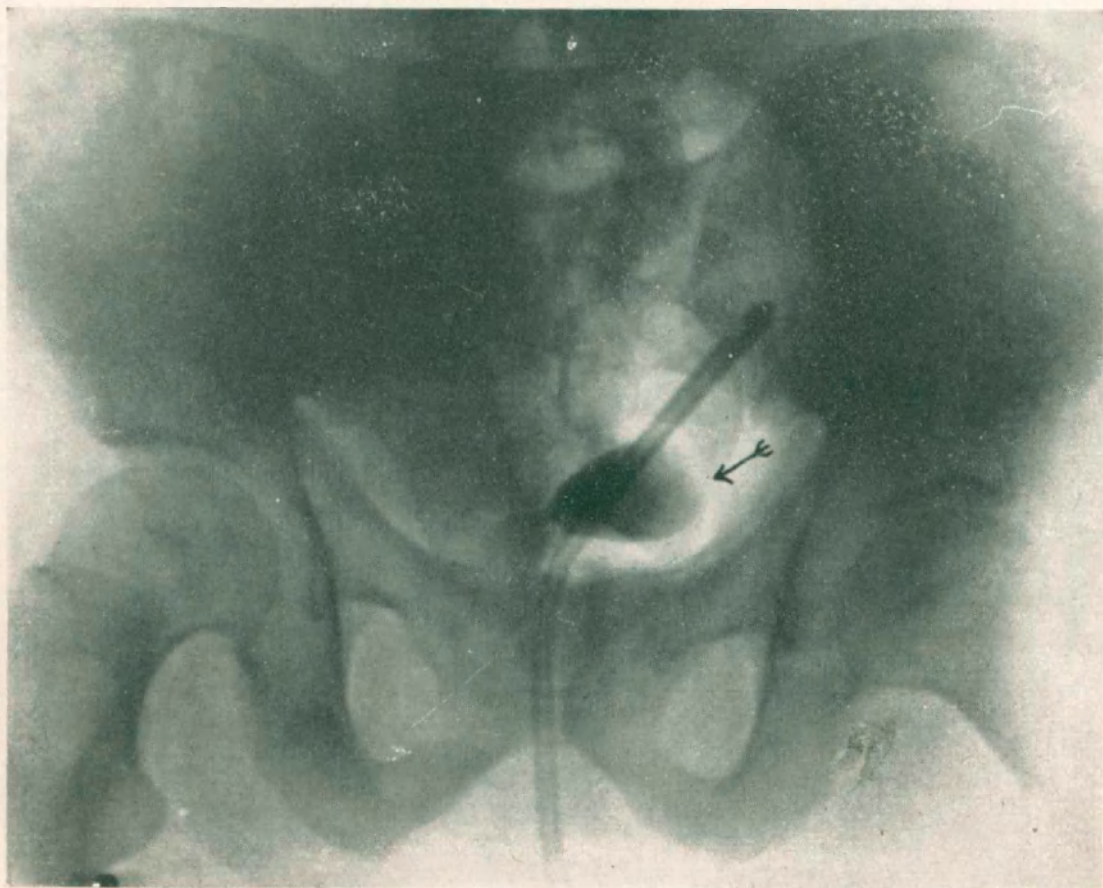


Figura 14

La misma observación anterior, después de evacuado el Umbrathor y practicada la insuflación. - Se observa idéntico desplazamiento de la vejiga y en el bajo fondo, se visualiza netamente un casquete prostático a gran relieve vesical (indicado por la flecha)

Vejiga. — No hay retención. Mala capacidad. La sonda choca con un cuerpo duro, que impresiona como un cálculo.

Uretra. — Libre.

Próstata. — Normal.

Cistoscopia. — Mala capacidad vesical (80 cc.). Mucosa conges-

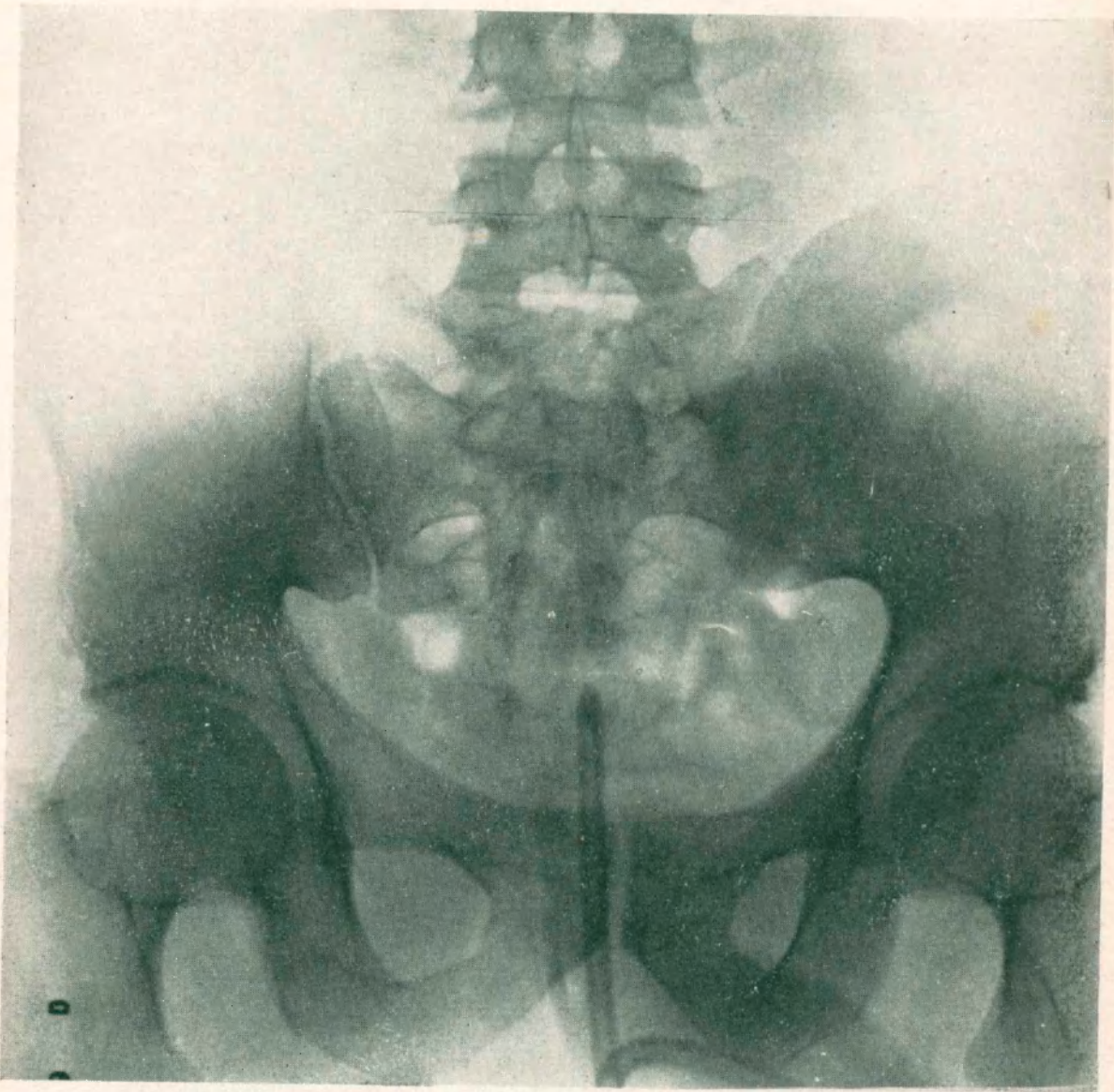


Figura 15 - Observación VII - Radiografía No. 38919

Radiografía simple de vejiga. - No se visualiza el cálculo observado en la cistoscopia. En bajo fondo, por detrás del ligamento interuretérico, se observa un cálculo del tamaño aparente de un huevo de paloma, libre. Orificios ureterales normales.

Cistografía con Umbrathor. Radiografía No. 38919 (Figs. 15-16).

Tratamiento. — Litotricia endoscopia (Joseph), previo un enema laudanizado. Curación.

OBSERVACION No. 8

No. de orden, 3712. Nombre, J. C. Edad, 63 años. Estado, casado. Profesión, herrero. Nacionalidad, español. Sala I, Cama 243. Entrada, noviembre 30. Salida, fallece el 3 de diciembre. Diagnóstico: cáncer de vejiga. Tratamiento cistostomía. Extirpación del tumor. Electrocoagulación.

Historia clínica. — **Antecedentes hereditarios:** Sin importancia. **Antecedentes personales.** — Sin importancia.

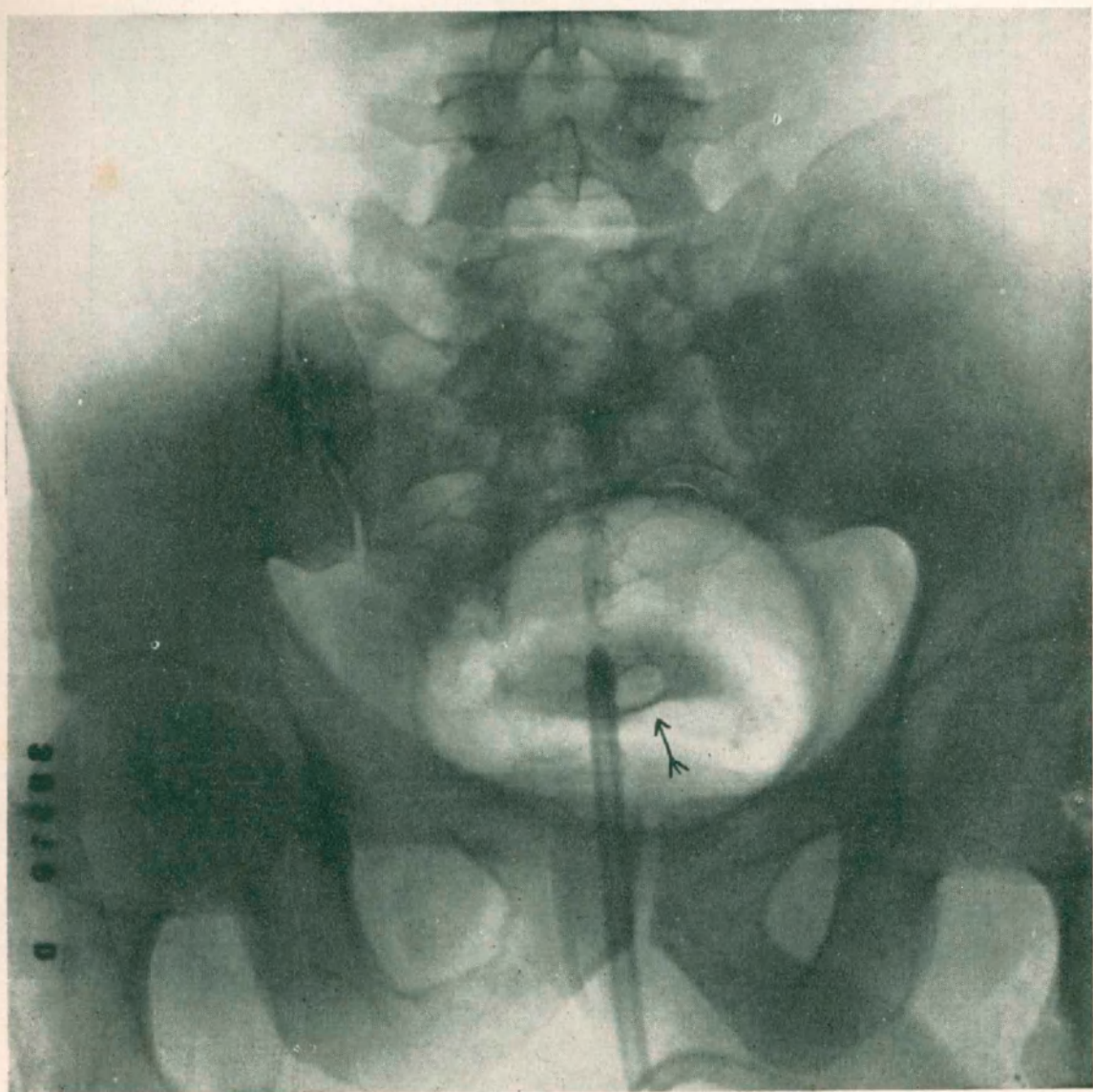


Figura 16

La misma observación anterior. - Cistografía con Umbrathor - Después de practicada la insuflación, se obtiene esta radiografía, que demuestra netamente la presencia de un cálculo, invisible de por sí a los rayos X.

Antecedentes urinarios. — Sin antecedentes urinarios ajenos a su enfermedad actual.

Enfermedad actual. — Refiere el enfermo que, hace aproximadamente 3 años, tuvo una hematuria espontánea, de tipo total, sin emisión de coágulos y con ligero ardor y tenesmo vesical, durando aproximadamente 3 días y desapareciendo toda sintomatología vesical (polaquiuria y dolor), más llamativa; desaparece a los 2 ó 3 días, pero a raíz de ella, continúan los fenómenos vesicales, que se acentúan paulatinamente, hasta que son en ocasiones muy abundantes.

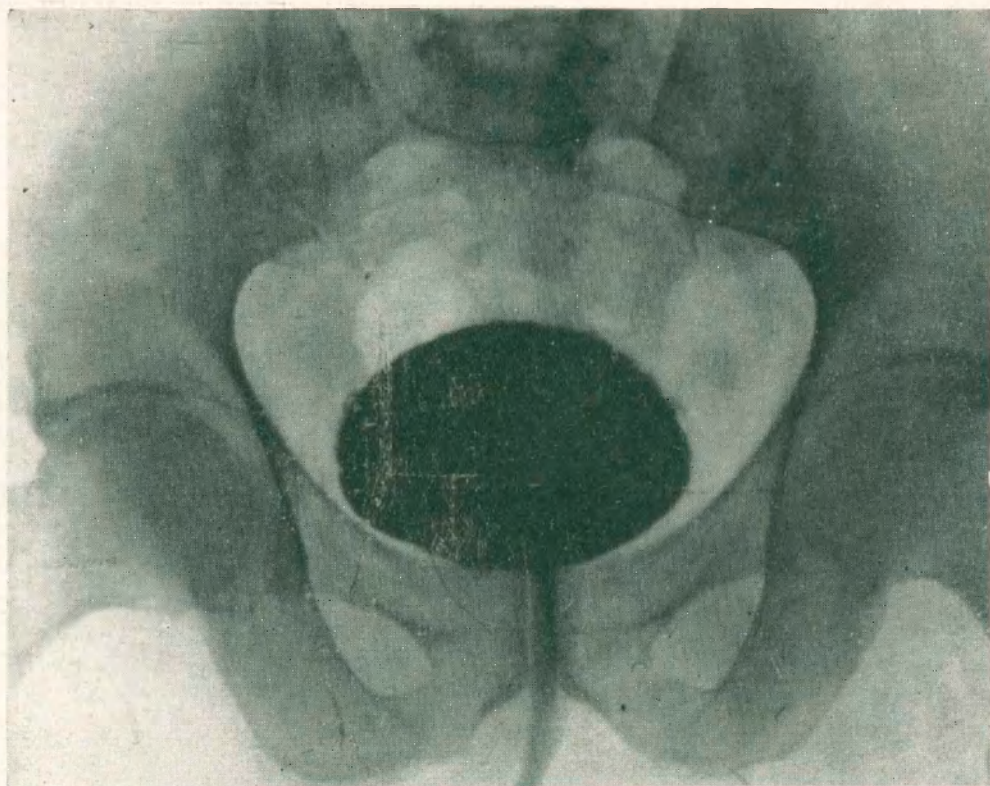


Figura 17 - Observación VIII - Radiografía No. 39.354
Cistografía con Umbrathor. - Vejiga de forma y tamaño normal. - Ligera irregularidad del contorno por la presencia de pequeñas celdas

Ha perdido 8 kgrs. de peso en los últimos meses. Desde hace aproximadamente 20 días, sus padecimientos son muy intensos, por lo cual concurre al consultorio externo, donde se lo hace internar.

Estado actual. — Sujeto en mal estado general. Muy denutrido. Febril (38,2 grados). Se queja de intensa polaquiuria con fuertes dolores durante y al final de la micción.

Orina, intensamente hematúrica, de olor fétido.

Riñones y uréteres: Nada de particular.

Vejiga: No se palpa globo vesical. Hipogastrio doloroso a la presión. No hay, sino, muy escasa retención (15 cc.).

Mala capacidad vesical (80 cc.).

Uretra: Libre, poco alargada.

Prostata: Discretamente aumentada de tamaño, blanda, lisa, sin adherencia, dolorosa a la presión. El tacto rectal no acusa nada anormal, fuera de lo mencionado.

Pene, testículos, etc.: Sin particularidad.

Cistoscopia. — Escasa capacidad vesical (120 cc.), obtenida previa anestesia con novocaína al 2 o/o. Sobre el lado derecho de vejiga, se nota inmediatamente la presencia de una masa tumoral del

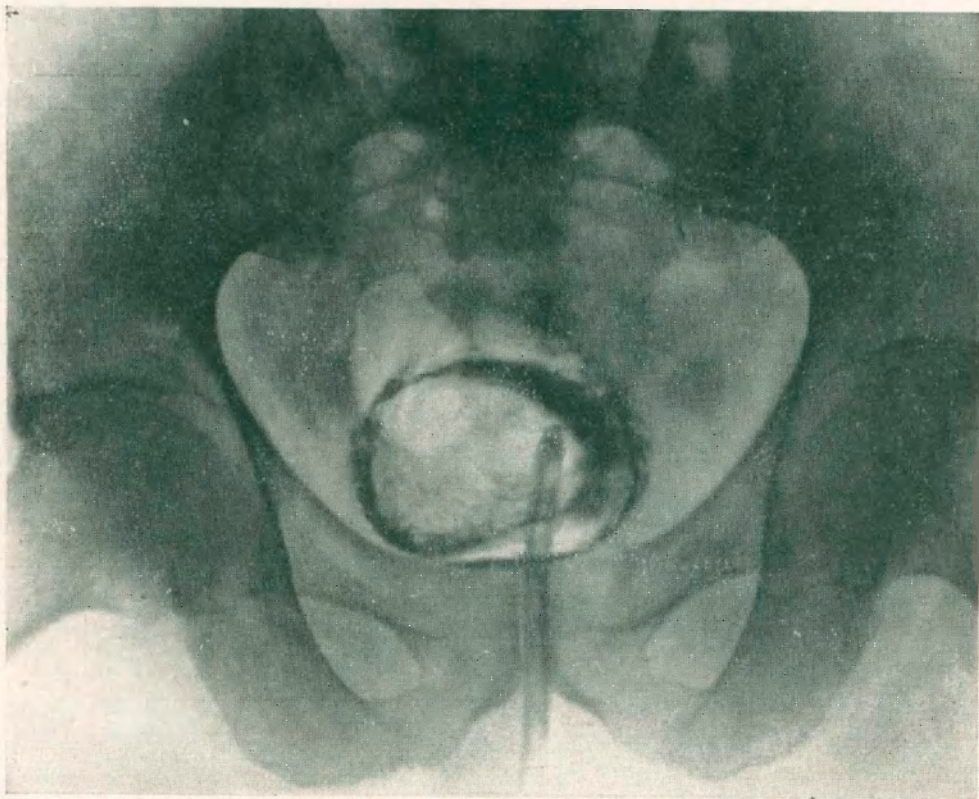


Figura 18

La misma observación anterior, después de practicada la insuflación. Obsérvase una masa tumoral única, voluminosa, rodeada de un halo obscuro, debido a restos de Umbrathor

tamaño aparente de un puño, de superficie irregular, muriforme, de color rojo vinoso, con algunos puntos francamente negruzcos de aspecto necrótico. La tumoración parece implantada por un pedículo grueso, por encima del orificio ureteral derecho, que, durante una eyaculación, llega a verse inmediatamente por debajo de ella. La pared vesical que rodea la tumoración así como el resto de la mucosa, no presenta alteraciones visibles, salvo una discreta congestión. Orificio ureteral izquierdo normal. Relieve de cuello deformado, por una discreta hipertrofia de ambos lóbulos prostáticos.

Cistografía con Umbrathor. (Radiog. No. 39354. Figs. 17, 18 y 19).

Tratamiento. — Es intervenido el 2 de diciembre, bajo anestesia

general mixta (Roth-Drager), practicándosele una eistostomía, extirpación del tumor a radio bisturí y electrocoagulando la base de implantación. El tumor extirpado es del tamaño de una mandarina, negruzco, de consistencia encefaloide, con vastas zonas hemorrágicas. Se practica estudio histo-patológico.

El enfermo, después de la operación, queda en estado de choc, falleciendo a las 24 horas, sin sintomatología local predominante.

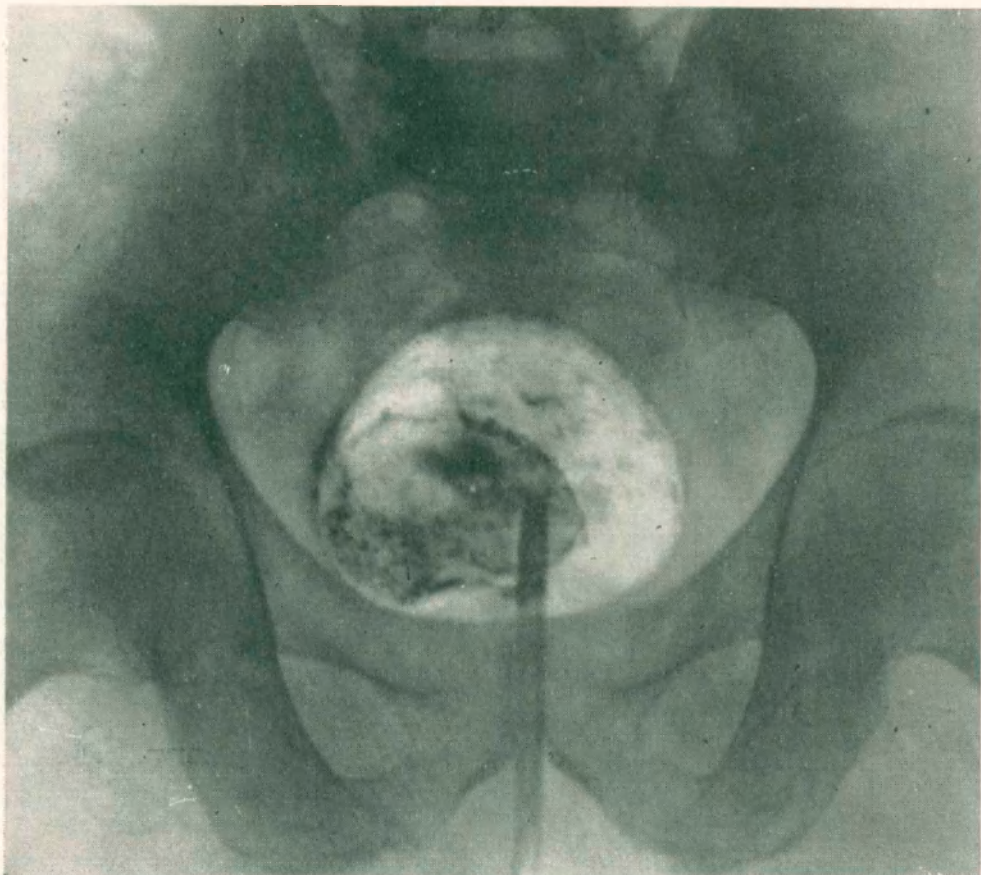


Figura 19

La misma observación VIII, con insuflación de mayor cantidad de aire. Se observan más netos los límites vesicales y de la tumoración. - Las pequeñas manchas sobre la venosa, corresponden a las celdas, visualizadas por el Umbrathor

CONCLUSIONES

El Umbrathor es una adquisición reciente, de positiva utilidad para la visualización de la mucosa vesical, y especialmente, para el diagnóstico radiológico de los tumores.

Su inocuidad, su tolerancia perfecta y la facilidad de su empleo, hacen de él, un medio de exploración al alcance de

todos, que, seguramente, ha de llegar a tener gran difusión entre los radiólogos.

No lo creemos, ni mucho menos, superior a la cistoscopia en el diagnóstico de los tumores vesicales, a la cual no podrá reemplazar, pero sí, confirmar o ampliar sus enseñanzas, y suplirla en los casos en que, por cualquier contingencia, no pueda llevarse a cabo.

DISCUSION

Dr. Heuser. —

Celebra haber concurrido a una sesión tan interesante, desde el punto de vista radiológico y felicita a los autores por las magníficas radiografías obtenidas, especialmente la del pequeño pólipo vesical. Insiste en la importancia y practicidad del método y recomienda el uso del Thorotrast, un dióxido de torio estabilizado y esterilizado, para ser usado en el árbol urinario superior.

Dr. Astraldi. —

Dice que los resultados obtenidos con el nuevo producto le resultan sorprendentes y, desde luego, muy superiores a aquéllos que utilizan un medio yodado, con los cuales no ha obtenido éxitos comparables. Cree que el procedimiento tiene una importancia capital, especialmente en los casos de tumores de gran desarrollo, como suele verlos frecuentemente en el Instituto del Cáncer. Piensa utilizarlo en combinación con el enfisema peri-vesical, que practica habitualmente en los casos de tumores de la vejiga, y espera con ello, mejorar el método y aumentar las enseñanzas.

Dr. Pagliere. —

Dice haber observado en uno de los casos presentados, un reflujo ureteral, y, como los autores hablan de flocculación del

producto en contacto con una substancia orgánica y hasta con la orina, piensa en las posibles ulterioridades en un caso semejante.

Dr. García.—

Al Dr. Heuser, agradece los conceptos vertidos y pone a su disposición el material utilizado. En cuanto al Thorotrast, dice que lo utiliza diariamente de mucho tiempo atrás, habiéndolo adoptado para todas las pielografías, con excelentes resultados. Pero, justamente, como es un dióxido de torio estabilizado, que no flocula, no sirve para el método a que se refiere la comunicación.

Al Dr. Astraldi, agradece también el elogio, y cree que el procedimiento que indica, debe ser de positiva utilidad.

Al Dr. Pagliere, le refiere que en el caso de reflujo observado, no ocurrió ningún accidente posterior. Dice no haberlo utilizado para pielografía por los posibles accidentes mencionados, y no tiene experiencia al respecto. Pero cita los casos de Rednow y Von Adler Racz, a que hace referencia en la comunicación, y que no los ha leído a fin de abreviarla y mostrar detalladamente las radiografías obtenidas.
