

Dificultades de la micción. — El enfermo orina con dificultad, consistiendo eso en que al comenzar a orinar tiene que hacer gran esfuerzo, el chorro es intermitente (micción a pequeños chorros). El esfuerzo para orinar es continuado, desde el principio hasta el fin de la micción. Para orinar el enfermo debe ponerse en cuclillas. En resumen: chorro entrecortado y gran esfuerzo para orinar.

Modificaciones del chorro. — Chorro fino, no describe la trayectoria normal, cae babeando.

Dolor. — Hay dolor aunque poco acentuado; en su comienzo es gradual, concomitante con el principio de la micción persistiendo y acentuándose al finalizar ésta, y desaparece a los 2 o 3 minutos de terminar el acto.

Hay dolor en los intervalos de la micción.

Localización del dolor. — En toda la extensión de la uretra localiza el enfermo el dolor, como asimismo señala la aparición de sensación dolorosa a nivel de la región lumbar derecha al comenzar la micción.

Dolor provocado. — Leve dolor uretral a la palpación. Dolor intenso al sondaje. Al comprimir el bajo vientre (región supra-pubiana) experimenta el enfermo más dolor, referido a uretra posterior y región prostática.

Análisis de orina. — Cantidad 250; Color Ambar; Aspecto turbio; Sedimento escaso; Espuma blanca; reacción alcalina; Densidad 1017; Urea 16,33 gr. o/oo; Fosfatos 1,20. gr. o/oo; Cloruros 9,50. gr. o/oo.; Urobilina no contiene; Albúmina contiene vestigios; Glucosa no contiene; Pig. Biliares no contiene; Bilis no contiene; Acidos biliares no contiene; Sangre no contiene; Pus no contiene.

Examen microscópico. — Escasas células epiteliales planas.

Leucocitos granulados (pus). Concreciones úricas.

Estado General. — Fiebre: no existe. Vías digestivas: Funcionan regularmente. Estado de la piel: Normal. Sujeto: Bien conservado.

Examen Físico. — Inspección en la esfera génito urinaria: Nada de particular.

Exploración de la uretra: Pasa libre el explorador N° 18. Uretra muy sensible.

Exploración de la vejiga: Vejiga muy sensible a la distensión. Retención 300gr. Cistoscopia: Abril 15 de 1925. Vejiga muy congestionada. Orificio ureteral izquierdo no se ve. En el sitio del orificio ureteral derecho se ve la en-

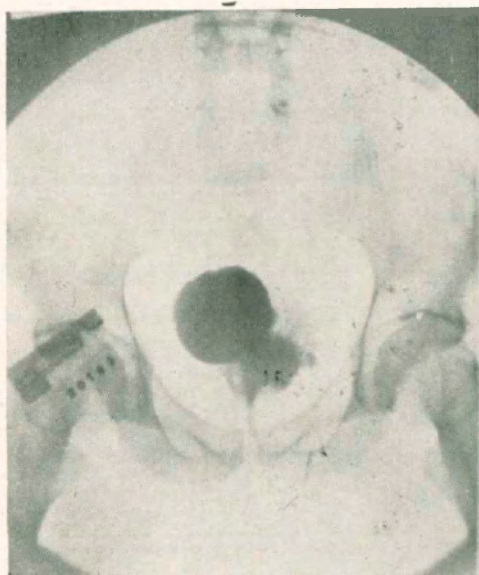
trada de una cavidad, se cateteriza esta cavidad, y sale un líquido claro, 150 cm.3 en forma continua. Una vez evacuado este líquido se inyecta en la cavidad, bromuro de sodio y se hace una radiografía y muestra un divertículo vesical.

Próstata: Aumentada de volumen, muy sensible.

Testículos, cordones, vesículas seminales: Nada de particular.

Riñones: No se palpan.

Radioscopias y Radiografías.



Figuras 1 y 2: Cistografías pertenecientes a S. L., efectuadas antes de la intervención. Septiembre de 1932.

La radiografía muestra un divertículo vesical (extravío de placa).

Marcha de la enfermedad.

Desde el ingreso del enfermo al Servicio, el estado local así como el general han mejorado considerablemente.

En un principio se le hicieron inyecciones intravesicales de Ag NO 3, pero visto su poco resultado se reemplazaron por Argirol (15/100). Al mismo tiempo se comenzó a dilatar al enfermo. Las orinas empezaron a aclararse en forma visible, y disminuyó la frecuencia de las micciones.

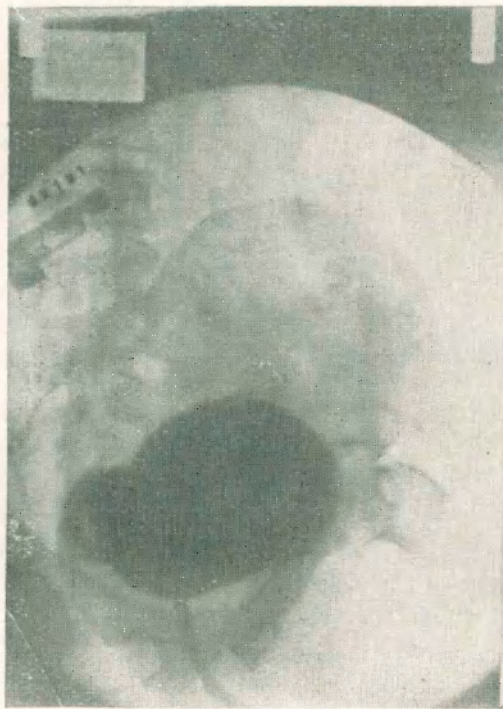
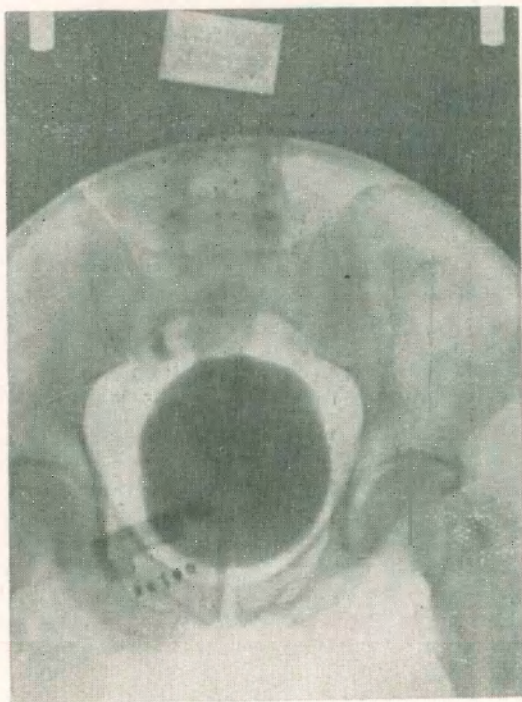
Marzo 6 de 1925. Actualmente las orinas son turbias con abundante sedimento. Orina 4 o 5 veces en el día y 2 o 3 veces en la noche.

Marzo 15. Alta a su pedido.

Junio 14. Ingresa nuevamente al Servicio con micciones muy frecuentes (5') y muy dolorosos. No se puede practicar ningún examen vesical. Se coloca sonda permanente.

Operación. — Junio 24. Operador Dr. Maraini.

Anestesia: éter. *Talla hipogástrica.* Vejiga de paredes friables y muy congestionadas que sangran en abundancia.



Figuras 3 y 4: Cistografías pertenecientes a S. L., efectuadas varios meses después de la intervención. Marzo de 1933

Sale una orina muy fétida. En el lado derecho de la vejiga hay un orificio de 1 ½ cms. de diámetro que comunica con una cavidad, se agranda este orificio suturando las incisiones para hemostasia. Tubo de Marion. Sutura de músculos y piel.

Junio 30. Las orinas siguen turbias.

Julio 5. Se coloca sonda Pezzer por la talla.

Julio 25. Las orinas se aclaran. Sonda por uretra.

Agosto 5. La vejiga se ha cerrado. Se saca la sonda uretral y se hacen instilaciones de argirol.

Agosto 20 muy mejorado. Retiene 35 g. No hay dolores. Alta.

Reingresa al Servicio el 14 de Marzo de 1932.

Antecedentes hereditarios. — Historia N° 24. Serie 6. año 1925.

Antecedentes personales. — Este enfermo fué operado el 24 de Junio de 1925, en el Hospital de Clínicas de un *divertículo de la vejiga*. Consta historia anterior.

Principio de la enfermedad. — Ingresa al Servicio en retención de orina completa, con coágulos sanguíneos en vejiga. Está muy demacrado, con temperatura.

Estado actual. Micción: Gota a gota.

Dificultades de la micción. — Con mucho esfuerzo, salen unas gotas de orina y algunos pequeños coágulos.

Dolor. — Muy intenso en el hipogastrio y en la uretra.

Localización del dolor. — Hipogastrio y uretra.

Dolor provocado. — La palpación hipogástrica despierta intenso dolor.

Examen físico. — Inspección en la esfera génito urinaria: Globo vesical por retención de orina. Se palpa a 4 traveses de dedos por arriba del pubis. Exploración de la uretra: Libre a un explorador a bola N° 22. No dolorosa. Exploración de la vejiga. Se introduce la sonda metálica de Thompson y no sale orina; aspirando con la jeringa de Guyon, salen unos coágulos muy fétidos y orina fermentada, la cantidad de coágulos es muy grande y su extracción muy dificultosa. Se deja sonda permanente.

Cistoscopia. — Se trabaja con el uretrocistoscopio Mc. Carthy.

Vejiga: Escasa capacidad, mucosa muy roja, velvética, despolida. Se percibe la boca de un divertículo del tamaño de un grano de maíz, situada en la pared posterior derecha de la vejiga. Trígono hipertrofiado. Cuello vesical labio inferior muy levantado interrumpiendo la visión del trígono cuando se observa desde uretra, se une en ángulo agudo a las paredes laterales del cuello y por el lado vesical.

Uretra posterior: Congestionada y edematosa. Se muestra alargado el espacio que separa el cuello vesical, el que está deformado, rojo y edematoso.

Próstata. — Pequeña, dura, bien limitada. Por el tacto rectal se toca la vejiga en retención.

Testículos, cordones, vesículas seminales. — Nada de particular.

Riñones: No se palpan.

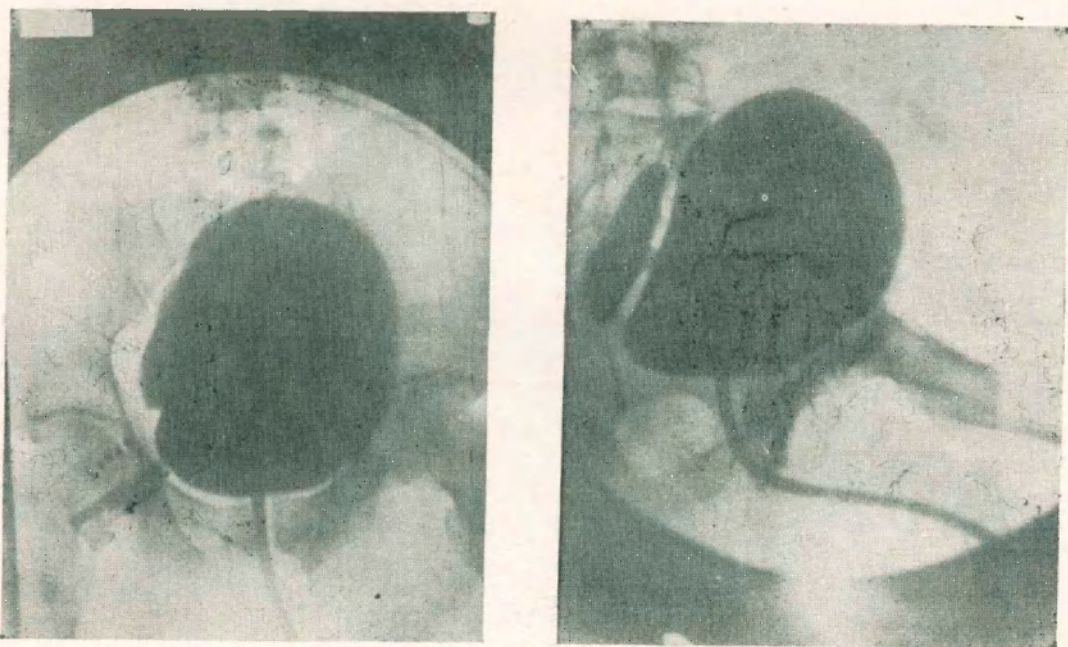
Uréteres. — *No dolorosos.*

Estudio Bacteriológico de la orina. — Flora microbiana múltiple: estafilo, estrepto, enterococos y colibacilo.

Radioscopías y radiografías. — Septiembre de 1932. Radiografía simple nada de particular.

Cistografía. — Se inyecta en vejiga Yoduro de Na 7 %: la penetración del líquido es sumamente dolorosa, dando cabida a 50 gramos aproximadamente.

La sacada con rayo incidente normal nos muestra la vejiga piriforme con gran defecto de rellenamiento; hay una banda de opacidad uniforme pero



Figuras 5 y 6: Cistografías pertenecientes a V. I., efectuadas antes de la intervención. Agosto de 1932.

de bordes "flous" que la cruza por su parte media; esta banda comienza en el borde izquierdo y termina en una sombra bien nítida, redonda, del tamaño de una mandarina y de una opacidad intensamente uniforme; esta sombra redondeada se sitúa sobre la parte derecha y arriba y al parcer atrás de la sombra vesical. El rayo con incidencia lateral nos muestra la sombra vesical achatada de adelante atrás, con bordes muy difusos, con un diámetro de arriba abajo de 8 ctms. y uno antero superior de 3 ctms. La vejiga se comunica por un istmo ancho con otra cavidad redondeada del tamaño de una mandarina y situada por detrás de ella..

Marzo 20 de 1933, después de la intervención. Se hacen nuevas cistografías y nos muestra; la antero-posterior una vejiga con muy buena capacidad con bordes bien nítidos; en la parte media de ella y ligeramente a la derecha hay una sombra superpuesta, de forma redonda y del tamaño de una mandarina pequeña.

La radiografía con rayo lateral nos muestra la sombra vesical normal y en su parte posterior otra sombra redondeada, incompletamente llena, mitad cubierta por la vejiga y mitad por detrás de ella.

Marcha de la enfermedad. -- Marzo 22. Como la sonda permanente no funciona, por estar obstruida por los coágulos y tener nuevamente la vejiga distendida y estando el Dr. Montenegro en el Servicio a la 1 de la mañana, decide hacerle *una talla hipogástrica*.

Se coloca tubo de Marion.

Cirujano. Dr. Montenegro. Anestesia general. Talla Hipogástrica.

Marzo 23. La diuresis es abundante.

En Julio se permite cerrar la herida hipogástrica colocándole al enfermo sonda uretral permanente. Una vez cerrada la vejiga el enfermo vuelve a tener trastornos vesicales internos que no ceden a la terapéutica ordinaria. En Octubre de 1932, el Dr. Dante efectúa una resección del cuello vesical por vía uretral dejando sonda permanente durante 8 días, la mejoría es leve en los primeros 10 días pero luego comienza a orinar menos frecuentemente, a acentuarse ésta y a sentir un bienestar general que persiste hasta hoy, 30 de de Junio de 1933.

Segundo caso:

V. L.; Fecha de entrada, Agosto 12 de 1932; Salida, Agosto 22 de 1932; Edad, 27 años; Domicilio, Rivadavia 3395 2º piso.

Antecedentes hereditarios. -- Padre vive. Madre muerta de síncope cardíaco a los 62 años. 12 hermanos, 6 viven, 6 muertos a diversas edades y por enfermedades infecciosas.

Antecedentes personales. -- Paperas en la infancia. Niega lues y venéreas. Regular fumador y no bebe sino en las comidas. Ligeramente constipado.

Principio de la enfermedad. -- Hacen 7 años que por distensión vesical y poluciones nocturnas recurre a un Servicio de Urología donde se le practica una uretroscopia posterior que motiva una uretrorragia (2 o 3 días) con coágulos y dolores, que da paso a orinas turbias y amoniacales. Lavajes e instilaciones durante esos 7 años con mejorías y recaídas según el grado de retención. Análisis bacteriológicos e inoculaciones al cobayo demuestran la

naturaleza colibacilar de la infección. Hace un año epididimitis que duró 12 días y siguió a una poussé aguda de cistitis con dolores en el bajo vientre. La retención se acompaña del siguiente cortejo sintomático: Trastornos intestinales, falta de memoria, abulia, nerviosidad, etc., mejorando con reposo, dieta, sondaje y purgantes.

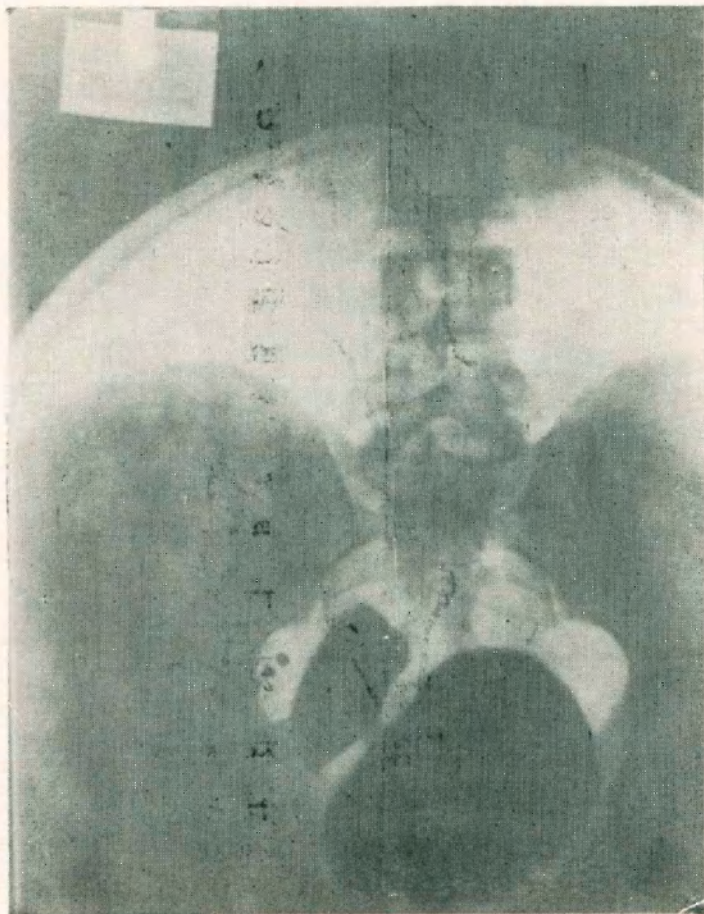


Figura 7: Cistografía perteneciente a V. I., efectuada a los varios meses de la intervención. Marzo de 1933.

Estado actual. — Micción: En dos tiempos, 4 o 5 veces al día, irregular, no modificada por el ejercicio o el movimiento. Es lenta, entrecortada, necesitando gran esfuerzo o ayuda manual hipogástrica.

Modificaciones del chorro. — Escaso, y sin describir la curva normal, al final babeando. Dolor solamente en las "poussés" agudas de cistitis. Localizado en el hipogastrio, uretra, y a veces al defecar. Dolor provocado, solamente, al sondaje y cuando ésta intenta franquear cuello de vejiga.

Apirético.

Vías digestivas. — Estados de diarrea y constipación que coinciden con las grandes retenciones.

Estado de la piel. — Blanca, húmeda.

Hígado, no se palpa. Bazo, corazón, pulmones y pleura, sistema nervioso, nada de particular.

Exploración de la uretra. — Pasa libre el explorador N° 22.

Exploración de la vejiga. — Retención 300 gramos.

Cistoscopia. — Vejiga dilatada, grandes columnas, mucosa despulida y de color rojizo. Se observa en la pared posterior y derecha, la boca de un divertículo. Cuello de vejiga, el labio inferior muy levantado y agrandado impide ver al trigono vesical y se une a las paredes laterales en ángulo recto.

Verumontanun aplicado contra la rampa uretral del cuello de la vejiga, se muestra congestionado y edematoso. Impresiona como una elevación fibro muscular del suelo del cuello.

Próstata. — La palpación de la próstata nos muestra una glándula pequeña, de consistencia ligeramente dura, sin adherencias.

Vesículas seminales. — Se palpan aumentadas de tamaño. Ampula de los deferentes ligeramente induradas.

Riñones. — Dosaje de úrea 0.50 o/oo. 13 de Agosto de 1932.

Reacción de Wassermann. — Repetida varias veces: resultado negativo.

Radioscopías y Radiografías. — Radiografía simple de riñón nada de particular. Radiografía simple de vejiga nada de particular.

Cistografía. — Se inyecta en vejiga 500 gramos de ioduro de Na, al 7 %.

La radiografía hecha con rayo de incidencia normal, nos muestra una gran sombra opaca correspondiente a vejiga, de forma ovoide, cuyos diámetros aproximados corresponden, al vertical 19 centímetros y al horizontal 14 centímetros; los bordes de esta sombra son bien nítidos y su opacidad es uniforme. En la parte derecha y abajo se nota la presencia de otra cavidad cuyo borde externo afecta aproximadamente la forma y tamaño de un huevo de pato, conserva su borde bien nítido y se halla como aplicado contra el perfil vesical. La radiografía efectuada ese mismo día en posición antero-lateral parcial derecha es decir con la dirección de la línea biilíaca, de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda formando con la vertical un ángulo de 45°, nos hace apreciar una vejiga en forma de pera de gran tamaño cuyo pico se dirige hacia abajo y cuya parte globulosa se dirige hacia el abdomen; esta sombra

nos muestra también sus bordes bien nítidos y su opacidad perfectamente uniforme.

Sus diámetros son de 2 ctms. el vertical y 14 ctms. el antero-posterior.

Por la parte posterior de la vejiga encontramos una sombra opaca aplanaada cuyo diámetro mayor de 10 ctms., se dirige paralelo al eje mayor de la vejiga y por uno menor de 3 ctms. que se dirige de adelante atrás con bordes lisos y opacidad uniforme, perfectamente separada de la vejiga, salvo en su parte media en que se une a ella por un pequeño istmo muy nítido y de 1 cm. aproximadamente de largo.

Fecha de la radiografía, 12 de Agosto de 1932.

En el mes de Marzo de 1933, varios meses después de la intervención, se efectúan otras cistografías; se inyectan 300 gramos de ioduro de Na. al 7 %, experimentando el enfermo gana de orinar.

Nos muestra la radiografía una vejiga cuya sombra redondeada mide aproximadamente 8 ctms. de diámetro, de opacidad uniforme y de bordes ligeramente festonados. En la parte inferior derecha se observa otra sombra más pequeña del tamaño de un huevo de gallina de opacidad uniforme y unida a la vejiga por un pequeño istmo de 1 cm. de largo. Su diámetro mayor de 6 ctms. se dirige de arriba hacia abajo y un diámetro de 3 ctms. es transversal.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD. El 16 de Agosto de 1932, se hace bajo anestesia epidural con Novocaína al 2 %, inyectándose 40 ctms. cúbicos, la resección endoscópica del suelo del cuello vesical mediante el aparato ideado por Mc. Carthy.

Se extraen 5 trozos de los cuales 3 medianos del tamaño de una lenteja labrando de esta manera un surco profundo de modo que podamos ver en un mismo plano trígono, cuello vesical y uretra posterior; se fulgura la zona operatoria para cohibir la hemorragia y se coloca una sonda semi-rígida N° 24 durante 48 horas. Cirujano Dr. Trabucco.

Post-Operatorio. Sin sangre en la orina. A las 48 horas se saca la sonda pudiendo el sujeto orinar con toda libertad.

El 16 de Septiembre de 1932 constatamos una retención de 50 gramos es decir 230 gramos menos. El enfermo nota gran mejoría general encontrándose apto para el trabajo y para el estudio y ha aumentado de peso.

En Mayo de 1933 hemos visto nuevamente al enfermo que nos relata la persistencia de su mejoría salvo una pequeña disminución en la proyección del chorro urinario, y un ligero aumento de la retención, persiste el olor amoniacal en la orina.

Estamos en presencia de un enfermo de 27 años que desde los 20 lucha con trastornos urinarios, hasta ese entonces era también un enfermo, pero sin grandes molestias, le llamaba la atención la diferencia que existía entre él y otras personas con respecto a la micción; ésta se hacía más lenta.

Un exámen instrumental llevó la infección produciendo una cistitis y una diverticulitis que agravaron los trastornos congénitos, agregando un mayor aumento de dificultad de eliminación para la orina. Comenzaron luego los fenómenos de intoxicación ureica a forma crónica disminuyendo su capacidad para el trabajo.

La resección del cuello vesical mejoró de una manera inmediata todos los trastornos generales y locales, bajando la retención considerablemente aunque no del todo; puede ser que ese resto permanente, así como el olor amoniacal presente todavía, sean debidos tan sólo al divertículo.

Comentarios:

En los dos casos la resección del cuello vesical nos dió una mejoría inmediata, no sólo local como ser la cesación de todas las molestias vesicales tan intensas en el 1er caso que obligaron a la talla vesical, sino también la transformación del sujeto con respecto a su estado general, es decir el aumento de peso, la desintoxicación ureica, el aumento de la reserva alcalina, que en los dos casos fueron seguidos casi inmediatamente a la resección del labio inferior del cuello vesical.

Las radiografías son concluyentes; tanto en uno como en otro caso las modificaciones vesicales son bien manifiestas. En el primero, la cistografía antes de la intervención nos mostraba una vejiga tan enormemente enferma que si no tuviéramos la seguridad actual de que está sana podríamos haber pensado en una lesión cancerosa de la misma.

En cuanto al segundo caso si bien la vejiga no poseía un grado tal de infección que lo llevó a la contracción casi completa como en la anterior, en cambio revelaba una enorme distención y atonía de sus paredes que permitían alojar unos 550 gramos de líquido opaco, sin experimentar el menor deseo de orinar.

En los dos casos como dijimos la mejoría es evidente. Vejigas anormales en ambos; una, la primera, cesó su infección y la otra recobró su tonicidad.

Bajo el punto de vista vesical la resección del labio inferior del cuello de la vejiga desobstruyendo, librando al músculo vesical de la fatiga provocada por el esfuerzo enorme para su evacuación, logrando combatir la infección en el primero a causa del drenaje fácil de ella y tonificándose, la ausencia de la fatiga obstruccional que debía soportar en el segundo caso.

En cuanto a los divertículos, podemos decir que hay una ligera modificación; los dos conservaron más o menos las mismas formas anteriores a la operación, pero aunque no mucho, podemos apreciar perfectamente una reducción en sus dimensiones; personalmente pensamos que divertículos que seguramente han creado adherencias con los órganos de vecindad debido a su diverticulitis, es muy difícil que desaparezcan aunque estén libres actualmente de todo motivo mecánico para su mantenimiento.

La desaparición completa de estas formaciones tal vez sería posible cuando su formación depende tan sólo de una obstrucción vesical adquirida, que produzca divertículos adquiridos por repulsión de la mucosa vesical a través de los intersticios de la capa plexiforme, pero ya no son de la misma estructura anatómica que los congénitos, pues éstos conservan todas las características estructurales de la vejiga misma y ya están formados antes de nacer el individuo; son como cavidades anexas a la vejiga que conservan con ella una relación de dependencia y no han sido formados por afecciones que repercutan en los músculos de la vejiga o en la mucosa vesical.

Por otra parte la desaparición no operatoria de los divertículos congénitos nos parece poco menos que imposible, lo único que podemos conseguir será una reducción por falta de obstáculo que los mantengan distendidos.

Pensamos que el fracaso que sigue casi siempre a la diverticulectomía se debe nada más que a la dificultad evacuatoria urinaria.

El enfermo no puede vaciar su vejiga sin esfuerzo, aunque se haga la diverticulectomía; si no se pone remedio a la obstrucción el sujeto no mejorará.

El divertículo al cabo de un tiempo se reproducirá nuevamente y con él más molestias, se volverá a infectar y la retención volverá a ser tan grande o más que antes, por ser esta vez divertículo adquirido; por eso nosotros creemos necesario librar a la vejiga de su obstrucción, que generalmente radica en cuello, y luego hacer la intervención sobre el divertículo si es que éste no se ha reducido espontáneamente con la falta de obstáculo de parte de la orina.
