

como un método terapéutico de primer orden para la crisis hipertensiva y la c'audicación intermitente. Es indudable que el valor de esta terapéutica es muy inferior siempre que se trate de combatir estados de hipertensión permanente.

Sin embargo, la detención pasajera que determina en la marcha del proceso, la mejora a veces prolongada de los síntomas funcionales que acompañan al trastorno circulatorio, hacen de aquel proceder terapéutico una ayuda no despreciable para el tratamiento siempre largo y demasiado frecuentemente ineficaz de la hipertensión arterial.

EPITELIOMA O SÍFILIS DEL CUELLO VESICAL

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

por el Profesor

R. MOLLÁ

De la Facultad de Medicina de Madrid
y de la Academia Nacional de Medicina

Motiva estas breves consideraciones clínicas la observación de un caso de ulceración vésico-prostática, situada en la base de la próstata o cuello vesical, que permitía la duda de si se trataba de una manifestación loca, primaria, de tipo ulceroso epitelial o de una ulceración sífilítica terciaria o viscéral.

Este tipo de lesiones, si no son excepcionales, son, por lo menos, de rara frecuencia, si bien el cáncer primario suele ser más frecuente que la sífilis y es también de más fácil diagnóstico en términos generales, pudiendo afirmarse que esta facilidad diagnóstica sólo se ofrece cuando la ulceración epitelial es primaria, es decir, no consecutiva a otros procesos cancerosos o epiteliales anteriores o concomitantes en el enfermo, y no consecutivo tampoco a enfermedades anteriores de la próstata, como la hipertrofia adenomatosa o las prostatitis crónicas, no siempre de fácil diferenciación clínica y anátomo-patológica.

Es sabido, por otra parte, que el cáncer prostático es de diagnóstico fácil en el período confirmado y en la forma primitiva, tan difícil como suele serlo en la forma secundaria a una hipertrofia adenomatosa. Es hecho conocido que en las estadísticas de prostatectomías por vía perineal de ALBARRAN, figuran un 15 por 100 de casos de hipertrofias prostáticas que resultaron cánceres o procesos de evolución epitelial atípica.

El sujeto que sirve de base a esta breve nota clínica tiene 53 años, enjuto y sano en cuanto a su estado general, sin estigmas de esclerosis y con antecedentes otros que se remontan a su juventud, de varias hemorragias, chancros venéreos con adenitis de igual tipo supuradas, además de sífilis confirmada clínicamente por toda una serie de manifestaciones primarias y secundarias más variadas, desde el chancro duro y la poliadenitis inguinal doble a las lesiones cutáneas y mucosas más variadas. Hace de esto 30 años. El enfermo es médico y, en aquella época, terminaba sus es-

tudios y es excusado consignar que estuvo sometido a un tratamiento intensivo de la sífilis por los medios usados a la sazón, desde las fumigaciones y fricciones mercuriales primero, con el mercurio al interior, el jarabe de Gibert, después, hasta la desaparición de toda manifestación sífilítica, reiterando el tratamiento durante varios años consecutivos.

Olvidado ya de su antigua sífilis y suspendido todo tratamiento específico los últimos 20 años, fué sorprendido, hace unas semanas, por una pequeña hematuria inicial, y, más que hematuria, por una micción de sangre, representada simplemente por la expulsión delante de la columna de orina, de un tapón en forma de coágulo de coloración rojiza, reveladora de su formación reciente, siendo la orina clara en el centro de la micción, para teñirse al final por unas gotas de sangre mezcladas con la última orina, sin acusar dolor, ni frecuencia en la micción.

Esta sintomatología tan simple revela claramente un proceso del llamado, tal vez impropriamente, cuello vesical, sin fenómenos funcionales ni lesiones del cuerpo de la vejiga, *sin cistitis*, acusando una lesión limitada o circunscrita de tipo quirúrgico y de forma *ulcerosa*, una verdadera ulceración del cuello.

Nos hace pensar en una ulceración circunscrita a cuello el que, a pesar de la continuidad de esta región con la uretra posterior no existen fenómenos patológicos peculiares de esta uretra posterior, ni dolor a la micción, ni frecuencia, ni flujo, ni hemorragia de esta zona uretral, pues de existir esta hemorragia, retrocedería a la vejiga y teñiría la orina constantemente. Sólo, repetimos, ofrece el coágulo pequeño, en forma de tapón, indicador de una hemorragia muy lenta que se coagula en una zona limitada del cuello, reveladora a nuestro juicio de una lesión de tipo ulceroso o neoplásico.

La exploración digital por el recto revela claramente, que no existe hipertrofia de la próstata, aparte de que no hay tampoco retención, que es el carácter clínico típico absoluto y patognomónico del prostatismo. Se aprecia hasta con cierta blandura normal la región del cuello base de la próstata y de la periferia de la uretra prostática, y tan sólo parece apreciarse una ligera pastosidad cuya consistencia no difiere apenas de la que dá la próstata normal, debilmente molesta o dolorosa al insistir en la presión con la punta del dedo. No se trata pues de un prostático vulgar o corriente en su período inicial, ya que no existe retención, ni aumento de volumen ni de consistencia de la próstata.

A nuestro juicio el diagnóstico anátomo-patológico y clínico y aun etiológico, oscila entre una ulceración sífilítica y un epiteloma de la región del cuello o base de la próstata.

¿Cómo resolver el problema o solucionar esta duda diagnóstica? No deja de ser difícil, porque la sintomatología de ambos procesos es similar y porque, además, pueden coincidir entrambos. Desarrollarse o evolucionar un proceso epitelial atípico sobre una antigua ulceración sífilítica no es un hecho raro o aislado en

la clínica. Es al contrario, muy frecuente el que la sífilis y el epiteloma secundario tengan realidad clínica.

Una cistoscopia no sería permitida ni tolerada, y una biopsia que, hasta cierto punto, podría iluminar el problema, aparte de lo difícil y peligrosa hecha por la uretra, contamos para no intentarla ni proponerla con la segura negativa del paciente.

Como era lógico, optamos para el intento de precisar la naturaleza de la lesión vésico-prostática, por buscar las reacciones biológicas de la sífilis, encargando de esta misión al Dr. MOURIZ, quien certificó que el ensayo de varias reacciones fué absolutamente negativo.

Ello nos hizo pensar que agotado por los intensivos tratamientos clásicos el virus sífilítico, la lesión era muy probablemente de *tipo epitelial*, una ulceración de las mal llamadas neoplásicas, circunscrita al cuello vesical, de fondo o raíz parasifilítica, pero marcadamente de tipo epitelial degenerativo y ulceroso, es decir, un *epitelioma*.

Rechazada la oportunidad de la indicación operatoria, de común acuerdo con el paciente, optamos por insistir en el tratamiento farmacológico de la sífilis, como se había practicado años antes con feliz resultado, aconsejándole el empleo de los ioduros y, localmente, bajo la forma de instilaciones vesicales, el azul de metileno en solución acuosa al dos por ciento, a título de antiséptico, queratinizante y sedante, aunque el enfermo apenas si acusaba molestias.

Dejando a un lado el problema clínico resuelto del modo indicado en perfecto acuerdo con el paciente, vamos a terminar este ligero trabajo con unas breves consideraciones de índole doctrinal, teórico y biológico.

Entre las dudas, las doctrinas y las hipótesis sobre el diagnóstico pudimos pensar en un *estado precanceroso*, término técnico dubitativo aceptado en clínica. Y, ¿qué es el estado precanceroso? ¿Qué es el precáncer? ¿Cuándo es cáncer confirmado? ¿Están, por ventura, resueltos estos problemas clínicos y anatómopatológicos? Si estuviera resuelto el problema del precáncer estaría resuelto también el problema del cáncer en general y, concretamente, el del cáncer vesical y prostático. Por otra parte el vocablo *estado precanceroso* nos parece término demasiado comprensivo para ser exacto.

Volviendo al caso clínico, si una biopsia no podía intentarse, menos pensamos en proponer una intervención curativa radical, a pesar de estimar racional la operación, ante la seguridad de que el proceso no ha de curar espontáneamente.

Abandonado, pues, todo intento de intervención digamos para terminar este pequeño artículo, algo de lo que hubiera podido hacerse, algo de lo que en el orden de la biología y de la clínica puede hacerse en casos análogos en el orden de la doctrina y de la enseñanza doctrinal y clínica a la par, circunscribiéndonos al problema diagnóstico.

Ya quisiéramos en este caso poder llegar a un diagnóstico seguro y exacto de la naturaleza de la lesión que clínicamente aceptamos, por exclusión, como de

naturaleza epitelial utilizando para ello los medios puramente biológicos, ya que los clínicos, manuales e instrumentales no pudieron emplearse. No obstante llegábamos a la conclusión probable de una ulceración epitelial, de un epiteloma, fundándose en la negativa absoluta de todas las reacciones biológicas y en los largos años pasados sin ninguna manifestación local ni general de sífilis. No obstante este convencimiento racional, no teníamos las pruebas objetivas irrefutables de la naturaleza neoplásica del proceso.

¿Podemos por otros medios resolver la duda y afirmar que se trata de un epiteloma? Veamos los medios que en estos últimos tiempos se han aplicado a la resolución de este problema clínico por caminos biológicos, al diagnóstico *biológico del cáncer* aplicable cuando están agotados los medios clínicos y los microscópicos no los autoriza a profundidad de la lesión o los legítimos temores del paciente.

No hacemos más que mencionar estos métodos biológicos porque su empleo exige prácticas especiales de laboratorio, aparte de que su valor específico es muy discutible. Son estos:

- 1.º El estado del intercambio nutritivo o *metabolismo basal*.
- 2.º Las fórmulas hemáticas y el examen hematológico en sus varios aspectos.
- 3.º La linfocitosis provocada.
- 4.º El examen del suero de los presuntos cancerosos en sus diversas reacciones.

Cuando el diagnóstico clínico es muy dudoso o no pasa de la mera presunción, es muy escaso el valor de estos métodos biológicos y muy contadas veces, en honor de la verdad, se recurre a ellos.

INVAGINACIÓN INTESTINAL CURADA ESPONTÁNEAMENTE CON EXPULSIÓN DEL INTESTINO INVAGINADO

por el doctor

J. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena de Barcelona

A primeros de Enero próximo pasado, vino a mi consulta, procedente de una población de la provincia de Gerona, un niño de 6 años de edad, que desde hacía catorce días sufría de cólicos intestinales de extraordinaria violencia.

La enfermedad se había presentado de pronto, sin prodromos, tratada al principio con purgantes, estando toda su sintomatología constituida por los atroces dolores de vientre, vómitos biliosos, diarrea sanguinolenta y progresivo empeoramiento del estado general.

Presentaba a la exploración un abdomen moderadamente timpanizado, el menor contacto sobre las paredes despertaba un formidab'e peristaltismo intestinal que se dibujaba perfectamente; al tacto rectal se apreciaba una tumuración difusa que ocupaba la fosa iliaca derecha. Estado general deplorable: pulso a 150, postración extraordinaria, frecuentes lipotimias. Diag-