

del resto de otros componentes, puede originar en el ovario tumores donde sólo se encuentran derivados de dos hojas o de una hoja germinativa y hasta de un solo tejido completamente extraño al ovario, como en el caso del struma ovárico donde aparece el tejido tiroideo como principal o único componente.

Por lo dicho, incluimos el struma ovárico en el grupo de tumores quísticos teratoides, optando por una clasificación de tipo clínico, ya que no es posible llegar a una clasificación completa histogenética ni histológica de los tumores de ovario, dada la multiforme capacidad endógena de este parénquima, siendo más prácticas y más sencillas las clínicas, pero con calificativos que indiquen algo de su textura, ya que la evolución moderna de la ginecología exige más.

RESUMEN

Presentamos un caso de struma ovárico en mujer joven, calificado de struma verdadero, por encontrarse constituido casi exclusivamente por tejido tiroideo, pues sólo le acompañaba escasas zonas de conectivo fibrilar con regiones laxas y otras fibroas, conteniendo alguna que otra vesícula aislada que recuerda un origen folicular, considerando estas regiones como restos de parénquima ovárico.

Llamó la atención el ligero exoftalmo unido a la delgadez que mostraba la enferma careciendo de bocio, y el rápido mejoramiento del estado general con aumento de peso después de la extirpación de la neoplasia, que hizo pensar en una posible hiperactividad funcional del tejido tiroideo del tumor.

Siendo raros los casos publicados de tumores ováricos constituidos solamente por tejido tiroideo, consideramos de interés la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

ALTHABE (A.) y D. COLILLAS. — Rev. Arg. de Obst. y Ginec., 4, 1929.
ASCHOFF. — Anatomia Patológica, 1934.
BENDA, R. y E. J. KRAUS. — Archiv. f. Gyn., 157, 400, 1934.
CHENET. — Thèse, París, 1911.
CONILL (V.). — Rev. Esp. de Obst. y Ginec., 253, 1935.
FRANK. — Amer. Jour. of Obst. and Dis of Women and Child., 60, 1909.
FRANKL. — Zentbl. f. Gyn., 21, 1931.
FRANQUÉ. — Tratado de Ginec. (Opitz), 1927.
GARCÍA OTERO. — Anales Soc. Med. de los Hospitales de Sevilla, 2, 1940.
KLEINE, H. O. — Archiv. f. Gyn., 157, 410, 1934.
KLEINE, H. O. — Archiv. f. Gyn., 158, 62, 1934.
KLEINE, H. O. — Archiv. f. Gyn., 158, 89, 1934.
KOVAES. — Archiv. f. Gyn., 122, 1924.
LISSEWETZKY. — Zentbl. f. Gyn., 35, 1935.
MASSON, P. — Tumeurs. Diagnostics Histologiques, 1923.
MEYER, R. — Archiv. f. Gyn., 155, 1933.
NORRIS. — Amer. Journ. Obst. and Dis of Women and Child., 60, 1909.
PLATE. — Archiv. f. Gyn., 153, 1933.
PICK. — Berl. Klin. Wschr., 7, 8, 1904.
PICK. — Archiv. f. Gyn., 64, 3, 1902.
PICK. — Berl. Klin. Wschr., 17, 1905.
PROSCHER, J., A. RODY. — Amer. Journ. of Obst. and Dis of Women and Child., 61, 1910.
STERNBERG. — Tratado de Pat. Gral. y Anat. Pat. (RIBBERT-STERNBERG), 1933.
URTUBEY. — Los tumores, 1936.
USANDIZAGA, M. y E. OLIVA. — Rev. Clín. Esp., 5, 1, 1942.
WALTHARD. — Zei. f. Geb. und Gyn., 49, 1903.

ZUSAMMENFASSUNG

Mitgeteilt wird ein Fall von Eierstocksstruma bei einer jungen Frau, die als struma vera angesprochen wird, da sie fast ausschliesslich aus Schilddrüsenge-

webe bestand. Es waren nur kleinste Zonen fibrillären Bindegewebes mit schlaffen und fibrösen Fasern vorhanden, die hin und wieder ein isoliertes Bläschen enthielten und an einen folliculären Ursprung denken liessen. Diese Zonen wurden als Rest eines Eierstocksparenchym angesehen.

Auffallend war der leichte Exophthalmus in Verbindung mit Magerkeit ohne Struma der Patientin und die schnell einsetzende Besserung des Allgemeinzustandes mit Gewichtszunahme nach Exstirpation des Tumors. Man dachte deshalb an eine eventuelle funktionelle Hyperaktivität des sich im Tumor befindlichen Schilddrüsengewebes.

In Anbetracht der wenigen Veröffentlichungen von nur aus Schilddrüsengewebe bestehenden Eierstockstumoren, hielten wir diese Beobachtung für mitteilenswert.

RÉSUMÉ

Nous présentons un cas de strume ovarique chez une jeune femme, qualifié de strume véritable comme étant presque exclusivement constitué par du tissu thyroïdien, car il n'était accompagné que par des zones rares de connectif fibrillaire avec des régions lâches et d'autres fibreuses, contenant quelque vesicule isolée qui rappelle une origine folliculaire, considérant ces régions comme des restes du parenchyme ovarique.

Un fait remarquable, le léger exoftalme uni à l'amaigrissement que montrait la malade sans goitre, et une rapide amélioration de l'état général avec augmentation de poids peu de temps après l'extirpation de la néoplasie, ce qui fit penser à une possible hyperactivité fonctionnelle du tissu thyroïdal de la tumeur.

Les cas publiés de tumeurs ovariques, constituées seulement par du tissu thyroïdien étant très rares, nous considérons qu'il est intéressant de le communiquer.

CISTOGRAFIA LACUNAR

E. PÉREZ CASTRO

Médico Ayudante del Servicio, Académico corresponsal y Medalla de Oro de la Real Academia de Medicina (Instituto de España).

(Servicio de Urología del Hospital Provincial, Madrid.
Profesor Jefe: DR. A. PULIDO MARTÍN.)

Cuando tuvimos ocasión de leer los trabajos de KNEISE y SCHOBER, en los que presentan su método cistográfico, denominado "Abrodilpfütze" (charco abrodilítico), comprendimos que el problema de la representación radiográfica del cuello vesical había sido resuelto mediante un sencillo e ingenioso artificio. Pero las radiografías eran tan perfectas y demostrativas que en un principio creímos no poder obtener por nuestra parte documentos gráficos tan irreprochables que suponíamos reservados a la habi-

lidad técnica de los autores del procedimiento. Conociendo sólo uno de los trabajos de KNEISE y SCHOBER, en el que se refieren muy someramente a la técnica del método, iniciamos nuestras cistografías. Desde un principio éstas fueron buenas y en extremo demostrativas. Más tarde, cuando el profesor KNEISE nos informó de algunos detalles que deseábamos ampliar y tuvo la amabilidad de enviarnos todos sus trabajos referentes al "Abrodilpfütze", concluimos de convencernos de la sencillez genial de éste.

Queremos, pues, dar a conocer esta técnica cistográfica en España, ya que representa un nuevo e indiscutible progreso en la exploración de nuestra especialidad urológica. Estamos persuadidos de la enorme utilidad de los datos que nos suministra y de que su valoración y campo de aplicación se ampliarán cuando su uso se generalice. Tal ocurrió ya en su breve vida, pues el "Abrodilpfütze", que en un principio sólo fué utilizado por sus autores para hacer visibles los cálculos vesicales transparentes a los rayos X, se les mostró muy pronto como el método gráfico de elección de las alteraciones del cuello vesical. En los pocos meses que llevamos utilizando la cistografía lacunar nos fué factible encontrar otra nueva indicación a ésta, que suponemos será también rica en resultados. Nos referimos a la cistografía lacunar en los divertículos vesicales, de cuyas ventajas nos ocuparemos más adelante.

Vayan ante todo unas palabras previas que justifiquen la elección del término "Cistografía lacunar" que hemos adoptado para la designación del método de KNEISE y SCHOBER. No consideramos adecuada la traducción directa de la palabra alemana, pues, sin pecar del pedantesco vicio de criticar minucias, nos pareció inadecuada. La traducción de la denominación alemana "Abrodilpfütze" no correspondería a la realidad de nuestras radiografías y sería falsa en sus dos partes (charco abrodílico). No podemos hablar de charco en singular, pues, como veremos después, en las cistografías lacunares de los divertículos vesicales se obtienen imágenes de más de un charco, completamente independientes el uno del otro. Con mayor motivo nos vemos privados de la denominación "abrodílico", ya que el emplearla parecería indicar que tan sólo con este producto podía realizarse la cistografía lacunar y, nada más lejos de la realidad. En nuestros primeros casos empleamos un lote de ampollas de Abrodil al 40 y al 20 por ciento, que debíamos a la amabilidad del profesor PFLAUMER (Núremberg) y al que expresamos aquí nuestro más cordial sentimiento de gratitud y reconocimiento. Pero pronto comprendimos la necesidad de valernos de un líquido opaco que, teniendo las mismas condiciones de fluido y contraste que el Abrodil, se encontrara siempre en el mercado y tuviera un coste moderado. Persiguiendo esta finalidad ensayamos una solución de bromuro sódico al cuarenta por 100, obteniendo sombras radiográficas en un todo análogas a las del Abrodil. Temíamos que la solución de bromuro sódico al 40 por 100 produjera fenómenos de irritación vesical superiores al Abrodil, pero con gran sorpresa vimos que tan sólo enfermos afectos de cistitis acusaban alguna sensación de escozor y ardor que, por lo demás, también la hemos visto presentarse en casos análogos con el

Abrodil. De todas formas los síntomas subjetivos no duran más que breves minutos, sin que nunca alcancen gran intensidad. En los pacientes libres de cistitis no se observa fenómeno doloroso alguno, durante ni después de la inyección vesical de bromuro sódico al 40 por 100.

Estas son las razones que nos han inducido a adoptar la denominación "Cistografía lacunar" que indica simplemente las características topográficas especiales del líquido opaco en esta clase de cistografías, sin entrar en otros detalles que serían originariamente de confusión que de claridad en la denominación.

El método de KNEISE y SCHOBER fué ensayado en Francia recientemente, pero con las limitaciones impuestas por la escasez actual de líquidos opacos de placas radiográficas. En este país, WOLFROMM y GILSON, introductores del método, proponen la denominación de "cystotracélographie" o radiografía del cuello vesical, para el método del "Abrodilpfütze". Cuando más tarde indiquemos los datos diagnósticos obtenidos mediante la cistografía lacunar se comprenderá lo restringido e incompleto de la denominación de WOLFROMM y GILSON que, por cierto, ni a ellos mismos entusiasma.

La cistografía lacunar, cistografía combinada obtenida mediante la inyección vesical de un líquido opaco a los rayos X y aire, encuentra sus precedentes en diversos métodos radiológicos publicados entre los años 1925 al 1928 y que por una extraña paradoja no llegaron a encontrar todo el eco que sus demostrativos resultados hacían esperar.

Es VALLEBONA el primero que en 1925 presenta su método de cistografía combinada, consistente en la inyección vesical de una suspensión acuosa espesa de sulfato de bario seguida de una inyección de aire y oxígeno. Las radiografías que presenta en su trabajo, publicado en colaboración con RAFFO, parecen recabar la prioridad del método frente a REISER, son magníficas y en extremo instructivas, pero se ve que su autor persigue fundamentalmente el obtener los relieves de toda la mucosa vesical, cosa que logra haciendo cambiar al enfermo de decúbito para que la papilla de bario entre en contacto con toda la extensión de las paredes vesicales.

REISER, a quien muchos, y en especial GOTTHEIL, LIEB y STROKOFF consideraron como el creador del método de la cistografía combinada, propone la inyección vesical de iodopina seguida de otra de aire (30 a 40 c. c.). Los inconvenientes del empleo de la iodopina son evidentes, ya que ésta no es soluble con el agua y la orina. Más tarde, en 1928, CAPORALE y SALOTTI, proponen con igual fin empleo de la gelobarina.

El diagnóstico radiográfico de la hipertrofia prostática fué iniciado por BURCKHARDT y FLOERKE en 1910, según afirma VALENTIN. PFLAUMER, dependientemente, y sin conocer este trabajo, crea su método de "prostatografía", que presenta ya perfectamente sistematizado, primero en 1923 en la VIII Reunión de Cirujanos Bávaros y después en el VI Congreso de la Sociedad Alemana de Urología, celebrado en Berlín en 1924. Este procedimiento radiológico consiste en la distensión de la vejiga prostática mediante oxígeno para que destaque

y sea visible en la placa radiográfica la porción intravesical del adenoma.

El mérito y la superioridad del método de KNEISE y SCHOBER estriba en el acierto de combinar el método de la prostatografía, a base de aire, con la inyección de un medio de contraste fluido, no como la suspensión acuosa de sulfato de bario demasiado adherente y sin los inconvenientes de la iodipina que no es miscible en la orina. KNEISE y SCHOBER han llegado a otra conclusión muy importante, me refiero a la determinación exacta de la cantidad de líquido y aire (20 y 100 c. c., respectivamente) que

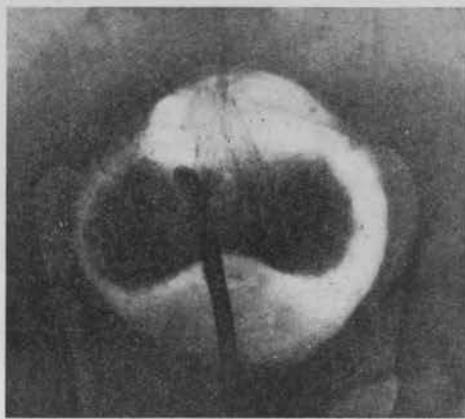


Fig. 1

es la óptima para obtener la radiografía de la silueta del cuello. El no atenerse exactamente a estas cifras que la experiencia de KNEISE y SCHOBER evidenció como las mejores para su finalidad, da lugar a cistografías lacunares incorrectas y de escaso o nulo valor (véanse a este respecto las radiografías 1 y 2 obtenidas al principio de usar el método y en la que por error distendimos demasiado la vejiga).

Para la mejor comprensión de las indicaciones de la cistografía lacunar haremos previamente la descripción del método según KNEISE y SCHOBER: se empieza por evacuar la vejiga del enfermo mediante una sonda fina, a ser posible blanda, y cuando la orina es purulenta se hace un lavado hasta que el agua salga clara. La posición del enfermo, exactamente la horizontal, es de máxima importancia. Previamente se tirará una placa simple, sin inyección de contraste alguno, que servirá para proporcionar una orientación sobre la pelvis o la eventual existencia de gases en la última porción del intestino. Despues se procede a la inyección vesical del Abrodil al 40 por 100 y del aire (20 y 100 c. c. respectivamente). Nosotros inyectamos en lugar de Abrodil una solución de bromuro sódico al 40 por 100, y en vez de hacerlo con un irrigador pequeño, empleamos una jeringa de cristal de más de 100 c. c. con la que introducimos primero el líquido opaco y después el aire, suavemente y sin forzar la capacidad vesical, cuya resistencia a la distensión se nota perfectamente en el émbolo que desliza suavemente. Utilizamos como hemos dicho una sonda blanda fina número 14 para no impedir, en el caso de aumento de la presión intravesical, que pueda expulsar incluso el líquido o el aire entre uretra y sonda. La replección con un total de 120 c. c. es tolerada prácticamente

por todas las vejigas, pero cuando la capacidad sea menor debe empezarse por no introducir más que 10 c. c. del líquido contraste y cesar de inyectar aire cuando el enfermo manifieste la primera sensación de molestia o, mejor, cuando notemos en la mano la resistencia del émbolo de la jeringa. Es también de gran importancia el mantener esta proporción entre el líquido y el aire inyectados, pues de ello depende la calidad de nuestras cistografías lacunares. Una vejiga de forma más o menos esférica y distendida con 120 c. c., tiene un diámetro de 6 a 7 cm. y el charco formado por el líquido alcanza, en su parte más profunda, una altura de 2 cm.

Respecto a los detalles técnicos radiográficos, KNEISE y SCHOBER recomiendan una ligera inclinación del tubo en sentido axial y distancia de un metro. En sujetos con vientre voluminoso se hará compresión.

Una vez terminada la radiografía se dejará salir el aire y el líquido, favoreciendo esta salida mediante presión manual del hipogastrio con el fin de que la vejiga quede completamente vacía. KNEISE y SCHOBER prescindían en un principio de este detalle, habiendo observado como consecuencia trastornos de la evacuación vesical. En un enfermo nuestro bastante impresionable y en el que no se evacuó el aire, la única consecuencia que produjo esta omisión fué que el enfermo viniera, momentos después, a comunicarnos aterrador que durante la micción expulsaba gases por la uretra. Por esta razón es siempre conveniente advertir a los enfermos, por si quedara algún resto de aire, que se expulsará con las micciones inmediatas a la cistografía.



Fig. 2

Por lo demás, no hemos visto trastorno alguno debido a la inyección de aire en vejiga, y lo mismo hacen constar KNEISE y SCHOBER en sus numerosos casos. Creemos que con la distensión moderada que se emplea en la cistografía lacunar y guardando la precaución de emplear sondas finas que en caso de contracción vesical permitan salir el aire o el líquido entre sonda y uretra, no debe producirse accidente alguno. Lo que no debe hacerse de ningún modo es comprimir la uretra para que no se escape el aire, como recomiendan en la neumocistografía BALLENGER, ELDER y LAKE. De todas formas y para extremar las precauciones se guardarán meticulosamente todas las reglas urológicas, siendo nuestra mano la que nos avise de la menor resistencia de la vejiga a

dejarse distender. En tal caso, ya hemos dicho que no debe forzarse la vejiga, sino disminuir proporcionalmente la cantidad de líquido y aire inyectados.

VENTAJAS DE LA CISTOGRAFÍA LACUNAR

Palmaria es la ayuda diagnóstica que en nuestra especialidad nos brinda la cistografía lacunar. Tales ventajas las deducimos de los resultados obtenidos en nuestros ya numerosos enfermos cistografiados por el método de KNEISE y SCHOBER (prostáticos, divertículos y tumores vesicales) y de los que presentamos, al final de nuestro trabajo, algunos de ellos para no incurrir en inútiles repeticiones y no aumentar innecesariamente la parte gráfica.

La cistografía lacunar constituye método exploratorio único para aquellos casos en los que, por circunstancias diversas, no es factible la cistoscopia (es-



Fig. 3

trecheces uretrales, hemorragias intensas y cistitis), sin que ello quiera decir que aun siendo factible la exploración endoscópica carezca de utilidad la cistografía lacunar. En este último caso puede suministrarnos datos no asequibles a la cistoscopia o aclararnos extremos de dudosa interpretación.

Permitámonos puntualizar las ventajas del método en cada uno de los grupos de afecciones vesicales en las cuales lo empleamos con fines diagnósticos, esto es, en la hipertrofia prostática, en los divertículos vesicales y en los tumores de vejiga.

HIPERTROFIA PROSTÁTICA. — Ya hemos mencionado la labor precursora de BURCKARDT y FLOERCKEN en el terreno de la prostatografía. Asimismo nos hemos referido en renglones anteriores a la gran aportación que representan en este sentido los trabajos de PFLAUMER. Pero si bien es cierto que el método de la cistografía con aire u oxígeno da, en muchos casos de hipertrofia prostática con gran prominencia vesical, una imagen radiográfica muy buena, es evidente por varias razones la superioridad de la cistografía lacunar. Mediante la inyección vesical de un líquido opaco a los rayos X y la distensión con aire, creamos condiciones muy superiores a la antigua prostatografía para apreciar radiográficamente las peculiaridades de la cara posterior vesical en general y las del cuello vesical en particular. La laguna formada por el líquido opaco, al ser distendidas las paredes vesicales por 100 c. c. de aire, alcanza una altura máxima, como dijimos, de 2 centímetros. Esta laguna, pues, limita y contornea el saliente vesical formado por la próstata hipertrofiada sin

inundarla o cubrirla, como ocurre en la cistografía corriente, llevada a cabo con mayores cantidades de líquidos opacos. Sobre la placa radiográfica obtenemos, pues, una reproducción exacta de la silueta prostática intravesical que recuerda a los contornos precisos y detallados que sólo se pueden apreciar en las cumbres de las montañas cuando el sol se pon-

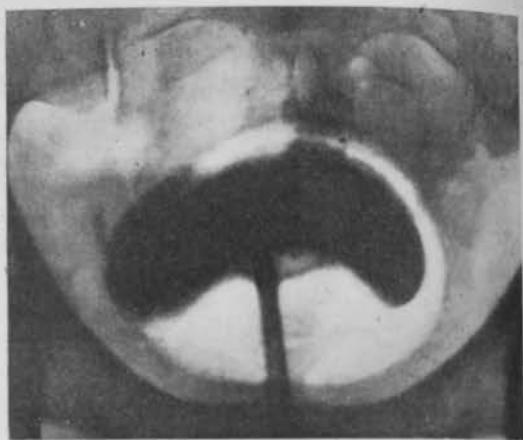


Fig. 4

tras ellas. De este modo la cistografía lacunar nos proporciona datos concretos sobre su topografía que condicionan la elección de uno u otro método operatorio (vía hipogástrica o perineal, resección transuretral). En el método transuretral del tratamiento

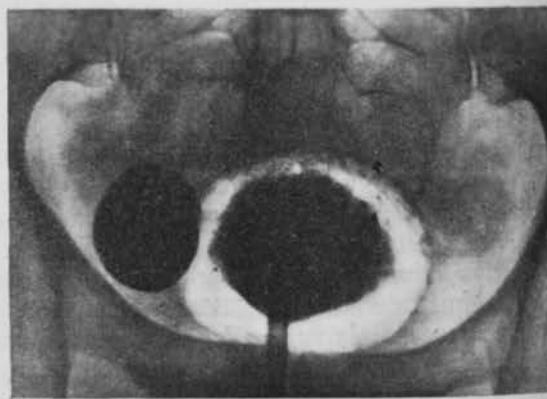


Fig. 5

de la hipertrofia prostática estará indicada de modo especial la cistografía lacunar, pues ningún método como éste puede suministrar el documento gráfico de las modificaciones sufridas por el cuello vesical.

Asimismo manteniendo en nuestras cistografías una técnica uniforme y constante, puede seguirse paso a paso, el crecimiento progresivo de la hipertrofia prostática en los casos incipientes.

A todas las razones aducidas hay que añadir que en muchos casos de hipertrofia prostática la cistografía lacunar será el único medio exploratorio que nos ilustre sobre la topografía del cuello vesical puesto que no es infrecuente el hecho de tener que renunciar a la endoscopia en algunos prostáticos debido a que el paño del cistoscopio resulta impedido por el obstáculo de la misma hipertrofia prostática. Otras veces es causa impediente de la exploración endoscópica la hemorragia originada cada vez que

intenta pasar el cistoscopio. Pero también a este respecto queremos dejar sentada exactamente la indicación de la cistografía lacunar y no dar la impresión de que este método radiográfico encuentra tan sólo su campo de aplicación en las contraindicaciones o fracasos de la cistoscopia. Todos sabemos que la moderna endoscopia, cuando puede practicarse en condiciones favorables, es suficiente para ilustrarnos sobre el estado del cuello vesical. Pero también es cierto que ni utilizando las ópticas cistoscópicas de visión retrógrada logramos obtener una representación tan plástica, si se nos permite la expresión, como con la cistografía lacunar. A esto cabe y debe ser añadido otro factor de gran peso cuando se trata de enfermos muy pusilánimes y para los que cada exploración representa un gran choque nervioso; me refiero al dolor. La cistoscopia en los prostáticos es una exploración por lo menos penosa; la cistografía lacunar, para la que sólo es preciso introducir una sonda fina de goma, es prácticamente indolora.

Por último, queremos hacer constar los datos complementarios de singular valor que de la cistografía lacunar se deducen, y que sin referirse al cuello vesical mismo, pueden hacer cambiar por completo nuestro criterio quirúrgico en un caso dado de hipertrrofia prostática. Tales son los divertículos o tumores vesicales que pueden coexistir con el adenoma periuretral. Pero esto será tratado aparte en los epígrafes correspondientes.

DIVERTÍCULOS VESICALES. — Tratándose de un método reciente nos pareció indicado su empleo en todas aquellas afecciones vesicales en las que fuera de esperar algún resultado. Esto fué lo que nos movió a utilizarlo en los divertículos vesicales. Nues-



Fig. 6

tras esperanzas teóricas eran grandes, haciéndonos dudar tan sólo el hecho de que KNEISE y SCHOBEL no hablaran concretamente del "Abrodilpfütze" en los divertículos y que llegaran incluso en su última y magnífica obra *Exploración radiológica del aparato urinario* a mencionar como método de elección en las radiografías de los divertículos vesicales, el ya clásico de la introducción de una sonda uretral arrollada en la cavidad diverticular. Con este temor hicimos nuestra primera cistografía lacunar a un enfermo con divertículo vesical (radiografía 5). El resultado fué magnífico, proporcionándonos una de las mejores cistografías de nuestra colección. El empleo ulterior en otros casos no hizo sino confirmar,

e incluso reforzar, esta impresión y nuestras suposiciones teóricas.

Desde las estadísticas de HINMANN se conoce la extrema frecuencia y predilección con que asientan los orificios diverticulares en las inmediaciones del uréter. Por esta razón creímos que lógicamente el líquido inyectado en vejiga, aun en la pequeña cantidad de 20 c. c., debía penetrar en el orificio diverticular por la ley de la gravedad que hace correr las aguas hacia los sumideros. Pero aun en el caso de que el orificio diverticular se encontrara más lateralizado, también cabía esperar se pudiese obtener una buena

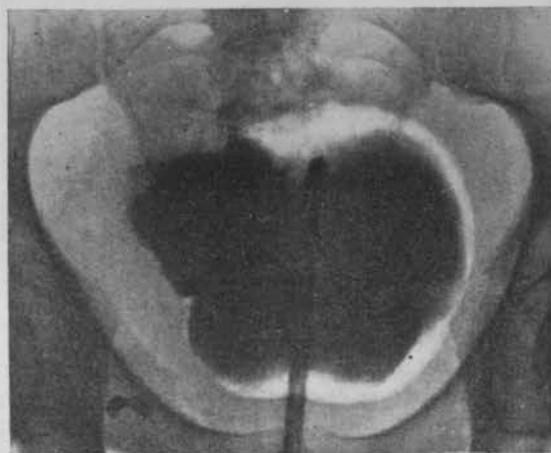


Fig. 7

radiografía, ya que su orificio, considerado lateral mientras la vejiga está llena, debe permanecer en un punto declive cuando ésta no se encuentra distendida o lo está muy poco (con sólo los 20 c. c. del líquido opaco). Si una vez llena la cavidad diverticular se distienden las paredes vesicales con 100 centímetros cúbicos de aire y se tira la placa, podremos obtener una radiografía análoga a las representadas en las cistografías 5 y 6. Tan sólo, pues, escaparían al control radiográfico de la cistografía lagunar aquellos divertículos de la pared anterior que, por lo demás, son de extrema rareza. Tanta que sólo se citan cuatro casos (uno de GOULEY y otro de MORAN, de interpretación dudosa, más otros dos que corresponden a SIMON y a HINMANN, respectivamente).

Vemos por todo esto la gran importancia diagnóstica de la cistografía lacunar que nos permite obtener imágenes radiográficas diverticulares tan bellas. Esta importancia se acrecienta al recordar la posible existencia de divertículos cuyo orificio no es evidenciable cistoscópicamente, según demuestran las observaciones de PLESCHNER, FRANÇOIS, BLUM, ZINNER, LEGUEU, PAPIN y PÉREZ CASTRO, y que han hecho afirmar a C. STIRLING y a H. W. ROLLINGS la necesidad de practicar sistemáticamente la cistografía antes de toda operación de vejiga o próstata.

Así, pues, tenemos simultáneamente en la cistografía lacunar la posibilidad de apreciar el relieve prostático intravesical y la probable existencia de divertículos (véase radiografía 6). Llenando el nuevo método todos los requisitos que PASCHKIS exige. Con la cistografía lacunar disponemos de un procedimiento sencillo para determinar el tamaño, forma, situación y número de los divertículos vesicales, da-

tos todos ellos no tan fáciles de adquirir, ya que del hecho de ser numerosísimas las técnicas cistográficas propuestas para esta finalidad, podemos deducir que ninguna de ellas es plenamente satisfactoria.

Únicamente existe un grupo de divertículos, los de la pared posteroinferior vesical, que pueden dar imágenes poco precisas por superponerse su sombra a la formada por el charco vesical. Pero hay que tener

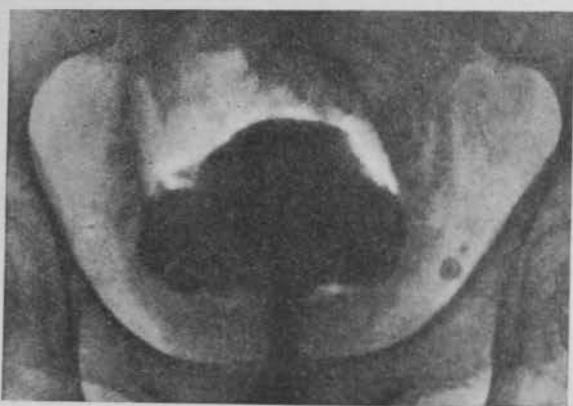


Fig. 8

en cuenta que tales divertículos son extremadamente raros, ya que sólo se encuentran citados en la literatura moderna tres casos (MERCKEL, PAGENSTECHER y HEBTING).

Entre los casos presentados en este trabajo figuran dos de divertículo con orificio de entrada en cara

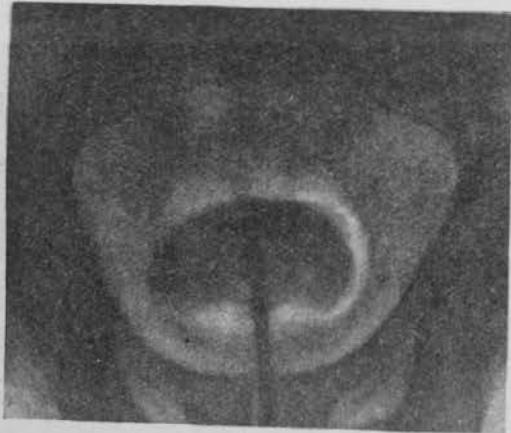


Fig. 9

posterior vesical (véanse radiografías 7 y 8). Uno de ellos verdadero y el otro falso, consecutivo a un absceso voluminoso de cara posterior vesical abierto en vejiga. No obstante su situación desfavorable, ambos pueden apreciarse bien en la cistografía lacunar practicada en posición anteroposterior sin haber requerido una radiografía axial que, en los casos oscuros, será la encargada de resolver nuestras dudas.

El caso de seudodivertículo vesical posterior que presentamos, merece ser considerado detalladamente por su rareza y por coincidir exactamente en su aspecto cistográfico con un caso observado por PASCHKIS diagnosticado por él de "estado contractual de la pared vesical consecutivo a cistitis muy intensa" (compárense cistografía 8 y figura 10). Como decimos, el esquema que da PASCHKIS de esta cistografía parece casi un calco de nuestra radiografía, lo

que nos hace pensar si no se trataría también, como en nuestro enfermo, de un absceso de pared posterior abierto en vejiga en vez de la "cistitis y contractura" que PASCHKIS supone. El esquema referido corresponde a una cistografía practicada primero con 50 c. c. y luego con 100 c. c. de bromuro sódico a 10 por 100 y en la que se aprecia (véase fig. 10) una vejiga alargada transversalmente sobre la cual se superpone otra sombra dispuesta longitudinalmente. Sin poder entrar en un análisis detallado del cág

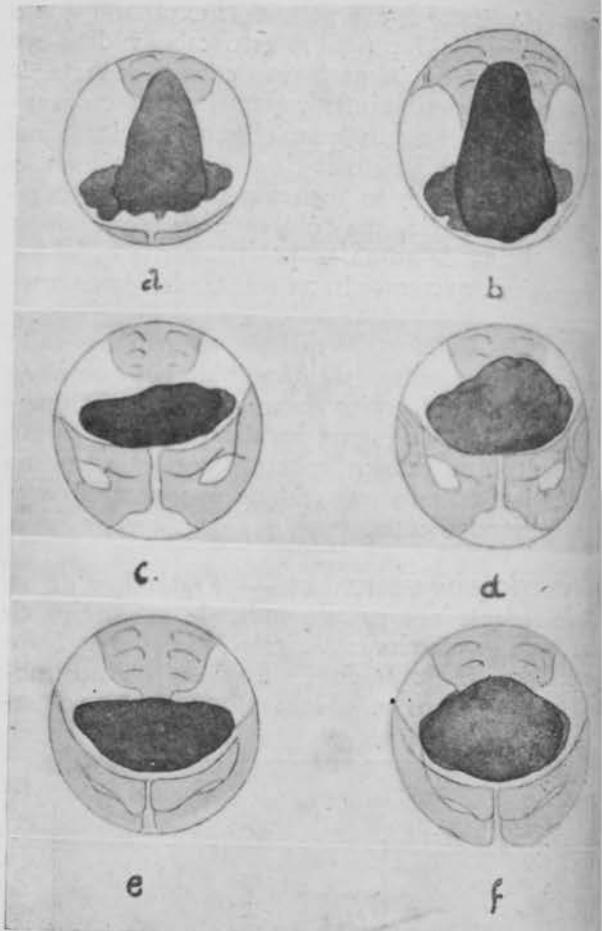


Fig. 10

expuesto someramente por PASCHKIS, consignamos la sospechosa identidad con el nuestro. Sólo tratándose de un absceso retrovesical vaciado en vejiga puede explicarse el que dos meses después hubiera desaparecido la pretendida cavidad diverticular formada por la sombra longitudinal, persistiendo tan sólo la propiamente vesical. En nuestro caso también se redujo muy rápidamente la cavidad del absceso y que, no obstante ser considerable en la cistografía lacunar practicada antes de ser dado de alta el enfermo, hay que tener en cuenta que durante la intervención el dedo no alcanzaba a precisar sus límites y en especial los superiores. Al enfermo se le indicó volviera dentro de dos meses para repetirle la cistografía lacunar y seguir el proceso de retracción de la cavidad del absceso; así lo hizo, pudiéndose apreciar la desaparición total de la cavidad del absceso (figura 9).

TUMORES DE VEJIGA. — Desde que JOSEPH dijo en 1928 que la radiografía sólo tenía valor diagnó-

tico en los tumores incrustados de vejiga y que la cistografía sólo nos suministraba datos diagnósticos cuando se trataba de tumores vesicales grandes prominentes en la cavidad, no cabe duda que el concepto ha variado mucho.

La cistografía lacunar representa también en este terreno un gran progreso, ya que nos permite obtener cistografías tumorales muy precisas de las neo-

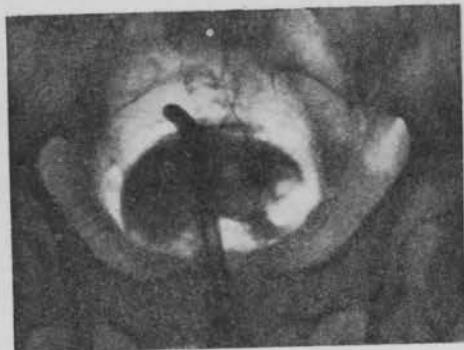


Fig. 11

plasias vesicales asentadas en cara posteroinferior, lateral y cuello. Como desde ALBARRÁN a HEUSCH se admite que las neoplasias epiteliales tienen su asiento predilecto en las inmediaciones de la desembocadura de los uréteres, el cuello vesical y en el trigono

plasias vesicales que por su extensión impiden completamente la visión cistoscópica por el volumen de sus masas tumorales (véanse cistografías 14 y 15). Este caso pone precisamente de manifiesto las ventajas de la cistografía lacunar sobre la cistografía corriente. En la cistografía 14, practicada con algo más de 100 c. c. de solución de bromuro sódico, no se aprecian rastros del tumor, aparte de una insignificante escotadura en la parte lateral derecha del cuello vesical, mientras en la cistografía lacunar practicada al mismo enfermo, se aprecian, casi una por una, las masas tumorales que posteriormente se comprobaron y extirparon en la intervención (fotografía 15 y 16).

Por último, citaremos una tercera posibilidad que pudimos observar en uno de nuestros enfermos (radiografía 11). En este paciente, diagnosticado de hipertrofia prostática por su cuadro clínico y por el tacto rectal, la cistoscopia era en extremo difícil por la intensa hematuria, no obstante lo cual se pudieron apreciar confusamente unas franjas de aspecto papilomatoso en la parte izquierda del cuello. La posición de la neoplasia y la intensa hematuria no permitieron apreciar ni la forma ni el lugar de implantación del tumor. Todos estos datos nos los proporcionó, con una claridad maravillosa, la cistografía lacunar. Este resultado es tanto más admirable teniendo en cuenta la pequeñez de la neoformación, según pudimos comprobar con la vejiga ampliamente abierta, en el curso de la operación.

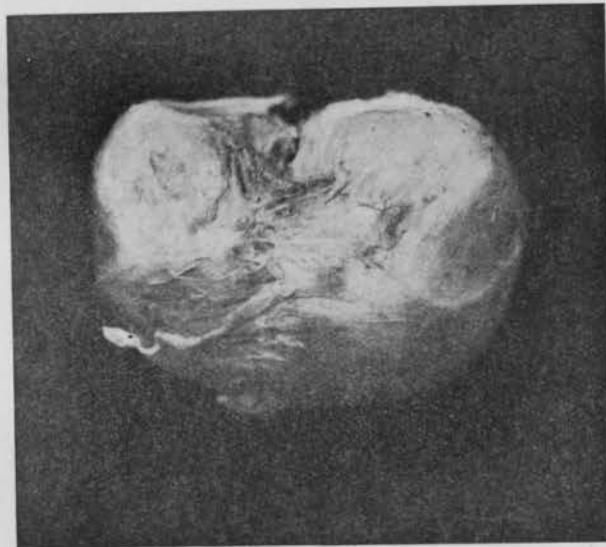


Fig. 12

y sus inmediaciones, se comprende fácilmente la utilidad de la cistografía lacunar en su diagnóstico. A este respecto QUINBEY dice que el 76,6 por 100 de los epitelomas de vejiga se encuentran situados dentro de la zona mencionada. Los más raros casos de neoplasias implantadas en la cara anterior vesical requerirían la posición ventrodorsal, mediante la cual serían igualmente puestos de manifiesto.

Claro está que no quiere decirse debamos prescindir del diagnóstico cistoscópico, insustituible para la determinación de la naturaleza del tumor. Pero existen casos de hematurias profusas en las que tendríamos que aguardar mucho tiempo, con perjuicio para el enfermo, hasta que la exploración endoscópica fuera posible. También son frecuentes las neo-

LITIASIS VESICAL Y REFLUJO VÉSICOURETERAL. Ya hemos dicho que KNEISE y SCHOBER emplearon su método, al principio, en el diagnóstico de los

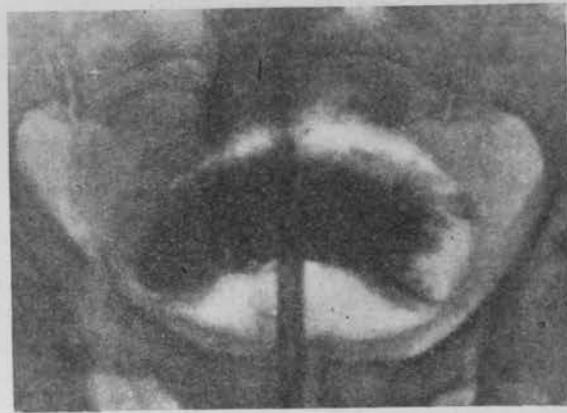


Fig. 13

cálculos vesicales transparentes a los rayos X, publicando radiografías perfectas de estos casos.

Las dos últimas radiografías de nuestra casuística pertenecen a un caso de litiasis vesical (figs. 17 y 18). Este enfermo, al que practicamos una cistografía lacunar para tener una idea exacta del tamaño de la porción prostática intravesical, nos proporcionó una placa cistográfica interesante. Previamente se hizo una radiografía simple de pelvis apreciándose dos cálculos vesicales, uno de ellos, el del lado izquierdo, casi el doble del otro. Por detrás de ambos se adivina una tercera sombra calculosa. Existe también una sombra transversal de gases de última porción de intestino. Inmediatamente se pasó la sonda evacuándose una pequeña cantidad de orina maloliente, mezcla-

da con mucho moco. Fué preciso lavar durante largo tiempo para limpiar la vejiga. Se inyectaron 20 c. c. de Abrodil al 20 por 100. La cistografía lacunar, tan perfecta, fué obtenida por el ilustre Dr. ARCE. Vemos en ella el charco formado por el Abrodil con un aspecto grumoso debido a la imposibilidad de limpiar completamente la vejiga de moco. El saliente prostático es evidente, pero de los cálculos sólo se aprecia el situado a la izquierda, los otros son tapados.

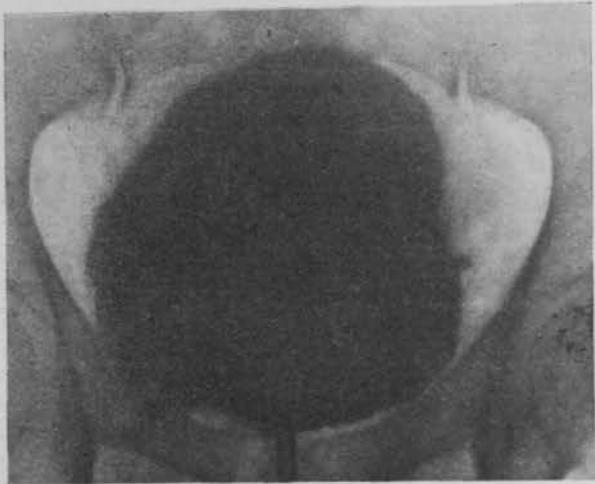


Fig. 14

dos por la mancha obscura del Abrodil. Otro dato que obtuvimos en esta placa fué poner en evidencia un reflujo vésicoureteral del lado derecho.

M. C. P. Historia 21.289. 56 años de edad. Casado. Albañil. Argamasilla de Calatrava (Ciudad Real).

Desde hace seis años disuria con dolor y escorzo inicial y terminal. Orinas siempre claras. Residuo de 300 c. c. Micción diurna cada tres horas y por la noche sólo dos veces. Por tacto rectal se nota próstata aumentada del tamaño de un albaricoque. No obstante tener un calibre normal, no pasa el cistoscopio.

Prostatectomía en dos tiempos. Hecha la talla, el dedo introducido en vejiga confirma la imagen cistográfica del cuello. Cursó postoperatorio normal. Alta por curación.

Figura núm. 1. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de Abrodil al 40 por 100. Por error se inyectó mucho aire, bastante más de 100 c. c. Se obtiene una imagen vesical en la que el charco aparece muy extendido y alargado transversalmente, en su centro existe una escotadura.

Figura núm. 2. — Se repite la cistografía lacunar, esta vez con 20 c. c. de Abrodil al 20 por 100 y 100 c. c. de aire. En esta placa aparece el charco típico alargado en forma de embutido, característico de la hipertrofia prostática. La elevación intravesical de la adenoma es considerable. La distensión de la vejiga por el aire es uniforme.

Figura núm. 3. — Adenoma enucleado por vía hipogástrica (75 gramos de peso) en un solo bloque. Comisura anterior se hizo saltar para encontrar el plano de despegamiento.

A. J. I. Historia 21.713. 58 años de edad. Comisionista. Valencia.

Desde hace dos años, polaquiuria. El chorro de la orina ha perdido fuerza. Orina cada hora. Próstata del tamaño de una castaña grande, por tacto rectal, regular y bien limitada, blanda. Residuo, 50 c. c. Orina clara y no contiene nada anormal. Urea en sangre, 0,31 gramos por 1.000. Cistoscopia imposible por no retener el agua. Mejora la frecuencia de las micciones y no desea ser operado. Se le indica la conveniencia de venir periódicamente por el Servicio.

Figura núm. 4. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire. Gran prominencia intravesical del adenoma prostático. Charco en forma de embutido. Lóbulo medio prostático algo cubierto por el líquido de contraste.

F. A. O. Historia 21.667. 51 años. Casado. Empleado, Almedo (Logroño).

Molestias gástricas que le obligan a consultar a un especialista de aparato digestivo, diagnosticando éste un *ulcus pilórico*. Le hacen un análisis de orina, en la que se encuentran hemáticas. No ha tenido ningún trastorno de la micción ni molestia alguna de aparato urinario. Niega micción en dos tiempos. Orina cada cuatro horas por el día y ninguna por la noche cuando está en cama. Orinas transparentes. Próstata aumentada según se aprecia por tacto rectal, más el lóbulo derecho que el izquierdo. Por cistoscopia se aprecia el cuello elevado en el cuadrante inferior derecho, mucosa vesical sana con algunas columnas, orificio diverticular a las 20. Ya que el enfermo no aqueja molestia urinaria alguna, se le recomienda régimen de vida adecuado y vigilancia periódica.

Figura núm. 5. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire.

Vejiga muy bien distendida por el aire y de contornos marcados. Charco circular. En el lado derecho se aprecia una sombra circular cuyo contorno sobrepasa al de la vejiga distendida por el aire, pero que está separado del charco vesical por una franja clara (divertículo).

M. A. I. Historia 21.684. 57 años. Casado. Mecánico, Zaldibia (Guipúzcoa).

Desde hace unos meses disuria, chorro fino y de poca fuerza, orinas turbias o sanguinolentas. Dolor terminal. Polaquiuria diurna y nocturna, siendo esta última tan intensa que para poder descansar por la noche se ve obligado a ponerse sonda permanente. Un par de veces accesos de retención aguda. Polidipsia. Por tacto rectal, próstata del tamaño de un huevo de gallina, blanda, elástica y no dolorosa. Residuo vesical, 100 centímetros cúbicos. No se le pudo hacer cistoscopia. Se le propone la intervención, que es aplazada por motivos familiares.

Figura núm. 6. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire. Charco alargado transversalmente en forma de embutido. Cuello muy elevado por próstata hipertrofiada. A la izquierda del charco vesical formado por el líquido opaco, sombra oval que corresponde a

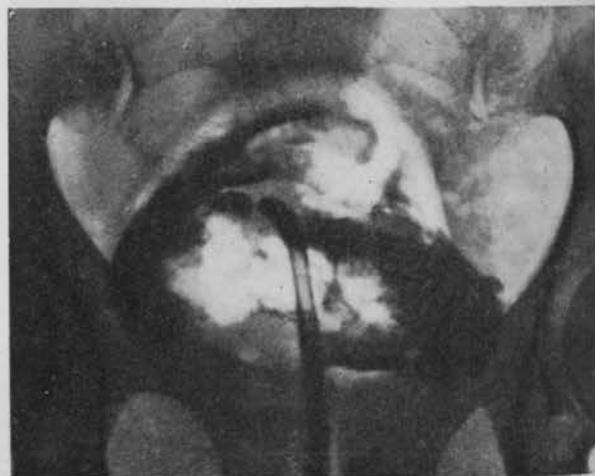


Fig. 15

un divertículo lleno de bromuro sódico. En el mismo lado por encima del divertículo, celda llena de líquido opaco. El divertículo grande muestra su contorno interno tangente con la pared vesical distendida por el aire. El cuello diverticular se aprecia lleno, en parte, por el bromuro sódico.

M. I. G. 40 años de edad. Casado. Labrador. Escalonilla (Toledo).

Polaquiuria desde hace cinco meses, siendo las orinas claras como el agua. Polidipsia desde hace cuatro meses. Cada vez orina mucha cantidad, siendo las micciones cada 15 minutos por el día y cada 10 por la noche. Orina por lo menos 8 litros en las 24 horas y la densidad es de 1.002. Por cistoscopia se aprecia mucosa vesical de aspecto normal y cuello vesical algo edematoso. Orificios ureterales normales. Gran orificio diverticular en cara posterior de vejiga y otro más pequeño por fuera de orificio ureteral derecho. Se envía al enfermo a un Ser-

vicio de Medicina Interna para que le traten su probable afección hipofisaria.

Figura n.º 7. — Cistografía lacunar. 40 c. c. de solución de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire. Cuello ligeramente prominente correspondiendo al edema comprobado en cistoscopia. Divertículo de cara posterior da una gran sombra hacia arriba y a la izquierda que se superpone en parte inferior con el charco vesical. Divertículo en el lado derecho de contornos angulosos, imagen producida por las adherencias (Herbert Henninger). Vejiga bien distendida por el aire.

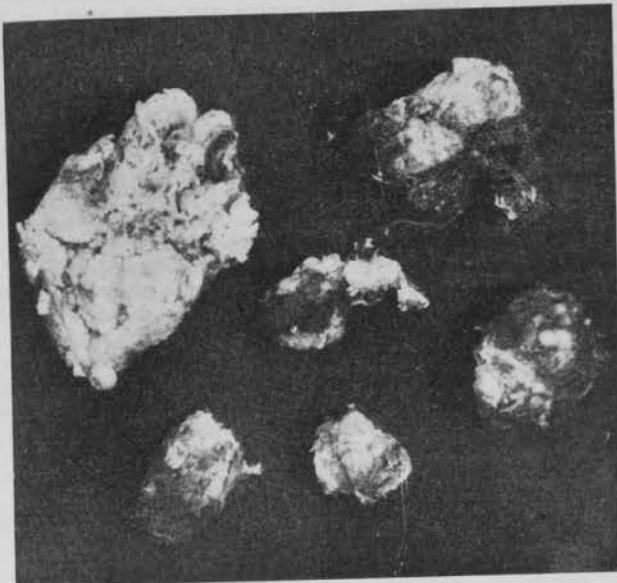


Fig. 16

A. C. C. Historia 21.797. 68 años de edad. Casado. Guardia Jurado. Ciudad Real.

Desde hace un año, disuria y polaquiuria. Hace siete días retención completa, teniendo que ser sondado. Próstata prominente y blanda (tamaño de una ciruela) por tacto rectal. Por cistoscopia se aprecia una vejiga en celdas y columnas, pareciendo una de aquéllas ser algún orificio diverticular. Reborde prostático y V superior muy acusada. No tolera la sonda y hay que operarle rápidamente. Mediante la talla hipogástrica se aprecia próstata hipertrófica, haciendo pequeña prominencia intravesical. La cara posterior de la vejiga parece algo elevada y abombada. Al introducir el dedo en vejiga para realizar el segundo tiempo de prostatectomía se encuentra inmediatamente cara posterior vesical, prominente, tensa, lisa y con fluctuación. Se incide con instrumento cortante guiado sobre el dedo índice, dando salida a una gran cantidad de pus espeso y cremoso. Lavado de la vejiga y exploración de la cavidad purulenta que se extiende en todas direcciones. Taponamiento de la cavidad con cuatro mechas de gasa iodoformica, de las usuales para los taponamientos de prostatectomía. Se quitan tapones a los tres días. Nada de hemorragia. Las orinas se aclaran rápidamente. Posteriormente se practica el segundo tiempo de la prostatectomía. Próstata subvesical difícil de enuclear, no obstante lo cual sale entera. Curso postoperatorio normal, cerrando orificio hipogástrico bien y siendo dado de alta el enfermo por curación. Este paciente *no tuvo nunca fiebre*, ni antes de ser evacuado el absceso. Dado de alta el paciente por curación, vuelve al Servicio dos meses después para ser de nuevo explorado. La cavidad retrovesical ha desaparecido totalmente; la micción es normal (cada tres horas por el día y ninguna por la noche); las orinas son claras, el estado general es floreciente.

Figura n.º 8. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100. 100 c. c. de aire. Sombra del charco alargada transversalmente, en su extremo derecho una celda. Por detrás del charco vesical se ve hacer prominencia una segunda cavidad de menor contraste que corresponde a la del absceso, ya muy reducida (el límite entre ambas zonas se aprecia muy bien en la negativa). El cuello presenta algunas irregularidades consecutivas a la reciente prostatectomía.

Figura n.º 9. — Cistografía lacunar del mismo caso, dos meses después. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100

y 100 c. c. de aire. Se aprecia tan sólo la sombra del charco vesical, habiendo desaparecido totalmente la del absceso.

Figura n.º 10. — Caso de R. PASCHKIS citado en el *Handbuch der Urologie*, tomo V, pág. 82.

Se trata de un enfermo afecto de una "cistitis grave" y en el que, según PASCHKIS, existía un estado contractual consecutivo a ésta, dando lugar a la alteración de forma registrada en la cistografía, que desaparece al desaparecer la "cistitis grave".

a) Cistografía anteroposterior con 50 c. c. de una solución de bromuro sódico al 10 por 100. b) Con replección de 100 centímetros cúbicos. c) Cistografía anteroposterior con 50 centímetros cúbicos, dos meses y medio después de la primera. d) Con 100 c. c. de replección. e) Cistografía axial con 50 c. c. y a los ocho días de la segunda. f) Cistografía axial con replección de 100 c. c.

M. C. R. Historia 21.564. 73 años. Casado. Labrador. Recas (Toledo).

Dificultad creciente durante las micciones desde hace un mes. Actualmente sólo consigue hacerlo gota a gota. Retención incompleta. Se le sonda sin dificultad. Por tacto rectal se aprecia próstata blanda, elástica y del tamaño de una manzana pequeña. Por cistoscopia se ve reborde de cuello y V superior muy acusada. En el lado izquierdo del cuello y colocando el cistoscopio en posición forzada se aprecian franjas de aspecto papilomatoso. No puede verse la totalidad de la neoplasia. Talla hipogástrica amplia, inspeccionándose bien la cavidad vesical y en especial el cuello. En el lado izquierdo se ve la neoformación apercibida durante la cistoscopia y evidenciada por la cistografía lagunar. Se extirpa la neoplasia y se electrocoagula su base para hacer hemostasia. Aprovechando la amplia talla y como el estado del enfermo es bueno, se lleva a cabo la prostatectomía y a cielo abierto. El adenoma se enuclea en un solo bloque. Taponamiento gasa iodoformica y tubo de Marion. El informe remitido por la Sección de Histología Patológica (Jefe: Dr. don MANUEL PÉREZ LISTA) dice lo siguiente sobre la neoplasia vesical de este caso:

"El estudio histológico reveló la existencia de lesiones sospechosas de un proceso epitelial; sin embargo, no se puede afirmar categóricamente que se trate de un proceso de esta naturaleza, por ser insuficiente el material remitido."

Figura n.º 11. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de Abro-dil al 20 por 100 y 100 c. c. de aire. Se ve muy bien el

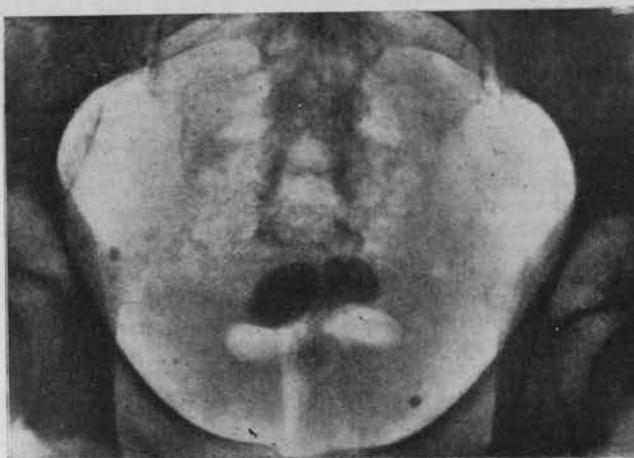


Fig. 17

saliente vesical del adenoma prostático. Charco de diámetro transversal preponderante. Su extremo izquierdo muestra una muesca clara que corresponde a la tumoración vesical.

Figura n.º 12. — Adenoma periretral del mismo caso, enucleado en un bloque por vía hipogástrica (62 g. de peso).

J. P. R. Historia 21.581. 68 años de edad. Casado. Labrador. Soria.

En los últimos 14 meses repetidas hematurias, disuria y polaquiuria. Frecuencia de micción: por el día cada dos horas y de noche cuatro veces. Por tacto rectal, próstata aumentada. Orinas ligeramente turbias. Endoscópicamente se aprecia la vejiga con celdas y columnas y en pared lateral izquierda tumoración cerebriforme de aspecto consistente y con alguna zona de franjas. Es enviado el enfermo al Departamento radioterápico para su tratamiento.

Figura núm. 13. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire. Se aprecia sombra de líquido de contraste alargada en su diámetro transversal y con elevación clara del cuello (hipertrofia prostática). El lado izquierdo del charco aparece como "roido de ratones" y corresponde a la zona de implantación de la neoplasia.

M. F. A. Historia 21.726. 48 años de edad. Soltero. Carpintero. Madrid.

Hematuria total intensísima desde hace dos meses. No aqueja dolor alguno, tan sólo ligera molestia terminal. Niega dolores renales. La frecuencia de la micción diurna es de tres horas y por la noche orina de tres a cuatro veces. El enfermo tiene una palidez cérea enorme. Próstata normal. No se encuentra ningún otro dato de inspección o de palpación en el aparato

que obligó a sondarla. Actualmente escózor y dolor al orinar. Micción lenta y retardada. Orinas muy infectadas con gran cantidad de moco. Calibre uretral normal. Residuo, 10 c. c. Con el explorador se nota claramente el roce calculoso en vejiga. Próstata engrosada, blanda e indolora. Estado general de gran desnutrición (42 kilos de peso). Enfisema pulmonar. No se puede practicar cistoscopia por intolerancia de la vejiga. Desinfectantes urinarios como preparación para la intervención. Talla hipogástrica con anestesia local. Se extraen tres cálculos, uno de ellos del tamaño de un hueso grande de aceituna y otros dos, más pequeños, formados por acumulación de arenas y que se deshacen a la presión. Ello explica que no se vieran en la cistografía lacunar. Prominencia prostática intravesical correspondiendo con imagen de la cistografía lacunar. Curso postoperatorio normal. Se mantiene el orificio de talla para practicar, en un segundo tiempo, la prostatectomía cuando el enfermo tenga mejor estado general y se nutra.

Figura núm. 17. — Cistografía simple (Dr. ARCE). Inclinación del tubo, 10°. Se aprecian las sombras de tres cálculos, una de ellas más borrosa y situada por detrás de las otras dos mayores.

Figura núm. 18. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de Abrodil al 20 por 100 y 100 c. c. de aire. Inclinación del tubo, 10°. No obstante lavar copiosamente vejiga, no puede limpiarse completamente de moco, lo que hace que el charco vesical tenga un aspecto grumoso. En el lado izquierdo, y superpuesta a la sombra blanca de próstata, se ve una zona más clara que corresponde al cálculo mayor. Los otros no se distinguen, cosa que se explica más tarde en la intervención al comprobarse la constitución de estos cálculos. En el lado derecho se aprecia evidente refljo vesicoureteral. El saliente intravesical de próstata aparece reproducido muy plásticamente. Tangente con su contorno superior izquierdo se ve el cálculo de mayor tamaño.

(Las radiografías correspondientes a los enfermos del Servicio de Urología del Hospital Provincial fueron hechas por nuestro compañero de Servicio Dr. J. PELÁEZ CAMPOMANES, en quien tuvimos un incondicional, inteligente y cordial colaborador. Le expresamos al final de este trabajo nuestra gratitud por su decisiva ayuda.)

CONCLUSIONES

1.º La cistografía lacunar ("Abrodilpfütze" de KNEISE y SCHOBERT) es un método radiográfico vesical, presentado en este trabajo a los médicos españoles, que nos ofrece posibilidades hasta ahora inasequibles a otras técnicas.

2.º La cistografía lacunar es una cistografía combinada en la que se inyectan en vejiga primero una solución concentrada de líquido opaco a los rayos X (20 c. c.) y después 100 c. c. de aire, con objeto de distender la vejiga.

3.º El líquido de inyección vesical propuesto por KNEISE y SCHOBERT, Abrodil al 40 por 100, puede ser subtituido por una solución de bromuro sódico a la misma concentración (PÉREZ CASTRO). El contraste obtenido es igualmente bueno, sin observarse que el bromuro sódico produzca fenómenos de irritación superiores al Abrodil. El menor coste de la solución de bromuro sódico y su más fácil adquisición hace que su uso sea preferible.

4.º Mediante este método pueden ser puestas de manifiesto con gran plasticidad las alteraciones del cuello vesical, las neoplasias de vejiga y los divertículos de la misma. Asimismo puede descubrirse en las cistografías lacunares la existencia de un refljo vesicoureteral ignorado.

5.º El método, motivo de este trabajo, fué empleado inicialmente para poner de manifiesto los cálculos vesicales transparentes a los rayos X.

6.º A este trabajo acompañan una serie de 14 radiografías junto con 3 fotografías de piezas opera-

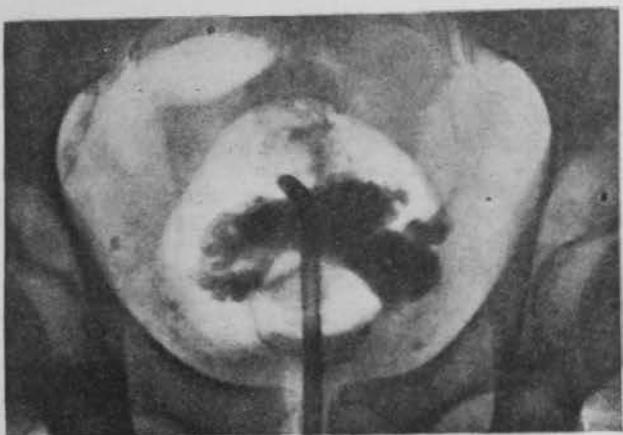


Fig. 18

urogenital. El análisis de sangre da los siguientes datos: 5.000 leucocitos y 1.300.000 hemáticas. Hemoglobina, 35 por 100. Hemograma de Schilling: mielocitos, 2; juveniles, 4; bastonados, 6; segmentados, 78; linfocitos, 6; monocitos, 4. Se intenta hacer cistoscopia, tardándose muchísimo en poder aclarar el agua vesical. La capacidad es buena (200 c. c.). La visión se encuentra impidiida por masas neoplásicas que tapan la óptica cuando se pretende observar cara posterior de vejiga. Tan sólo es visible cara anterior y vértice vesical que se encuentran enteramente libres de masas tumorales. Se ordenan hemostáticos, sueros salino y glucosado, así como repetidas transfusiones de sangre. Como la hematuria no cesa, se decide la operación, no obstante el mal estado general del enfermo y su acentuada anemia. Talla hipogástrica amplia, mediante la cual se aprecian 6 masas tumorales de aspecto papilomatoso que ocupan casi por entero la cara posterior vesical. Se seccionan por su base, ya que todas están pediculadas y se electrocoagula su punto de implantación, ligándose un par de vasos arteriales, seguramente los causantes del enorme hematuria y anemia del enfermo. Curso postoperatorio normal. Las orinas se encuentran enteramente libres de sangre y la piel y tegumentos del paciente empiezan a perder su color céreo.

Figura núm. 14. — Cistografía con replección de vejiga mediante solución de bromuro sódico al 40 por 100 (algo más de 100 c. c.). No se aprecia ninguna zona clara sospechosa de tumor salvo una pequeña escotadura situada en el lado derecho del cuello vesical.

Figura núm. 15. — Cistografía lacunar. 20 c. c. de bromuro sódico al 40 por 100 y 100 c. c. de aire. Imagen lacunar en forma de meandro. El centro de la zona que debía corresponder al charco vesical aparece en su centro ocupada por las masas tumorales. El líquido opaco se insinúa entre las elevaciones neoplásicas, dando una imagen plástica muy real de las mismas, como puede apreciarse en la fotografía siguiente.

Figura núm. 16. — Fotografía de las masas tumorales pediculadas correspondientes al mismo caso y extirpadas por vía hipogástrica.

D. E. A. 60 años de edad. Enfermo particular. Soltero. Vega de Viejas (León).

Comienza hace un año con polaquiuria diurna y nocturna (10 a 12 veces por la noche), expulsando arenas sin cólicos nefriticos. Ha tenido un ataque de retención aguda de orina

torias en las que puede apreciarse la concordancia existente entre los datos radiográficos y los hechos anatómicos.

7. Tanto estas radiografías como las historias resumidas de los casos correspondientes, representan una selección de casuística para evitar la amplitud excesiva de la parte gráfica y las repeticiones innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

ALBARRAN. — *Les tumeurs de la vessie*. Paris, 1892.
 BALLENGER, ELIÉER y LAKE. — *Am. Journ. of Surg.*, 38, 187, 1924.
 BLUM. — *Chirurgische Pathologie und Therapie der Harnblasendivertikel*. Thieme, 1929.
 BLUM, V. y RUBRITUS, H. — *Die Erkrankung der Prostata*. Handbuch der Urologie, 5, 608, 1928.
 BOEMINGHAUS-ZEIS. — *Die Erkrankungen der Harnorgane im Röntgenbild*. Leipzig, Ambrosius Barth, 1933.
 BURCKARDT y FLOERCKEN. — *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.*, 105, 110, 1910.
 CAPORALE, L. y SALOTTI, A. — *Atti. d. Soc. Ital. di Urol.*, 72 y 88, 1928.
 FRANCOIS. — *Scalpel*, 1, 269, 1922.
 GOTTLIEB, J. G. y STROKOFF, F. J. — *J. d'Urol.*, 24, 410, 1927.
 GOTTLIEB, J. G. y STROKOFF, F. J. — *J. d'Urol.*, 25, 451, 1928.
 GOULEY. — *New York, med. journ.*, 1896.
 HERTING. — *Freiburg*, 1902.
 HENNINGER, H. — *Z. f. Urol.*, 29, 457, 1935.
 HEUSCH, K. — *Blasenkrebs*. Georg Thieme, 1942.
 HIMMANN. — *Sug. Gyn. a. Obst.*, 1919.
 HIMMANN. — *Journ. of Urol.*, 1919.
 JOSEPH, E. — *Handbuch der Urologie*. J. SPRINGER, 5, 208, 1928.
 KNEISE y SCHULZE. — *Z. Urol. Chirurg.*, 10, 1922.
 KNEISE y SCHOBER. — *Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane*. Thieme, 1941.
 LEROUX y PAPIN. — *Arch. Urol. de la Clin. Necker*. Paris, 1922.
 LEGUEU, FEY y TRUCHOT. — *J. d'Urol.*, 35, 438, 1933.
 MARION, G. — *Cystographie. Traité d'Urologie*, 1, 76, 1935.
 MERKEL. — *Verhandl. d. dtsch. pathol. Ges.*, 1910.
 PAGENSTECHER. — *Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Chirurg.*, 33, Kongr.
 PASCHKIS, R. — *Handbuch der Urologie*. J. SPRINGER, 5, 74, 1928.
 PFLAUMER, ED. — 8. Tagung der Bayerischen Chirurgen, 1923.
 PFLAUMER, ED. — *Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol.*, 6, Kongr. Berlin, 1924.
 PFLAUMER, ED. — *Z. f. Urol.*, 20, 721, 1926.
 PÉREZ CASTRO, E. — *Clinica y Laboratorio*, 1942.
 QUINBY, W. C. — *New Engl. J. Med.*, 212, 501, 1935.
 RAFFO, V. y VALLEBONA, A. — *J. d'Urol.*, 27, 216, 1929.
 REISER. — *Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr.*, 35, 1, 286, 1927.
 SCHOBER, K. L. — *Z. f. Urol.*, 32, 50, 1938.
 SCHOBER, K. L. — *Z. f. Urol.*, 34, 139, 1940.
 STRAUSS. — *Z. f. Urol.*, 30, 567, 1936.
 STIRLING y ROLLINGS. — *Ann. Surg.*, 1927.
 VALENTIN. — *Beiträge und Bemerkungen zur Prostatectomia transvesicalis suprapubica*. Inaug. Diss. Würzburg, 1911. Ref. Zen. tralbl. f. Chirurg., 399, 1911.
 VALLEBONA, A. — *La Liguria Médica*, abril, 1925.
 VALLEBONA, A. — *La Radiología Médica*, 519, julio, 1926.
 WOLFROMM, G. y GILSON, M. — *J. d'Urol.*, 50, 91, 1942.
 WOLFROMM, G. y GILSON, M. — *J. d'Urol.*, 50, 104, 1942.
 ZINNER. — *Zeitschr. f. Urol. Chir.*, 19.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Abrodilpfütze nach Kneise-Schober ist eine roentgenologische Methode zur Harnblasendiagnose. In der Arbeit wird den spanischen Ärzten diese Methode vorgelegt, die durch andere Verfahren unerreichbare Möglichkeiten bietet.

2. Die Abrodilpfütze ist eine kombinierte Zystographie, bei der zuerst ein röntgenologisches, konzentriertes Kontrastmittel (200 ccm.) in die Blase eingespritzt wird, anschliessend erfolgt eine Luftfüllung (100 ccm.).

3. Das Kontrastmittel nach Kneise-Schober ist 40 prozentiges Abrodil, das aber auch durch Bromnatrium ersetzt werden kann (PÉREZ CASTRO). Der erzeugte Kontrast ist beide Male gut, ohne dass Reizerscheinungen beobachtet werden konnten. Die preiswerte Herstellung und das leichtere Erstehen des Bromnatriums werden es zum Mittel der Wahl machen.

4. Durch das angegebene Verfahren können Bla-

senhalsveränderungen, Harnblasendivertikel sowie Neubildungen plastisch dargestellt werden. Ebenso brachte man mit der Abrodilpfütze einen unbekannten vesicorenalen Rückfluss in Erscheinung.

5. Das den Anlass zu dieser Arbeit bildende Verfahren wurde ursprünglich angewendet, um die röntgenstrahlendurchlässigen Blasensteine wiederzugeben.

6. Es wurde eine Reihe von 14 Aufnahmen und 3 Photografien ausgewählt, bei denen man eine Übereinstimmung zwischen röntgenologischen Angaben und anatomischen Tatsachen beobachten kann.

7. Es erfolgte diese Auswahl der Aufnahmen sowie der kurz zusammengefassten Krankengeschichten, um eine unnötige Wiederholung gleicher Fälle zu vermeiden und um den illustrierten Teil nicht zu überladen.

RÉSUMÉ

1. La cystographie lacunaire (Abrodilpfütze de Kneise Schober) est une méthode radiographique vésicale; nous présentons dans ce travail aux médecins espagnols qu'elle nous offre des possibilités jusqu'à maintenant inaséquables à d'autres techniques.

2. La cystographie lacunaire est une méthode combinée; on injecte d'abord dans la vessie une solution concentré d'un liquide opaque aux rayons X (20 c. c.) et ensuite 100 c. c. d'air, pour détendre la vessie.

3. Le liquide d'injection vésicale proposé par Kneise et Schober, abrodil au 40 %, peut être substitué par une solution de bromure sodique à la même concentration (PÉREZ CASTRO). Le contraste obtenu est aussi bon et on ne voit pas que le bromure sodique produise des phénomènes d'irritation supérieurs à ceux de l'abrodil. Etant donné que la solution de bromure sodique est de plus bon marché et plus facile d'acquérir, on préfère l'employer au lieu de l'autre préparé.

4. Moyennant cette méthode, on peut mettre en évidence — avec grande plasticité d'altérations du col vésical, — les néoplasies de la vessie et ses diverticules. De même on peut découvrir dans les cystographies lacunaires l'existence d'un reflux vésico-urétral ignoré.

5. La méthode — objet de ce travail — fut employée d'abord pour mettre en évidence les calculs vésicaux transparents aux rayons X.

6. Ce travail est accompagné d'une série de 14 radiographies et 3 photographies de pièces opératoires où l'on peut apprécier la concordance qui existe entre les données radiographiques et les faits anatomiques.

7. Aussi bien ces radiographies que les histoires resumées des cas correspondants représentent une sélection de casuistique pour éviter l'amplitude excessive de la partie graphique et les répétitions innécessaires.