

La Sífilis Latente Vesical

Por el Prof. Agr. Doctor PABLO GOMEZ MARTINEZ

Introducción:

Con este título me propongo presentar los conocimientos y experiencias sacados de la investigación cistoscópica llevada a cabo sobre un total de 400 enfermos examinados en el Departamento de Endoscopia del Hospital de la Samaritana, durante el año de 1946.

El autor, describió y publicó por primera vez en Colombia en el año de 1944, 2 casos de sífilis vesical que se presentaron sobre un total de 3.323 pacientes sífilíticos examinados durante los años de 1939, 1940 y parte de 1941, o sea una incidencia del $\frac{1}{2}$ por mil. El porcentaje encontrado sobre enfermos que se quejaban de su aparato urinario fue de 0,30 (1).

Entre la numerosa literatura consultada, figuran dos artículos de autores brasileiros que nos llamaron mucho la atención, por la frecuencia con que ellos encontraron lesiones vesicales atribuibles a la sífilis y que denominaron "Sífilis latente de la Vejiga". Como sus ideas no estaban de acuerdo con los hechos observados por nosotros, ni con la experiencia adquirida en varios años de continuos exámenes cistoscópicos, nos dimos al trabajo de investigar de una manera minuciosa, serena e imparcial, la presencia o ausencia de las lesiones vesicales descritas, lo mismo que la morfología que pudieran tener en nuestro medio.

Para ello, nos impusimos la tarea de practicar exámenes cistoscópicos de rutina a todos los enfermos sífilíticos antes de iniciarle tratamiento alguno.

Los resultados de tal estudio, son los que aquí se consignan, como una modesta contribución al problema de la Sífilis Vesical Latente.

Historia:

En el año de 1930, De Magalhaes, publicó un artículo titulado "Consideracoes sobre alguns casos de syphilis vesical latente" (2), en el cual presenta 3 casos observados en pacientes que se quejaban de uretritis crónica y a los cuales se les practicaba "examen cistoscópico de rutina con el fin de esclarecer ciertas relaciones existentes entre la vejiga y la uretra, relaciones que influyen en la evolución clínica de ciertas uretritis y en su tratamiento" (Pág. 136).

El citado autor publica 3 observaciones: la primera, de un caso de leucoplasia vesical; la segunda, de una gran ulceración de la pared inferior de la vejiga, y la tercera, de una pequeña ulceración situada en la pared inferior, por encima del trígono y del meato ureteral izquierdo.

En el primer caso y en el tercero, no menciona las reacciones serológicas de los pacientes y olvida aclarar la historia luética; en el segundo, las reacciones serológicas practicadas en 2 ocasiones fueron negativas.

El cuadro cistoscópico de los pacientes mejoró con el tratamiento a base de mercurio coloidal, bismuto y arsénico.

Un año más tarde, Valverde (3), publica sus observaciones en un artículo que tituló "A respeito da syphilis vesical e, em particular, sobre o seu estado latente" en el cual hace consideraciones más detalladas sobre el diagnóstico, síntomas y tratamiento de la enfermedad.

El trabajo versa sobre el estudio de todos los pacientes que pasaban por su servicio con uretritis crónica, a los cuales les practicaba examen cistoscópico, "habiendo hecho el diagnóstico de muchos casos de sífilis vesical, diagnóstico que sólo la cistoscopia era capaz de revelar, porque en casi todos los casos los pacientes se quejaban poco o casi nada del lado de la vejiga" (Pág. 60).

Se basa su estudio "sobre un total de 201 pacientes, a los cuales practicó 282 cistoscopias, habiendo encontrado 57 casos de sífilis vesical debidamente diagnosticados y curados".

De todos los pacientes, sólo 9 presentaron síntomas capaces de hacer sospechar el mal".

"De los 48 restantes, en 13 se trataba de sífilis vesical latente pues en esos pacientes ninguno tenía la menor perturbación del lado de la vejiga, habiendo sido una sorpresa para los mismos, saber que tenían ulceraciones de ese órgano".

En los cuadros clínicos, Valverde encontró al examen cistoscópico, las siguientes lesiones:

	Casos
Ulceraciones	35
Elevaciones de la mucosa	30
Congestión intensa de la mucosa	25
Vegetaciones	24
Edema	19
Columnas vesicales	17
Falsas membranas difteroides	19
Placas equimóticas	10
Vellosidades	14
Aspecto en mosaico	16
Exantema secundario	3
Aspecto cerebriforme	10
Punteados hemorrágicos	4
Leucoplasia	1
Placa mucosa	1
Várices	3

Luégo describē con detalle los caracteres morfológicos de las alteraciones encontradas y discute los métodos de diagnóstico y tratamiento que ha seguido en sus enfermos.

Desgraciadamente, al final de su artículo, se limita a reproducir fielmente 2 de los casos descritos por su asistente en el año anterior.

Teniendo en cuenta las lesiones anteriormente descritas y la enorme frecuencia de la sífilis vesical latente encontrada por este autor, que según sus propias estadísticas alcanza al 28% de los casos examinados, (57 casos sobre 201 pacientes) iniciamos nuestra investigación formal en el año de 1945, en la siguiente forma:

Selección de los casos:

Para poder sacar conclusiones más o menos aproximadas, se resolvió hacer el estudio en pacientes sífilíticos seleccionados entre los concurrentes al hospital que reunieran las siguientes condiciones:

1ª Que tuvieran reacciones serológicas positivas (Wassermann, Kahn, etc.).

2ª O, que tuvieran lesiones abiertas con treponema positivo en campo oscuro, de preferencia del período secundario.

3ª Que no presentaran perturbaciones urinarias o por lo menos muy discretas.

4ª Que no hubieran sido tratados anteriormente.

Solamente a los que reunieron estas condiciones previas, se les practicó un examen cistoscópico de rutina.

Una vez practicado éste, se les ordenó examen de orina de control y en los casos en que se encontraron lesiones vesicales, se completó el examen cistoscópico con los que consideramos necesarios para aclarar el diagnóstico de su afección, lo cual incluyó cateterismo ureteral, cultivos de orina, pielografías, pruebas funciones, e investigaciones especiales para el bacilo de Koch.

Se hicieron más de 450 observaciones, de las cuales hubo que descartar alrededor de 50 por incompletas o porque los enfermos no volvieron al hospital, quedando un saldo de 400 exámenes cistoscópicos practicados en 400 enfermos comprobadamente sífilíticos.

(No contamos los exámenes repetidos ni los exámenes de control en este estudio, con el objeto de no inflar los datos estadísticos).

Concepto de latencias:

Los conceptos que nos han guiado en esta denominación de *latencia*, son los emitidos por las autoridades americanas Stokes and Beerman (4) —Moor (5)— y del Grupo Clínico Cooperativo (6).

Nada mejor que traducir aquí textualmente sus opiniones:

“La latencia, es sífilis identificada por algún procedimiento seguro y controlable que demuestre que la infección está presente, pero que no está acompañada de ninguna manifestación clínicamente activa”. (S & B, Pág 441).

Según el grupo Clínico Cooperativo, “Latencia Clínica quiere decir que hay ausencia completa de lesiones sífilíticas reconocibles, con una reacción serológica positiva o sin ella”.

“Un diagnóstico clínico de sífilis latente, presupone que en el examen físico más minucioso, inclusive el estudio especial del sistema cardio-vascular, del sistema nervioso y de los sentidos especiales, no se encuentren lesiones atribuibles directamente a la enfermedad, y que el diagnóstico se base sobre una reacción serológica positiva; o, si ella es negativa, en una historia clara de la infección insuficientemente tratada: o, (en la mujer) el nacimiento de un hijo sífilítico”.

“El examen del líquido cefalo-raquídeo hecho en pacientes que se crea tengan la llamada sífilis latente, descubrirá que cerca del 15% tienen neurosífilis asintomática” (Pág. 350).

Como lo dicen claramente las ideas que acabamos de exponer, y como insistiremos más adelante, el diagnóstico de sífilis latente sólo puede hacerse en ausencia completa de lesiones que se puedan atribuir a la enfermedad, en pacientes con historia clara de sífilis mal tratada, o con reacciones serológicas positivas. Por lo tanto, si se encuentran lesiones claras viscerales, éstas ya no caben bajo la denominación de

sífilis latente, y se deben catalogar como lesiones sífilíticas del período secundario (temprano o tardío); del período de recurrencia (temprano o tardío); o de sífilis tardía en su fase gomosa o fase degenerativa, según el caso.

Nosotros creemos que las lesiones sífilíticas que se encuentran a la inspección vesical (cistoscopia) en nada se diferencian de las encontradas en otros órganos en períodos distintos de la enfermedad y por lo tanto no pertenecen al grupo de sífilis latente.

Diagnóstico de latencia:

¿Cuál es el sistema y cómo debe hacerse el diagnóstico de latencia?

Stokes ha esquematizado prodigiosamente en la figura 206 de su libro *Modern Clinical Syphilology* la manera de establecer la existencia de sífilis latente y dice:

“1.—El establecimiento del diagnóstico de sífilis latente incluye:

a) Probar la presencia de la enfermedad.

b) Excluir toda evidencia clínica de su actividad, con excepción de las reacciones serológicas de la sangre.

2.—Probar la presencia de sífilis incluye:

a) Historia y examen físico completo, teniendo en cuenta las causas de las reacciones biológicas “falsas positivas”.

b) Comprobar la validez de las reacciones serológicas positivas de la sangre.

c) Exámenes especiales competentes de los ojos, huesos, aparato cardio-vascular (fluoroscopia, etc.), de las estructuras con estigmas (huesos, dientes) para buscar sífilis congénital adquirida.

d) Examen del líquido cefalo-raquídeo.

e) Estudio y examen de la familia y relaciones sexuales.

3.— Si (a) y (c) bajo el numeral 2 muestran procesos sífilíticos activos, el caso no es latente.

4.—Excluir toda evidencia clínica de actividad, significa (c) y (d) negativos.

Diagnóstico de las lesiones sífilíticas vesicales:

Hasta el presente, no podemos hacer otra cosa que repetir y ratificar nuestra opinión al respecto, de las condiciones que deben llenar las lesiones vesicales para hacer el diagnóstico de sífilis de la vejiga (Gómez Martínez) (7).

Quizás el punto más discutido sobre la sífilis vesical es el de la manera de llegar al diagnóstico positivo en el vivo. Mientras que unos autores niegan rotundamente la existencia si no de la enferme-

dad, por lo menos no admiten la autenticidad de los casos descritos por falta de comprobación bacteriológica e histopatológica (Young), otros sostienen y con argumentos de mucha razón, la posibilidad de llegar al diagnóstico por los caracteres de las lesiones y la respuesta al tratamiento, según el aforismo hipocrático de natura morborum curationes ostendunt.

Cabe aquí preguntar: ¿Se puede hacer en realidad un diagnóstico exacto y comprobado de sífilis vesical?

¿Cuáles son los elementos, síntomas, signos, y caracteres diferenciales que lo permiten?

Si existen, ¿cuál es el valor que se debe dar a cada uno de ellos?

Estas son, en realidad, fases distintas del problema que trataremos de solucionar.

Los elementos diagnósticos que se han tenido en cuenta por distintos autores, son:

- 1º—Historia de sífilis;
- 2º Otras manifestaciones sifilíticas;
- 3º Síntomas de cistitis (frecuencia, dolor, piuria y hematuria);
- 4º Análisis de orina;
- 5º Lesiones vesicales vistas a través del cistoscopio;
- 6º Reacciones serológicas positivas;
- 7º Respuesta al tratamiento antilúético; y,
- 8º Biopsias de las lesiones.

Analicemos separadamente cada uno de estos puntos:

1º La historia de la enfermedad lúética es de una importancia enorme, y adquiere aún mayor significado en el tema que nos ocupa, sobre todo, cuando la afección ha sido tratada insuficientemente. Los antecedentes primarios claros o comprobados; la roscola; las lesiones secundarias tratadas con pocas inyecciones arsenicales o bismúticas que cedieron fácilmente a estos agentes terapéuticos, son bases fundamentales sobre las cuales reposa el diagnóstico de infección sifilítica. Desgraciadamente, esta historia no es siempre fácil de obtener en nuestro pueblo y bien sabido es por todos, la facilidad con que los accidentes primarios pasan desapercibidos.

Esta ausencia de accidente primario, se ha hecho mucho más notoria en nuestros últimos días y varios autores la han señalado, como debida a la acción de la penicilina sobre el treponema, en enfermos que fueron tratados para una blenorragia, la cual disfrazó completamente la infección sifilítica adquirida al mismo tiempo e impidió el desarrollo del chancro.

En los dos casos de sífilis vesical descritos, ninguno de los enfermos dio antecedentes claros de infección específica (1).

2º *Otras manifestaciones sifilíticas.* Tienen según la opinión del que escribe, un gran valor diagnóstico, sobre todo, cuando son concomitantes con las lesiones vesicales y éstas de la misma morfología y aspecto que aquéllas, tal como se presentaron en el segundo caso motivo del estudio a que venimos haciendo referencia. En él, la imagen cistoscópica reproducía exactamente las lesiones de las mucosas vulvar y anal que aquejaban a la enferma.

Hay que miraras como de poca significación en el caso contrario, puesto que en una sífilis evolutiva o latente se pueden presentar diversas afecciones vesicales de otra etiología e inducir a errores de diagnóstico o a interpretaciones falsas. (Ver más adelante).

3º *Síntomas de "cistitis".* Pueden variar de intensidad, según sea el grado de invasión de la vejiga, sin que tengan nada de característico. Se observan: frecuencia, diurna y nocturna, piuria abundante, dolores intensos irradiados ya a la región suprapúbica, ya a lo largo del miembro, o al cuello vesical, los cuales aumentan durante la micción. El tenesmo y la urgencia fueron muy marcados en el curso de la sífilis terciaria.

La sintomatología observada por nosotros, contrasta con la evolución asintomática de los autores brasileiros sobre la cual llaman la atención en repetidos apartes.

La hematuria es constante y se puede presentar con coágulos pequeños, según unos autores, en las sífilis evolutivas. En cambio, Valverde dice no haberla encontrado sino en 8 de los 57 pacientes, e insiste en la poca frecuencia con que se presenta en la que él llama sífilis latente. Con todo, para él es raro este hecho, ya que en 35 de sus pacientes encontró úlceras profundas capaces de sangrar en abundancia.

Quizás pueda tener alguna significación diagnóstica en la sífilis terciaria, la enorme cantidad de grumos mucosanguinolentos y raras de fibrina eliminados por la orina en uno de nuestros pacientes.

La disminución de la capacidad vesical fue constante en nuestros enfermos, hecho que contrasta también, con la capacidad normal y aún mayor encontrada por los autores suramericanos que estamos comentando.

4º *Análisis de orina.*—Fuera de las alteraciones macro y microscópicas que se encuentran en común en las afecciones vesicales, llama la atención la ausencia de gérmenes en la orina, con la persistencia de glóbulos rojos y glóbulos de pus en cantidad apreciable.

El hallazgo de la espiroqueta en la orina o en la secreción de las lesiones, sería la manera definitiva de llegar al diagnóstico exacto e inequívoco de la enfermedad; de ahí que Young sostenga que "el diagnóstico sólo puede hacerse en presencia del treponema y de lesiones histopatológicas características".

Pese a los múltiples intentos, no nos fue posible hallar la espiroqueta en la orina, en repetidas búsquedas hechas después del primer examen cistoscópico, ni al ultramicroscopio, ni en coloraciones especiales.

Hay más: tenemos la creencia de que hasta ahora, ninguno de los autores que han descrito la sífilis vesical "in vivo" ha encontrado el germen en la orina de sus pacientes. Compartimos la opinión de Young, de que ésta es una gran falla de todos los que han trabajado en sífilis de la vejiga y de que gran parte de los casos publicados no resisten un análisis sereno e imparcial. A todos les hace falta este punto fundamental de la identificación del germen, que desde luego tiene, como veremos más adelante, dificultades de otro orden.

La solución de este problema está muy lejos de resolverse de una manera satisfactoria, si se tienen en cuenta las dificultades que hay en recoger las muestras de las secreciones para el análisis y la diversidad de pareceres sobre el valor del examen.

Bien se puede llegar a la conclusión de que la primera parte del precepto de Young es de una realización muy difícil. ¿Si se aplicara en rigor a otras lesiones sífilíticas, se podrían en realidad hacer los diagnósticos de aortitis, de sífilis del hígado, del estómago o del riñón? Claro está que no, puesto que en sus secreciones no se ha encontrado la espiroqueta en el vivo.

Esta dificultad tiene otra explicación: es un hecho probado por Levaditi, Lepine, Schoen y otros más, que la espiroqueta tiene formas invisibles que corresponden al virus sífilítico y que no son otra cosa que fases evolutivas poco conocidas del parásito.

Por otra parte, después de los trabajos de Truffi, Brown y Perse, Eberson y Eugmann, se admite la ausencia de treponemas en los ganglios virulentos del hombre, trabajos que fueron comprobados por Salleby y Gireenbaum y publicados en el J. A. M. A., según los cuales, sólo encontraron treponemas en los ganglios de 5 pacientes de un grupo de 21 sífilíticos con lesiones primarias y secundarias, al paso que las inoculaciones de los ganglios de los 16 restantes, produjeron en los animales chancros característicos con treponemas.

De estas experiencias se deduce que no siempre se encuentra visible al microscopio el agente causal de la sífilis en las lesiones por él

producidas, debido muy probablemente a la metamorfosis ya descrita, sin que esto quiera decir que aquéllas no son sifilíticas.

Sentado el hecho categórico, hasta ahora de la ausencia o por lo menos de la extrema dificultad de hallar el treponema en la orina de pacientes atacados de sífilis vesical, conviene advertir, que un examen bacteriológico de orina hecho con todas las precauciones y toda la técnica, inclusive cultivos e inoculaciones con resultado negativo, ayuda a eliminar del diagnóstico, las infecciones vesicales de gérmenes piógenos y en particular las de bacilo de Koch, que en nuestro concepto son las que pueden confundirse más fácilmente con las producidas por las sífilis.

5º *Lesiones vesicales vistas a través del cistoscopio.*—Contraria a la opinión de varios tratadistas, creemos que la imagen cistoscópica de las lesiones sifilíticas observadas por nosotros, es bastante característica como para permitir el diagnóstico de presunción.

En las sífilis terciarias ulcerosas encontradas en el primer caso, el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con las úlceras vesicales entre las cuales se encuentran:

- a) La úlcera traumática.
- b) La úlcera tuberculosa
- c) La úlcera neoplásica.
- d) La úlcera simple o de Fenwick.
- e) La úlcera submucosa de Hunner (Elusive ulcer de los autores americanos).

La sífilis vegetante terciaria, de la cual no nos ocuparemos por no haberla observado todavía, se debe diferenciar de todas las lesiones neoplásicas vesicales.

a) Las ulceraciones traumáticas resultan generalmente de los contactos más o menos bruscos y prolongados a que está expuesta la mucosa vesical: cistoscopia, sonda a permanencia, sonda uretral mal introducida, salida de un cálculo, paso de un beniqué, etc.

Son de forma redondeada u ovalar, bien limitadas, de bordes netos no desprendidos. Están rodeadas de una zona roja y el centro presenta una coloración diferente según la época en que se examine. Se podrán reconocer cuando aparecen sobre una pared vesical absolutamente sana; cuando están bien delimitadas y hay el antecedente de un examen cistoscópico, de maniobras bruscas con sondas metálicas, etc.

b) La ulceración tuberculosa es bastante característica: es más o menos grande (varía de $\frac{1}{4}$ de centímetro a varios centímetros), los

bordes son recortados de una manera irregular, desgarrados, circinados, en muchos trechos están desprendidos y forman algunas veces verdaderos colgajos.

El fondo de la ulceración es más o menos excavado. Puede ser regular en toda su superficie o ser muy irregular y anfractuoso; su coloración rosada en el conjunto, se modifica por depósitos blancos de fibrina, por restos grises amarillentos o por pequeños goágulos negruzcos o sufusiones sanguíneas. Algunas son crateriformes.

El contorno es rojo, y aunque algunas veces es muy limitado o de muy pequeña extensión, siempre existe.

En otro tipo de ulceración tuberculosa (la exulceración), los bordes, en vez de ser excavados, a menudo desprendidos, se continúan casi insensiblemente con el fondo de ella, que apenas está deprimido. Tienen la particularidad de que aparecen como elevadas del plano vesical que las rodea.

El fondo es poco excavado y finamente irregular; se le pueden apreciar dos porciones distintas; el verdadero fondo, con los caracteres descritos anteriormente, y la periferia, verdadero contorno elevado que forma una orla de color amarillo. Hacia afuera, se aprecia una tercera zona de color rojo vivo, de algunos milímetros de ancho, formada por una congestión intensa con un piquete hemorrágico y dilatación de los capilares.

Además, al lado de los caracteres propios de la ulceración tuberculosa, se encuentran otros elementos que inducen a pensar en el origen tuberculoso de las lesiones, como son las granulaciones, las placas equimóticas, y la localización al nivel o alrededor de los orificios ureterales" (8).

Ya que hablamos de localización de las lesiones, séame permitido llamar la atención sobre la circunstancia, en mi sentir, bastante significativa, de que en los casos estudiados se han encontrado los orificios ureterales normales. Hasta el momento, no sabemos de ningún otro observador que haya recalcado sobre este punto que pudiera tener algún valor diagnóstico.

Sabido es que la tuberculosis uro-genital ataca con inusitada frecuencia los orificios ureterales, produciendo también una cistitis secundaria probablemente por las continuas descargas bacilares que vienen del riñón; en cambio, en la sífilis de la vejiga la infección muy seguramente se propaga por vía sanguínea, sin que intervenga el factor de la llegada de orina infectada al receptáculo urinario.

c) La úlcera neoplásica, "verdadero cancroide de la vejiga, tiene como característica un fondo muy irregular tanto en forma como en

coloración; algunas veces se implantan sobre él coágulos que simulan verdadero pólipos.

Los bordes son por lo regular, recortados, netos, salientes, y aun, herniados. Un carácter importante para el diagnóstico diferencial es el que la mucosa toma rápidamente sus caracteres normales. Las lesiones de cistitis o de edema que puedan existir son muy limitadas”.

d) La úlcera de Fenwick o úlcera simple, “es por lo general única, pero se pueden encontrar dos o tres. Está situada al nivel del trigono por dentro de los orificios ureterales. Tiene caracteres variables: es regular, profunda, de bordes elevados, netos, de fondo desigual, sanguinolento, o pustáceo, o bien puede ser crateriforme o semejar una pústula de viruela. Siempre se encuentra sobre una mucosa por demás sana. Pueden ser idénticas a las úlceras traumáticas, pero el enfermo no da antecedente ninguno de trauma”.

e) La úlcera submucosa de Hunner (Elusive Ulcer) aparece como una lesión muy superficial, de pocos milímetros de diámetro, rodeada por una aureola roja encendida, la que a su turno está envuelta por una área de edema de la mucosa vesical; de contornos bien delimitados que sangran al menor contacto o con la simple distensión de la vejiga por el medio transparente; son extremadamente sensibles y de larga sintomatología.

En algunos casos, se ven zonas cicatriciales que parten del sitio de úlcera, como irradiaciones en forma de estrella, sobre las cuales palidece el tinte normal de la mucosa.

6º *Reacciones serológicas positivas.*—Vimos ya su importancia en el diagnóstico de la latencia. Hay que mirarlas siempre con cierto criterio clínico y no darles un valor absoluto, puesto que bien pueden existir varias lesiones ulcerosas vesicales que se desarrollen en un terreno sifilítico, sin que esto quiera decir que son del mismo origen.

Sin embargo, cuando la imagen cistoscópica es característica, las reacciones serológicas positivas confirman en alto grado el diagnóstico.

Es decir, que en presencia de lesiones vistas a través del cistoscopio cuya morfología corresponda a las ulceraciones sifilíticas que vamos a describir, en pacientes con reacciones serológicas positivas, se está muy autorizado para hacer tal diagnóstico, con las reservas que consignamos en el resumen del diagnóstico diferencial.

7º *Respuesta al tratamiento antilúético.*—Considerada por muchos autores como de un positivo valor diagnóstico, creemos que no se puede aceptar como un postulado definitivo. Son muchas las infecciones vesicales que ceden a los arsenicales por vía endovenosa, sin que ello quiera decir que sean sifilíticas. Varios casos de cistitis en que

se aisló estafilococo en cultivo puro, acompañados de infección renal, cedieron muy bien a este tratamiento.

El mayor valor que se le debe dar a este postulado, es cuando se reúne a las imágenes características, cuando no se encuentran gérmenes en la orina, y cuando el paciente tiene reacciones serológicas positivas.

8º *Biopsias de las lesiones.*—Respecto de la presencia de lesiones histo-patológicas características, Valverde dice lo siguiente: “en dos pacientes de sífilis de la vejiga, en que pude por intermedio del cistoscopio operador de Joseph, extraer por biopsia dos fragmentos de las lesiones características de lues vesical, el examen histopatológico de los mismos, hecho por el notable anatomopatólogo Oswino Penna, dio la existencia de lesiones comunes de inflamación crónica”.

A este respecto debo citar la autorizada opinión de mi dilecto amigo doctor Bugher (9) quien afirma, junto con Boyd (10) que la espiroqueta, junto con la alteración de los tejidos que ella provoca y que es bastante característica, se ha encontrado en exámenes hechos post-mortem de biopsias profundas que comprendan varias capas de la vejiga en la inclusión, y haciendo coloraciones por técnicas especiales para ver el parásito.

Esta es otra de las fallas del estudio presentado por los brasileros y vieneses: no tienen estudios anatomo-patológicos.

Resumen.—En nuestra opinión el diagnóstico de sífilis vesical sólo puede hacerse en los casos en que se encuentren reunidas las siguientes condiciones:

1º La presencia de lesiones características, vistas a través del cistoscopio;

2º La presencia de reacciones serológicas positivas (ya sea para sífilis latente o evolutiva).

3º Respuesta al tratamiento antilúético;

4º Cuando se hayan descartado por medio de un examen urológico completo, todas las otras infecciones vesicales, y en particular las producidas por el bacilo de Koch.

El diagnóstico positivo, sin lugar a duda de ninguna naturaleza, se haría:

1º Con el hallazgo de la espiroqueta en la orina; o,

2º Con biopsias que indiquen su presencia en el interior de los tejidos o alteraciones histopatológicas características.

Presentación y análisis de los casos motivo del presente estudio:

Como ya lo advertimos, el objeto principal de este estudio, fue el de buscar en enfermos sífilíticos, la presencia o ausencia de las múltiples lesiones encontradas y descritas por los autores brasileiros en las páginas 2 y 3 de este trabajo bajo el título de Sífilis latente de la Vejiga, y que ellos observaron con tanta frecuencia en sus pacientes.

De acuerdo con la definición de latencia que hemos dado, la sífilis vesical latente no existe, puesto que si se encuentran lesiones de la mucosa, o mejor, de la viscera, éstas entran dentro de la denominación de sífilis visceral y no de latente. (Concepto de latencia).

Sin embargo, y aceptando en gracia de discusión la denominación dada de sífilis latente vesical, por los autores nombrados, consideramos una obligación de nuestra parte anotar las lesiones vesicales que encontramos en nuestros enfermos, reservándonos el diagnóstico etiológico, sólo para aquellos casos que llenaron los requisitos que consideramos mínimos e indispensables para aceptarlas como de naturaleza sífilítica.

Veamos pues, qué encontramos al examen cistoscópico en los 400 pacientes, y si a la luz de la sana razón, se puede concluir si se trata en realidad de lesiones de sífilis vesical, o si más bien son afecciones distintas desarrolladas en un terreno específico.

Por una rara coincidencia el número de enfermos examinados es el doble de los que examinó Valverde, y si las conclusiones nuestras son distintas a las que él considera, ello se debe probablemente a una evolución distinta de la sífilis en nuestro medio hospitalario.

¿Quién tiene razón? El tiempo lo dirá.

Comentario de los casos en que se encontraron lesiones vesicales:

Vamos a hacer un breve comentario de los casos en los cuales se encontraron lesiones del aparato genito-urinario, con el fin de explicar o establecer el diagnóstico definitivo de cada uno de ellos, y de demostrar que a ninguna de ellas cuadra el patronímico de lesiones sífilíticas "latentes".

Caso número 13.—En esta enferma, se encontraron al examen cistoscópico, numerosas granulaciones amarillas rodeadas de una zona congestiva y localizadas en las paredes laterales y el fondo vesical.

El análisis de la orina demostró piocitos (+), células de desca-mación (+) y los cultivos estreptococo y estafilococo.

Se hizo el diagnóstico de cistitis granular por cocos, la cual cedió al tratamiento local (instilaciones) y a la sulfadiazina.

Caso número 15.—En la orina se encontraron piocitos y hemáties. La enferma presentaba un flujo abundante y una uretritis subaguda, la cual explica fácilmente la congestión del trígono con el piqueteo hemorrágico descrito.

El diagnóstico cistoscópico fue el de una trigonitis subaguda, con participación de los orificios ureterales, producida por una infección ascendente. La flora que se encontró fue muy variada.

Caso N° 17.—La enferma presentaba además de las lesiones vesicales, un prolapso genital con cistocele marcado; una anexitis derecha; una endocervicitis y una uretritis. En las secreciones se encontró gonococo y en la orina aparecieron diversas bacterias. Los exámenes para bacilo de Koch fueron negativos, lo mismo que los análisis de las orinas separadas. Las peliografías fueron normales.

Diagnóstico: Cistitis granular secundaria a infección ascendente, de origen gonocócico.

Caso número 57.—En exámenes cistoscópicos repetidos se encontraron en el trígono y paredes laterales, granulaciones rojas, ligeramente levantadas, situadas en la confluencia de los vasos. El meato ureteral derecho estaba congestionado y rodeado de pápulas de las mismas características de las anteriores. Algunas tienen el centro ligeramente transparente.

En la orina se encontraron piocitos y la flora constituida por colibacilo.

Se hizo el diagnóstico de Cistitis folicular de colibacilo.

Caso número 63.—La mucosa de toda la cavidad está normal, pero la cavidad está deformada por una masa extravésical. La capacidad es normal. La enferma presenta una carúncula uretral.

Caso número 81.—La congestión de los orificios ureterales y del trígono se explica por una pielonefritis que sufrió la enferma poco tiempo antes de haber sido sometida al examen, lo mismo que la presencia de hemáties y albúmina. Consideramos este caso como en vía de curación de su afección renal, la cual estuvo acompañada de fenómenos de "cistitis".

Caso número 103.—Anotamos la anomalía encontrada de un doble orificio ureteral, como un hallazgo de examen y no porque creamos que tiene alguna relación con el tema que nos ocupa.

Caso número 120.—La congestión se explica por la presencia de una prostatitis crónica que por regurgitación a la vejiga ha producido

la lesión del trigono. En el examen uretroscópico, se apreciaba la salida de pus por los orificios de la uretra prostática.

Caso número 151.—Lo mismo que el caso número 103.

Caso número 173.—Encontramos unas várices bien desarrolladas del trigono con ausencia de hematuria y perturbaciones urinarias del enfermo.

Caso número 176.—Esta enferma presentaba signos evidentes de congestión de la mucosa vesical. En la orina se encontraron abundantes glóbulos de pus y flora variada. Además tenía una uretritis con Skenitis y flujo abundante, post-bleorrágico. Se hizo el diagnóstico definitivo de cistitis sub-aguda por infección ascendente.

Caso número 185.—La presencia de pus y sangre en la orina, se explica por los papilomas situados por encima del trigono y de la pared lateral derecha.

Caso número 194.—Esta enferma había presentado un ataque de nefritis aguda que la obligó a hospitalizarse. En el examen de orina se encontraron, albúmina, piocitos, y hematíes. Anteriormente había tenido cilindruria. Nos explicamos las lesiones encontradas en el examen cistoscópico por la "Cistitis" que acompañó a la enfermedad.

Caso número 211.—La mucosa del fondo, paredes laterales y pared anterior presentaba aspecto normal. El trigono está invadido por edema ampolloso. Los meatos ureterales son normales. La cavidad vesical se encuentra deformada por una masa extravesical. En la uretra se encuentra abundante secreción purulenta. El examen ginecológico pone de manifiesto una anexitis.

Diagnóstico definitivo: Trigonitis aguda por infección ascendente.

Caso número 222.—La enferma tiene una uretritis con Skenitis. Abundante flujo. Los frotis dan gonococo positivo (+++).

Diagnóstico final: cistitis blenorragica sub-aguda (Trigonitis).

Caso número 278.—En la congestión de la mucosa del trigono, se aprecian también algunas granulaciones y vesículas aisladas. La enferma tiene una uretritis con gonococo (+++).

Diagnóstico: Cistitis granular gonocócica, sub-aguda.

Caso número 313.—Este enfermo presentaba reacciones serológicas negativas, pero el análisis del líquido cefalo-raquídeo fue positivo. Tenía perturbaciones urinarias muy discretas y además una uretritis crónica de origen gonocócico. Estos datos nos permitieron concluir que se trataba de infección del trigono de origen prostático. Además el enfermo hacía poco que había terminado un tratamiento C. M. A. que se le practicó durante dos años. Este es el único caso tratado para sífilis en toda la serie que hemos analizado, y lo incluimos para

aseverar una vez más que las lesiones vesicales no se podían atribuir a la sífilis, pese a la semejanza con las que han descrito varios autores.

Caso número 330.— La enferma presentaba además una uretritis con abundante flujo. En el examen de las secreciones se encontró gonococo.

El diagnóstico final fue de trigonitis de origen gonocócico.

Caso número 357.—Este caso, de alguna importancia, presentaba: congestión de la base. En el triángulo hay numerosas granulaciones rojas. Sobre la banda interureteral, se encuentran varias placas blancas recubiertas de secreción purulenta, dando el aspecto de placas difteroides, descritas a propósito de la sífilis vesical “latente” por Valverde. El examen de orina dio pirocitos, bacterias, grasa. El cultivo, proteus vulgaris. La investigación de bacilo de Koch fue negativa.

El examen cuidadoso de la enferma, descubrió una vaginitis con flujo espumoso y abundante con participación de la uretra. El análisis de las secreciones, dio abundantes tricomonas.

En el análisis de la orina practicado previa irrigación uretral, también se encontraron tricomonas. Estos datos nos permitieron concluir que la lesión vesical era de origen parasitario (tricomonas), lo cual concuerda con las descripciones clásicas de las lesiones producidas por este parásito en la vejiga.

Diagnóstico definitivo: Cistitis de tricomonas.

Resumen de las lesiones encontradas:

	Casos
Granulaciones del triángulo y trigonitis	18
Uretritis, y prostatitis	12
Edema de la mucosa vesical y meatos ureterales	11
Hipertrofia del lóbulo medio de la próstata	5
Carúnculas uretrales	3
Várices vesicales	2
Trabéculas vesicales	3
Estrecheces uretrales	2
Orificios ureterales dobles	3
Papilomas del veru. montanum	2
Prolapsos de la mucosa uretral	1
Verumontanitis	1
Papilomas vesicales	1
Edema ampolloso	1
Pasan	65

Vienen	65
Quiestes de la mucosa	2
Skenitis	2
Placas difteroides	1
Ureterocele	1
Papiloma del meato uretral	1
<hr/>	
Total	72

Como puede verse claramente, en nuestros pacientes sífilíticos se encontraron lesiones vesicales con bastante frecuencia, cuya etiología fue aclarada antes de habernos pronunciado por su naturaleza específica.

En ninguno de nuestros pacientes, volvemos a repetirlo, encontramos reunidas las condiciones que consideramos necesarias para llegar al diagnóstico de sífilis vesical "latente" de los autores brasileros, a pesar de que muchas lesiones encontradas son muy semejantes a las descritas por ellos.

La sífilis vesical sigue siendo una entidad poco frecuente entre nosotros, acaso porque tenga en este país una evolución distinta.

Resumen y conclusiones:

En el presente trabajo se estudian 400 pacientes sífilíticos por medio del examen cistoscópico con el objeto de averiguar la frecuencia de las lesiones vesicales en esta enfermedad.

Los pacientes fueron seleccionados previamente, entre los que tuvieran reacciones serológicas positivas, no hubieran sido tratados, y no presentaran mayores perturbaciones urinarias.

En los pacientes en los cuales se encontraron lesiones de la mucosa vesical, se complementó el examen cistoscópico con el estudio urológico completo con el fin de descartar cualquier causa de error en la apreciación de los hallazgos.

Después del análisis de varios casos que presentaron problemas diagnósticos, el autor llega a las siguientes conclusiones:

1ª No se encontraron lesiones vesicales atribuibles a la sífilis en un total de 400 enfermos examinados los cuales eran comprobadamente sífilíticos.

2ª De acuerdo con los conceptos modernos, la sífilis vesical "latente" no existe. Si se encuentran lesiones de la vejiga, se debe catalogar como sífilis visceral.

3ª En los enfermos que tenían sífilis evolutivas (7.5% de los casos) tampoco se encontraron lesiones vesicales.

4ª Las lesiones que se encontraron fueron más frecuentes en las mujeres que en el hombre.

5ª Antes de hacer un diagnóstico de sífilis vesical, hay necesidad de someter al paciente a un examen muy cuidadoso y de eliminar todas las otras entidades que puedan producir lesiones semejantes a las producidas por la espiroqueta.

6ª La sífilis vesical del período secundario o terciario, se presenta en un porcentaje muy pequeño de pacientes, el cual corresponde a la cifra dada por nosotros en un estudio anterior.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
1	S. A.	44646	++	Normal	Vejiga normal.
2	P. P.	44592	++	Id.	Id.
3	O. M. J.	44280	++	Id.	Id.
4	C. C. A.	44384	++	Id.	Id.
5	R. M. M.	44758	++	Id.	Id.
6	R. M. L.	44758	++	Id.	Meato ureteral Izq. ligeramente edematizado. Der. Normal. Capacidad, normal.
7	E. F. L. O.	44711	++	Id.	Vejiga normal.
8	A. C.	44779	++	Id.	Id.
9	L. A.	44751	++	Id.	Id.
10	D. M. T.	44484	++	Id.	Id.
11	M. M.	44427	++	Id.	Vejiga normal. Hipertrofia incipiente lóbulo medio.
12	B. E.	44438	++	Id.	Vejiga normal.
13	S. R. E.	44750	++	Pioc. - Estaf. Strep.	Trígono sembrado de granulaciones amarillas con zona congestiva y sobre paredes laterales y fondo.
14	E. C.	44767	++	Normal	Vejiga normal.
15	S. M. S.	44295	++	Pioc - Hemat. - Normal	Piquete hemorrágico del trigono. Orificios ureterales congestionados.
16	P. A.	44347	++	Bact. - B. K. (-)	Vejiga normal.
17	P. A. M.	44793	++	Bact. - B. K. (-)	Trígono sembrado granulaciones amarillas ligeramente levantadas con zona congestión.
18	M. M. A.	44766	++	Normal	Vejiga normal.
19	D. E.	44757	++	Id.	Id.
20	C. R.	44795	++	Id.	Id.
21	R. N. R.	44488	++	Id.	Id.
22	M. A.	44558	++	Id.	Id.
23	R. J. R.	26846	++	Id.	Id.
24	A. G.	44590	++	Normal	Vejiga normal.
25	B. V. M.	44771	++	Normal	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
26	B. Z.	44822	++	Normal	Vejiga normal.
27	M. O.	44619	++	Id.	Id.
28	J. M. I.	44850	++	Id.	Id. Lig. edema meato U. I. Derecho, normal. Cap. Nor. Vejiga normal.
29	M. M. Z.	44849	++	Id.	Id.
30	V. C. M.	44808	++	Id.	Id.
31	R. J. P.	44843	++	Id.	Id.
32	O. P. P.	44846	++	Id.	Id.
33	C. J. A.	42696	++	Id.	Id.
34	M. J. A.	44896	++	Id.	Id.
35	C. M. F.	44936	++	Id.	Id.
36	B. E.	33065	++	Id.	Estrechez uretral. Papiloma Verumontanum. Vejiga normal.
37	N. C.	44946	++	Id.	Id.
38	M. R. M.	44848	++	Id.	Id.
39	P. J. C.	44887	++	Id.	Id.
40	C. E.	45034	++	Id.	Id.
41	S. M. V.	54063	++	Id.	Id.
42	B. J.	45068	++	Id.	Id.
43	G. J.	54015	++	Id.	Id.
44	G. M. A.	45069	++	Id.	Id.
45	G. B. C. M.	54081	++	Id.	Id.
46	M. Ch.	45063	++	Id.	Id.
47	P. A.	44793	++	Id.	Id.
48	M. A. I.	45064	++	Id.	Id.
49	P. M. C.	45159	++	Id.	Id.
50	S. M. C.	45161	++	Id.	Id.
51	M. D.	45118	++	Id.	Id.
52	M. R. S.	45158	++	Id.	Id.
53	L. P. S.	45159	++	Id.	Id.
54	C. A. E.	45180	++	Id.	Id.
55	N. B.	44388	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
56	N. J. E.	45177	++	Normal	Vejiga normal.
57	G. M. E.	45148	++	Pioc. -/- Coli -/-	Capacidad Nor. Trígono y paredes laterales sembrados granulaciones rojas.
58	M. A.	45111	++	Normal	Vejiga normal.
59	B. B. N.	45038	++	Id.	Id.
60	G. O.	45153	++	Id.	Id.
61	Z. R. E.	45179	++	Id.	Id.
62	U. E.	45178	++	Id.	Id.
63	B. D.	45067	++	Id.	Carúncula uretral.
64	P. A.	45235	++	Id.	Vejiga normal.
65	G. G.	45241	++	Id.	Id.
66	P. R. M.	45231	++	Id.	Id.
67	V. C. E.	45236	++	Id.	Id.
68	R. P. E.	44824	++	Id.	Id.
69	O. M.	45235	++	Id.	Id.
70	M. P.	44967	++	Id.	Id.
71	R. R.	45190	+	Id.	Id.
72	P. J. J.	45251	++	Id.	Id.
73	R. J. J.	45262	++	Id.	Id.
74	R. M.	45267	++	Id.	Id.
75	G. M.	45282	++	Id.	Id.
76	B. P.	45261	++	Id.	Id.
77	O. G.	45260	++	Id.	Id.
78	B. C. M.	45081	++	Id.	Id.
79	B. M. E.	45266	++	Id.	Id.
80	B. C.	44889	++	Hemat.	Ligera congestión del Trígono y Orifis uretrales.
81	E. R.	45339	++	Alb. -/-	Vejiga normal.
82	G. R. J.	45270	++	Normal	Id.
83	S. J. J.	45193	++	Id.	Id.
84	A. A. M.	45185	++	Id.	Id.
85	M. C. A.	45273	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
86	S. R.	45341	++	Normal	Vejiga normal.
87	B. C.	45325	+++	Id.	Id.
88	G. P.	45329	+++	Id.	Id.
89	G. C. R.	45369	+++	Id.	Id.
90	C. L.	45367	+++	Id.	Id.
91	S. L.	45354	+++	Id.	Id.
92	S. E.	45352	+++	Id.	Id.
93	G. E.	45363	+++	Id.	Id.
94	D. G. P.	45362	+++	Id.	Id.
95	M. A.	45412	+++	Id.	Id.
96	H. L.	45259	+++	Id.	Id.
97	A. A.	45381	+++	Id.	Id.
98	M. T.	45392	+++	Id.	Id.
99	N. C.	44946	+	Id.	Id.
100	J. E.	45272	+	Id.	Id.
101	S. A.	45304	+++	Id.	Id.
102	C. A.	45424	+++	Id.	Id.
103	L. T.	45410	++	Id.	Vejiga normal, doble orificio ureteral Der.
104	H. J. A.	45187	+++	Id.	Id.
105	A. L. E.	45466	+++	Id.	Id. Estrechez uretral, Hipert. Lóbs. latrs.
106	F. T.	45438	+++	Id.	Id.
107	P. J. L.	45383	+++	Id.	Id. G. Vejiga normal.
108	G. I.	45476	+	Id.	Id.
109	C. M. A.	45554	+++	Id.	Id.
110	P. A.	45484	+++	Id.	Id.
111	M. R.	45577	+++	Id.	Id.
112	C. S.	45503	+++	Id.	Id.
113	M. C.	45442	+++	Id.	Id.
114	P. P. T.	45568	+++	Id.	Id. Papiloma Veru.
115	A. J.	45431	+++	Id.	Vejiga normal.
116	R. F.	45600	+++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
117	G. A. M.	45368	+	Normal	Vejiga normal.
118	P. R. C.	45627	+	Id.	Id.
119	R. A. A.	45613	+	Id.	Id.
120	C. A.	45611	+	Id.	Congestión trigono; Prost. Crón., Veru- montanitis.
121	V. L.	45615	+	Id.	Vejiga normal.
122	R. B.	45608	+	Id.	Id.
123	G. N.	45681	+	Id.	Id.
124	R. H.	28949	+	Id.	Id.
125	R. F.	45621	+	Id.	Id.
126	A. R.	45671	+	Id.	Id.
127	D. H.	45699	+	Id.	Id.
128	Ch. J.	45472	+	Id.	Id.
129	A. B.	45737	+	Id.	Vejiga normal.
130	R. F.	45736	+	Id.	Id.
131	S. E.	45725	+	Id.	Id.
132	V. A.	45712	+	Id.	Id.
133	C. R.	45675	+	Id.	Id.
134	L. S.	45784	+	Id.	Id.
135	M. M. A.	45724	+	Id.	Id.
136	L. I.	45709	+	Id.	Id.
137	C. C.	45753	+	Id.	Id.
138	V. S.	45779	+	Id.	Id.
139	M. L. G.	45761	+	Id.	Id.
140	Fg. G.	45834	+	Id.	Id.
141	R. F.	45781	+	Id.	Id.
142	G. B. H.	45865	+	Id.	Id.
143	A. M. E.	45864	+	Id.	Id.
144	G. A. C.	45866	+	Id.	Id.
145	B. A. J.	45837	+	Id.	Id.
146	L. J. J.	45829	+	Id.	Id.
147	L.	45828	+	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
148	P.	45871	++	Normal	Vejiga normal.
149	E. L.	45882	++	Id.	Id.
150	P. G.	45932	++	Id.	Id.
151	V. E.	458842	++	Id.	Id. Doble meato Ureteral derecho.
152	E. E.	45900	++	Id.	Vejiga normal.
153	E. E.	45916	++	Id.	Id.
154	L. M.	45859	++	Id.	Id.
155	L. M.	45868	++	Id.	Id.
156	C. M.	45567	++	Id.	Id.
157	R. L.	45833	++	Id.	Id.
158	R. F.	45827	++	Id.	Id.
159	R. C. J.	45625	++	Id.	Id.
160	P. J.	45353	++	Id.	Id.
161	R. F.	45987	++	Id.	Id.
162	Ch. V.	45774	++	Id.	Id.
163	B. M. T.	45867	++	Id.	Id.
164	F. A. C.	45994	++	Id.	Id.
165	C. M. J.	45948	++	Id.	Id.
166	R. P. J.	45353	++	Id.	Id.
167	F. M. A.	46017	++	Id.	Id.
168	F. G.	46024	++	Id.	Id.
169	M. N.	46246	++	Id.	Id.
170	H. C.	46206	++	Id.	Id.
171	B. C.	45898	++	Id.	Id.
172	B. I. D.	45993	++	Id.	Id.
173	G. E.	46030	++	Id.	Id. con várices trigono.
174	B. E. H.	46075	++	Id.	Vejiga normal.
175	O. M. L.	46028	++	Id.	Id.
176	G. E.	45626	++	Erit - - Pus - -	Congestión trigono, bajo fondo y paredes laterales.
177	L. H. S.	24932	++	Normal	Vejiga normal.
178	C. R. E.	46315	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
179	O. C.	46321	++	Normal	Vejiga normal.
180	E. M. J.	46315	++	Id.	Id.
181	P. T.	46300	++	Id.	Id.
182	M. I.	45979	++	Id.	Id.
183	M. B.	46392	++	Id.	Id.
184	T. R.	46465	++	Hemat -	Papilomas vesicales por encima del trigono
185	G. R.	46557	++	Pus -	y P. L. D.
186	A. V.	46373	++	Normal	Vejiga normal.
187	G. L.	46545	++	Id.	Id.
188	M. J.	46525	++	Id.	Id.
189	D. M. D.	46575	++	Id.	Id.
190	Z. P.	46430	++	Id.	Id.
191	S. I.	46593	++	Id.	Id.
192	M. P. G.	46594	++	Id.	Id.
193	R. P.	46590	++	Pus -	Congestión trigono y bajo fondo. Lig. ede- ma mucosa.
194	C. R.	46596	++	Alb. -	Quistes cuello vesical.
195	V. A. C.	46669	++	Hemat -	Mucosa sana.
196	S. L. E.	46467	++	Pus -	Granulaciones rojas aisladas.
197	C. G.	46609	++	Normal	Vejiga normal.
198	M. B.	46650	++	Id.	Id.
199	M. L.	46658	++	Id.	Id.
200	B. B.	46664	++	Id.	Id. con ligera congestión meatos urete- rales.
201	G. G.	46656	++	Id.	Id.
202	C. Cl.	46586	++	Id.	Id.
203	S. P. M.	46681	++	Id.	Id.
204	G. D.	46573	++	Id.	Id.
205	A. I.	46611	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
206	B. D.	46670	++	Normal	Vejiga normal.
207	L. J.	46791	++	Id.	Id.
208	C. C.	46831	++	Id.	Id.
209	V. C.	46798	++	Id.	Id.
210	B. A. B.	46478	++	Id.	Edema apoloso de trigono. Congestión mu-
211	P. A.	46893	++	Pus - -	cosa L. Lts. Deformación vejiga por
			++	Bact. - -	masa extravestical. Trigonitis A.
212	G. L. D.	46891	++	Normal	Vejiga normal.
213	S. T.	46881	++	Id.	Id.
214	G. B.	46914	++	Id.	Id.
215	M. Ch. A.	46901	++	Id.	Id.
216	G. Y.	46909	++	Id.	Id.
217	C. C.	46915	++	Id.	Id. Quiste de la mucosa en bajo-fondo.
218	J. L. A.	46940	++	Id.	Uretercele derecho. Cap. Normal. Vejiga normal.
219	E. C.	47075	++	Id.	Vejiga normal.
220	A. R.	47069	++	Id.	Hipertrofia incipiente lóbulo medio. Resi-
			++		duo 30 cc.
221	D. C.	47016	++	Id.	Vejiga normal.
222	D. C.	46455	++	Pus - -	Congestión trigono con edema mucosa y de los meatos ureterales.
223	S. P.	46936	++	Id.	Vejiga normal.
224	M. H.	47086	++	Id.	Id.
225	B. O.	47084	++	Id.	Id.
226	B. L. A.	46901	++	Id.	Id.
227	M. J. C.	47100	++	Id.	Id.
228	B. C.	46682	++	Id.	Id.
229	S. C. T.	47113	++	Id.	Id.
230	T. C.	46913	++	Id.	Id.
231	R. H.	46855	++	Id.	Id.
232	P. C.	44973	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
233	S. C.	35286	++	Normal	Vejiga normal.
234	M. F.	47124	++	Id.	Id.
235	C. A. D.	47214	++	Id.	Id.
236	A. P.	48871	++	Id.	Id.
237	Q. M.	47212	++	Id.	Id.
238	A. P. G.	47156	++	Id.	Id.
239	D. S. G.	47114	++	Id.	Id.
240	L. M.	47151	++	Id.	Id.
241	Ch. A.	52591	++	Id.	Id.
242	G. A.	47231	++	Id.	Id.
243	M. I.	47234	++	Id.	Id.
244	M. I. P.	47235	++	Id.	Id.
245	P. C. R.	47142	++	Id.	Id.
246	M. M.	47230	++	Id.	Id.
247	R. O. D.	47221	++	Id.	Id.
248	R. A. C.	47139	++	Id.	Id.
249	S. A.	47274	++	Id.	Id.
250	S. D.	47185	++	Id.	Id.
251	S. L. E.	47233	++	Id.	Id.
252	D. P. A.	47217	++	Id.	Id.
253	V. S.	47862	++	Id.	Id.
254	R. F. A.	47272	++	Id.	Id.
255	O. G.	47313	++	Id.	Id.
256	S. S. B.	47324	++	Id.	Id.
257	H. A. M.	47312	++	Id.	Id.
258	Z. L. A.	47326	++	Id.	Id.
259	G. L. A.	47284	++	Id.	Id.
260	B. E. A.	22641	++	Id.	Id.
261	S. R. J.	47276	++	Id.	Id.
262	D. C.	46579	++	Id.	Id.
263	G. V.	47331	++	Id.	Id.
264	A. R. L.	47349	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
265	P. G. F.	47307	++	Normal	Vejiga normal.
266	A. J.	47304	++	Id.	Id.
267	M. J.	47040	++	Id.	Id.
268	S. I.	47404	++	Id.	Id.
269	R. A.	47401	++	Id.	Id.
270	A. M. E.	46812	++	Id.	Id.
271	R. C. J.	47347	++	Id.	Id.
272	G. V. J.	47387	++	Id.	Vejiga normal. Carúncula uretral asintomática.
273	B. A. B.	46592	++	Id.	Vejiga normal.
274	P. B.	47390	++	Id.	Id.
275	B. C.	47384	++	Id.	Id.
276	O. C.	47295	++	Id.	Id.
277	V. A. M.	47409	++	Id.	Id.
278	P. C.	32519	++	Pus - - Bact. - -	Congestión generalizada Trígono; granulaciones amarillentas y vesículas aisladas en bajo-fondo. Meatos uretrales congestionados.
279	G. M. T.	47418	++	Normal	Vejiga normal.
280	C. A.	47421	++	Id.	Id.
281	C. M. A.	47425	++	Id.	Id.
282	M. M. O.	47309	++	Id.	Id.
283	R. A. D.	47408	++	Id.	Id.
284	R. V.	47315	++	Id.	Id.
285	O. V.	40259	++	Id.	Id.
286	C. I.	39814	++	Id.	Id.
287	F. A.	47417	++	Id.	Id.
288	R. M.	47428	++	Id.	Id.
289	B. P.	47420	++	Id.	Id.
290	M. T.	47416	++	Id.	Id.
291	M. J.	47431	++	Id.	Id.
292	C. J.	47447	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
293	O.	47448	++	Normal	Vejiga normal.
294	O. J. J.	47476	++	Id.	Id.
295	C. T.	47388	++	Id.	Id.
296	L. L. A.	47477	++	Id.	Id.
297	O. W.	47493	++	Id.	Id.
298	S. P.	47108	++	Id.	Id. Carúncula uretral.
299	G. E.	47539	++	Id.	Vejiga normal.
300	J. C. A.	47486	++	Id.	Id.
301	H. M. E.	47598	++	Id.	Id.
302	J. P.	47586	++	Id.	Id.
303	C. J. A.	47619	++	Id.	Id.
304	A. M.	47590	++	Id.	Id.
305	S. S.	47629	++	Id.	Vejiga normal. Barra mediana. Ligeras trabéculas.
306	F. S.	47599	++	Id.	Vejiga normal.
307	R. A.	47587	++	Id.	Id.
308	O. G.	47313	++	Id.	Id.
309	H. M. I.	47679	++	Id.	Id.
310	R. L.	47681	++	Id.	Id. y várices del trigono y cuello vesical.
311	D. A. V.	47626	++	Id.	Vejiga normal.
312	P. C. R.	32549	++	Pus -/- Bact. -/-	Congestión trigono con granulaciones rojas.
313	M. P. P.	39917	--	Bact. -/- Pus -/-	Trabéculas vesicales. Dilatación esfínter int. Uretritis crónica.
314	T. F.	47727	L. C. R. -/-	Normal	Vejiga normal.
315	M. M.	47734	++	Id.	Id.
316	R. V. A.	47728	++	Id.	Id.
317	R. E.	47754	++	Id.	Id.
318	R. O. D.	47591	++	Id.	Id.
319	L. C. L.	47772	++	Id.	Id.
320	L. G. A.	47731	++	Id.	Id.
321	Mo. M.	47801	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
322	G. G.	2432	++	Normal	Vejiga normal. (reinfección).
323	R. G.	47825	++	Id.	Id.
324	U. J. A.	47723	++	Id.	Id.
325	B. P. E.	47786	++	Id.	Id.
326	S. A. M. C.	47790	++	Id.	Id.
327	Q. M. C.	47815	++	Id.	Id.
328	B. H.	47932	++	Id.	Id.
329	L. M.	47810	++	Pus - -	Trigonitis sub-aguda.
330	F. F.	47965	++	Hem. - -	Uretritis. Skenitis.
				Bac. - -	
331	V. H.	47809	++	Normal	Vejiga normal; carúncula uretral.
332	B. H.	47869	++	Id.	Vejiga normal.
333	F. A. M.	47887	++	Id.	Id.
334	L. M. M.	47811	++	Id.	Id.
335	B. A. J.	47961	++	Id.	Id.
336	P. J. E.	47868	++	Id.	Id.
337	B. J.	47445	++	Id.	Id.
338	B. A. J.	47971	++	Id.	Id.
339	R. R. H.	47996	++	Id.	Id.
340	L. E.	48053	++	Id.	Id.
341	O. N.	47929	++	Id.	Id. con ligera congestión. Meato ureteral Izq.
342	B. C.	47878	++	Id.	Vejiga normal.
343	S. M. E.	48206	++	Id.	Id. Pólipos meato uretral.
344	E. I.	48096	++	Id.	Vejiga normal.
345	R. L.	48172	++	Id.	Id.
346	S. F.	48306	++	Id.	Id.
347	A. L. F.	48109	++	Id.	Id.
348	T. L. A.	48294	++	Id.	Aumento vasculación del trigono.
349	B. C.	47983	++	Id.	Vejiga normal.
350	B. C. R.	47867	++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
351	A. L.	48221	++	Normal	Vejiga normal.
352	O. J. E.	48122	+++	Id.	Id.
353	R. O.	48365	+++	Id.	Id.
354	R. C. A.	47969	+++	Id.	Id.
355	O. M. T.	48054	+++	Id.	Id.
356	O. R.	48162	+++	Id.	Id.
357	A. T.	48483	+++	Pus - Bact. - Prot. - Koch. - grasa - Pio - Bact. -	Congestión de la base. Trígono con numerosas granulaciones rojas. Sobre la barra interuretral, placas blancas recubiertas de secreción purulenta.
358	C. C.	48218	+++	Id.	Congestión del trígono.
359	T. C.	48416	+++	Id.	Uretritis.
360	S. C.	47963	+++	Normal	Vejiga normal
361	A. A.	48570	+++	Id.	Id.
362	A. M. A.	48181	+++	Id.	Id.
363	P. E.	34903	+++	Id.	Orificio uretral D. doble. Izq. lig. congestión.
364	M. F.	48598	+++	Id.	Vejiga normal
365	L. M.	48588	+++	Id.	Id.
366	P. E.	48611	+++	Id.	Id.
367	S. R.	48705	+++	Id.	Id.
368	A. O.	48771	+++	Id.	Id.
369	G. A.	48615	+++	Id.	Id.
370	B. E.	48940	+++	Id.	Id.
371	P. B.	48772	+++	Id.	Id.
372	S. O.	48923	+++	Id.	Id.
373	G. B. J.	48928	+++	Id.	Id.
374	L. L. E.	48924	+++	Id.	Id.
375	M. I.	49092	+++	Id.	Id.
376	C. D. N.	48913	+++	Id.	Id.

Caso número	Nombre	Historia número	Reacciones serológicas	Análisis orina	Examen cistoscópico
377	G. G.	48778	++	Normal	Vejiga normal
378	A. M. D.	49108	++	Id.	Id.
379	C. S. M.	49263	++	Id.	Id.
380	S. T.	49259	++	Id.	Id.
381	C. D.	49076	++	Id.	Id.
382	D. N.	48918	++	Id.	Id.
383	P. H. H.	48535	++	Id.	Id.
384	P. M. H.	32606	++	Id.	Id.
385	J. M. I.	49109	++	Id.	Id.
386	G. P. C.	49278	++	Id.	Id.
387	A. N.	49307	++	Id.	Id.
388	R. A.	49300	++	Id.	Id.
389	O. R.	45863	++	Id.	Id.
390	D. C.	48848	++	Id.	Id.
391	R. C. E.	49302	++	Id.	Id.
392	R. A. A. M.	52327	++	Id.	Id.
393	C. A. M.	52437	++	Id.	Id.
394	M. F. M.	52949	++	Id.	Id.
395	R. A. M.	52327	++	Id.	Id.
396	Gm. M.	52133	++	Id.	Id.
397	H. P.	27288	++	Id.	Id.
398	J. J. M.	36587	++	Id.	Vejiga con trabéculas. Hipertrofia prostática grado I.
399	O. G.	54343	++	Id.	Vejiga normal
400	S. S. C.	54018	++	Id.	Vejiga normal

Resumen

Exámenes cistoscópicos practicados	400	
Enfermos examinados	400	
Hombres	175	
Mujeres	225	400

Número de enfermos con lesiones evolutivas del período secundario con treponema positivo en las secreciones, (marcados +)	21
Caso de reinfección	1
Caso de reacciones serológicas negativas pero con L. C. R. positivo	1
Total	23

(o sea el 7,5%)

Enfermos con afecciones vesicales, o del aparato urinario 42
 Enfermos con alteraciones de la orina 16

Nota: En gracia a la brevedad, se han suprimido los caracteres de las lesiones vesicales encontradas. Para detalle, ver el trabajo titulado La Sífilis Vesical, por el autor, en la Revista Clínica número 1, 1944.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Gómez Martínez.—La sífilis vesical. Rev. Clínica número 1, 1944.
- (2) De Magalhaes.—Archivos do Servicios de Vías Urinarias da Policlínica General de Río Janeiro, 1930.
- (3) B. Valverde.—Archivos do Servicios de Vías Urinarias da Policlínica General de Río Janeiro, 1931, 1936.
- (4) Stokes and Beerman.—Modern Clinical Syphilology, W. B. Saunders, 1946.
- (5) J. E. Moore.—The Modern Treatment of Syphilis, W. Lea & Feibiguer, 1945.
- (6) Grupo Clínico Cooperativo.—Moore, Cole, O'Leary, Ven Dis. Inform.
- (7) Gómez Martínez.—La sífilis vesical. Rev. Clínica, número, 1944.
- (8) Marion Heitz-Boyer.—Tratado sobre cistoscopia.
- (9) Bugher J.—Comunicación personal.
- (10) Boyd.—Text Book of Pathology. W. Saunders, 1945.
- (11) Cabot, Modern Urology.
- (12) Young.—Urology, Lea & Feibiguer.
- (13) Marion.—Tratado de Urología, 1933.
- (14) Lowsley & Kirwin.—Clinical Urology, 1944.
- (15) Mc Crea.—Clinical Cystoscopy, F. A. Davis, 1945.
- (16) Himann.—Principles and Practice of Urology, 1943.
- (17) Davis.—Infections of the bladder. Dean Lews, Vol. VII.
- (18) Thompson, L.—Syphilis of the bladder. Am. Journ. Syphilis, 1920.
- (19) Peterson, A.—Syphilis of the bladder. Jour. of Urol. July, 1924.
- (20) Eisendrath and Rolnick.—Urology.