3013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Medicas

# Algunas consideraciones sobre el Tratamiento Quirúrgico

DE LOS

# TUMORES DE LA VEJIGA

TÉSIS

PARA EL DOCTORADO

POR

**ERNESTO DEL CAMPILLO**



14
96

BUENOS AIRES

Imprenta «Galileo» de Gianico y Laghi - Calle Moreno 1259

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

## Facultad de Ciencias Medicas

# Algunas consideraciones sobre el Tratamiento Quirúrgico

DE LOS

# TUMORES DE LA VEJIGA

TÉSIS

PARA EL DOCTORADO

POR

**ERNESTO DEL CAMPILLO**



BUENOS AIRES

Imprenta «Galileo» de Gianico y Laghi - Calle Moreno 1259

1898

# Facultad de Ciencias Médicas

## Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

## Vice Decano

Doctor D. Pedro Mallo

## Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacobo de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Guemes
» » Eliseo Canton

## Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini

## Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

## Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

14
30
26
7.0

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|---|---|
| Anatomía descriptiva | Doctor Juan José Naón. |
| Anatomía topográfica | " Juvencio Z. Arce. |
| Histología (teórico práctica) | " Rodolfo de Gainza. |
| Fisiología general y humana. | " Pedro J. Coronado. |
| Higiene pública y privada. | " Melitón G. del Solar. |
| Patología general y ejercicios clínicos. | " Roberto Wernicke. |
| Materia Médica y Terapéutica. | " Justiniano Ledesma. |
| Patología externa. | " Obdulio Hernandez. |
| Patología interna. | " José Penna. |
| Anatomía patológica. | " Telémaco Susini. |
| Bacteriología. | " Carlos Malbran. |
| Medicina operatoria. | " Adalberto Ramaugé. |
| Enfermedades de mujeres y su Clínica. | " Enrique Bazterrica. |
| Enfermedades de niños y su Clínica. | " Manuel Blancas. |
| Enfermedades de los ojos y su Clínica | " Pedro Lagleyze. |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica. | " José M. Ramos Mejía. |
| Enfermedades mentales y su Clínica. | " Domingo Cabred. |
| Clínica Quirúrgica. | Dres. Julián Aguilar. / Antonio C. Gandolfo. |
| Clínica Médica | " Gregorio N. Chaves. / Abel Ayerza. / Luis Guemes. |
| Obstetricia y su Clínica | Doctor Samuel A. Molina. |
| Medicina legal. | " Eduardo M. Perez. |
| Génito Urinario | " Federico Texo. |
| Química aplicada á la Medicina | Dres. Pedro N. Arata. / Atanasio Quiroga. |
| Física médica. | Doctor Jaime R. Costa. |
| Zoología médica. | " Eliseo Cantón. |
| Toxicología | " Juan B. Señorans. |
| Enfermedades venéreas y dermatología. | " Baldomero Sommer. |
| Laringología, otología, rinología. | " Eduardo Obejero. |
| Botánica médica | " Martín Spuch. |
| Farmacia teórica | " Juan A. Boeri. |
| Farmacia práctica. | " J. Manuel Irizar. |
| Botánica Farmacéutica. | " Adolfo Mujica. |
| Obstetricia para alumnas parteras | " Juan R. Fernández. |
| Odontología | " Nicasio Etchepareborda. |

26

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Sustitutos |
|---|---|
| Anatomía descriptiva. . . . . | Doctor Juan D. Piñero. — |
| Anatomía topográfica . . . . . | " Avelino Gutierrez. |
| Histología teórico-práctica . . . . . | " Samuel de Madrid. |
| Fisiología general y humana. . . . . | Vacante. |
| Higiene pública y privada . . . . . | Dres. { Enrique Revilla. — Ricardo Schatz. |
| Patología general y ejercicios clínicos. . . | Doctor Gregorio Araoz Alfaro. — |
| Materia Médica y Terapéutica . . . . | Dres. { Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno. — |
| Patología externa . . . . . | " { Pascual Palma. Daniel J. Cranwell. |
| Patología interna . . . . . | Doctor Marcial V. Quiroga. — |
| Anatomía patológica. . . . . | " J. Badía. |
| Medicina operatoria . . . . . | " Alejandro Posadas. |
| Enfermedades de mujeres y su Clínica. . . | Dres. { Alfredo Lagarde. José F. Molinari. |
| Enfermedades de niños y su Clínica . . . | " { Antonio F. Piñero. Facundo Larguía. |
| Enfermedades de los ojos y su Clínica. . . | " { Francisco Barraza. Teófilo A. Moret. |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica . . . | " José A. Esteves y J. Semprun. |
| Enfermedades mentales y su Clínica . . . | Doctor Benjamín T. Solari. |
| Clínica Quirúrgica . . . . . | Dres. { Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud. |
| Clínica médica . . . . . | " { Julio Mendez. — Francisco Sicardi. Ignacio Allende. |
| Física médica . . . . . | Doctor Juan J. Galiano. |
| Obstetricia y su Clínica . . . . . | " Luis F. Vila y Fanor Velarde. — |
| Medicina legal. . . . . | " F. de Veyga y D. Cavia. |
| Toxicología . . . . . | " Juan Alba Carreras. |
| Química aplicada á la medicina . . . . | Vacante. |
| Botánica médica . . . . . | " Roberto S. Kolbe. |
| Farmacia práctica . . . . . | Vacante. |
| Laringología, otología, rinología . . . . | " Wenceslao Tello. |
| Enfermedades venéreas y dermatología. . . | " Maximiliano Aberastury. — |
| Obstetricia para alumnas parteras . . . | " Enrique Pietranera. |
| Odontología . . . . . | " León Pereyra. |

30

PADRINO DE TÉSIS

**Doctor ELISEO CANTON**

A mis hermanos

*Señor Presidente*

*Señores profesores*

*Someto á vuestra ilustrada consideración el modesto trabajo que para optar al grado de Doctor he debido preparar.*

*Hubiera deseado darle la amplitud que el tema requiere, haciendo así algo que fuera útil á nuestra medicina nacional, pero, vosotros lo sabéis: las numerosas materias que forman nuestro plan de estudios no permiten disponer del tiempo necesario para dedicarse con provecho á tal ó cual especialidad.*

*Si las dificultades que suelen presentarse al jóven médico al traspasar los umbrales de la Facultad, me lo permiten, aprovecharé vuestras sabias lecciones para dedicarme con preferencia á la especialidad de mi vocación.*

*Antes de abandonar las aulas de éste instituto, séame permitido expresaros mi agradecimiento por la solicitud con que me habéis guiado por la senda del estudio, prometiéndoos por mi parte hacer cuanto de mi dependa por ser útil á la humanidad en el ejercicio de la profesión.*

*Permitidme tambien hacer constar que en la preparación de ésta disertación sobre el tratamiento quirúrgico de los tumores de la vejiga, he sido ayudado generosamente por el distinguido especialista profesor doctor Federico Texo quien me ha suministrado varias de las observaciones que forman su base.*

*Una palabra pues de agradecimiento por su valioso concurso.*

---

I.

# Tratamiento

## Tratamiento quirúrgico curativo — Preparación del enfermo. — Instrumentos Ayudantes

El tratamiento quirúrgico de los tumores de la vejiga tiene por objeto librar al enfermo de su mal de una manera radical ó temporaria.

El cirujano tiene que actuar contra tumores malignos ó benignos, tratando siempre que sea posible de extirparlos radicalmente.

Cuando el tumor ha invadido gran parte de la vejiga, cuando ha extendido sus raíces á los órganos vecinos, cuando vá acompañado de fístulas vesicales, ¿tiene aún rol alguno el tratamiento quirúrgico? indudablemente, y es en estos casos en los que se practica el tratamiento quirúrgico paliativo que si bien es verdad no devolverá la salud al enfermo librándolo de una muerte segura en cambio lo librará de sufrimientos atroces que durarían

hasta que alguna complicación ó la generalización é infección de la economía entera produjeran su muerte.

*Tratamiento quirúrgico curativo*—El tratamiento radical, es practicable: 1º cuando el tumor es benigno ó que siendo de naturaleza maligno no ha invadido muy profundamente las paredes vesicales—2º cuando los ganglios no están degenerados en casos de tumores más voluminosos y de infiltración neoplásica más avanzada y 3º cuando no hay complicaciones vesicales ó renales de órden infecciosas con fenómenos generales intensos.

El diagnóstico precóz tiene gran utilidad en el tratamiento radical, pues fácilmente se comprende que un diagnóstico hecho al principio de la enfermedad descubrirá un tumor fácilmente extirpable, haciendo más segura la cura radical, por lo que creemos de suma utilidad practicar siempre que sea posible, el exámen cistoscópico en todos aquellos enfermos que presenten hematurias puesto que por éste medio se descubren en muchas ocasiones tumores que habían pasado desapercibidos hasta el momento en que se practica el exámen cistoscópico atribuyendo en la generalidad de los casos las hematurias á lesiones que en realidad no existen. — Por otra parte, la operación es tanto más simple y benigna cuando se la practica en una época más aproximada al principio de la enfermedad.

*Preparación del enfermo*—Antes de la operación es de imprescindible necesidad instituir un tratamiento pre-ope-

ratorio que comprende la antisepcia de las vías urinarias y diversos cuidados higiénicos.

Con el objeto de practicar la antisepcia de las vías urinarias se ha recurrido al uso del salol, borato de soda, ácido bórico (Babsing) y varias otras sustancias que eliminadas por el riñón dicen tener una acción antiséptica.

Algunos cirujanos se abstienen de practicar lavajes vesicales temiendo que esta antisepcia directa provoque la aparición de una hematuria suspendida ó la infección de la vejiga, lo que creemos no deber aceptar puesto que los lavajes antisépticos hechos en la forma debida no pueden nunca sino modificar favorablemente la mucosa vesical.

El baño que toma el enfermo dos días antes de la operación, es una precaución higiénica que contribuye á la buena asepcia que se practica después.

El día antes de la operación se administra un purgante salino y el mismo día un gran enema.

La antisepcia de las paredes abdominales, (región hipogástrica) se practica según el método de Fritsch (Deutsche Medicinische Wochenschrifft núm. 43.)

Una vez hecha la antisepcia de la región se practica lo que llamamos curación preoperatoria y que consiste en cubrir la región con gasa y algodón aséptico y su correspondiente vendaje, teniendo que hacer al día siguiente y en el momento de la operación un lavaje con jabón, bicloruro de hidrargirio, eter y alcohol. Como en

todas las intervenciones quirúrgicas y sobretodo en las laparatomias se requieren los más prolijos cuidados en la esterilización de los instrumentos y de todo aquello que deberá ser puesto en contacto con el campo operatorio.

La anestecia se practica en el servicio siempre con eter, empleándose el cloroformo en la litotricia por necesitar una anestecia profunda para conseguir un reposo completo de la vejiga, órgano que como sabemos es uno de los últimos en perder su sensibilidad y contractilidad (Guyon, Anales de Vías Urinarias año 1896.)

Se usa únicamente el éter en las demás intervenciones quirúrgicas del aparato urinario, por ser su eliminación más rápida, haciéndolo ésto mucho menos peligroso para un estado renal delicado.

La inyección de la vejiga se practica con una solución de ácido bórico ó de bicloruro de hidrargirio, prefiriendo siempre éste último porque librará con mayor seguridad de los gérmenes que pudieran infectar, la herida vesical.

Para hacer la inyección vesical se introduce una sonda metálica con llave, que se fija con una cinta de cauchut rodeando el miembro y mantenida por sus extremos por medio de una pinza de Pean. La inyección se practica siempre con una solución al 1 × 3000, inyectándose trescientos gramos ó más si se cree necesario.

En un artículo publicado por Bazi, en los Anales de Vías Urinarias del año 94 aconseja la supresión de la

sonda de metal con llave, diciendo que una sonda de Nélaton es suficiente.

En el servicio del Rawson se practica la inyección vesical por medio de una sonda de Pezzer, colocándose en su extremidad una pinza de Pean que impide la salida del líquido.—La presión intra-vesical dilata el pabellón de la sonda impidiendo salga líquido entre ella y la pared uretral, suprimiendo de éste modo la ligadura de la verga y la sonda metálica que se usa en el procedimiento clásico.

Cuando se practica la inyección vesical se explora por la palpación la región hipogástrica, exploración que se cumple muy bien, cuando se ha hecho la distensión del recto pero no tan fácilmente cuando se ha hecho abstracción del balón de Peterson.

Es de suma utilidad vigilar el grado de presión intra-vesical para detener la entrada de líquido cuando se crea necesario y evitar así las complicaciones que pudieran sobrevenir á causa del exeso de presión, pues no sería raro la ruptura de una vejiga friable á causa del exeso de presión intra-vesical.

La cantidad de líquido inyectada depende de la sensibilidad y grado de distención de la vejiga enferma.

Cuando se practica la distención del recto se recurre al balón de Peterson que tiene una capacidad de 500 gramos.

Para colocar el balón se procede de la manera si-

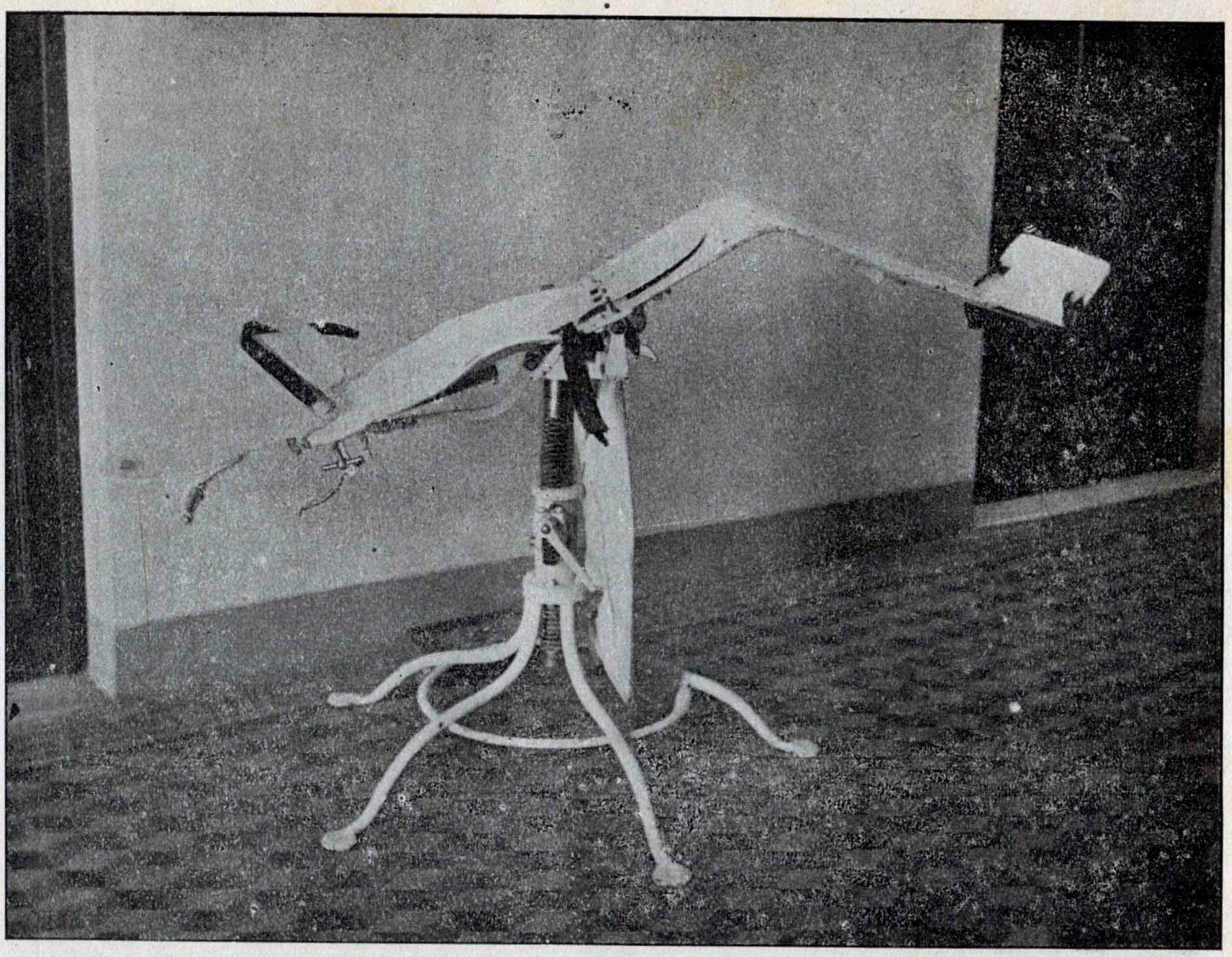
guiente: habiendo colocado vaselina alrededor del ano y en el balón, se le pliega y aplasta, insinuándolo enseguida con la mano derecha mientras que el índice izquierdo dirije su progresión. El balón es empujado hasta que deja de ser visible en el ano. Al proceder á la inyección se vigila el balón de manera de impedir que se escape á medida que se practica la inyección.

El ayudante encargado de colocar el balón no podrá tomar parte en el curso de la operación.

En el servicio del Rawson no se emplea la distención rectal por no creerla de suma utilidad cuando se practica la operación en la posición inclinada de Trendelemburg.

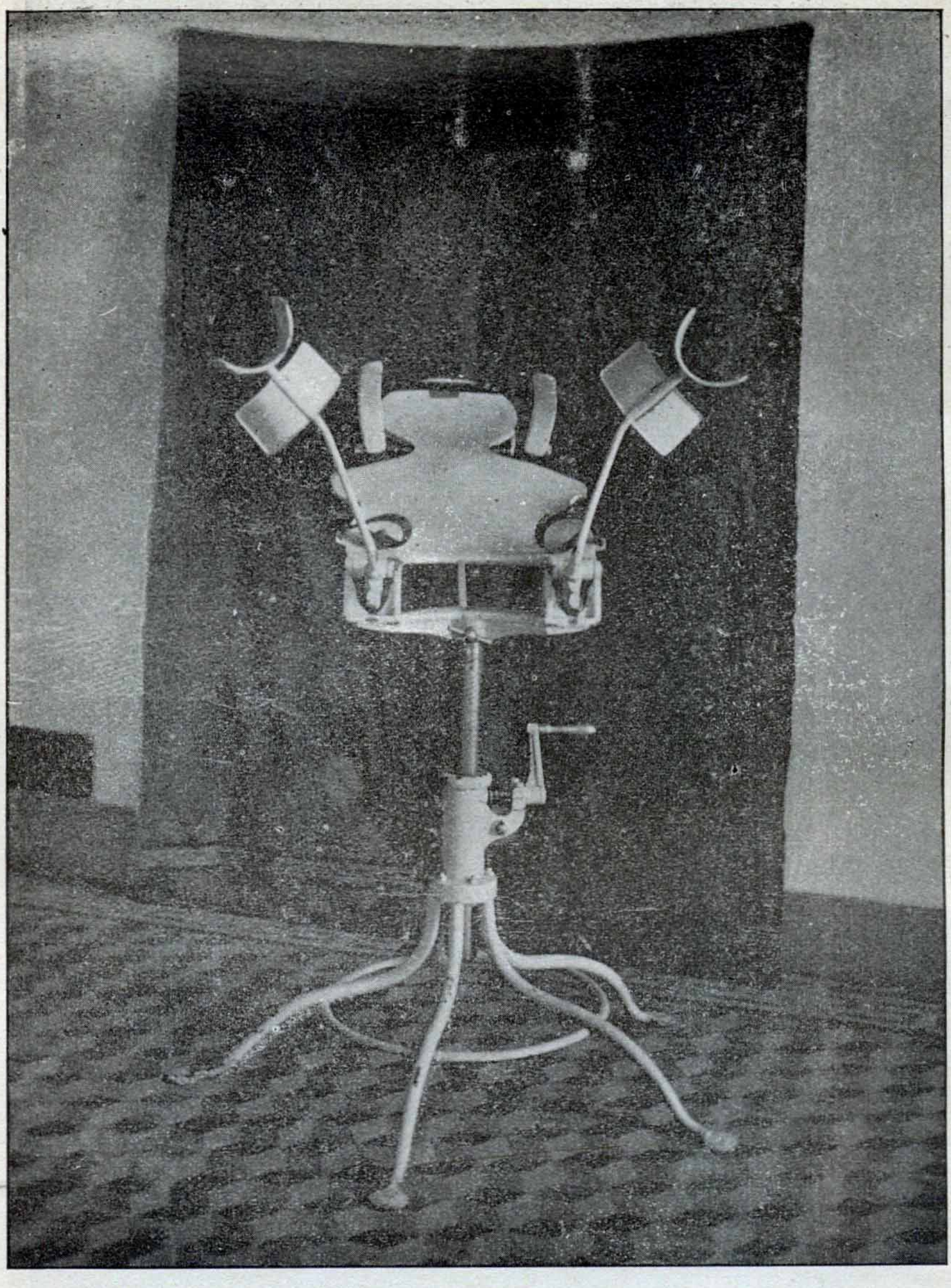
*Instrumentos.*—Los instrumentos que se requieren en el curso de la operación son: unos de imprescindible necesidad y otros cuyo uso depende de circunstancias diversas. En estos últimos años se han inventado varios instrumentos con el ojeto de facilitar los diversos tiempos de la operación, pero lo que más ha preocupado á los cirujanos ha sido facilitar la inspección del interior de la vejiga, de suma utilidad en la extirpación del tumor.

No me ocuparé de los instrumentos cuyo uso no es de imprescindible necesidad, limitándome á enumerar los que se emplean en el servicio y á transcribir la descripción de la mesa de Trendelemburg y sus modificaciones, tomada de los Archivos de Vías Urinarias del Rawson.



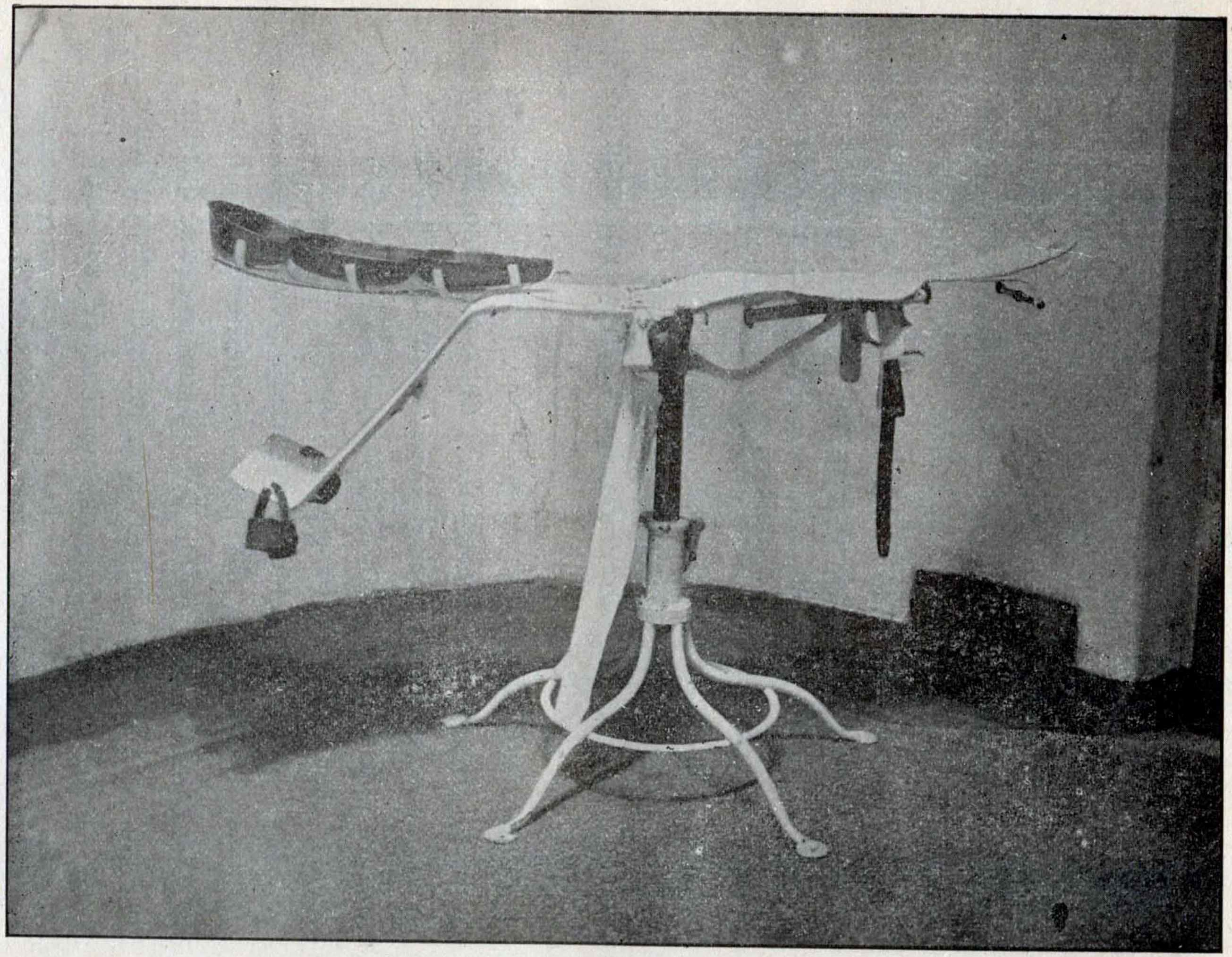
(Fig. 1)

Mesa Trendelemburg—Posición en plano inclinado.



(Fig. 2)

Mesa Trendelemburg—Pierneras (Modific Texo



(Fig. 3)

Mesa Trendelemburg—(Modific Texo).

He aquí los instrumentos empleados en el curso de la operación.

Bisturís rectos—Bisturí de Texo—Aguja de Reverdin—Porta aguja de Isrrael—Agujas de Agerdon—Sonda acanalada—Pinzas de disección—Pinzas á grifos—Pinzas porta esponjas—Pinzas Clamp—Pinza forceps de doble curvadura—Sonda de Pezzer—Separadores de Texo—Tijeras cortas y curvas—Curetas de Guyon, varios tamaños—Aspirador de Potain—Separadores Trelat—Separadores comunes — Termo-cauterio — Cuchillo galvánico—Tubos para drenaje, etc.

Las figuras 1, 2 y 3 representan la mesa de Trendelemburg en posición de plano inclinado y sus modificaciones.

«Construida de hierro y barnizada á fuego se halla sostenida por un pié abierto hacia abajo en cinco brazos.

«Por medio de manibelas ó ruedas de engranaje hace realizar varios movimientos: giratorio sobre el eje, de ascenso, descenso y de báscula.

«El Dr. Texo le ha hecho dos modificaciones felices:

«1º. Le ha agregado un juego de pierneras para hombre y para mujer, que se colocan en los pernos que quedan libres al desmontar la mitad de la mesa correspondiente á las extremidades inferiores, pudiéndose así trabajar con más comodidad. Tres palanganas de bronce soportadas por un vástago de hierro á continuación una de otra con el objeto de poder recoger los fragmentos de

los cálculos al practicar el gran lavaje después de la litotricia.

«La mesa ha sido fabricada en Bohn (Alemania) y donada al servicio por su jefe. (Archivos Vias Urinarias del Hospital Rawson 1898).»

*Ayudantes*.—El ayudante encargado de la preparación del enfermo no olvidará practicar la auscultación del corazón, pulmones, exámen de las orinas y tomar la temperatura una ó dos veces al día, precaución que servirá para comparar con la curva térmica después de ella. Este mismo ayudante es el encargado del tratamiento pre-operatorio que necesitará el enfermo y de la preparación de los instrumentos que se usarán en el curso de la operación.

Además se necesitarán: Uno para la anestecia. Uno para ayudar al cirujano y que se coloca al lado opuesto á él. Uno para ayudar al cirujano y que se coloca al mismo lado. Uno que se encarga de los movimientos de la mesa y del termo-cauterio en caso de necesidad. Uno para encargarse de la batería eléctrica y cuchillo galvánico también en caso de necesidad y un último para alcanzar los instrumentos. Cómo fácilmente se comprende éste número de ayudantes puede ser reducido, siendo sin embargo cómodo poder disponer del número que hemos dado, porque se abrevia de una manera evidente el tiempo de la operación.

## II.

# PRIMIER TIEMPO DE LA OPERACIÓN

### Incisión de las paredes abdominales.

Preparado el enfermo en la forma que hemos expuesto se pratica el primer tiempo de la operación: la incisión de las paredes abdominales.

Colocado el cirujano á la derecha del enfermo, hace una incisión en la linea media de una longitud de diez á quince centimetros dependiendo su mayor ó menor extensión del tamaño del neoplasma así como del desarrollo del panículo adiposo.—Esta incisión empieza por debajo del ombligo y termina á dos ó tres centimetros por encima de la espina del púbis.

En la mayoría de los casos, una pequeña maniobra permite encontrar la linea blanca á través de los tegumentos aun intactos; se aconseja extender la piel con una mano mientras que á la otra se la hace resbalar en través á derecha y á izquierda para sentir la cuerda que

forma el entrecruzamiento de la aponéurosis sobre la linea blanca.

Se corta la piel y tejido grasoso sobre toda la longitud de la incisión hasta descubrir la aponéurosis—Se busca el entrecruzamiento de las fibras de la aponéurosis lo que facilitará el caer más fácilmente en el intersticio de los rectos—Se hace un ojal y se incinde sobre la sonda acanalada en toda la extensión de la incisión anterior.

La abertura de la aponéurosis nos pone á la vista el interticio que una vez encontrado se separa con toda facilidad por medio de los dedos y sonda acanalada. Son necesarios á veces algunos golpes de bisturí hacia la parte inferior y cerca del púbis para cortar la inserción á veces muy sólida de algunos individuos cuyos músculos piramidales se encuentran muy desarrollados.

El cirujano introduce el indice y medio de la mano izquierda razando el borde superior del púbis para tactar el globo vesical y llevar hacia arriba la grasa peritoneal y el fondo de saco, al mismo tiempo que desgarrar las pocas fibras musculares que el bisturí pudiera haber respetado—Actuando de esta manera la vejiga aparece en el fondo de la herida con su aspecto característico y su franca fluctuación.

Hay que tratar en éste acto operatorio de no desnudar mucho la vejiga de su capa peri-celular porque per-

judicaría más tarde la reunión por primera intención en la sutura completa.

Cumplido este tiempo, se colocan dos separadores en el fondo de la herida, que permiten separar las paredes abdominales, haciendo mayor el campo para actuar sobre la vejiga.

La región así descubierta es impregnada con una solución de acido fénico concentrada para preservarla tanto como sea posible de los gérmenes que pudiera arrastrar el liquido que saldrá cuando se practique la abertura de la vejiga. (Guyon)

La incisión que he descrito es aplicable al tratamiento radical de los tumores de la vejiga.

Cuando la resección tiene que comprender la parte anterior del órgano, es útil practicar en la parte inferior de la herida longitudinal una incisión transversal análoga á la de Trendelemburg pero que no interese todo el ancho de los músculos rectos.

La hemostacia de la incisión abdominal se practica en las venas subcutaneas abdominales, como así también en una pequeña rama arterial que se presenta con mucha frecuencia.

En la cara anterior de la vejiga se dibuja una red venosa que suele dar alguna sangre cuando se practica la incisión de la vejiga, pero que se detiene inmediatamente que cesa la distención.

## III.

## 2º. TIEMPO.

### Incisión y exploración de la vejiga

Descubierta la vejiga en la forma que hemos expuesto, entramos á la descripción del 2º tiempo de la operación: la abertura de la vejiga y su exploración.

El enfermo es colocado en la posición inclinada de Trendelemburg, posición á la que se reconoce la ventaja de facilitar de una manera evidente la inspección del interior de la vejiga, sin necesidad de recurrir á los instrumentos que se han creado con este objeto. Sin embargo para que esta posición dé buenos resultados, se necesita gran luz en la sala donde se opera, condición que no consiguiéndose siempre, obliga á los cirujanos á usar la iluminación artificial.

La excelente luz de la sala del Rawson ha permitido suprimir ó emplear poco á menudo instrumentos de luz,

que han sido bien suplidos por la posición inclinada anteriormente mencionada. La luz artificial por medio de estos instrumentos debe siempre estar lista porque pudiera ser necesaria (paredes abdominales muy espesas, verificación del sitio de implantación del tumor).

Antes de practicar la incisión, el cirujano tiene que cerciorarse que lo que tiene por delante es efectivamente la vejiga, para evitar así de herir otro órgano que interesa respetar. Para reconocer la vejiga y evitar de herir el peritoneo, disponemos de medios fáciles y seguros. 1º La red venosa característica de que ya hemos hablado. 2º Comprimiendo el vientre y ejecutando lijeros movimientos, estos se trasmiten al fondo del saco peritoneal, dándose cuenta de esta manera de la altura á que se encuentra. 3º Inyectando una pequeña cantidad de liquido se aprecia si la vejiga se distiende.

Sobre la línea media á tres ó cuatro centímetros por encima del púbis se introduce el bisturí en el interior de la vejiga, practicándose una incisión que permita la introducción del indice izquierdo. Cumplido este acto, el cirujano coloca á cada lado de los labios de la herida vesical un hilo suspensor que debe necesariamente comprender gran parte del borde de la herida para evitar su desgarramiento. Confiados los hilos suspensores á un ayudante que mantiene por medio de ellos, la vejiga un poco levantada, corta con las tijeras ó el bisturí de arriba hacia abajo, terminando la incisión primera en una extensión que varía

según se crea conveniente, colocando acto seguido otro hilo suspensor en la misma forma que el anterior. Encuéntrase de esta manera la vejiga suspendida por hilos que permiten separar los labios de la herida y ver la cara interna del órgano.

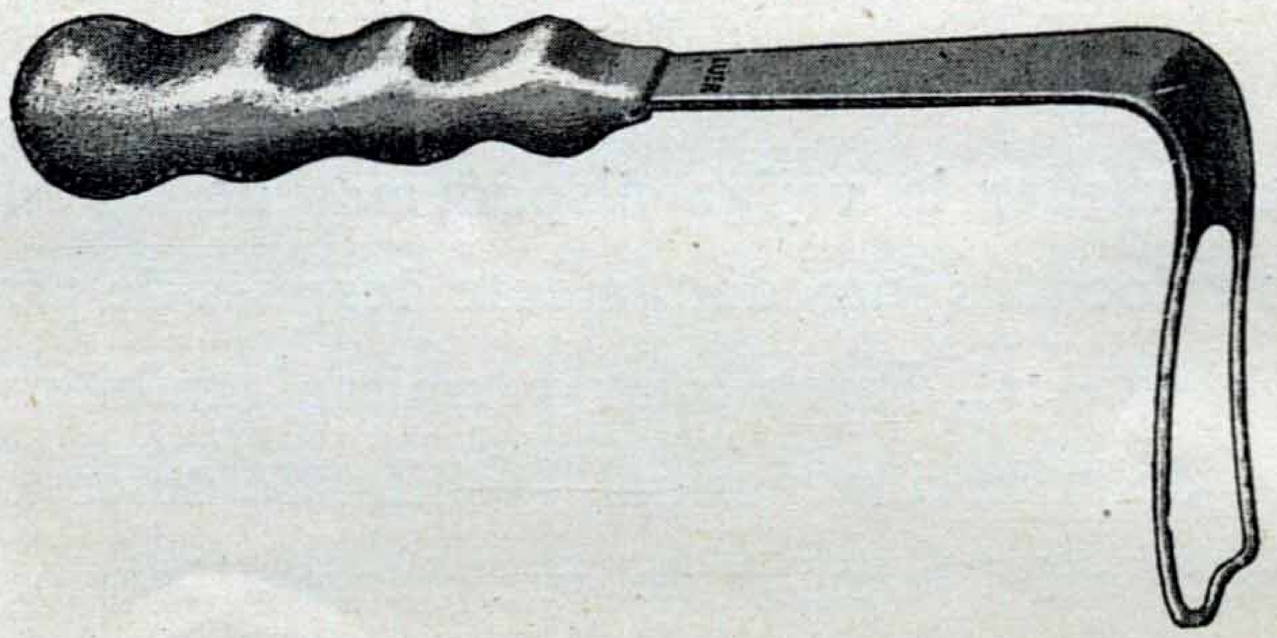
*Exploración de la cavidad vesical.*--El profesor Guyon ha reasumido en cuatro palabras lo que es necesario hacer para facilitar la exploración de la vejiga: levantar, separar, deprimir é iluminar.

Para levantar la vejiga disponemos de los hilos suspensores colocados inmediatamente después de practicada la incisión vesical. Estos hilos permiten también separar los labios de la herida vesical, facilitando de esta manera la exploración del interior del recipiente urinario. Sin em bargo algunos cirujanos, y entre ellos el profesor Texo, prefieren marzupinisar los bordes de la herida vesical á los de la herida abdominal durante la operación, conducta que les permite actuar con mayor comodidad durante la extirpación, y evitar las lesiones que pudieran presentarse á causa de los movimientos ejecutados al órgano durante la suspensión, permitiendo no necesitar ocuparse de los hilos suspensores, cuyas tracciones y movimientos dan lugar con facilidad, en vejigas friables, á desgarramientos y desprendimientos de las paredes laterales y anterior que forman fondos de saco una vez suturada la vejiga, sirviendo de depósito á liquidos de dificil drenaje.

Para separar y deprimir se recurre á separadores

colocados lateralmente que permiten desplegar y hacer de esta manera resaltar los contornos del neoplasma Guyon y Albarran emplean los separadores Bazi-Legueu.

El profesor Texo, emplea los separadores que llevan su nombre (fig. n. 4), cuya descripción tomamos de los Archivos de Vias Urinarias del Rawson.



(Fig. 4.)

«Los separadores de Texo son una feliz modificación de los separadores macizos. La fenestración de la valva y su longitud permiten asociar la distención del campo vesical á su visibilidad casi completa.

«La mucosa aparece estirada en la ventana de la valva y las lesiones más pequeñas se distinguen con claridad si hay luz, lo que no pasa con los separadores sólidos que ocultan grandes porciones de pared. La ventaja es de importancia en casi todos los casos y muy especialmente cuando se trata de tumores pequeños ó vejetaciones cuya inserción en la mucosa se destaca con

precisión, haciéndose aun más fácil la limitación de la intervención al tejido enfermo por el raspado, la escisión ó la cauterización. Identica cosa pasa con las lesiones no localizadas ulceraciones tuberculosas, verrugosidades de cistitis crónica etc.

«La acción de éstos separadores puede asociarse á la del plano inclinado (mesa Trendelemburg) y á la de la luz lateral para ver bien toda la vejiga y con éste propósito se procede así en el servicio. Se colocan dos separadores laterales y un tercero en el ángulo superior de la abertura, se inclina la mesa bajando su cabecera de manera, que la luz que entra por las ventanas llegue al bajo fondo casi verticalmente ó en ángulo levemente obtuso. Se puede percibir casi todos los detalles.

«El plano inclinado agregaría así á los beneficios conocidos, (descenso del paquete intestinal, menor posibilidad de anemia cerebral etc.) el de una buena iluminación vesical. La luz vertical no penetra bien porque la cabeza del aperador al mirar se interpone y hace sombra.

«En un reciente caso de cistitis tuberculosa inicial pudimos apreciar la diferencia de ambas posiciones con ventaja para el plano inclinado, más evidente aun en la observación de una pequeña ulceración situada en el declive del bajo fondo detrás del relieve inter-uretral. (Archivos de Vías Urinarias del Hospital Rawson 1898).]

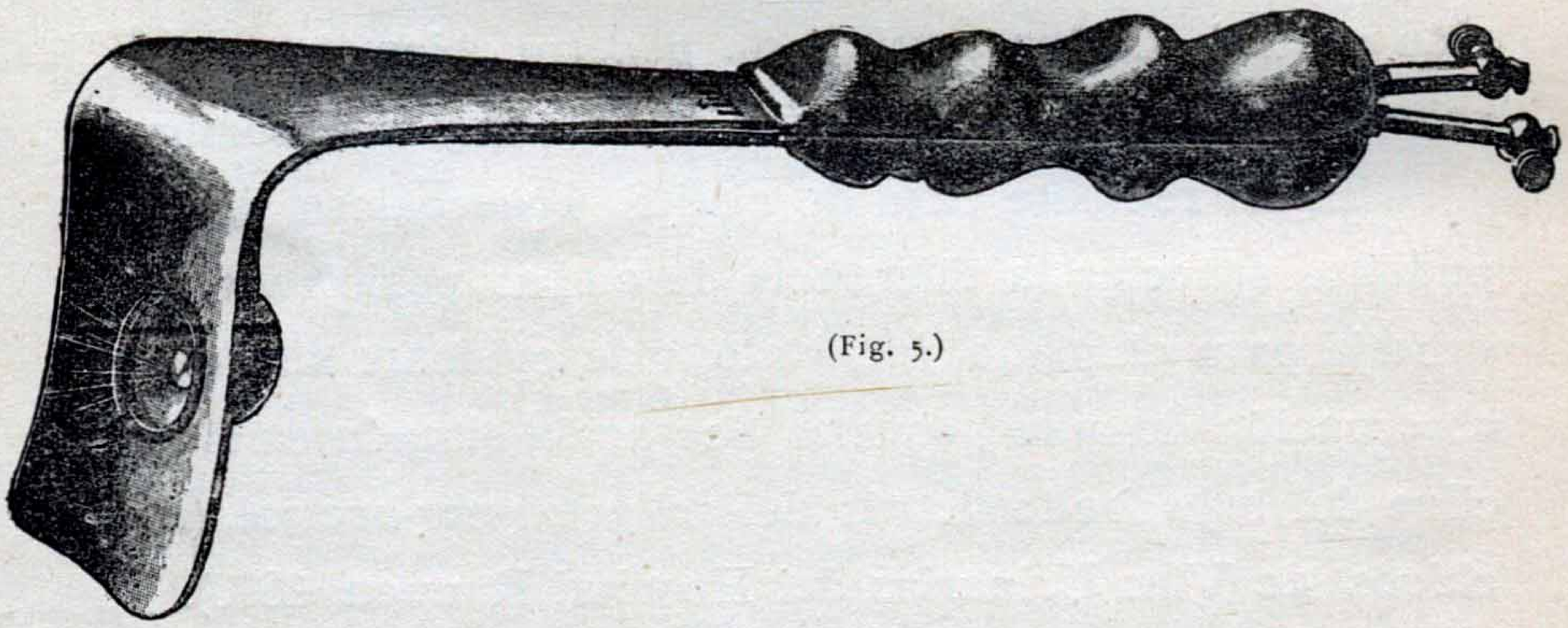
Es evidente y á nadie escapa la superioridad de los separadores usados en el servicio del Rawson, que per-

miten al mismo tiempo que separar y desplegar, ver toda la pared de la vejiga puesto que no son macizos como los usados en el servicio de Neker.

Bazi y Legueu han hecho construir un instrumento de valva corta, ancha y cóncava, que se coloca en el ángulo superior y con la ayuda del cual se produce á la vez el separamiento de la herida y el levantamiento de la vejiga.

Para iluminar la vejiga se puede utilizar la luz solar, sea directamente, sea reflejándola con la ayuda de un espejo.

Guyon fué quien por primera vez practicó la ilumición eléctrica, habiéndose creado con este objeto algunos instrumentos de los cuales no nos ocuparemos, limitándonos á reproducir la descripción del espéculum de Texo fig. nº 5 tomada de la obra de Albarran.



(Fig. 5.)

«El espéculum Texo, es un espéculum sin mango construido sobre el modelo del de Bazi y que presenta

en el medio de su concavidad, una lámpara eléctrica poderosa cubierta por un vidrio. Cuando la vejiga está abierta, se coloca en el ángulo superior de la herida éste espéculum, cuya lámpara encendida alumbra vivamente la cavidad vesical. Varias veces M. Guyon se ha servido con ventaja de éste espéculum, que me parece preferible á las pinzas luminosas de Nitze; la luz que él proyecta es más viva y el vidrio que cubre la lámpara, es menos fácilmente ensuciado por la sangre. (Albarran. Les tumeurs de la vessie, página 330).

Para los otros instrumentos que se han sucesivamente empleado en la iluminación de la vejiga remito al lector á la obra recientemente citada del profesor Albarran.

Adelántandose actualmente con tanta rapidez en la iluminación eléctrica, el Señor Otto Hess ha recibido de la casa Hirsschman, lámparas proyectoras de gran poder y superiores á las de Aubry que es de la que se sirve el profesor Guyon.

# IV

## 3.er TIEMPO

### EXTIRPACIÓN DEL TUMOR

La extirpación del neoplasma comprende el tercer tiempo de la operación.

Hemos dicho ya, que el cirujano debe siempre que sea posible practicar la extirpación radical sea en un solo tiempo ó con resección de pared vesical.

Hemos dicho también que muchas veces el cirujano se encuentra forzado á practicar una extirpación parcial, á causa de las condiciones del tumor en sus relaciones con la pared vesical que no le permiten la cura radical.

Sabemos que el cirujano puede tener la seguridad de una cura radical, cuando se encuentra en frente de tumores pediculados ó fácilmente pediculisables, y que ésta seguridad se confirmará más aún si estos tumores son de naturaleza benignos. En estos casos el cirujano tiene que proceder á la extirpación del tumor que hace

saliencia y resecar su punto de implantación. Si el tumor es de naturaleza maligno infiltrado ó sesil, la intervención tiene forzosamente que ser más profunda, para buscar las porciones induradas de la mucosa á fin de extirparlas hasta las capas profundas, pasando aún fuera de la zona que parece infiltrada, siendo éste el único modo de poder obtener ventajas contra una residiva. Para efectuar este acto, el cirujano dispone de recursos que, como la vista y el tacto, lo guiarán al fin que se busca.

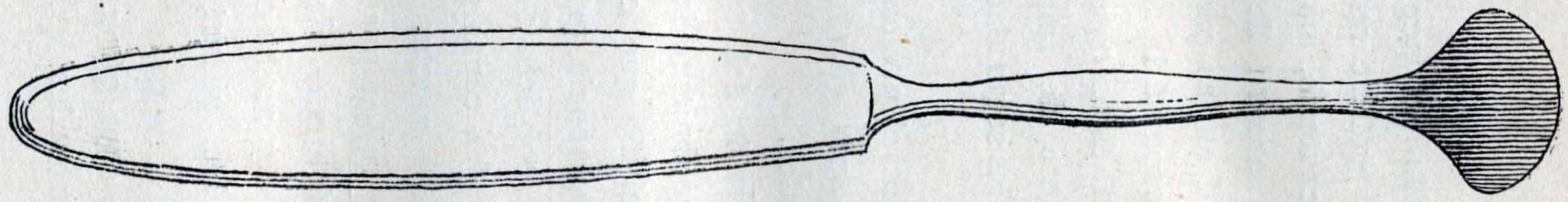
Los tumores pequeños, sesiles ó simplemente implantados en la pared, son operados buscando por los medios á nuestro alcance de pediculizarlos momentáneamente. El pedículo lo forma entonces la mucosa que rodea al tumor y que se deja estirar con mayor ó menor facilidad. Cuando se actúa contra tumores de ésta manera implantados, se toma el tumor con el pulgar, el índice y medio, muy cerca de su base. Se recurre también á una pinza que agarra el tumor de manera de poder tirarlo hacia arriba, colocándose una vez tomado el pedículo, una pinza de Guyon acodada en ángulo recto ó curva, encontrándose así el neoplasma aislado por encima de la pinza condición que permite luego operar sobre tejidos sanos. La sección se hace luego con el bisturí, comprendiendo esta sección toda la circunferencia del tumor. En el servicio del Rawson se atraviesa el tumor con seda gruesa formando un ansa que permite pediculizarlo con mayor facilidad.

Para la sección del pedículo, el profesor Texo emplea el bisturí (fig. nº 6 y 7) que lleva su nombre, bisturí que hace muy fácil la extirpación en un solo tiempo de los tumores pediculados como hemos tenido la oportunidad de verlo en varios casos. Este bisturí se emplea también con ventaja en la resección de los tumores implantados en las paredes. El modo de manejar el bisturí varía según se requiera precisión ó se requiera fuerza: en el primer caso se le toma como una pluma de escribir. Tiene la lámina en forma de raqueta cuyo arco corresponde al filo. La raqueta no continúa la dirección del mango, disposición que hace su empleo útil en la pared inferior de la vejiga.

Después de extirpado el tumor, en su punto de implantación queda una cavidad fácil de suturar; sin embargo muchas veces ofrece dificultades cuando el tumor está situado cerca del cuello, siendo en estos casos de suma utilidad las agujas de Agerdon por su cómoda curvadura.

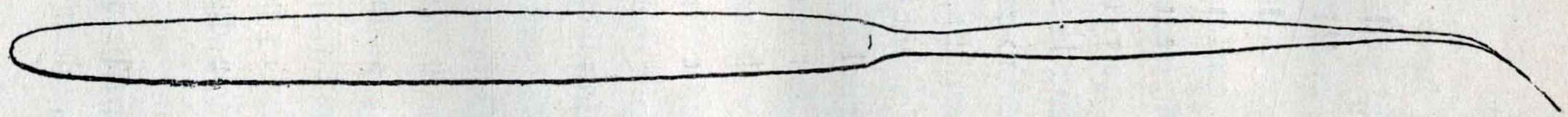
Para que ésta sutura cumpla su rol de hemostática, debe colocarse la aguja demasiado léjos de los bordes de la herida y en el caso que un primer plano de sutura no fuera suficiente para detener el escurrimiento sanguíneo, se aconseja colocar un segundo plano que se anuda por encima del primero.

Esta sutura se practica con catgut, para evitar las complicaciones de que luego hablaremos, cuando se practica con seda.



(Fig. N. 6.)

Bisturi, vista de frente.



(Fig. N. 7.)

Bisturi, vista de c_stado

Cuando la base de implantación del neoplasma no permite su fácil pediculización, se prefiere remplazar el bisturí por el cuchillo del término-cauterio, maniobrando siempre por debajo del tumor. Esta manera de proceder permite actuar con mayor seguridad en las porciones infiltradas que fácilmente podrían escapar á la acción simple del bisturí, no presentándose en éstos casos la necesidad de practicar la sutura del punto de implantación, puesto que el término-cauterio nos dá las seguridades de una hemostacia completa.

Algunos cirujanos y entre ellos el profesor Guyon, emplean con mucha frecuencia el ansa galvánica en la extirpación de los tumores pediculados.

Cuando el volúmen y configuración del tumor hace imposible su pediculización, el procedimiento indicado es la enucleación por medio de una incisión que comprende una parte ó la totalidad de su circunferencia, practicándose la enucleación con el dedo índice por debajo del tumor, hasta que sea fácil su separación de las capas profundas. Este tiempo de la operación requiere mucha prudencia para evitar una perforación de la vejiga por lo que se aconseja servirse siempre del dedo ó tijeras. Sin embargo, cuando el tumor es poco voluminoso y no ha comprendido la mayor parte de pared vesical el bisturí puede ser preferido.

En estas condiciones se incinde capa por capa hasta obtener una enucleación perfecta, proceder que suminis-

tra las ventajas de una pronta reunión de la herida producida por el bisturí.

En el año 1886, Clado ha señalado la existencia de una capa grasosa que limita los neoplasmas vesicales en su marcha invasora, aislándolos de las partes perifericas.

El profesor Guyon ha dado á esta capa grasosa el nombre de *capa grasosa aislante de Clado*. Se asegura que ella permite enuclear el neoplasma, sin riesgo de herir las partes normales que lo rodean.

No hay duda alguna que esta capa grasosa no es constante, puesto que son muy pocos los cirujanos que de ella se ocupan, no habiéndose podido comprobar en los casos operados en el servicio del Rawson. Clado se expresa de la siguiente manera, haciendo la defensa contra los que ponen en duda su existencia.

«Yo no he pretendido nunca que ella fuese constante, aun menos, que ella fuese obligatoria en la evolución de los tumores vesicales. Yo mismo he sostenido con hechos para confirmarla á la Sociedad Anatómica, esta teoría; que la capa envolvente en cuestión es el hecho de una verdadera degeneración, pudiendo acompañar no solamente á los neoplasmas malignos, sinó aun los antiguos focos inflamatorios.

«Es suficiente recordar la degeneración grasosa que rodea ciertos tumores del seno, y ciertas atrofias del riñón de orden irritativo, para convencerse que se trata de un

mismo proceso patológico. (Clado, Les tumeurs de la vessie pág. 569).

El profesor Guyon aconseja después de la enucleación, escindir las porciones de pared que rodean al neoplasma y cauterizar el fondo de la herida con el gálvano-cauterio.

La cauterización del punto de implantación en los tumores malignos es de suma importancia por lo que se refiere á la residiva, pues fácilmente se comprende que si de alguna manera ésta puede ser evitada, será sin duda alguna por la destrucción de las partes que pudieran haber sido respetadas por el bisturí.

Cuando el punto de implantación, corresponde á tumores de naturaleza benignos (cuya residiva no es tanto de temer), la indicación del térmo-cauterio no es de imprescindible necesidad, bastando solo regularizar la superficie por medio de tijeras y practicar la sutura si se cree necesario. Hay casos en que á causa de ser el neoplasma muy voluminoso ó estar las paredes vesicales muy infiltradas, no se puede pensar en la enucleación siendo sin embargo justificables de una intervención en la que desempeñará el principal rol el térmo-cauterio. Cuando se actúa contra tumores en estas condiciones la residiva es segura, puesto que la intervención no comprende la totalidad del neoplasma.

En tumores en estas condiciones tiene que actuarse destruyendo la parte saliente con el bisturí; las tijeras y

curetas cortantes. Una vez que la parte saliente es destruida, se practica la hemostacia para descubrir el campo operatorio, pudiendo entonces apreciar la extensión, consistencia y conecciones del tumor con la pared vesical, que darán datos para reglar la conducta ulterior en la destrucción del resto del neoplasma. El término-cauterio termina la destrucción y detiene al mismo tiempo la hemorragia.

Los más grandes cuidados son necesarios cuando el neoplasma está implantado al rededor de los ureteres ó sobre el conducto mismo.

He aquí como se expresa Clado cuando se refiere á este punto:

«Se comenzará por introducir en el uréter un estilete ó una sonda acanalada; se puede también emplear una sonda fina. Gracias á esta precaución se puede guiar por el estilete para evitar la perforación del conducto. Es conveniente proceder destruyendo desde luego el tumor de cada lado del uréter sondeado y después por encima de él. No podría entrar en más detalles sobre el tratamiento del uréter sin entrar en el capítulo consagrado á la resección y transplantación de este conducto, pero insisto en la necesidad de preocuparse de su presencia en el curso de las maniobras intra vesicales que reclaman los diversos procederes de extirpación á causa de la extrema gravedad del pronóstico, que comporta su herida. (Clado, Les tumeurs de la vessie).

# V

## 4.o TIEMPO

### SUTURA DE LA VEJIGA

Las primeras suturas completas fueron practicadas por los cirujanos en los casos de heridas por instrumentos cortantes.

Los profesores Tuffier y Albarran, practican en Francia por primera vez la Sutura completa de la vejiga después de la operación de la talla, en los casos de extirpación de tumores de la vejiga.

*La sutura completa debe ser el procedimiento de elección*. El ideal de la cirugía moderna, es obtener una cicatriz por primera intención, siendo ésto la consecuencia de los progresos del método antiséptico, que ha venido ha transformar de una manera definitiva el modo de proceder de las cirujanos que buscan siempre que sea posible la reunión pronta que dá mayores seguridades de éxito.

Una sutura completa ejecutada con prolijidad siguien-

do los procedimientos que nos dan mayor seguridad, es una operación sin peligro y que no exije para su buen éxito más que el buen funcionamiento de la sonda permanente.

El profesor Albarran ha publicado varios casos de reunión en meno de doce días.

En las observaciones publicadas al final de éste trabajo, se encuentran varios casos de reunión al cabo de pocos días y sin complicaciones de ninguna naturaleza.

*Indicaciones.* Salvo caso de una alteración profunda de las paredes vesicales y en los casos, en que una buena hemostacia es imposible, debe practicarse la sutura total de la vejiga, operación sin peligro y que ofrece á los enfermos los beneficios de una curación más rápida y de una cicatriz más sólida y regular.

En el niño siempre que sea posible debe preferirse la sutura total, pues es difícil á causa de su indosilidad poder mantener el buen funcionamiento de los tubos cuando se hace la sutura parcial.

*Procedimientos diversos, sus ventajas é inconvenientes.* El profesor Albarran practica un doble plano de suturas, el primero hecho con catgut, comprende una serie de puntos distantes uno de otros en una extensión de ocho ó diez milímetros; cada hilo es colocado á tres milímetros del borde de la herida y atraviesa todas las capas

de la pared vesical comprendiendo la mucosa. Por encima de éste plano de sutura, hace otro superficial de reforzamiento y con seda. Cada punto hecho á la manera de la sutura intestinal de Lembert penetra en las capas externas de la vejiga sin tocar á la mucosa. La aguja entra y sale en la pared de un lado antes de llegar al borde de la herida. Del otro lado ella recorre el mismo trayecto en sentido inverso.

Los hilos son anudados por encima del primer plano de sutura.

*Modo de proceder de Clado.* Una vez que se ha asegurado que la hemostacia es completa, separa la túnica muscular de la mucosa. Para efectuar este tiempo hace tirar la vejiga hacia fuera de los bordes de la herida abdominal por un ayudante. Raspa enseguida la mucosa que corresponde á la incisión. Avivados los labios de la mucosa los reune con la ayuda de un prime plano de sutura. Reune los labios de la túnica muscular por un segundo plano de sutura y con el mismo hilo. Estas suturas las hace siempre con catgut.

*Procedimientos seguidos por el profesor Texo en la clínica del Rawson.* Una vez sostenida la vejiga por el ayudante que mantiene los hilos suspensores, coloca una serie de puntos distantes uno de otro en una extensión de cuatro á seis milímetros. Cada hilo es colocado á tres milímetros del borde de la herida y atraviesa las capas de

la pared sin comprender la mucosa. Por encima de éste plano practica otro plano de reforzamiento con sutaur contínua y con seda sumamente fina.

La sutura del primer plano la practica también con seda.

En la descripción de los diversos procedimientos de sutura total, vemos que el profesor Albarran atraviesa la mucosa sin temor alguno por la fácil reabsorción del catgut que emplea en la sutura del primer plano.

El proceder de Albarran no es suseptible de critica alguna.

El proceder de Clado tiene el inconveniente de ser algo complicado.

En el servicio del Rawson se practica el primer plano con seda y sin atravesar la mucosa, porque aunque la seda muy fina se enquista con facilidad y según muchos autores se reabsorbe, pasando la mucosa puede caer más tarde en la cavidad vesical, sirviendo de núcleo á cálculos secundarios como ha pasado en dos casos sumamente interesantes pertenecientes á la clinica del Rawson y San Roque.

El doctor Castaño ha tenido la deferencia de suministrarme los antecedentes de uno de estos casos que como he dicho es sumamente interesante, tanto para demostrar los inconvenientes de la sutura con seda cuando en el primer plano se comprende la mucosa, como así tambien

por la curiosa disposición de los cálculos formados á consecuencia del desprendimiento de uno de los hilos de sutura y del olvido en el interior de la vejiga de uno de los hilos suspensores.

El caso es el siguiente:

Un individuo recibe una herida por instrumento cortante en la región hipogástrica, herida que interesa la vejiga. El enfermo es atendido en el Hospital Español donde se le practica la sutura de la herida vesical, con seda y comprendiendo la mucosa.

Pocos días después de haber sido dado de alta del Hospital Español, es remitido por la Asistencia Pública al Hospital San Roque, ingresando al servicio de cirugía á cargo del profesor Aguilar.

Examinando el enfermo, se descubre un absceso formado en la pared, absceso que abierto dá salida á una gran cantidad de pus. Se comprueba también que la herida vesical está completamente cerrada. Se practican curaciones antisépticas y al cabo de pocos días es dado de alta curado del absceso por el que pidió hospitalidad.

Un mes después de haber sido dado de alta, concurre al consultorio del Doctor Castaño, por presentar dificultades á la micción.

Al examinar al enfermo y al practicar la exploración del canal, se comprueba la existencia de un cálculo uretral

A los pocos días después de haber sido admitido en

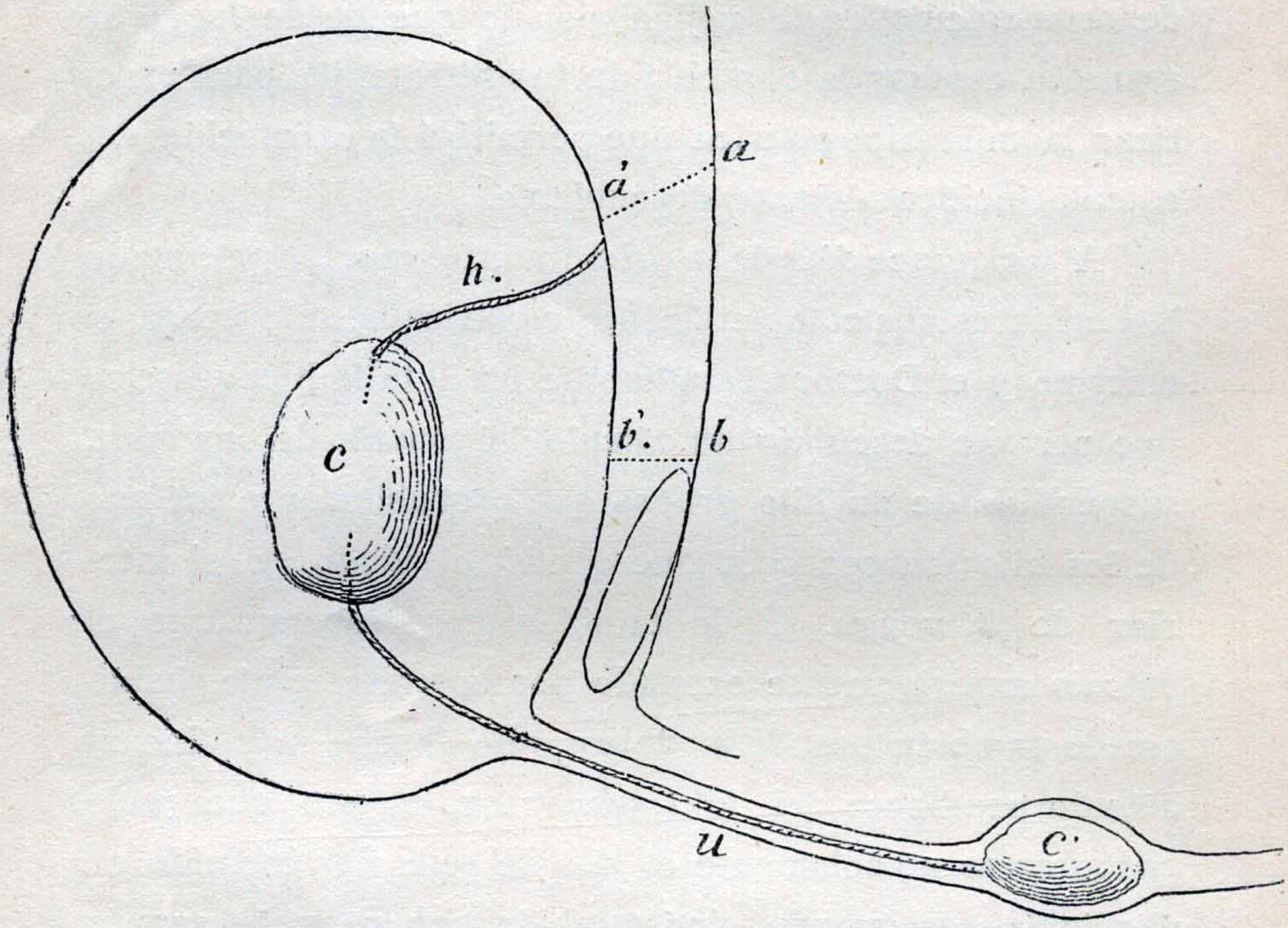
el servicio, el interno entonces, hoy Doctor Prins, practica una uretrotomía externa, que permite la extracción de un cálculo del tamaño de una almendra grande, autor de las dificultades á la micción que presentaba el enfermo.

Al colocar la sonda permanente, se nota la existencia de otro cálculo en la vejiga, por lo que desde luego se resuelve esperar la curación de la uretrotomía, para practicar la talla hipogástrica que permitirá la extracción del cálculo incidentalmente descubierto.

A los quince días de la primera intervención y cuando la herida estaba completamente cicatrizada, se prepara al enfermo y el Doctor Castaño practica la talla hipogástrica que permite descubrir un cálculo del tamaño de una nuez, suspendido de un hilo grueso que probablemente fué uno de los hilos suspensores que quedó olvidado en el interior de la vejiga. Pudo también comprobarse que el cálculo anteriormente extraído por la uretrotomía, había estado también prendido de un hilo mucho más fino al cálculo pendiente del hilo suspensor, puesto que pudo encontrarse no solamente el hilo de seda fino incluído en el cálculo más grande, sinó también una pequeña ranura dejada por la seda en el cálculo situado en la uretra, ranura que fácilmente se distingue en la pieza que conserva el Doctor Castaño.

El esquema fig. nº. 8 tomado de la pieza citada, nos permitirá darnos cuenta de una manera clara de la cu-

riosa disposición de los cálculos con los hilos de sutura y suspensores.




(Fig. N.º 8)

*a. b.*—incisión de la pared anterior.
*á b,.*—cicatriz vesical.
*h.*—hilo suspensor.
*h'.*—hilo de sutura.
*c.*—Cálculo contenido en la vejiga.
*c'.*—Cálculo extraido de la uretra.
*U.*—Uretra.

En el otro caso de la clínica del Rawson, se trata de un individuo en el que se diagnostican cálculos vesicales múltiples y que ingresa al servicio (durante la ausencia del jefe en su viaje por Europa) resolviéndose practicar la talla hipogástrica. Practicada ésta, se extraen cuatro piedras que pesan un total de 53 gramos.— Se practica sutura total de la herida vesical con seda comprendiendo el primer plano la mucosa. Se sutura músculos y aponéurosis con seda y á puntos separados. Piel y tejido celular con crin de Florencia.

La herida cura por primera intención.

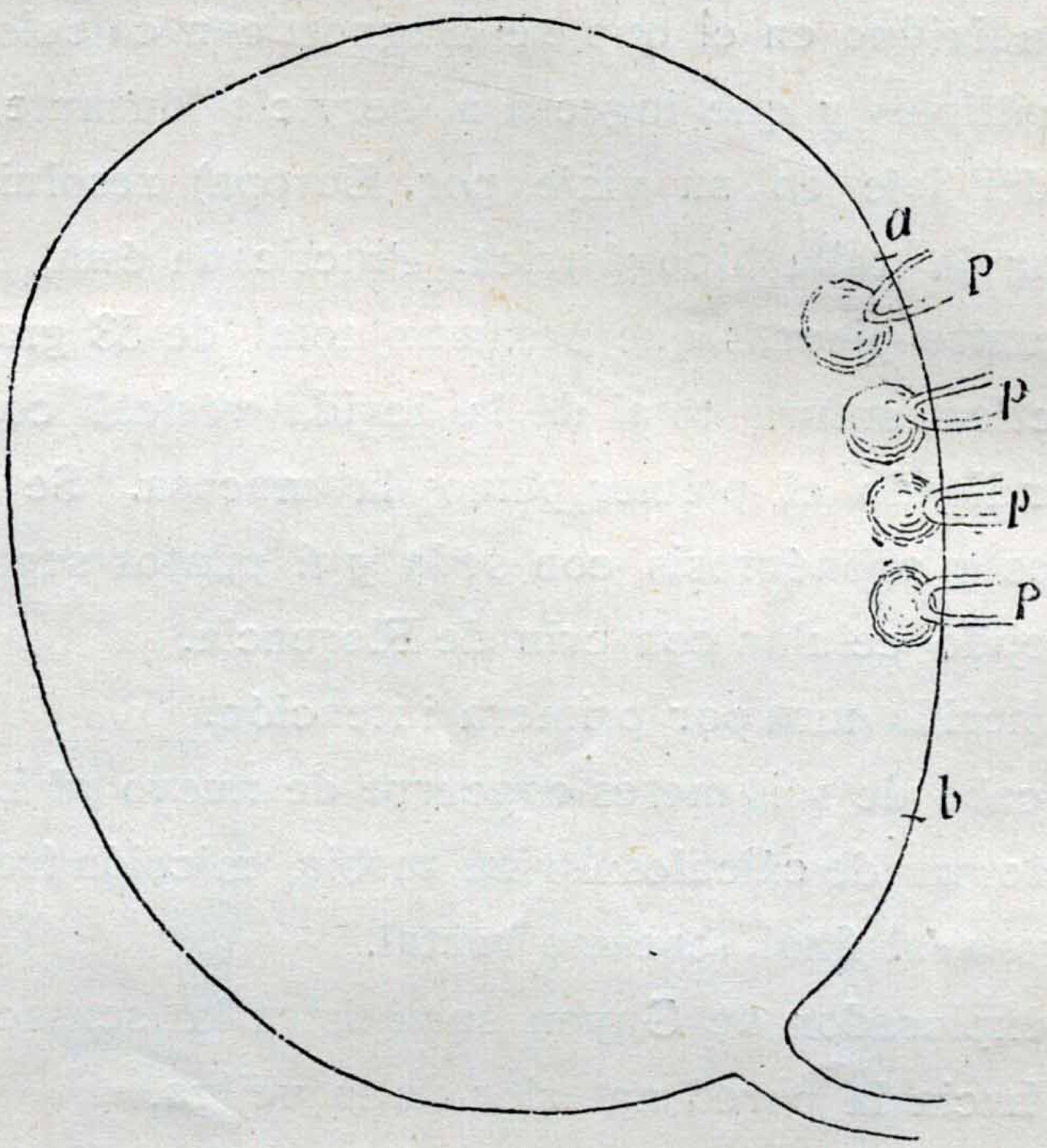
Al cabo de seis meses concurre de nuevo al hospital con síntomas de cálculos; orina turbia, micción frecuente y dolorosa, al final, tenesmo rectal.

El explorador de Guyon suministra la sensación de cálculo hacia la pared anterior de la vejiga.

Sometido al exámen cistoscópico, se comprueba la existencia de cuatro pequeños cálculos adheridos á la pared anterior.

El jefe del servicio resuelve intervenir, y practica la talla hipogástrica que le permite la extracción de cuatro pequeños cálculos del tamaño de un garbanzo, adheridos á los hilos de la sutura vesical.

El esquema fig. nº, 9 demuestra la disposición de los cálculos.




(Fig. N.º 9)

*a. b.*—cicatriz vésical.
*p. p. p. p.*—puntos de sutura.

El profesor Texo, siguiendo la práctica de su maestro Isrrael de Berlin ha proscripto de su servicio el catgut por creerlo de difícil desinfección, no teniendo confianza al preparado en el servicio y por considerar que la seda muy fina lo puede suplir por ser de fácil reabsorción ó enquistamiento.

Además, en el caso particular de que tratamos, se

cree no sea tan segura la sutura al catgut porque su caprichosa reabsorción hace que á veces ésta se efectúe demasiado pronto y que apesar del buen funcionamiento de la sonda permanente la vejiga se reabra. (Caso presentado á la Sociedad Médica Argentina en sesión del 26 de Mayo del año 1893.—Observación en la tésis del Doctor Llambias Mir, caso del Doctor Llovet.)

La orina en contacto con los bordes de la herida vesical no tiene acción nociva alguna y no impide la pronta cicatrización, pues como dice muy bien el profesor Guyon, la acción de la orina sobre los bordes de la herida, es muy distinta de la que tiene cuando se infiltra en los tejidos.

*Sutura incompleta — Indicaciones*—La sutura parcial está indicada: 1º cuando la vejiga necesita reposo ó tratamiento local continuado; como sucede cuando el neoplasma ha invadido gran parte de la vejiga y la resección parcial no es posible.—2º Cuando el aparato uretrorenal reclama la pronta mejoría de la vejiga enferma.—(Clado).

3.º En los prostáticos á quienes se les quiere dejar un meato hipogástrico (Poncé de Lyon).

4.º Cuando en el curso de la operación ha sido imposible practicar la hemostacia del interior de la vejiga, accidente sumamente raro en los tumores pediculados.

*Consecuencias.*—El profesor Guyon decía en el Congreso de Cirugía en él año 1888, «He podido cerrar con sutura parcial una vejiga en menos de quince dias y no

se que la sutura total lo consiga más fácilmente. La experiencia ha confirmado lo que decía Guyon y en su obra sobre «Affections Chirurgicales de la vessie et de la Prostate» se encuentran varios casos de esta naturaleza.

La consecuencia inmediata de la sutura parcial es una fístula que cura con más ó menos facilidad. Sin embargo la oclusión de ésta fístula es hasta cierto punto dificil en los viejos que padecen de hipertrofia de la próstata, siendo en estos enfermos en los que se observa la fístula, permanente y de difícil curación, haciendo la vida de dichos enfermos sumamente incómoda por las molestias consiguientes y que se manifiestan sobretodo cuando el enfermo evacúa su vejiga. Si no fuera la tolerancia de la vejiga que permite evacuar la orina cada hora ú hora y media la vida les sería insoportable teniendo dichos enfermos que hacer esclusión de la sociedad por ser víctimas de su fístula vesical.

No son raros los casos de fístulas vesicales que suelen observarse en las clínicas como consecuencia de la sutura parcial.

La cicatriz que queda después de la sutura parcial es hasta cierto punto débil é irregular porque generalmente toda cicatriz por segunda intención encierra gran cantidad de tejido conjuntivo más ó menos adulto, á la larga fibroso y por lo tanto friable.

De seis años acá ha empezado ha llamar con justa razón la atención de los cirujanos la relativa frecuencia

de roturas de la vejiga en cicatrices de talla que han producido generalmente la muerte por la rapidéz de la infiltración consecutiva.

El profesor Texo ha tenido la ocasión de seguir un caso en la clínica del servicio de Neker el año 89, cuando estudiaba allí, que apesar de la intervención rápida hecha por el interno de ese servicio hoy profesor Albarran terminó por la muerte (Museo de Neker pieza N.º 84).

En los Anales de Vias Urinarias del año 92 y 94 se encuentran dos casos análogos.

Entre nosotros se han presentado en él servicio dos casos de roturas de la vejiga en cicatrices de individuos operados hacia varios años y en los cuales se habia practicado la talla hipogástrica con sutura incompleta de la vejiga. A pesar del tratamiento operatorio de la sutura vesical y drenaje completo, el estado de postración general de los enfermos, no les permitió sobrevivir.

En uno de dichos enfermos se encontraron dos cálculos angulosos y duros que se extrajeron de entre el pus y tejido celular esfacelado de la región pre-vesical. La pieza anatómica de este enfermo no fué posible conservar; no así la del primero que existe en el museo del servicio de Vias Urinarias del Rawson, Pieza N. 20.

Este caso ha sido publicado por el Dr. Nin Posadas en los Anales del Circulo Médico Argentino y como lo consideramos tan interesante hemos creido oportuno transcribir la parte más importante de dicha observación.

«Remitido por la Dirección General de la Asistencia Pública, ingresa al servicio de Vias Urinarias á cargo del Dr. Texo, el individuo Angel C., de 39 años de edad italiano y de profesión labrador. «Presentaba una gran tumefacción al nivel del hipogástrio, roja, de aspecto-flegmonoso, dolorosa á la presión y ofreciendo en su parte media sobre la linea alba una cicatriz lineal de 7 centi-metros de extensión, vestigios de una talla hipogástrica que por cálculos vesicales le fué practicada en el Hospital San Roque el año 1892.

«Refiere el enfermo que hallándose en el campo trabajando y al hacer un esfuerzo para cargar una bolsa de papas, sintió de pronto un dolor agudísimo al nivel de la vejiga, seguido de vivos ardores en el hipogástrio y fosas iliacas llegando al tercer día á encontrarse en el estado en que se hallaba al solicitar el ingreso al hospital. Su temperatura en ese momento era de 39.°

«El practicante mayor de guardia señor Francisco Llovet, después de haber examinado minuciosamente al enfermo, diagnosticó una *infiltración urinosa por ruptura probable de la vejiga.*

«En vista de la gravedad del caso y en el temor de que la infiltración fuera ganando terreno resuelve intervenir y previa anestesia clorofórmica practica la talla hipogástrica. Llegado á la cavidad de Retzius, empieza á manar por la herida una gran cantidad de un liquido verdoso purulento y de extrema fetidez. Evacuado en su

totalidad por un abundante lavaje practicado con acida bórico en solución al 4 °/o, inyecta por la sonda colocado en la uretra la misma solución con el objeto de lavar la vejiga.

«Al practicar este lavaje no quedaba la menor duda de que la infiltración era debida á una ruptura vesical, puesto que el líquido que se inyectaba en dicha cavidad salía por la herida abdominal.

«La sutura de la vejiga y la colocación del sifón Guyon-Perier no fueron posibles por hallarse aquella completamente retraída detrás del púbis, y sujeta á él por múltiples adherencias que la mantenían fija, haciendo imposible su tracción.

«En vista de este inconveniente dá por terminada su intervención colocando una sonda permanente y taponando la cavidad de Retzius con gaza iodoformada, con el objeto de drenarla.

«Prescribe dieta láctea y salol al interior.

«La temperatura del enfermo desciende por la noche á la normal.

Examinado el caso por el jefe del servicio al día siguiente de su ingreso, confirma el diagnóstico y aprueba el tratamiento del practicante de guardia.

«Por dos veces se tentó practicar la sutura vesical, teniendo que renunciar á ella por las razones que dejamos apuntadas más arriba.

«El enfermo continuó con sonda fija y drenaje de la

cavidad de Retzius, cambiándosele la curación dos veces al día.

«La temperatura que era de 39° antes de la intervención, después de ella descendió á 37°, manteniéndose con oscilaciones que variaban de una á tres décimas hasta el día de su fallecimiento.

«Un gran abatimiento y una indiferencia por todo, lo cual unido á una anorexia que le sobrevino, lo llevaron á un grado extremo de demacración, falleciendo el 25 de Diciembre de 1895». (Anales del Círculo Médico Argentino, Abril 30 de 1896).

*Procedimiento.*—Cuando el tumor ha sido extirpado y se ha asegurado la hemostacia completa de la vejiga, se sutura hacia abajo la herida vesical con un solo plano cuyos puntos separados, están distantes los unos de los otros en una extensión de un centímetro. Antes que la sutura esté muy avanzada, se introduce en la vejiga la porción recurvada de los tubos sifones.

Colocados los tubos se concluye la sutura por encima y por debajo del punto de pasaje de los tubos de manera que queden apretados entre los dos extremos de la sutura.

## VI.

### 5º. Tiempo.

### Sutura de los planos abdominales

Clado, siguiendo la practica de algunos cirujanos alemanes, practica la sutura de los planos abdominales después de seis días de la operación, cuando se ha asegurado que los labios de la herida vesical están unidos, y que no hay temor de salida de orina por la herida.

La generalidad de los cirujanos practican la reunión inmediata de los planos de la herida abdominal, después de haberse asegurado que la unión de la herida vesical es completa, para lo que practican una inyección vesical que permite apreciar si sale líquido por algun punto de la herida.

Esta reunión se hace en dos planos: uno que comprende la unión de los músculos rectos, y otro la piel, tejido celular y aponéurosis anterior de los rectos.

En el servicio del Rawson, se acostumbra practicar la sutura de estos planos, con crín de Florencia.

Otros cirujanos emplean el catgut para el primer plano, y la crín de Florencia ó hilo de plata para el segundo.

Cuando se ha practicado la sutura incompleta, según el proceder de Guyon, se hace la sutura de los planos abdominales en la siguiente forma: sutura de los músculos rectos, variando el número de puntos de sutura segun la extensión de la incisión longitudinal, llegando estos puntos hasta los tubos de drenaje, de manera que queden aprisionados por los músculos suturados. Este primer plano se practica con catgut.—El segundo plano, comprende la piel, tejido celular y aponéurosis, llegando esta sutura hasta los tubos de drenaje, como en el primer plano. La sutura de este segundo plano la practican con hilo de plata.

La sutura en masa de los planos abdominales, ha sido abandonada á causa de predisponer á las eventraciones, porque la cicatriz que ella suministra, es menos sólida que la que queda en la sutura de planos separados.

Muchas veces la oclusión de la herida vesical no es completa, permitiendo la salida de una pequeña cantidad de líquido, que acumulado en la cavidad de Retzius, puede ser el punto de partida de complicaciones, que pueden hacer fracasar el éxito de la reunión inmediata de los planos abdominales.

Para precaverse contra estas complicaciones, muchos cirujanos colocan un tubo de drenaje en la región prevesical haciendolo salir por la parte inferior de la herida.

El tubo, permanece en su sitio durante dos ó tres días; al retirarlo se anudan los hilos de sutura de espera, que fueron colocados antes de la introducción del tubo de drenaje, dejándolos flojos hasta que él es retirado.

---

## VII

### CUIDADOS CONSECUTIVOS

Cuando se ha practicado la sutura completa en el curso de la operación de la talla, es necesario asegurar el perfecto drenaje de la orina, para que la sutura no sea distendida por el líquido acumulado en la vejiga, permitiendo también el reposo completo, que no permitirá la separación de la reunión vesical.

La sonda de Pezzer, presenta todas las garantías deseables para efectuar el drenaje vesical.

La extremidad vesical de éstas sondas, presenta un hinchamiento que se aplica contra el cuello de la vejiga, lo que dispensa de todo artificio para fijarla.

Una precaución esencial que no debe descuidarse en ningún momento, es vigilar el regular funcionamiento de la sonda permanente, pues desde el momento que la sonda es ocluída por cualquier causa, la orina busca su salida por la herida vesical, haciendo fracasar el éxito inmediato que se busca, al practicar la sutura completa, pues es necesario no olvidar que un punto de sutura que falle á causa

de la obstrucción de la sonda de Pezzer, puede sinó comprometer la vida del enfermo, malograr la reunión por primera intención.

Algunos cirujanos han hecho abstracción de la sonda permanente, dejando evacuar la vejiga por si sola ó evacuándola cuantas veces creen necesario. Esta conducta, ha sido recomendada por Lucas de Championer y Pozzi—Tuffier, ha publicado un caso de reunión inmediata sin sonda ni catateriśmo (Anales de Vías Urinarias 1892.)

Entre nosotros, los primeros que han hecho tentativas análogas han sido los profesores Doctores Justo y Bazterrica.

Los partidarios de este modo de proceder, quieren evitar de esta manera la infección de lo vejiga, á que podía contribuir la sonda permanente. Sin embargo, hay que tener presente que los sondajes repetidos varias veces al día, hacen los peligros de la infección mayores, que cuando se deja la sonda permanente.

He dicho ya, que algunos prefieren dejar que el enfermo evacue su recipiente urinario por si solo, sin ayuda de ninguna naturaleza y he citado el caso de Tuffier, publicado en los Anales de Vías Urinarias; pues bien los partidarios de este modo de proceder, creen evitar de esta manera los inconvenientes que atribuyen á la sonda de Pezzer, y no tienen en cuenta que los esfuerzos, que forzosamente tiene que hacer el enfermo al evacuar su vejiga, puede hacer fallar los puntos de la sutura vesical y

dar lugar á las complicaciones de que siempre tiene que precaverse el cirujano.

Talvez es esta una conducta imprudente y perjudicial, que creemos no deber aceptar, algunos éxitos con este modo de proceder, no autorizan hacer exclusión del gran recurso que suministra la sonda permanente, y que como ya hemos dicho, de ella depende el éxito de la sutura completa en la generalidad de los casos.

¿Cuando debe retirarse la sonda permanente? En principio, cuando la reunión por primera intención sea completa.

En toda herida, la reunión por primera intención se efectua al cabo de seis días, pero tratándose de un órgano mobible, bañado siempre por líquido, el proceso de cicatrización debe retardarse, por lo que no se debe retirar nunca la sonda, sinó diez ó doce días después de la operación.

Es entendido, que ello es en el supuesto de que las orinas sean claras y normales.

En procesos en que hubiera infección ascendente ó un estado purulento vesical etc., la sonda será retirada según la marcha de la temperatura, estado de los riñones etc., etc.

Es esencial para asegurar la reunión por primera intención en un órgano movible, conseguir su reposo, por lo que, sinó hubiese una perturbación marcada de las orinas, que obstruyere la sonda ó que dificultase su fun-

cionamiento, no creemos que se deba distender la vejiga por medio de inyección de líquido antes de los seis días En caso necesario, deben hacerse ellos, con una solución de ácido bórico al 4 × 100 en cantidades sumamente pequeñas de diez á veinte gramos cada vez, no admitiendo el nitrato de plata al 1 + 1000 que indudablementə, antíséptico vesical por exelencia, y muy superior á la solución boricada, provoca tenésmo vesical y por lo tanto, conspira contra el reposo primordial del órgano.

Habiendo señalado los principales cuidados que requiere el enfermo en la sutura completa, diremos dos palabras sobre los cuidados que se requieren en la incompleta.

Como la colocación de los tubos, provoca supuración en torno de ellos y en la cavidad vesical es necesario asegurar su buen funcionamiento;—levantar todos los días la curación, salvo que ella no se encuentre mojada y hacer grandes lavajes con una solución de ácido bórico y nitrato de plata al uno por mil, hasta ablasión de los tubos sifones.

## VIII

### Talla de Trendelemburg

La incisión transversal de los músculos abdominales, ha sido modificada y ejecutada por primera vez por Trendelemburg en el año 1882. La segunda operación, fué practicada por el mismo, seis años después, tratándose en ambos casos de hombres con panículo adiposo muy desarrollado, y cuyo vientre caía sobre el púbis, debiendo ser levantado por el ayudante en el curso de la operación. En Francia, la talla de Trendelemburg ha sido poco practicada, siendo los profesores Guyon y Albarran quienes la ejecutan por primera vez.

La posición inclinada, fué recomendada por su autor en el año 1877, siendo en esta época, cuando los cirujanos hacían poner el enfermo sobre el dorso de un asistente, practicando la operación en esta actitud incómoda. Poco tiempo después, el mismo cirujano, hace construir la mesa que lleva su nombre y que es la empleada en la

actualidad por la mayoría de los cirujanos, á causa de las ventajas que ella presenta y de que ya nos hemos ocupado en otro lugar.

La incisión de Trendelemburg, es una incisión transversal, practicada inmediatamente por encima del púbis, siendo su extensión de seis á ocho centímetros. Al practicar la incisión, se tiene cuidado de no herir los canales inguinales para lo que aconseja Trendelemburg, recurvar hacia arriba las extremidades de la incisión cuando se juzgue necesario agrandarla.

Después de lasección de las capas subcutáneas, se seccionan en través los músculos rectos del abdomen.

Se ataca la vejiga transversalmente, y se suturan sus bordes á los bordes de la herida cutanea, lo que facilita la exploración del interior de la cavidad vesical. Para facilitar esta exploración, la mesa es inclinada hasta 45º.

Cuando el tumor ha sido extirpado y la hemostacia asegurada, coloca en el interior de la vejiga la pequeña rama de un tubo de drenaje en T, saliendo la rama grande fuera de la herida abdominal. Sutura parcialmente la vejiga, después de haber quitado los hilos de la sutura temporaria que reunían los labios de la vejiga á la piel. Sutura enseguida con seda los músculos rectos á los tejidos fibrosos que cubren el púbis y cierra parcialmente la herida cutanea.

Los inconvenientes que podrían atribuirse á la incisión de Trendelemburg cuando la incisión pasa de cinco

centímetros por el riesgo de herir los orificios externos de los canales inguinales quedan salvados con el consejo de prolongar la incisión horizontal en sus dos extremos siguiendo la paralela al canal inguinal.

Es indudable que con el proceder de Trendelemburg se puede con mayor facilidad, que en la talla longitudinal, practicar la inspección del interior de la vejiga, siendo esta ventaja aun mayor cuando la intervención tiene que actuar sobre el cuello ó su vecindad. La operación, no expone herir el peritoneo, aun cuando la vejiga esté vacía. Uno de los grandes inconvenientes que presenta la incisión transversal de Trendelemburg, y que debería tenerse siempre presente, es la facilidad con que se presentan las eventraciones á causa de la poca resistencia de la cicatriz.

## IX

### Proceder de Helferich

Helferich practicó por primera vez la operación que lleva su nombre, en un caso de tuberculosis de la pélvis, siendo empleada después, en la extirpación de tumores localizados en la pared anterior de la vejiga y que no podían ser alcanzados con facilidad por los otros procedimientos.

Helferich, practica una incisión transversal por encima del borde superior del púbis, ó una incisión en T cuya rama horizontal, responde á la cara anterior del púbis. Desprende el periostio á cada lado de la sínfisis, y practica en el hueso á cada lado de las espinas del púbis, un sacabocado vertical, sirviéndose del escoplo y del martillo. Una sección horizontal, reune las dos secciones oseas verticales de manera que, el segmento oseo interceptado por las dos secciones verticales pueda ser levantado.

Al practicar la sección en T se recomienda tener cuidado para no herir el cordón.

## X

### Proceder de Langenbuch y Koch

Estos dos procedimientos, tienen poca utilidad en la extirpación de los tumores de la vejiga. Se les practica sin embargo aunque con poca frecuencia, en los casos en que se quiere dejar una fístula permanente en el tratamiento quirúrgico paliativo. El proceder de Langenbuch consiste en descubrir la vejiga, por medio de una incisión en Y invertida cuya rama vertical remonta hasta la altura de la sínfisis pubiana y cuyas ramas descienden siguiendo de cada lado la arcada pubiana. Corta el ligamento suspensor del pene y separa por pequeñas secciones el ligamento transversal infra pubiano.

Los dos procedimientos consisten en practicar una vía por debajo del púbis, sea sin tocar al hueso como en el proceder de Langenbuch, sea después de haber reseca-do el púbis como en el proceder de Koch.

Después de cortar el ligamento suspensor del pene,

se invierten de arriba hacia abajo los cuerpos cavernosos, separándose las comunicaciones del plexo de Santorini, teniendo cuidado de no herirlo para llegar á la cara anterior de la vejiga.

## XI

### Sinfisiotomia

El profesor Tuiffier, fué quien empleó por primera vez este procedimiento en el tratamiento quirúrgico de las afecciones de la vejiga, practicándolo en un caso de tuberculosis vesical. El profesor Albarran, aplicó éste mismo procedimiento por primera vez, en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la vejiga.

El enfermo, es preparado lo mismo que en el proceder clásico colocándosele en la posición inclinada de Trendelemburg.

Por éste procedimiento se obtiene un separamiento de seis centimetros encontrándose de esta manera perfectamente descubierto el segmento inferior de la vejiga, siendo indudable que con este proceder se obtiene mayor campo que con el proceder de Helferich.

Para la descripción de la sinfisiotomia, remitimos al lector á la obra de Albarran sobre tumores de la vejiga.

---

## Observación 1ª.

N. P. Argentino, 40 años de edad, domiciliado en San Fernando, Provincia de Buenos Aires.

*Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

*Antecedentes personales.* Ha sido un hombre de una fuerte constitución, hasta el dia en que empezó á sufrir de la afección por la que pidió hospitalidad en el Rawson.

*Principio de la enfermedad.* El principio de su enfermedad, la hace remontar á ocho años, empezando con hematurias, y deseos frecuentes de orinar. Estas hematurias, se han repetido cada tres ó cuatro meses, habiendo sido las últimas con dolores al principio y al fin de la micción.

Dice el enfermo haber encontrado coagulos en diferentes ocasiones en su orina, notando también que en el intérvalo de las crisis la orina era un poco sanguinolenta al fin de la micción. Fuera de éstas perturbaciones ha podido orinar sin dificultad no habiendo tenido jamás retensión.

Es admitido en el servicio el dia 27 de Octubre del 97.

*Micción.* El enfermo orina cada dos horas y media de dia, y tres ó cuatro veces de noche. La marcha no aumenta la frecuencia.

*Dificultades á la micción.* Tiene dificultades antes de la micción, teniendo que hacer ligeros esfuerzos.

*Modificaciones del chorro.* El volúmen forma y proyección, normal.

*Dolor.* Tiene antes y después de efectuar el acto.

*Dolor provocado.* No hay dolor provocado.

*Exploración del canal.* El explorador á bola n.º 20, salva un anillo en la región bulbar.

*Próstata.* No está aumentada de volúmen y su consistencia es normal.

*Exploración de la vejiga.* Al explorar la vejiga se la encuentra sensible al contacto. Se extrae con la sonda 50 gramos de orina sanguinolenta, siendo las últimas gotas, sangre pura. La vejiga admite 215 gramos de liquido.

Al tacto y palpación combinada, se la nota un poco espesada del lado derecho siendo normal del lado izquierdo y bajo fondo.

A causa de que el enfermo pone muy tensas sus paredes abdominales, es dificil poder recojer una sensación bien neta.

*Testiculos* y *Cordones*. Normales.

*Riñones*. Normales.

*Exámen endoscópico*. Al practicar el exámen cistoscópico, se descubre un tumor del tamaño de una mandarina, que permitirá su fácil extirpación.

Después de una preparación de algunos dias, el enfermo es operado el 6 de noviembre del 97, permitiendo la extirpación de un tumor pediculado, situado en la pared lateral derecha.

Se practica incisión longitudinal en la linea media. Se practica la extirpación con el bisturí Texo, se reseca su punto de implantación y se cauteriza al termo-cauterio la superficie cruenta.

Se extirpa también, otro tumorcito del tamaño de una avellana, situado en la pared lateral izquierda, y una pequeña escresencia, en la pared posterior al nivel del bajo fondo. Se practica también, la resección y cauterización de los puntos de implantación de éstos pequeños tumores.

Se hace sutura completa de la vejiga, y se sutura la pared abdominal en dos planos.

Se practica curación antiséptica, y se deja en permanencia la sonda de Pezzer.

A los diez dias después de operado, aparece en los puntos de la sutura una pequeña colección purulenta. Cortados éstos puntos sale una cantidad de pus. La supuración es superficial, encontrándose la vejiga completamente cerrada, no dando salida á liquido alguno.

Se rellena la cavidad con gasa yodofórmica, previo lavaje con una solución de bicloruro de hidrargirio.

Al dia siguiente, la sonda no funciona á pesar de todos los medios para destaparla. Al quitarla ella se desgarra quedando en la vejiga su parte terminal. Por medio de un litotritor, el jefe del servicio extrae con toda facilidad y á la primera tentativa la parte terminal de la sonda, que habia quedado en la vejiga.

Al cabo de pocos dias se sutura de nuevo la herida abdominal, que habia sido abierta para evacuar el absceso formado en la pared.

Esta sutura se hace por medio de cinco puntos.

El enfermo es dado de alta, después de un mes y cinco dias, á causa del tratamiento pre-operatorio y de las complicaciones sobrevenidas después de ella.

### Observación 2ª

T. R.—Suizo, 55 años de edad, casado, domiciliado en la calle de Pichincha núm.

*Antecedentes hereditarios*—El padre murió á la edad de 65 años de una afección al vientre, según expresa el enfermo.—Recuerda también, que padecia con mucha frecuencia de ataques asmáticos.—En cuanto á la madre, no recuerda de que murió.

*Antecedentes personales*.—Dice no haber tenido ninguna afección de gravedad, no habiendo padecido de blenorragia ni de sifilis.

*Principio de la enfermedad*—El principio, de la enfermedad, la hace remontar á tres años, época en que empezó á sentir dificultades para orinar teniendo que hacer grandes esfuerzos para efectuar el acto.

Sintiéndose cada vez peor de su enfermedad, recurre al hospital, solicitando, una cama.—Fué admitido en el servicio, el 15 de Marzo del corriente año.

*Micción*.—Se efectua cada dos horas de día y dos veces de noche.—La marcha no aumenta la frecuencia.

*Dificultades á la micción*—Tiene dificultades antes de la micción.

*Modificaciones del chorro*—El volúmen, forma y proyección son normales.

*Dotor*—Tiene dolor al orinar y en el intérvalo de las micciones.

*Dolor provocado*—No hay dolor provocado.

*Exploración del canal*—Al explorar el canal el explorador á bola núm. 20, salva un anillo en la región perineal.

*Exploración de la vejiga*—La vejiga admite 270 gramos de liquido.

Es sensible al contacto.

Al tacto y palpación combinada, se nota un espesamiento en el lado izquierdo, estando normal del lado derecho y bajo fondo.

A causa de la rigidez de las paredes abdominales, no se puede recoger una sensación clara.

*Testículos y cordones*—Normales.

*Riñones*—Normales.

*Exámen endoscópico* — Se practica el exámen cistoscópico, permitiendo descubrir la existencia de un tumor papilar pediculado, del tamaño de una nuez, y situado á la izquierda del cuello de la vejiga.

Se somete al enfermo, al tratamiento pre-operatorio, y el dia 22 de Abril se practica la talla hipogástrica.

Se extirpa un tumor papilar pediculado y un poco más chico que una nuez, implantado en el lado izquierdo del cuello vesical.

La herida cura por primera intención.

El enfermo es dado de alta al cabo de pocos dias, perfectamente curado de su enfermedad.

## Observación 3.a

J. L.—57 años de edad, Argentino, casado, jornalero, domiciliado en la calle de San Juan núm.

*Antecedentes hereditarios*—Sin importancia.

*Antecedentes personales*—Ha tenido blenorragia á los veinte años. No recuerda haber tenido ninguna afección de gravedad.

*Principio de la enfermedad*—En Abril del 97, ha tenido una hematuria, que sobrevino sin dolor y sin que el enfermo hiciera ningún esfuerzo. Las hematurias se han repetido en varias ocasiones.

Entra al servicio el día 30 de Octubre.

*Micción*—El enfermo orina cada dos horas de dia y de noche.

*Dificultades á la micción*—La micción es retardada y lenta.

*Modificaciones del chorro*—El chorro es fino y sin ninguna proyección.

*Dolor*—No hay dolor provocado ni espontáneo.

*Exploración del canal*—El explorador nº 19 salva un anillo en la porción bulbar.

El explorador se desvia á la izquierda al pasar la región prostática.

*Exploración de la vejiga*—La vejiga es sensible al contacto. Apenas admite 100 gramos de líquido.

Al tacto y palpación combinados, se nota un espesamiento de la pared vesical, del lado izquierdo, espesamiento que no está bien limitado, pero que sin embargo, permite apreciar el tamaño aproximado del tumor.

Al evacuar la vejiga, sale una orina fétida rosada, siendo más teñida las últimas gotas.

Se recogen de la orina algunas particulas, cuyo exámen hecho en el laboratorio del servicio, comprueba la existencia de células epiteliales polimorfas de gran tamaño. El núcleo ha desaparecido en la mayor parte de ellas. Se encuentran casi todas degeneradas, con protoplasma lleno de numerosas granulaciones, corpúsculos de grasa en cantidad y glóbulos rojos y blancos. Estafilococus y numerosos microrganismos no clasificados. Cristales de fosfato amónico magnesiano.

*Próstata*—La próstata se encuentra un poco aumentada de volúmen.

*Testículos y cordones*—Normales.

*Riñones*—Normales.

Después de una preparación de algunos dias, en que se consigue aclarar un poco la orina, se practica la talla hipogástrica, que permite extirpar un tumorcito del tamaño de un garbanzo, situado inmediatamente por debajo del cuello vesical. El tumor es extirpado con el bisturi de Texo. Se cauteriza la superficie cruenta.

Se hace sutura total de la vejiga.

El enfermo sigue bien después de la operación, pero al cabo de pocos días, se declara una epididimo orquitis, que requiere tratamiento y que lo detiene en el servicio por algun tiempo más.

La herida, cura por primera intención.

## Observación 4a

C. M.—39 años, italiano, casado, jornalero, domiciliado en la calle de Comercio N.°.....

*Antecedentes hereditarios*—Dice que su padre murió de una afección al exófago, que fué diagnosticada de cáncer. No recuerda de que murió la madre.

*Antecedentes personales*—Ha tenido reumatismo articular agudo á la edad de treinta años. No ha tenido sifilis ni blenorragia.

*Principio de la enfermedad*—El principio de su enfermedad, la hace remontar á año y medio, habiendo empezado con una hematuria, que duró algunos dias y que se ha repetido en varias ocasiones.

*Micción*—Orina cada hora y media de día, y tres veces de noche.

*Dificultades á la micción*—No tiene dificultades á la micción.

*Modificaciones del chorro*—Forma y volúmen normales. Proyección muy débil.

*Dolor*—Hay dolor durante el dia y la noche, dolor que se exaserba durante la micción.

*Localización*—Hay dolor localizado en el meato y encima del púbis.

*Exploracion del canal*—El explorador No. 25 salva tres anillos al fin de la, porción perineal.

*Próstata*—Está aumentada de volúmen.

*Exploración de la vejiga*—La vejiga es sensible al contacto del explorador parece contraida y se nota un roce con unos pequeños cuerpos duros. Admite 180 gramos de liquido. Las sensaciones rugosas son debidas á concreciomes que se sienten con el explorador metálico.

Al tacto y palpación combinados, se nota la vejiga normal del lado derecho, y un poco espesada del lado izquierdo. Es imposible poder recoger sensaciones netas, á causa de que el enfermo pone muy tensas sus paredes abdominales.

*Testículos y cordones*—Normales.

*Riñones*—Normales.

*Exámen endoscópico*—El exámen cistoscópico, permite descubrir un tumor pediculado, un poco más chico que una nuez.

En noviembre 14 se practica la talla hipogástrica, permitiendo la extirpación del pequeño tumor implantado en la pared lateral izquierda.

Se hace la extirpación con el bisturi de Texo. Se cauteriza al termo-cauterio la base de implantación se practica sutura completa de la vejiga.

Se deja en permanencia la sonda de Pezzer.

A los pocos dias de operado, se forma un absceso de la pared, que hace necesario quitar los puntos de sutura.

Se practica una inyección vesical, que permite comprobar que la vejiga está cerrada.

Se practican curaciones antisépticas, practicándose poco tiempo después la sutura de los planos abdominales cuyos puntos de sutura fueron quitados para evacuar el absceso formado.

El enfermo es dado de alta perfectamente bien de su enfermedad.

## Observación 5.a

*Caso de la clientela particular del Doctor Castaño.*

N. N.—Español, de 68 años de edad, casado, domiciliado en la calle de Santiago del Estero N.°.....

*Antecedentes hereditarios*—El padre murió á la edad de 92 años de una afección á la vejiga.

*Antecedentes personales*—Sin importancia.

*Principio de la enfermedad*—La hace remontar al mes de Febrero del corriente año, principiando con hematurias que duraron más ó menos dos dias, y que se han repetido en varias ocasiones. Las hematurias se han presentado con dolor.

*Micción*—El enfermo orina cada dos horas. La marcha no aumenta la frecuencia.

*Dificultades á la micción*—No ha tenido.

*Modificaciones del chorro*—El volúmen, forma y proyección, son normales

*Dolor*—Al terminar la micción.

*Dolor provocado*—No hay.

*Orina*—Fétida y purulenta.

*Exploración del canal*—El explorador n.° 20, no suministra ninguna sensación.

*Exploración de la vejiga*—Poco sensible al contacto. Admite 250 gramos de liquido.

El tacto y palpación combinados no suministran ningún dato.
*Próstata*—Un poco aumentada de volúmen.
*Testículos y cordones*—Normales.
*Riñones*—Normales.

*Exámen endoscópico*—El exámen cistoscópico, permite ver un tumor cuyo sitio de implantación no fué posible descubrir, explicándose ésto por el sitio donde estaba implantado.

El 18 de Julio del corriente año, se practica la talla hipogástrica, que permite descubrir un tumor pediculado, implantado en la parte superior derecha, próximo al cuello de la vejiga, tumor pediculado del tamaño de un dátil.

Se practica la extirpación, con bisturi, pinza de Guyon. Se cauteriza el sitio de implantación.

Se hace sutura completa de la vejiga, en dos planos con catgut.

Músculos y aponéurosis con seda.

Piel y tejido celular, con crin de Florencia.

La herida cura por primera intención.

En el caso de la observación 1ª, la naturaleza de las hematurias típicas, el conjunto de los síntomas clínicos, y la palpación combinada, han permitido hacer el diagnóstico y pensar en el asiento y relativo volúmen del tumor, sin necesidad del exámen endoscópico que permitió á su vez precisar con mayores detalles y completa seguridad el proceso de este caso.

Durante el curso de la operación, no sobrevino ninguna complicación. La anestesia fué practicada con eter. La supuración de la parte inferior de la herida abdominal que sobrevino al cabo de algunos días, no podía atribuirse á la infiltración posible por falta de reunión por primera intención de la herida vesical, puesto que no se notó salida de orina y del líquido de la inyección vesical practicada con ochenta gramos. Muy probablemente la infección superficial de la herida, dada su situación y el color completamente blanco lechoso del pus (que se so-

metió á cultivo, dando colonias puras de estafilococus albus) fué debida á la incompleta preparación de asepcia de la pared, ó á la mala preparación de los elementos de sutura.

Otro de los accidentes sobrevenidos en este caso, fué el desgaaramiento de la sonda de Pezzer, hecho á que contribuyó muy probablemente la tracción lenta al retirarla, y el mal estado de ella, por lo que recomienda nuestro Jefe, la tracción brusca al retirarla, buscando sorprender la contractilidad del cuello para que no actúe como obstáculo sobre el pabellón. Es de advertir que la sonda usada en este caso, fué el modelo antiguo, cuyo pabellón, presenta menos resistencia que el modelo que se emplea actualmente.

El exámen histológico, practicado en el laboratorio del servicio, demostró que el tumor extirpado era de naturaleza maligno (Epilelioma).

Las orinas que eran fétidas y purulentas antes de la operación, quedaron casi normales después de ella.

Sabemos que el enfermo, se encuentra en la actualidad en San Fernando, (Provincia de Buenos Aires) y podemos asegurar que el tumor no ha residivado, gozando el enfermo de buena salud, sin tener fenómenos de ninguna naturaleza de parte de su vejiga.

El estado general del enfermo, su edad y el modo de implantación del tumor extirpado, ha contribuido indu-

dablemente al buen éxito inmediato y consecutivo obtenido.

En el caso de la observación 2ª, tenemos una curación por primera intención. El exámen físico, hizo pensar también desde el primer momento en un tumor de la vejiga. El exámen cistoscópico practicado poco tiempo después, comprobó el diagnóstico.

Durante el curso de la operación, no sobreviene ninguna complicación. La anestesia fué practicada con eter. El exámen histológico del tumor extirpado, demostró que se trataba de un tumor de naturaleza benigno (Papiloma).

Las orinas que eran de mala calidad antes y los días siguientes á la operación, tomaron caracteres normales después de ella.

Si tenemos en cuenta la edad del enfermo, así como también el estado de las orinas, podemos considerar este caso, sumamente interesante bajo el punto de vista de la reunión inmediata de la herida vesical.

En la observación 3ª, encontramos otro caso de reunión por primera intención. Los caracteres de las hematurias, como así también los signos físicos sacados por la palpación combinada, indujeron á pensar en la probable existencia de un tumor vesical, diagnóstico confirmado por el exámen cistoscópico, que se practicó después.

Los fragmentos arrojados en la orina, fueron examinados histológicamente en el laboratorio del servicio, demostrando tratarse de un tumor de naturaleza benigno.

La anestesia se practicó con el éter.

Durante la operación no sobrevino ninguna complicación.

Las orinas que al principio eran turbias, purulentas y sanguinolentas tardaron algún tiempo para tomar sus caracteres normales.

La única complicación sobrevenida en este caso, fué una epidídimo orquitis, que lo retuvo algún tiempo más en el servicio.

En la observación 4ª se encuentra la misma complicación que en el caso de la observación 1ª.

Pocos días después de la operación, aparece por debajo de la herida abdominal un absceso, que hizo necesario la abertura de la herida, para evacuarlo.

Pudo comprobarse que no salía orina por la herida, funcionando la sonda de Pezzer con toda regularidad. Una inyección practicada con 90 gramos de líquido, aseguró aun más que la herida vesical estaba completamente unida, no permitiendo la salida de líquido.

Atribuimos el absceso formado en la pared, á una infección llevada por el líquido contenido en la vejiga, cuando se practicó su punción. En este caso, por un olvido del practicante que se encargó de la inyección vesical no se hizo con la solución de bicloruro de hidrargirio como se acostumbra en el servicio.

Talvez puede también haber sido causa de la infección, un descuido en la preparación de los elementos de

sutura, ó una mala preparación de asepcia de la pared.

Esta complicación, obligó quitar los puntos de sutura, teniéndose que practicar curaciones antisépticas hasta que se pudo hacer la sutura de los planos abdominales. La anestesia, fué hecha con éter.

La observación 5.ª, que ha tenido la deferencia de suministrarme el Doctor Castaño, es sumamente interesante, tanto por tratarse de un caso de reunión por primera intención, como asi también por las condiciones en que ella ha sido obtenida.

El enfermo, tiene sesenta y ocho años de edad, segun el nos manifiesta, pero, creemos pueda pasar de los setenta.

Cuando por primera vez, fué consultado el Doctor Castaño, manifestó las pocas esperanzas que tenía en él éxito de la operación, aconsejándola sin embargo, puesto que ella estaba indicada.

El enfermo estaba en un estado sumamente miserable, sus orinas eran fétidas y purulentas.

La operación (talla hipogástrica longitudinal), permitió la extirpación de un tumor pediculado, del tamaño de un dátil, implantado en la parte superior derecha, próximo al cuello de la vejiga.

Durante la operación, no sobrevino ninguna complicación. La anestesia, fué practicada con cloroformo.

Al día siguiente de la operación, las orinas se aclaran, el sueño se repara, el apetito vuelve, y el enfermo

se transforma por decirlo asi en un hombre que al parecer goza de perfecta salud. A los ocho días después de practicada, levantamos la curación, pudiendo comprobar una cicatriz por primera intención. Inmediatamente le fueron sacados los puntos de sutura.

En cuanto á la naturaleza del tumor, podriamos clasificarlo por su aspecto macroscópico, entre los tumores benignos. El exámen histológico, recien se va practicar, sintiendo por nuestra parte no poder esperar el exámen microscópico que nos dirá la naturaleza del tumor. En este caso ha contribuido muy probablemente al éxito obtenido; el modo de implantación del tumor, y el sitio en que lo estaba. Sin embargo segun nuestro parecer, es dificil encontrar ejemplares iguales al caso que acabamos de explicar.

## XIII.

### Tratamiento quirurgico paliativo

Clado, ha formulado las indicaciones siguientes para la cistotomía:

1.º Los tumores voluminosos que llenan gran parte ó la totalidad de la vejiga, aquellos, sobretodo, que ocupan el cuello y una porción considerable de las paredes vesicales.

2.º Los tumores que infiltran éstas paredes, aumentando mucho su espesor y que determinan su induración, sin hacer gran saliencia en el interior de la cavidad.

3.º Los casos, donde las dos formas precedentes se combinan con más ó menos predominancia por una de ellas.

4.º Los tumores que han pasado el límite de las capas vesicales y han contraido adherencias con los órganos vecinos, sobretodo con el recto.

5.º Los neoplasmas que se acompañan de fístulas vesicales.

La avertura de la vejiga actúa contra el elemento dolor, que como se sabe es sumamente intenso en los tumores que requieren el tratamiento paliativo, y contra la hemorragia, actuando en este caso descongestionándola, no solamente por la pérdida de sangre que ella provoca cuando se actúa contra el neoplasma, sinó también por la cesación del eretismo vesical, causa de congestión activa.

Los primeros síntomas que desaparecen una vez practicada la operación son: el dolor y la hematuria, síntoma el primero que hace insoportable la vida del enfermo, y el segundo peligroso á causa de la anemia consiguiente á las pérdidas sanguineas.

El tratamiento quirúrgico paliativo, no se limita exclusivamente á la abertura de la vejiga, el actúa también sobre el neoplasma, por medio del raclaje, escisión, cauterización etc, dependiendo la conducta del modo de actuar, de las condiciones en que se encuentra el neoplasma y del estado general del enfermo. Si se trata de un epitelioma en que por el mal estado general del enfermo, esté contra-indicada su extirpación total, epitelioma grande, que hace saliencia en el interior, sangrante y sumamente doloroso, ¿puede actuarse por medio de la escisión, cauterización etc?: si, puesto que redundaría en bien del enfermo, trayendo una atenuación considerable

de los principales síntomas, que son la mortificación del enfermo.

Esta misma operación, permite una vez practicado el raclaje, cauterización etc, actuar por medio de medicamentos antisépticos ó calmantes.

El drenaje de la vejiga después de la operación, es de suma utilidad, puesto que los productos del neoplasma pueden ser el punto de partida de infecciones que sería difícil combatir. Debe ser pues, vigilado, para evitar estos fénomenos debidos á estancaciones de materias sépticas.

En cuanto al proceder de la talla hipogástrica paliativa, es el mismo que el procedimiento clásico.

La incisión longitudinal, puede fácilmente descubrir el interior de la vejiga y permite actuar al término-cauterio, curetas etc, que son los elementos con que contamos en el tratamiento quirúrgico paliativo.

Los cuidados consecutivos, son idénticos á los que se requieren después de la sutura parcial según el metodo de Guyon.

La mejoría que se observa después de la operación, dura varios meses y en algunos casos hasta uno ó dos años.

A continuación publicamos dos casos en quienes se ha practicado el tratamiendo quirúrgico paliativo.

---

## Observación 1.a

A. R.—Español, 65 años de edad, casado, empleado, domiciliado en la calle de Cevallos N.°....

*Antecedentes hereditarios*—Sin importancia.

*Antecedentes personales*—A los veinte años h a tenido una adenitis inguinal No ha tenido sifilis ni blenorragia.

*Principio de la enfermedad*—Su enfermedad, la hace remontar á un año, empezando con hematurias que se han repetido en diversas ocasiones.

Ha encontrado en su orina, algunos coagulos de sangre.

En los intérvalos de las crisis, la orina ha sido clara.

Ha tenido dolor para orinar, que han empezado después de la última hematuria, dolores que desaparecian cuando expulsaba coagulos sanguineos. Después de la expulsión de los coagulos, le quedaba ardor en la uretra y hormigueo en la extremidad del miembro.

Durante ésta época, el enfermo vió varios médicos, pero en vista que su afección no esperimentaba ninguna mejoria, solicita una cama en el servicio.

*Micción*—El enfermo orina cada diez minutos de dia y de noche. La marcha no aumenta la frecuencia.

*Dificultades á la micción*—Tiene dificultades antes de la micción y durante ella.

*Modificaciones del chorro*—El chorro es pequeño y de proyección muy débil.

*Dolor*—Tiene dolor ántes, durante, y después de la micción, bajo forma de puntadas.

*Localización*—Hay dolor localizado sobre el púbis.

*Exploración de la rejiga*—Al explorar la vejiga, se la encuentra muy sensible al contacto. Admite 140 gramos de liquido. Parece sufrir una desviación hacia la derecha, porque al penetrar la sonda en la vejiga el pico no puede

moverse con facilidad hacia el lado izquierdo. Sangra al contacto de la sonda blanda.

Al evacuar la vejiga, se recoge una orina sanguinolenta, que contiene algunas particulas, cuyo exámen histológico indica proveniencia neoplásica, según el exámen hecho en el laboratorio del servicio.

La orina es muy fétida, olor amoniacal y suigéneris.

A la palpación combinada, se nota un espesamiento muy marcado en el lado izquierdo de la vejiga, y un poco en la linea media.

La sensación en cojunto, es la de un tumor un poco más grande que una mandarina.

*Próstata*—El exámen de la próstata, demuestra que este órgano está aumentado de volúmen. La consistencia es dura y uniforme, superficie lisa. Es ligeramente sensible al contacto.

*Riñones*—Riñón derecho muy aumentado de volúmen.

*Testículos y cordones*—Normales.

El exámen histológico de los fragmentos recogidos por la evacuación de la vejiga, y los demás signos señalados, permiten hacer el diagnóstico de Epitelioma de la vejiga.

Prévia preparación del enfermo, el dia 16 de Octubre del 97, se le practica la talla hipogástrica.

Se descubre un tumor un poco más grande que una mandarina, situado en la pared lateral derecha. Se comprueba la infiltración de su vecindad.

El tumor es extirpado con el bisturi, se raspa la superficie cruenta, y las porciones infiltradas. Se cauteriza con el termo-cauterio estas mismas partes.

Se practica la sutura parcial, dejando un tubo de drenaje en la cavidad.

Se deja en permanencia la sonda de Pezzer.

A causa de la debilidad del pulso por el mal estado general del individuo, se hace una inyección de cafeina y se practica una dermoclisis.

El enfermo, sigue bien hasta el dia 29 de Octubre, época en que se le saca el tubo de drenaje supra pubiano.

El dia dies de Noviembre, se saca la sonda de Pezzer, por comprobarse que la herida vesical está cerrada.

El dia doce se comprueba que los puntos de la herida vesical han fallado pues sale orina por la herida abdominal.

Se coloca de nuevo la sonda permanente.

Como el enfermo siguiera mal, el dia 21 de Noviembre, se resuelve practicar nueva operación, comprobándose después de practicada que el tumor se ha, reproducido completamente. Se practica cauterizacion, curetaje etc.

A las seis de la tarde del mismo dia, el enfermo muere por Schok.

## Observación 2ª

J. R.—40 años de edad, italiano, carpintero, soltero, domiciliado en la calle Suipacha N.°....

*Antecedentes hereditarios*—Sin importancia.

*Antecedentes personales*—No recuerda haber tenido ninguna afección de gravedad. Ha tenido blenorragia á los 18 años.

*Principio de la enfermedad*—Hace cinco años que empezó á orinar con dificultad, teniendo que hacer esfuerzos para efectuar el acto. Encontrándose molesto por las dificultades á la micción concurre al consultorio.

El explorador á bola n.° 14 salva una serie de anillos en la porción perineal.

Se practica la dilatación hasta el número 53 Beniqué. Se suspende la dilatación, por sobrevenir supuración, fiebre y perder mucha sangre.

Desde esta época ha tenido frecuentes hematurias, habiendo encontrado coágulos en su orina.

*Micción*—Se efectua cada media hora de día y varias veces de noche.

*Modificaciones del chorro*—El volúmen forma y proyección del chorro, son normales.

*Dolor*—En el intérvalo de la micción, se presenta un dolor bastante intenso, que desaparece inmediatamente que evacua su vejiga.

*Localización del dolor*—El dolor está localizado sobre el púbis, y se irradia hacia la ingle. No hay dolor provocado.

*Exploración del canal*—Al explorar el canal el explorador n.° 22 salva un anillo en la porción perineal.

*Exploración de la vejiga*—Es sensible al contacto. Admite 180 gramos de líquido.

*Próstata*—Normal.

*Testículos y cordones*—Normales.

*Exámen endoscópico*—El exámen cistoscópico, permite comprobar la existencia de un tumor, situado inmediatamente por debajo del cuello vesical.

Se somete al enfermo á un tratamiento pre-operatorio y el dia 4 de Diciembre del 97 se practica la talla hipogástrica, que permite descubrir un tumor del tamaño de una mandarina pequeña.

Se comprueba también que las paredes que rodean al tumor están infiltradas. El tumor comprende parte de la pared lateral derecha.

Se practica la extirpación con el bisturí, se hace el raclaje y se cauterizan las porciones infiltradas.

Algunos mamelones que se encuentran al rededor del cuello son cauterizados.

Se practica la sutura parcial y se coloca un tubo de drenaje.

Como las orinas continuaran siendo fetidas y sanguinolentos, se practican lavajes vesicales con una solución de ácido bórico al 4 × 100.

El enfermo sigue mal hasta el dia 15 de Diciembre en que fallece.

El caso de la observación 1ª presenta sumo interés. En el, se practicó la sutura incompleta dada las condiciones en que se encontraba la vejiga.

Presenta sumo interés desde el punto de vista de la intervención paliativa en los tumores malignos infiltrados y su rápida residiva.

El enfermo entra al servicio en un estado de debilidad suma, muy agotado, á consecuencia de los excesivos dolores vesicales que le impedían el sueño desde hacía mucho tiempo, síntoma que debe llamar la atención, y que unida á las hematurias profusas, autorizan siempre una intervención paliativa, como ya hemos demostrado en otro lugar, que suprime las causas de debilitamiento rápido, contribuyendo así á prolongar la vida del enfermo.

¿A que atribuir la abertura de la vejiga en este caso, un mes después de la intervención? La sonda ha funcionado regularmente, contribuyendo sin embargo secundariamente por el hecho de haberla retirado, cuando se comprobó que la vejiga estaba cerrada.

En la segunda intervención que se practicó en este enfermo pudo comprobarse que el tumor ocupaba gran parte de la vejiga, teniendo que ser por esta causa la cicatriz formada sumamente débil, desgarrándose al primer esfuerzo vesical una vez quitada la sonda.

Nos ha llamado la atención la residiva tan rápida á pesar del raclaje y cauterización ígnea, intervención que generalmente aleja la residiva mortal por lo menos tres ó cuatro meses, siendo sin duda alguna el caso de recidiva más rápida que hemos visto.

Sin embargo debemos hacer notar el estado general del enfermo desde su entrada, que era sumamente miserable, interviniéndose á su pedido para hacer cesar los dolores y las hematurias, cosa que se obtuvo desde el primer momento.

El enfermo muere en estado caquéctico.

En la observación 2ª tenemos también otro caso interesante bajo el punto de vista del tratamiento quirúrgico paliativo.

Durante su permanencia en el servicio, y cuando se le preparaba para la operación, en la esperanza de poder practicar una intervención radical, el enfermo fué atacado de grandes pérdidas sanguineas. Los dolores que al principio eran de poca entensidad, llegaron asumir tales proporciones, que le impedían toda tranquilidad, pasando días enteros en un estado de excitación constante.

Su nutrición era pésima, estando sumamente debilitado, á causa de los intensos dolores y pérdidas sanguíneas.

La orina era fétida, y sanguinolenta. Cuando se resolvió practicar la operación, se tenía plena seguridad en un fracaso bajo el punto de vista de una curación radical,

pero esperábamos una mejoría inmediata, una vez conseguido el reposo de la vejiga y la acción benéficá del térmocauterio, raclaje, etc.

Durante la operación hubo necesidad de practicar una dermoclisis é inyecciones de cafeina para levantar el corazón.

Al practicar la abertura de la vejiga se descubrió un tumor que había infiltrado las paredes vesicales en una gran extensión.

El exámen histológico hecho en el laboratorio del servicio, diagnosticó un tumor de naturaleza maligno: epitelioma.

Se practicó sutura incompleta vigilándose con cuidado los tubos sifones para evitar los fenómenos consecutivos á la estancación de los productos del neoplasma.

No se presentó ninguna complicación de parte de la herida vesical, pero el enfermo muere á los pocos días después de operado, casi en estado caquéctico.

Una mejoría inmediata fué obtenida después de la operación, consiguiéndose calmar los dolores, pero no así las hematurias que continuaron hasta el día que falleció.

En los dos casos que presento de tratamiento quirurjico paliativo el estado general de los enfermos no ha permitido conseguir una mejoría duradera.

ERNESTO DEL CAMPILLO.

# Proposiciones accesorias

La extirpación de los tumores pediculados de la vejiga, por medio del cistoscópio operador de Nitze, no es un método racional.

---

La sutura completa de la vejiga después de la operación de la talla debe ser el procedimiento de elección.

La sífilis por concepción es un hecho demostrado.

---

*Buenos Aires, Agosto 1898.*

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Rafael Herrera Vegas, Profesor Titular Dr. Obdulio Hernandez y Profesor Suplente Dr. Pascual Palma, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
DR. LUIS M. ACUÑA.

---

*Agosto, 12 de 1898.*

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno D. Ernesto del Campillo.

« En el local de la Facultad á 11 de Agosto de 1898, « reunidos los que suscriben encargados de dictaminar « respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por « el ex-alumno D. Ernesto del Campillo que versa sobre « algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico « de los tumores de la vejiga » resolvieron admitirla con « lo que terminó el acto firmado. R. Herrera Vegas— « O. Hernandez—P. Palma—firmado Zenón Aguilar. Pro- « Secretario.

DR. LUIS M. ACUÑA.

---

*Agosto 12 de 1898.*

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

MALLO.

DR. LUIS M. ACUÑA.

---

# Bibliografía


Albarran J. Les Tumeurs de la vessie, 1892. Clado —Les Tumeurs de la vessie. 1895. Guyon Felix—Leçons cliniques sur les afecciones chirurgicales de la vessie et de la Prostate—1888.

Anales des Maladies des Organes Génito Urinaires — años, 1892, 94 y 96.

Sutura de la veijiga, Téisis del Dr. Llambias Mir, 1894.

Archivos del servicio de Vías Urinarias del Hospital Rawson, año 1898.

Revista de la Sociedad Médica Argentina, año 1893.

Anales del Círculo Médico Argentino, año 1896.