UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CÁLCULOS DE LA VEJIGA EN LOS NIÑOS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

— POR —

E. RODRIGUEZ GONZALEZ

EX-PRACTICANTE DE LA ASISTENCIA PÚBLICA Y DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CÁLCULOS DE LA VEJIGA EN LOS NIÑOS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

— POR —

E. RODRIGUEZ GONZALEZ

EX-PRACTICANTE DE LA ASISTENCIA PÚBLICA Y DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1901

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. JUAN R. FERNANDEZ

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
„ „ JOSÉ T. BACA
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO
„ „ EUFEMIO UBALLES
„ „ JUAN R. FERNANDEZ
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA
„ „ MANUEL BLANCAS
„ „ ROBERTO WERNICKE
„ „ PEDRO LAGLEYZE
„ „ JOSÉ PENNA
„ „ LUIS GÜEMES
„ „ ELISEO CANTÓN
„ „ GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
„ „ EDUARDO WILDE
„ „ MARTIN SPUCH
„ „ TELÉMACO SUSINI
„ „ EDMUNDO NOCARD
„ „ EMILIO R. CONI
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Física Médica	„ JAIME R. COSTA
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	„ MARTÍN SPUCH
Química aplicada á la Medicina	„ PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	„ RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	„ JUAN JOSÉ NAON
Patología General y ejercicios clínicos	„ ROBERTO WERNICKE
Anatomía Topográfica	„ JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	„ PEDRO J. CORONADO
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	„ M. GONZALEZ DEL SOLAR
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoría	„ ADALBERTO RAMAUGÉ
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Quirúrgica	„ JULIAN AGUILAR
„ Neurológica	„ JOSÉ M. RAMOS MEJIA
Clínica Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ FRANCISCO A. SICARDI
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	„ FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Médica	„ GREGORIO N. CHAVES
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	„ MANUEL BLANCAS
Clínica Médica	„ ABEL AYERZA
„ Genito-urinaria (hombres)	„ FEDERICO TEXO
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Quirúrgica	„ ALEJANDRO CASTRO
„ Obstétrica	„ ELISEO CANTON

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia	Dr. ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal	„ JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia	„ PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„ RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica	„ ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas	„ J. MANUEL IRÍZAR

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. JUAN R. FERNANDEZ

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología, Patología,	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	„ NICASIO ETCHEPAREBORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica		VACANTE
Física Médica	Dr.	JUAN JOSE GALIANO (en ejerc.)
Química Médica	"	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	"	LUCIO DURAÑONA / ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	"	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	"	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	"	JUAN D. PIÑERO / JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	"	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	"	AVELINO GUTIERREZ
Fisiología General y Humana	"	HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	"	JOSÉ BADÍA
Bacteriología		VACANTE
Higiene Pública y Privada	"	ENRIQUE REVILLA
Materia Médica y Terapéutica	"	ENRIQUE E. DEL ARCA / ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	"	NICOLÁS REPETTO / ALFONSO MASI
Clínica Ginecológica	"	ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
" Oto-rino-laringológica	"	WENCESLAO TELLO / ELISEO V. SEGURA (en ejercicio)
" Dermatológica y Sifilográfica	"	M. ABERASTURY
Patología externa	"	PASCUAL PALMA / DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	"	VACANTE
Clínica Oftalmológica	"	FRANCISCO C. BARRAZA / TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	"	PATRICIO FLEMING
" Epidemiológica		VACANTE
" Quirúrgica	"	JUAN B. JUSTO
" Neurológica	"	JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ R. SEMPRUN
" Médica	"	RICARDO COLON
Medicina Legal	"	DOMINGO S. CAVIA
Clínica Quirúrgica	"	DIÓGENES DECOUD / ALEJANDRO POSADAS
Clínica Médica	"	JULIO MENDEZ / IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	"	FANOR VELARDE
Toxicología Experimental	"	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	"	ANTONIO F. PIÑERO / FACUNDO LARGUÍA
" Médica		VACANTE
" Génito-urinaria (hombres)	"	PEDRO BENEDIT
" Psiquiátrica	"	BENJAMIN T. SOLARI
" Quirúrgica		VACANTE
" Obstétrica		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia		VACANTE
Química inorgánica aplicada		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)		VACANTE
Higiene		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	VACANTE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología, Patología,	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO TITULAR DOCTOR LUIS GÜEMES

A MIS PADRES

Señores Académicos:

Señores Profesores:

La calculosis vesical infantil, es una afección rara en nuestro país. Los manuales, y aún mismo los tratados clásicos de enfermedades quirúrgicas de los niños, traen descripciones incompletas de su sintomatología; no precisan los procedimientos más prácticos para su diagnóstico, y mantienen en vigor procedimientos y vías operatorias, que la última palabra de la experiencia desaconsejan.

Por eso trato preferentemente, la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

No me he ocupado de muchas otras cuestiones referentes á ella, porque he considerado que su fácil lectura en los tratados de esta enfermedad, me relevan del trabajo de trascribirlos.

Señores:

En esta hora en que termino la jornada de los afanes estudiantiles y me inicio en la jornada de la vida, voy á levantar por última vez, mi palabra de estudiante, para manifestaros mi adhesión y mi respecto

por esta casa y para agradecer á mis maestros, sus provechosas y sabias enseñanzas.

Me complazco en recordar los nombres de los que me inspiran un reconocimiento mayor por haber prestado con ellos mis servicio de practicante, ó haber asistido á sus clínicas. Ellos son los de los profesores: Francisco A. Sicardi.—Ricardo Colón.—Julio Mendez.—Luis Güemes.—Gregorio N. Chaves.—Alejandro Posadas y Gregorio Araoz Alfaro.

Agradezco además al Dr. Alejandro Posadas los materiales de ésta tésis, y las indicaciones que ha tenido la bondad de hacerme.

La expresión más sincera de mi reconocimiento para nuestro bondadoso maestro el Dr. Luis Güemes que me dispensa el honor de su alto padrinaje.

Historia

La historia de esta enfermedad, en la parte que más nos interesa, está íntimamente ligada al nacimiento y evolución de los medios de tratamiento que se han empleado. Por eso recordaré solo brevemente la historia de los dos grandes procedimientos usados, limitándome especialmente á historiar la talla hipogástrica que es en los niños el procedimiento de elección.

Esta enfermedad, es conocida desde los primeros tiempos de la medicina y se encuentra mencionada en los libros de Hipócrates, Celso Albucasis, Ambrosio Paré, Franco, etc. Pero su período, verdaderamente científico, solo se inicia con Franco, médico que vivió á mediados y fines del siglo XVI, y fué el primero que practicó la operación de la talla. El año 1590 Rousset, el médico más sabio de su época, publicó un tratado sobre la operación cesárea, obra en la cual daba una descripción precisa y detallada de la región hipogástrica. Nada de extraño, pues, que en posesión de tan completos conocimientos, hubiera utilizado esta vía para penetrar en la vejiga. Conocía la operación de Franco y le reprochó á este operador que hubiera desaconsejado de seguir esta ruta. En

efecto Franco á pesar del éxito, quoad vitam, obtenido en su operación, no la aconsejaba.

Rousset, no solo combatía á Franco que se abstuviese de recomendar su operación sino que luchó contra el prejuicio que entonces reinaba de la mortalidad fatal de las heridas de la vejiga; aconsejó que se practicase esta operación en el cadáver y su procedimiento ha substituido tal, hasta hoy.

Es la talla que se practica actualmente.

Acostado el enfermo sobre el dorso, llenábasele la vejiga, de leche ó de decocción de vulneraria, que se inyectaba por medio de una jeringa adaptada á una sonda de plata; el pene era comprimido por un ayudante ó era ligado.

Describe, después, en detalle la incisión supra-pubiana y la manera de descubrir la vejiga.

La punción de la vejiga, era practicada con un bisturí de punta acerada, en forma de pequeña hoz.

Para agrandar la incisión se insinuaba á través del orificio de punción, un bisturí curvo, abotonado de manera de poder solicitar la vejiga hacia arriba sin cortarla, un ayudante con los dedos introducidos en el recto ó en la vagina levantaba el cálculo, el cual era extraído con pequeñas tenazas, con los dedos ó con curetas.

Los cirujanos del siglo XVII recuerdan en sus libros esta operación, y dan su descripción; pero lo hacen sin ningún discernimiento y aún mismo sin ninguna exactitud.

Bonnet cirujano del Hotel-Dieu había practicado la talla ántes de esta época, según Tolet. Diversos pasajes de las obras de entónces, de los cirujanos

de París, revelan que esta operación se agitaba entre ellos. Frances Collet fué autorizado á hacer experiencias por último y á comunicar sus resultados á la Facultad de París. Esta comunicación fué desfavorable y la operación fué prohibida.

Fué hecha algunas veces después más bien por necesidad que delíberadamente. Perdía terreno la talla hipogástrica hasta que en 1718 los hermanos Douglas la rehabilitaron. En 1723 Juan Douglas publicó un tratado de cistotomía. Este operador fué verdaderamente un inventor pues ignoraba los trabajos de Rousset, aunque conocía la operación fracasada de Franco—el nombre de Douglasíana con que bautizó la operación lo prueba.

La fama que alcanzaron los hermanos Douglas con la práctica de esta operación fué grande—dieron de ella una descripción muy exacta, y su técnica no difería mucho de la de Rousset. Aconsejaban agrandar la incisión de la vejiga en los casos en que fuera insuficiente, á espensas del fondo y en esto estaban en error, pues se acercaban al peritoneo.

Chesselden hácia 1723 publicó un tratado que no difiere del de los Douglas.

Los otros nombres importantes en la historia de esta operación son: Thornill, de Bristol, quien dió nna descripción prolija y fijó puntos de mira para la incisión á fin de evitar el peritoneo.

En Francia es Monsad quien practicó la operación siguiendo las reglas de Rousset.

En 1779 aparece el libro de Cosme, quién aconsejaba y empleaba una sonda introducida en la vejiga por una incisión perineal y destinada á hacer subir

la vejiga á través de la herida para facilitar su incisión. Le Blan aconseja en 1832 la operación en dos tiempos.

Por último Rydygier, despreciando la seguridad del método extra-peritoneal incinde la vejiga á través del peritoneo, pretendiendo aprovechar la propiedad bien conocida de reunión rápida de las hojas peritoneales. La talla hipogástrica puede decirse en decadencia después, ha sido renovada en su favor, particularmente por Lister. Garson y Petersen con sus experiencias, le han dado gran impulso y actualmente ha tomado sitio entre las intervenciones quirúrgicas unánimemente admitidas.

En cuanto á la litotricia, si bien conocida desde Hipócrates, en cuyos libros se halla mencionada, lo mismo que en casi todos los tratados clásicos posteriores, puede decirse que se inicia en su faz práctica recién en 1824 después que Civiale la practicó por primera vez con éxito en el vivo. Ha sufrido después numerosos perfeccionamientos y se inícia con estos su faz moderna siendo Bijelow, Thompson y Guyon los que más han hecho por perfeccionar su técnica y su ejecución.

Etiología

EDAD—CLASIFICACIÓN DE LOS CÁLCULOS—SU FORMACIÓN—SU FRECUENCIA EN LOS VARONES Y SU RAREZA EN LAS MUJERES—PATOGENIA—INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN—FRECUENCÍA DE LA AFECCIÓN CALCULOSA—CONCOMITANCIA DE OTROS CÁLCULOS.

Edad.—El profesor de Bokay, médico jefe del hospital Stefanía de Budapest ha observado 1621 casos de cálculos de la vejiga, que se descomponen de la manera siguiente en lo que respecta á la edad.

En	el	primer	año	43	casos
»	»	2º	»	120	»
»	»	3º	»	225	»
»	»	4º	»	234	»
»	»	5º	»	184	»
»	»	6º	»	187	»
»	»	7º	»	145	»
»	»	8º	»	94	»
»	»	9º	»	80	»
»	»	10	»	49	»
»	»	11	»	54	»
»	»	12	»	78	»
»	»	13	»	36	»
»	»	14	»	27	»
»	»	15	»	55	»

Resulta de este cuadro que el mayor número de los casos ha sido observado entre los 2º y 7º año y el mayor número de casos ha sido notado en niños de 2 á 3 años. Los 43 casos observados en niños que se encontraban en el primer año de su vida, se descomponen como sigue:

de	2	meses $^1/_2$	1	caso
»	3	»	1	»
»	5	»	3	»
»	6	»	6	»
»	8	»	4	»
»	9	»	4	»
»	12	«	24	»

Troitski ha retirado de la uretra de un niño de un mes un cálculo que pesaba 25 centígramos.

En los 1621 casos de Bokay 471 eran casos ee cálculos uretrales, es decir, cálculos que habían sido expulsados de la vejiga á la uretra, gracias á su pequeñez de donde fueron axtraídos ó eliminados naturalmente.

El hecho de observarse los pequeños cálculos en niños de primera infancia con más frecuencia justifica en cierta manera la hipótesis que pone á la litiasis en relación etiológica con los infartos úricos de los recien nacidos. La edad de 96 niños tratados en el hospital Stefanía dice de Bokay lo hace ver. En los tres primeros años de la vida, en estos niños, es donde se observa el mayor número de cálculos uretrales; constátanse sin embargo cálculos uretrales en 8 niños de 9 años.

El peso de cálculos uretrales retirados en niños de 13 años, era de 12 centígramos en un caso, de 35 en el otro, en dos niños de 12 años pesaban 8 y 25 cent: por último el peso de los dos cálculos retirados en

los niños de 9 años era de 30 cent: en un caso y 45 cent: en otro.

La existencia de cálculos uretrales en la sengunda infancia, invalida á su vez la teoría que hace remontar la litiasis urinaria á los infartos uráticos de la primera infancia.

Es inadmisible, en efecto que un cálculo pueda permanecer en la vejiga 11, 12 ó más años, y no pesar al cabo de este tiempo más de 8,10 ó 12 cent:

En la colección de cálculos del hospital de niños Stefanie, que contiene más de 500 cálculos el más pesado es de 45 gram. 50 cent: y procede deun niño de 3 años.

El largo de este cálculo es de 5 centímetros 4, su ancho de 4 cent: 1, su espesor de 3 cent: 3. Los cálculos más pesados de la colección de l'Enfants malades son 22 á 45 gs. 5; en general el peso mediano de un gran cálculo es de 15 gramos y el peso mediano de los pequeños cálculos 2 á 3 centígramos.

Hanse visto grandes cálculos en los primeros años de la vida, como puede constatarse en las historias adjuntas. Uno de ellos el mayor pesa 60 gs. fué extraído de un niño de 6 años, operado por el Doctor Posadas.

En los casos observados por este Profesor, no se ha constatado jamás la coexistencia de cálculos de otros órganos: riñón, uretra, hígado etc., en los niños calculosos.

Este mismo hecho puede constatarse en los casos observados por los profesores Castro y Repetto, como puede verse en las historias de los niños que han operado.

Las sustancias que contiene la orina y que forman su sedimento, ó son mantenidas en disolución, sustancias llamadas litógenas, encuéntranse en las orinas normales ó en las orinas que han sufrido alteraciones patológicas.

Los cálculos vesicales pueden en efecto ser formados por las sustancias que se sedimentan en la orina ácida ó neutra como por las que sedimenta la orina alcalina. Las sustancias litógenas de la orina ácida son el ácido úrico, el urato de soda, el oxalato de cal y la cistina; los de la orina alcalina son el urato de amoníaco, el fosfato ácido amoníaco magnesiano y el fosfato amorfo de cal.

Por último las sustancias litógenas que se encuentran en la orina neutra son el carbonato de cal y el fosfato de cal cristalizado.

Es su composición química el criterio mejor de una clasificación práctica. En los niños encuéntrase la litiasis urinaria en íntima relación con los infartos uráticos. Cuando se examina los riñones de un recién nacido encuéntranse particularmente los canales colectores de la sustancia medular llenos de una masa roja, amorfa, análoga á polvos de ladrillo, la cual, reúnese en pequeñas masas en la parte inferior de los canales colectores de la orina. La abundancia de esta masa es tal á veces, que el riñón aparece como inyectado en los canales colectores de las pirámides. Esta sustancia está constituida por pequeños corpúsculos esféricos brunos que reuniéndose, forman bastoncitos que llenan los canales urinarios de la sustancia medular.

Su exámen micro-químico revela que son de urato de soda. Durante los primeros días, la orina del re-

cien nacido contiene una cantidad considerable, que decrece á partir de la segunda semana para llegar á su tenor mínimo al cabo de la 4ª semana. Esta saturación úrica de la orina que Virchow atribuye á la exageracion fisiológica de las transformaciones de las materias por el advenimiento de las funciones respiratorias, digestiva, térmica, etc., explica la formación del infarto úrico.

Este es disuelto en parte y arrastrado con la orina al exterior, la cual al evaporarse deja un depósito pulverulento formado de ácido úrico, y que se observa en los primeros días de vida de los recién nacidos; otras partículas que no son disueltas por la orina son arrastradas á través de los canales colectores hasta los cálices donde se detienen ó siguen su recorrido hasta la vejiga, donde pueden permanecer y constituir el núcleo de los cálculos vesicales, ó ser arrastrados al exterior, ó ser detenidos en su trayecto, formando los llamados cálculos uretrales. Los infartos úricos constituyen el orígen más frecuente de los cálculos vesicales en los niños, los cuales por su pequeñez, y el estado de integridad de la vejiga, no determinan modificacíones en su reacción, razón por la cual crecen generalmente á espensas del ácido úrico que se sedimenta contenido en solución saturada en la orina. El agrandamiento del cálculo, no tarda sin embargo, en determinar alteraciones de las paredes vesicales que tienen por efecto alterar su reacción, lo cual produce la precipitacion de los fosfatos úricos, que solo se mantienen en disolucion en la orina de reacción ácida y que el catarro producido por el cálculo ha vuelto alcalina; la sedimentación de las nuevas ca-

pas fosfáticas, cesa desde que se instituye el tratamiento indispensable para la curación de la cistitis. Sediméntanse nuevamente las sustancias que deposita la orina ácida. Esta es la manera habitual de crecimiento de los cálculos, como lo demuestra su observación en sus varias capas de sedimentación, siendo su orígen más frecuente el infarto úrico. Las otras maneras de formación de cálculos en la vejiga son excepcionales.

En efecto, dicen los clásicos: la penetración de un cuerpo extraño en la vejiga puede determinar la formacion de un cálculo. Observase, efectivamente esta manera de sedimentación en uno de los casos operados por el Dr. Posadas; pero la sedimentación de las sustancias, alrededor de un cuerpo extraño no constituye propiamente un cálculo.

Por último, la formacion de un cálculo vesical, sin el concurso de núcleo sino simplemente por la precipitacion de sustancias disueltas en la orina, obsérvase solo excepcionalmente. Una disposicion anatómica favorable detiene la progresion del infarto úrico de la vejiga al exterior.

En efecto, el trigono de Lietaud, mejor dicho á su nivel, la pared posterior de la vejiga forma una especie de divertìculo.

Esta disposicion que es más frecuente en el adulto, menos desarrallada en el niño, existe en ciertas condiciones anormales. A menudo tenemos ocasión dice Marfan de constatar, especialmente cuando se sondan los niños, la profundidad singular del fondo de la vejiga y esto en casos en que el cálculo es todavía pequeño, y en que por consiguiente la formación de di-

vertículo no ha podido ser favorecida por las dimensiones ni por el peso del cálculo.

Una disposición anatómica desfavorable nos explica, tambien, la rareza de los cálculos en las niñas. En efecto, el diámetro antero-posterior es menor, y su posición en la vecindad del útero se presta menos que las vejigas de los varones á la formacion de esta especie de divertículo.

Además la uretra de las niñas es mucho más corta, lo que permite la fácil expulsión de los infartos en su trayecto de la vejiga al exterior; y más ancha que la de los varones, razones todas que explican la rareza de esta afección en ellas.

La ausencia además, de annulus prostáticus disminuye las facilidades de formación de cálculos en ellas.

Es generalmente, aceptada la opinion que hace derivar de un estado constitucional las formaciones calculosas.

Este estado general del organismo tiene por efecto cambiar la constitucion de la orina; las enfermedades en que se produce este cambio son las llamadas por retardo de la nutrición.

Las condiciones patogénicas de estas alteraciones funcionales íntimas, son múltiples y la observacion demuestra que no pueden atribuirse á una causa dada en particular, de una manera exclusiva. Prodúcense en todos los climas aunque con más frecuencia en los templados y frios. No es patrimonio de la raza blanca, obsérvasela en los negros igualmeute. Es excepcional en los abisinios y los árabes. Esta inmunidad relativa es atribuida por Bouchard, á las condiciones

generales de vida. En el árabe el régimen alimenti• cio es poco animal; pero vive en pleno aire. Los que habitan en plena mar adquieren la misma inmunidad y sin embargo su régimen es animal por excelencia. En la extension líquida, como en la extensión arenosa, el hombre disfruta de los estímulos nutritivos que provocan los grandes y libres movimientos de la atmófera.

Se ha citado con frecuencia la estadística de Hutchinson según la cual sobre 34000 marinos ingleses no se había observado más que un caso de cálculo.

El régimen alimenticio sólo, no puede, pues, ser tenido como un factor suficiente para determinar concresiones calculosas. Los desórdenes alimenticios tienen, sin embargo, influencia en la formación de los cálculos. Las comidas copiosas, los alimentos demasiado abundantes ó suculentos, las profesiones sedentarias, las que requieren trabajo intelectual y contención de espíritu provean su formación.

Estas son las condiciones patógenas que engendran las modificaciones de las secresiones y escresiones.

En los antecedentes de los enfermitos, no se han constatado enfermedades anteriores, del aparato genitrurinario, como puede verse en las historias que ván al final.

Puede ser trasmitida por herencia; y así puede decirse que la afeccion calculosa es hereditaria; siendo más propio decir que es la causa constitucional predisponente la que se trasmite. Por esta misma razón debe buscarse en las enfermedades de los ascendientes las llamadas por retardo de la nutricion.

En la investigación de las enfermedades de los as-

cendientes se encontrarán las enfermedades que tienen un parentezco evidente con la calculosis: asma, eczema, dispepsias, jaqueca, obesidad, diabetes etc. La influencia que los excesos de alimentacion produce en la composicion química de la orina en los enfermos de cálculos, es más frecuentemente observada en los niños que se asisten en las clínicas de hospital.

Esto que parece paradojal, se comprende por las condiciones de vida muy diferentes de los niños pobres, á la de los niños ricos. En estos el régimen es regulado de una manera metódica, reciben á horas determinadas, la leche materna ó la de su nodriza, la época de la lactancia no es abreviada; en los niños pobres por el contrario, la lactancia es en general irregular y su duración es casi siempre abreviada. Reciben además, estos niños, otros alimentos, y las madres que creen que obran bien administrándoselos en abundancia, eligen naturalmente los reputados más nutritivos.

Las sopas, las papillas, la carne misma, son administradas demasiado prematuramente y en exceso. Resulta que estos alimentos son mal elaborados, y no llevándoles la nutricion al término extremo de las oxidaciones, engendran en los niños las afecciones calculosas.

Saint Germain, decía hace 15 años «llama la atención la discordancia, entre lo que se ha escrito y lo que nosotros observamos respecto á la frecuencia de la afección calculosa. En efecto los cálculos vesicales según los diferentes autores, son más frecuentes en los niños, y aquí solo rara vez, tenemos oportunidad de observarlos.

Lo más singular, es que esta afirmación es de data reciente. Así, entre nuestros predecesores en el hospital Enfants-malades, Gucrsant ha observado gran número. Giraldés los encuentra muy frecuentes.

El Dr. Proust refiere que de 1256 cálculos operados en los hospitales de Bristol, Leed y Norvich, 300 tenían menos de 10 años ó sea una proporción de 23.87 °/₀ cerca de 1/4 °/₀.

De 6042 casos observados en Francia, Inglaterra y Rusia. Gross de Filadelfia ha notado 2334 en niños de uno á diez años. En 478 calculosos tratados en el hospital de Norfolk y de Norwich, durante un período de 44 años habían 227 de menos de 14 años; hay pues que llegar á la conclusión que la calculosis vesical es una afección frecuente en la infancia.

Este predominio es todavía más neto en ciertos países, Persia por ejemplo, como lo demuestran las comunicaciones de Tholozan y Polak. Tholozan en 156 operaciones practicadas por él de 1852 á 1860, encuentra 118 sujetos de menos de 15 años.

La afección calculosa, es todavía frecuente en el Norte de Francia, en el condado de Norfolk, en Inglaterra y en Holanda, es rara, por el contrario en América. Y termina el cirujano del Hospital des Enfants malades, haciendo observar que él por su parte, solo había observado desde hacía 7 años 4 á 5 calculosos por año.

Remitiéndonos por nuestra parte á la observación de las clínicas de nuestros hospitales podemos afirmar igualmente la rareza de la afección.

El Dr. Posadas, en 7215 niños con afecciones qui-

rúrgicas que ha examinado, solo ha visto 4 calculosos.

De la clínica del Hospital de niños, que es muy concurrida, solo he podido reunir de su archivo seis casos, y de la clínica de niños del Hospital San Roque, solo he podido reunir tres casos.

En el servicio á cargo de los Dres. Alejandro y Máximo Castro, en el Hospital de Niños, se han examinado desde el año 1897 hasta principios del año actual 9845 niños, enfermos, de afecciones quirúrgicas y solo he podido reunir, como he dicho seis casos cuyas historias van al final. Me complazco en agradecer en este lugar á los Dres. Alejandro y Máximo Castro, como así mismo al Dr. Marcelo Viñas, sus indicaciones y los materiales que han tenido la bondad de facilitarme.

El Dr. Nicolas Repetto que tuvo á su cargo durantres años, más ó menos, la clínica de niños enfermos de afecciones quirúrgicas, del Hospital San Roque donde ha examinado 4500 enfermos ha podido observar solo tres casos cuyas historias van al final.

Agradezco igualmente al distinguido profesor las indicaciones que ha tenido la bondad de hacerme.

El número de cálculos varía notablemente, por lo general solo se encuentra uno; pero en algunos de los casos operados se han hallado varios, algunas veces suelen reunirse y forman una concreción voluminosa. En un caso referido por Erichsen, estaba formada la masa calculosa por 11 pequeños cálculos ovoides de ácido úrico, reunidos todos en masa de manera á constituir una concreción redondeada. Cuando existen dos, tres ó más cálculos, su forma, su tamaño y su peso se asemejan mucho. Cuando son numerosos, sus

caracteres son muy semejantes. Rara vez obsérvase un cálculo muy voluminoso asociados á otros más pequeños. El roce de los cálculos entre sí, forma las facetas que se observan en los más voluminosos. Esto depende de que estando la vejiga atónica, contiene siempre orina y los cálculos no se comprimen ni destrozan.

En algunos casos aunque los cálculos sean numerosos, no hay signos de roce.

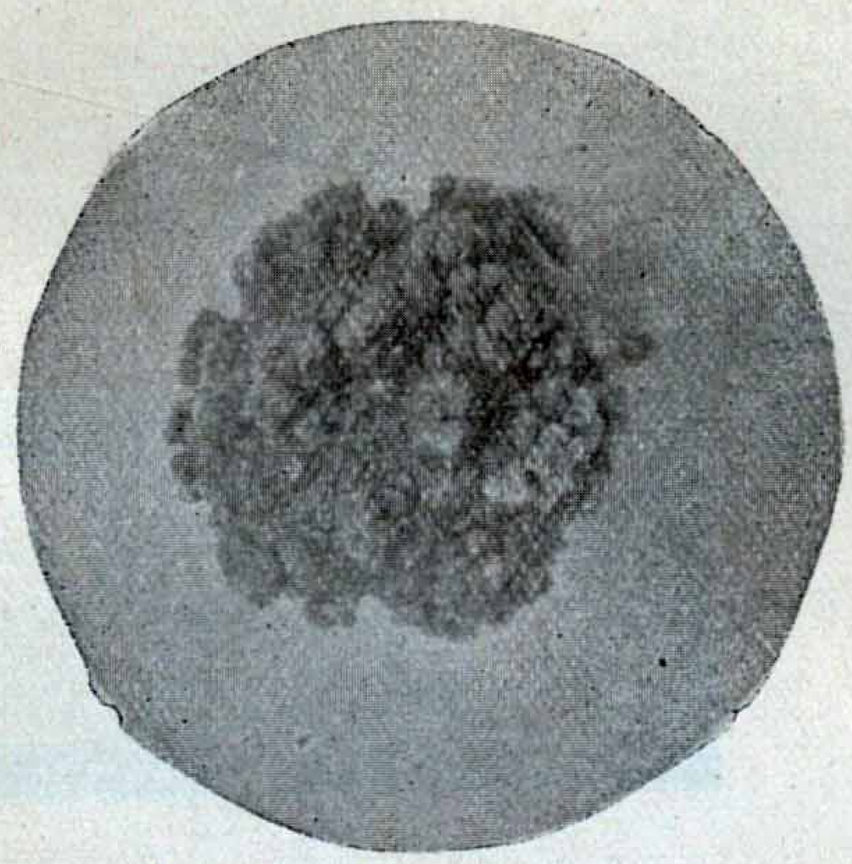
Los cálculos tienen algunas veces un número mayor de facetas que el de las concresiones contenidas en la vejiga.

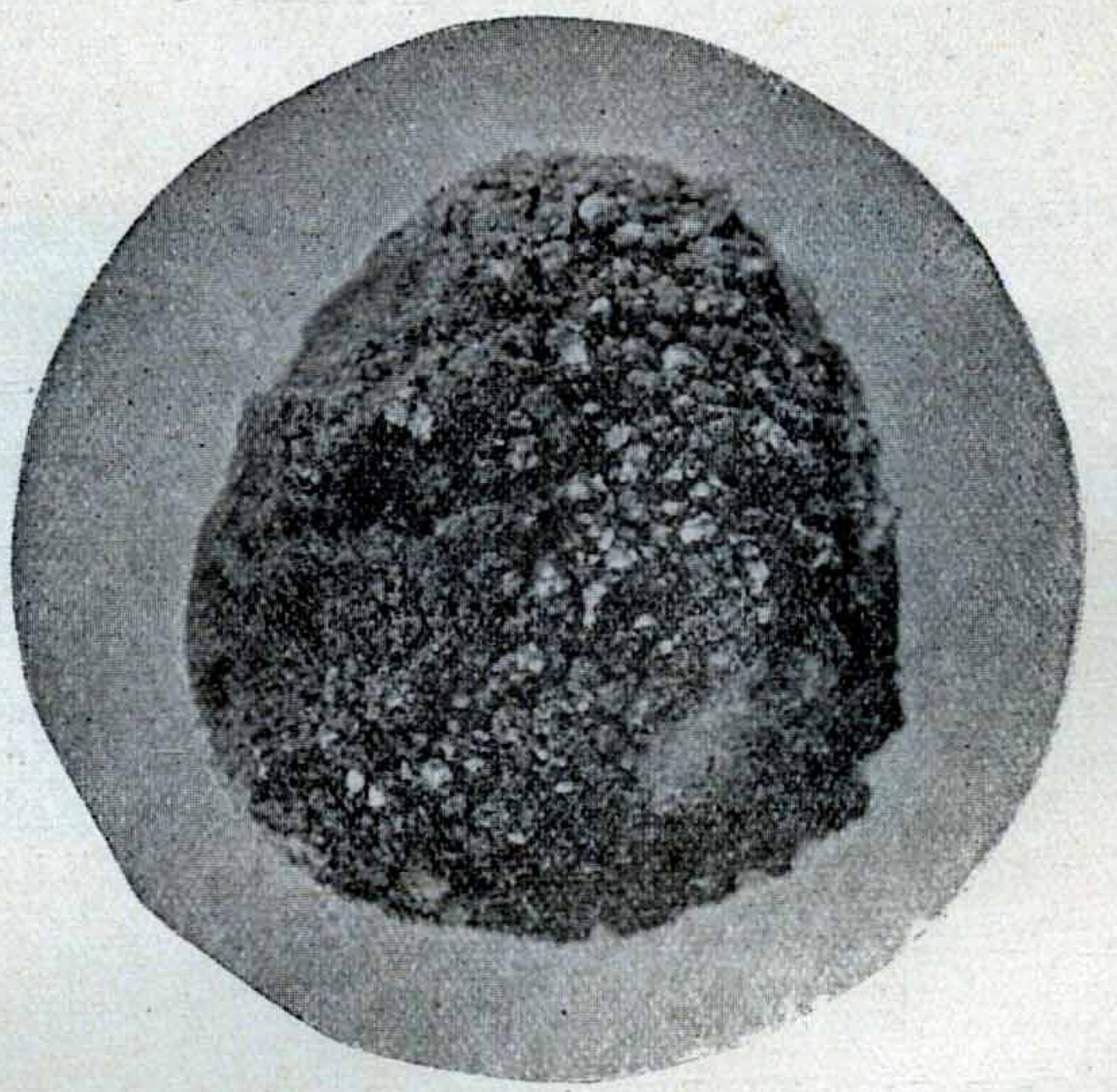
El aspecto exterior de los cálculos es variable: unas veces su superficie es lisa, y otras por el contrario es rugosa y desigual; y como su aspecto en estos casos se asemeja al de una mora, estos cálculos son llamados moriformes. Estos generalmente son redondeados y su aspecto exterior revela que se han formado por la aposición de pequeñas concreciones; pero otras veces afectando la forma poliédrica su superficie, presenta en alguna de sus caras, el aspecto moriforme.

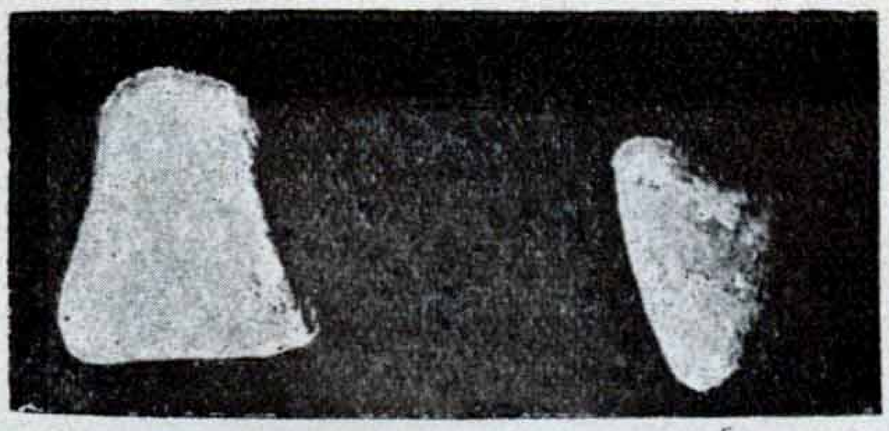
Presento la fotografía de cuatro cálculos, con los caracteres enunciados. Uno es moriforme, otro poliédrico liso, el otro caso es de cálculos múltiples de forma poliédrica y moriforme á la vez.

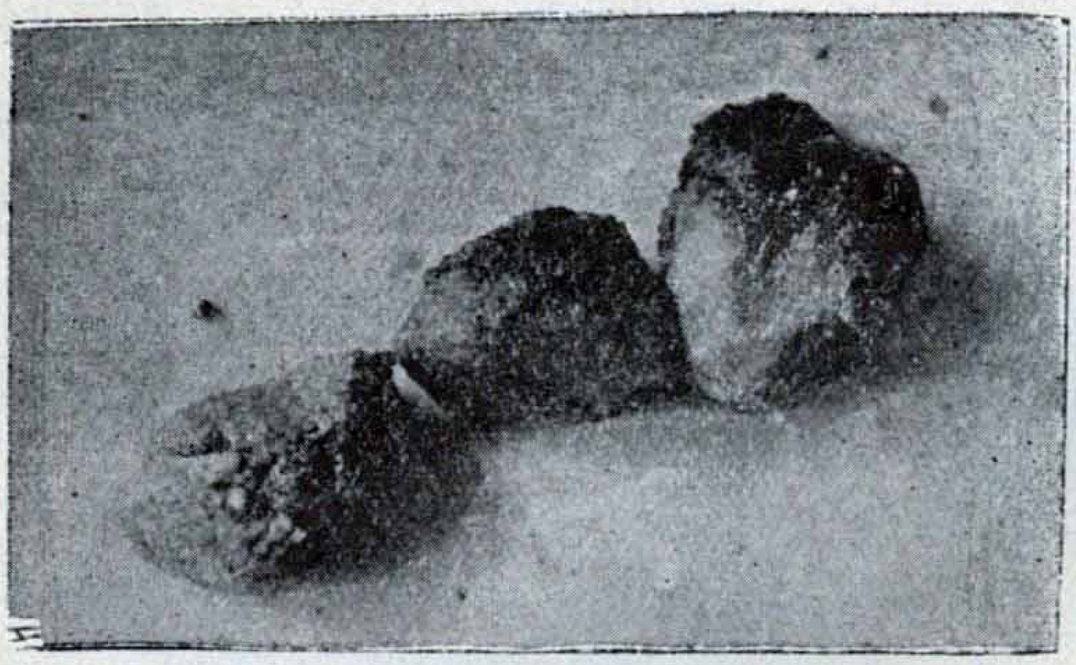
El otro cálculo es el más voluminoso y de mayor peso que se haya extraído hasta la fecha.

Todos estos cálculos han sido extraídos par el Dr. Posadas.









Sintomatología

DOLOR—HEMATURÍA—PERTURBACIONES DE LA MICCIÓN

Tres signos fundamentales anotan los clásicos en la sintomatología de los cálculos vesicales: el dolor, la hematuría, y las perturbaciones de la micción.

En algunos casos, sin embargo, la existencia de cálculos vesicales, solo es revelada por manifestaciones ligeras de algunos de los tres síntomas indicados á los cuales viene á sumarse en los niños de muy poca edad, la imposibilidad de que puedan manifestar inteligentiblemente sus sensaciones, lo cual hace comprender la dificultad del diagnóstico. El dolor es generalmente el síntoma inicial. Localizado en el bajo vientre, al principio, irradíase después hacia el periné, al recto, á la verga y muy especialmente al glande, á los lomos, y á la cara interna de los muslos, etc. La intensidad del dolor es variable: simple pesantez en el bajo vientre, en el recto, al principio, vuélvese otras veces extremadamente violento. Su carácter más frecuente es el de puntadas y quemaduras. Los movimientos las trepidaciones, los desplazamientos en ge-

neral, aumentan los dolores por la dislocación del cálculo, y ésta es la razón por la cual los enfermos temen particularmente los viajes en vehículos livianos ó de elásticos duros, que producen trepidaciones bruscas, lo mismo que el tránsito por caminos desiguales. El reposo, por el contrario, calma los dolores de los cálculos. Los niños, traducen el dolor consecutivo á los cálculos por movimientos bruscos, revuélcanse en la cama, gritan, lloran, llévanse las manos á los órganos genitales. Es á causa de estas maniobras frecuentes que se producen modificaciones apreciables en la verga, y que consisten en su alargamiento y engrosamiento, tumefacción y congestión del glande que queda descubierto, distensión y engrosamiento del prefucio. Los dolores pueden desaparecer por algún tiempo.

La hematuría es siempre uno de los síntomas más importantes. Es siempre consecutiva á desplazamientos. Aparece después de las marchas, por ejemplo, y cesa por el reposo. Por eso raras vez es nocturna. Basta, sin embargo, la presencia del cálculo, para que las hematurías se produzcan. Unas veces la micción es completamente constituída por sangre, otras veces solo las últimas gotas. En los niños falta frecuentemente este signo.

Las perturbaciones de la micción son de órden secundario. La interrupción brusca del chorro ha sido considerada como uu signo de gran valor diagnóstico, por suponerse que es producida por la proyección del cálculo contra el cuello la vejiga. Pero observásela en un gran número de enfermedades para que se le conceda el valor exagerado que tenía ántes (Guyón).

Si el niño cambia de posición, si encoje las piernas, si se encurva, la micción reaparece en chorro quebrado. La interrupción prodúcese varias veces en cada micción, y se acompaña de tenesmo y dolores espásticos. A pesar del tenesmo y de los dolores, la orina no sale sino gota á gota.

Las micciones son frecuentes; requieren grandes esfuerzos; el niño se sienta sobre los talones y permanece en esa actitud haciendo grandes esfuerzos que le congestionan la cara y le producen mucho dolor. Después, solo orina muy poco y al cabo de poco tiempo vuelve nuevamente á adoptar la actitud de cuclillas y renovar los esfuerzos interminables y dolorosos. Es por estos que sobrevienen los prolapsos rectales. Las facciones de los enfermitos calculosos, expresan sus sufrimientos y tienen el aire de envejecidos.

La retención es rara, esta ocurre cuando los cálculos son detenidos en la uretra. Miéntras permanece en la vejiga no se observa retención completa (Bokay Aîne). Obsérvase la incontinencia frecuentemente en los niños, suele ser contínua, de manera que es difícil mantener límpios á los enfermitos. Aparece como sintomática de cistitis algunas veces, otras veces se ha producido una obstrucción incompleta del cuello de la vejiga por el cálculo encajado, y entónces la incontinencia se produce coexistiendo con distensión.

La frecuencia de las micciones aumenta sobre todo si hay cistitis, el enfermo orina más después de una caminata y es indudablemente el desplazamiento del cálculo lo que origina las necesidades más frecuentes de orinar. Las orinas subsisten límpidas en el intérvalo

de las hematurías. En ciertos casos es clara, ácida y encierra filamentos mucosos. Encuéntrase en el sedimento que forma, epitelio renal, y pequeñas granulaciones de ácido úrico y uratos.

En otros casos es turbia, de olor amoniacal y el depósito que forma encierra mucus, leucocitos, hematies, fosfatos tribasicos y otras sustancias litógenas. No es raro encontrar en el depósito granulaciones calculosas del volúmen de un grano de trigo. El tenesmo que acompaña las micciones produce deseos de defecar y no son raros los prolapsos rectales formados por la mucosa violácea y congestionada y las hernias inguinales consecutivas á los esfuerzos.

Los síntomas asocíanse diversamente según las edades: en los niños el síntoma inicial suele ser frecuentemente una incontinencia rebelde, irradiaciones dolorosas en el glande que originan á veces hábitos de masturbación y deformaciones en el miembro á causa de la constante manipulación. Suelen sobrevenir erecciones dolorosas. Obsérvase edema del miembro, del periné y de las bolsas algunas veces.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de los cálculos de la vejiga, el cirujano dispone de dos medios que son el 1º por el conjunto de las modificaciones funcionales, y la sin tomatología general y particular; yel 2º por la exploración directa de la vejiga á través del su cuello por medio de sondas metálicas; á través de la pared del recto: tacto rectal, ó de la vajina: vajinal; á través de las paredes abdominales; por la asociación de estas dos últimas maniobras: palpación combinada y por medio del muy moderno procedimiento de la radiografía.

Por todos estos medios, es posible llegar á conocer el número, el volúmen, la naturaleza de los cálculos y su forma; siendo indispensable el conocimiento de alguno de estos caracteres, antes de decidir una intervención.

El cateterismo es practicado con una sonda metálica que presenta un encurvamiento en ángulo recto (Sonda de Mercier).

Úsase tambien sondas de cauchut endurecido de extremidad metálica.

Las sondas generalmente empleadas, dice Guyón,

son huecas, sirven al mismo tiempo para la evacuación; pero con un instrumento tal la evacuación es defectuosa. Así cuando sea ésta necesaria, es preferible proceder en dos tiempos, á la evacuación y á la exploración.

«Es por esto que he hecho construir desde hace algunos años sondas llenas, que tienen la ventaja de no tener ojal que pueda herir el canal, ni luz difícil de mantener en un estado perfecto de limpieza. Estos inetrumentos serán pues siempre asépticos. Además poseen una facultad de resonancia más acentuada que las sondas huecas y ofrecen un peso mayor que facilita su introduccion.

Empléase tambien el litotrictor, como explorador; pero dada su inferioridad para este objeto no nos detendremos en él.

Cuando se vá á proceder a la exploracion, el cirujano debe preocuparse de la posición del enfermito, y de la suya misma.

El operador debe estar siempre á la derecha del paciente, de modo que quede libre su mano derecha, que es la que puede maniobrar libremente en la vejiga con la suavidad y habilidad necesarias.

Colócase el enfermito en posicion dorso-sacra, con una almohadilla bajo el sacro, para levantar la pelvis y alejar por el declive producido, el cálculo del cuello de la vejiga. Introdúcese luego la sonda de calibre conveniente en la vejiga, que puede ser previamente distendida de una cantidad pequeña de agua, si el niño ha orinado recién; pero no hay necesidad de inyección alguna, sí la miccion no se ha prodncido recientemente.

Es suficiente la orina que se acumula entre mic-

ción y micción. Una vez que la sonda ha franqueado el cuello de la vejiga se la dirije directamente hácia atrás hasta llegar á la pared posterior, imprimiéndole movimientos de arriba hácia abajo, después se la dirije á la izquierda y se la retira gradualmente hasta hacer llegar al cuello de la vejiga suextremidad. Introdúcese de nuevo hasta la pared posterior y se la dirije después á la dereeha, trayendo lentamente hasta el cuello su extremidad.

De este modo, quedan exploradas las caras, posterior y laterales. La exploracíon del bajo fondo de la vejiga se hace invirtiendo el ángulo de la sonda y haciéndole circunscribir el cuello por manipulaciones convenientes. Pero esta exploración por completa que sea, puede dejar pasar en algunos casos en silencio los cálculos vesicales. Por eso es indispensable emplear la exploracion percutoria que se obtiene imprimiendo pequeños movimientos de elevacion y de descenso á la sonda y haciéndole recorrer el mismo trayecto ya indicado.

Por la exploracion con la sonda y particularmente cuando se le imprime las pequeñas sacudidas percutorias, es posible determinar más ó menos fijamente la naturaleza, el número y el tamaño de los cálculos.

Desde luego, su presencia es advertida al operador por una sensación de contácto particular entre la sonda y la superficie, más ó menos rugosa del cálculo. La percusión de la sonda en el cálculo produce un ruido metálico de tonalidad variabe que es grave, profundo, mate, en las concresiones tosfáticas, metálica, clara, en los formados de ácido ùrico ó uratos.

Los caracteres de las orinas que son variables en

ambos casos y que están en relación con la naturaleza de los cálculos, generalmente confirman los datos que el sondaje dá.

El número de los cálculos no es fácil determinar por medio de la sonda, pero adviértese cuando existen va-varias concresiones la diversidad de tonalidad de percusión producida por la percusión de la sonda en los cálculos percibiéndose á veces un ruido de cliquetis.

Su tamaño puede ser determinado de la manera siguiente: percútese el límite posterior del cálculo y se marca con el índice de la mano que diríje la sonda, el punto de afloramiento del tallo con el meato; se retira luego lentamente la sonda percutiendo siempre el cálculo hasta que ésta se vuelva silenciosa; se marca igualmente la distancia recorrida por la sonda; ésta será aproximadamente la del tamaño del cálculo. Es claro que esta medida será solo la de una de sus caras y ocurre algunas veces tomar medidas muy diferentes en el mismo cálculo, al cambiar su situación siendo sus facetas de dimensiones diferentes.

Los procedimientos de esploración de que dispone el cirujano para el diagnóstico de los cálculos, son de valor insignificante por si solos: el tacto rectal, el tacto vaginal y la palpación abdominal, no asi la palpación combinada, es decir el tacto rectal y la palpación abdominal, propiamente dicha, ejecutadas al mismo tiempo. Esta maniobra no debe ser nunca descuidada en los niños que presentan perturbaciones vesicales sospechosas.

Es necesario casi siempre anestesiar los enfermitos pues los niños despiertos, se agitan, contraense sus músculos ventrales y la exploración se vuelve imposible.

Solo durante el sueño anestésico es posible obtener datos muy confirmativos.

Permite hacer con toda exactitud el diagnóstico de los cálculos en la vejiga y apreciar su volúmen y hasta su forma y número; la palpación combinada realízase por la palpación y depresión del abdomen y la vejiga, aplicada la mano inmediatamente sobre el pubis, y la introducción del índice ó del meñique en el recto, simultaneamente. El índice es de diámetro demasiado grande para niños de poca edad; utilízase en esos casos el meñique, si el operador tiene dedos largos.

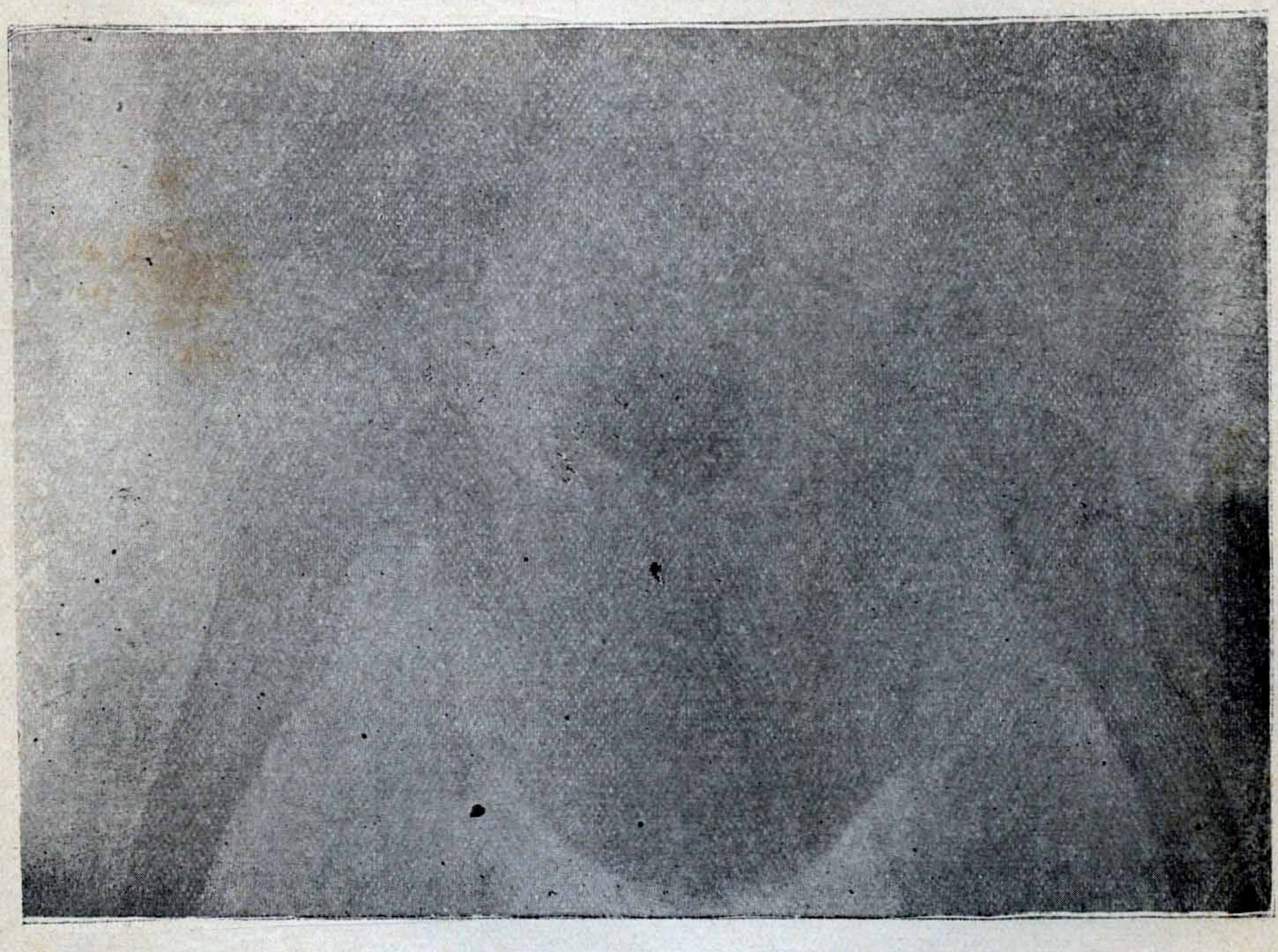
Después de haberse embadurnado el dedo con vaselina, introdúcesele profundamente hácia la base y fondo vesical, al mismo tiempo que se deprime la pared anterior del vientre por encima del pubis. Los cálculos hállanse situados generalmente muy arriba, á gran distancia del esfinter anal, y solo es posible tocarlos con el extremo del dedo introducido.

No debe pues, olvidar el operador que no es detrás del pubis ni á nivel de la próstata donde debe buscarlos, sido más atrás.

Este procedimiento es indudablemente el más práctico que actualmente posee el cirujano para el diagnóstico de los cálculos de la vejiga. La exploración con la sonda a pesar de su proligidad puede quedar algunas veces negativa; esto ocurre en los casos de encastillamiento, cuando los cálculos están recubiertos de mucosidades ó sustancías que apagan el ruido de percusión de la sonda contra el cálculo; y cuando existen divertículos vesicales, aunque esto es raro. La exploración por la palpacion combinada disminuye las probabilidades de un diagnóstico

negativo. Cuando los cálculos son pequeños flotan en la orina; y no es fácil encontrarlos con la sonda. En el caso de vejigas irritadas ó irritables el catete-rismo se vuelve difícil por el hecho de que la orina es-espulsada con fuerza contra la uretra en el momento en que la sonda penetra en la vejiga oponiéndose así á los movimientos que se le imprime. Por último dispónese para el diagnóstico de esta afección del medio que constituye en realidad el procedimiento ideal: la radiografía; y es precisamente en los niños donde el poco espesor de las paredes permite obte-ner las láminas más nítidas. En la Presse Medical de 16 de Marzo de 1898, el Dr. Brun ha publicado una hermosa radiografía de un cálculo de la vejiga. El Dr. Posadas ha obtenido una lámina igualmente muy nítida en uno de los casos cuya historia puede verse al final.

Su sintomatología y las modificaciones funcionales que la existencia de cálculos en la vejiga determina, permite igualmente su diagnóstico, que los procedi-mientos físicos anteriormente descritos, no hacen más que corroborar en la gran mayoría de los casos. Pero debe siempre establecerse su diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden dar lugar á una sintomatología idéntica ó aún mismo á ciertos sínto-mas aislados que pueden ser los únicos que revelan algunas veces la afeccion calculosa; la cistitis tuber-culosa presenta una sintomatología muy semejante; y el diagnóstico diferencial deberá establecerse por me-dio de los procedimientos descritos llamados tambien de seguridad. Los otros signos: dolor, hematuria, modi-ficaciones de la emisión de las orinas, pueden depender



Radiografía de Lorenzo Mustachuelo.—Historia nº I.—Servicio del Dr. Alejandro Posadas.

de afecciones nerviosas y más rara vez de cálculos del riñón; en todos estos casos los medios muy seguros de diagnóstico disiparán todas las dudas.

Tratamiento

El tratamiento de los cálculos de la vejiga, es exclusivamente del dominio de la cirujía.

Han pasado ya para siempre los tiempos en que se creía que las concreciones calculosas podíau ser disueltas en el interior de los órganos que las contenían, por sustancias á las que se atribuían propiedades disolventes. Si se reconociese sin embargo, en su principio, la existencia de un cálculo de la vejiga, la administracion abundante de bebidas, puede oponerse á su crecimiento siempre progresivo. Este tratamiento aplicable especialmente á los infartos úricos de los recién nacídos, no tiene ya importancia más tarde cuando el núcleo en la vejiga será siempre una fuerza de atracción, un núcleo de sedimentación de las sales que mantiene en disolución la orina y que no harán sino acrecer el cálculo.

Dos procedimientos generales de tratamiento empléanse actualmente. El uno consiste en romper la concrecion en el interior de la vejiga por medio de aparatos especiales, y evacuar luego los fragmentos á través de la uretra: es la litotricia. El otro consiste en incindir la vejiga y extraer las concreciones á

través de su seccion: es la cistotomía ó talla.

Esta operacion puede practicarse en los niños, en dos regiones; á nivel del periné ó por encima de la sínfisis. Cuando la incision se practica por encima de la sínfisis pubiaua se denomina episistotomía ó talla elevada ó hipogástrica.

Cuando la incisión se opera á nivel del periné, lleva el nombre de talla mediana (sectio mediana; sectio Mariani: litotomía uretral) y cuando la incisición se opera fuera de la línea mediana, se deuomina, talla lateral (sectio lateralis, litotomía próstata uretral).

Después que Civiale practicó por primera vez, con éxito, en un enfermo, el 13 de Enero de 1824, la litotricia, esta operación pasó á la práctica, perfeccionándose después, en un priucipio, su arsenal operatorio, y después su técnica, siendo Bigelow, Tompson y Guyón los que han precisado sus maniobras y las reglas de la evacuación de los fragmentos.

Antes de entrar en la relación detallada de la litotricia, cabe preguntarse si conviene practicar esta operación en los niños.

Puede ocurrir, que pequeños cálculos, puedan ser evacuados de la vejiga en una sola sesíon de litotricia; pero este resultado es mucho menos que común como decía el Dr. Holmes. Tompson se expresaba en los siguientes términos acerca de esto: En París, la única ciudad donde se haya empleado ampliamente la litotricia en los niños, se la practica en 10 ó 12 sesiones ó más todavía, y cada una de ellas requiere doble tiempo del que requeriría un adulto, en razón de ciertas particularidades.

Se ha publicado la relacion de un niño de 9 años que en manos de un operador de los más hábiles, sufrió alrededor de 70 sesiones.

La configuracion piriforme de la vejiga y el sitio del órganoque se encuentra en el abdómen más que en el basinete, son condiciones desfavorables en los niños: no existe como en el adulto un centro preciso de acción, un punto á nivel del cual se pueda estar seguro de encontrar la piedra, no existe tampo una depresión atrás de la próstata, y además la vejiga está á menudo muy distendida y aumentada en su capacidad: así hay en el niño pérdida de tiempo, en relacion con el que se consagra á buscar la piedra, (H. Tompson, Practical lithotomy and lithotrity pág. 208).

La mayor parte de las veces debe obrarse en varias sesiones, no tanto á causa del volúmen del cálculo, cuanto por el pequeño calibre que debe tener el instrumento para ser introducido en la uretra de un niño. Estas intervenciones determinan gran irritación é inflamacion de la vejiga, y las probabilidades de encastillamiento de los jragmentos, vuelve la litotricia mucho más peligrosa que la talla.

«No he practicado jamás la litotricia en los niños, y el único caso en que la ví practicar terminó de una manera funesta, aunque se haya considerado el hecho favorablemente en cuanto á la operación.

Estas palabras del Dr. Holmes, que los rápidos perfeccionamientos de la litotricia han vuelto ya históricas, pues actualmente practícase esta operacion en una sola sesión con el éxito más completo, no han perdido su significacion en lo que respecta á la dificultad de operar con instrumentos de calibre muy

pequeño para adaptarse á la uretra de los niños; lo mismo que en lo referente al encastillamiento más fácil de los fragmeutos y á la irritación que determinan las maniobras prévias que habría que practicar en las uretras de calibre muy pequeño.

Además la existencia de cálculos voluminosos en los primeros años de la vida, la dureza de los cálculos, su multiplicídad, la habilidad operatoria que requiere la litotricia, hacen de esta operación un procedimiento menos práctico y casi siempre impracticable en los niños.

La inocuidad completa de la talla hipogástrica cuando es bien practicada y sus resultados completamente favorables, hacen de esta operacion por unanimidad de opiniones el método de elección en los niños.

Hasta hace algunos años, en la práctica quirúrgica infantil, era la vía perineal la adoptada. Lo que alejaba á los operadore de la talla hipogástrica, era principalmente el temor de herir el peritoneo.

Esta talla ofrece grandes ventajas, sobre la perineal, es más simple, más fácil, expone menos á las hemorragias, dá mas espacio para la extracción de los cálculos, no interesa los canales eyaculadores y no predispone tanto á la infiltracion de orina.

Practícasela de la manera siguiente: despues de anestesiado el niño y practicado un lavaje prolijo de la región, se incinde á partir del borde tangible del pubis ó terminando en él, cinco centímeiros de píel y grasa, y separando los piramidales, se descubre bien el borde superior de la sínfisis pubiana, punto de mira que hay que exponer perfectamente pues es el jalón

de seguridad en estos casos. Se deja el bisturí, se hunde el dedo índice izquierdo detrás del cuerpo del pubis, adaptándolo á su pared, rozándola. La grasa prevesical cede y bien pronto el dedo llega á palpar el cuello de la vejiga; dirijiéndose entonces hácia arriba y atrás y enganchando la grasa prevesical y el fondo de saco peritoneal que el dedo diseca, expone la cara antero-superior de la vejiga que se palpa y se vé, y á través de la cual el índice que arrastra la grasa prevesical y el peritoneo, ha tocado ya las cálculos de dureza característica. La vejiga no solo es un órgano intra-abdominal sino que puede considerársele intra-peritoneal. Por eso es indispensable, al mismo tiempo que previsor, levantar el fondo del peritoneo como se indica, en su defecto, éste puede ser incindido, constituyendo esto un accidente que puede ser grave, aunque es el menos frecuente.

Manteniendo entonces separados los rectos y piramidales con el indice y el pulgar de la mano izquierda, que al mismo tiempo mantienen en la extremidad superior de la incisión la grasa prevesical y el peritoneo, se toma un bisturí y se abre de un solo golpe la vejiga en la extensión de un centímetro y medio ó dos.

Inmediatamente se introduce el índice en la abertura vesical y con el dedo encurvado en gancho se trae hácia delaante y fuera de la herida abdominal, la pared anterior de la vejiga. Se reconoce que ésta ha sido abierta, por la orina que se derrama.

Una vez evacuada la vejiga, el índice reconoce el volúmen de los cálculos y juzga si la brecha vesical es suficiente para permitir su extracción.

Sino lo fuera se agranda la incisión vesical, pues los cálculos deben salir facilmente sin requerir ser triturados. Extraídos los cálculos y reconocida la ausencia de lesiones graves de las túnicas vesicales, lo que es constante en los niños, se procede á la sutura de la vejiga. Practícase ésta en dos planos, puntos no perforantes con cautgut N.º 1 ó 2. Se reune la línea blanca dejando en su extremo inferior, espacio para un tubo de drenaje. Se sutura la piel. El tubo de drenaje, de vidrio, se introduce po rla extremidad superior de la herída y se lo coloca entre la pared anterior suturada de la vejiga y el pubis.

En esta operación, siempre se evitarán las desgarraduras, trituraciones, aplastamientos etc. de las paredes vesicales, que son constantes cuando los operadores se esfuerzon en sujetar un órgano que no tiene tendencia alguna á escapar utilizando hilos fijadores.

Las desgarraduras producidas por los hilos fijadores, las trituraciones que las pinzas hemostáticas producen en los bordes de la herida vesical, son las causas de la falta de reunión inmediata de la herida de la vejiga. El empleo del globo rectal de Pétersen es completamente inútil lo mismo que la inyección de agua en la vejiga, pudiendo más bien ser perjudiciales.

Consecuencias y cuidados post operatórios.

El empleo de una sonda dejada permanentemente después de la operación y destinada á asegurar el vaciamiento de la vejiga es ineficaz, inútil, y perjudicial. En efecto, este vaciamiento no se obtiene por la sonda permanente, pues frecuentemente se obstruye, se mueve, se sale á causa de los movimientos de los niños;

es perjuuicial pués infecta la vejiga, aumentándose las probabilidades de infección con la dificultad de mantenerla adaptada. No se sondan los niños; es imposible hacerio con la frecuencia con que sería necesario sin infectar la uretra y la vejiga. La maniobra además los espanta y se resisten á ello.

Los movimientos desordenados y sus llantos son inconvenientes para la cicatrización regular de la herida abdominal. Un niño tallado, después de suturada la incisión abdominal debe ser acostado, drenandose la herida como se dijo, y bien vendado. El vendaje debe ser cambiado cuatro ó cinco veces por día ó mejor dicho siempre que esté sucio. (Veanse las 2 primeras historias).

Por hermética que sea la sutura vesical durante el primer ó el segundo día ó á veces en los dias posteriores, fluye orina por la herida abdominal al mismo tiempo que por la uretra en algunos casos.

No hay que inquietarse por esto. Deben renovarse las curaciones simplemente.

Los puntos de sutura se retiran el noveno día, el tubo de drenage, el 11° día ó el 12°. A los quince días el niño está completamente sano sin complicaciones. En algunos casos la curación completa se opera en un tiempo más corto como puede verse en los casos observados cuyas historias presento.

Observaciones

ENFERMOS OPERADOS POR EL DR. POSADAS EN EL SERVICIO DE NIÑOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Su técnica operatoria es la descrita en el capítulo: Tratamiento.

I

Lorenzo Mustachuelo, de 19 meses. Fecha de la 1.ª consulta, 30 de Diciembre de 1901.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: negativos.

Estado actual: hace próximamente un año este enfermito orina con mucha frecuencia, tiene erecciones dolorosas y la emisión de la orina se hace en muy poca cantidad cada vez, eliminándose al mismo tiempo arenilla. Hay fímosis. La micción requiere grandes esfuerzos al principio y durante la emisión de la orina, determinando vivos dolores.

Prácticase la palpación combinada y se tocan dos cálculos, uno del tamaño de una nuez, de superficie desigual, en el fondo de la vejiga y otro más pequeño

que se deslizaba por encima del primer cálculo. (Véase la radiografía).

Tratamiento: talla hipogástrica (técnica descrita). Extráense dos grandes cálculos del tamaño de una nuez cada uno, de color amarillo claro, fosfáticos de 5 gramos de peso el mayor y 3 el menor.

Cuidados post-operatorios: No se deja sonda permanente. La micción se opera expontáneamente. Orina ligeramente coloreada de sangre al principío. Las heridas cicatrizan por pismera intención y el enfermito sale completamente curado al cabo de 10 días. Hay algunas gotas de orina en el vendaje, el 2º día.

II

José Gonzalez de 9 años. Fecha de la 1ª consulta, Noviembre 4 de 1901.

Antecedentes hereditarios: el padre padece de reumatismo.

Antecedentes individuales: á los dos años ha tenido sarampión.

Estado actual: fué operado en Italia hace 2 años por dos cálculos de la vejiga, del tamaño de una avellana cada uno (talla hipogástrica). Después de la operación el enfermito continuó bien hasta hace un año en que aparecieron dolores durante la micción, que se volvían más frecuentes, siendo escasa la cantidad de orina emitida después de grandes esfuerzos—que le producían grandes dolores—y determinaba además prolapso de la mucosa rectal congestíonada, violácea. La palpación combinada y la radiografía revelan tres

cálculos del tamaño de una nuez cada uno, dispuestos en fila y situados uno en el fondo de un divertículo que presentaba la vejiga de este niño, otro en el fondo vesical, y el tercero en la uretra prostática muy dilatada. Los cálculos de color amarillento claro —poliédricos—muy rugosos, en algunas de sus facetas, lisos en otros, friables, contituidos por sales fosfáticas, pesaban 3 gramos más ó menos cada uno.

Tratamiento: talla hipogástrica (técnica descrita).

Cuidados post-operatorios: no se deja sonda permanente. El tubo de drenaje se retira al tercer día. La emisión de orina se hace expontáneamente. Renuévase la curación cada dos días.

El niño sale curado á los 15 días. La curación de este caso fué retardada por la mortificación ligera de la mucosa vesical al ser deprendidos los cálculos adheridos á la mucosa. El cálculo prostático fué levantado para su extracción por el índice introducido en el recto.

La cicatriz de la operación anterior retardó la cicatrización de la herida adbominal.

Enfermos operados por los Dres. Alejandro y Maximo Castro y el Dr. Marcelo Viñas en la clinica del Hospital de Niños

Servicio Dr. Castro 3ª Cama 28;
José Testoni. Fecha de entrada 10 Diciembre 97.
Diagnóstico. Cálculo vesical, 11 años: vacunado.

Antecedentes hereditarios:—desconocidos. Antecedentes individuales: Desde muy chico ha sentido dolor en el periné, que se producía al orinar ó al cambiar de posición, este dolor era bastante soportable. Hacen tres meses aumentó en intensidad, al terminar cada micción salen algunas gotas de sangre.

Estado actual.—La micción es entrecortada y dolorosa, acusa dolor á la palpacion en el periné é hipogastrio y en la extremidad del pene; por el tacto rectal se siente un cuerpo extraño en la vejiga.

Diciembre 16.—*Operación.*—Incision de 6 cent: en la línea media de la región hipogástrica, se llenó de agua esterilizada la vejíga, incision de 4 cent. en ésta, extracción de un cálculo de tamaño y forma de una oliva, pssa 0,75 gramos.

Sutura en dos planos de la vejiga sutura de la pared sonda permanente, curación, vendaje, á la tarde

sálese la sonda empujada por un coagulo, es esterilizada y se la vuelve á introducir.

Diciembre 17.—Edema muy marcado del prepucio, balanitis á consecuencia de haberse usado, por descuido glicerina fenicada al 5 %. Se le ponen fomentos de ácido bórico, á la tarde vuelve á salirse la sonda, su introducción es difícil por estar inflamadas las partes; se deja sin sonda el enfermito. Orina expontáneamente. La orina empieza á salir más clara, con menos sangre.

Diciembre 19.—La herida operatoria está bien, el enfermo no acusa dolor ninguno, se sacan dos puntos de sutura.

Diciembre 21.—Se sacan todos los puntos de sutura; la herida está casi completamente cicatrizada.

El edema del prepucio casi desaparecido.

Diciembre 30.—Salede alta curado. Operador Dr. Viñas.

Servicio Dr. Castro Sala 3ª Cama 24.

Anibal Vaillatte. Fecha de entrada 9 Febrero 98.

Diagnóstico: Cálculo vesical 9 años, brasilero, no vacunado.

Antecedentes hereditarios.—No tienen importancia.

Antecedentes personales.—negativos.

Enfermedad actual.—Hace como dos años empezó su enfermedad; Inicióse con un ardor interno que sintió después de orinar y casi siempre durante la miccion, orinaba frecuentemente y aunque no como deseaba, pues había veces en que por más esfuerzos que hiciera la orina no salía, orinaba otras veces con facilidad en chorro grueso, pero de corta duración.

El apetito, las digestiones se encuentran bien.

Estado actual.—Haciendo la exploración con el aparato de Guyón se percibe un ruido metálico, un cuerpo rosa de una manera áspera con el explorador; el tacto rectal es doloroso pero á la palpación se nota que en la vejiga se encuentra un cuerpo duro del tamaño de un huevo de paloma moviéndose facilmente á la presión del dedo que lo puede llevar en distintas posiciones. En la orina se suele observar uno que otro coágulo cruórico pequeño.

Febrero 15.—*Operación.*—Incisión en la línea media desde la sínfisis del púbis, hácia arriba, de 5 centímetros; se separan los piramidales y los rectos, se llega así á la vejiga que se encuentra distendida por la iuyección previa de 200 gramos de agua. Se encuentran las venas del plexo de Santorini muy inyectadas, se separan, se abre la vejiga en la misma dirección que se había abierto la piel, se da salida al líquido que se había inyectado, y con la pinza de cálculos se toma el cálculo que es del tamaño de un huevo de paloma, muy duro, de coloración citrino grisácea. Se lava la vejiga se sutura esta en dos planos, sutura de los músculos y aponeurosís, sutura de la piel dejando una mecha de drenaje en la parte inferior. Sonda permanente.

Febrero 17.—Se cambia la curación, en la mecha de drenaje hay un pocc de pús. Se vuelve á hacer hervir la sonda que vuelve á colocarse.

Febrero 19.—Se le saca la sonda.

Marzo 7.—Sale de alta completamente curado.

Sevricio del Dr. Castro Sala 3ª Cama 22.
José Miranda. Fecha de entrada 22 Octubre 98.

Diagnóstico. Cálculo vesical, agentino, 8 años, vacunado.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de tuberculosis intestinal, la madre es sana.

Antecedentes personales.—Hace 4 años tuvo sarampión.

El padecimiento actual empezó hace dos meses con dolores en el bajo vientre al caminar y correr, siendo sumamente intensos al concluir de orinar; con estos síntomas ingresa á este servicio.

Estade actual.—Estado general bueno.

Examinando la vejiga por el tacto abdominal y rectal no se nota nada; pero el chico dice orinar con dolor y que este dolor se localiza en la extremidad del miembro. Orina á pequeños chorros, y varias veces en el día y por la noche, nunca ha orinado sangre. La orina es clara, algo turbia, presentado al análisis microscopico sales de fosfatos, leucocitos en cantidad, y una pequeña cantidad de albùmina.

Sondando la vejiga con el explorador de Guyón se siente un cuepo que raspa el tallo metálico.

Operación. (Octubre 25). *Talla hipogástrica. Extracción de un cálculo moriforme* de oxalato, de 4 gs. 10 de peso.

Noviembre 4.—Los puntos de sutura han supurado, la herida se ha abierto, quedando una fístula en comunicación con la vejiga por la cual sale orina. Edema del prepucio y escroto: Uretritis. Fiebre.

Se le hicieron baños de asiento calientes, lavajes abundantes con agua boricada, y se le puso una sonda en permanencia en la uretra.

Actualmente no tiene fiebre, el edema ha disminuido algo.

Se contiuúa con la misma curación dos veces por día.

Diciembre 5.—Ha continuado mejorando rápidamente. La fístula vesical se ha cerrado permaneciendo solo en la parte media de la herida un pequeño brote carnoso. No hay uretritis ni cistitis.

Cauterización con cloruro de zinc 10°/. de la herida abdominal.

Diciembre 29.—Alta. Sano. En la herida operatoria se ha formado una cicatriz ancha de dos centímetros.

Servicio del Dr. Castro. Sala 23.

Guillermo Verardi. Entrada 19 Setiembre.

Diagnóstico. Cálculo vesical, 38 meses, argentino, vacunado.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 8 meses tuvo convulsiones que le duraron hasta los 2 años, coincidiendo con el sarampión que le duró 8 días. no teniendo otra enfermedad hasta los 14 meses, en que empezó á sentir dificultad en la micción por lo cual ingresa al servicio.

Estado actual.—Uu niño de constitución buena. Se advierte en él un estado de agitación extrema.

Tiene poliakuria y en las orinas se ha encontrado sangre. En el momento de orinar parece experimentar dolor pues llora tomándose el miembro y estirándolo.

Se encnentra en las deyecciones un parásito vermi-

forme que el exámen microscópico dice ser un ascaris lumbricoide.

Se le administra santonina 0.05 centíg: y un purgante. Se da cloroformo y se hace la exploración de la vejiga, la cual se practica con el explorador de Guyón. Se siente roce, el ruido de un cálculo blando, sintiéndose la vejiga espesada.

Setiembre 22.—Se hace la talla hipogástrica, se practica la incisión de la vejiga, en la que se encuentran mucosidades y un cálculo un poco más grande que una avellana, y el exámen del laboratorio dice ser de ácido úrico pesa 3 gs. 50 es finamente granuloso de color amarillo leonado.

Octubre 5.—Se encuentra sano. Operador Dr. M. Viñas

Servicio del Dr. Castro. Sala 3ª. Cama 34.

Emilo de Barbíeri. Fecha de entrada Juulio 16.

Diagnóstico. Cálculo vesical, 11 años argentino, vacunado.

El padre, según refiere la madre del niño, murió de una afección aguda al pecho. La madre vive, es sana, no ha tenido enfermedades que merezcan mencionarse.

Antecedentes individuales.—No ha tenido enfermedad ninguna hasta hace tres años; desde esta época, ha tenido dolores que se localizan en la pelbis; cada vez que quería orinar sentía dolor, orinaba poco y con dificultad; tuvo antes retención dc orina, y el chico refiere que le vienen deseos de orinar y no puede; algunas veces después, de esfuerzos repetidos consigue orinar, y orina con sangre. Ha notado en la orina filamentos blancos que él dice que parecen hilos: tiene

deseos frecuentes de orinar, orina algunas gotas y nada más cada vez.

Estado actual.—Se presentó en el servicio en un estado general bueno, manifestando dolores al orinar. Hematuria, poliakuria y poliuria.

Los dolores se localizan en el hipogastrio, encima mismo de la sínfisis pulbiana.

Al tacto rectal manifiesta dolor y se siente un cuerpo duro en el fondo vesical. Con el explorador de Guyon se siente un cuerpo movible que hace ruido bajo el explorador.

Jurio 19. *Operación.*—Talla hipogástrica. Extracción de un cálculo del tamaño de un huevo de paloma. Es de oxalato, la superficie es lisa con algunas granulaciones muy separadas; su color es leonado claro; redondeado.

Julio 26 —Dado de alta completamente curado.

Servicio Dr. Castro. Sala 3ª. Cama 25.

Cármen Desco. Entrada 13 de Diciembre 98.

Diagnóstico. Cálculo vesical, argentina, 7 años, vacunada.

Antecedentes.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—El chico siempre ha sido sano, esta es la primer enfermedad que ha tenido y que ha empezado hace dos meses con dolores muy fuertes en la vejiga al orinar; no dan mayores detalles las personas que lo traen.

Diciembre 13.—Estado general bueno. Dolores á la micción, á veces se le interrumpe ésta bruscamente. Miembro en ligera erección, siente dolores en éste que lo obligan á manosearlo de continuo.

Antes de ingresar al Hospital sufrió una retención

de orina por 24 horas. Se le practicó un sondaje. Salió orina turbia, y pequeñas membranas blanquecinas. Se le hizo una exploracion de la la vejiga encontrándosele un pequeño cálculo.

Diciemére 14.—Se le hace un lavaje vesical con ácido bórico y otro de formol 1/3°/₀₀.

Diciembre 20. *Operación.*—Operador Dr. M. Viñas. Talla hipogástaica. Incisión de 0.06 centim; parte inferior de la línea media, separando la piel, aponeurosis, músculos.

Separacion del fondo de saco peritoneal anterior. Se toma la vejiga con una pinza crina se incinde en todo su espesor, ea un largo de 0.02 centim. Se extrae un cálculo vesical alargado redondəado en los extremos y en la parte media estrechado; en forma de reloj de arena pesa 5 gs. 70; es de fosfatos de color blanquecino. Salió juntamente sangre y líquido turbio.

Vejiga infectada.—Se hizo un lavaje abundante con solución, débil de ácído fénico. Se suturó completamente la vejiga puntos no perforantes. Se sutura en parte la capa muscular y la piel, dejándose en la parte media de la incision uu drenaje de gasa. Vendaje, sonda metálica permanente.

Diciembre 31.—Supuración vesical y uretral desaparecida. La herida operatoria se ha abierto teniendo un ancho de 0.02 centim. y largo de 0.04 centim. en el fondo y parte media existe una fístula que comunica con la vejiga.

Se contiúa con los lavajes de formol 1/4 °/₀ y sonda en permanencia.

Enero 31.—La herida operatoria ha ido estrechándose poco á poco, actualmente se encuentra cicatrizada, orina perfectamente por la uretra.

Enfermos operados por el Dr. Nicolás Repetto en el servicio de niños del Hospital San Roque

Servicio del Dr. Araoz Alfaro. Cama 45.

Entrada en el hospital Agosto 5/87.

Diagnóstico. Cálculo urinario expulsado casi expontaneamente.

Francisco Agüero, 4 años, español. Fecha de salida Setiembre 10/97.

Enfermedades anteriores del niño y padecimiento actual.

Este niño fué traído al consultorio el 1º de Julio del 97 contando la madre lo siguiente: que había tenido tos convulsa hacían 2 meses y después la madre notó que el chico tenía escurrimiento de pus por la uretra y que tenía que hacer esfuerzos y sentía dolor durante la micción, la orina turbia. Se le examina bajo anestesía clorofórmica, se encuentra la uretra libre, tanto con sonda de goma como de metal, se encuentra la vejiga libre á la palpacion bimannal. No se instituye ningún tratamiento y se aconseja á la madre traiga de nuevo el niño al hospital dentro de un mes para proceder á un nuevo exámen.

En Agosto 5 el niño entra á la sala, tiene siempre orinas turbias con gruesos filamentos.

Bajo anestesia clorofórmica se examina la uretra y la vejiga y no se encuentra nada. Se examinan los riñones que gracias al cloroformo se pueden palpar muy bien. Se encuentra que el riñón izquierdo es evidentemente más grande que el derecho, su superficie es lisa, y es mucho más movible que el derecho. Este fué el resultado del nuevo exámen.

En la noche del 25 de Agosto el niño se queja mucho de que no puede orinar. Concurre el practicante de guardia Sr. Barrionuevo y encuentra que por la uretra aparece un cuerpito de color blanco, lo extrae con una pinza. Tiene la forma y volúmen de una semilla de naranja, es un cuerpo mineral.

En Setiembre 10 día de alta, tiene todavía orinas un poco turbias, no tiene otras perturbaciones.

Durante la enfermedad, la temperatura ha sido normal.

Servicio del Dr. Araoz Alfaro. Cama 42.

Entrada en el hospital, Octubre 30/97.

Diagnóstico. Cálculo vesical.

Tentativa frustrada de litotricia.

Guillermo Verardi, 2 años, argentino. Fecha de alta Diciembre 1°/97.

Aparición de los primeros dientes, 6 meses, principió á caminar un año.

Antecedentes de familia.—Padre vive, es sano, madre sana, los otros dos hijos son sanos.

Enfermedades anteriores del niño y padecimiento actual.

Sarampión á los 8 meses, al mes de tener sarampión convulsiones limitadas a la cabeza y al brazo derecho, duraron un solo día. Hace un mes que la

madre ha notado que el niño orina muchas veces al día y que para orinar tarda mucho tiempo y hace mucha fuerza.

Fué sometido á varios tratamientos; baños etc; pero todo esto no mejoró las micciones; nunca vió la madre que el niño orinara sangre.

Estado actual.—Noviembre 5. Niño muy bien desarollado y en buen estado de nutrición.

Cabeza.—Ligero ezcema impetiginoso del cuero cabelludo.

Cuello.—Bien.

Tórax.—Bien desarrollado, simétrico.

Pulmones.—Bien.

Corazón.—Tonos normales, 88 latidos por minuto, regular, igual.

Hígado.—Bien.

Bazo.—No se palpa.

Abdómen.—Desde el ombligo al apéndice xifoide hay una separación marcada de los 2 rectos.

Riñones.—No se palpan. Orina clara, transparente.

Pene.—*Testículos* y *ano.*—prepucio muy largo, el niño se lo tira constantemente.

El testículo izquierdo esta detenido en el orificio inguinal cxterno, donde se le percibe con dificultad, porque es más pequeño que el derecho. Se deja descender hasta la mitad del trayecto inguino escrntal. El testículo derecho está normal en el fondo del escroto derecho.

Se explora la uretra y la vejiga bajo anestesia clorofórmica. Dos sonditas de goma endurecidas introducidas, no dan ninguna sensación especial, se extrae algunos gramos de orina límpida que tiene en sus-

pención cuerpos puutiformes que no se sabe si provienen de la vejiga ó del vaso sucio en que se recojió la orina.

Haciendo el tacto rectal conbinado con la palpación abdominal se siente dentro de la vejiga un cuerpecito duro redondeado del tamaño de una arbeja que se desliza facilmente entre los dedos y cambia de posición dentro de la vejiga. No se hacen tentativas de extracción de este cuerpo extraño porque no se dispone de un litotrictor ni de una pinza para cuerpos extraños de la vejiga.

En Novíembre 29 en posesión de un pequeño litotrictor que se hizo construir expresamente; se hacen tentativas de tomar el cálculo bajo anestesia clorofórmica; pero no se consigue después de más de media hora pasada en tentativas. Con el litotrictor se sentía el cálculo, pero no fué posible tomarlo entre las ramas; durante estas maniobras la vejiga estaba medianamente distendida con solución boricada.

En Diciembre 1° se le dió de alta y se aconseja á la madre esperar que el cálculo se haga más grande para hacer la talla hipogástrica.

(Este enfermito fué operado después en el servicio del Dr. Castro, en el Hospital de Niños).

Servicio del Dr. Araoz Alfaro. Cama 45.

Entrada al hospital, Octubre 15/98.

Diagnóstico. Cálculo vesical.

Talla hipogástrica.- -Curada (prima).

Juan Ressano, 8 años, argentino. Fecha de alta Noviembre 15/98.

Enfermedades anteriores del niño y padecimiento

actual.—Este niño sufrió una litotricia hacen 2 años. En estos últimos meses ha vuelto á tener perturbaciones de la micción. Dos días antes de ingresar al hospital ha tenido retención aguda de la orina. Fué sondado. La retencion se ha repetido varias veces en pocos días.

Estado actual.—Octubre 20/98 niño bien desarrollado, nutrición mediocre. Por el tacto rectal combinado y palpación hipogástrica, se sienteen la vejiga un cuerpo duro ovoide, del tamaño de una avellana grande; este cuerpo está situado en el bajo fondo, y á la izquierda de la linea media y es movible. Con un explorador metálico introducido en la vejiga se sienten frotes ásperos con un cuerpo situado dentro del órgano á la izquierda de la linea media. La uretra es ás-pera, pero no hay estrechez en su calibre. Las orinas se han aclarado mucho, después que está en el servicio, sometido á lavajes vesicales diarios y á 60 centg. diarios de salol.

Operación.—Octubre 21/99. Dr. Repetto.

Cloroformo. Lavaje prévio de la vejiga con ácido bórico, se dejan 250 gramos líquido en la vejiga. Incision mediana linea blanca, punción é incisión vejiga en extension 2 cent. extracción cálculo, sutura contínua herida vejiga con seda, sutura grasa pevesical con crín, sutura con crín del plano músculo aponeurótico, dejando un poco abierto el extremo inferior para pasaje, tubo de drenaje, sutura piel; sonda en permanencia, lavaje vejiga ácido bórico, las primeras porciones salen teñidas ligeramente de sangre.

El cálculo extraído pesa 5 gramos, tiene forma oval y es del tamaño de una avellana, consistencia

muy dura, superflcie erizada de escresencias y lleno de puntos.

Octubre 22.—Curación limpia, sonda funcionó bien, 600 gramos orina.

Por la tarde temperatura sube 38°, estado general bueno. Lavaje vejiga ácido bórico.

Octubre 24.—Sonda va bien, 900 gramos orina últimas 24 horas. La orina tiene coloración oscura, se dá salol. Se dá purgante porque hacen 4 díasno defeca.

Octubre 25.—Se cambia la sonda poniendo otra nueva hervida. En las últimas 24 horas hay 50 gs. de orina. La temperatura ha bajado.

Octubre 26.—Sonda funcionó bien hay 1000 gs. orina. No hay fiebre. Primer cambio curacion, hay sangre y pus en el drenaje, se suprime el tubo y se pone gasa yodoformada.

Hay pus en los puntos de la mitad superior sutura. Se sacan todos los hilos, herida permanece cerrada. Nueva curación, lavaje de vejiga con ácido hórico.

Octubre 28.—Se nota por primera vez salida abundante de orina, por extremidad inferior herida hipogástrica. Sigue sonda permanente.

Octubre 30.—Sonda ha funcionado bien. La curación está seca; lavaje vejiga con ácido borico.

Noviembre 9.—Sonda ha funcionado bien, no ha vuelto á salir orina por la herida.

Noviembre 13.—Herida curada, se suprime la sonda, orina sin sonda perfectamente, chorro grueso, fuerte, las orinas turbias.

Diciembre 2.—Viene al consultorio: cicatriz bien,

orinas claras, micción normal. La temperatura en general ha sido normal.

ANALISIS

Hospital San Roque Dr. Repetto

ANALISIS FISICO		ANALISIS QUIMICO	
Densidad.	1. C. 11	Urea.	12.36°/oo
Reacción lig. acida.		Fosfatos. . . .	0.55°/oo
Color, amarillo pajiso. . . .		Cloruros	3.10°/oo
Aspecto, turbio		Albúmina. . .	0.55°/oo
Sedimento, sí hay			

ANALISIS MICROSCÒPICO

Algunas células epiteliales, pavimentosas, aisladas, leucocitos algunos cosinófilos, gran cantidad de glóbulos de pús aislados y agrupados en seudo cilindros. No hay ningún elemento renal.—Buenos Aires Octubre 15/98.—*L. M. Calviño*.

E. RODRIGUEZ GONZALEZ.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La talla hipogástrica es el tratamiento de elección en los cálculos de la vejiga en los niños.

—

Consideraciones acerca del diagnóstico de la tuberculosis aguda del pulmón.

—

Diagnóstico diferencial precoz de los estados tifoideos.

—

En los casos de pseudo-angina diftérica en los niños debe practicarse una inyección preventiva de suero antidiftérico.

Buenos Aires, Noviembre 15 de 1901.

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor Manuel Blancas, Profesor titular Dr. Alejandro Castro y Profesor suplente Dr. Nicolás Repetto para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. R. FERNANDEZ.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Noviembre 22 de 1901.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Ercilio Rodriguez Gonzalez. «En el local de la Facultad á « 21 de Noviembre de 1901, reunida la Comisión que « subscribe, encargada de dictaminar respecto de la « admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alum- « no Ercilio Rodriguez Gonzalez que versa so- « bre «Cálculos de la vejiga en los niños», resolvie- « ron admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados:—M. BLANCAS.—ALEJANDRO CASTRO.—NICOLAS REPETTO.—*Cárlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

FECHA UT SUPRA.

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

J. R. FERNANDEZ.
Zenón Aguilar.

BIBLIOGRAFIA

ERICHSEN: *Patología y clínica quirúrgica.*

SAINT GERMAIN: *Chirugie des enfants.*

BOUCHARD: *Maladies par rallentissement de la nutrition.*

LE DENTU ET DELBET: *Traite de chirugie.*

GUYON: *De la vessie et de la prostate.*

GRANCHER, COMBY MARFAN: *Maladies de l'enfance.*

HOLMES: *Maladies chirurgicales des enfants.*

Revue de vois urinaires.

ESBACH: *Les calcules. La pierre dans la vessie*

Y. GREIG SMIT: *Chirurgie abdominal.*

TILLAUX: *Traite de chirurgie clinique.*