AÑO 1910. N.º 2131.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE LA LITIASIS URINARIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTUTO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO VITÓN

Ex-ayudante del Laboratorio de Higiene Experimental, por concurso de clasificaciones (1905-06)

Ex-practicante menor interno y mayor interno del Hospital Nacional de Clínicas, por concurso de clasificaciones (1908-09-10)

Ex-practicante del Hospital Oftalmológico

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1910

CONSIDERACIONES SOBRE LA

LITIASIS URINARIA

AÑO 1910. N.° 2131

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE LA LITIASIS URINARIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTUTO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO VITÓN

Ex-ayudante del Laboratorio de Higiene Experimental, por concurso de clasificaciones (1905-06)
Ex-practicante menor interno y mayor interno del Hospital Nacional de Clínicas, por concurso de clasificaciones (1908-09-10)
Ex-practicante del Hospital Oftalmológico

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1910

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTC DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Lfandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-lar'ngológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chucro » Ricardo Colón
Patológica interna	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Pozadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
	» Ubaldo Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DOCTOR ANGEL M. CENTENO

ACADÉMICO DE LA FACULTAD

PROFESOR DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

A MIS PADRES

Y

A LOS MIOS

INTRODUCCIÓN

Hemos elegido para tema de tésis inaugural el cuadro clínico de la litiasis urinaria. Afección frecuente, conocida bien en sus relaciones con la medicina y la cirujía, ella ha sido también, campo vasto para las investigaciones del químico y del fisiólogo.

Nada nuevo aportaremos; y en este trabajo tan modesto como desprovisto de originalidad, solo trataremos de ordenar aquellos conocimientos, definitivamente adquiridos, de la etiología, patogenía, sintomatología y tratamiento de esta enfermedad, prescindiendo « ex - profeso » de sus complicaciones y tratamiento quirúrgico qué, ensanchando considerablemente el plan que nos hemos propuesto, nos apartaría además de él, que es de pura síntesis.

Y no otro puede ser el que corresponde á quien recién va á iniciarse, lleno de sanos idealismos, en el arte de curar.

Antes de abandonar la Facultad, permítaseme recordar para expresarles reconocimiento, á los doctores Antonio C. Gandolfo, Daniel J. Cranwell, Armando Marotta, Pedro Benedit, Pedro E. de Elizalde, al lado de quienes permanecí durante mi internado en el Hospital Nacional de Clínicas, siendo objeto de enseñanzas y atenciones, así como, por igual concepto á los doctores Otto Wernicke y Adolfo Oyenard, del Hospital Oftalmológico.

Al doctor Angel M. Centeno, al maestro ilustrado y culto por excelencia que me honra acompañándome en este acto, á quien soy deudor de tantas gentilezas ,mi gratitud sincera.

Y á ellos asociaré el nombre de Juan José Vitón, hermano, y cordial amigo, afectuoso guía durante mis estudios.

CAPITULO I.

Generalidades sobre la Litiasis Urinaria

A).—Resumen histórico.—Desígnase con el nombre de litiasis urinaria al proceso patológico consistente en la precipitación y aglomeración en las vías urinarias, de elementos normalmente disueltos en la orina, debido á diversas causas y en distintas circunstancias

Notados los cálculos por Van Swieten y Sydenhan, es Scheele quien clasifica algunos de ellos como formados por ácido úrico ó urático ó lítico. Civiale, Rayer analizan su faz clínica, entre otros muchos observadores. A. Guyon, Albarrán, Le Dentu, Tuffier, en Francia ; Ord en Inglaterra ; Bigelow

y Thompson en los Estados Unidos ; Ultzmann, Loebich -e,n Alemania, debemos las más recientes adquisiciones quirúrgicas. Robin, Esbach, edifican la parte referente á su constitución química ; en fin, Bouchard traza el cuadro magistral del artritismo y clasifica la litiasis entre las enfermedades por retardo, de la nutrición.

B). — *Caracteres de los cálculos.* — La *constitución química* tiene cierta influencia sobre la configuración en el sentido que generalmente los cálculos fosfáticos amoldándose sobre un cuerpo extraño, son ovoides, y ásperos además ; que los úricos ó uráticos, son aplastados, lisos, y ovalados, lanceolados ; y que los de oxalatos son mamelonados.

El *número* de cálculos es variable y guarda una relación generalmente inversa con el tamaño. Así cuando los cálculos son pequeños están en gran cantidad. Comunmente se cuentan uno ó varios voluminosos, y con ellos, una pléyade de pequeñoscalculos. Recordemos que Civiale ha encontrado hasta cien cálculos en un caso de su observación ; Morris doscientos, y refieren German Seè que él ha podido contar más de un millar.

La *forma* puede ser esférica, ovoidea, alargada,

ramosos como adaptándose y modelando el conducto en que ha tomado origen.

El *color* varía del amarillo ó grisáceo de los uráticos, al blanco de los fosfáticos y al negrusco de los oxálicos.

La*consistencia* es variable y sobre todo acentuada para los uráticos y oxálicos, es menor y puede ser nula para los fosfáticos.

Generalmente en los cálculos se puede distinguir una zona *nuclear,* central y otra *periférica* que, dispuesta á su rededor en capas concéntricas, á veces de distinta constitución química ó de la misma también, puede ya presumirse sus caracterés por el simple aspecto macrocópico. El cálculo puede además revestir una estructura homogenea y por lo tanto uniforme. Cuando hay distinción entre ambas se hace por una gradación insensible ó por un verdadero espacio intermedio, exactamente como una piedra y su ganga.

Todos estos carácteres generales permiten previamente al análisis químico, suponer su constitución elemental, que es lo más comunmente ó de ácido úrico, puro, mezclado á uratos ó recubierto de capas fosfáticas ;de oxalto de calcio, excepcionalmente puro, y más frecuentemente asociado á uratos ó ácido úrico ; y de fosfato tribásico, de calcio, amonio y magnesia, ó fosfato amónico-

magnésico. Se pueden citar los cálculos de urato de amonio ; de fosfato ó carbonato de calcio ; de xantina ó de litina, pero todos ellos son muy raros, y clínicamente, no llaman grandemente la atención.

La *densidad* es variable y siendo más densos que la orina en que han tomado origen, la densidad varia sin embargo en grado decreciente, del oxálico al fosfático, pasando por el úrico y el urático.

La *reacción* de las orinas en que se halla un cálculo úrico ó un oxálico es ácida ; los fosfáticos requieren orinas alcalinas.

La litiasis fosfática es la que dá los tamaños más variables de cálculos desde los casi impalpables, hasta los más grandes que se conocen. Y además, es por regla general litiasis *secundaria*.

No sucede así con los cálculos uráticos y oxálicos ; comunmente *primitivos,* siendo, por otra parte, único el cálculo oxálico y múltiple el urático, con todas las excepciones que comporta una regla general.

C).— Relaciones anatómicas de los cálculos.— Varían naturalmente con el sitio en que se encuentran. Debemos considerar el *riñón* y la *vejiga* sobre todo, pues el pasaje por el *ureter* y la *uretra* es efímero dentro de la relatividad, mientras en aquellos

órganos pueden permanecer y estar latentes, meses y años, dando lugar á lesiones acentuadas. Bien es cierto que entre los peligros de la migración del cálculo, se cita la ruptura del ureter, etc., pero esto no es lo más corriente.

En el *riñón* en que, según Legeu, comunmente ambos están enfermos, están ocupados los cálices y basinetes por el cálculo. Pueden estos encontrarse —pero es lo más raro — y no hay que insistir en la gravedad clínica resultante — en el orificio del ureter.

En cuanto á las lesiones *renales* que determinan, varían según sean *asépticas* ó *sépticas,* dando origen, en el primer caso, á toda una gradación anatomo-patológica, capaz de llegar á la hidronefrosis ; ó enel segundo, á la pionefritis, pionefrosis, perinefritis,e tc.

En el caso de que el proceso es *aséptico,* las lesiones serán más ó menos acentuadas, según los caracteres del cálculo, la duración de su existencia, etc.

Microscópicamente, son procesos mecánicos de distensión los que predominan. Añadamos á ello, la atrofia y el aplanamiento celular que se produce á la larga, y la infiltración embrionaria pericanicular.

En la *vejiga,* el proceso es análogo. Por otra parte en ella, el cálculo puede estar *libre* ó *enclavado,*

que es lo menos frecuente, ya sea por proliferación parietal ;por un repliegue de la mucosa ó una brida cicatricial.

Además, la muscular de la vejiga se hipertrofia y siendo la litiasis, exponente de una decadencia orgánica y creando un medio apropiado para la pululación de los microorganismos, demás está decir que la cistitis no es rara en los litiásicos y tan poco rara es, que para los autores antiguos, era su compañero inseparable.

CAPITULO II.

Producción de los Cálculos

A).—Etiología.—Entre las condiciones etiológicas de la litiasis urinaria las hay de un orden más ó menos restringido. Asi debemos distinguir las causas *generales, individuales y locales.*

I.—*Causas generales.*—Las causas generales que son las menos manifiestas, nos revelan una desigual repartición geográfica, abundando sobre todo en Inglaterra, Francia, Grecia, y en Alemania, sólo en el reino de Baviera. En Inglaterra y Escociaincluso, en que es común se achaca grandemente al exeso de carne que sus habitantes ingieren, mientras en

Irlanda, región en que la alimentación cárnea no es predominante, la litiasis es menos abundante.

En España, Italia, el resto de Alemania, excluyendo Baviera, la litiasis es rara.

II. — *Causas individuales.* — La *raza* es digna de tenerse en cuenta. Entre ellas, la anglo-sajona tiene particular tendencia á la litiasis ; los árabes también, así como la raza amarilla en general, escapando á esta disposición la raza negra.

La *herencia* está admitida y probada desde tiempo atrás. La herencia puede ser *directa* y el litiásico ser hijo de un calculoso ; ó *indirecta* y provenir de un retardo en su nutrición, ya sea un gotoso, un obeso ó un hemorroidario.

El *sexo* es causa notada también, y el hombre paga un tributo mucho mayor que la mujer á la litiasis.

La edad, en el sentido de que el niño y el adolescente, teniendo una nutrición mucho más activa que el adulto, y habiendo sufrido menos por las causas extrínsecas, padece en proporción menor que el adulto, y, mientras en este, los cálculos son relativamente raros, comparado al viejo, en el anciano la mayor frecuencia se explica por la falta de combustión de las substancias introducidas á su or-

ganismo, y los obstáculos á la eliminación de los productos del desgaste.

La *alimentación* debe ser tenida en cuenta también, y el exceso en la ingestión de carne ;de pan ; de los productos de la caza ;de bebidas como la sidra y el champagne, tiene un papel importante en la litiasis urinaria. Los vegetales como el tomate ; las acelgas ; el cacao, el chocolate, los espárragos,l as cerezas, todos ricos en oxalatos, pueden causar, cuando son tomados en cantidades abundantes, la litiasis urinaria, sobre todo, si van acompañadas de otras causas de las anotadas ó de las que van á continuación.

Influye también la ingestión de líquidos, ya sean estos escasos — y nos referimos al agua de bebida — lo cual dificulta la dilusión de elementos químicos que se eliminan al nivel del riñón ; ó bien sean líquidos que como los vinos ricos en carbonato, en tartratos, etc., obran por los elementos químicos que contienen.

La *clase de vida* del sujeto tiene su importancia. Común en las clases acomodadas de la sociedad, influye en ello, el sedentarismo, la combustión insuficiente de las reservas que una alimentación excesiva ha acumulado en el organismo. En las clases obreras — aunque como hemos dicho es más rara la litiasis urinaria — el mucho trabajo por la

gran cantidad de ácido láctico que produce, así como otros cuerpos nocivos ; la alimentación insuficiente y sobre todo defectuosa, con gran ingestión de bebidas alcohólicas, etc. ; todas estos y otros factores más como el hacinamiento ; el aire impuro que respiran, etc., explican la litogenia en las personas á que nos referimos.

La *puerperilidad* ha sido señalada por Huchard y por Tarnier entre las rausas individuales de la litiasis urinaria.

III. — *Causas locales.* — Hemos visto cuáles son las causas más comunes generales é individuales ; ellas son sobre todo predisponentes, creando un terreno en el cual la litogenia es más fácil que en un organismo normal. Al considerar las causas locales, veremos enseguida la relación inmediata que á veces tienen con la producción de cálculos. Tal es el caso de un fragmento de sonda dejado por descuido en la cavidad vesical y dando origen á estratificaciones concéntricas de fosfatos. Es el caso de un huevo de Bilharzia Hematobia como en el sujeto observado por Zancarol.

En otras circunstancias el estancamiento de orina en un prostático retencionista, ó en un individuo

con estrecheces uretrales influye para la producción de cálculos.

Y entre los enfermos de cistitis el número de calculosos es grande, sobre todo en aquellos que son objeto de pocos cuidados en su régimen alimenticio y en el tratamiento local de su dolencia.

B). — *Patogenia.* — Tres teorías pretenden explicar la litiasis y estas son : la doctrina *química,* la *física* y la *biológica,* subdividida á su vez en *histológica* y *microbiana.*

La teoría química hace estribar la producción de cálculos en procesos de fermentación por los cuales el ácido úrico quedaría en libertad, tranformándose luego en uratos, por la combinación con los carbobonatos formados por descomposición de la úrea Pero, esta doctrina no llega á explicar porque estos elementos se aglomeran para formar los cálculos, ni la formación de los cálculos fosfáticos, etc.

La teoría física se basa en que ciertos cuerpos disueltos en líquidos que contienen substancias coloideas, se precipitan espontáneamente. Por similitud los sostenedores de esta doctrina concluyen que en la orina, cargada con substancias coloideas como el pus, la sangre, las albúminas, es posible que se produzcan cálculos .Tienen el mérito los autores de

esta teoría, de creer que ella no es absoluta y que si bien explica cierta faz del mecanismo de la litogenia, ella no excluiría la influencia que puedan tener la infección y la descamación epitelial.

Hemos dicho que los que atribuyen importancia máxima á los elementos figurados como los bacterios ó las células de los epitelios de revestimiento de las vías urinarias, son los que adoptan la *teoría biológica*. Según esta células epiteliales necrosadas ó descamadas de los tubos renales ó de la mucosa vesical ; cilindros granulosos, hemáticos, etc., formarían un núcleo qu sería centro de atracción para las sales precipitadas por otra índole de proceso *(subdivisión histológica de la teoría biológica)*.

O sino, sería la infección ambiente la que produduciría la litiasis *(subdivisión bacteriana de lateoría biológica)*, lo cual se ha invalidado por la asepticidad urinaria en ciertos litiásicos, además de que autores de la talla de Chantemesse, Widal, Podwizotzky, han hecho investigaciones que los llevan á concluir que los bacterios solo influirían en el sentido de descomponer la constitución química de la orina, ó alterar el epitelio urinario.

Seamos nosotros eclécticos ; admitamos que las sales pueden precipitarse por un proceso químico ó físico, según el caso clínico, alrededor de un nú-

cleo organizado de células urinarias ;de cilindros hemáticos ó epiteliales, ó de elementos de culquier otra naturaleza que se haya formado por necrosis celular debido á una infección local ó á un traumatismo.

CAPITULO III.

Sintomatología de la Litiasis Urinaria

Debemos distinguir la sintomatología del *cálculo renal* durante su estadía en este órgano, y durante su migración á través del ureter para llegar á la vejiga y allí eliminarse por la uretra. La faz emigratoria del cálculo, es lo que se traduce generalmente por el *cólico nefrítico*I En fin, trataremos la sintomatología del *cálculo vesical*.

A).— Litiasis renal.— Existen *formas frustras* que no guardan relación con el tamaño del cálculo que puede ser grande, mediano, ó pequeño. La

cantidad de orina en estos enfermos oscila alrededor de la normal ;son muy ácidas y su densidad está comunmente por arriba de 1.020. Ricas en ácido úrico que puede presentarse en la orina fresca como un sedimento rojo granuloso, es otras veces este depósito pulverulento, localizado en las paredes del vaso que las contiene, y de un color amarillento.

En otros casos, en que la litiasis es también insidiosa, se trata de un niño ó de un adolescente llevado por las necesidades ordinarias de la vida á un ejercicio hasta entonces inusitado, quien acusa pesadez en la región lumbar, que á veces tiene dolores difusos en el abdómen,irradiándose á los miembros inferiores y á los que se añade un gran síntoma : la polakiuria. Es Le Dentu quien ha dado su justo valor á este signo. Y con él coincide la existencia de cilindros hemáticos en la orina ; si hay sensación de peso en el flanco, se tiene derecho á presumir la litiasis renal. Y no son acaso estos los tres signos capitales, aunque muy atenuados, de un cálculo situado en el riñon ? Sin embargo, todas estas formas frustas de la litiasis renal son las más raras y aquella aparece con su sintomatología más ó menos completa, pero suficientemente precisa.

Litiasis renal manifiesta.—Ella se debe generalmente á los gruesos ó medianos cálculos. El en-

fermo acusa un dolor sordo, otras veces agudo, que él localiza en las masas musculares lumbares. Se irradía al dorso, al abdómen, aún al otro riñón (sinalgesia refleja de Guyon). Al dolor acompañan transtornos de la micción : disuria, oliguria ; polakiuria sobre todo, con oliguria. Aparecen hematurias sea espontáneamente, sea, lo que es más común, en ocasión de un esfuerzo, de exceso de trabajo, etc. El reposo las atenúa y el ejercicio las exacerba, lo cual les da todo el aspecto de hematurias provocadas tan distintas de las hematurias del tumor ó de la tuberculosis renal ; la presencia de cilindros hemáticos en los sedimentos ; la cistoscopía que permite ver la eyaculación ureteral de la orina sanguinolenta. A veces la orina puede ser fuertemente coloreada ; otras es histológicamente hematúrica.

Los signos físicos son escasos si no va acompañada de descenso del riñón, de hidronefrosis, etc., procesos que permiten la palpación del riñón en grados más ó menos extendidos.

Tuffier ha encontrado y descripto con el nombre de « colisión crepitante » un signo que consiste en percibir por la palpación bimanual, una crepitación seca al nivel del riñón que descendido se aprecia al través de las paredes del abdomen.

Dieulafoy señala la sensación de latidos en la región renal, acusada por el enfermo pero este sig-

no carece de importancia desde que no es muy frecuente en la litiasis, y puede encontrarse por el contrario fuera de ella, en el abceso renal, en los histéricos, en los neurópatas, etc.

La radiografía nos puede ayudar dentro de ciertos límites. El cálculo oxálico aparece netamente en la pantalla ; el fosfático más difusamente que el anterior. En fin, el urático rara vez se acusa á la radiografía según Albarran y otros autores aunque los hay que sostienen precisamente lo contrario.

Obstaculizan hasta cierto punto la radiografía, los movimientos del riñón, impresos por la respiración, el grado de nutrición del sujeto, etc.

B) *Cólico nefrítico*.—A veces su comienzo es brusco ; otros es progresivo. Se acusa por un dolor violento en la región lumbar correspondiente ; aumenta por paroxismos y análogo á la sensación de una desgarradura interna, es de una acuidad desesperante. Se irradia á la vegiga, á la uretra, al escroto y sobre todo al testículo que se retrae hacia el anillo inguinal externo por el espasmo del cremaster.

Esta irradiación testicular, es sumamente importante para el diagnóstico pues casi es un signo ca-

racterístico. En la mujer es su homólogo la irradiación dolorosa hacia los grandes labios.

El enfermo se acuesta sobre el lado opuesto al riñón afectado ; se pliega en dos en su lecho y si camina lo hace con el cuerpo inclinado para producir la relajación de la región dolorida.

Existe una hiperestesia hipogástrica, rectal, pe--rineal, etc. y el examen objetivo del enfermo por tal razón se dificulta á punto tal que el más ligero roce llega á hacerle prorumpir en gritos.

El pulso rápido, es pequeño ; el cuerpo se humedece por un sudor frío ; y los vómitos que aparecen son primero alimenticios para hacerse luego biliosos.

La orina es concentrada, obscura, rica en uratos, muy ácida, cuando la litiasis es úrica, y su reacción es alcalina cuando se trata de litiasis fosfática.

El dolor no es fijo ; además de su irradiación, va progresando en igual sentido que el cálculo, hacia la vejiga. El ureter, doloroso, á travez de las paredes abdominales, puede á veces palparse en la parte media de los rectos anteriores, como una cuerda sensible.

El cólico nefrítico dura de varias horas hasta varios días, procediendo entonces por paroxismos y, con ligeros períodos de calma, puede prolongarse durante varias semanas.

Con la llegada del cálculo á la vejiga cesa el

cólico y por lo general, instantáneamente, salvo el caso que sea producido por varios cálculos sucesivos. Es una sensación inmediata de alivio y bienestar que puede ser duradera si el cálculo es único, ó efímera hasta que llegue la faz emigratoria del siguiente.

La orina frecuentemente contiene sangre, acusable á la simple vista. Cuando no es microscópica su existencia, la revela el examen del sedimento en que hay gran cantidad de glóbulos rojos y cilindros hemáticos, etc. á veces.

Cuando cesa el cólico, con la sensación de bienestar aparece la orina abundante, « nerviosa », á menudo rosada su coloración y con ella es arrastrado generalmente el cuerpo del delito.

Entre otros métodos de exámen se puede citar el tacto rectal que permite precisar la posición que á veces ocupa el cálculo antes de llegar á la vejiga y las condiciones en que verifica su progresión.

A veces el enfermo acusa poco dolor y solo la abundancia de las hematorias permiten basar el diagnóstico. Es la forma hematúrica del cólico nefrítico.

Un signo de certidumbre sería el cateterismo ureteral que revelaría la existencia del cálculo. No hay que añadir cuán poco práctico y difícil es efectuar tal exploración.

Otro signo con igual carácter de impracticabilidad comunmente, es la cistoscopía que permitiese notar el edema ureteral correspondiente al lado enfermo ; la eyaculación urinaria intermitente y sanguinolenta.

Ya hemos visto cuál puede ser la duración del cólico ; veamos cuál es su frecuencia. Hay sujetos que no han tenido más que un cólico ; los hay que los ven producirse á continuación de cada desarreglo en su vida ordinaria. La repetición de los cólicos trae á veces la atenuación gradual de los dolores, á lo cual tal vez no sea ageno el acostumbramiento.

A veces el dolor no desaparece del todo y el sujeto acusa un adormecimiento constante de la región lumbar que coincide á veces con un dolor testicular ó la tumefacción del mismo como lo describió Dieulafoy.

En ocasiones el cálculo se detiene en su marcha á través del ureter. Entonces el dolor es continuo, profundo, tenaz ; aumenta por la presión y palpación y las hematurias llegan al máximo de frecuencia, prestando en estos casos un gran servicio el tacto rectal.

C)—*Litiasis vesical.*—La litiasis vesical se pue-

de *presumir* y se puede *afirmar* según la sintomatología que nos dá el enfermo.

Signos presuntivos. Predomina el *dolor* que es espontáneo ó provocado, siendo en el primer caso sordo, vago, como un peso en el periné, dolor que irá aumentando en el curso de la enfermedad. Irrádiase al testículo al escroto, al pene, revistiendo en el último caso el aspecto de un prurito, de un ardor que lleva al enfermo á malaxar el pene haciéndoles caer en la masturbación.

Guyon ha insistido sobre la irradiación al dedo gordo y los autores americanos sobre la *podalgia,* ó sea la irradiación al pié.

Los dolores provocados no implican que la vejiga sea asiento de una inflamación pues con exclusión de ella aparecen en ocasión de la equitación, de la marcha, etc., y sobre todo la exploración ó distensión vesical. Es curioso notar que cierta clase de movimientos comunicados como ser el que produce el tranvía, el tren, etc., no causan tanto dolor como los citados más arriba, lo cual se atribuye á la oscilación horizontal que imprimen al sujeto, evitan que el cálculo se ponga en contacto con el cuello vesical, punto en el cual la sensibilidad de la mucosa se acusa en grado máximo.

Hemos dicho que entre los dolores provocados está la sensibilidad á la distensión por un líquido inyectado en la vejiga, sensibilidad que se traduce también por la disminución de la capacidad vesical.

El dolor predomina y se exacerba al fin de la micción, existiendo muchas veces solo en este momento. Por igual razón que la invocada anteriormente, el orinar de pié es más doloroso que el hacerlo acostado.

Existe además polakiuria y alguna vez la micción puede ser entrecortada por obstrucción de la luz del cuello vesical por el cálculo.

La hematuria guardando relación con el movimiento y el reposo es un signo excelente y generalmente es prolongada pudiendo ser parcial ó total.

Signos de certidumbre. El tacto rectal ó vaginal si bien á veces dan sus resultados y deben no descuidarse en el exámen del enfermo, no son de importancia capital.

La exploración vesical es el método por excelencia para la investigación de la litiasis vesical. De ella se prescindirá en los infectados, en los febritantes y en los intoxicados. Usando la anestesia general, la cistitis no es un obstáculo y usando con

más rigor, si acaso es posible la asepsia y la antisepsia.

Entre los instrumentos son los más usados el explorador metálico vesical de Guyón y el de Thompson desarmable y cuyo mango, al ser separado, deja la entrada libre al tallo metálico que es una sonda .El explorador de Guyon que corresponde á los grados 16-18 de Charrière, tiene además cuatro grados de curbatura para adaptarse á los diversas uretras.

El enfermo con la pelvis levantada, piernas en flexión y rodillas separadas, se procede á la exploración, pudiendo haber hecho la anestesia local con la antipirina en solución al 3 %, precedida de un lavaje vesical .En cuanto á los detalles de la introducción del explorador, de los escollos á evitar, etc. entran todos ellos más en la índole de un tratado de urología que en obras del carácter de la nuestra. Sinteticemos diciendo que se lleva el explorador al fondo de la vejiga, percutiendo suavemente con su pico, gracias á movimientostos de su mango, lo cual se repite al retroceder una vez alcanzado el fondo del órgano en dirección al cuello de la vejiga. Así se habrá explorado la zona vesical más común para la localización calculosa, percibiéndose en los casos positivos la sensación inconfundible del roce áspero del cálculo, realmente característica.

Gracias á pequeños artificios fácilmente imaginables, se puede presumir la forma, tamaño, estado de la superficie, etc., del cálculo.

Los cálculos pequeños podrán escapar á la exploración, pero los aparatos inventados para sustituir al explorador de Guyon en este caso, han sido abandonados por infieles. La hipertrofia de la próstata puede formar un fondo de saco en el cual desaparezca un cálculo, más elevando la pelvis del enfermo y el mango del explorador, lo que hará descender el pico, se obtendrá generalmente el éxito. En cuanto á los cálculos enkistados y encapsulados, sólo puede interesar al clínico como simple especulación científica.

La cistoscopía también puede revelarnos la existencia de un cálculo, siendo por tanto medio tan importante como la exploración vesical, aunque su aplicación no es tan fácil para el médico práctico.

Iguales caracteres contradictorios de exactitud é impracticabilidad que la cistoscopía reviste la radiografía pero además como la radiografía en litiasis renal, tiene poco valor cuando se trata de cálculos uráticos.

CAPITULO VI.

Diagnóstico

El diagnóstico, sin posibilidades de error cuando la radiografía renal ó vesical; la cistoscopía, la exploración vesical ha dado resultados positivos, puede tener sus dificultades cuando todos estos medios han escollado. Debemos analizar metódicamente la litiasis renal, el cólico nefrítico y la litiasis vesical.

A). — *Litiasis renal.* — La litiasis renal puede confundirse por su sintomatología con otras dolencias y es sobre todo la hematuria lo que se presta á confusión. En primer lugar la *tuberculosis renal,*

no cuando es miliar, sino cuando el proceso es en focos más ó menos extensos, tiene entre sus síntomas más constantes la hematuria, pero esta es conjestiva y no guarda relación con el reposo y el ejercicio; es verdaderamente una hematuria semejante á la hemóptisis. Por otra parte, rara será la lesión bacilosa del riñón, sin que las vesículas seminales, los canales deferentes, la próstata, estén atacados simultáneamente.

Los *tumores renales* producen hematurias pero lo hacen comunmente cuando ya el tumor se palpa, esto es, tardíamente y cuando ya otros signos, como el descenso del peso, enflaquecimiento, etc., han tenido tiempo de aparecer. Estas hematurias se repiten á largos intervalos y son completamente caprichosas en su producción.

La *hemofilia renal*, de los autores alemanes, tan bien estudiada por Senator, tiene de característico la aparición y desaparición brusca, sin nada que la haga prever y todos los demás signos de la hemofilia que la acompañan.

La *neuralgia renal* en los neurópatas del sexo masculino; acompañando á la menstruación, entrando en la sintomatología del tabes, tiene de la litiasis solo el dolor, pero carece de las irradiaciones que hay en esta, de los transtornos de la micción, etc.

Podría hablarse del *lúmbago* con su dolor bila-

teral, en las masas sacrolumbares que aumenta con la presión y los movimientos ; de la *neuralgia lombo abdominal* con sus múltiples puntos dolorosos pero el cuadro sintomático de la litiasis dificilmente lo dan completo y ya los transtornos de la micción en un caso ; ya el punto doloroso máximo al nivel de la 12.ª costilla, según Le Dentu, permiten la diferenciación.

B).—Cólico nefrítico.—Si este es semejante á la descripción clásica, no hay que insistir sobre su diagnóstico. Ma no siempre es así. La *úlcera del duódeno,* la *colitis mucomembranosa,* la *prostatitis aguda,* las *crisis dolorosas renales tabéticas,* descriptas por Maurice Raynaud, pueden simularlo, si no fuera que los antecedentes gastro intestinales, blemorrágicos, sifilíticos, y el examen del enfermo, el estado de sus reflejos ayudan á despistarlo.

Es con la tríada de Dieulafoy, esto es, con el punto doloroso de Mac-Burney, la hiperestesia cutánea y la resistencia muscular, así como por la falta de hematurias que distinguiremos el cólico nefrítico, de predominio urinario en su sintomatología, de la *apendicitis,* capaz de simularlo.

El *cólico hepático* se caracteriza por su localización dolorosa al nivel del hígado, su irradiación al

hombro y á la espalda derecha, la icteria ó subicteria consecutiva ; y los caracteres de la orina, biliosa en la litiasis hepática y hematúrica en el cólico nefrítico, son signos de gran importancia.

En la mujer si no fuera por antecedentes que rara vez faltan,l a *salpingitis, la ovaritis, salpingovaritis* que es más común, pueden confundirse con el cólico nefrítico pero un examen prolijo y una anamnesis ordenada, evitarán en la mayoría de los casos, error.

Fenómenos dolorosos, acompañados de vómitos fecales ó fecaloides ; falta de expulsión de las heces y de los gases intestinales ; los caracteres del pulso ; así como la existencia anterior de una hernia, irriductible recientemente ;la escasa edad del enfermo, ó por el contrario, la vejez del mismo, harán pensar en una *oclusión intestinal* ; harán diagnosticar la *hernia estrangulada,* la *invaginación intestinal* ó el *vólvulo,* robustecidas estas hipótesis por la ausencia de sintomatología urinaria.

No hablemos de la oclusión crónica que sobreviene en el *cáncer del intestino grueso* ó en un sujeto afectado de *peritonitis bacilosa* que difícilmente dada su riqueza de semiología intestinal ó peritoneal y la marcha de la dolencia, así como el estado del sujeto, pueden simular la acuidad del cólico nefrítico.

En fin, si el enfermo es portador de malformaciones congénitas y aparece en él el cuadro de oclusión intestinal, rápidamente agravado, se pensará en el estrangulamiento interno por aprisionamiento del intestino en un divertículo de Meckel ; ó si hay antecedentes de procesos apendiculares, peritoniales, etc., se podrá suponer la existencia de una brida fibrosa.

C). — *Litiasis vesical.* — La *cistitis* la distinguiremos por su triada sintomática que siempre debe ser tal sin permitirse que haga defecto uno siquiera de sus tres signos capitales, esto es, la polakiuria, el dolor, y los caracteres de la orina, el cual conjunto falta en la litiasis aséptica.

La *hipertrofia prostática* difiere absolutamente por su retención ó incontinencia de orina, la polakiuria sobre todo nocturna, la marcha de la enferdad, la edad de los sujetos y el tacto rectal que revela el aumento de volúmen del órgano, así como la escasa importancia de los dolores, en regla general, substituídos más bien por transtornos vagos y mal definidos.

Los caracteres de la hematuria, su repetición caprichosa, la evolución de la afección y la cistoscopía

diferenciarán los *neoplasmas* de la litiasis vesical; así como la *cistitis bacilosa* con la simultaneidad de otras lesiones tuberculosas uro-genitales, la intensidad del dolor, de la polakiuria y de la adulteración de las orinas, es suficientemente caracterizada.

CAPITULO V.

Tratamiento

El tratamiento debe ser *higiénico* ó profilático, *medicamentoso* y *quirúrgico* que es el único que dá resultados positivos cuando la intensidad de los síntomas, la gravedad de los accidentes ó complicaciones, ó la duración del proceso y condiciones de vida, etc., indican recurrir á medios cruentos. Ellos son muchos y muy diversos y nosotros, tratando de la litiasis urinaria bajo el punto de vista médico, y dada la enorme importancia de los métodos y procedimientos operatorios, así como el vasto campo de sus condiciones de éxito ó de posibilidad, solo nos ocuparemos del tratamiento higiénico y del medicamentoso.

A).— Tratamiento higiénico.— Siendo la litiasis *úrica* una enfermedad por retardo en la nutrición, habrá que activarla gracias al ejercicio moderado como la gimnacia sueca ó de salón ; la marcha, el masaje, las duchas, las fricciones, pero no servirá el remo, la caza, etc., difíciles de regular y que exponen á una transpiración excesiva.

Habrá que tomar gran cantidad de líquidos para diluir las orinas, sobre todo en los intervalos de las comidas, lo cual evita la distensión del estómago, dificultando la acción del jugo gástrico. Solo se tomará en materia de vinos, los blancos muy extendidos, y es de uso agradable y útil, reemplazar el café de los comidas por agua caliente, lo más caliente que se pueda soportar, aromatizada con manzanilla que en ella se ha hecho infundir.

Los litiásicos se abstendrán de los platos fuertes, de los productos de la caza, las conservas, del pescado, carnes rojas ó negras, así como del exceso en la ingestión de los feculentos, de las grasas, de los dulces, y de ciertas substancias que como los « sesos » contienen gran cantidad de nucleina capaz de producir mucho ácido úrico.

El alcohol, la cerveza, la soda, son nocivos también, pues se les acusa de favorecer la precipitación del ácido úrico.

En la litiasis *axálica* serán iguales las prescrip-

ciones higiénicas, pero se tendrá que suprimir los alimentos que, como los tomates, espinacas, acelgas, espárragos, porotos, remolacha, y entre las bebidas, el té, el café, el chocolate, las harinas del tipo del cacao y del racahout, que contienen gran cantidad de oxalatos.

B).— Tratamiento medicamentoso.— En la litiasis *úrica* se recurrirá á los alcalinos, no abusando de ellos, pues tal proceder puede acarrear la alcalinización de las orinas con la precipitación consecutiva de los fosfatos térreos. El benzoato de litina á la dósis de cincuenta á sesenta centígramos diarios es muy útil y en Inglaterra, pais de litiásicos goza de gran popularidad. Entre tantas fórmulas son recomendables las siguientes :

Rp.

Benzoato de litina, 0.50 centígramos.
Bicarbonato de sodio, 0.25 centígramos.
Para I sello = XX.

El enfermo tomará hasta dos por día, siempre antes de las comidas. O sino,

Rp.

Benzoato de litina, 2 gramos.

Jarabe simple, 30 gramos.

Infusión de estigmas de maíz, 120 gramos. (bebida).

Esta bebida se tomará en el transcurso del día, por cucharadas de sopa (2 á 5).

El cloruro de sodio y el sulfato de sodio además de su alcalinidad, obran sobre la nutrición que acelera el primero; y como colagogo, laxante y estimulante de las funciones digestivas el segundo.

El bicarbonato de sodio en polvo, en cantidad de dos á cinco gramos diarios; la sal de Carlsbad de la cual se ingerirá una cucharada de café, por la mañana en ayunas, cuotidianamente.

La piperazina, disuelta en agua gaseosa á la dosis de uno á dos gramos por día, favorece la disolución de los uratos y el ácido úrico depositados en el organismo.

Habrían muchos más medicamentos útiles que se podrían citar, aunque no tan eficaces como los anteriores — Nos referimos á los benzoatos, al ácido benzoico, al licetol, etc.

Y citemos el agua de Vichy, la de Evian, Contrexeville y otras muchas á las cuales se puede añadir por cada litro, un gramo de carbonato de litina, y que deben tomarse en ayunas.

En la litiasis *oxálica* la medicación es casi la misma. Existen autores que dan al fosfato de sodio, ingerido en cantidad de dos gramos por día, en las comidas, la misma importancia que á la litina y á la piperazina en la litiasis úrica.

Es de gran utilidad en la litiasis *fosfática,* prescribir el salol, la urotropina que disminuyen las fermentaciones alcalinas y por lo tanto se oponen á la formación de cálculos fosfáticos.

Los fosfatos y glicerofosfatos están especialmente indicados si la litiasis coincide con un estado neurasténico del sujeto.

C).— Tratamiento médico del cólico nefrítico.— La primera indicación es calmar el dolor con una inyección de morfina, ó con enemas calientes, sean simples ó mejor, laudanizados, con supositorios de morfina, belladona, etc., aunque en realidad el único medicamento heroico es el primero de los nombrados. En seguida se impondrá un régimen lácteo absoluto suplementado con ingestión abundante de agua ó de aguas minerales como la de Vichy ú otras El reposo más absoluto está indicado y se coadyuvará con aplicaciones externas emolientes : fomentos, cataplasmas, etc.

Los baños tibios siempre que no desplacen mucho

al enfermo lo cual produciría dolor, tienen aquí su indicación.

Podrá inhalar el paciente algunas gotas de éter y se le aplicarán si acaso enemas que contengan dos ó tres gramos de antipirina y quince gotas de láudano de Sydenham por ciento cincuenta gramos de vehículo. Son también útiles enemas con tres gramos de cloral en doscientos gramos de leche, emulsionados con dos yemas de huevo.

Además se vigilará escrupulosamente la regularidad de las funciones digestivas, indicando una buena dosis de sulfato de sodio cuyas múltiples indicaciones ya conocemos.

Si los vómitos son muy abundantes, el hielo machacado, el champagne helado, las pociones de Rivière ó las cápsulas de éter y bicarbonato darán sus resultados, y hecha esta medicación, se habrá con toda seguridad aliviado al enfermo, encaminándolo á otra faz de su afección en que la higiene y el régimen harán, sino todo, la mayor parte del tratamiento, salvo que se tenga por delante, un caso en el cual, esté indicada la intervención quirúrgica.

CAPITULO VI.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

A continuación ván diversas historias de enfermos observados en el servicio del Hospital de Clínicas, que dirige el Profesor Benedit, secundado inteligentemente por su gefe de clínica, doctor David J. Fernández. Necesariamente, más de un detalle, omitido al hacer la síntesis de la litiasis, en las precedentes páginas, se encontrará en las subsiguientes, pues hemos procurado elegir las historias que lo fueran de sujetos en quienes la sintomatología se presentara más completa, sea de la litiasis renal ó cersical. Por otra parte, todos los enfermos con excepción de uno, han sido operados en el servicio de la

Sala 12ª, y nos es grato hacer constar el éxito más absoluto.

Observación 1ª.: S. M., cama nº. 9, 32 años, oriental, casado, empleado.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Enfermedad actual: Comienza hace más de cinco años, notando en sus orinas, «arenillas» rojizas. Un año más tarde tuvo dolor lumbar, gravativo, con irradiación testicular del mismo lado (izquierdo); dolor que duró quince minutos y que reaparece dos años más tarde, acompañado de retención de orina que necesitó el cateterismo evacuador, dando salida con la orina á un cálculo de 4 m. m. aproximadamente. Desde entonces las crisis han sido muy intensas y frecuentes (18) y dos de ellas han acarreado pérdida de conocimiento y posteriormente á ellas ha quedado una sensación constante de pesadez en la región lumbar, bilateral aunque más acentuada en la región lumbar izquierda. Nunca tuvo hematurias ni vómitos.

Estado actual: Orina turbia, amarillo pálida y con abundante sedimento. Hiperácida - Polakiuria, orinando siete ú ocho veces en el día y cuatro ó cinco en la noche, aunque hace un tiempo fué mucho

más acentuada — No hay disuria pero si dolor al fin de la micción. En la prueba de los tres vasos, el enturbamiento aparece en todos y en el primero hay muchos filamentos.

La inspección de la región renal, no revela nada ; á la palpación no se percibe el riñón pero el enfermo acusa un gran dolor.

La capacidad vesical es de 240 gramos. Sensibilidad normal — Testículo izquierdo un poco sensible — Su uretra permite el paso del explorador número 23.

Operación : Nefrotomía que permite la extracción de un voluminoso cálculo enclavado en el basinete izquierdo — Se le da de alta á las tres semanas.

Observación ulterior : El día de salida del hospital, hace ejercicio en exceso y tiene esa misma noche un cólico del otro lado, con estado nauseoso é irradiación dolorosa al testículo. Dura el cólico dos días que el enfermo los pasa en el hospital, reingresado, expulsando en ese tiempo tres calculitos. Dado nuevamente de alta, reaparece el cólico del lado derecho al cabo de un año, con vómitos biliosos, ligera fiebre, sudores, irradiación al testículo derecho. No se palpa el riñón — El tratamiento médico hace entrar todo en orden.

Observación 2ª. N. M., cama 15, Italiano, casado, peluquero.

Antecedentes hereditarios : Sin importancia.

Antecedentes personales : Ligera blenorragia hace veinte años que cura con remedios caseros.

Enfermedad actual : Hace seis meses nota polakiuria, más diurna que nocturna, que aumentaba con el ejercicio y disminuía con el reposo y que en los últimos tres meses ha ido acompañada de dolores expontáneos que variaben en iguales condiciones. El dolor, tomando origen en la raíz del pene, se irradiaba al bálano donde, al emitir la orina sentía un ardor muy intenso que cesaba con la micción. Solo ha tenido una ligera hematuria y nunca tuvo fiebre ni transtornos gastro intestinales .

Orina cada media hora durante el día ; y cinco ó seis veces en la noche. Disuria al iniciar la micción Chorro continuo pero ha sido entrecortado y en paso de tornillo, alguna vez. Es muy delgado y con escasa fuerza de proyección. La orina aparece uniformemente turbia en los tres vasos sobre todo en los dos últimos ; el sedimento escaso con abundantes glóbulos rojos y cristales de urato de amonio.

La inspección de la región suprapubiana no revela nada de anormal.

No hay retención y la capacidad vesical es de ochenta gramos.

El explorador de Guyon revela la existencia de un grueso cálculo áspero, ligeramente desplazable con su extremidad.

Operación: Talla vesical suprapubiana. Extracción de un cálculo voluminoso de uratos con incrustaciones fosfáticas. Surjet con catgut grueso, de la vejiga. Sutura en planos superpuestos de las paredes abdominales; á los 8 días se sacan los puntos.

La herida cierra per primam; á los quince días se le dá de alta completamente curado.

Observación 3.ª: N. P., cama 10, 51 años, italiano, casado, mozo de hotel.

Antecedentes hereditarios: Padre muerto de autrax; la madre á muy avanzada edad, habiendo sufrido de litiasis biliar.

Antecedentes personales: Sarampión y malaria en su niñez y adolescencia. Diversas blenorragias de las cuales no dá mayores detalles.

Enfermedad actual: Comenzó hace dos años con un dolor en la región lumbar derecha, acompañado

de irradiación testicular, que se retraía hacia el anillo inguinal externo por espasmo del cramaster. También se irradiaba al glande, causando la erección y ocasionando la masturbación por la sensación de prurito, que tal era la irradiación al bálano. El dolor fué seguido de hematuria total que, atenuándose poco á poco, tardó tres días en desaparecer del todo.

Desde entonces estos dolores se han repetido con mayor frecuencia pero no ha tenido más hematurias aunque sí, vómitos, en un principio alimenticio y luego biliosos ; dolor de cabeza, mareos, adormecimientos del hombro derecho ; ganas de orinar tenía durante los ataques pero las tentativas eran infructuosas y solo lograba emitir pequeñas cantidades de orina concentrada y de color rojizo.

La duración del último ataque, entrecortado por paroxismos dolorosos y períodos de calma relativa, es de sesenta días. Fué acompañado de la expulsión de un cálculo bastante grande y de varios pequeños, mientras en los días consecutivos á los ataques anteriores eliminaba cálculos de mucho mayor tamaño. El dolor se irradiaba también al miembro inferior derecho que está adormecido y al dedo gordo de ese lado y podalgia derecha.

Estado actual : Sujeto de tez pálida y desnutrido ;

mucosas descoloradas. Poco apetito ; mueve irregularmente su vientre.

La región lumbar derecha está deprimida ; el flanco del mismo lado bombeado. El riñón derecho descendido se confunde en su borde interno con la masa sacro lumbar de la cual se destaca netamente, á la palpación, por su borde externo. Arriba, la mitad superior del riñón, desaparece debajo de la duodécima costilla — Debajo, casi llega al reborde de la cresta ilíaca. A su nivel, existe una sensibilidad esquisita.

El tacto rectal no revela nada.

Orina rica en uratos y en glóbulos rojos.

Tratamineto : Dieta láctea ; reposo absoluto ; alcalinos y agua de Vichy, benzoato de litina. A los pocos días se atenúan muchísimo los dolores, ayudando al tratamiento indicado un supositorio de morfina.

A las tres semanas se le dá de alta á su pedido, completamente aliviado.

Observación 4.ª : C. Z., cama 4ª, 68 años, italiano, viudo, jornalero.

Antecedentes hereditarios : Sin importancia.

Antecedentes personales : Operado de prostatecto-

mía transvesical, con retención incompleta en un sanatorio particular hace ocho meses. Curó de su operación después de largo tratamiento de una cistitis consecutiva, dándosele entonces de alta.

A los dos meses de salir del sanatorio empieza á sentir dolor al orinar, disuria, ardor al fin de la micción y polakiuria. De tiempo en tiempo ligeras hematurias parciales. Sentía gran ardor en la extremidad del bálano y le obligaba el prurito, á estregarse el glande. Poco á poco se han acentuado estos síntomas hasta llegar á la intensidad actual, en qué, presentándose al servicio del Hospital de Clínicas, orina cada cinco minutos con dolores espantosos, teniendo la orina un color muy desagradable, es turbia, amarillo rojizo. Esta cístitis es tratada con sonda permanente, lavajes diarios de oxicianurio de mercurio y de nitrato de plata ; instilaciones de nitrato de plata, etc.

Estado actual : El enfermo marcha inclinado hacia adelante, en el lecho tiene flexionados los miembros inferiores. La micción es muy dolorosa y difícil y la polakiuria es tal que cada cinco minutos orina — El esfuerzo para emitir la orina es mayor al comenzar la micción, que siendo en un principio, en forma de chorro, termina goteando entre las pier-

nas del enfermo. Volúmen y fuerza de proyección muy reducidos.

Nutrición débil, poco apetito ó éste caprichoso. Constipación.

Orina 1200 gramos de orina turbia, de color amarillo rojizo, olor muy desagradable — Hay 1 o/oo de albúmina. En el sedimento, abundante, que adhiere por el pus que contiene al fondo del vaso, hay muchos glóbulos rojos y glóbulos de pus asi como gran cantidad de cristales de fosfato triple y urato de amonio.

Existe la cicatriz mediana y suprapubiana de la prostatectomia transvesical.

La palpación externa de la vejiga es muy dolorosa y el enfermo evita en lo posible tal método de exámen.

La exploración de la vejiga es imposible á causa de la cístitis.

Al cambiarle diariamente la sonda, se percibe una sensación rasposa que se prolonga mientras la sonda recorre los siete ú ocho últimos centímetros, experimentando el enfermo un gran dolor. El cálculo no se desplaza.

Operación : Talla hipogástrica — Se extrae un cálculo voluminoso, alargado en forma de almendra de

3 cm. de largo por 2 cm. de ancho, asentado en el trígono.

Al mes, completamente curado, se le dá de alta.

Observación 5.ª : G. Z., cama 19, 15 años, brazilero, empleado.

Antecedentes hereditarios : Sin importancia.

Antecedentes personales : Sin importancia, igualmente.

Enfermedad actual : Hace tres meses tiene dolores al terminar la micción, suprapubianos, con irradiación hacia el bálano, lo cual conduce al enfermo á la masturbación (signo que desaparece completamente después de la operación). Estos dolores son aumentados por el ejercicio y atenuados por el reposo. La frecuencia de las micciones aumentó en este tiempo siendo sobre todo la polakiuria nocturna, é influenciada por el reposo ó el ejercicio. Solo ha tenido una hematuria total que duró tres días y desapareció expontáneamente hace ya bastante tiempo. No hay disuria y sí solo dolor al fin de la micción, muy intensos. La capacidad vesical es de 90 gramos y es muy sensible la vejiga al contacto y á la distensión.

El explorador metálico permite percibir la existen-

cia de un cálculo de regular tamaño, de superficie áspera, que no se puede medir dados los sufrimientos del enfermo.

El cateterismo central acusa también la existencia del cálculo pues choca con él, el instrumento.

La orina es turbia, con abundante sedimento y su análisis revela 22 o/oo de úrea ; 12 o/oo de cloruros y 2.60 o/oo de fosfatos. Microscopicamente, muchos glóbulos rojos y glóbulos de pus.

Operación : Talla vesical, suprapubiana que permite extraer un cálculo de mediano tamaño, de superficie irregular.

Completamente curado, el enfermo es dado de alta tres semanas después.

Observación 6.ª : G. W., 27 años, argentino, soltero, empleado.

Antecedentes hereditarios : Dos blenorragias y acompañando á la segunda, una epidimitis. Dilatado hace un año del 42 al 56.

Enfermedad actual : Hace tres años nota el enfermo polakiuria que se acentúa por el movimiento y se atenuaba por el reposo. Tenía ardores durante toda la micción, exacerbados al final, transformándose poco á poco estos ardores en dolores crecientes.

Al mismo tiempo que los dolores tuvo hematurias, con igual determinismo que aquellos.

Han sido indistintamente, totales ó al final de la micción.

Estado actual : Orina cada hora y media estando en reposo y cada media hora si hace ejercicio.

Es de color amarillo rojiza, turbia y con abundante sedimento. El análisis químico no revela nada de anormal ; el microscópico, la abundancia de cristales de fosfato triple.

Hace ya días que la disuria es intensa y orina gota á gota.

Capacidad vesical igual á 90 gramos. Muy sensible á la distensión y al contacto.

El explorador número 25 pasa perfectamente acusando algunas irregularidades en la porción bulbar de la uretra y permite constatar la existencia de un cálculo vesical.

Operación : Talla vesical suprapubiana. Se la extrae un cálculo rugoso voluminoso. Cinco semanas más tarde, abandona el enfermo el hospital, completamente curado.

Observación 7.ª : C. Z., cama 20, 71 años, viudo, empleado.

Antecedentes hereditarios : Sin importancia.

Antecedentes personales : El comienzo exacto de su afección, no lo recuerda. Sabe que hace catorce años arrojó por primera vez un cálculo por su uretra, lo cual se ha repetido desde entonces, gran número de veces. Uno de ellos obstruía intermitentemente el orificio del cuello vesical, obligándole á sondarse.

La expulsión de cálculos ha sido precedida á veces de cólicos nefríticos irradiando el dolor á las bolsas, con vómitos, sudores, poliuria nerviosa, etc.

Estado actual : Desde hace seis ú ocho meses, tiene interrupciones en la micción, iniciándola perfectamente para interrumpirla en seguida, acompañándose la interrupción de intensos dolores en el meato y en la uretra — Hay polakiuria, siempre en relación con el reposo y el movimiento. Persiste, acentuada, de noche. La orina es de color ambar, turbia y con regular sedimento en que abunda los glóbulos rojos y los cristales de fosfato triple.

Dolores solo acompañan al final de la micción ó de sus interrupciones.

La vejiga es muy sensible al contacto y á la distensión. Su capacidad es de 170 gramos y en ella el explorador metálico revela la existencia de un cálculo de dos centímetros en su diámetro antero poste-

rior, el cual por la cistoscopia aparece de un color blanco brillante.

Operación : Por una talla vesical suprapubiana, se le extrae un cálculo de iguales caracteres á los anotados. A los diez días es dado de alta, completamente curado.

Alfredo Vitón.

Buenos Aires, 16 de 1910.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Antonio Gandolfo, al profesor titular Dr. Pedro Benedit y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.º 2131 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Naturaleza del cálculo é indicaciones quirúrgicas consecutivas.

Gandolfo.

II.

¿Cuál es el mejor disolvente del ácido úrico y urato ?

Benedit.

III.

Anuria refleja.

Jaime Salvador.