

Min. B. 29.10

Año 1916

Núm. 3087

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CUERPOS EXTRAÑOS DE LA VEJIGA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. ROSSIGNOLI

Ex-practicante del Instituto Jenner

Ex-practicante externo e interno del Hospital Frances
1912—1913—1914—1915

Ex-jefe de internos del mismo
1915

“LAS CIENCIAS”

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI.
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES.



CUERPOS EXTRAÑOS DE LA VEJIGA

Año 1916

Núm. 3087

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CUERPOS EXTRAÑOS DE LA VEJIGA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. ROSSIGNOLI

Ex-practicante del Instituto Jenner

Ex-practicante externo e interno del Hospital Frances

1912-1913-1914-1915

Ex-jefe de internos del mismo

1915

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI.

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES.



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

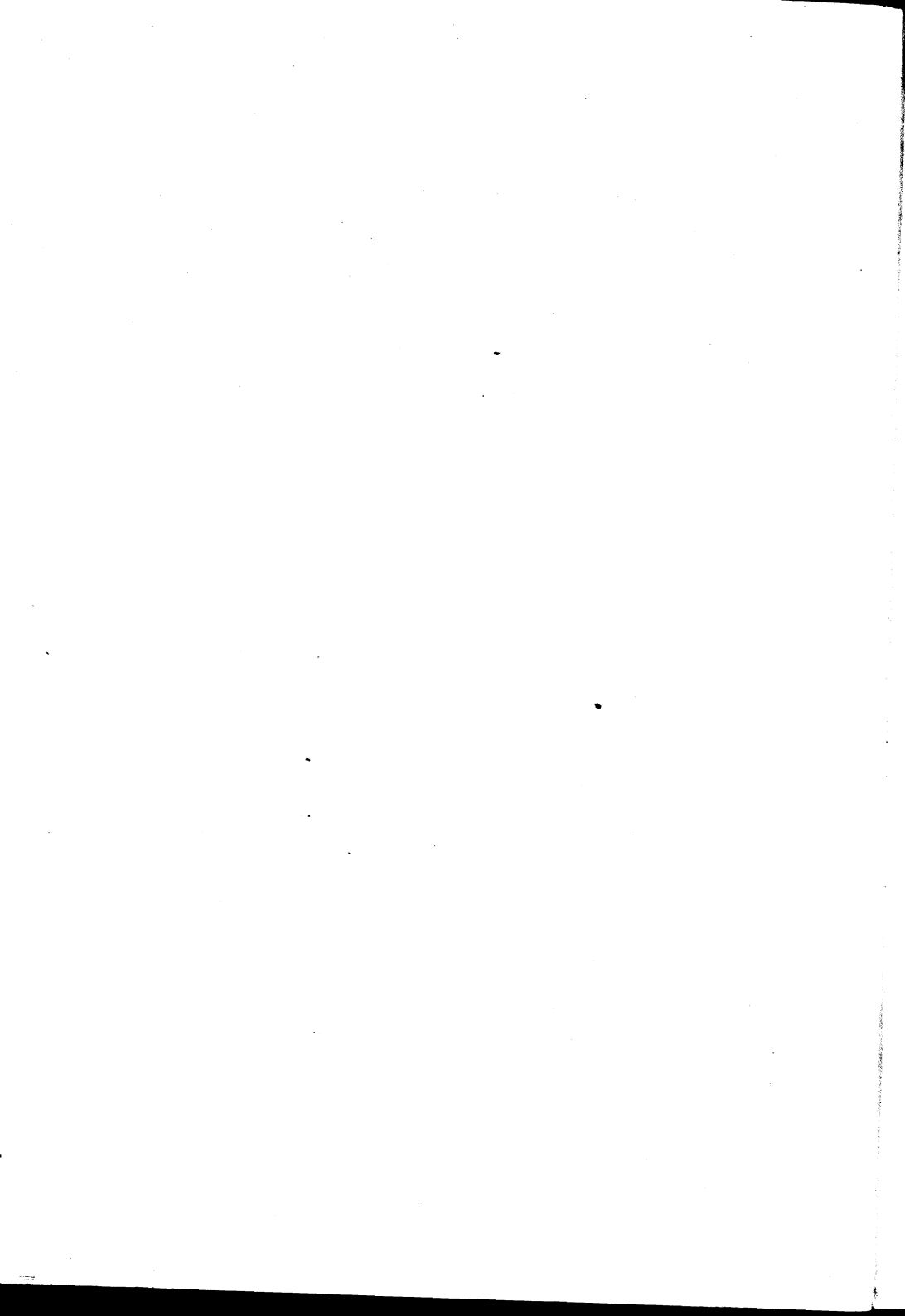
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSE PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜEMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ANGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ANGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ABEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRAN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

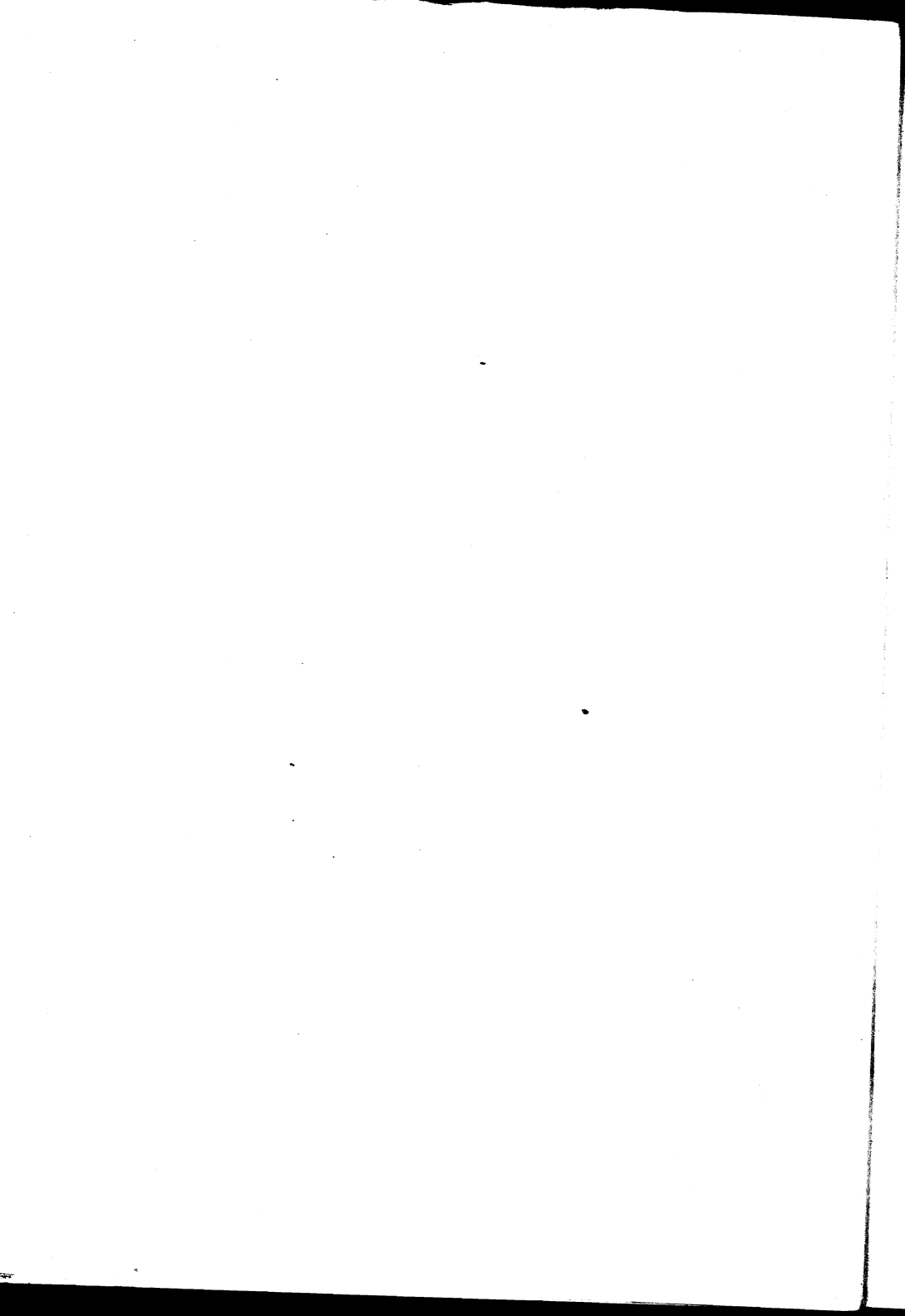
• DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GARASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- JUVENCIO Z. ARCE
- PEDRO N. ARATA
- FRANCISCO DE VEYGA
- ELISEO CANTON
- JUAN A. BOERI
- FRANCISCO A. SICARDI



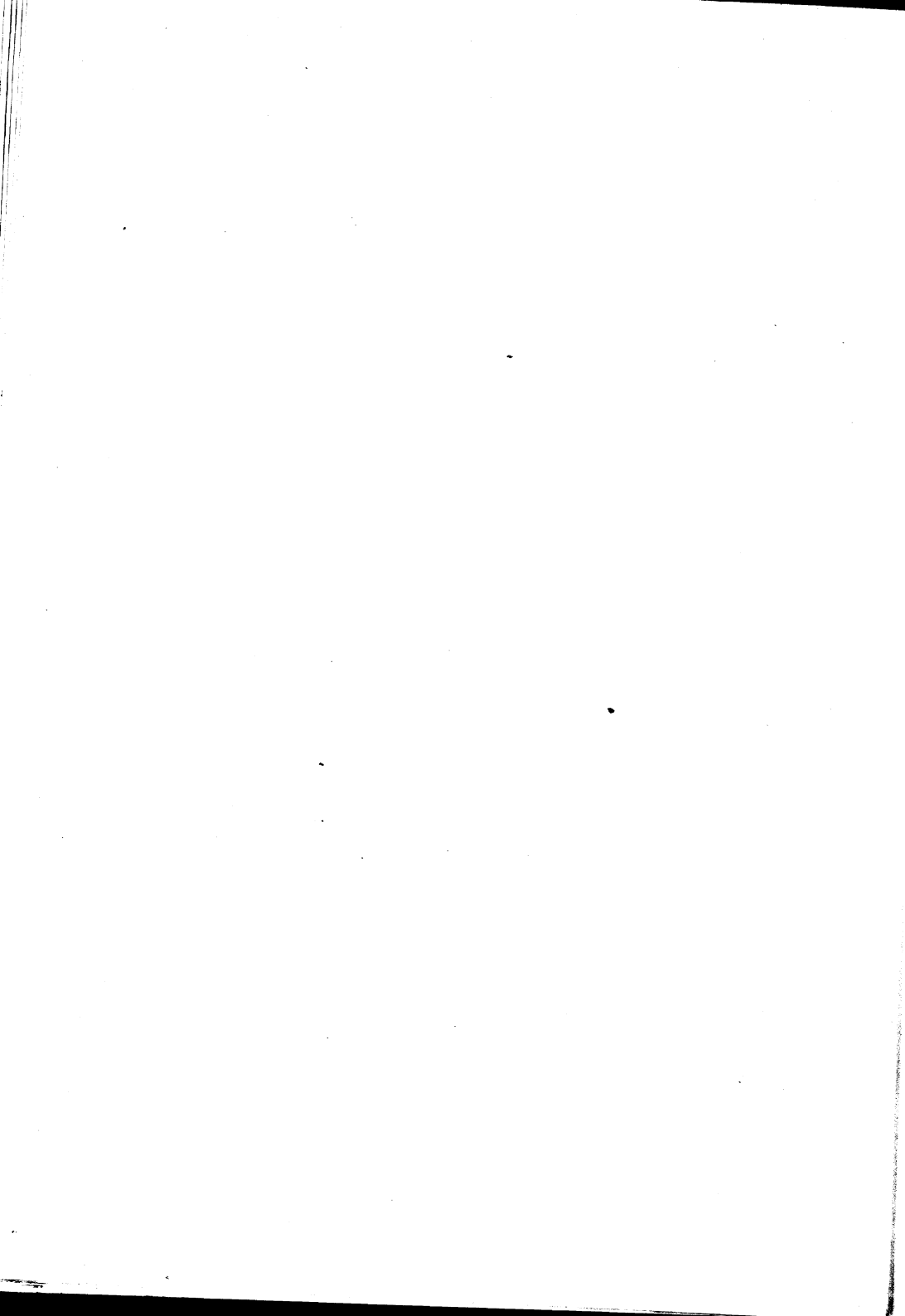
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Psiquiátrica.....	{ „ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSE T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
Patología externa.....	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" NICOLAS V. GRECO
» Genito-urinaria.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Epidemiológica.....	" BERNARDINO MARAINI
» Oftalmológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oto-rino-laringológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología interna.....	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTECANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» P. Obstétrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN ARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. 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 farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

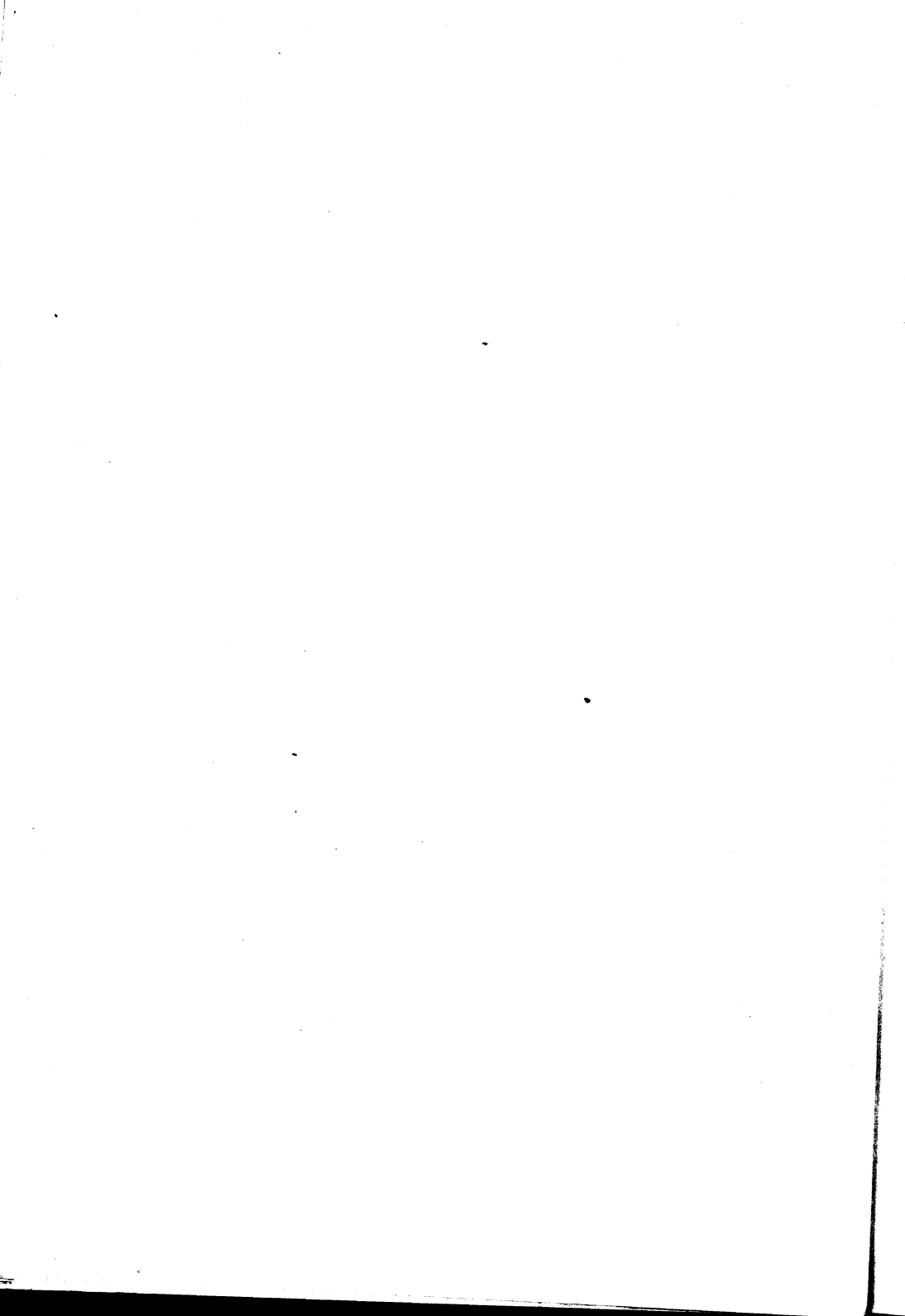
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI „ OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ

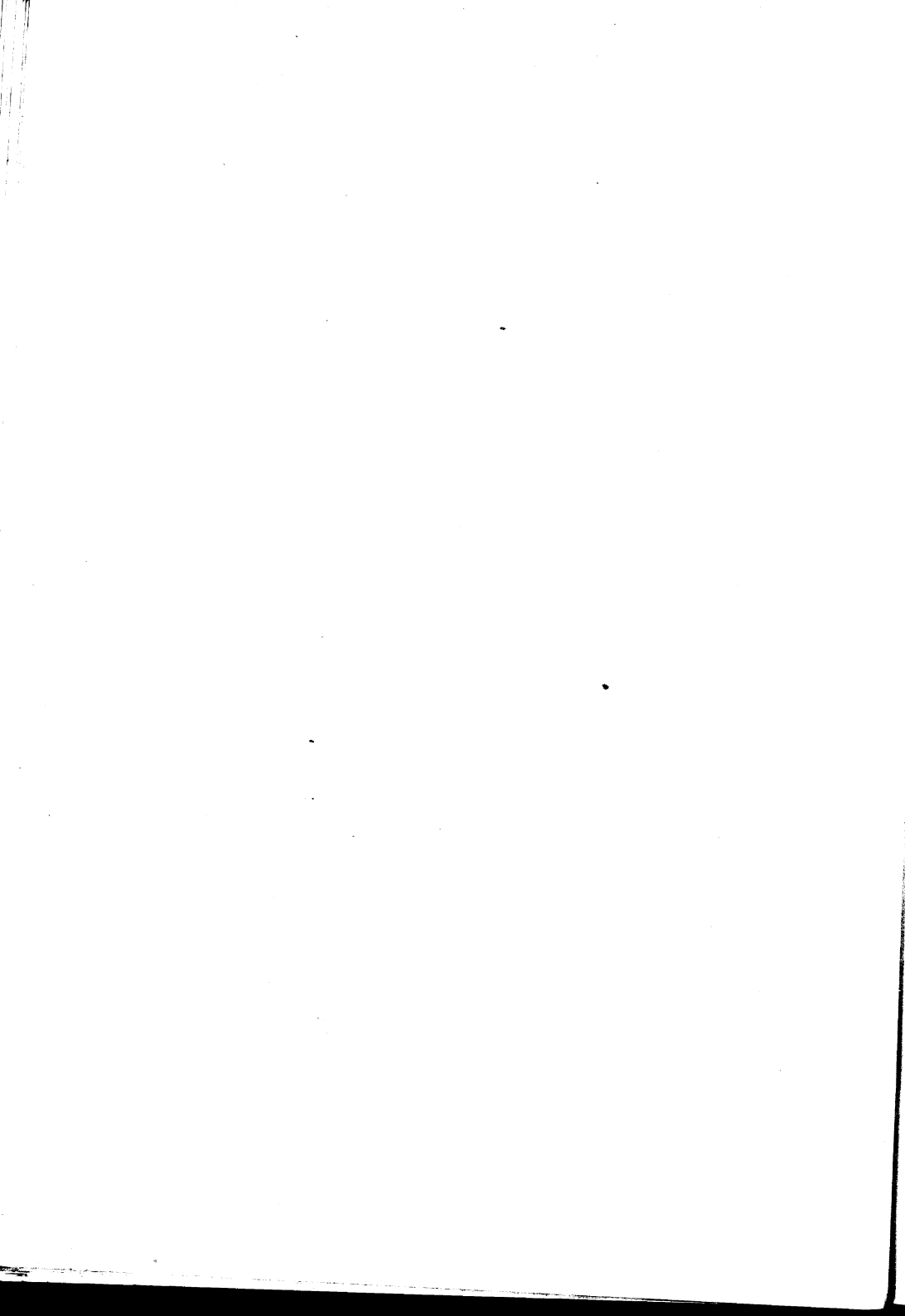


Padrino de tesis:

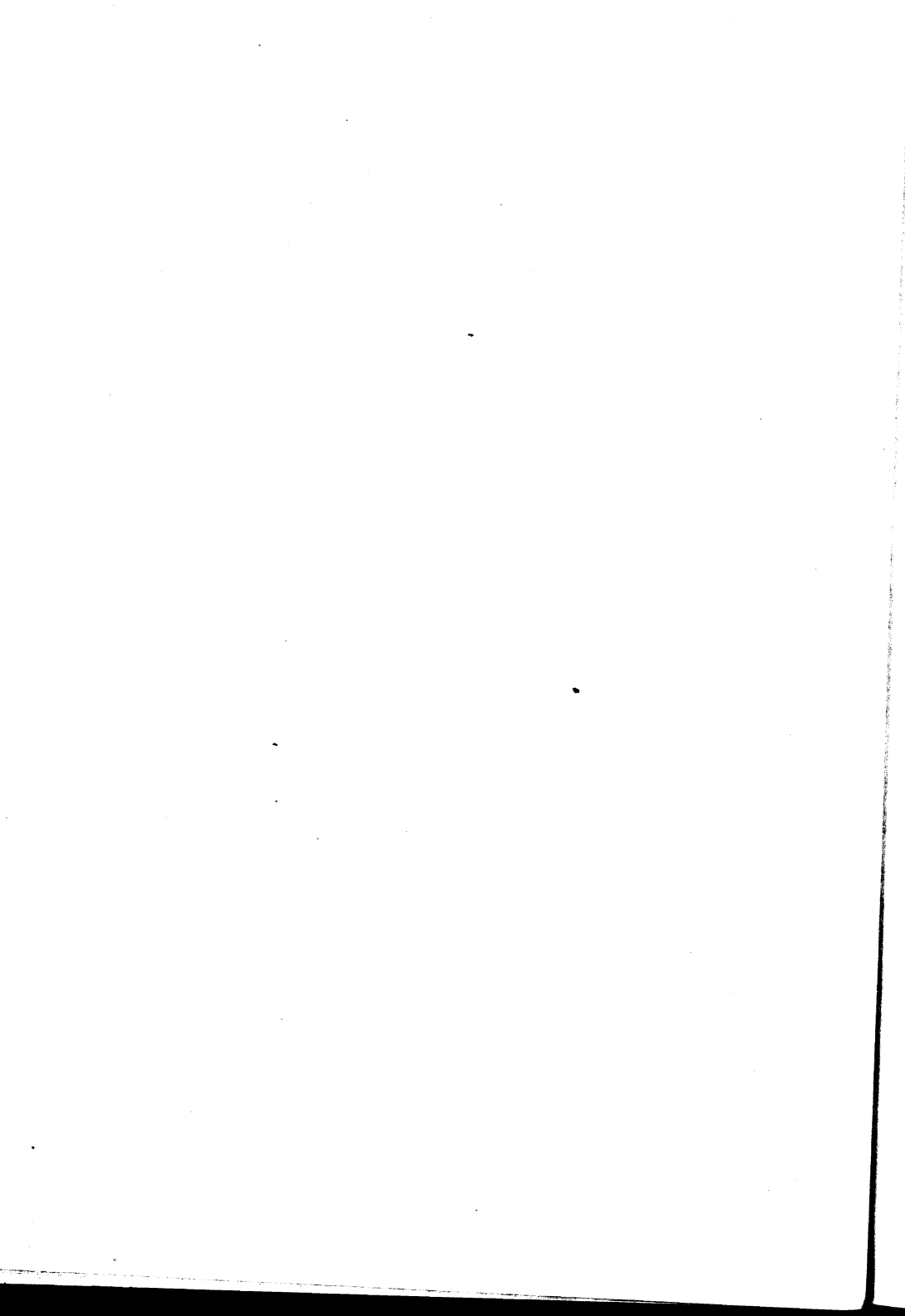
Doctor RICARDO PAGNIEZ

Jefe del servicio de Cirugía general del Hospital Francés
Cirujano de cuerpo de la Sanidad Militar

A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A MIS MAESTROS EN EL HOSPITAL FRANCÉS, DURANTE EL
PERÍODO DE MI INTERNADO

DOCTORES:

FRANCISCO MOLLARD
EDUARDO PAGNIEZ
PABLO MORSALINE
JORGE LAURE
LUIS OLIVERI
JUAN J. ESPIL

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Finalizada mi carrera, presento a vuestra consideración este modesto trabajo, pálido reflejo de las sabias enseñanzas que de vosotros recibiera en las aulas y en el hospital al lado del enfermo.

La observación de algunos casos de cuerpos extraños en la vejiga, indújome a elegirlos como tema de mi tesis.

Min experiencia personal en reciente gestación, ya que para adquirirla se requieren largos años de práctica, no me permite ofrecer en ella nada original ; espero pues ser tratado con toda la benevolencia que os caracteriza.

Al despojarme de mi carácter de estudiante para emprender el ejercicio de la medicina, séame permitido dejar constancia de mi agradecimiento hacia los profesores de nuestra Escuela que con sus lecciones y sanos consejos han contribuído a inculcar

en mí, los conocimientos indispensables que he de esgrimir en la lucha con la enfermedad.

A los médicos del Hospital Francés, al lado de quienes templé mi espíritu realizando mi aprendizaje práctico ; mi gratitud sincera.

Mi profundo reconocimiento hacia el doctor Eduardo Pagniez, por el honor que me concede acompañándome en este momento.

A los doctores Benedit, Maraini, Camet, Lemoine y Matta, por la gentileza que me han demostrado cediéndome sus observaciones clínicas ; mis expresivas gracias.

A mis compañeros de internado, con quienes he vivido mis mejores días compartiendo las alegrías y sinsabores de la vida de estudiante ; mi amistad inolvidable.

ETIOLOGÍA

Pueden clasificarse los cuerpos extraños, según su vía de penetración, de la siguiente manera :

1º *Cuerpos extraños introducidos por la uretra* — A ellos pertenecen los fragmentos de sonda que se rompen durante un cateterismo, trozos de litotritores, etc.

Aparte de estos cuerpos extraños, que podríamos llamar quirúrgicos, existen muchos otros, cuya introducción es el resultado de maniobras eróticas, en pervertidos sexuales y alienados.

La lista de los cuerpos extraños introducidos por la uretra es numerosa, transcribimos el cuadro de Poulet, que reproduce el origen y la naturaleza de los mismos :

I. — Origen terapéutico . . .	(Sondas, restos de sondas (metálicas, de goma, guta-percha), bugías, fragmentos de litotritor, etc.
-------------------------------	---

II. — Origen erótico

Agujas, alfileres, plumas, porta-plumas, lapiceros, trozos de madera, de ballena, cánulas, tubos de pipa, espigas, huesos de fruta, bolas de vidrio, de metal, fósforos, horquillas, limpia-oidos, tubos de vidrio, paja, punzón, estuches de agujas, espina de pescado.

III. — Origen diverso : (embriaguez, locura, traumatismo . . .

Guijarros, cadenas de reloj, anillos, habichuelas, guisantes, alfileres, balas, municiones, etcétera.

La observación ha demostrado que la naturaleza de los objetos, guarda estrecha relación con las profesiones, edad e instrucción de los enfermos. Así, los cuerpos extraños de origen terapéutico, se encuentran indiferentemente en cualquier sujeto ; los introducidos ya sea por apuesta o en estado de embriaguez, se ven en personas, por lo general, ignorantes, cuya cultura intelectual no les permite enterarse las consecuencias de sus actos.

Los estuches de agujas se observan más frecuentemente, en las costureras, quienes por su profesión, manejan diariamente estos objetos.

En la mayoría de los casos, como hemos ya

dicho, la introducción de todos estos cuerpos extraños en la uretra, es la consecuencia de aberraciones del sentido genésico, en gentes depravadas, cuyo embotamiento sensitivo no les permite experimentar satisfacción alguna, más que a costa de un vivo sufrimiento y en los cuales, la voluptuosidad, según el decir de Montaigne, «es tanto más dulce cuanto más escuece y desuella».

La progresión de los cuerpos extraños, para llegar a la vejiga, ha dado lugar a diversas teorías.

Civiale admitía, que los cuerpos extraños de la vejiga tienden a ganar el meato y vice-versa.

Segalas combatió esta teoría, pero sin dar otra más explicativa.

Para Denucé, la progresión sería debida a una ley fisiológica no demostrada, según la cual todo canal excretor goza, después de la emisión, de movimientos peristálticos excitados por las últimas porciones de la materia excretada, movimientos que tienden a hacerla volver hacia su reservorio.

La explicación más aceptada es la dada por Faucher y Granjux. Para ellos, el fenómeno sería la consecuencia del retroceso de la verga después de la erección y de las maniobras de alargamiento de este órgano, hechas por el enfermo para librarse del cuerpo extraño.

2º Cuerpos extraños penetrados gracias a una solución de continuidad de las paredes vesicales —

A esta categoría de la clasificación adoptada anteriormente, pertenecen los proyectiles, trozos de vestidos y de huesos introducidos por los mismos.

En ciertos casos, debidos a ulceraciones de las paredes de la vejiga, que la ponen en comunicación con el recto o colecciones vecinas, como ser : quistes, abscesos, etc., se han observado en su interior, materias fecales, huesos de frutas, secuestros óseos, etcétera.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Por su consistencia, volumen, conformación, etcétera, podemos dividir los cuerpos extraños en otras tantas categorías.

Los hay blandos, flexibles, no friables, como las bujías, las sondas de caucho, las madejas de hilo, etc. Otros son en cambio rígidos, pero friables, como los tubos de pipa, los tallos de vidrio.

Por su forma pueden ser romos, de superficie lisa o bien rugosos y puntiagudos.

Los primeros, pueden permanecer en la vejiga durante mucho tiempo, sin dar origen a accidentes de importancia.

Tal sucede con las balas, como puede verse en una de las observaciones que presento.

Los cuerpos puntiagudos, por el contrario, pueden dar origen a accidentes graves. En efecto, bajo la influencia de las contracciones de la vejiga, perforan su pared, ocasionando peritonitis o bien fleg-

mones en la cavidad de Retzius, cuando la perforación es anterior.

El tamaño de los cuerpos extraños, tiene también su importancia : él determina la posición de los mismos con respecto al reservorio, posición que establecida de antemano, facilita las maniobras de extracción.

Una vez en la vejiga, tienen tendencia inmediata a incrustarse y constituir así el núcleo de un cálculo.

Cuanto más rugoso es el cuerpo, más rápida son las incrustaciones.

Las concreciones son casi exclusivamente formadas por fosfatos terrosos. La explicación sería la siguiente.

La orina tiene en suspensión sales insolubles, debido a su acidez normal. Si esta acidez desaparece, los fosfatos precipitan.

Bajo la influencia de la inflamación que estos cuerpos determinan, la úrea se descompone en sales amoniacales que alcalinizan la orina, permitiendo de este modo, la precipitación de las sales insolubles.

La vejiga por su parte, reacciona contra estos cuerpos extraños y los fenómenos de cistitis sobrevienen.

La mucosa aumenta su vascularización, tornán-

dose roja uniforme. Pueden producirse ulceraciones más o menos profundas.

Si el proceso continúa, la mucosa se infiltra, se espesa, se hace fungosa, ofreciendo todos los caracteres de la cistitis crónica.

En ciertos casos pueden producirse focos de gangrena, perforaciones que matan al enfermo en algunos días, sea por peritonitis, sea por infección purulenta generalizada.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Los síntomas a que dan lugar los cuerpos extraños en la vejiga, son muy variados.

De poca importancia, cuando el cuerpo es pequeño, liso y regular o bien graves, presentando la fisionomía clínica de una cistitis violenta, cuando el cuerpo es largo, puntiagudo o cubierto de asperezas.

En el primer caso la vejiga no reacciona mayormente, la mucosa no se inflama y el cuerpo extraño puede ser tolerado durante años, sin ocasionar grandes molestias.

Sin embargo, lo más habitual es que se produzca una ligera cistitis, con suaves dolores, tenesmo, disuria súbita, en medio de la salud más perfecta.

A este cuadro se agrega la retención de orina, debido a la aplicación del cuerpo, contra el cuello vesical.

En el segundo caso, la reacción es más violenta, el cuerpo extraño lesiona la vejiga, dando origen a una triada sintomática constante: fuertes dolores, micciones frecuentes y hematuria terminal; en una palabra, todos los signos de una cistitis grave, que será seguida, si no se interviene, de una peritonitis o de una infección generalizada.

El cuadro se agrava entonces, con escalofríos más o menos intensos, dolores hipogástricos atroces, tenesmo vesical y rectal, hematuria, disuria y piuria.

La vejiga distendida por la orina, forma un globo duro y doloroso por encima del pubis, el vientre se dilata, el pulso se hace frecuente y pequeño. El hipo y los vómitos sobrevienen, sucumbiendo el enfermo en breve tiempo.

Por fortuna, las cosas no pasan siempre así y la vejiga, después de algunos accidentes agudos, se hace tolerante.

Los cuerpos extraños se incrustan de sales, pasando a desempeñar el rol de un cálculo, con todo el cortejo de síntomas habituales: micciones frecuentes y dolorosas, espasmo de la vejiga, dolores sordos y profundos al nivel del periné y bajo vientre, hematurias irregulares.

Todos estos síntomas se agravan con la mar-

cha, el movimiento, la fatiga, obligando al enfermo a guardar cama.

Se comprende que en este caso, la distinción entre un cuerpo extraño y un cálculo vesical, es imposible de hacer. El interrogatorio del paciente, los datos que él nos suministra, podrán hacernos sospechar en una u otra cosa.

Así, por ejemplo : en los casos de balas libres en la vejiga, la situación del orificio de entrada, la dirección de la misma y los síntomas observados en un principio, pueden ser suficientes para hacernos pensar en cuerpo extraño.

En los casos de aberraciones sexuales, el enfermo o la enferma más frecuentemente, se niegan a dar datos sobre la causa de sus sufrimientos.

Hay que tener presente entonces el consejo de Legueu : en un enfermo cuya salud siempre perfecta, acuse dolores hipogástricos violentos y fenómenos de cistitis sin causa justificada, deberá pensarse en cuerpo extraño.

La constatación de un cálculo fijo en la vejiga o complicado de pericistitis, debe hacernos sospechar lo mismo.

En los casos de inseguridad, se deberá hacer una exploración completa de la cavidad vesical.

Los procedimientos a emplear son variados y los pasaremos en revista :

El cateter metálico de Guyon, usado de acuerdo con la técnica ordinaria, permite a veces por sí solo, hacer el diagnóstico. Generalmente, sin embargo, sólo nos indica la presencia de un cálculo.

Hay que recordar entonces, que los cálculos fosfáticos dan una sensación pastosa, rugosa, que resuenan mal, mientras que los cálculos uráticos u oxálicos, dan un sonido seco y neto.

Nosotros sabemos que las piedras fosfáticas, tienen por núcleo de formación un cuerpo extraño y por consiguiente, podemos estar sobre-aviso.

El litotritor, tomando el cuerpo o el cálculo entre sus ramas, puede darnos datos sobre su tamaño y forma.

Otro método de exploración es el tacto rectal en el hombre, vaginal en la mujer, combinado con la palpación abdominal. De esta manera pueden sentirse perfectamente ciertos cuerpos extraños alargados y rígidos, introducidos en la vejiga.

El tacto intra-vesical en la mujer, suministra útiles indicaciones.

En las que se entregan a la masturbación uretral, la uretra adquiere grandes dimensiones, y por consiguiente, la introducción de un dedo, se halla considerablemente facilitada.

En caso contrario, no hay inconveniente en realizar su dilatación.

Procediendo así, se puede apreciar mejor que de otra manera, el volumen, la consistencia, la naturaleza del cuerpo extraño, su grado de movilidad y su estado de incrustación.

Los médicos antiguos, usaban esta vía para la extracción sin instrumentos.

La citoscopia, permitiéndonos ver directamente la cavidad vesical, viene a constituir un procedimiento de diagnóstico de primer orden.

Sin embargo, no siempre es posible realizarla, y para que sea practicable, se requiere una capacidad vesical de 80 a 100 gramos como mínimo.

El instrumento de elección, es el citoscopio de Nitze; pero cuando la capacidad está muy reducida, se puede emplear, sobre todo en la mujer, el citoscopio a visión directa de Luys.

Gracias a este método, podemos tener indicaciones sobre la forma, sitio, volumen y relaciones del objeto, indicaciones que fijarán el procedimiento a seguir para el tratamiento de estos cuerpos extraños.

Es innecesario decir, que si el objeto está rodeado de sales, presentará al examen todo el aspecto de un cálculo y el diagnóstico podrá permanecer incierto.

La radiografía es también un auxiliar precio-

so, sobre todo, si nos encontramos en presencia de un objeto metálico.

Permite situar aproximadamente el cuerpo extraño en la vejiga, conocer su forma y a veces el volumen del cálculo desarrollado a su alrededor.

Para obtener una localización exacta y saber al mismo tiempo si el cuerpo está libre, se requiere efectuar, por lo menos, tres radiografías de la región, haciendo variar la posición del enfermo. Si el objeto ocupa siempre el mismo sitio, es señal que está enclavado. Si, por el contrario, cada radiografía demuestra una diferente situación, se puede afirmar que el cuerpo extraño está libre.

TRATAMIENTO

La extracción constituye el tratamiento de los cuerpos extraños de la vejiga.

Ella puede hacerse por las vías naturales o bien por las vías artificiales, siendo múltiples las circunstancias que pueden hacer variar el procedimiento a elegir; pero desde ya diremos que en la mujer, gracias a la citoscopia, la extracción por la uretra es posible en la mayoría de los casos, dada su longitud mucho menor que la del hombre, constituyendo, por lo tanto, el método de elección.

Los cuerpos extraños pueden ser antiguos o recientes; en el primer caso, se convierten en núcleo de formación de un cálculo secundario y su extracción crea ciertas dificultades, que pueden llegar a subsanarse, atacando previamente al cálculo con el litotritor y procediendo, una vez despojado de sus concreciones, a su extracción directa.

La naturaleza y la forma del cuerpo, tienen una importancia de primer orden.

Es necesario interrogar al enfermo con todo cuidado, tratando de establecer la forma y la consistencia del cuerpo extraño.

En efecto : la extracción de una perla de vidrio, de una bala pequeña, es distinta de la de un lapiz, de un estuche de agujas, etc.

La consistencia, también tiene su importancia, así, por ejemplo : una sonda de goma, puede doblarse en dos gracias a su flexibilidad y ser extraída fácilmente.

El cuerpo puede ser rígido, pero friable, la litotricia está entonces indicada, como para un cálculo ordinario.

El conocimiento de la posición del cuerpo extraño en la vejiga, de manera a poderlo tomar por una de sus extremidades, sin que haya codo entre su eje y el del instrumento, facilita la maniobra.

Henriet ha realizado estudios para fijar la posición que tienden a tomar estos cuerpos extraños en la vejiga.

Las experiencias cadavéricas han demostrado que hay para los cuerpos extraños, verdaderas leyes de acomodación, de la misma manera que las hay para el feto en la cavidad uterina.

Los cuerpos redondeados no tienen acomoda-

ción y se los encuentra en los puntos donde habitualmente están los cálculos.

Henriet ha llegado a las siguientes conclusiones :

1º—El diámetro transversal de la vejiga es el más constante y el único que se conserva en estado de vacuidad.

2º—A medida que la vejiga se distiende, se forman los otros diámetros, adquiriendo el transversal, su máxima dimensión, que alcanza a diez centímetros.

El diámetro vertical continúa en cambio creciendo y puede llegar a proporciones excesivas.

3º—El máximo del diámetro transversal, está más o menos a igual distancia del vértice de la vejiga y de la región cervical.

4º—Los cuerpos extraños suficientemente rígidos, de doce centímetros o más, sólo pueden alojarse en una vejiga distendida y siguiendo un diámetro vertical u oblicuo.

5º—Los cuerpos de seis a ocho centímetros, tienden a colocarse transversalmente. En caso de que la vejiga esté llena o sufra una distensión considerable, pueden tomar una posición indeterminada, vertical u oblicua o inclinados hacia abajo y adelante, reposando por una extremidad en la vecindad del cuello de la vejiga.

Por otra parte, si su peso específico lo permite, pueden flotar.

Como puede verse, según las conclusiones de Henriet, el diámetro transversal de la vejiga es el que varía menos, tanto en estado de vacuidad, como en estado de repleción.

Es el más pequeño, cuando el reservorio urinario está distendido y el más grande, cuando está vacío.

No desaparece completamente, particularidad que ejerce una influencia considerable, en la dirección que toman los cuerpos extraños, que se ven por este motivo obligados a colocarse en ese diámetro, a menos que tengan una longitud superior a ocho centímetros.

Cuando llegan a la vejiga, ocupan el plano antero-posterior mediano. Con las micciones siguientes, la vejiga se vacía, los diámetros antero-posterior y vertical desaparecen, imprimiendo al cuerpo extraño en estas condiciones, un movimiento de versión; su extremidad posterior recibe una impulsión de la pared correspondiente de la vejiga, que tiende a aproximarse al cuello.

La extremidad anterior, que se encontraba en la línea media, por efecto de esta impulsión, se desliza a derecha o izquierda, únicos puntos libres, en razón de la persistencia del diámetro transversal.

A medida que la vejiga se vacía, la extremidad posterior es empujada hacia adelante, por la disminución del diámetro ántero-posterior y abajo, por la disminución del diámetro vertical.

El cuerpo extraño es obligado a tomar una posición cómoda sin que sus extremidades toquen las paredes vesicales y ésto sólo puede ser posible, colocándose en el diámetro transversal. En una palabra, se produce una verdadera adaptación del contenido al continente, y la ley de Pajot, empleada en obstetricia, sería aplicable en este caso.

El diámetro transversal está situado, como ya lo hemos dicho, entre el vértice de la vejiga y el cuello.

A medida que ella se vacía, se aproxima a este último, y en estado de vacuidad completa, viene a estar situado al nivel mismo del cuello.

Es pues a este nivel, que deben ser buscados los cuerpos extraños, teniéndose tanto más seguridad de encontrarlos allí, cuanto menos bien soportados sean.

En efecto, cuando la vejiga se irrita, la frecuencia de las micciones se opone a su expansión y los cuerpos extraños son mantenidos a su entrada.

Cuando las dimensiones exceden de ocho centímetros, no pueden amoldarse al diámetro transversal, colocándose en una dirección oblicua, que se

aproxima tanto más del diámetro vertical, cuanto mayor es la longitud del cuerpo.

Si la vejiga está distendida por la orina o si se la distiende mediante una inyección, las cosas cambian completamente.

El cuerpo extraño no alcanza a tocar las paredes, se hace móvil y su posición no obedece ya a los diámetros del reservorio, sino a las leyes físicas del peso.

Sucede, como dice Guyon, un fenómeno comparable al que sobreviene en el hidro-amnios.

El feto cambia de posición a cada momento, flotando en el líquido, sin poder acomodarse.

De ésto se deduce, que una inyección, lejos de favorecer las maniobras de extracción, como podría suponerse, crea en cambio serias dificultades. Procediendo de esta manera, sólo se conseguiría hacer sufrir al enfermo, pues la vejiga irritada, no tolera mucho líquido.

Así, cuando se trata de un cuerpo rígido, de seis a ocho centímetros, sabemos por lo dicho, que estará colocado transversalmente cerca del cuello, presentándose por el medio de su longitud total.

Para extraerlo, es necesario tomarlo por una de sus extremidades, cosa que no siempre se consigue.

Para reconocer la manera como el cuerpo extraño se presenta al instrumento, Caudmont ha rea-

lizado una serie de experiencias en el cadáver, llegando a las siguientes conclusiones :

Cuando se toma el cuerpo extraño con un litotritor a mordientes planos, si se retira el instrumento, se constata o bien que el cuerpo se encaja fácilmente y la extracción es entonces simple y rápida o bien que tropieza contra el cuello, quedando detenido.

En este caso, si se abandona el instrumento a sí mismo, si se le deja la libertad de girar sobre su eje, sosteniéndolo simplemente con la mano por su mango ; se le ve, ya quedar en la misma posición o sufrir un movimiento de rotación.

Abriendo el vientre y la cara anterior de la vejiga, Caudmont vió que el litotritor quedaba en la misma posición, cuando el cuerpo extraño estaba tomado por el medio y que experimentaba un movimiento de rotación sobre su eje, cuando estaba tomado por una extremidad.

Repitió la maniobra un gran número de veces, obteniendo siempre el mismo resultado.

Cuando el cuerpo es tomado entre el medio y la extremidad, el movimiento de rotación se produce aún, pero es tanto más atenuado cuanto menos sea la inigualdad de las partes separadas por las ramas del litotritor.

La explicación de este fenómeno está precisamente en los diámetros de la vejiga.

Si un cuerpo extraño, de seis a ocho centímetros de longitud, es tomado por una extremidad y atraído contra el cuello, la extremidad opuesta, tiende a avanzar más allá de los límites del diámetro transversal de la vejiga, encontrando una cierta resistencia, que se puede vencer haciendo fuerza con el aparato.

Si se deja en cambio a éste, la libertad de girar sobre su eje, la extremidad libre del objeto, empujada por la tonicidad de la pared vesical; se dirige hacia el lado más libre, que en este caso es el diámetro vertical.

Si por el contrario, el cuerpo extraño es tomado por su medio, sus extremidades están comprendidas en los límites del diámetro transversal y no tienen ninguna tendencia a desplazarse.

Toda maniobra de extracción sería pues inútil, habría que tratar de tomarlo de nuevo cerca de su extremidad, inclinándolo hacia las partes laterales los dientes del instrumento.

Esto será tanto más difícil, cuanto más largo sea el cuerpo extraño. Conviene en este caso dividirlo, si la operación es posible, en varios pedazos, con el secador de Civiale y tomar luego cada uno por su extremidad.

Cuando el cuerpo extraño mide unos diez centímetros, tiene la tendencia a tomar una posición oblicua, aproximándose más o menos de la vertical.

Una de sus extremidades se encuentra entonces cerca del cuello y es como se comprende, fácil de tomarla.

Además de estas condiciones, es necesario para que la extracción sea posible y no exponga a ningún traumatismo del canal, que no haya un codo muy pronunciado entre el eje del cuerpo extraño y el eje del litotritor y, sobre todo, que el cuerpo extraño no sobrepase mucho el talón del instrumento.

En la mayoría de los casos, aun cuando el cuerpo extraño haya sido tomado por su extremidad, la dirección será mala.

Para corregirla, Civiale usaba la siguiente maniobra: en el momento en que la parte saliente viene a chocar contra el orificio interno de la uretra, en lugar de hacer tracciones que serían peligrosas, se abren los dientes del instrumento, sea él una pinza o litotritor y se tira ligeramente.

El cuerpo extraño se desliza y se coloca en el sentido del instrumento, paralelamente a su longitud. Se cierra nuevamente el aparato, se efectúan ligeras tracciones y si se nota que se obtiene

un encaje de algunos milímetros, se continúa tirando hasta retirarlo del todo.

Existen aparatos que enderezan el eje del cuerpo, para extraerlo en su propia dirección; tales son el basculador de Leroy d'Etiolles y el extractor a báscula de Collin.

Para corregir la dirección del cuerpo extraño, se puede emplear también el tacto rectal en el hombre o vaginal en la mujer. Permite apreciar como el cuerpo está tomado y favorecer por presiones metódicas, su deslizamiento entre los dientes del extractor, hasta que la dirección sea buena y no haya extremidad saliente al nivel del talón.

Para efectuar estas maniobras, es necesario tomar el cuerpo extraño ligeramente, de manera ha hacer posible su desplazamiento.

Estos procedimientos sólo se emplean en los casos de cuerpos extraños alargados y rígidos.

Si el cuerpo extraño es frágil, como sucede con los tubos de pipa, las sondas alteradas, etc., se los puede triturar con el litotritor, siempre que sus fragmentos sean inofensivos y extraerlos después con el aspirador de Guyon.

Este último, puede también emplearse cuando se trata de cuerpos extraños pequeños (guisantes, granos de plomo, balas de poco calibre, etc.).

Cuando estamos en presencia de un cuerpo fle-

xible, como una sonda de goma, emplearemos el plegador de Mercier, de Leroy d'Etiolles. Gracias a estos aparatos, el cuerpo extraño, tomado por su mitad, se pliega en dos, colocándose en la dirección del instrumento cuyo camino sigue.

Para la extracción de horquillas y objetos parecidos, existe una aguja de crochet a extremidad olivar, ideada por Guyón. Se engancha la horquilla por su ansa y se la extrae por simple tracción.

En la mujer podemos trabajar con más seguridad ayudándonos con el citoscopio.

Por otra parte, en ella se puede operar la dilatación de la uretra con bujías de Hegar, de manera a llegar a introducir un dedo.

Se explora así la vejiga, se reconoce el cuerpo extraño, cuya extremidad puede ser llevada en esta forma, hasta el cuello vesical y tomada por una pinza que el dedo guía.

Hemos dicho que la citoscopia facilita la extracción, pero para que sea practicable es necesario que la vejiga no esté inflamada, que tolere un mínimo de ochenta gramos de líquido.

Se utilizará de preferencia el endoscopio de Luys, que tiene la ventaja sobre los otros citoscopios, de permitir el examen de vejigas intolerantes.

Desde el momento en que el cuerpo extraño está en el campo visual, se le toma con una pinza

por una de sus extremidades y se retira a la vez la pinza y endoscopio.

Si de esta manera no se obtiene resultado, se podrá recurrir al citoscopio operador, constituido por un citoscopio simple, sobre el cual está anexa una pinza, cuyos dientes se hacen maniobrar en el campo citoscópico.

Introducido el instrumento en la vejiga y bajo el control de la vista, se toma el cuerpo extraño con la pinza.

EXTRACCION POR LAS VIAS ARTIFICIALES

Constituye el procedimiento de elección en muchos casos.

El cuerpo extraño puede hallarse fijado a la pared vesical y constituir su extracción por las vías naturales un peligro, por las lesiones que en ese caso se producirían.

La naturaleza del cuerpo extraño, su longitud y espesor, las tentativas de extracción directa sin resultado, practicadas con anterioridad, nos llevan a efectuar la intervención cruenta.

Cuando el cuerpo extraño es pequeño, podemos recurrir a la talla perineal. Si es voluminoso, es

preferible la talla hipogástrica en el hombre y vaginal en la mujer.

La talla perineal ha sido casi abandonada. En efecto, ofrece los mismos peligros que la hipogástrica, teniendo sobre ésta, el inconveniente de no dar suficiente campo para maniobrar en la vejiga y de no permitir la eficaz aplicación de los métodos de antisepsia, ni en el momento de la operación, ni para las curaciones ulteriores.

En el sexo femenino, por razones de estética que no deben nunca despreciarse, puede incidirse transversalmente por encima del pubis, la piel y la aponeurosis, según el procedimiento de Pfannensiel, con lo cual se obtiene una cicatriz mucho menos aparente.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital Francés.—Servicio del doctor Pagniez.

J. C., 53 años, argentino, casado.—Entró el 10 de octubre de 1915.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Refiere el enfermo que hace unos 23 años, fué herido de bala al nivel de la región umbilical. Estuvo tres días en cama con hielo al vientre y al tercer día, los médicos que lo atendieron, le exploraron la herida con una sonda metálica, pero sin resultado, notando en cambio al día siguiente, que sus orinas salían teñidas con sangre; hematuria que persistió 24 horas.

Enfermedad actual — Data de unos 20 años más o menos, consistiendo en la imposibilidad de orinar de pie. En efecto, siente que algo cae en

su vejiga, obstruyendo el paso de la orina y obligándole ha hacerlo en decúbito lateral derecho o izquierdo.

Estado actual — Uretra libre a la exploración.

Exploración de la vejiga : Con explorador metálico, se nota la presencia de un cuerpo duro, que da la sensación de un cálculo.

El examen citoscópico nos revela, en efecto, un cálculo alargado de superficie irregular.

Tratamiento — En vista de los resultados del examen, se resuelve intervenir.

Dado los antecedentes del enfermo, hematuria 3 días después del balazo, se pensó que la bala pudiera haber penetrado en la vejiga, convirtiéndose luego, en núcleo de un cálculo y ante esta duda se resuelve elegir como vía de extracción, la talla hipogástrica, que es practicada por el doctor Pagniez, bajo anestesia raquídea.

Abierta la vejiga, se retira un cuerpo alargado, que resulta ser, de acuerdo con las sospechas concebidas antes de la operación, una bala recubierta de una ligera capa de sales.

Se cierra por primera intención, y veinte días después, el enfermo es dado de alta curado.

OBSERVACION II

Hospital Francés. — Servicio del doctor Le-moine.

G. M., 63 años, francés.—Entró el 1º de septiembre de 1912.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Ha sido operado en diciembre del año pasado en la ciudad del Rosario, por un cálculo úrico. Le hicieron una talla, cerrando por segunda intención en 35 días.

Enfermedad actual — Se inició hace dos meses por micciones frecuentes, sobre todo de día, con dolor especialmente al terminar.

Estado actual — Micciones frecuentes, dolorosas. Orinas turbias.

Examen de uretra : Libre a la exploración.

Examen de vejiga : Muy sensible a la distensión. Su capacidad se halla considerablemente reducida.

Después de algunos días de reposo en cama, con baños de asiento, urotropina y lavajes con nitrato de plata al 1 por 1000 día por medio, se hace posible una citoscopia.

Se ve mediante ella, un cálculo blanquecino, adherido a la cicatriz de la sutura vesical practicada en la talla anterior.

Tratamiento — Por la dificultad de alcanzar el cálculo con el litotritor, se resuelve hacer una nueva talla, que es efectuada, bajo anestesia clorofórmica, por el doctor Lemoine, el 17 de setiembre de 1912.

Al llegar a la vejiga, se encuentra la resistencia de un cuerpo metálico, pudiéndose ver que la sutura de la intervención anterior, había sido hecha con un hilo de plata de 1 mm. de diámetro.

El cálculo se había formado por depósito de sales, sobre una ansa del hilo, que pasaba en la vejiga.

Se saca el hilo y el cálculo, suturándose la vejiga en dos planos.

El enfermo fué dado de alta a los 20 días, curado completamente.

OBSERVACION III

Hospital Nacional de Clínicas. — Servicio del profesor P. Bénédict.

M. N., 32 años, española, soltera.

Esta enferma se presenta al consultorio externo del servicio, quejándose de trastornos vesicales: micciones frecuentes, dolorosas, sobre todo al final.

Estos fenómenos aparecieron, según referencia de la enferma, en una forma súbita, no dando ella, por otra parte, antecedentes de sufrimientos anteriores del lado de su aparato génito-urinario.

Al examen externo, sólo se observa una ligera irritación al nivel de la uretra.

Como la capacidad de la vejiga es suficiente para permitir una citoscopia, el doctor Benedit resuelve realizarla en el acto, constatando mediante ella, la presencia de una horquilla colocada transversalmente.

Sin retirar el citoscopio, introduce una pinza recta para cuerpos extraños y consigue, después de tomar la horquilla por su ansa, extraerla con facilidad y rapidez.

Se hace un lavaje vesical con nitrato de plata, que se repite al día siguiente, quedando la enferma definitivamente curada.

OBSERVACION IV

Hospital Nacional de Clínicas. — Servicio del profesor N. Benedit.

E. B., 27 años, soltero, albañil.—Entró el 22 de abril de 1914.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Hace 4 años tuvo blenorragia, que trató durante 2 meses con lavajes de permanganato K.

Enfermedad actual — Manifiesta el enfermo, que después de haber «ingerido» un fragmento de madera, comenzó a notar que las micciones se hacían frecuentes, dolorosas al final y con algunas gotas de sangre.

Estos síntomas se fueron acentuando, para llegar a orinar cada media hora.

Estado actual — Micciones frecuentes y dolorosas. Orina turbia y sanguinolenta.

Examen de uretra : Libre a la exploración, pasa un explorador número 21.

Exploración de la vejiga : Sensible al contacto y distensión, admitiendo solamente ochenta gramos de líquido.

Endoscopia : Mucosa vesical roja en algunos puntos. En el bajo fondo, hay un cuerpo extraño cilíndrico, de unos 3 cm. de largo por 1 cm. de ancho.

Tratamiento — Reposo en cama, urotropina 2 gramos diarios, instilaciones con nitrato de plata todos los días.

El 12 de mayo, calmados ya los fenómenos de cistitis, se resuelve intervenir.

Anestesia clorofórmica. Talla hipogástrica.

Se hace una incisión de unos diez centímetros de largo.

Se abre la vejiga y se retira un cuerpo cilíndrico, de unos cuatro centímetros de largo por uno de ancho, que resulta ser un fragmento de lapicera.

Se hacen dos planos con las paredes vesicales y otro músculo aponeurótico. Piel con agrafes. Drenaje de vidrio. Sonda permanente.

El 5 de junio de 1914 es dado de alta curado.

OBSERVACION V

Hospital Rawson.—Servicio del doctor F. Texo.
M. N., 16 años, italiana, soltera.—Entró el 2 de enero de 1900.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Buenos.

Enfermedad actual — Refiere la enferma, que con objeto de calmar un intenso prurito que sintie-

ra en la región genital, frotóse con una horquilla, llegando a introducirla en la uretra hasta el punto de no poderla luego retirar.

A partir de ese momento, notó un ligero dolor en la vejiga, que se fué acentuando, especialmente durante las micciones.

Consultó con un médico, quien constató la presencia del cuerpo extraño, mediante el explorador metálico, realizando al mismo tiempo maniobras de extracción sin resultado.

Estado actual — Micciones frecuentes, dolorosas, sobre todo al final. Orina mezclada con un poco de sangre.

Se practica un examen citoscópico, viéndose una horquilla situada sobre el lado izquierdo.

Sin retirar el citoscopio, se introduce el gancho de Guyon y se la extrae, tomándola por su ansa.

Se hacen lavajes vesicales y la enferma es dada de alta en pocos días.

OBSERVACION VI

Hospital Rawson.—Servicio del doctor F. Texo.
D. R., 19 años, argentino, soltero.—Entró el 7 de febrero de 1900.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Buenos.

Enfermedad actual — Se inició hace un año por dolores vesicales, más intensos durante las micciones. Estos dolores se atenuaban con el reposo y desaparecían por temporadas, para reaparecer en la misma forma.

Estado actual — El enfermo presenta toda la sintomatología de una cistitis calculosa. Se coloca una sonda de Pezzer permanente y se hacen lavajes vesicales con objeto de calmar la cistitis.

Como la sonda se tapara, se la cambia, pero al retirarla se rompe, quedando el pabellón en la vejiga.

Un examen citoscópico practicado días después, permite ver un cálculo y el fragmento de sonda.

El 22 de febrero, se interviene bajo anestesia clorofórmica, efectuándose una litotricia. Se extrae al mismo tiempo, con el litotritor a mordientes chatos, el pabellón de la sonda Pezzer, que había quedado en la vejiga.

Lavajes vesicales durante un mes. Alta el 31 de marzo.

OBSERVACION VII

Hospital Rawson.—Servicio del doctor F. Texo.
B. E., 25 años, argentino, casado.—Entró el
23 de junio de 1900.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Tres blenorragias
adquiridas sucesivamente a los 14, 18 y 20 años
de edad.

Enfermedad actual — Comenzó hace tres años
con dificultad para orinar, notando en un principio,
que la fuerza de proyección del chorro de orina
disminuía, al mismo tiempo que se hacía más fino.

Estado actual — Estrecheces al nivel de la por-
ción escrotal de la uretra.

Se practica una uretrotomía interna de acuerdo
con la técnica ordinaria y al retirar el conductor,
se comprueba que la guía filiforme, había quedado
en la vejiga por haberse desprendido el tornillo de
ajuste.

Se coloca sonda permanente, y 6 días después,
al retirarla viene encajada en su extremidad, la bu-
jía filiforme que había quedado en la vejiga. La

extracción del cuerpo extraño se efectuó aquí casualmente, sin apelar a instrumento alguno.

OBSERVACION VIII

Hospital Rawson.—Servicio del doctor F. Texo.

I. Z., 23 años, argentino, soltero.—Entró el 20 de agosto de 1900.

Antecedentes hereditarios — Buenos.

Antecedentes individuales — Hemorragia crónica. Desde hace 3 años siente dificultad para orinar a causa de unas estrecheces del conducto.

Enfermedad actual — Mientras se dilataba el canal con beniqué armado de guía, se desprende esta última, quedando en la vejiga.

Se continúa la dilatación hasta llegar al número 49, tratándose entonces de introducir el gancho de Guyon con guía para retirar la anterior, pero con tan mala suerte que el gancho se rompe, quedando su parte profunda, con su guía, en la uretra.

Estado actual — Micciones frecuentes, dolorosas. Orina mezclada con sangre.

El periné aumentado de volumen a causa de la

tumefacción local, es doloroso. A la palpación se siente un cuerpo duro, alargado, en la porción escrotal, hacia el fin de la misma.

Tratamiento — Uretrotomía externa. Anestesia por éter.

Se hace una incisión de unos cuatro centímetros al nivel del periné. Se abre la uretra, retirándose el gancho de Guyon con facilidad, acompañado de su bujía.

Con otro gancho, se extrae la guía filiforme de la vejiga. Se hacen las suturas correspondientes, pero la herida supura, dando origen a una fístula perineal, que después de múltiples cuidados de antisepsia, cura completamente.

Alta el 12 de octubre de 1900.

OBSERVACION IX

Hospital Rawson—Servicio del doctor F. Texo.
N. N., 25 años, argentina, soltera.—Entró el
12 de agosto de 1901.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Comenzó por dolores al

nivel de la vejiga y uretra, micciones frecuentes y algo dolorosas al final.

Estado actual — Examen de uretra : Libre a la exploración.

Examen de vejiga : Algo sensible al contacto y distensión. Con explorador metálico, se nota un roce.

Endoscopía : Se ve una horquilla colocada transversalmente, el ansa a la izquierda y las puntas a la derecha.

Tratamiento — Con un gancho de Guyon, se la toma por su ansa y se la extrae.

Se hacen dos lavajes vesicales con nitrato de plata al 1 por 1000 y la enferma es dada de alta curada.

OBSERVACION X

Hospital Rawson—Servicio del doctor F. Texo.
J. W., 23 años, soltero.—Entró el 8 de septiembre de 1901.

Se trata de un caso análogo al relatado en la observación VII. Estrechez filiforme de la uretra de origen blenorragico.

Se hace una uretrotomía interna y al colocar

la sonda de extremo cortado, se desprende la guía del conductor, quedando en la vejiga.

Quince días después se resuelve extraer la guía y al pasar la bujía conductriz del gancho de Guyon, parece notarse en el canal el roce con la guía.

El explorador a bola núm. 15, evidencia que la guía está con su extremo en la porción bulbar y el resto en el reservorio urinario.

Se apela entonces a la pinza de Collin-Charrière, para cuerpos extraños de la uretra y se consigue extraerla, después de varias tentativas sin resultado.

OBSERVACION XI

Hospital Rawson—Servicio del doctor F. Texo.
N. N., 30 años, suizo, mecánico.—Entró el 10 de enero de 1909.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Hace dos años, con motivo de una huelga, fué herido de un balazo en el vientre. La bala penetró a la altura de la vesícula, por debajo del reborde costal derecho.

Le hicieron una laparatomía, extrayéndole, es-

gún refiere, la bala. El enfermo presenta en efecto dos cicatrices, una mediana, de diez centímetros y otra pequeña, redondeada, por donde entró el proyectil.

Enfermedad actual — Comenzó hace aproximadamente dos meses, con la siguiente sintomatología : micciones frecuentes y dolorosas, orina sucia y a veces con sangre.

Mientras orina, se le corta el chorro, como si un tapón le obturase el orificio uretral. Estos fenómenos se acentúan con la marcha, para atenuarse en cambio con el reposo.

Estado actual — Micciones frecuentes, dolorosas ; orina turbia y con sangre.

Examen de la uretra : Anillo de estrechez correspondiente al núm. 19 de la escala de Charrière, localizado al nivel de las bolsas.

Examen de vejiga : Sensible al contacto y a la distensión ; con explorador metálico de Guyon, de pequeño calibre, se obtiene la sensación neta de un cálculo vesical.

Se practica citoscopia, constatándose la presencia de un cálculo de más o menos un centímetro de ancho por uno y medio de largo, blanquecino y muy movable.

Tratamiento — Se pone el enfermo en reposo, se practican lavajes vesicales y se hace dilatación de la uretra, para hacerla permeable al litotritor.

Conseguido ésto, se procede ha hacer una litotricia, inyectándose en la vejiga una solución de antipirina al 3 por ciento.

Operador doctor Camet.

Tomado el cálculo con un litotritor chico, se hace su « broiement » con facilidad, como si se tratara de un cálculo fosfático, pero al querer separar las ramas para hacer otras tomas, la operación resulta imposible. El litotritor permanece cerrado a pesar de todas las tentativas que se hacen para separar sus ramas.

Como no se puede dilatar la vejiga para hacer una talla, por estar metido el instrumento en la uretra, se trata entonces de retirar el litotritor, mediante movimientos de vaiven.

Se consigue llegar a la raíz de las bolsas, no sin producir para ello, desgarraduras en la uretra.

Se palpa lo que viene entre las ramas, notándose un cuerpo alargado.

En vista de que el litotritor no podía progresar más, sin grave peligro para el canal, se abre la uretra de un golpe de bisturí.

Las ramas del litotritor salen por la brecha,

teniendo aplastada entre ellas, una bala de revólver aún recubierta de concreciones fosfáticas.

La bala que el enfermo recibiera hace dos años, había penetrado indudablemente en la vejiga, en una forma rara por cierto y sin dar, por otra parte, en un principio, sintomatología alguna.

Doce días después el enfermo es dado de alta curado.

OBSERVACION XII

Hospital Rawson—Servicio del doctor Maraini.

I. P., 60 años, español.—Entró el 3 de diciembre de 1910.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Viruela a los 2 años. A los 10 años mal de Pott, que curó varios años después, dejando una gibosidad al nivel de las últimas vértebras dorsales.

Enfermedad actual — Manifiesta el enfermo, que en la noche del 2 de diciembre, se introdujo en la uretra un punzón de hueso y que a con-

secuencia de la erección del pene, el punzón penetró completamente, siéndole imposible extraerlo.

Estado actual — Micción sin dificultad. Orina sanguinolenta. Dolor localizado en el periné.

La palpación de la uretra peniana es negativa. El tacto rectal revela un extremo del cuerpo extraño alojado en la porción prostática.

El explorador a bola recorre el canal con toda libertad hasta dicha porción, donde roza con un cuerpo extraño, inmediatamente antes de penetrar en la vejiga. A su regreso la misma sensación y al mismo nivel.

La vejiga es sensible al contacto. Contractibilidad exagerada, admitiendo solamente 30 gramos.

Por el tacto rectal y palpación combinados, se nota perfectamente un cuerpo extraño alargado, duro, alojado casi totalmente dentro de la vejiga y como continuando al canal.

Se le hace bascular fácilmente, moviendo alternativamente la mano del hipogastrio y dedo del recto.

Moviendo la mano del hipogastrio, las partes blandas se deslizan transversalmente sobre el cuerpo extraño, sin desalojarlo de su posición.

Hay, pues, un extremo solamente en la por-

ción prostática de la uretra y todo el cuerpo dentro de la vejiga.

Tratamiento — Se practica bajo anestesia clorofórmica una talla hipogástrica, extrayéndose un punzón de hueso de unos 10 cm. de largo por 1.50 de ancho, en su parte más gruesa.

Sutura completa de la vejiga. Sonda de Pezzer permanente.

Alta 20 de diciembre completamente curado.

OBSERVACION XIII

Hospital Rawson—Servicio del doctor Maraini.

A. B., 36 años, argentino.—Entró el 12 de marzo de 1914.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Sin importancia.

Enfermedad actual — Hace dos días, habiéndose sondado para orinar, notó al retirar la sonda, que parte de ella había quedado en la vejiga.

Estado actual — Uretra libre a la exploración.

Se hace una citoscopia, comprobándose la presencia de un fragmento de sonda.

Tratamiento — Con el litotritor a mordientes chatos y sin anestesia, se toma la sonda y se la extrae.

Se hace un lavaje vesical y el enfermo es dado de alta curado.

OBSERVACION XIV

Hospital Rawson—Servicio del doctor Maraini.
A. G., 73 años, italiano.—Entró el 29 de diciembre de 1914.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Sufre desde hace años de retención de orina. En el año 1906 tuvo retención completa; le pusieron sonda permanente, recobrando la micción y evacuación total de la vejiga.

Enfermedad actual — Comenzó por dolores vesicales, micciones frecuentes y dolorosas al final. La orina se fué poniendo muy turbia, acentuándose los síntomas hasta el punto de obligarle a ingresar en este servicio.

Estado actual — Micciones frecuentes y dolorosas.

Exploración del canal : Libre a la exploración.

Porción prostática alargada.

Exploración de la vejiga : Sensible al contacto y distensión. Sólo admite ochenta gramos de líquido.

Próstata : Aumentada de volumen.

Se practica una citoscopia, comprobándose la presencia de un cálculo de un centímetro de diámetro aproximadamente, libre, rugoso y al lado de él, un cuerpo extraño negruzco, cuya naturaleza no se puede precisar.

Tratamiento — Litotricia sin anestesia. Se fragmenta el cálculo con un litotritor a mordientes planos y al retirarlo sale entre sus ramas el cuerpo extraño, que resulta ser el refuerzo interno del pabellón de una sonda Pezzer.

OBSERVACION XV

Hospital Rawson—Servicio del doctor Maraini.

M. M., 37 años, argentina.—Entró el 18 de junio de 1915.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Buenos.

Enfermedad actual — Se inició hace mes y medio, por dolores en la región lumbar, dolores que desaparecieron al cabo de diez días, para reaparecer al nivel de la uretra, durante las micciones.

Estado actual — Micciones frecuentes y algo dolorosas.

Examen de la uretra : Libre a la exploración.

Se practica una citoscopía, observándose un cuerpo irregular, ramificado, que parece extenderse de un orificio ureteral al otro.

Tratamiento — Previa una segunda citoscopía, se extrae un cuerpo extraño irregular, ramificado e incrustado de sales.

La enferma declara, después de la extracción, haberse introducido en la uretra, un fragmento de gramínea, que escapándose de sus manos durante esa maniobra, penetró en la vejiga.

OBSERVACION XVI

Hospital Rawson—Servicio del doctor Maraini.

S. V., 15 años, argentina, soltera.—Entró el 8 de febrero de 1816.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Por el mes de agosto del año pasado, creyéndose embarazada, por haberle faltado un mes la menstruación, se hizo introducir una sonda.

Enfermedad actual — Comenzó días después de la maniobra de aborto, por dolores en la vejiga, dolores que se fueron acentuando cada vez más, hasta el punto de arrancarle gritos.

Las micciones se hicieron más frecuentes, a cada instante, con poca cantidad de orina.

Estado actual — Micciones frecuentes, cada media hora, tanto de día como de noche. El movimiento aumenta la frecuencia.

Hay dolor al concluir de orinar, localizado en la vejiga y uretra.

Exploración del canal : Libre a la exploración.

Exploración de la vejiga : Con el explorador a bola se nota un roce, con un cuerpo extraño e irregular.

Bajo anestesia clorofórmica se practica un examen citoscópico y se nota la presencia de un cuerpo extraño arrollado y grueso, recubierto de mucosidades y concreciones calcáreas.

Tratamiento — Previa anestesia, el doctor Maini, procede a la extracción del cuerpo extraño.

Con su litotritor a mordientes chatos, consigue tomar por un extremo el cuerpo extraño y retirarlo, resultando ser una bujía cónica olivar número 19.

Se practican lavajes vesicales con nitrato de plata al 1 por 1000 y la enferma es dada de alta el 14 de febrero curada.

OBSERVACION XVII

Hospital Militar Central.—Servicio del doctor Matta.

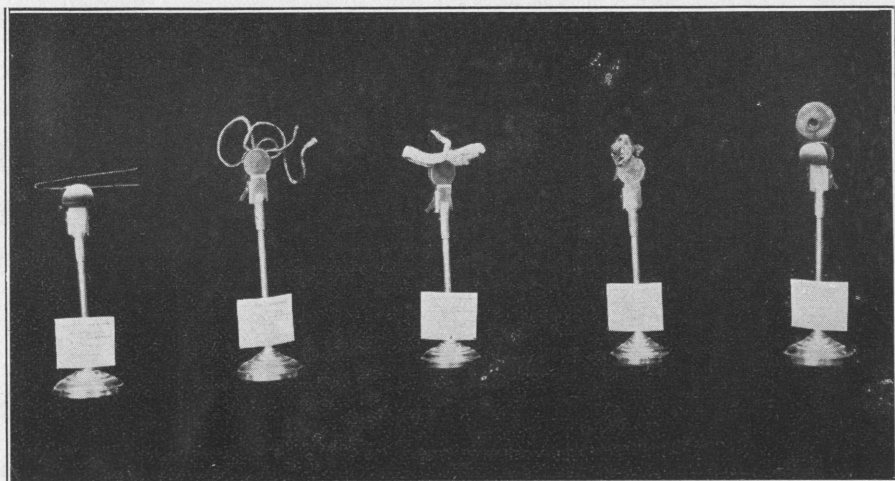
F. U., 35 años, argentino.—Entró el 10 de junio de 1915.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

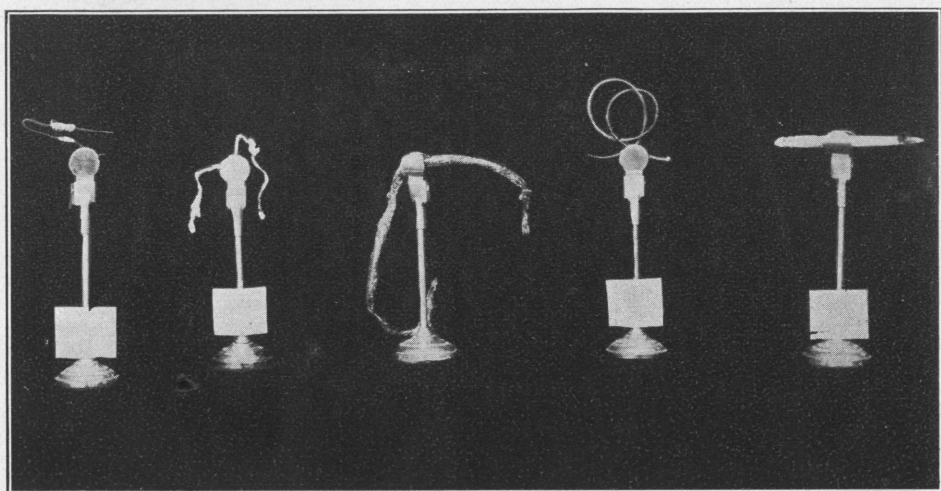
Antecedentes individuales — En el mes de octubre del año pasado, le hicieron una talla por cálculo vesical.

Según refiere el enfermo, la herida cicatrizó por segunda intención a los dos meses de operado.

Enfermedad actual — El enfermo no quedó del todo bien después de la intervención anterior, y de tiempo en tiempo notaba algunos fenómenos del lado de su vejiga: micciones más o menos frecuentes y ligeros dolores, en una forma intermitente.



Cuerpos extraños a que se refieren las observaciones V, VII, XII, VI, XIV



Cuerpos extraños a que se refieren las observaciones IX, XV, XVI, X, XII

Estos síntomas se pronunciaron más últimamente; las micciones aumentaron en frecuencia, se hicieron francamente dolorosas, viéndose el enfermo obligado a ingresar en este servicio.

Estado actual — Micciones frecuentes y dolorosas. Orina turbia, a veces ligeramente teñida con sangre.

Examen de la uretra: Libre a la exploración.

Vejiga sensible a la distensión y contacto. Con explorador metálico, se nota un cuerpo que da sensación de cálculo, es grande, midiendo aproximadamente 5 cm. de largo.

Se hace una citoscopia, y se ve, en efecto, un cálculo grande, blanquecino, con todos los caracteres de los cálculos fosfáticos.

Tratamiento — Después de un reposo de 5 días, con sonda permanente e instilaciones de nitrato de plata, se hace una litotricia, bajo anestesia clorofórmica.

Se rompe el cálculo con facilidad, pero al querer retirar el litotritor, se nota que es detenido. Se renuevan las tentativas y se consigue al fin sacarlo, viéndose con sorpresa, un pedazo de gasa entre sus ramas. Se hace en el acto una citoscopia y se comprueba la presencia de una gasa de regular tamaño, cubierta aún de concreciones fosfáticas.

Como la intervención se había prolongado ya mucho, se resuelve suspenderla, para extraer la gasa en una segunda sesión.

Se coloca sonda permanente y 10 días después, se practica una nueva citoscopia, viéndose la gasa en la vejiga.

Al día siguiente, se practica una talla, no resolviéndose por la extracción directa, en vista de las dificultades observadas al principio.

Anestesia clorofórmica. Operador doctor Matta.

Abierta la vejiga, se va en busca del cuerpo del delito, pero sin resultado, la gasa había desaparecido.

Se examina cuidadosamente la cavidad vesical y por último, después de un momento de insertidumbre, se la descubre en la uretra posterior, donde se había metido probablemente durante las maniobras preliminares a la talla.

Se la extrae directamente por el meato, empleando una pinza para cuerpos extraños de uretra.

La vejiga es suturada completamente y el enfermo es dado de alta a los 20 días curado.



Bibliografía

J. Albarrans — *Medicine opératoire des voies urinaires.*

Félix Guyon — *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.*

A. Pousson — *Precis de maladies des voies urinaires.*

E. Bergman, P. Bruns y J. Mikulicz — *Tratado de cirugía clínica y operatoria.*

E. Jeanbrau — *Pathologie de la vessie.*

Pierre Ollé — *Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie chez la femme.*—Thèse de Paris, 1910.

Buenos Aires, Abril 1 de 1916

Nómbrese al señor Consejero doctor Pedro Lacavera, al profesor titular doctor Pedro Benedit y al profesor suplente doctor Bernardino Maraini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 24 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3087 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Consecuencias ulteriores a la intervención.

Lacavera.

II

Peligros que acarrea la permanencia de cuerpos extraños en la vejiga.

Benedict.

III

Tolerancia de la vejiga.

Maraini.

