BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

N. 3447

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mir. G. 96.8

Cuerpos extraños de uretra y vejiga

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO GARCIA DIAZ

Ex interno de los Hospitales San Roque, Rawson y Alienadas

BUENOS AIRES
IMP BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

Cuerpos extraños de uretra y vejiga

Año 1918 **N. 3447**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cuerpos extraños de uretra y vejiga

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO GARCIA DIAZ

Ex interno de los Hospitales San Roque, Rawson y Alienadas

BUENOS AIRES

Imp. BOSSIO & BIGLIANI — Corrientes 3151

1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clínica Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Obstétrica	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica	DR. GUILLERMO SEEBER
	» SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	» EUGENIO GALLI
	» JUAN JOSÉ CIRIO
	» FRANCISCO ROPHILLE
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología	» RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica	» SALVADOR MAZZA
	» BENJAMÍN GALARCE
Higiene Médica	» MANUEL V. CARBONELL
	» SANTIAGO M. COSTA
Semiología y ejercicios clínicos	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITÓN
Anatomía patológica	» PEDRO J. HARDOY
	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
	» ANGEL H. ROFFO
Materia médica y terapéutica	» PEDRO ELIZALDE
	» JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	» PEDRO CASTRO ESCALADA
	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
	» ENRIQUE M. OLIVIERI
	» ALEJANDRO CEVALLOS
Clínica dérmato-sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
	» JOAQUÍN CERVERA
» Génito urinaria	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
» epidemiológica	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL THAMM
» oftalmológica	» ADOLFO NOCETI
	» RAÚL ARGAÑARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
» oto-rino-laringológica	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
Clínica quirúrgica	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO E. LANDÍVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» Neurológica	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
» Médica	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULIO MARTINI
	» CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
» pediátrica	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
» ginecológica	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNQUEZ
obstétrica	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
Medicina legal	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
Clínica Psiquiátrica	» AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc..	DR. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel Gallardo
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química farmacéutica inorgánica	» Miguel Puiggari
Botánica y Micrografía vegetal	» Adolfo Mujica
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso)	» J. Manuel Irízar
Higiene, Ética y Legislación	» Ricardo Schatz
Química analítica general	» Francisco P. Lavalle
Farmacognosia especial	Sr. Juan A. Domínguez
Técnica farmacéutica (2º. curso)	Dr. J. Manuel Irízar

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas	Dr. Angel Bianchi Lischetti
Física farmacéutica	» Tomás J. Rumi
Química farmacéutica inorgánica	» Angel Sabatini
	» Emilio M. Flores
Botánica y Micrografía vegetal	» Ildefonso C. Vattuone
Química farmacéutica orgánica	» Pedro J. Mésigos
	Dr. Luis Guglialmelli
Técnica farmacéutica	Sr. Ricardo Roccatagliata
	» Pascual Corti
	» Cleofé Crocco
Química analítica general	Dr. Juan A. Sanchez
Farmacognosia especial	Sr. Oscar Mialock

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas	— —
Mineralogía y Geología	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. Juan A. Sánchez (supl. en ejercicio)
Química biológica	» Pedro J. Pando
Química analítica aplicada (Bromatología)	— —
Física general	— —
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Toxicología y Química legal	» Juan B. Señorans

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEON PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE

» TOMAS S. VARELA (2º año)

SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)

» CORIOLANO BREA ( )

» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS

DR. BERNARDINO MARAINI

Profesor extraordinario de la Facultad de Medicina

A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

A MI ESPOSA

A MI PADRE

A MI HERMANA ELBA

A MIS HERMANOS

A MIS HERMANOS

AL DR. TOMAS B. KENNY

Profesor suplente de Clínica Quirúrgica

Cirujano del Hospital Ramos Mejía

Eterno agradecimiento

A MI AMIGO EL Dr. PEDRO JÁUREGUI

Cirujano del Hospital Ramos Mejía

Gratitud imperecedera

A LA MEMORIA DE ALFREDO ORTELLI

AL SEÑOR LUIS CAPRIOGLIO

A LOS DOCTORES:

RICARDO A. NOLTING

MANUEL V. QUINTEROS

JULIO IRIBARNE

JOSÉ F. MOLINARI

OSVALDO BOTTARO

JOSÉ A. ESTEVES

HORACIO G. PIÑERO

ALFREDO ZELASCO

ANTONIO MONTENEGRO

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con este trabajo sello mi última etapa de mi vida de estudiante, en ella formé el criterio médico y moral, aprendí a valorar el sufrimiento humano, aquilaté la misión sublime y elevada del que puede llevar un alivio al que padece. Sincero agrdaecimiento a todos mis maestros que me enseñaron la verdad, su recuerdo existirá nítido en mi memoria y tomará nueva vida cuando al lado del enfermo recuerde sus consejos y enseñanzas.

Vaya también un cariñoso recuerdo a mis compañeros de internado que supieron hacerme amena la vida de hospital.

Etiología

Según la vía de penetración se han clasificado los cuerpos extraños de la siguiente manera: primero. cuerpos extraños introducidos por la uretra: se encuentran en esta clasificación los fragmentos de sondas rotas durante el cateterismo o bujías conductoras de uretrótono, cuya rosca estaba ya usada. trozos de litrotritores, etc.

Al lado de estos cuerpos extraños que pueden llamarse quirúrgicos, existen otros cuya introducción es el resultado de maniobras eróticas en los pervertidos sexuales los alienados o los niños.

Poulet da una lista bastante larga de cuerpos extraños encontrados en la uretra, estos son: lápices, cánulas, termómetros, varillas de cristal. de cera, etc.

En la mujer las horquillas se obserban con una frecuencia mayor que todos los demás reunidos.

En la uretra masculina, los cuerpos extraños alargados caminan como lo hacen las espigas de trigo introducidas en una manga del traje, según la comparación de Kausfman.

La retracción de la uretra sobre el cuerpo extraño, que sucede a las tracciones ejercidas sobre él por el paciente; para extraerlo y sobre todo las alternativas de erección y flácides, contribuyen a hacer ascender el cuerpo extraño hasta la uretra prostática, de donde penetra bien pronto en la vejiga (Faucher y Graunou).

Está bien demostrado que la naturaleza de los cuerpos encontrados guarda estrecha relación con la edad, profesión e instrucción de los enfermos.

Los de origen terapéutico los encontramos en cualquier clase de sujetos, los introducidos por apuesta o en estado de embriaguez se ven en personas por lo general ignorantes, cuya cultura intelectual no les permite entrever las consecuencias de sus actos.

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 en los cuales la voluptuosidad, según la expresión de Montaigne, «es

tanto más dulce cuanto más escuece y desuella».

En otras ocasiones, los cuerpos extraños penetran gracias a una solución de continuidad de las paredes vesicales, es de esa manera como penetran los proyectiles, trozos de vestidos y de huesos introducidos por los mismos.

También se han encontrado en ciertos casos, en que ulceraciones producidas por abscesos o quistes, han roto las paredes vesicales y han permitido el paso al interior de la vejiga, de cuerpos extraños, como huesos de fruta, materias fecales, etc.

Anatomía patológica

Se pueden dividir los cuerpos extraños en varias categorías, según la consistencia, volumen, conformación, etc.

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

Según su forma pueden ser romos de superficie lisa o bien rugosos y puntiagudos; lógico es suponer que los primeros no darán origen a ninguna clase de accidentes por más tiempo que permanezcan en la vejiga, no así los segundos, que determinan bien pronto accidentes varios; pues lastiman las paredes vesicales con todas las consecuencias ulteriores, peritonitis o flemones en l acavidad de Retzieus, cuando la perforación es anterior.

Tiene mucha importancia el tamaño del cuerpo extraño, pues él determina de ulterior la posición que este cuerpo extraño guarda con respecto a le vejiga, posición que establecida de antemano, hace muy fácil la extracción o por lo menos indica a qu éclase de intervención hemos de recurrir.

Los cuerpos extraños introducidos en la vejiga tienen tendencia inmediata a incrustarse y a formar el núcleo de un cálculo, cuanto más rugoso es el cuerpo más pronto se llenarán de incrustaciones; estas concreciones son casi siempre formadas por fosfatos terrosos; la explicación sería la siguiente: sabemos bien que la orina tiene en suspensión sales insolubles debido a la acidez normal, si esta acidez desaparece, los fosfatos precipitan y esta acidez desaparece, pues bajo la influencia de la inflamación que estos cuerpos determina, la urea se descompone en sales amoniacales que alcalinizan la orina, permitiendo de este modo la precipitación de las sales insolubles; por su parte, la vejiga reacciona contra estos cuerpos extraños y los fenómenos de cistitis sobrevienen, aumentando la mucosa su vascularización tornándose roja uniforme, pudiéndose producir ulceraciones más o menos profundas; si continuase el proceso, la mucosa se infiltra, se espesa, se hace fungosa, ofreciendo los caracte-

res de la cistitis crónicas, pudiendo en ciertos casos producirse focos de gangrena, perforaciones que matan al enfermo en algunos días, sea ya por peritonitis, sea ya por infección purulenta generalizada.

Sintomatología y diagnóstico

Son en extremo variables los síntomas a que dan lugar los cuerpos extraños en la vejiga.

De poca importancia cuando el cuerpo es pepequeño, liso y regular, o bien graves; presentando la fisonomía 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, aunque esto último no sea lo más habitual, sino que se produce una ligera cistitis con suaves dolores, tenesmo, disuria súbita, en medio de la salud más perfecta.

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

En el caso que el cuerpo extraño sea largo y puntiagudo, cubierto de asperezas, 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; es decir, todos los signos de una cistitis grave, que será seguida, si no se interviene rápidamente, de una peritonitis o de una infección generalizada, agravándose entonces el cuadro con escalofríos que serán más o menos intensos, dolores hipogástricos atroces, tenesmo vesical y rectal, hematuria, disuria y piuria. Entonces la vejiga distendida por la orina, forma un doloroso y duro globo 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 suerte, las cosas no pasan siempre así y la vejiga después de algunos accidentes agudos, se hace tolerante.

No permanecen en la vejiga los cuerpos sin incrustarse de sales, desempeñando entonces el rol de un cálculo, con todo el cortejo de síntomas habituales; micciones frecuentes y dolorosos, espasmo de la vejiga, dolores sordos y profundos al nivel del periné y bajo vientre, hematurias irregulares. Todos estos síntomas se agravan con

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

Lógico suponer que en el caso presente, es difícil distinguir un cuerpo extraño cargado de sales de un cálculo. El interrogatorio del enfermo podrá en ciertos casos darnos datos útiles, no siempre, pues, en los casos de aberraciones sexuales el enfermo o la enferma, que es lo más frecuente, se niega por lo general a darnos datos sobre la causa de sus males.

Legueu da un consejo muy práctico; en ún enfermo cuya salud siempre perfecta acuse dolores hipogástricos violentos y fenómenos de cistitis sin causa justificada, debereá pensarse en un cuerpo extraño.

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

Cuando se tiene inseguridad se practicará la ploración completa de la cavidad vesical; los procedimientos empleados son variados y los pasaremos en revista: El cateter metálico de Guyón, usado según la técnica ordinaria, permite en ciertas ocasiones hacer el diagnóstico.

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.

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

Otro método es con el litotritor, que tomando el cuerpo o el cálculo entre sus ramas, puede darnos datos sobre su tamaño y forma.

El tacto rectal en el hombre o vaginal en la mujer, pueden darnos muchas veces datos útiles, sobre todo en el caso de cuerpos extraños delgados, alargados y punteagudos.

En los que se entregan a la masturbación uretral, la uretra adquiere grandes dimensiones, facilitando de este modo el tacto uretral; los médicos antiguos eran la vía que utilizaban, pues la uretra si bien en muchos casos no permite la introducción de un dedo, puede llegar por medio de la dilatación a permitirlo, y de este modo es como se llega muy bien a apreciar el volumen, grado de movilidad, etc., etc., del cuerpo extraño.

Hoy en día gracias a la ciscoscopia, estos métodos se usan muy poco; el cistoscopio que se empleea es el de Nitze; también se usa el de Luys, sobre todo en la mujer y cuando la capacidad vesical es muy reducida.

También es un auxiliar poderoso la radiografía, sobre todo en los casos de cuerpos metálicos.

Para obtener una localización exacta y saber al mismo tiempo si el cuerpo está libre, se re-

quiere efectuar por lo menos tres radiografías de la región, haciendo variar la posición del enfermo. Si siempre ocupa el mismo sitio, no hay duda que el cuerpo está enclavado; si al contrario cada radiografía nos demuestra una diferente situación nos indicará que está libre.

He de citar por último las conclusiones de la interesante tesis de París de Ph. Kafourí sobre la localización de cuerpos extraños de guerra en la vejiga. El llega a las siguientes conclusiones:

1.º La exploración metálica es insuficiente para permitir por ella sola el diagnóstico de un cuerpo metálico en la vejiga y no se puede practicar en una vejiga contraída o muy larga.

2.º La radiografía y la localización por los reparadores inducen casi siempre a error en la determinación del asiento vesical o para-vesical del cuerpo extraño de guerra. Este error viene de que en primer lugar no se tiene en cuenta en la ejecución e interpretación de la radiografía de la pelvis, la noción de la movilidad del cuerpo extraño en la cavidad vesical; y en segundo lugar, este error viene de que en la interpretación de una prueba radiográfica uno se basa sobre las relaciones del cuerpo opaco con el pubis, para determinar su asiento vesical o para-vesical, sin tener en cuenta el estado de vacuidad o de replesión de la vejiga durante la impresión.

Cuando uno se ajusta a la radiografía o a la localización por los reparadores mecánicos, es necesario para obtener una determinación exacta, hacer sucesivamente dos radiografía o dos localizaciones instrumentales, sobre dos posiciones diferentes del herido, una recostado sobre el dorso y la otra sobre el vientre, con vejiga llena; o dos en la posición horizontal con la vejiga sucesivamente llena y vacía.

De esta manera y solamente en estas condiciones, la localización por los reparadores o la radiografía puede poner en evidencia la movilidad del cuerpo extraño en la pelvis, que es el criterio de la presencia de un cuerpo extraño en la vejiga; siempre, salvo raras excepciones, la vejiga en la sola cavidad de la pelvis que permite esta movilidad.

4.º La citoscopía es el mejor método para el diagnóstico de los cuerpos extraños de guerra en la vejiga. Ella sola nos pone al abrigo de todo error de diagnóstico, porque ella da la sensación visual de la bala o del pedazo de obús que se encuentra en la vejiga. Ella debe ser utilizada todas las veces que los reparadores o la radiografía no han podido llegar al diagnóstico exacto del sitio vesical o para-vesical del cuerpo extraño metálico.

5.º Un cálculo de la vejiga puede pasar desconocido por la exploración metálica y puede ser

localizado afuera de la cavidad vesical por la radiografía. La citoscopía permite ver el cálculo en el interior de la vejiga, y la doble localización por la radiografía o los reparadores mecánicos en nos posiciones diferentes del herido o de la vejiga muestra lo mismo que para los cuerpos metálicos, la movilidad de un cálculo en la cavidad pelviana ofreciendo así el criterio de su presencia en la vejiga.

Tratamiento

La extracción ya sea por las vías naturales o artificiales, es el único tratamiento de elección para los cuerpos extraños de la vejiga: en la mujer sobre todo, es donde gracias al tamaño relativamente corto y a lo recto de la uretra que las maniobras de extracción por las vías naturales se facilita en gran parte.

Ya sabemos que cuando los cuerpos son antiguos, constituyen el núcleo de formación de un cálculo; entonces fácil suponer que atacando previamente este cálculo con un litotritor nos quedará el cuerpo extraño libre y que en estas condiciones nos será mucho más fácil su extracción.

Tiene muchísima importancia la naturaleza y la forma, así como la consistencia del cuerpo extraño, pues todos estos datos los podemos obtener gracias al interrogatorio del enfermo, pues

ha de ser muy paciente para que no se nos escape ningún dato que podría ser de gran utilidad; pues lógico suponer que será muy distinto la extracción de una bala, de un lápiz, que la de úna perla de vidrio; así también un lápiz no será flexible y sí una sonda de goma que podrá fácilmente doblarse en dos y ser extraída fácilmente.

El conocimiento del cuerpo extraño en la vejiga y de tomarlo por una de sus extremidades sin que haya codo entre su eje y él del instrumento, facilita mucho la maniobra.

Henriet, ha realizado estudios para fijar la posición que tienden a tomar estos cuerpos extraños en la vejiga; llega a las siguientes conclusiones:

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

2.º 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.

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

4.º Los cuerpos extraños suficientemente re-

gidos, de doce centímetros o más, sólo pueden alojarse en una vejiga distendida y siguiendo un diámetro vertical u oblicuo.

5.º 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 inclinada 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, puede flotar.

Según las conclusiones de Henriet, como puede verse, el diámetro que varía menos es el transverso, ya esté en estado de evacuidad como en estado de replesión.

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 han llegado a la vejiga, ocupan el plano ántero-posterior mediano. Con las micciones siguientes: la vejiga se vacía, los diámetros án-

tero-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 transverso.

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 solo puede ser posible colocándose en el diámetro transversal. En una palabra, se produce una verdadera adaptación del contenido al continente.

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 evacuidad completa, viene a estar situado al nivel mismo del cuello.

Es, pues, a este nivel en donde deben ser buscados los cuerpos extraños, sobre todo aquellos

que son mal tolerados: pues éstos irritan a la vejiga, haciendo las micciones frecuentes y oponiéndose, por lo tanto, a la expansión de la vejiga y manteniendo a éstos a su entrada.

Cuando las dimensiones exceden de ocho centímetros, no pueden amoldarse al diámetro transverso, solocándose en una dirección oblicua, que se aproxima tanto más del diámetro vertical, cuanto mayor es la longitud del cuerpo.

En las vejigas distendidas por la orina o artificialmente, las cosas cambian de aspecto.

El cuerpo extraño no alcanzando 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.

Siguiendo a Guyón, pasa como en el hidroamnios; el feto cambia de posición a cada momento, flotando en el líquido sin poder acomodarse.

De esto se deduce que una inyección, lejos de favorecer las maniobras de extracción, como podría suponerse, crea en cambio serias dificultades. Prosiguiendo 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 bueno tomarlo por una de sus extremidades, cosa que no siempre es fácil.

Caudmont, para conocer la manera como el cuerpo extraño se presenta al instrumento, ha realizado 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 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.

Cuando el cuerpo es tomado entre el medio y la extremidad, el movimiento de rotación se produce aún, pero es tanto más atenuado cuanto me-

nos 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 transverso 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 transverso 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, inclinando 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 pe-

dazos, 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 a la vertical.

Una de sus extremidades se encuentra entonces cerca de 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 efec-

túan ligeras tracciones y si se nota que se obtiene un encaje de algunos milímetros, se continúa tirando hasta retirarlo del todo.

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

Si se quiere corregir la dirección del cuerpo extraño, podemos utilizar con ventaja el tacto rectal en el hombre o vaginal en la mujer; de esta manera se puede presentar el cuerpo a los dientes del extractor, hasta que la dirección sea buena y no haya extremidad saliente al nivel del talón.

Se entiende que si se quiere hacer esa maniobra ha de tomarse el cuerpo extraño muy ligeramente, como para que no sea muy fácil su deslizamiento.

Siendo frágiles los cuerpos extraños es mucho mejor triturarlos primero con el litotritor, y extraer después los fragmentos con el aspirador de Guyón; es natural que esta maniobra no la podremos hacer cuando estos cuerpos sean ofensivos para el canal, como lo sería un tubo de vidrio; entonces es preferible sacarlo entero.

El aspirador de Guyón se puede emplear también en el caso de cuerpos extraños pequeños

(granos de plomo, balas de poco calibre, etc., etcétera).

Cuando nos encontremos en presencia de un cuerpo flexible, como una sonda de goma, es útil el plegador de Mercier de Leroy d'Etiolles, que tomando el cuerpo por su mitad, lo plïega en dos, colocándolo en la dirección del instrumento cuyo camino sigue.

Existe una aguja de crochet a extremidad olivar, ideada por Guyón, que sirve para extraer cuerpos con ansa, como horquillas por ejemplo; pues enganchándolas por la acodadura la extraen fácilmente.

En la mujer nos presta una gran ayuda el citioscopio, pues nos permite trabajar con más seguridad; y digo en la mujer, por lo corto y cómodo que resulta así la uretra; no por eso deja de usarse en el hombre, llenando siempre las tres condiciones esenciales para que una citoscopía sea practicable; éstas son: uretra dilatable como para permitir el paso del citoscopio, medio transparente y vejiga que tolere un mínimum de ochenta gramos de líquido.

Se utiliza con preferencia en endoscopio de Luys, que tiene la ventaja sobre los demás citoscopios de permitir exámenes 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 le retiran juntos pinza y endoscopio.

Si de est amanera no se obtiene resultado, recurriremos al citoscopio operador, que es un citoscopio simple, que llena anexa una pinza cuyos dientes maniobran en el campo del citoscopio.

Observaciones clinicas

OBSERVACION I

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. F. Texo.

N. 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 sintiera 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 pre-

sencia 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 citoscópico, se introduce el gancho de Guyón y se la extrae, tomándola por su ansa.

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

OBSERVACION II

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. F. Texo.

N. N., 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 la 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 III

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. F. Texo.

B. F., 25 años, argentino, casado. Entró el 23 de juni ode 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 fina.

Estado actual.—Estrecheces al nivel de la porción 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 seis días después, al retirarla, viene encajada en su extremidad la bujía filiforme que había quedado en la vejiga. La extracción del cuerpo extraño se efectuó aquí casualmente, sin apelar a instrumento alguno.

OBSERVACION IV

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. F. Texo.

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

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Blenorragia crónica. Desde hace tres 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 Guyón con guía para retirar la anterior, pero con tan mala suerte, que el gancho se rompe, quedando su parte profunda, con su gúía, 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 con éter.

Se hace una incisión de unos cuatro centímetros al nivel del periné. Se abre la uretra, retirándose el gancho de Guyón 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 V

Hospital Rawson.— Servicio del Dr. F. Texo.

N. N., 25 años, soltera, argentina. 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 la uretra: Libre a la exploración.

Examen de la 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 Guyón se la toma por su ansa y se la extrae.

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

OBSERVACION VI

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. 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 III. Estrechez filiforme de la uretra de origen blenorrágico.

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 Guyón, 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-Charrie-

re, para cuerpos extraños de la uretar, y se consigue extraerla, después de varias tentativas sin resultado.

OBSERVACION VII

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. F. Texo.

N. N., 30 años, suizo, mecánico. Entró el 10 de ener ode 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 vesículo, por debajo del reborde costal derecho. Le hicieron una laparatomía, extrayéndole, según 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 fercuentes, dolorosas; orina turbia y con sangre.

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

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

Se practica cistocopía, constatándose la vresencia de un cálculo de más o menos un centímetro de ancho por uno y medio de largo, blanquecino y movible.

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 a hacer una litotricia, inyectándose en la vejiga una solución de antipirina al 3 por ciento.

Operador: doctor Camet.

Tomado el cálculo por 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 opera-

ción 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 vaivén.

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 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 VIII

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. 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 mal de Pott, que duró 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 consecuencia de la erección del pene, el punzón penetró completamente, siéndole imposible extraerlo.

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

La palpación de la uretra pelviana es negativa.

El tacto rectal revela un extremo del cuerpo 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 el 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 porción 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 diez centímetros de largo por 1.50 de ancho, en su parte más gruesa.

Sutura completa de la vejiga. Sonda de Pezzer permanente.

Alta el 12 de diciembre, completamente curado.

OBSERVACION IX

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. 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 citoscopía, 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 X

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. 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 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. Solo admite ochenta gramos de líquido.

Próstata: Aumentada de volumen.

Se practica una citoscopía, comprobándose la presencia de un cálculo de un centímetro de diámetro aproximadamente, libre, rugoso y al lado de él, un cuerpo extraño negruzco, cuya natúraleza 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 XI

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. Maraini.

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

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecendentes individuales.—Buenos.

Enfermedad actual.—Se inició hace un 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 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 XII

Hospital Rawson.—Servicio del Dr. Maraini.

S. V., 15 años, argentina, soltera. Entró el 8 de febrero de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes invividuales.—Por el mes de agosto del año pasado, creyéndose embarazada, por haberle faltado 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 vajiga 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 Maraini 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 oliva núm. 19.

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

OBSERVACION XIII

Hospital Nacional de Clínicas.—servicio del Prof. P. Benedit.

M. N., 32 años, española, soltera.

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

Estos fenómenos aparecieron, según refeerncias 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 irrigación al nivel de la uretra.

Como la capacidad de la vejiga es suficiente par apermitir una citoscopía, el Dr. 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 practica un lavaje vesical con nitrato de plata, que al día siguiente se repite, quedando la enferma definitivamente curada.

OBSERVACION XIV

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del Prof. P Benedit..

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

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Hace cuatro años tuvo blenorragia, que trató durante dos 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, ora turbia y sanguinolenta.

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

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

Endoscopía: Mucosa vesical roja en algunos puntos. En el bajo fondo hay un cuerpo extraño cilíndrico, de unos tres centímetros de largo por un centímetro de ancho.

Tratamiento.—Reposo en cama, urotropina, 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.

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

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

Bibliografìa

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

J. Albarrans.—Medicine operatoire des voies urinaires.

Pierre Ollé.—Contribution al estude des corps etrangers de la vessie chez la femme.—Thése de París, 1910.

Félix Guyón.—Lecons cliniques sur les affections, chirurgicales de la vessie et de la prostate.

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

E. Jeanbrau.—Pathologie de la vessie.

Buenos Aires, Junio 13 de 1918

Nómbrase al señor Consejero Dr. Daniel J. Cranwell al profesor titular Dr. Pedro Belou y al profesor suplente Dr. Joaquín Nin Posadas para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Junio 24 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3447 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Síntomas propios de los cuerpos extraños de la vejiga.

Daniel J. Cranwell.

II

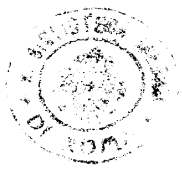
Técnica radiográfica para los cuerpos extraños de la vejiga.

Pedro Belou.

III

¿Qué razones tiene el autor para decir que los cuerpos extraños sanos, de superficie lisa, «no dan origen a ninguna clase de accidentes por más tiempo que permanezcan en la vejiga»?

Joaquín Nin Posadas.



30186