

8º Por la circunstancia enunciada en la proposición anterior, la histeria puede remedar perfectamente cualesquiera otra enfermedad orgánica.

9º Su carácter esencial es la movilidad de los síntomas y su fugacidad, pudiendo persistir, sin embargo, algunas ocasiones, por un lapso largo de tiempo.

10º y último. Esta enfermedad puede observarse en todas las edades y sea cual fuere el sexo.

México, Marzo de 1896.

PROF. DEMETRIO MEJÍA.

CLINICA EXTERNA.

Apuntes referentes á un niño y una niña afectados de "Cálculo vesical."

SEÑORES ACADÉMICOS:

EN este desaliñado trabajo, de seguro que no encontrareis nada que sea digno de llamar vuestra atención, y más bien, el objeto que pudiera tener, sería el de ofrecer una oportunidad para que ilustréis con vuestro saber y experiencia las diversas cuestiones que se relacionan, por una parte, con la Etiología y modo de formación de los cálculos en la vejiga de los niños, y, por la otra, con la Profilaxia y Terapéutica de esta afección, con mayor razón, cuanto que es frecuente observarla, sobre todo en los niños de la clase proletaria de nuestra Capital.

La alimentación esencialmente indigesta con que nuestra clase pobre nutre á sus hijos desde la más tierna edad, despierta la sospecha de que, quizás tenga su papel, como factor etiológico, el principio que envuelve la idea del Profesor Jellowby: "que los pudines de Norfolk y la indigestión que frecuentemente originan, son una causa, sino la causa de la predominancia de los cálculos en aquel país." El carácter poroso del núcleo comparado con las capas compactas que se han depositado sobre él, dice el

Profesor George Murray, lo que muy frecuentemente se observa, está de acuerdo con el origen mucoso del cálculo.

Cuestión etiológica es esta que sólo una observación dilatada y minuciosa puede dilucidar, pero que debe ser estudiada en nuestro país por la importancia que pudiera tener para la profilaxia y Terapéutica de los cálculos vesicales.

Las historias con que voy á ocupar vuestra atención se refieren á niños del hospital de Infancia, cuyas vejigas estaban ocupadas por cálculos de dimensiones considerables, razón por la que, las apreciaciones que en ellas se encuentran, se relacionan más especialmente con nuestro modo de proceder como cirujanos.

HISTORIA NÚM. 1. — La niña Trinidad Fernández, de 5 años de edad, ingresó, el día 17 de Septiembre de 95, al Servicio de Clínica de enfermedades de los niños, clínica que desempeña el conocido profesor Dr. D. Carlos Tejeda.

Esta niña, habitualmente sana y bien constituida, empezó á la edad de 4 años, según refirió la madre, á experimentar dolor y dificultades en el momento de las micciones, dificultades que pronto se acompañaron de tenesmo véstico-rectal y de prolapso de la mucosa del recto.

El examen de la enferma nos hizo apreciar lo siguiente: Su facies revelaba el sufrimiento en sus facciones contraídas y mirada ansiosa. En posición supina, con los miembros inferiores en semiflexión y abducción, tenía constantemente aplicada una de sus manos sobre los órganos genitales externos que oprimía y frotaba; la mucosa vulvar estaba enrojecida, hinchada y escoriada. El sufrimiento se exacerbaba á cortos intervalos, debido al tenesmo dolorosísimo véstico-rectal, revelándose por el llanto, convulsiones de orden reflejo y una inquietud desesperante.

La orina era expulsada por gotas, particularmente á cada acceso de tenesmo doloroso. La vejiga estaba vacía, de modo que, sólo pudimos apreciar, por las manchas que dejaba en la ropa, que era sanguinolenta y exhalaba el olor de fermentación amoniacal. Pudimos comprobar igualmente, el prolapso considerable de la mucosa del recto.

La exploración de la vejiga reveló la existencia de un cálculo situado muy cerca del cuello; una vejiga intolerante y muy irritable, no permitiendo la menor cantidad de solución boricada; sus paredes estrechamente aplicadas sobre el cálculo, no permitían la movilidad de éste. La mucosa sangraba á las tentativas prudentes que hacíamos para poder to-

mar el cálculo con las ramas del litotritor, y poder apreciar de este modo sus dimensiones.

La indicación del momento era calmar el tenesmo véscico-rectal y la extremada irritabilidad de la vejiga, lo que conseguimos en parte, pero lo suficiente para que la niña tuviera largos intervalos de calma, mediante la siguiente prescripción:

“Reposo; una poción calmante con bromuro de alcanfor y benzoato de sosa; supositorios de belladona y baños de asiento.”

El día 21 de Septiembre, previa cloroformización, procedimos á la dilatación de la uretra, sirviéndonos para conseguirlo, del dilatador traqueal de Labord; fácil nos fué introducir el dedo pequeño hasta tocar el cálculo, y darnos cuenta de que por sus dimensiones, no podríamos extraerlo por la uretra. Igualmente pudimos apreciar su fijeza por la aplicación exacta de la mucosa sobre su superficie, y aun cuando procuramos mantener una pequeña cantidad de líquido dentro de la vejiga con el objeto de cargar y de fragmentar el cálculo, no nos fué posible conseguirlo, pues habríamos machacado la mucosa junto con el cálculo.

Resolvimos practicar la talla hipogástrica, lo que ejecutamos el día 26 del mismo mes el Sr. Profesor Dr. Cárlos Tejeda y el que habla, ayudados por el señor practicante, habiendo presenciado esta operación el Sr. Dr. D. Rafael Sousa, interno de aquel hospital.

La técnica que seguimos es la que practica el Profesor Bazí, de París, por lo mismo no me detendré en describirla, siendo muy conocida de todos; únicamente me permitiré llamar la atención sobre algunos detalles referentes á nuestro caso.

Dividido el fascia celuloso, encontramos muy poco tejido célula-grasoso en la cavidad de Retzius, y por lo mismo no fué fácil levantar el fondo de saco del peritoneo. Debido á la retracción de la vejiga en el fondo de la pequeña pelvis, el campo operatorio entre los músculos rectos, era muy reducido, y era necesario amplificarlo, para lo cual dividimos las inserciones al púbis del recto izquierdo; debo hacer notar que, ni aun con esta amplificación, pudimos distinguir la vejiga, tan retraída así estaba, pues es bien sabido que este órgano, en la niñez es ovoide y en gran parte abdominal; entónces hice penetrar, forzando un poco, una pequeña cantidad de líquido á la vejiga, manteniendo aplicado uno de mis dedos sobre la uretra y oprimiendo ésta contra la sínfisis del pubis. Fué suficiente una pequeña cantidad de líquido para que el órgano se hiciese aparente en el fondo de la cavidad.

En lugar de servirnos de las asas de seda que hubiera sido muy difícil colocar, pudimos apreciar en este caso las ventajas que ofrecen las pinzas largas de dientes de ratón recomendadas por Bazí. Implantamos una de estas pinzas al nivel del vértice de la vejiga, lo que nos permitió atraer el órgano hasta la herida abdominal y dividir su pared anterior cerca del vértice en una extensión de cuatro centímetros. Extraído el cálculo, tiempo de la operación que no ofreció dificultad alguna, pulimos comprobar que existía una ulceración extensa de la mucosa al nivel de la implantación del cálculo, esto es, en el fondo de la vejiga, cerca del cuello.

Un punto muy discutido todavía, es la sutura completa de la vejiga en los casos de talla hipogástrica. Nosotros animados por las recientes estadísticas, y porque en la mujer, muy particularmente en la niñez, se puede realizar una canalización perfecta de la vejiga por la uretra, hicimos, sin vacilar, la sutura completa de la vejiga siguiendo el modo de proceder que aconseja Bazí: Una sutura en surgete, al *catgut* núm. 1 de la submucosa y mucosa, y otra profunda y en bolsa de la fibrosa y musculosa de la vejiga. Suturamos en dos planos las paredes del vientre, dejando libre el ángulo inferior de la herida, para colocar en él, penetrando hasta la cavidad de Retzius, una mecha de gasa yodoformada, como medida de precaución. Sonda de Nelaton núm. 18 á permanencia. Curación yodoformada y empaque con algodón salicilado.

El cálculo es de forma ovalar, blanquizo, con manchas amarillentas irregularmente dispuestas, de $3\frac{1}{2}$ centímetros en su mayor diámetro y de $2\frac{1}{2}$ en el menor, ó sea en el sentido del espesor. Pesaba 10 gramos 75; tenía un núcleo de un centímetro en su mayor diámetro, en el corte transversal, de estructura porosa y resistente, compuesto de ácido úrico y urato de amoníaco y de potasa en casi su totalidad, también tenía oxalato de fierro en pequeña proporción.

En el corte pueden observarse 5 capas superpuestas: la primera deleznable y compuesta casi en su totalidad de carbonato y fosfato calcáreos; la segunda capa resistente y compacta formada de ácido úrico y de urato de amoníaco; la tercera porosa, formada de fosfato y carbonato de cal en su mayor parte, ácido úrico y urato de amoníaco; las cuarta y quinta capas, muy resistentes, formadas de ácido úrico, urato de amoníaco, oxalato de fierro, carbonato y fosfato de cal en pequeña proporción.

Este cálculo, por el aspecto poroso de su núcleo, parece ser de origen mucoso.

El día de la operación, á las 3 p. m., sufrió la enfermita un acceso de

tenesmo véstico-rectal, que revistió los caracteres descritos anteriormente, y que, á pesar de no existir ya el cálculo, los factores que lo determinaron fueron: la existencia de la ulceración extensa de la mucosa vesical cerca del cuello, y la presencia de la sonda que, por su contacto, la irritaba. Procuramos prevenir la repetición de este accidente, fijando la sonda de manera que sólo se iniciase en el cuello de la vejiga; y efectivamente, el accidente no volvió á repetirse.

El día 2 de Octubre, á los seis días de la operación se retiró la sonda de la uretra; durante las veinticuatro horas, las micciones espontáneas se han verificado con regularidad.

El 3 de Octubre quitamos los hilos de sutura de la piel, la herida había cicatrizado en toda su extensión, menos al nivel del ángulo inferior en donde dejamos colocada la mecha yodoformada.

El 4 por la tarde, inquietud de la niña; vientre abultado y adolorido; no había reacción febril. La enferma tuvo una evacuación abundante y blanquizca, semejante á las que tenía cuando ingresó al hospital.

El 5 encontramos el apósito empapado por un líquido amarillento que exhalaba olor amoniacal; al descubrir la herida, pudimos comprobar que el fondo y labios de ésta ofrecían una coloración gris, de aspecto semejante al difterioide de las heridas. Comprobamos, igualmente, que la orina se escapaba por el ángulo inferior de la herida; los labios de ésta se desunieron en una extensión que abarcaba tres puntos de sutura.

Aunque no había infiltración urinosa, propiamente dicha, ni la temperatura se había levantado, la niña estaba muy postrada.

Llenamos esta urgente indicación, colocando nuevamente la sonda á permanencia, practicando la antisepsia rigurosa de la herida é irrigando la vejiga con solución boricada.

El día 11 la herida estaba en vía de rápida cicatrización; el estado general es satisfactorio, la niña se alimenta bien, sus digestiones en perfecto estado, está alegre y duerme bien. Desde esta fecha se suprime por intervalos la sonda á permanencia, las micciones se verifican espontáneamente y con toda regularidad.

El día 15 la herida está enteramente cicatrizada.

Entre otras cosas, esta historia enseña que la supresión de la sonda á permanencia fué prematura en nuestra enfermita, á pesar de que tenía seis días de operada. En consecuencia, debimos haberla suprimido más tarde, á pesar de lo que se refiere en algunas observaciones, y rodearnos de las precauciones que después pusimos en práctica.

La enfermita se dió de alta por curación el día 5 de Noviembre del mismo año.

2ª HISTORIA.—Vicente González, de 5 años de edad, ingresó al servicio de Clínica Infantil el 19 de Mayo de 1895.

Niño débilmente constituido, y agotado por el sufrimiento. Con una salud relativamente buena, hasta la edad de 2 años, desde esa época ha venido padeciendo perturbaciones gastro-intestinales, debidas, según toda probabilidad, á una alimentación viciosa.

La madre empezó á observar las primeras manifestaciones de la enfermedad de su hijo, cuando éste tenía 2 años y medio de edad, las que consistían en micciones frecuentes y dolorosas y expulsión involuntaria de las materias fecales, debido esto á los esfuerzos que el niño hacía para vaciar su vejiga, sin que por eso se hubiera producido el prolapso de la mucosa del recto.

El examen del niño nos reveló lo siguiente: la posición que tomaba y el modo cómo hacía sus micciones puede describirse así: el niño se hincaba, inclinando el cuerpo hacia adelante, y apoyándose con la mano izquierda sobre la cama ó el piso, mientras que con la otra mano ejercía presiones y restiramientos sobre el glande y prepucio en los momentos en que se verificaba la micción. El tenesmo doloroso se exacerbaba á tal grado, que hacía llorar al niño; al mismo tiempo que aplicaba el talón del pie derecho sobre la región perineo-anal para calmar el dolor que sentía en ese lugar. En algunas ocasiones había tenido hematurias.

La orina era turbia, dejaba depositar moco-pus y exhalaba olor amoniacal.

El día 21 de Mayo, previa cloroformización, la exploración metódica de la vejiga nos permitió descubrir la existencia de un cálculo situado en el fondo de la vejiga y aplicado á la pared posterior de este órgano, no pudimos medir entonces el cálculo, por falta de un instrumento adecuado; no obstante esto, por la extensión de la superficie en que se producía el choque característico, sospechamos que el cálculo era relativamente pequeño. Por otra parte, la exploración bimanual practicada anteriormente no nos reveló la presencia del cuerpo extraño dentro de la vejiga, otro dato que nos daba la probabilidad de que el cálculo era poco voluminoso.

El día 30 de Noviembre procedimos á practicar la talla lateralizada el Sr. Profesor D. Carlos Tejeda y el que habla ayudados por los alumnos Barrera, Romero Gómez, Campos y Nadal.

No me detendré en describir los diversos tiempos de la operación muy

conocidos de todos, y sólo me limitaré á señalar algunos detalles que creo deber mencionar.

La incisión de las partes blandas del perineo, fué la que describe en su técnica el Profesor Saint-Germain; pero una vez que hubimos llegado á la uretra, en lugar de dividir ésta y el cuello de la vejiga con el litótoma como lo aconseja el mencionado Profesor, seguimos la práctica de los cirujanos ingleses, dividiendo con el bisturí la uretra y cuello de la vejiga sobre la línea media. La razón que tuvimos para obrar de este modo, es la de tener cuando menos algunas probabilidades, para no interesar en la incisión los canales deferentes.

La extracción del cálculo fué sumamente fácil y la operación feliz en todos sus tiempos. Sonda á permanencia y curación yodoformada.

Cálculo ovalar, blanquizco y mamelonado en la superficie; de $2\frac{1}{4}$ centímetros en su mayor diámetro y $1\frac{1}{4}$ centímetros en el menor, ó sea en el sentido del espesor. Peso: 4 gramos 60. Tiene un núcleo de medio centímetro en su mayor diámetro, de estructura compacta y compuesta de ácido úrico, urato de amoníaco y una pequeña proporción de oxalato de fierro. En el corte pueden observarse 4 capas superpuestas: la primera y más superficial, compuesta de ácido úrico, urato de amoníaco en su mayor parte, fosfato y carbonato de cal en menor proporción; la segunda capa compacta, está formada de ácido úrico y urato de amoníaco; la tercera, así como la cuarta, de ácido úrico, carbonato y fosfato de cal, siendo éstas menos compactas.

Antes de pasar adelante debo manifestar mi agradecimiento al Sr. D. Juan Noriega, farmacéutico del Hospital de San Andrés, por su deferencia para hacer el análisis químico de los cálculos que presento.

Por la tarde del día que practicamos la operación, hubo un ligero accidente que hizo subir la temperatura á $38\frac{1}{2}^{\circ}$ centígrados, el que fué debido al mal funcionamiento de la sonda la que se había enrollado en el interior de la vejiga. Corregido este desperfecto, la sonda siguió canalizando perfectamente y la herida en buena vía de cicatrización. La sonda quedó suprimida el día 6 de Junio y desde ese día las micciones se hacían espontáneamente por la uretra.

La cistitis intensa desapareció con la causa que la producía y el niño fué dado de alta por curación el día 26 de Junio del mismo año.

Habéis notado que en el curso de mi lectura he hecho referencia á la estructura macroscópica y modo de formación de los cálculos que presento. Me había propuesto presentaros un estudio de esta naturaleza de

la colección de cálculos vesicales que, en número de 25 á 30, existen en el Museo del Hospital de Infancia, no me fué posible cumplir con este propósito, por razón de serios cuidados de familia, pero me prometo presentároslo lo más pronto que pueda, estimulado muy particularmente por las apreciaciones y deducciones importantes que de este estudio hacen actualmente para la Profilaxia y Terapéutica de esta afección hombres tan competentes como el Profesor George Murray, de la Universidad de Cambridge, Rainy Ord, Tellowby, etc., estudios que pudieran emprenderse para la Profilaxia y Terapéutica de esta afección entre nosotros.

Como ejemplo de lo que dejo asentado, pudiera señalarse el siguiente: El método de elección para los cirujanos de la India, á la cabeza de los cuales está el afamado Keegan, en el tratamiento de los cálculos vesicales de los niños es la *Litolapaxia*, pues la observación ha enseñado que la inmensa mayoría de los cálculos en aquellas regiones, son susceptibles del machacamiento por los litotritores; esto enseñaba la práctica, y el Profesor Murray estudiando la estructura de una colección de esos cálculos, sanciona la elección del método, haciendo ver que casi en su totalidad esos cálculos están formados de fosfatos calcáreos, con un pequeño núcleo de ácido bórico.

Es casi seguro que si emprendemos y perfeccionamos nuestros estudios en esta dirección, podríamos llegar á apreciaciones fundadas para la Profilaxia y Terapéutica de los cálculos vesicales en nuestro país.

México, Abril 15 de 1896.

EDUARDO VARGAS.