

Litiasis del tractus urinario en el niño ()*

*Presentación de once casos. Resumen estadístico (**)*

Por los Dres.:

PEDRO PAREDES VILA, ALBERTO MORA DOCAMPO,
ANGEL ARIAS LORENTE, ROLANDO PASTRANA FERNÁNDEZ,
RAMÓN CORDIÉS NEGRET, OCILIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Y JOSÉ M. AVILA MALLET(***)

INTRODUCCION

En la revisión de la literatura Médica Nacional, hallamos tres publicaciones^{1, 2, 9} sobre litiasis del tractus urinario en el niño, refiriéndose las mismas a litiasis vesical.

Nos llamó la atención que en dicha literatura, se presentare un número exiguo de niños afectados de litiasis y nos dimos a la busca de la misma. Le pedimos a los compañeros pediatras que compartieran nuestra inquietud y que frente a una disuria o polaquiuria persistente⁸ no nos contentáramos sólo con el clásico "parcial de orina" y el diagnóstico consecuente de "pielitis"; sino que se realizaran estudios más exhaustivos como por ejemplo radiografía simple y urograma descendente.^{6, 7}

Los resultados creemos, han sido sorprendentes ya que en ocho años de nuestro trabajo hospitalario hemos hallado once pacientes portadores de li-

tiasis del tractus urinario, todo lo cual nos ha llevado al convencimiento de que esta afección no es tan rara como se menciona y que estamos en la obligación de pensar en esta patología frente a todo niño con trastornos disúricos mantenidos.^{2, 3, 4}

Nuestro trabajo lo hemos enfocado de la siguiente manera.

1. Etiopatogenia.
2. Sintomatología.
3. Examen físico y examen instrumental.
4. Casuística.
5. Estudio radiológico de los pacientes.
6. Resumen estadístico y conclusiones.

Etiopatogenia:

Edad: En nuestra estadística encontramos ocho casos entre 1 y 7 años representando el 72.73% y 3 entre 7 y 12 años que representa el 27.27%.

Raza: El mayor número se presentó en la raza mestiza con 5 casos el 45.45%, le siguió la blanca con 4 casos el 36.36% y 2 de la raza negra que representa el 18.19%.

(*) Trabajo presentado al XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional, celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

(**) Servicio de Urología del Hospital Infantil Docente y Hospital Militar "Joaquín Castillo Duany", 1er. Ejército de Oriente.

(***) Médicos urólogos de los Hospitales Docentes: Infantil y Militar de Santiago de Cuba, Oriente, Cuba.

Sexo: 8 pacientes fueron masculinos el 72.73% y 3 fueron femeninos el 27.27%.

Localización del cálculo: Se encontraron cálculos en todos los sitios del tractus urinario, siendo en la vejiga el de mayor frecuencia con 6 pacientes y representó el 54.54%, 3 a nivel del uréter el 27.27%, correspondiendo los dos restantes, 1 a la pelvis renal y otro a la uretra, representando el 9.09% para cada uno.

Causas etiológicas: En nuestra estadística el factor etiológico más encontrado fue el obstructivo con 6, que representa el 54.54%, un segundo lugar el infeccioso con 2 el 18.18% y en 3 casos no se determinó el factor etiológico.

Procedencia: Procedieron de la ciudad de Santiago de Cuba 6 pacientes. San Luis 2, Sagua de Támara, El Cobre y Contramaestre 1, respectivamente.

Sintomatología: La sintomatología de la litiasis urinaria en el niño en nuestra casuística fue la siguiente: retención de orina en 3 casos, dolor lumbar en 2 casos, hematuria 2 casos, polaquiuria 2 casos, priapismo 1 caso, vómitos 1 caso, signo de la mano de Braum 1 caso y micción por goteo.

Examen físico: El examen físico realizado a nuestros pacientes fue negativo en 3 casos, se encontró el globo vesical en 3 casos, los puntos renoureterales fueron dolorosos en 2 casos, macropene en 1 caso, paciente que presentaba el signo de la mano, de Braum, 1 caso, priapismo 1 caso, prolapso rectal 1 caso, hipospadia peneana 1 caso, cálculo constatado en uretra peneana 1 caso, estenosis del meato uretral y fimosis 1 caso.

Examen instrumental: (Endoscopia) No se realizó en siete pacientes y se verificó en cuatro.

Exámenes complementarios: Se realizó la placa simple y urograma descendente en la totalidad de los casos y la cistografía miccional en 4 de los casos. Dentro de los exámenes de laboratorio se realizó el parcial de orina en 10 pacientes y bacteriológico en 7 pacientes.

Tratamiento: El tratamiento fue médico en tres casos con expulsión de los cálculos. Fue quirúrgico en 8 casos, desglosándose a continuación las operaciones realizadas:

Cistolitotomía	3	pacientes
Cistolitotomía con resección de esclerosis cuello vesical con resección de una valva de uretra posterior	1	„
Cistolitotomía con resección de fibrosis del cuello vesical	1	„
Meatotomía uretral	1	„
Pielolitotomía con plastia pelvis	1	„
Ureterolitotomía	1	„

Examen químico del cálculo: El examen no se realizó en 4 cálculos, se encontró que el cálculo era ácido úrico en 3 casos, oxalato de calcio en 2 casos, mixto a predominio fosfato, fosfato de calcio uno.

RESUMEN ESTADISTICO

1. La mayor incidencia de litiasis en el tractus urinario del niño se encontró en los siete primeros años de vida.
2. El sexo masculino fue el más preponderante a esta afección.
3. El 45.4% de los casos correspondieron a la raza mestiza.
4. Al municipio de Santiago de Cuba, correspondió, el mayor número de los casos. (6)

5. Los síntomas más frecuentes fueron la retención de orina, la polaquiuria y la hematuria.
6. Al examen físico el signo más frecuente observado fue el globo vesical.
7. Se realizó placa simple con urograma descendente, a todos los casos.
8. Se le realizó examen instrumental a 4 pacientes. (Endoscopia).
9. Los gérmenes hallados más frecuentemente en la orina fueron la E. Coli y la P. Aeruginosa.
10. Exceptuando a 3 de nuestros pequeños pacientes, se encontró el factor etiológico; siendo el factor obstructivo el mayor responsable de esta patología.
11. La localización más frecuente fue en vejiga, siguiéndole en orden de frecuencia la del uréter.
12. Excepto en 3 casos, el resto del tratamiento fue quirúrgico.
13. Al examen químico del cálculo, los de ácido úrico y oxalato de calcio fueron los más frecuentes.

Análisis físicoquímico del agua

ANALISIS

Aspecto	transparente.
Olor	ausente.
Color real (Escala platino-cobalto)	menos de 5 Unid.:
Turbiedad (Escala sílice)	1.2 Unid.
pH	7.1
Conductividad eléctrica en micromhos/cm a 25 C	708.10
Alcalinidad total en CO ₃ Ca	328.00 mg/l
Dureza total en CO ₃ Ca ..	335.42 "
Bicarbonato en CO ₃ H- ..	400.16 "
Carbonato en CO ₃ =	0.00 "
Carbónico libre en CO ₂ ..	50.50 "
Carbónico combinado en CO ₂	288.64 "

Cloruros en Cl	56.00 mg/l
Sulfato en SO ₄	40.32 "
Hierro en Fe++	0.03 "
Calcio en Ca++.....	90.00 "
Magnesio en Mg++	26.83 "
Nitrógeno de nitratos en NO ₃	0.443 "
Nitrógeno de nitritos en NO ₂	0.003 "
Sales totales en disolución por conductancia	488.34 "
Oxígeno disuelto	2.00 "
Oxígeno consumido en oxidar materia orgánica ..	1.50 "
Cobre en Cu++	0.00 "
Cromo en Cr ⁺⁶	0.00 "
Sodio y potasio en Na+	52.55 "
Dureza permanente	60.42 "
Dureza permanente	275.00 "

Historia clínica No. 1.

E.L.B. Natural de Santiago de Cuba. 11 años, masculino, negro. M.I. Dolor lumbar derecho.

H.E.A. Desde hace tres meses dolor lumbar derecho sin irradiación. No otros síntomas urinarios.

A.P.P. Varicelas, parotiditis.

A.P.F. n/s.

E. Físico: T.A. 100/70.

Exámenes complementarios:

P.O: Densidad 1013. pH: Ácida. Cristales: no. Hematíes: no. Leucocitos: 5 x c. Bacteriológico de orina: E. Coli.

Placa simple del tractus urinario: A nivel del área renal derecha gruesa sombra radio-opaca que corresponde a litiasis de riñón derecho. (Figs. 1 y 2).

Urograma descendente: Hidronefrosis del riñón derecho. (Fig. 3).

Operado: 7 de octubre de 1965. (Pielolitotomía derecha y plastia de pelvis).

Evolución: Los seis primeros días drenó orina por herida lumbar.



Fig. 1

Alta: a los 18 días de operado.
Examen químico del cálculo: Acido úrico.



Fig. 3



Fig. 2

Historia clínica No. 2.

A.A.C. Natural de San Luis, 6 años, masculino, mestizo.

M.I. Retención de orina.

H.E.A. Desde hace días trastornos disúricos, que se intensifican dos días antes de su ingreso, presentando orina gota a gota e intenso ardor miccional que le lleva a la retención completa de orina.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T. A. 90/60. Tumoración lisa redondeada y remitente situada en hipogastrio. Orina emitida: No puede realizarla. Uretra: Permeable a la sonda Nelaton No. 8. Orina residual: 200 cc. claras.

Exámenes complementarios:

P. O: pH. Acida. Cristales: no. Hematíes: no. Leucocitos: Abundantes.

Bacteriológico de orina: E. Coli.

Placa simple del tractus urinario: Se observa sombra radioopaca en área vesical. (Fig 4).

Urograma descendente: Pelvis doble del lado izquierdo con signos de pielonefritis del sistema superior. (Fig. 5).

Cistografía excretora: Defecto de llenro en uretra posterior. (Fig. 6).

Evolución: Expulsión del cálculo con tratamiento médico.

Historia clínica No. 3.

M.E.A. Natural de Contramaestre, 11 años, masculino, mestizo.

M.I. Polaquiuria.

H.E.A. Desde hace 2 años dolor en hipogastrio con irradiación a los genitales. Polaquiuria diurna intensa. Interrupción brusca en ocasiones del chorro de orina.



Fig. 4



Fig. 5

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T.A. 100/70.



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

Exámenes complementarios:

P. O. pH. Alcalina. Cristales: Cistina. Hematíes: no. Leucocitos: Abundantes. Orinas piúricas.

Bacteriológico de orina: E. Coli.

Cistoscopia: Nos resulta imposible precisar detalles porque un gran cálculo vesical impide la visualización.

Placa simple del tractus urinario: Sombra radioopaca de gran tamaño y situada en el área vesical. (Fig. 7).

Urograma descendente: Hidronefrosis bilateral: Ureterectasia bilateral. (Fig. 8).

Cistografía retrógrada: Vejiga de gran tamaño. Reflujo vésicoureteral. Dilatación de uretra posterior. (Figs. 9 y 10).

Operación: Cistolitotomía y resección del tejido fibroso de cuello vesical.

Evolución: Infección de la herida.

Alta: A los 21 días de operado.

Examen físico y químico del cálculo: Cálculo del tamaño de un huevo de gallina, de superficies lisas y ovalado, constituido por varias capas, siendo de color blanco amarillento y de consistencia dura.

Peso: 76.2 gramos. Cálculo mixto a predominio fosfatos.

Examen histopatológico: Fibrosis del cuello vesical con metaplasia escamosa de su epitelio.

Historia clínica No. 4.

J. L. H. Natural de Santiago de Cuba. 9 años, femenina, mestiza.

M.I. Vómitos.

H.E.A. Días antes de su ingreso comenzó a presentar vómitos y dolor en región lumbar derecha sin irradiación, acompañado de polaquiuria.

A.P.P. Amigdalectomía.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T.A. 100/60. P.R.U. Anteriores y posteriores derechos dolorosos.

Exámenes complementarios:

P. O. pH. Ácida. Densidad: 1013. Cristales: Oxalato de calcio.

Hematíes: 10 x c. Leucocitos: 6 x c. Albúmina: ++.

Bacteriológico de orina: E. Coli.

Placa simple del tractus urinario: Sombra radio-opaca de 1/2 cm. de diámetro mayor, a 1 cm. por encima y por fuera de la apófisis transversa derecha de L.4. (Fig. 11).

Urograma descendente: Se observa urétero-hidronefrosis del lado derecho, comprobándose la imagen de litiasis en el 1/3 medio del uréter derecho. (Figura 12).

En vista oblicua se comprueba la existencia de una litiasis del 1/3 medio del uréter derecho (Fig. 13).

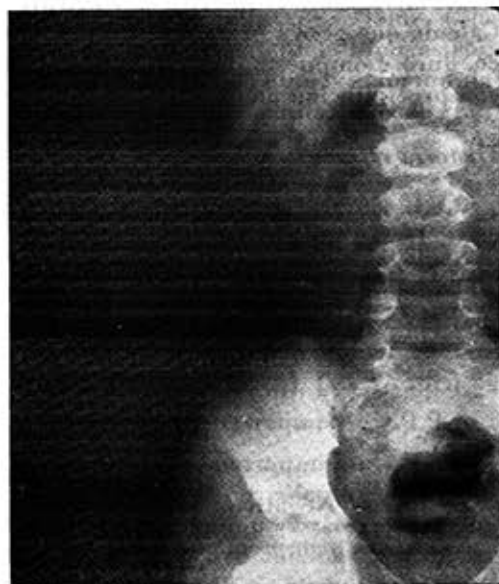


Fig. 11



Fig. 12

Operación: Uréterolitotomía derecha.

Evolución: Satisfactoria.

Alta: A los ocho días de operado.

Examen físico y químico del cálculo:
Cálculo que pesa 1 gramo, de color blanco, duro. Compuesto de oxalato de calcio con precipitación amorfa.

Historia clínica No. 5

R.S.C. Natural de Sagua de Tánamo. 3 años, femenina, mestiza.

M.I. Hematuria.

H.E.A. Hematuria dos días antes del ingreso acompañada de dolor en hipogastrio.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: Negativo. T.A. 80/50.

Exámenes complementarios:

P. O. pH: Acido. Color: Ambar. Densidad: 1017. Albúminas ++. Cristales:



Fig. 13

Carbonato y oxalato de calcio. Hematías: Incontables. Leucocitos: 12 x c. Epitelios planos.

Bacteriológico de orina: E. Coli.

Placa simple del tractus urinario: Normal.

Urograma descendente: Se observa pequeña falta de lleno en el tercio inferior del uréter izquierdo, a nivel de la espina ciática, con urétero-pielectasia y signos de pielonefritis de ese lado (Figs. 14, 15 y 16), que luce correspondiente a una litiasis radio transparente, del 1/3 inferior del uréter izquierdo.

Tratamiento: Antibióticos y antiespasmódicos. La paciente expulsa pequeño cálculo del tamaño de una lenteja, duro, obscuro, de superficie lisa.

Alta: A los seis días de su ingreso.

Examen químico del cálculo: Compuesto de ácido úrico.



Fig. 14

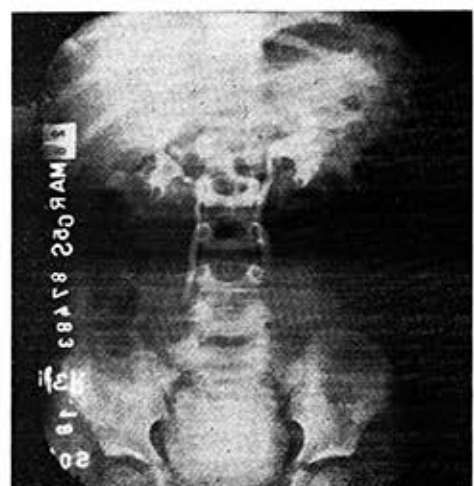


Fig. 15

Historia clínica No. 6.

F.M.D. Natural del Cobre. 4 años, masculino, blanco.

M.I. Retención completa de orina.



Fig. 16

H.E.A. Días antes del ingreso dificultad a la micción, con crisis de llanto al realizar la misma y posteriormente imposibilidad de orinar.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T. A. 90/60. O.E. No desea. O.R. 200 c.c. turbias ++. Dolor a la palpación superficial del hipogastrio. Prolapso rectal. El niño se manipula constantemente los genitales con gran desesperación.

Exámenes complementarios:

P.O. pH Ácida. Densidad: 1020. Aspecto: Turbio. Cristales: Oxalato de calcio. Hematíes: 10 x c. Píocitos: Abundantes. Albúminas: ++++.

Bacteriológico de orina: Pseudomonas aeruginosas y pneumococos.

Endoscopia: Gruesa sombra blanquecina con aspecto de cálculo en vejiga. Cuello vesical rígido. Uretra posterior deformada por dos láminas en forma de semicírculo que se unen en el centro de la uretra.



Fig. 17



Fig. 18

Placa simple del tractus urinario: Se observa gruesa sombra radio-opaca central en el hipogastrio que luce corresponder a litiasis vesical. (Fig. 17).

Urograma descendente: Urétero-hidronefrosis bilateral. (Fig. 18).

Cistografía miccional: Se comprueba la existencia de una litiasis vesical. Pequeño divertículo en la cara posterior de vejiga. Rigidez del cuello vesical y discreta dilatación de la uretra posterior. (Fig. 19).

Operación: Cistolitotomía. Resección del tejido fibroso del cuello vesical y resección de valva de uretra posterior.

Evolución: Satisfactoria.

Alta: A los doce días de operado.

Examen histopatológico: Fibrosis del cuello vesical con metaplasia escamosa de su epitelio. Valva de uretra posterior recubierta de un epitelio de tipo transicional.



Fig. 19

Historia clínica No. 7.

R.M.F. Natural de San Luis. 6 años, masculino, blanco.



Fig. 20

M.I. Priapismo.

H.E.A. Refiere la madre que cuando el niño presenta dolor intenso en el pene, se le produce erección lo cual le aumenta el dolor.

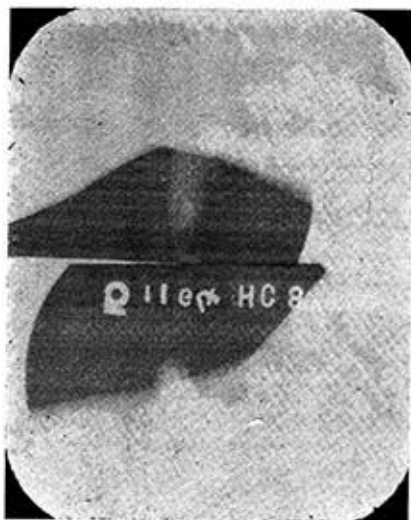


Fig. 21

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: Globo vesical. Pene: En uretra anterior, cerca del meato se constata un cuerpo duro que parece corresponder a un cálculo uretral.



Fig. 22

Exámenes complementarios:

P.O. pH. Acida. Densidad: 1027. Cristales: no. Hematías: Incontables.

Placa simple del tractus urinario: Se observa sombra radio-opaca sobre la sombra del pene, en su porción distal. (Fig. 20).

Placa simple selectiva del pene: Se observa sombra radio-opaca de forma ovalada que luce corresponder a una litiasis uretral. (Fig. 21).

Operación: Meatotomía uretral. Se extrae cálculo duro, de superficie irregular, obscuro, del tamaño de una semilla de aceituna.

Endoscopia: (Postoperatoria) Normal.

Placa simple del tractus urinario: (Postoperatoria) Normal.

Urograma descendente: (Postoperatoria) Normal.

Cistografía miccional: (Postoperatoria). Se observa dilatación de toda la uretra. (Fig. 22).

Evolución: Satisfactoria.

Alta: A los diez días de operado.

Examen químico del cálculo: Compuesto de ácido úrico.

Historia clínica No. 8.

R.M.M. Natural de Santiago de Cuba. 4 años, masculino, mestizo.

M.I. Hematuria.

H.E.A. Refiere la madre que con aparente estado de salud anterior el niño comenzó a presentar hematuria de tipo total y que en ocasiones se acompañaba de molestias a la micción.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T.A. 100/70. O.E. Hemáticas +. P.R.U. Anteriores y posteriores izquierdos, dolorosos.

Exámenes complementarios:

P.O. pH. Ácida. Densidad 1015. Cristales: no. Hematíes: Ircontables. Leucocitos: Escasos.

Bacteriológico de orina: No.

Placa simple del tractus urinario: Se observa sombra radio-opaca de forma redondeada sobre el ala izquierda del sacro, que luce corresponder a litiasis del uréter izquierdo. (Fig. 23).

Urograma descendente: (un mes más tarde) Dilatación de todo el uréter izquierdo por cálculo enclavado en la



Fig. 23

porción intramural del uréter de ese lado. (Fig. 24).

Prueba de Huck: Negativa.



Fig. 24

Tratamiento: Antibióticos y antiespasmódico con expulsión del cálculo.

Historia clínica No. 9.

C.D.T. Natural de Santiago de Cuba. 7 años, masculino, blanco.

M.I. Polaquiuria.

H.E.A. Desde hace varios meses polaquiuria diurna y ardor miccional intenso.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T.A. 100/70. Pene. Hipospadia peneana. Uretra: Permeable a sonda Nelaton No. 10.

Exámenes complementarios:

P.O. pH. Ácida. Densidad: 1017. Cristales: No. Hematíes: no.

Leucocitos: Abundantes.



Fig. 25

Bacteriológico de orina: Pseudomonas aeruginosas.

Placa simple del tractus urinario: Sombra radio-opaca central en hipogastrio, que luce corresponder a litiasis vesical. (Fig. 25).

Urograma descendente: Normal.

Operación: Cistolitotomía.

Alta: A los 14 días de operado.

Examen químico del cálculo: Oxalato de calcio.

Historia clínica No. 10.

S.F.K. Natural de Santiago de Cuba. 2½ años, femenina, negra.

M.I. Micción gota a gota.

H.E.A. Desde hace 5 ó 6 meses presenta pujos al orinar, micción gota a gota, recibiendo tratamiento médico sin obtener resultado por lo cual consulta al Servicio de Urología.

A.P.P. Resección de asa yeyunal a los 5 días de nacida.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: Abdomen: Cicatriz quirúrgica para-media derecha supraumbilical, resto del examen físico negativo. T.A. 100/60.

Exámenes complementarios:

P.O. pH. Alcalino. Densidad: 1015. Cristales: Fosfato de amonio.

Hematíes: No. *Leucocitos:* Abundantes.

Bacteriológico de orina: Pseudomonas aeruginosas.

Placa simple del tractus urinario: Sombra radio-opaca de forma ovoidea, central en hipogastrio que luce corresponder a litiasis vesical. (Fig. 26).



Fig. 26

Urografa descendente: Se comprueba litiasis vesical, signos de pielonefritis. (Fig. 27).

Cistografía miccional: Estenosis del meato uretral. (Fig. 28).



Fig. 27



Fig. 28

Operación: Cistolitotomía.

Evolución: Infección con dehiscencia de la herida operatoria.

Alta: A los 28 días de operada.

Examen físico y químico del cálculo: Cálculo ovoideo, blanco-amarillento, de superficie rugosa, del tamaño de un huevo de paloma, de 11.5 gramos de peso. Compuesto de Fosfato de calcio.

Historia clínica No. 11.

G.C.F. Natural de Santiago de Cuba. 3 años, masculino, blanco.

M.I. Dificultad a la micción.

H.E.A. Desde hace dos meses el niño presenta crisis de llanto y se manipula los genitales con frecuencia.

A.P.P. Sin importancia.

A.P.F. Sin importancia.

E. físico: T.A. 90/70. Pene: Fimosis congénito.

Exámenes complementarios:

P.O. pH. Ácida. Densidad: 1015. Cristales: No. Hematíes: No.

Leucocitos: Abundantes.

Bacteriológico de orina: E. Coli.

Examen endoscópico: Vejiga de buena capacidad, cálculo libre en vejiga, de olor blanquecino, de unos 2 cms.



Fig. 29

de circunferencia, cuello vesical normal, uretra posterior congestionada.

Placa simple del tractus urinario: Sombra radio-opaca, redondeada, que se proyecta sobre el área vesical que luce corresponder a una litiasis. (Figura 29).

Operación: Cistolitotomía.

Evolución: Satisfactoria.

Alta: A los 10 días de operado.

Examen físico y químico del cálculo: No.

CONCLUSIONES

1. La litiasis del tractus urinario en el niño en nuestro medio, es más frecuente que lo que las estadísticas señalan.
2. Frente a todo niño con trastornos urinarios mantenidos debe realizarse estudio urológico completo.
3. El factor obstructivo congénito es determinante en la formación de los cálculos en el niño.
4. El tratamiento indicado es la extracción del cálculo y la corrección del factor etiológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Alemán, Emilio; Abed Elias y Margolles, Agustín: Litiasis vesical en un niño de 5 años. Revista Cubana de Pediatría. Vol. 34: No. 4. Págs. 2-8. Agosto, 1962.
- 2.—Aurora, A. L.: Ramalingswami and Gaiton P. D.: Bladder Stone disease in children in Delhi Area. Journal of Urology. Vol. 91: No. 4. Pag. 347-353. April, 1964.
- 3.—Burke, E. C.; Wenzl, J. E.; Stekler, C. B.: Renal calculus and the nephrotic syndrome. American Journal of Diseases of Children. Vol. 107: No. 6. Pag. 624-627. June, 1964.
- 4.—Campbell, M.: Clinical Pediatric Urology Chapter 7 (Urinary calculous disease). Pag. 638-682, 1957.
- 5.—González Estenoz, F.: Litiasis vesical en un niño de 2 años. Revista Cubana de Pediatría. Vol. 34: No. 6. Pag. 22. Nov.-Dic., 1962.
- 6.—Mora Docampo, A.: Litiasis del tractus urinario. Tesis de grado, 1964.
- 7.—Rusche, Carl F. and Morrow, Frank R.: Calculous disease in infant and children. Pediatrics Clinics of North America. Pag. 857-869. August, 1955.
- 8.—Troconis Rodríguez, Orángel: La litiasis urinaria en el Hospital "J. M. de los Ríos". Revista Venezolana de Urología. Vol. 14: No. 1-2. Pag. 131-165. Enero-Junio, 1962.
- 9.—Valledor, T.: Sobre un caso de gran cálculo vesical en un niño de 4 años. Revista "Vida Nueva". 20. Pag. 414-422. 1957.

Sumarios de Revistas

Estas publicaciones han sido recibidas en el mes de septiembre en el CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS (Hemeroteca). Los trabajos que aparecen relacionales pueden ser solicitados en copia fotostática o en microfilm a instancia de los compañeros médicos y de acuerdo con las tarifas establecidas (\$0.10 por página).

J. PEDIAT. Volume 67. Number 6. December, 1965.

The syndrome of idopathic hypercalcemia of infancy with associated congenital heart disease.—Kenneth L. Jue, M.D., George R. Noren, M.D., and Ray C. Anderson, M.D., Minneapolis, Minn.

Supravalvular mitral stenosis.—Ali Mehrizi, M.D., Grover M. Hutchins, M.D., Edward F. Wilson, M.D., John C. Breckinridge, and Richard D. Rowe, M.B., Baltimore, Md.

Haptoglobin in children with infectious hepatitis.—O. Hevér, M.D., and G. Vadász, M.D., Budapest, Hungary.

Complications of smallpox vaccination. Effects of vaccinia immune globulin therapy.—S. Sussman, M.D., and M. Grossman, M.D., San Francisco, Calif.

Pediatric pharmacology and therapeutics. Measurement of concentrations of chloramphenicol in the blood. Editorial comment.—William L. Nyhan, Miami, Fla.

Urinary acidification with ascorbic acid.—Luther B. Travis, M.D., Warren F. Dodge, M.D., Aaron A. Mintz, M.D., and Manuchehr Assemi, M.D., Galveston and Houston, Texas.

Medical progres. Bacterial endocarditis in infants and children.—Tadeusz Zakrzewski, M.D., and John D. Keith, M.D., Toronto, Ontario, Canada.

Cardiac arrhythmias in normal newborn infants.—Beverly C. Morgan, M.D., and Warren G. Guntheroth, M.D., Seattle, Wash., with the technical assistance of Nancy Bruce.

Idiopathic infantile bile peritonitis.—Wilford D. Hooper, M.D., F.A.C.S., Halstead, Kan.

Haga sus pedidos a:

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION
DE CIENCIAS MEDICAS

CALLE 23 No. 201, 2º piso, VEDADO

Apartado 6520

Teléfono: 32-2386

LA HABANA, CUBA