

# **Sociedad de Urología**

(Sesión del 22 de Septiembre)

## **CONSECUENCIAS ALEJADAS DE UN TRAUMATISMO RENAL**

Por los Dres.

**LEONIDAS REBAUDI y OSCAR BENAVENTE**

---

Presentamos a consideración de Vds. un caso de traumatismo renal, que nos ha parecido interesante, por varias causas:

1o.) Por la dificultad diagnóstica que nos llevó al principio a la suposición de una tuberculosis renal, abonada por los antecedentes hereditarios y por el examen somático del enfermo; suposición que fué desvirtuada por exámenes radiográficos, cistoscópicos, de laboratorio y de funcionalismo renal.

2o.) Por el interés que puede representar bajo el punto de vista de la medicina legal, como consecuencias alejadas de un traumatismo de la región lumbar.

Bien es cierto que, probablemente en este caso ha habido una ptosis renal bilateral pre-traumática, porque nada autoriza a pensar que ésta haya sido provocada por la contusión, pero, es también cierto, que el enfermo comienza a sufrir después de su golpe.

¿Qué papel representa en este caso la adherencia que se encontró entre el riñón y el peritoneo? Ella es, seguramente, provocada por el traumatismo que lesionó el riñón. ¿Sería ésta, una prueba que disminuiría la "chance" de

las operaciones que usan como medios de fijeza de los riñones ptósicos, al peritoneo?

Como es de la historia que debemos deducir todo lo anterior, pasamos a ella enseguida:

**Antecedentes hereditarios.** — Padre y madre, vivos. El primero sano; la madre padece de una afección cardíaca y ptosis renal bilateral; dos hermanas de la madre fallecidas de tuberculosis pulmonar. Un hermano tuvo que ser llevado a Córdoba por una afección pulmonar que curó completamente.

**Antecedentes personales.** — Lactancia materna hasta los nueve meses. Sarampión a los tres meses. Bronconeumonía al año, no caminando hasta los 18 meses. A los 2 años, coqueluche, curó tres meses después, habiendo quedado muy desmejorado, caquéctico y muy delgado. Tosía y tenía frecuentemente fenómenos pulmonares, casi todos los inviernos, hasta los seis ó siete años.

A los cinco años, varicela, después de esto, estuvo bien, hasta los 11 años, época en que se enferma de una congestión pulmonar, con esputos de sangre. Con tratamiento tuberculínico, suero de Maragliano y Climatoterapia en Córdoba, curó completamente.

En marzo de 1922, sufre un accidente de automóvil, volcando y quedando apretado por éste, sufre en esta ocasión rotura de incisivos superiores e inferiores, fractura del brazo izquierdo y como se comprueba actualmente en la radiografía, fractura de la primera apófisis transversa lumbar. Orinó sangre y no perdió el conocimiento.

Dos años después, comienza a sentir dolores lumbares, asentuándose del lado derecho, los que provocaban calambre del mismo lado. Tuvo ictericia.

Es de notar que nuestro enfermo hacía la conscripción en el Regimiento de Granaderos a Caballo; por esta época, se contagió de una forunculosis, la que parecía provocada por los caballos.

Fué repetidas veces examinado por los médicos militares, los que siempre le declararon apto. Después de una marcha prolongada y durante el almuerzo, siente bruscamente un dolor violento del lado izquierdo, que luego pasa al derecho. Orinó sangre. El dolor que repitió, apareció bruscamente, fué tan intenso, que el enfermo perdió el conocimiento, teniendo temperatura oscilante en picos, que generalmente aparecen por la madrugada y otras por la tarde, llegando algunas veces a 40 grados, delirio. El enfermo con grandes sudores nocturnos, casi inconsciente, con la boca y ojos abiertos, producían una impresión de gravedad tal, que el pronóstico fué de los peores.

Los médicos diagnosticaron primeramente gripe, luego tifoidea, a pesar de los análisis negativos, y por último, absceso perinefrítico. La sialorrea que se presentó en esos momentos fué tan abundante

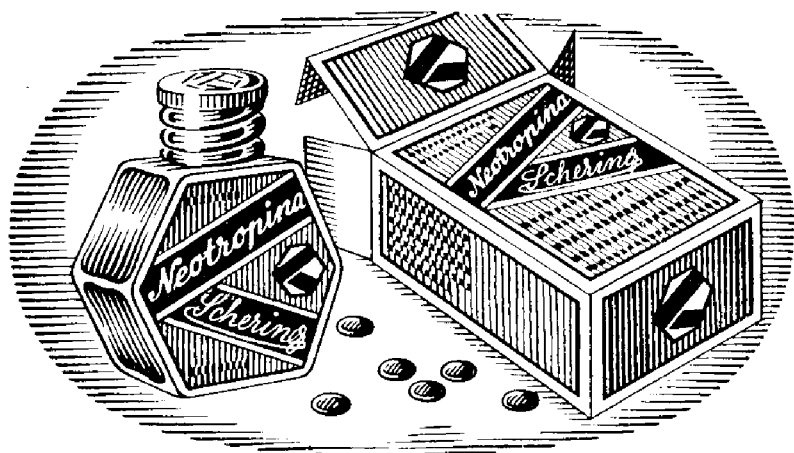
Un nuevo producto *Schering*

# NEOTROPINA

Preparado colorante  
para el tratamiento de las infecciones  
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento  
de la blenorragia. Proporciona buenos  
resultados en los casos de pielitis y cistitis  
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Representante para la Argentina  
**QUIMICA SCHERING S. A., Calle Perú, 722-BUENOS AIRES**

# ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

## “JSDIACOL”

(4,4' - dioxi - 3,3' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

CONCRETAMENTE  
INDICADA en:

Sífilis congénita precoz  
„ latente precoz  
„ cardio-vascular  
„ renal (como medicación de entretenimiento)  
„ pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

En las curas enérgicas se inyectarán  
de 5 - 6 grs.; en las medias, de 3 - 4  
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

### SE EXPENDE:

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20  
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr.  
Serie fuerte de 8 ampollas. de 0,10 - 0,20  
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.  
Serie B. L., para niños, de 5 ampollas, de  
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

“INSTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE”

MILAN (ITALIA)

POR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN  
QUIMICO  
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446  
BUENOS AIRES

*Para avisos en esta revista*

*dirigirse a la Administración*

ALSINA 2911

U. T. 62 - Mitre, 9003

que alcanzaba a medio litro diario. Aparece hematuria, cistitis y en las fórmulas leucocitarias, una hiperleucocitosis.

Este estado de cosas, dura varios meses, con alternativas, como tratamiento, se le hizo Omnadina y Septicemina. Los dolores que padecía el enfermo en la región lumbar, no se corrían a ninguna parte.

Después de mejorar y, en estas condiciones, es examinado por un distinguido especialista, el que sólo comprueba una ptosis renal, prescribiendo una faja que, por incomodar mucho al enfermo no fué usada más por poco tiempo y luego hace un viaje a Lincoln, donde tiene un nuevo ataque, esto sucede en el año 1929, orinando sangre. Otro ataque, después de un viaje a Tucumán, donde está 22 días con temperatura y orinando sangre.

Se establece el enfermo en Córdoba, y de vez en cuando tiene un ataque que reviste siempre las mismas características.

En estas condiciones, decide su viaje a Buenos Aires.

Pocos días antes de haberlo examinado, presentaba temperatura, la que atribuye al viaje, dolor renal, piuria y hematuria.

Es de notar que, fuera de los ataques, el análisis de orina es siempre normal.

**Estado actual.** — Hombre de 28 años de edad. 1.90 de estatura. 62 kilos de peso. **Cabeza:** nada de particular. Pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación. **Cuello:** normal. **Tórax:** pulmones, murmullo vesicular normal. Los fondos de sacos pleurales, excursionan bien. **Corazón:** Tonos en sus focos, algo apagados. **Vientre:** blando y depresible. **Riñones:** El izquierdo no se palpa, pero se despierta dolor a la presión, en decúbito dorsal. Se lo palpa ptósico en la estación de pie. Riñón derecho: se palpa en toda su extensión grande, muy doloroso y movable. **Sistema nervioso:** Reflejos normales. Cistitis que calma por instilaciones de protargol.

**Análisis de orina:** vestigios de albúmina, pus y sangre. Sedimento abundante, glóbulos de pus y células de epitelio plano, no hay elementos renales. Koch negativo, glóbulos rojos.

Inoculación en chanchito de la India, negativa.

**Examen citoscópico.** — vejiga normal; uréteres normales. Capacidad, 250 cc. Se practica cateterismo bilateral con sondas número 11, no eliminando y tapándose ambas son-

das, teniendo el enfermo después del examen, una abundante hematuria con dolores renales bilaterales y temperatura que nos obliga a dejar el examen para otro día, temiendo el resultado de un nuevo cateterismo, se practica una pielografía endovenosa, en que se comprueba una buena eliminación del uroselectan B., por el riñón derecho e izquierdo. En el lado derecho, riñón aumentado de tamaño, descendi-

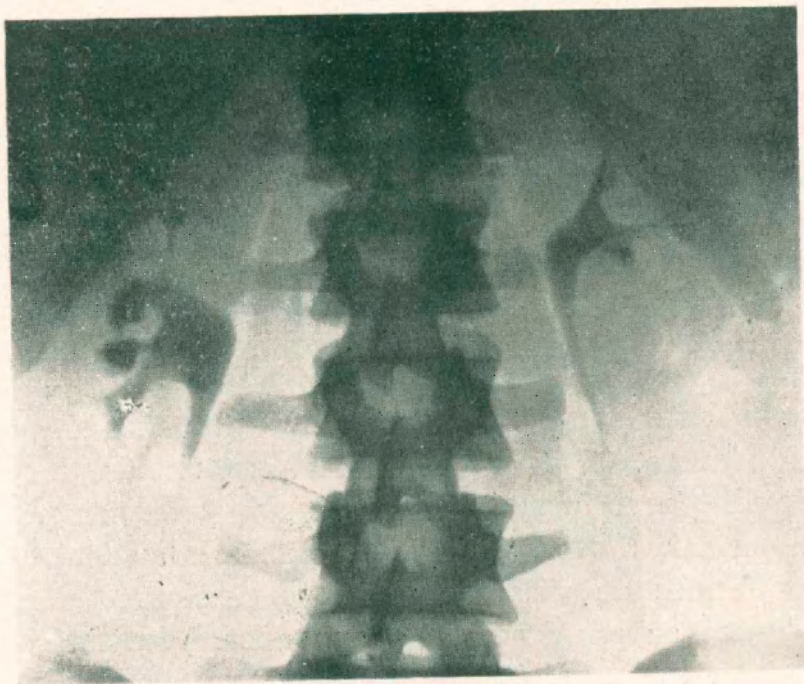


Figura 1

do, cálices medianos dilatados y ligera dilatación de pelvis renal, riñón y pelvis renal izquierdo, bien colocados. Los datos radiográficos de ambos riñones, en radiografías sacadas en decúbito dorsal, comprueban lo antes dicho. (Fig. No. 1).

Una nueva pielografía endovenosa, sacada en el enfermo de pie, permite comprobar el descenso de ambos riñones, con acomodamiento visible del ureter izquierdo. Una nueva citoscopia con cateterismo bilateral y prueba de P. S. P., dá como resultado normal eliminación de ambos riñones, teniendo el riñón derecho mejor eliminación que el izquierdo, pues, a la concentración de 25 o/o, da un ligero aumento del agua.

Practicados estos exámenes, se permite al enfermo que se encontraba normal en su estado que concorra una noche al teatro, apareciendo al día siguiente, temperatura que llega a 38 grados y dolores renales intensos del lado derecho acompañados de piuria. Mantenido en reposo durante unos días, desaparecen nuevamente sus trastornos y en estas

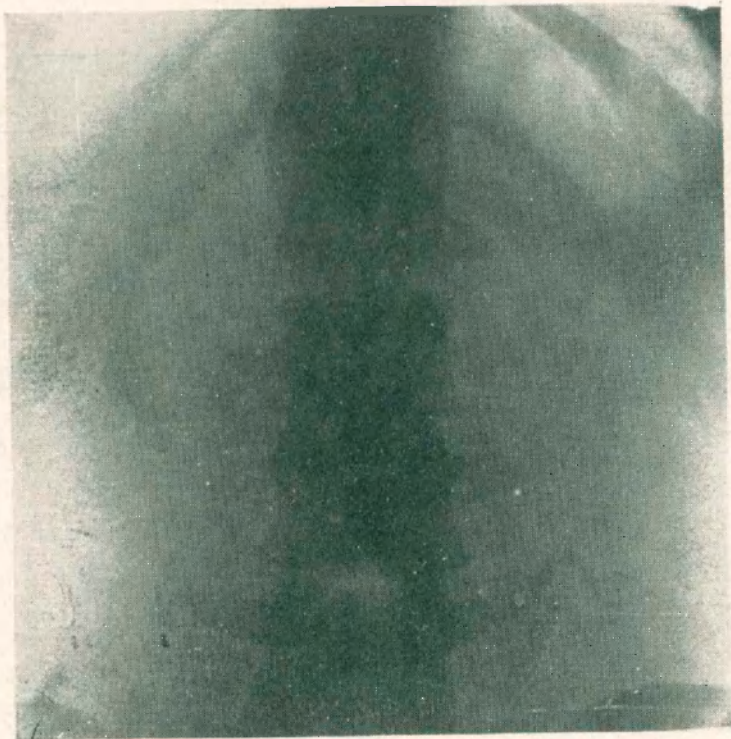


Figura 2

condiciones, se resuelve sentado el diagnóstico de ptosis renal, dolorosa, derecha, que provocaba temperatura, piuria, hematuria, y dolores y que ponían en peligro la vida del enfermo, practicar una nefropexia derecha.

El enfermo elije anestesia general con éter. Por vía lumbar se aborda el riñón, comprobándose entonces la presencia de una cicatriz mediana que pasa circundando el borde externo, de cara anterior a cara posterior, en forma de una banda de 0.03 cms. de ancho y que corresponde justamente, como decíamos anteriormente, a la parte media del riñón y, posiblemente a la región de la apófisis transversa, rota por el traumatismo. En la parte anterior, esta región

lesionada del riñón, estaba íntimamente adherida al peritoneo que hubo que incindir, abriendo la cavidad abdominal para bien deliberar el órgano.

La cápsula adherente al riñón, en la cicatriz, hubo de ser respetada. Se practica, entonces, una pexia renal por el procedimiento de Marion, modificada por la circunstancia, es decir, dos colgajos superiores, que se pasan a través del



Figura 3

undécimo espacio intercostal, con catgut, y cuatro inferiores de los cuales dos suturados con lino, al borde inferior de la duodécima costilla y las dos últimas con la misma sutura a los músculos de la masa sacrolumbar y de las aponeurosis. Se deja un tubo de drenaje, que es retirado al cuarto día. Post-operatorio normal.

Actualmente más de dos meses después de operado, el enfermo no presenta, a pesar de su vida irregular, ningún síntoma anormal, dándosele por curado.



## DISCUSION

**Salleras.**—

*Es interesante la comunicación presentada y, sobre todo bajo el punto de vista de la medicina legal, por cuanto la piclografía en los traumatismos del riñón, es un documento gráfico de extraordinaria utilidad.*

*Refiere algunas observaciones, y dice que, es probable que el traumatismo haya provocado la ptosis, recordando una enferma, a quien hizo una nefropexia, por ptosis, a raíz de un esfuerzo violento.*