

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL.

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

A través de nuestra práctica urológica de casi 28 años de intensa dedicación a la misma, trataremos de resumir los conceptos verdaderamente importantes en el tratamiento de la litiasis renal, con exclusión de todo otro aporte a la terapéutica que no haya sido sancionado por la experiencia.

El criterio eminentemente práctico de estas reuniones impone una síntesis, que debe ser provechosa desde el punto de vista del tratamiento de la litiasis, con exclusión de nombres, citas y estadísticas que complican y confunden los conceptos excesivamente repetidos en la medicina actual, con la considerable pérdida de tiempo que ello significa.

Ultimamente se han realizado numerosas experiencias en animales y algunas en hombres con el objeto de reproducir y tratar la litiasis con nuevas medicaciones, que después del corto optimismo inicial, pasaron al olvido quedando inmovibles los pocos y, a veces viejos tratamientos médicos y quirúrgicos, los que continúan resistiendo los embates de "novedades" terapéuticas.

Dentro de estos conceptos generales, debemos destacar el extraordinario aporte de la radiología de los últimos tiempos en sus distintas aplicaciones al estudio, y sobre todo al tratamiento de la litiasis, al señalar con nítidos caracteres la situación, tamaño, número, etc., de los cálculos y el estado orgánico y funcional del riñón y de sus vías, base fundamental para una terapéutica adecuada. En cuanto a la radiografía *intraoperativa*, su valor ha sido incalculable en el hallazgo del pequeño cálculo único por lo general o del minúsculo fragmento en la gran litiasis, capaz de constituirse en el núcleo de una recidiva.

Es por eso que consideramos que el tratamiento de la litiasis renal puede dividirse en grandes grupos:

- I) Tratamiento médico.
- II) Tratamiento instrumental o urológico propiamente dicho.
- III) Tratamiento quirúrgico.

I) TRATAMIENTO MEDICO

En la práctica el *tratamiento médico* se emplea con el objeto de evitar la *recidiva* (cólico renal a repetición o litiasis renal) o en las *contraindicaciones* de una terapéutica operatoria de acuerdo con el estado local o general del paciente, pero en ningún momento como un verdadero tratamiento causal, eficaz de la litiasis constituida, salvo el pequeño cálculo piélico o ureteral que pueda ser expulsado terapéuticamente. A pesar de los esfuerzos de los investigadores y autores no se ha logrado en la actualidad una terapéutica ideal capaz de "*dissolver*" los cálculos como lo pretende o desea a diario el enfermo y si solamente un tratamiento preventivo de relativa eficacia.

En consecuencia el tratamiento médico estará destinado a combatir las afecciones capaces de reproducirlo a aumentarlo:

- a) Las afecciones generales.
- b) Focos infecciosos locales y/o a distancia.
- c) *Obstrucción canalicular* que será tratada en los capítulos siguientes (instrumental y quirúrgico).

La frecuencia de la recidiva después de la intervención exige un tratamiento médico atento y prolongado de todo litiásico, habiéndose logrado reducir su frecuencia de esta manera, del 16 al 5 %, cuando se cumplen sus indicaciones con todo rigor.

a) *Afecciones generales.* — *El hiperparatiroidismo* con todo su cortejo sintomático (tumor paratiroideo, hipercalcemia, hipercalcuria, signos óseos, etc.) ha sido señalado como causa productora de litiasis o nefrocalcinosis en una proporción del 0,50 al 5 % por la mayoría de los autores, aunque puede existir sin calculosis.

Nosotros, a pesar de haberla investigado en los casos de litiasis múltiples, coraliforme o recidiva, no hemos hallado signos clínicos ni de laboratorio evidentes por lo que consideramos que el *tratamiento quirúrgico*, único aconsejable, tiene muy pocas indicaciones en este caso con el peligro de llevar a la *tetania* o de no obtener la mejoría deseada por la presencia de una nefritis litiásica.

—*La hiperavitaminosis D* que simula un hiperparatiroidismo, puede llegar a producir una litiasis en forma excepcional debiendo tratarse con la supresión de la vitamina cortisona, líquidos en cantidad y disminución del Ca, en la dieta siendo, sin embargo sus resultados poco efectivos.

—*La sarcoidosis* responde como la anterior al régimen pobre en Ca, y especialmente a la cortisona.

—El mieloma y la osteoporosis múltiples son de grave pronóstico y no tienen tratamiento médico ni quirúrgico eficaz.

—*El síndrome de Alcalosis* por ingestión exagerada de Ca, y alcalinos en los casos de tratamiento de la úlcera péptica o duodenal puede acompañarse de litiasis renal debiendo tratarse mediante la supresión del Ca, o ingestión exagerada de líquidos.

La calciuria idiopática caracterizada por hipercalciuria con Ca, suérico normal, se trata con el régimen de Show a base de carbonato de aluminio que forma fosfato de aluminio en las heces y dieta con exagerada reducción del P; últimamente se ha aconsejado el fitato (fosfato sódico de inositol) con resultados aleatorios.

La litiasis de los fracturados recientemente observada en los soldados que combatieron en las tropicales islas del Pacífico, inmovilizados prolongadamente, con un régimen hipercálcico e hipovitamínico, intensa concentración de sus orinas por sudoración excesiva, deberá tratarse con gran ingestión de líquidos, vitaminas A y B y acidificación de sus orinas.

b) *Los focos infecciosos* urogenitales y extragenitales o a distancia constituyen elementos importantes en el tratamiento curativo y de la recidiva de la litiasis.

Las infecciones próstato-uretrales, vesicales y del cervix en la mujer y buco-faríngeos, nasales e intestinales con la presencia exagerada de estafilo, coli,

proteus, etc., deben ser combatidas para evitar la difusión al tractus urinario superior con su consiguiente repercusión sobre el equilibrio cristalóideo-coloidal de las orinas.

Dentro de este capítulo el tratamiento instituido para la tuberculosis ósea (reposo, hipervitaminoterapia y calcioterapia, etc.) al aumentar la eliminación del Ca. urinario expone a la litiasis. En el tratamiento de esta afección no debe descuidarse su capacidad litogénica.

Para combatir estos focos infecciosos con predominio de colibacilo y estafilo, los asenicales (sulfasenol y la neo-arsphenamina) en dosis de 0,15 a 0,30 g. practicados durante 2 ó 3 días continuados merecen nuestra preferencia cuando se muestran rebeldes a los tratamientos conocidos instituidos a veces durante años. El proteus, con su propiedad de dividir la urea (urea-splitting) favorece el desarrollo de los cálculos mostrando cierta sensibilidad a la furadantina (en dosis de 100 a 300 mg.).

El ácido mandélico, las sulfas de acción muy conocida por todos Uds., son coadyuvantes importantes en el tratamiento de estos focos. Ultimamente se han incorporado otras variedades de sulfas más eficaces y menos tóxico como el 3-4dimetil-5-sulfamidado isoxazol (gantrisin) y la sulfametoxipiridazina (Lederkyn o Víneces) que abren nuevos horizontes a la terapéutica infecciosa permitiendo obtener buenos resultados con dosis que no sobrepasan el gramo de droga.

En cuanto a los antibióticos, tan abusados en la actualidad no deben ser aplicados sin el previo empleo del antibiograma.

Dentro del tratamiento médico de la litiasis, excluidos estos 2 capítulos de enfermedades generales litogénicas y los focos infecciosos referidos debemos ocuparnos del tratamiento *verdaderamente específico* o del "cálculo de órgano", según feliz expresión de Guyón, estimado por su composición físico-química y las condiciones del órgano que lo aloja (riñón).

Es así que establecida la estructura del cálculo, el tratamiento se dirigirá a combatir el exceso de sus sales en la orina, mediante *la alimentación* (régimen dietético) *y las medicaciones* o indicaciones que puedan evitar o disminuir su precipitación:

La ingestión exagerada de agua (superior a 3 litros) en forma regular durante el día y la noche, si el estado cardio-circulatorio lo permite. El enfermo deberá acostumbrarse a beber varias veces durante la noche en forma de líquidos fríos o tibios, según sea verano o invierno. La acción mecánica de arrastre de los cristales por la corriente urinaria tiene gran valor.

Controlar el Ph de la orina, debiendo conservar su acidez original si se trata de litiasis fosfática u oxálica y llevarla a la alcalinidad en caso de litiasis úrica. Las dietas adecuadas; el cloruro de amonio en dosis de 8 g. diarios y el ácido fosfórico oficial a razón de 30 gotas, 3 veces por día, contribuirán a recuperar la acidez de la orina.

En la litiasis úrica, además del régimen se recomiendan alcalinos, piperazina, benzoato de litio, etc.

En cuanto a la *litiasis oxálica* además del tratamiento alimentario de relativa acción, deberá recurrirse a los elementos generales expuestos para el tratamiento de la litiasis.

Los cálculos de xantina y cistina son tan excepcionales que no merecen mayor comentario y se combaten con régimen alimentario y alcalinos.

Estos son a nuestro juicio los conceptos básicos impuestos por la experiencia en el tratamiento de la litiasis renal, habiendo dejado ex-profeso un pequeño capítulo destinado a la exposición sucinta de nuevos aportes al mismo que despertaron franca y justificada expectativa, pero que el tiempo se encargó de defraudar en gran parte.

A la pretendida acción "disolvente" de los cálculos atribuida a la "solución G. de Suby y Albright", a los gels de hidróxido de aluminio, a la *hyaluronidasa* y al ácido Acetil-Salicílico.

La solución G. de Suby y Albright, compuesta de:

Acido cítrico	32,25
Oxido de magnesio anhidro	3,84
Carbonato de Na.	4,37
Agua destilada	1.000

suscitó gran entusiasmo en el tratamiento medicamentoso de la litiasis de acuerdo con el estudio realizado por sus autores. Pero la experiencia demostró que se reducían en forma muy lenta los cálculos "blandos", verdaderamente excepcionales, mientras que los demás no sufrían prácticamente ninguna alteración; además el cateterismo ureteral permanente resultaba muy molesto y la ligera acidez de la sustancia producía frecuentemente pielonefritis química.

Su empleo se justifica a través del tubo nefrostómico con el objeto de prevenir la recidiva, habiendo sido prácticamente olvidada en la actualidad.

Los gels de hidróxido de aluminio, empleados por Shorr y Carter forman sales insolubles de fosfato de aluminio en el intestino reduciendo la absorción del fósforo por el riñón.

Figuran entre ellos el *Amphogel* (sólo o con trisilicato de magnesio), 90 a 200 c.c. diarios en tabletas (40 por día) o el *Basagel* (80 a 180 c.c.) que deben ser tomados durante años 1 hora después del almuerzo o antes de acostarse.

Tienen el inconveniente de producir indigestión, náuseas, vómitos por lo que muchos enfermos se resisten a continuar tomándolas.

En cuanto a nuestra experiencia con estas sales diremos que hemos observado satisfactorios resultados en los enfermos que las ingieren durante meses sumadas a la terapéutica referida.

La *hyaluronidasa* o factor de difusión, descubierta por Duran Reynals, hace más de 25 años y empleada en la litiasis a raíz de los trabajos de Wohlzogen en 1952, basada en que reduce la tensión superficial al aumentar los coloides evitando de esta manera la precipitación de las sales de la orina. Se aconseja inyectar una ampolla diaria durante 1 mes atribuyéndosele una acción preventiva más que curativa.

Después del entusiasmo inicial, su uso ha decaído por el fracaso observado por gran número de autores.

El ácido salicílico y sus derivados (aspirina, salicilatos y salicilamidas) fueron empleados por Prien y Walker (1955) en el tratamiento de la litiasis basados en que estas sustancias aumentan la cantidad de ácidos glucorónicos conjugados que facilitan a su vez la solubilidad de las sales de fosfato de Ca. eliminados por la orina según estudios de Neuberg y Graner (1951).

Según Prien y Walker, en 19 casos operados por litiasis y tratados luego con *aspirina* durante 12 a 18 meses no habían recidivado 17 de ellos.

Sin embargo Abrams fracasó rotundamente en sus enfermos tratados durante varios meses al no observar ninguna modificación en el tamaño y densidad de sus cálculos.

Nuestra experiencia con la aspirina y la salicilamida data de un año aproximadamente, sin que podamos formular hasta el presente un concepto concreto, aunque dudamos de su eficacia.

En cuanto a la *vitamina A* propuesta por Higgins, tiene aplicación por su acción antiinfecciosa y protectora del epitelio.

Dentro del tratamiento médico de esta afección, debemos considerar en la actualidad el *desequilibrio electrolítico* de la pielonefritis calculosa cuando es crónica, al producir una insuficiencia túbulo-renal en la litiasis bilateral o el riñón supuesto sano presenta una marcada disminución de su función.

Clínicamente llama la atención la palidez, la anemia secundaria el descenso del hematocrito con tasa hemoglobínica inferior a la normal y el síndrome urémico.

El laboratorio muestra:

a) una *acidosis* por descenso de la reserva alcalina (7 a 10 M.E.Q. litro en lugar de 25 a 30).

b) una *hiponatremia* (inferior a 135 M.E.G. litro).

c) una *ligera hiperclorémia* (*acidosis hiperclorémica*).

d) la *kalemia* (K) variable disminuída o aumentada según la diuresis sea normal o esté en oliguria.

e) una *hipocalcemia* (inferior a 7 a 8 mg.) por insuficiencia túbulo-renal.

f) una *hiperfosfatemia*.

g) una *hiperazoemia* por la insuficiencia túbulo-renal.

En cuanto al *tratamiento del desequilibrio electrolítico* haremos:

a) *para la acidosis* por disminución de la reserva alcalina con hiperclorémia e hiponatremia: bicarbonato y lactato de Na.; solución de Ringer lactada y citrato de Na.

b) *para la hipokalemia*: jugos de fruta, té, extracto y caldo de carne, sellos de cloruro de K. o soluciones parenterales tipo Darrow.

c) *para la hiperkalemia*: suero glucosado hipertónico e insulina suprimiendo lo anterior.

d) *para la hipocalcemia*, con convulsiones: gluconato de Ca. al 10 % endovenoso.

e) *para la hiperfosfatemia*, soluciones orales que contengan gel de hidróxido de aluminio.

f) *para la hiperazoemia* el tratamiento conocido por todos ustedes más el propionato de testosterona y androstanolona por la acción anabólica.

II) EL TRATAMIENTO INSTRUMENTAL

O *uroológico propiamente dicho* tiene más aplicación en la litiasis ureteral (sondas de diversos tipos y calibre para la extracción de los cálculos, dilatación canalicular, meatotomía endoscópica, etc.) que en la *renal*, habiéndose sin embargo, usado ésta con *muy poco éxito por cierto* mediante la inyección de

líquidos "modificadores" como soluciones de ácido láctico, acético, nitrato de plata, la referida solución G. de Suby y Albright, *antisépticos* como el argirol, protargol, mercurio-cromo, rivanol, etc., y *antibióticos* de los más variados.

En rigor de verdad ninguna acción tienen estas sustancias en el tratamiento y solamente actúan con relativo éxito en complicaciones infecciosas de la litiasis (pielonefritis) o en la prevención de la recidiva una vez extirpado el cálculo por la vía quirúrgica.

Algunos autores emplean la vía endoscópica o instrumental para *dilatar mediante cateteres la obstrucción pieloureteral*, que a veces se presenta, responsable del estasis, tan común en la etiopatogenia local de la litiasis. Sus resultados son muy aleatorios exponiéndose además el enfermo a una pielonefritis ascendente por la prolongada permanencia de la sonda debido al aporte de gérmenes del exterior o a su frecuente obstrucción.

La vía endoscópica permitirá practicar la resección cervical o de la poliposis del cuello en la mujer con el objeto de mantener la permeabilidad del sistema desde la porción pieloureteral al meato ureteral.

III) TRATAMIENTO QUIRURGICO

Es evidente que hasta ahora el tratamiento quirúrgico domina la terapéutica de la litiasis, siendo elevada la proporción de enfermos portadores de cálculos, sometidos a la cirugía como lo demuestra la práctica diaria. Es más probable que un litiásico renal visto por primera vez sea operado que sometido a un tratamiento médico: la posibilidad de extirpar con relativa facilidad, sin mayores riesgos un cálculo del riñón, así como la seguridad de la curación, cuando las condiciones locales y generales del enfermo lo permitan, hace que el número sea mayor.

El frecuente fracaso del tratamiento médico de la litiasis, como ya lo señalamos salvo sus complicaciones infecciosas, los valiosos elementos aportados a la cirugía por la radiología con respecto a la exactitud del diagnóstico, la anestesiología, la transfusión, etc., etc., han permitido lograr un resultado evidentemente halagüeño al señalar un 15 al 30 % de recidiva en las litiasis operadas y solamente un 2 al 5 % en el riñón restante.

En principio diremos que no todo cálculo renal debe ser operado, dependiendo de su tamaño, número, situación y complicaciones producidas en el riñón tales como: dolor, hematuria, fiebre, dilatación e infección (uronefrosis, pielonefritis, pionefrosis) e insuficiencia funcional que puede llegar hasta la abolición total.

A este propósito queremos agregar y destacar que un *cálculo calicial superior, medio o inferior*) que no sea mayor de una avellana y que no produzca ninguno de los síntomas señalados, debe ser respetado por lo general dado que al no hallarse en el "ángulo de confluencia urinaria", pieloureteral no llegará a producir obstrucción.

La radiología actual mejorada con la aortografía y el neumoperitoneo, al lograr un estudio exacto de la litiasis y del estado funcional y orgánico del riñón, así como su utilización *intraoperativa*, permite establecer un plan quirúrgico adecuado a cada caso con seguridades de su total extirpación, sin las sorpresas frecuentes en otras épocas.

Las pruebas funcionales y el estudio del balance electrolítico incorporado últimamente, darán idea del estado del parénquima renal y la posibilidad de realizar con éxito una terapéutica conservadora o radical.

En cuanto a la urea está demostrado que sus valores tienen poca importancia con respecto a la suficiencia funcional y al grado de lesión del riñón, ya que es frecuente observar grandes cálculos coraliformes con marcada infección o esclerosis renal y cifras sorprendentemente normales. Está demostrado que en estos casos, el sistema glomérulo tubular trabaja al máximo y que la hiperazotemia cuando se produce es irreversible.

Intervención, sin embargo, no significa nefrectomía, dada la frecuencia de la litiasis bilateral y su recidiva, pero sí significa hasta el presente realizar una terapéutica de rápida solución que seguida de un tratamiento higiénico, dietético, médico e instrumental adecuado logra un resultado cada vez mejor y más duradero.

Por las mismas razones la cirugía deberá ser lo más *conservadora* posible, sin preocuparse mayormente por el estado del riñón (dilatación o infección), poco traumatizante, seguida de un drenaje nefrostómico, pudiéndose observar de esta manera una recuperación funcional inesperada. *Recordemos: el riñón tiene gran capacidad reaccional*; cuidado con las nefrectomías apresuradas! el cálculo puede desarrollarse en el restante.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas a emplear debemos ir como en muchas ocasiones de la vida. "de lo simple a lo complejo"; vale decir: "hacer lo menos y lo más efectivo"; dirigirnos desde la pelvis al parénquima, pasando desde la sencilla *pielotomía* con todas sus variantes a la *nefrotomía parcial, total, nefrectomía polar y nefrectomía total*.

El exacto diagnóstico y el tratamiento adecuado de la *obstrucción pieloureteral*, así como de la *ptosis renal* pre o post-operatoria que tanto afectan al dinamismo de las vías de excreción, tiene en la actualidad singular importancia en el desarrollo de la litiasis al combatir o prevenir el éstasis y la infección resultantes. Los numerosos procedimientos plásticos existentes tienen aquí especial indicación.

En tesis general, las *pielografías ascendentes* infectan frecuentemente la litiasis, por lo que se debe aconsejar la rápida intervención después de este examen.

En cuanto a ésta cabe destacar que cuando existe infección, es conveniente extirpar directamente el cálculo, drenar ampliamente y movilizar lo menos posible el órgano por la facilidad de producir shock al traccionar la suprarrenal.

Debemos recordar que los litiásicos bilaterales, especialmente los coraliformes son enfermos muy frágiles, por la infección crónica y la esclerosis renal progresiva que los mantiene en un aparente y sutil equilibrio que puede ser roto con facilidad por la más mínima intervención: sin mayor hemorragia, ni anuria el enfermo entra paulatina e inexorablemente en una anuria irreversible.

Debemos agregar que los enfermos viejos, hipertensos, con trastornos cardíacos, soportan muy mal las intervenciones por litiasis.

La nefrectomía total estará indicada en última instancia: *nosotros diremos a este respecto: "que siempre hay tiempo para extirpar un riñón litiásico"*. Se realizará cuando el riñón opuesto esté sano o presente una función satisfactoria y se trate.

- a) de un gran cálculo.
- b) de una gran infección (pionefrosis o uropionefrosis).
- c) de una abolición funcional crónica.

Debemos tener cuidado con la insuficiencia aguda propia del riñón litiásico, "silenciosa" o de "hibernage", de la que nos hemos ocupado en varias ocasiones en el seno de esta Sociedad.

- d) de una asociación de litiasis con tuberculosis o cáncer.
- e) de frecuentes recidivas.
- f) de fístula reno-cutánea-intestinal, etc.

Las complicaciones post-operatorias poco frecuentes en la actualidad, pueden ensombrecer el pronóstico de esta afección figurando entre ellas: la abertura peritoneal o pleural, la lesión del duodeno o colon, la obstrucción del ureter, la lesión de la cava, y muy especialmente la hemorragia tardía (8 a 15 días) en las nefrostomías amplias.

En conclusión: El enfermo litiásico en razón del escaso valor del tratamiento médico de su afección, recientemente diagnosticada y de la posibilidad de su recidiva, después de haber sido extraído el cálculo, debe ser estudiado cuidadosamente durante varios años, si se tiene en cuenta que la enfermedad no termina con la expulsión espontánea del cálculo o su extirpación. Se trata de una enfermedad crónica, recidivante y pasible de complicaciones con la doble participación del organismo y del órgano (enfermedades generales y locales).

En consecuencia el examen físico periódico, el análisis repetido de sus orinas (físico-químico e histo-bacteriológico) y sobre todo el control radiográfico ocupará un lugar predominante en la pesquisa de la recidiva o afecciones concomitantes.

El régimen higiénico-dietético y el tratamiento médico e instrumental permitirán tratar las recidivas y las complicaciones con relativo éxito.

El tratamiento deberá ser aplicado oportunamente sin esperar demasiado de los anteriores con el objeto de evitar graves lesiones del parénquima (pielonefritis, uropionefrosis o esclerosis) con toxemia y uremia consecutivas, que ponen en serio riesgo la vida y el porvenir del enfermo.

B I B L I O G R A F I A

- Abrams, M. — J. of U., Vol. 77, 372.
 Bisquert, J.; Cantín Castillo, F. y Núñez Mardones, R. — Anales IV Congreso y I Chileno de Urología, pág. 189.
 Butt y colaboradores. — Presse Médicale N° 5, p. 106.
 Comarr, A. E. y Carne, H. — The J. of U., Vol. 79, N° 6, p. 911.
 Chakravarti, S. y Banerjer, R. — J. of U., Vol. 79, 785.
 Fitzpatrick, R. — J. of U., Vol. 77, 377.
 Genot, R. — J. d'U., T. 59, 19.
 Higgins, C. — J. of U., Vol. 62, 403.
 Keating, R. — J. of U., Vol. 79, 663.
 Kimbrough, J. — J.A.M.A., 142, N° 11, 789.
 Miller, G. y colaboradores. — J. of U., Vol. 76, 42.
 Migliardi, L. — J. d'U., Vol. 55, 684.
 Prien, L. y Walker, S. — J. of U., Vol. 74, 440.
 Prien, L. y Walker, S. — J.A.M.A., Vol. 160, 355.
 Prien, L. — The J. of the Louisiana S. M. S., 106, 123.
 Shor y Carter. — J.A.M.A., Vol. 144, N° 18, 1549.
 Suby, H. — J. of U., Vol. 77, 370.
 Truc y Schilliro. — J. d'U., T. 59, 677.
 Vermellen, C. W.; Finlayson, B. y Chapman. — J. of U.
 Whitw, W. — Stone in the urinary tract. London, 1954.

DISCUSION

Sr. Presidente: Vamos a hacer señores, una breve pausa para dar lugar a que se formulen las preguntas. Voy a pedir a los relatores que no se retiren porque van a ser invitados a contestar las preguntas que se les formulen.

(Se pasa a cuarto intermedio.)

Sr. Presidente: Solamente hay una pregunta: poca inquietud parece haber o muy satisfechos todos los presentes con lo que han expuesto los oradores. Es una pregunta dirigida al Dr. Bernardi y dice: "si los enfermos que hicieron recidivas efectuaron correctamente la dietoterapia" (Dr. Eisler).

Dr. Bernardi: Debo manifestar al colega que no hicieron bien la dietoterapia, porque, como me acaba de preguntar el Dr. Eisler, en el hospital no tenemos dietólogos. Los tuvimos cierto tiempo y después desaparecieron por razones especiales. Pero de todas maneras no hemos tenido muchas recidivas a pesar de los numerosos casos que hemos operado. Lógicamente a todos les indicamos medidas generales higiénico-dietéticas generales. Por otra parte es nuestra convicción que las medidas de orden dietético tienen sólo un valor relativo. Nosotros, y creemos que en ello están de acuerdo todos los urólogos, adjudicamos al tratamiento medicamentoso un valor coadyuvante. Le damos gran importancia al estudio radiológico de las vías de excreción y sobre todo al estudio urográfico funcional de las mismas, tratando de pesquisar si no hay ectasia; le damos mucha importancia a la liberación de todos los factores obstructivos.

Dr. Eisler: ¿Me permite doctor? Su experiencia con respecto a la recidiva y naturaleza del cálculo desde el punto de vista químico, ¿se realiza la recidiva con el mismo tipo de cálculo?

Dr. Bernardi: Sí, generalmente es así. Los cálculos en nuestro ambiente son más frecuentemente fosfáticos; por regla general damos régimen cárneo para acidificar la orina y hacemos tratamiento quimioterápico, insistiendo en el control de las vías de excreción.

Sr. Presidente: ¿Nada más, señores? Yo antes de terminar esta interesante reunión quiero tener a través del presidente de la Sociedad Argentina de Urología y de la Comisión Directiva mi expresión de agradecimiento. Las palabras escuchadas serán muy provechosas para nosotros los médicos especializados en Nutrición y Dietología.

Dr. Dotta: Aquí se expresó que estábamos igual que a principios de siglo con respecto al problema de la litiasis renal y yo creo que no es verdad, porque precisamente a través de los conceptos vertidos se advierte que hemos avanzado bastante. Sabemos cómo se forman los cálculos, conocemos su composición, sabemos cuáles son los elementos que van a formar el elemento, cómo se van a conglomerar los cristales. Hemos aprendido además a valorar los focos sépticos en la litiasis. Tenemos en fin, muchos elementos nuevos de juicio.

Por mi parte, agradezco profundamente a los miembros de la Asociación de Nutrición y Dietología por su brillante contribución a esta interesante mesa redonda.

Sociedad Argentina de Urología

8ª. Sesión científica ordinaria - 27 de noviembre de 1958.

Presidente: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario: Dr. Raúl J. Borzone

Entrega del Premio Anual correspondiente al año 1955
al Dr. Luis Figueroa Alcorta.

Palabras pronunciadas por el Dr. Leónidas Rebaudi

Señores:

No ha resultado fácil la adjudicación del premio de la "Sociedad Argentina de Urología", premio al mejor trabajo presentado durante el año 1955. La Comisión, se ha visto abocada a un estudio profundo de las numerosas comunicaciones con el valor más que suficiente de ser elegidas entre las primeras, esto da mayor realce a la distinción que cabe en este momento al trabajo del Dr. Figueroa Alcorta, sobre *ptosis renal*.

Nosotros, los que llevamos ya un largo camino recorrido y miramos hacia atrás, vemos entre los sinsabores de la lucha cruel y despiadada, los hechos positivos que quedarán como jalones imperecederos del paso de nuestra vida, ellos nos darán el valor más que suficiente para afrontar lo irreparable, ellos servirán de guía a los jóvenes como el penacho blanco de Enrique IV en el fragor de las batallas o en la lucha ciudadana y es este diploma, el que certifica que la vida de uno de nosotros no ha pasado inútilmente y es también por esto, que la Comisión y el que tiene el honor de dirigiros la palabra, felicita de todo corazón al Dr. Figueroa Alcorta.

**Entrega del Premio Anual correspondiente al año 1956
a los Dres. Hughes, Barcia, Fiandra y Viola**

Palabras pronunciadas por el Dr. Tomás Schiappapietra

Distinguidos colegas uruguayos.

Señores consocios:

El haberme correspondido el honor de presidir la Comisión Directiva de esta constructiva Sociedad durante su ejercicio del año 1956, me ha otorgado el privilegio de integrar la comisión para el estudio de adjudicación del premio anual correspondiente; con la gracia de sentirme acompañado por los Dres. Enrique Castaño y Tomás Delporte, en un cordial jurado.

El año universitario a que hacemos referencia, contó con un grato ambiente de democrática tranquilidad, lo cual estuvo reflejado en el número y la calidad de los trabajos presentados en el orden científico. Correspondió en forma particular, y fué sentada en la memoria al cierre de ese ejercicio de la Sociedad Argentina de Urología.

En esta ocasión, cumplo repitiendo mi profundo agradecimiento por tan valiosas contribuciones.

En nombre de la Comisión que represento, declaro que, corresponde dejar especial constancia en honor a la valiosa contribución de nuestros distinguidos aparceros, urólogos del Plata; en mérito a la intrépida modalidad que los ha permitido sentar importantes conclusiones y sugerir valiosas deducciones, para el diagnóstico de certidumbre en algunas alteraciones morfológicas del sistema reno-ureteral.

Ha coincidido la afirmación unánime del Jurado, en otorgar el premio "Sociedad Argentina de Urología 1956" a la contribución titulada "La angiografía renal por cateterismo femoral percutáneo ascendente", presentada por los Dres. Frank Hughes, Alberto Barcia, Orestes Fiandra y Julio Viola.

Nuestras felicitaciones.

Les ruego presentarse.
