

CONSIDERACIONES SOBRE LA INTERVENCION DE JUDD EN LA LITIASIS URETERAL PELVIANA

Por el Dr.

ENRIQUE CASTAÑO

(Profesor Suplente de Clínica Génito-Urinaria)

Los pequeños cálculos del riñón en su migración a través del ureter, pueden detenerse en las distintas porciones de este órgano, siendo sin embargo su localización más frecuente en la región pelviana, antes de que el ureter penetre en la pared vesical, para hacerse intramural, siendo debido esto a que esta porción del ureter es la menos dilatable.

Un cálculo localizado en esta región, es fácilmente des-
pistable hoy día, con las nuevas técnicas radiográficas, no olvidando que muy a menudo existen sombras extra ureterales muy semejantes a las sombras calculosas que pueden inducir en error, para lo cual en los casos dudosos, se debe practicar una nueva radiografía, previo cateterismo ureteral con sonda opaca y en caso de que esta no pasara por existir un obstáculo, dejar dicha sonda en esa posición, sin retirar el cateterizador para no desplazarla y sacar una radiografía que nos mostrará que, efectivamente, la sombra sospechosa, es realmente un cálculo ureteral.

Establecido el diagnóstico, se debe de inmediato establecer el tratamiento, conociendo los peligros de la litiasis ureteral, para el riñón, y siempre se debe comenzar por los tratamientos basados en la dilatación ureteral, que en la gran mayoría de los casos son coronados por el éxito.

Muchas veces las primeras tentativas para franquear el

obstáculo producido por el cálculo, son infructuosas, no por eso se debe abandonar el tratamiento, conviene insistir unas cuantas veces con los distintos tipos de cateteres que disponemos y de bujías ureterales que por su forma cónica olivar permiten insinuarse con mayor facilidad entre la pared ureteral y el cálculo. Si el cateter franquea el obstáculo, conviene llevarlo hasta la pelvis renal y dejarlo en permanencia dos ó tres días, sabiendo la tolerancia del ureter por las sondas y teniendo la precaución de hacer diariamente una pequeña instilación en la pelvis renal de nitrato de plata al 1 por 100, antes de retirar el cateter inyectar unos 10 cc. de aceite gomenolado, que permite, en caso de haberse movlizado el cálculo, lubricarlo y aumentar las contracciones ureterales que van a favorecer la expulsión espontánea del cuerpo extraño.

Estas dilataciones se deben hacer varias veces y una por semana y recién después de unas cuantas tentativas sin resultado, se debe abandonar este procedimiento, para indicar la intervención quirúrgica.

El ureter pelviano es un órgano para-mediano, que para poder descubrirlo es necesario rechazar completamente el peritoneo hacia la línea media, lo que explica la dificultad de su investigación, por medio de las incisiones laterales, siendo la de **Albarrán** la que más comúnmente se ha empleado y luego la de **Israel** y **Jeombrau**.

Si se trata de sujetos a gran panículo adiposo, las dificultades aumentan por medio de estas incisiones, que obligaban al cirujano a buscar puntos de reparo, como ser los vasos ilíacos y seguir luego el ureter hasta su porción yuxta-vesical.

Todas estas dificultades quedan subsanadas hoy día con la técnica de **Judd**: incisión simple que permite descubrir ampliamente el ureter y facilita su localización y en la cual los drenajes son inócuos. Nosotros la hemos puesto en práctica desde el año 1922, que publicamos nuestra primera observación, y seguimos esta técnica, por consejo de nuestro querido amigo, el Dr. **Enrique Finochietto**, quien acababa de operar su primer caso en una enferma gruesa, sin ninguna dificultad.

Desde esa fecha hemos operado 12 casos que, sumados a los cuatro publicados por el Dr. **Ricardo Finochietto**, dan un total de 16, que deben ser casi los únicos operados entre nosotros, siguiendo dicha técnica.

Judd tiene dos incisiones para abordar el ureter pelviano, la mediana y la paramediana. La primera fué descrita en 1913 y la segunda, en 1919 (Fig. 1).

La mediana, que es la que preferimos, consiste en una incisión que parte desde el pubis hasta muy cerca del om-

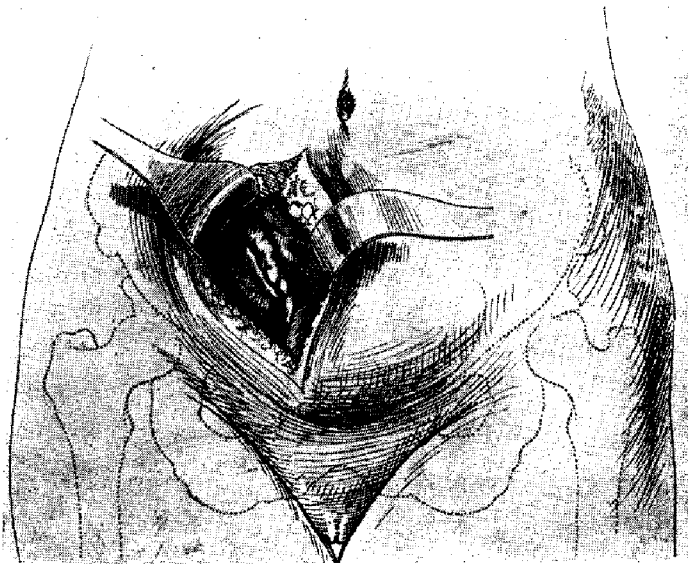


Figura 1

bligo; se incide piel, panículo adiposo y línea blanca. Llegado al plano preperitoneal, se rechaza este de abajo arriba y de afuera adentro.

En el fondo de la pelvis está el ureter que, después de cruzar los vasos ilíacos, se dirige hacia la vejiga, donde es cruzado por el deferente en el hombre y la uterina en la mujer.

El descubrimiento del ureter no puede ser más sencillo, y muchas veces, cuando el ureter es permeable a un catéter, colocamos uno antes de la intervención que nos facilitará la investigación del ureter y que luego dejaremos en permanencia.

Localizado el cálculo, lo fijamos con la mano izquierda

y sobre este, practicamos una pequeña incisión longitudinal. Si el cálculo no está adherido, sale con toda facilidad; sino se lo desprende con mucho cuidado para no desgarrar el ureter y se extrae con una pinza. No practicamos sutura del ureter, sólo dejamos un drenaje en el extremo inferior y reconstruimos la herida por planos.

Si no ha sido posible colocar un cateter como tiempo

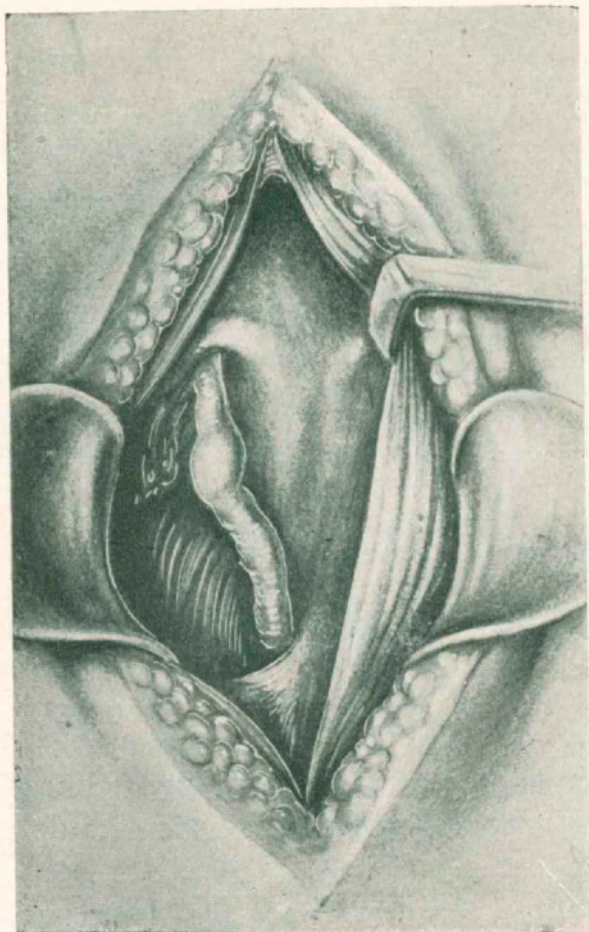


Figura 2

previo a la intervención, lo hacemos en el acto operatorio, un ayudante practica el cateterismo ureteral y el cirujano guía el cateter para que no salga por la pequeña incisión de la pared ureteral.

En general, cuando la sonda funciona bien, no hay pérdida de orina por la herida, se puede retirar el drenaje a las 48 horas.

La otra incisión de **Judd**, en lugar de ser mediana, la hace sobre el borde externo del recto, cuya vaina abre y después cierra como en la **Jalaguier**. (Fig. 2).

Judd dice que, con esta incisión es más fácil abordar el ureter, lo que estamos de acuerdo, pero, como dice el Dr. **Finochietto**, los dos centímetros que pueden ganarse con la paramediana, están con creces compensados por la mayor fa-

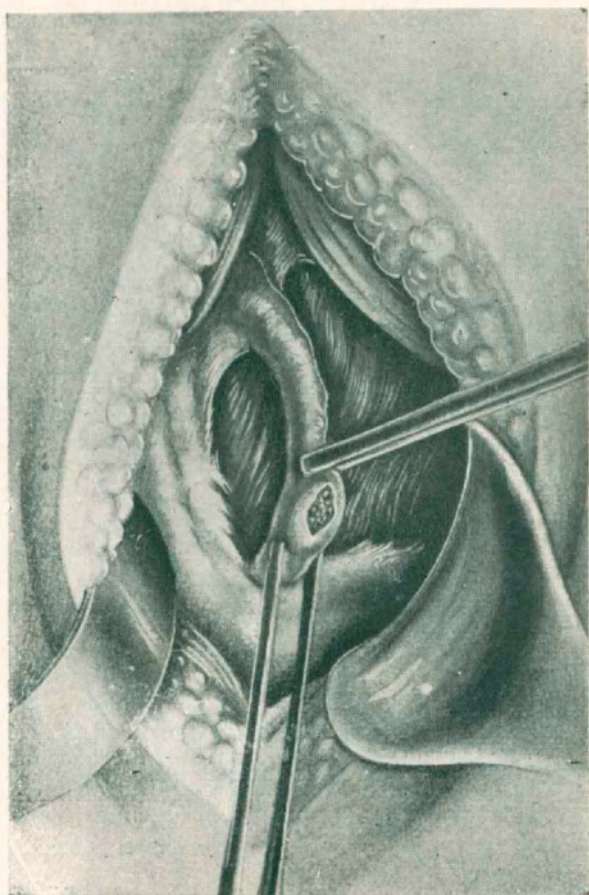


Figura 3

cilidad en la diéresis y en la separación, además que la incisión mediana, nada tiene que ver con el canal inguinal, en cuya vecindad inmediata se coloca un drenaje, cuando se incide sobre el borde externo del recto. (Fig. 3).

En los sujetos a gran panículo adiposo, todas las maniobras de investigación del ureter, se simplifican con la posición de **Trendelenburg**.

En nuestros primeros operados, no hemos dejado cateter

permanente, en los últimos sí; hemos observado que el post-operatorio se acorta.

Todos nuestros enfermos han podido ser seguidos un año y aun más, después de su intervención y hemos podido comprobar la permeabilidad absoluta del ureter, aun a sondas No. 17 y 18 de **Pasteau**. En una enferma operada con la incisión paramediana, hemos visto una eventración, cosa que no ha sucedido con ningún operado, con la incisión mediana.

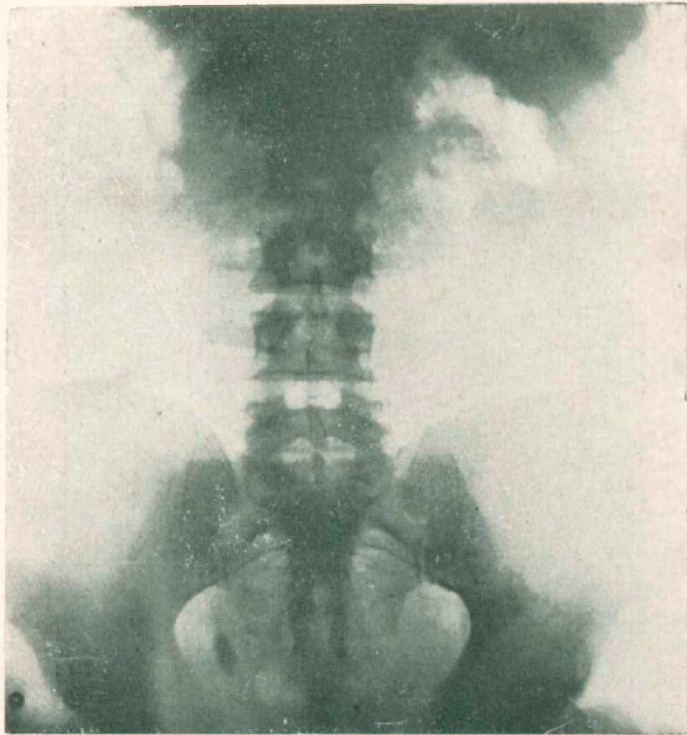


Figura 4

Respecto a la anestesia, creemos que la local por simple infiltración es la ideal. Hemos operado con raquídea y con anestesia general, con buen resultado.

Observación No. 1. — T. O., 37 años, argentino, soltero. Servicio del Dr. Elizalde.

Cólico renal izquierdo, cuatro años antes, que persiste 3 ó 4 días, y se repite al año. No ha expulsado cálculos.

Radiografía. — Revela un cálculo en el ureter pelviano izquierdo (Fig. 4). Cateterismo ureteral de ese lado infranqueable en numerosas tentativas. Urea en suero 0.48 o/oo. Constante de Ambard 0.095. Ureterotomía pelviana de Judd. Dr. Castaño. Incisión media-

na. Se llega al ureter izquierdo; se abre, se extrae el cálculo que mide 3 centímetros (Fig. 5). Se deja un drenaje con tubo de goma. Durante los primeros 10 días, sale bastante orina; a los 30 días cierre total de la herida. A los 9 meses de la intervención ureter permeable en toda su extensión. Orina ambar.

Observación II. — N. N. Soltera, 26 años. Ingresa a la Sala del Dr. Robertson Lavalle, por dolor en la fosa ilíaca derecha, que se cree apendicitis, por lo que fué operada con fijación del ciego.

A los pocos días de la operación nueva crisis dolorosa, por lo que se pide radiografía y se comprueba un cálculo en el ureter pel-

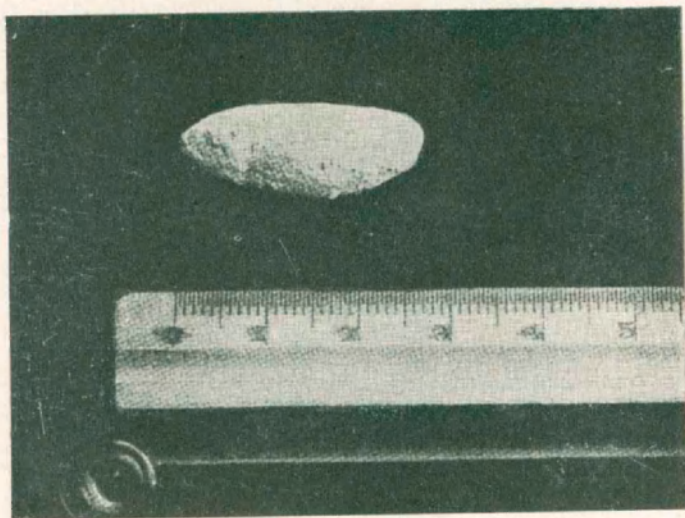


Figura 5

viano derecho. Se practican varios cateterismos sin resultado, por lo que se resuelve la intervención.

Urea en suero 0.40. Constante de Ambard 0.085.

Ureterotomía de Judd. Dr. Castaño. Incisión paramediana. Se reseca la incisión anterior de Jalaguier de su apendicitis, se llega al ureter con toda facilidad, se abre sobre el cálculo y se extrae éste, del tamaño de un garbanzo. Drenaje con tubo. Pierde orina 15 días, y luego cierra la herida con cierta dificultad quedando una pequeña eventración.

Al año y a los 5 años después, el ureter es permeable en toda su extensión.

Observación III. — A. M. V. 39 años, casado.

Varios cólicos renales del lado izquierdo desde tres años atrás, con escalofríos y temperatura.

Ingresa al Servicio del Dr. Elizalde, con gran defensa del lado izquierdo, que no permite la palpación, temperatura, 39 grados. Se consigue pasar un cateter hasta la pelvis renal, bajando la temperatura y desapareciendo el dolor.

Radiografía. — Revela un cálculo en el ureter pelviano izquierdo. Se practican nuevos cateterismos sobreviniendo temperatura después de cada cateterismo.

Urea 0.35 o/oo. Fenolftaleína 54 o/o. Ureterolitotomía mediana de Judd. Dr. Elizalde.

Después de la intervención se deja un cateter en el ureter en permanencia. Post-operatorio normal. Sale de alta al mes, curado. Ureter permeable en toda su extensión.

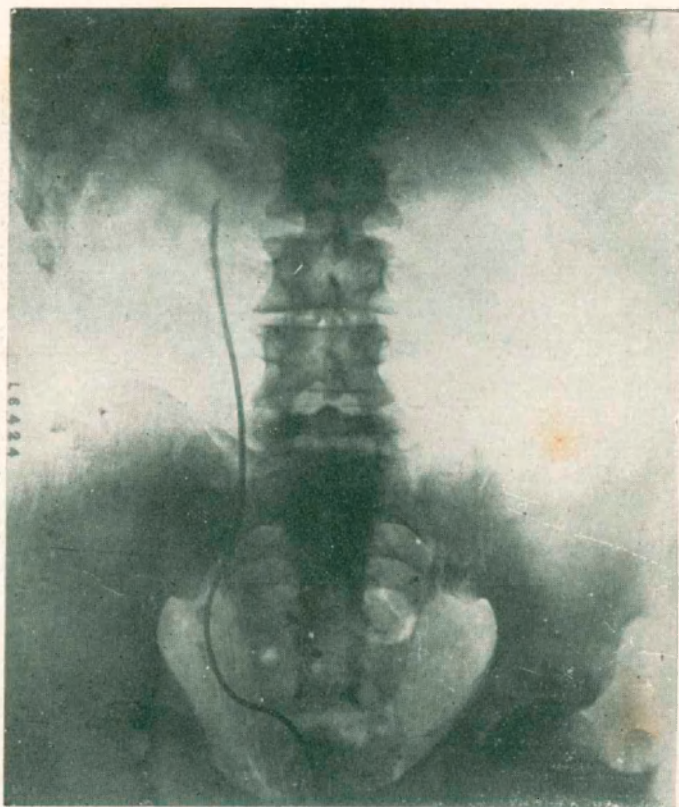


Figura 6

Observación IV. — A. J., 56 años, argentino.

Cólico renal izquierdo que dura 5 horas y que cede espontáneamente.

Radiografía. — Revela un cálculo en el ureter izquierdo pelviano (fig. 6). Se practica una serie de dilataciones ureterales hasta el No. 18 de Pasteau, con inyección de aceite gomenolado sin resultado. Se practica una nueva radiografía con cateter opaco (Fig. 7) y se ve la sombra pegada al cateter que demuestra ser realmente un cálculo. Se resuelve la intervención.

Urea 0.40 o/oo. Sulfofenolftaleína 45 o/o. Dr. Castaño. Anestesia raquídea. Se deja previamente un cateter en el ureter izquierdo No. 17. Incisión paramediana de Judd. Se desprende el peritoneo, se

llega al ureter perfectamente manifiesto por el cateter, se abre sobre el cálculo, drenaje con tubo, se deja el cateter en permanencia.

A los 25 días, cierre total de la herida, sin haber habido pérdida de orina. Ureter permeable, dos meses después de la intervención.

Observación V. — A. R. Argentino, soltero, 26 años.

Cólicos renales a ambos lados sin hematurias ni temperatura.

Radiografía. — Revela dos cálculos, uno en cada pelvis renal, por lo que ingresa al Servicio del Dr. Elizalde. (Fig. 8).



Figura 7

Se practica una separación de orina y la prueba de Albarran demuestra ser el riñón izquierdo el que funciona mejor, por lo que se resuelve practicar una pielotomía.

Dr. Castaño, Septiembre 1922. Incisión Israel. Anestesia general. Se llega a la pelvis y se extrae un cálculo del tamaño de una almendra chica. Sale de alta curado, a los 18 días.

A los 6 meses vuelve y se practica una nueva radiografía, viéndose que el cálculo derecho, a pesar de ser más grande ha descendido hasta la cuarta vértebra lumbar. No se resuelve operarse, hasta cuatro años después, en que la radiografía revela que el cálculo

lo se encuentra detenido en la porción pelviana del ureter derecho (Fig. 9).

Ingresa al Hospital de Clínicas. Servicio del Dr. Maraíni, en ese tiempo a mi cargo, por ausencia del titular. Urea en suero 0.35 o/oo. Sulfofenoltaleina 60 o/o en una hora.

Dr. Castaño. Uretetolitotomía de Judd. Anestesia raquídea. Incisión paramediana. Se localiza el cálculo y se extrae, siendo del ta-



Figura 8

maño de una almendra. A las 48 horas, se coloca un cateter permanente en el ureter derecho, por lo que no drena más orina. A los 20 días se levanta y sale de alta al mes, curado.

Observación VI. — V. K. Armenio, 20 años.

Cólicos renales izquierdos a repetición con hematurias. Orina turbia.

Radiografía. — Revela dos enormes cálculos en el ureter izquierdo, región pelviana. Ureter infranqueable. (Fig. 10).

Ingresa al Servicio del Dr. Maraíni, Hospital de Clínicas, durante la reedificación del H. Ramos Mejía.

Urea en suero 0.35 o/oo. Sulfofenoltaleina 70 o/o.

Anestesia general. Ureterolitotomía paramediana de Judd. Se

Vacuna antigonococcica del Instituto Pasteur de París

Tratamiento de la BLENORRAGIA - URETRITIS aguda y sus complicaciones
OFTALMIAS - CISTITIS - ENDOMETRITIS - SALPINGITIS
ARTROPATIAS - SEPTICEMIAS, etc.

Fórmula: Suspensión de agua fisiológica al 8 o/oo de varias razas de gonococos. — Cada centímetro cúbico contiene 4 mil millones de gérmenes.

Presentación: CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2 cc.

CED ROC

(Aceite esencial de Cedrus Atlántica)

Indicaciones: BLENORRAGIA aguda y crónica - PIELONEFRITIS, etc.

TOLERANCIA PERFECTA

Presentación: Cajas de 40 cápsulas - Dosis: 10 a 12 cápsulas diarias

BACTE COLI PHAGE

Indicaciones: Infecciones urinarias a bacilo Coli:

COLIBACILURIAS - PIELITIS - PIELONEFRITIS - CISTITIS

Infecciones genitales a bacilo Coli:

METRITIS - SALPINGITIS - PROSTATITIS

Infecciones intestinales a bacilo Coli:

COLITIS - COLECISTITIS, etc.

Presentación: Cajas de 10 ampollas de 2 cc. - Cajas de 5 ampollas de 10 cc.

AGUA "VITTEL"

(Aguas Sulfato - Cálcicas - Magnesiadas)

DOS TIPOS

1 - Agua "VITTEL GRANDE SOURCE"

Posee una acción marcadamente DIURETICA y reactiva la función secretora del riñón.

2 - Agua "VITTEL SOURCE HEPAR"

DIURETICA, como la Grande Source, pero por la proporción de sus sales de magnesia, tiene una acción electiva sobre las vías biliares y la glándula hepática.

Presentación: Botellas de un litro

Muest. y Literat. - H. Millet y J. Roux - Montevideo 160-68 - Bs. As.

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

En lugar de COCAINA
utilice para la anestesia
de la uretra y vejiga

PERCAINA

“CIBA”

- Anestesia neta en concentraciones muy débiles.
- Prolongada duración de la anestesia.
- Actúa sobre la mucosa y por infiltración.
- No es estupefaciente.
- Es más económica que la cocaína.



Muestras y Literatura:

Productos Químicos

CIBA

1247 - Corrientes - 1253
Buenos Aires

llega a los cálculos que se saean por la misma incisión del ureter. Se coloca enseguida de la intervención un cateter permanente en el ureter No. 17. Drenaje con tubo. No pierde orina. La herida cierra a los 25 días. Se continúa con los lavajes del basinete por su pielonefritis concomitante y se practican inyecciones de urotropina endovenosa.

Sale de alta, curado.

Servicio del Dr. Elizalde, entonces a cargo del Dr. E. Castaño. Dos ataques de cólicos derechos muy intensos con defensa mus-



Figura 9

cular, vómitos, etc. Ingresa al Hospital Rawson y lo operan de apendicitis; 10 días después de la operación nuevo ataque del mismo lado. Radiografías sacadas allí no acusaban cálculos.

Ingresa al Servicio y la nueva radiografía revela un cálculo en el ureter pelviano derecho. Ureter infranqueable por lo que se resuelve practicar la intervención. (Fig. 11).

Dr. Buzzi. Anestesia raquídea. Incisión paramediana de Judd. Se llega al ureter, se localiza el cálculo, se abre el ureter sobre este y se extrae un cálculo del tamaño de un garbanzo.

Drenaje con tubo. No se deja cateter permanente. Cierre de la herida a los 35 días, sale de alta curado. Ureter permeable en toda su extensión.

Observación VIII. — M. C. 36 años, casada. Servicio del doctor Elizalde.

Esta observación es quizás la más interesante, pues la enferma presentaba una pionefrosis calculosa de un lado y un cálculo en el ureter pelviano del otro, y que por las condiciones de la enferma hubo que practicar primero una nefrostomía, luego una ureterolitotomía del otro lado y por fin, una nefrectomía para extirpar la fístula lumbar.

Antecedentes personales. — Cólicos a repetición del lado dere-

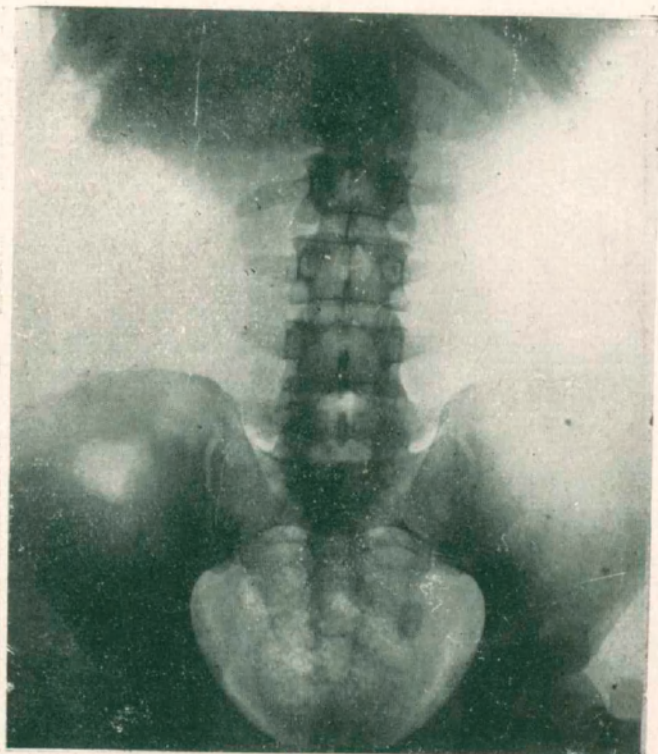


Figura 10

cho con temperatura, seguidos algunos de ellos de expulsión de cálculos.

Enfermedad actual. — Desde hace 4 días, dolor intenso en el hipocóndrio derecho, con temperatura 40 grados y escalofríos; esta temperatura tiene remisiones matinales hasta cerca de lo normal.

Abdomen deformado, globuloso al nivel del hipocóndrio y flanco derecho. Existe a ese nivel una enorme tumoración muy dolorosa aun a la palpación superficial. Por dentro alcanza la línea media y tiene un límite bien preciso y redondeado, llegando hasta unos cuantos centímetros por debajo de la línea umbilical. Toda esta exploración se hace con dificultad por la gran contractura muscular. Cistoscopia.

Observación VIII. — M. C. 36 años, casada. Servicio del doctor Elizalde.

Esta observación es quizás la más interesante, pues la enferma presentaba una piodonefrosis calculosa de un lado y un cálculo en el ureter pelviano del otro, y que por las condiciones de la enferma hubo que practicar primero una nefrostomía, luego una ureterolitotomía del otro lado y por fin, una nefrectomía para extirpar la fístula lumbar.

Antecedentes personales. — Cólicos a repetición del lado dere-

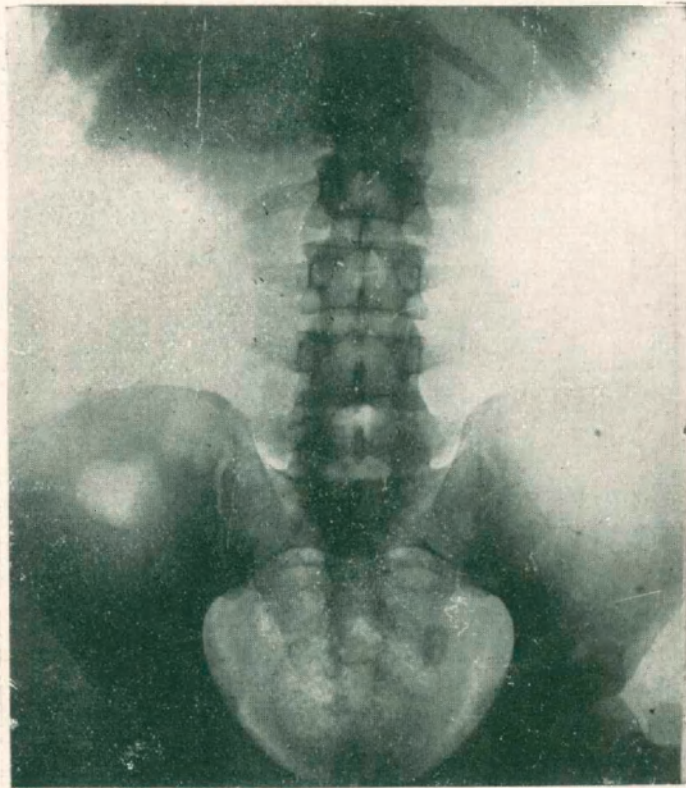


Figura 10

cho con temperatura, seguidos algunos de ellos de expulsión de cálculos.

Enfermedad actual. — Desde hace 4 días, dolor intenso en el hipocondrio derecho, con temperatura 40 grados y escalofríos; esta temperatura tiene remisiones matinales hasta cerca de lo normal.

Abdomen deformado, globuloso al nivel del hipocondrio y flanco derecho. Existe a ese nivel una enorme tumoración muy dolorosa aun a la palpación superficial. Por dentro alcanza la línea media y tiene un límite bien preciso y redondeado, llegando hasta unos cuantos centímetros por debajo de la línea umbilical. Toda esta exploración se hace con dificultad por la gran contractura muscular. Cistoscopia.

Eyaculación purulenta por el ureter derecho, retardada y clara del ureter izquierdo.

La radiografía revela un cálculo en el ureter pelviano izquierdo. Cateterismo imposible a todas las tentativas. (Fig. 12).

En vista de la gravedad de la enferma, el Dr. Buzzi, resuelve practicar, como tiempo previo una nefrostomía, para drenar la pionesfrosis, mejorar el estado general y dar tiempo de extraer el cálculo

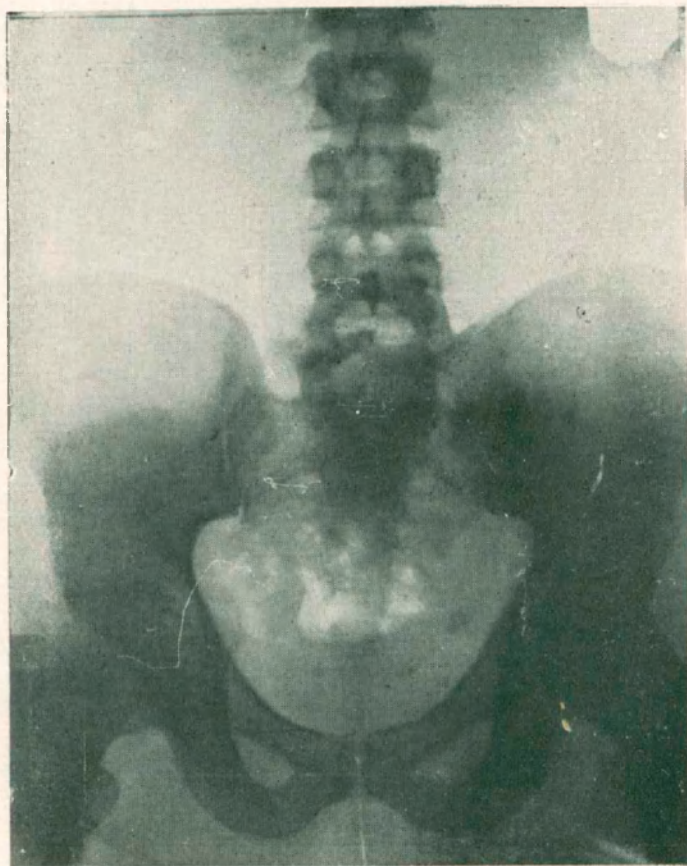


Figura 11

ureteral del lado izquierdo y poner al riñón izquierdo en condiciones de soportar una nefrectomía secundaria del riñón derecho.

Nefrostomía. — Dr. Buzzi. Anestesia general. Pequeña incisión lumbar, se llega al riñón, se abre, y se drena, dando salida a una abundante cantidad de pus cremoso.

El estado general mejora notablemente, al extremo que al mes y medio de la nefrostomía la urea en suero era de 0.30 o/oo. Se resuelve entonces practicar la segunda intervención, una ureterotomía izquierda.

Ureterolitotomía de Judd. Dr. Buzzi. Anestesia éter. Incisión paramediana de Judd. Se llega al ureter, se extrae el cálculo. drenaje

con tubo. No se deja sonda permanente. A los 4 días no pierde orina retirándose el drenaje.

A los 20 días se practica un cateterismo del lado izquierdo, se encuentra un obstáculo que se consigue vencer y se deja el cateter permanente 24 horas, se practican lavajes del basinete. Orinas amar y ureter permeable a un cateter No. 15.

A los dos meses de esta segunda intervención, el examen funcional del riñón izquierdo, revela lo siguiente: Indigo carmín apare-

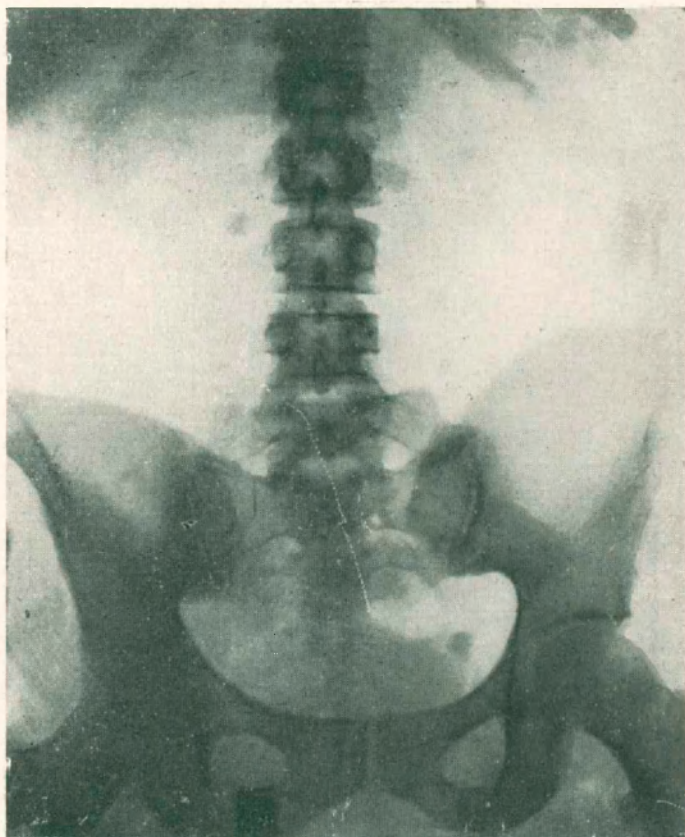


Figura 12

ce a los 4'. Sulfofenoltaleina acarece a los 3' y elimina en una hora 40 o/o.

Se resuelve entonces practicar la nefrectomía secundaria del lado derecho.

Nefrectomía. — Dr. Buzzi. Anestesia general. Se hace una incisión en raqueta, circunscribiendo la fistula, se desprende el peritoneo y se practica una nefrectomía subcapsular extrayéndose el riñón y la fistula en un solo block. Ligadura doble del pedículo. Drenaje de gaza. Reconstrucción de la pared por planos.

Post-operatorio normal. Orina abundante, y sale de alta, al mes, perfectamente curada.

Observación IX. — P. B. 19 años. Servicio del Dr. Elizalde.

Desde hace 8 años, siente dolores en el bajo vientre y periné, con ardor al final de la micción. Algunas veces ha tenido interrupción del chorro de la orina, con dolor intenso en la vejiga. Ha tenido hematurias. Hace año y medio cólico renal izquierdo, con temperatura y escalofríos.

Cistoscopia. — Capacidad vesical normal. Mucosa en algunos puntos congestivos en el lado izquierdo del trigino, se ve un cálculo del tamaño de una nuez, de aspecto espumoso.

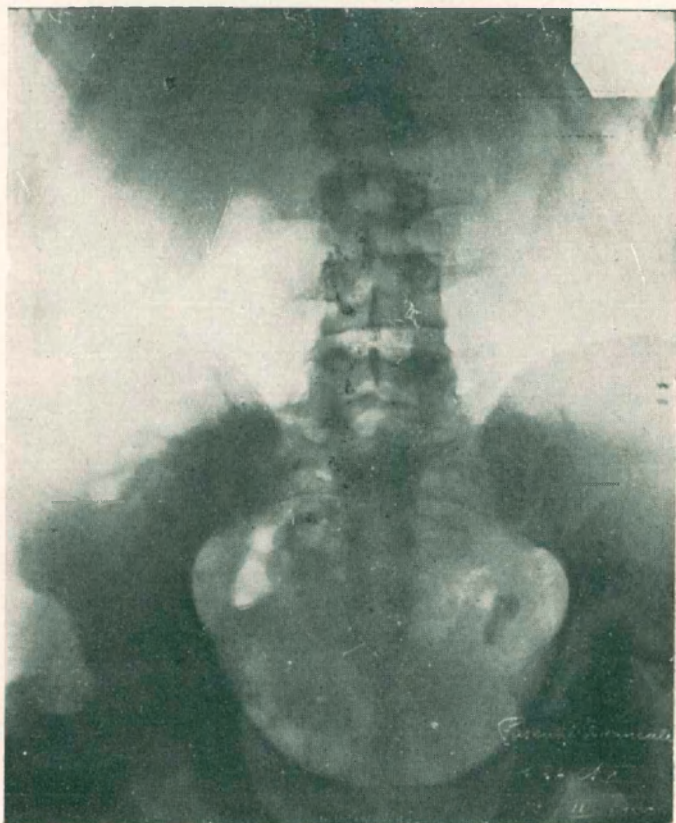


Figura 13

Radiografía. — Revela un cálculo del ureter izquierdo como a unos 4 centímetros de la vejiga. (Fig. 13).

Urea en suero 0.28 o/oo.

Litotricia. Dr. Buzzi. Anestesia raquídea. Se rompe el cálculo, extrayéndose las arenillas. Sonda permanente tres días.

Se continúa luego con instilaciones de nitrato de plata. A los 30 días el dosaje de urea en suero, da 0.30 o/oo. Sulfofenoltaleina 60 o/o.

Se resuelve practicar la ureterolitotomía de Judd. Dr. Elizalde. Anestesia general. Incisión mediana. Se desprende el peritoneo, se llega al ureter, se practica una pequeña incisión sobre los cálculos y se extraen por la misma incisión dos cálculos del tamaño de un garbanzo.

Drenaje con tubo de goma. No se deja sonda permanente. Postoperatorio normal.

Sale de alta curado. El cateterismo del lado izquierdo revela la permeabilidad del ureter.

Observación X. — G. N. 40 años. Servicio del Dr. Elizalde. Comienza hace 4 años con dolor en la región lumbar izquierda

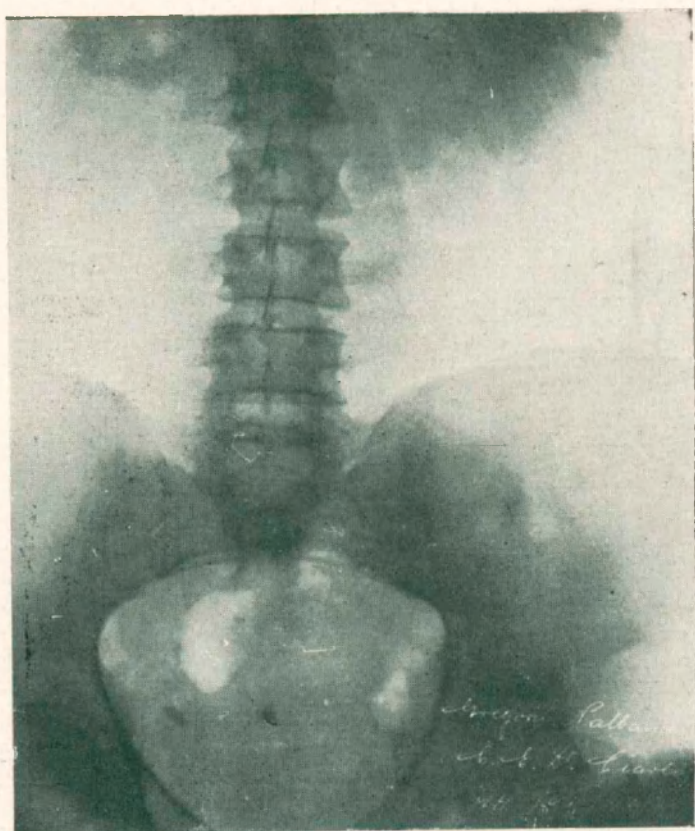


Figura 14

propagado hacia el testículo. Este ataque se repite a los 8 días. Estos cólicos se han repetido otras veces, sin hematurias, ni elevación de temperatura.

Se le practica una radiografía encontrándose un cálculo en el ureter izquierdo, a unos 5 centímetros de la vejiga. (Fig. 14).

Como consecuencia de un cateterismo ureteral, hace un proceso infeccioso, con vómitos, elevación de temperatura y dolor intenso en la región lumbar izquierda. Se practica un nuevo cateterismo y se encuentra una retención de pus en la pelvis renal, se lava el bacinete y se deja el cateter en permanencia 48 horas, bajando la temperatura y mejorando la orina.

Se continúa con los cateterismos sin resultado, por lo que se decide la intervención.

Urea en suero 0.45 o/oo. Sulfofenoltaleina 50 o/o.

Dr. Buzzi. Anestesia raquídea. Incisión paramediana. El cálculo se encuentra casi en la porción intramural, con un proceso de periureteritis. Se abre el ureter, se extrae el cálculo y se deja cateter permanente. Drenaje con tubo.

No pierde orina por la herida. La sonda drena perfectamente. A los 4 días se retira el drenaje. Sale de alta curado. El cateterismo del ureter revela ser permeable a un No. 15.

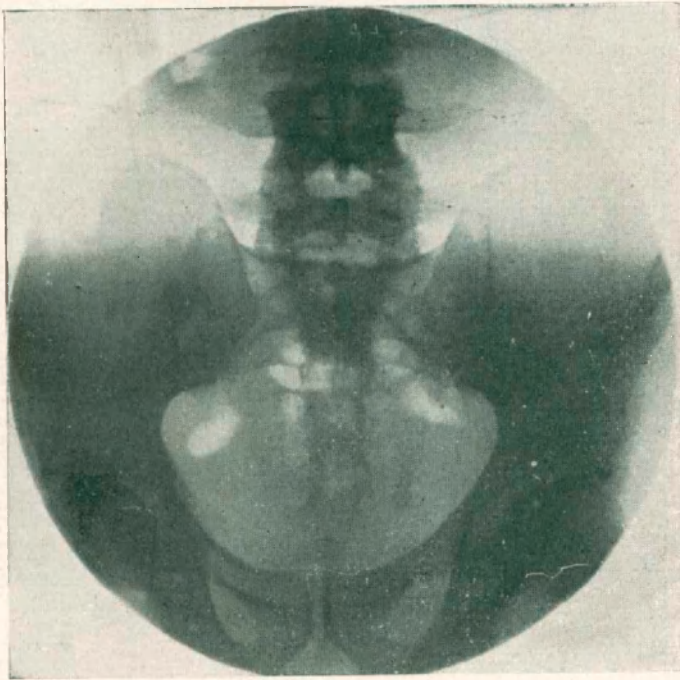


Figura 15

Observación XI. — J. M. T. Casado.

Enfermedad actual. — Comienza hace 7 años, con un ataque de dolor que, al principio no localiza bien, pero luego lo siente claramente en el lado derecho, y que se irradia hacia el testículo, con escalofríos y vómitos y disminución de orina.

Ha tenido tres ataques semejantes. Orinas turbias, con mucho sedimento. Ha eliminado gran cantidad de arenillas y pequeños cálculos.

Radiografía. — Revela un cálculo en el ureter pelviano derecho. (Fig. 15).

El cateterismo de ese lado es imposible a las numerosas tentativas, resolviéndose la intervención.

Urea en suero 0.40. Sulfofenoltaleína 0.55 o/o.

Ureterolitotomía de Judd. Dr. Buzzi. Anestesia raquídea. Incisión paramediana. Se llega al cálculo y se abre el ureter sobre este, encontrándose el cálculo adherido y que tiene unos 2 centímetros. Se deja cateter permanente No. 15.

Drenaje con gaza. No pierde ni una gota de orina, por lo que se retira el drenaje a las 48 horas. Orina ambar. Se lava el baci-

nete diariamente con nitrato de plata. A los 10 días se retira el cateter.

Observación XII. — M. B. 38 años, casado.

Enfermedad actual. — Hace 13 años cólico renal izquierdo irra-

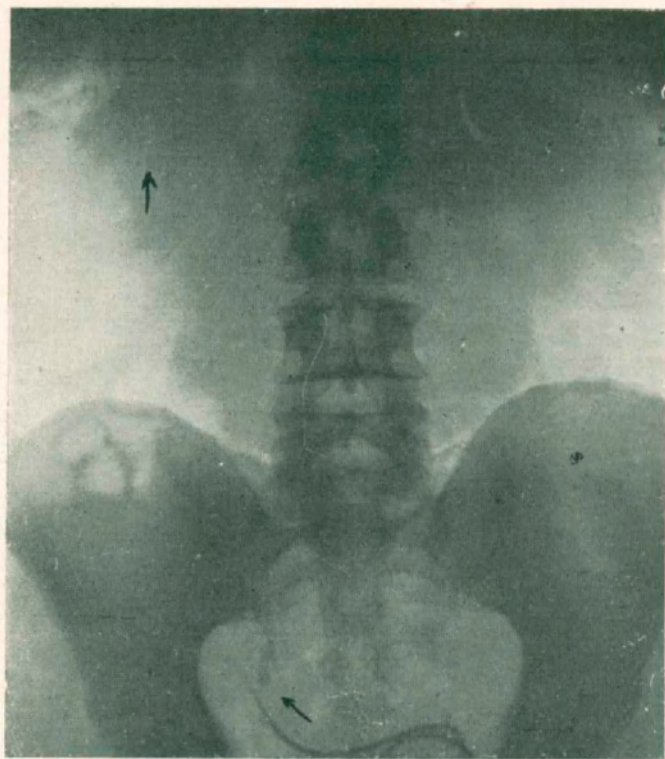


Figura 16

diado al testículo. Ha tenido otros tres ataques semejantes, sin haber eliminado cálculos. Orina turbia.

Radiografía. — Revela dos cálculos en el ureter pelviano izquierdo. Se intenta un cateterismo sin resultado y la radiografía con la sonda opaca, demuestra que el obstáculo es producido por los cálculos. (Fig. 16).

Urea 0.25. Fenolftaleína 70 o/o. Reserva alcalina 56 o/o. Cloro en sangre 3.62.

Ureterolitotomía Judd. Dr. Castaño. Incisión mediana. Se llega al ureter, palpándose ambos cálculos, se abre el ureter sobre el cálculo superior y se extrae éste, y luego, con cierta dificultad se puede extraer el otro por la misma incisión. Se deja un cateter en permanencia No. 16 y un drenaje con tubo. No pierde orina por la herida. A los 4 días, se retira el drenaje. Se lava el bacinete diariamente. La orina se aclara completamente, a los 15 días, se retira el cateter y sale de alta, curado, a los 20 días.