

TRABAJO ORIGINAL

Profesor

ALEXANDER VON LICHTENBERG

BASES PARA EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA RENAL CONSERVADORA ⁽¹⁾

LA elevada misión de nuestro arte sólo llegará a estar enteramente cumplida cuando haya logrado corregir funciones alteradas, reparar órganos enfermos y cuando llegue a ser, no sólo conservadora en cuanto a su resultado inmediato, sino que también conservadora en su éxito.

Lo mismo como en otras ramas de la cirugía, también en la cirugía renal se han hecho valer tempranamente las tendencias que combinan la curación de la enfermedad con la conservación del órgano enfermo. El sucesor inmediato de Simons, que, como primero tuvo el ánimo de extirpar el riñón, es decir, mi maestro, Vizenz Czerny, realizó la primera gran hazaña en éste terreno, extirpando un cálculo del riñón a través de una incisión de la pelvis renal. Este hecho fué tanto más notable cuanto que, las malas experiencias hechas al emplear la nefrotomía en esta primera era de la cirugía renal, determinaron a la mayoría de los operadores a sacrificar el riñón aun en la litiasis. Otras etapas técnicas de este estudio de desarrollo, las constituyen: la introducción de la nefropexia y de la descapsulación del riñón, los primeros ensayos de la resección renal, y la introducción de métodos plásticos para curar la hidronefrosis. Por lo tanto, como se puede ver de este breve

(1) Conferencia pronunciada en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.

resumen, las posibilidades operatorias técnicas en el riñón fueron reconocidas precozmente y practicadas, si no en forma general, sin embargo, ya en una escala que agotó por principio a todas las indicaciones que pueden ser planteadas sobre la base de los conocimientos de entonces, en la patología renal.

Una polipragmasia operatoria que sobrevino después del primer impulso diagnóstico en urología, debía llevar a fracasos y al descrédito de la mayoría de las operaciones renales conservadoras practicadas bajo falsas suposiciones, y durante algún tiempo su práctica llegó así a disminuir considerablemente. Mientras la indicación para el proceder radical permanecía inquebrantable desde mucho tiempo en aquel grupo de afecciones renales quirúrgicas, que según su naturaleza no podían curarse de otra manera que por la extirpación del riñón, como ser: tumores y tuberculosis, la indicación para la operación, como también la clase de esta última oscilaba en todos los otros grupos de estas enfermedades, era imprecisa en cuanto a su margen, y dependía en alta medida de los conocimientos individuales y especiales de los diversos operadores.

Decisivas para la interpretación de una afección renal quirúrgica, son las opiniones de la patología renal y las argumentaciones diagnósticas vinculadas con ésta. Estas las debemos tener presentes si queremos buscar la causa de las discrepancias e inhibiciones mencionadas. Pues las ideas terapéuticas dependen en amplísima medida de las opiniones dominantes en la patología, y recién llegan a entenderse realmente cuando los puntos de vista directivos de esta última pueden desarrollarse claramente.

El desarrollo inicial de la cirugía renal, se hizo de acuerdo con las opiniones de esta época de la medicina, sobre bases puramente anatomo-patológicas, o sea, exclusivamente sobre la base de la *patología orgánica*. A este principio básico de patología, se asoció más tarde, como principio coadyuvante la *patología funcional*, la cual sin embargo, quedó limitada a un solo factor, es decir, a la consideración de la función secretora del riñón.

El principio *órgano-patológico* conducía a una clasificación de las afecciones renales quirúrgicas, la cual reunía como formas básicas, tal como hoy lo sabemos, los resultados finales de los más diversos procesos patológicos con formas terminales morfológicamente

concordantes. Esta clasificación dejó consecuencias persistentes en la terminología urológica. Designaciones como hidronefrosis o pionefrosis, no pueden tampoco hoy excluirse de la terminología común. Como consecuencia del criterio órgano-patológico vino la exclusión completa de reconocer que en estas formas de afecciones a menudo no se trata de alteraciones primarias sino que de alteraciones secundarias del riñón. Con esto se llegó a suprimir la idea de que se debe investigar la verdadera causa de semejantes formas morbosas, y utilizar para su supresión posibilidades de terapéutica etiológica. Con semejante criterio órganoterapéutico no quedó tampoco otra vía de curación que la extirpación del órgano enfermo.

El desarrollo inicial de la terapéutica funcional del riñón no fué favorable para el empleo de las medidas quirúrgicas conservadoras. Su investigación fué el resultado de la necesidad de evitar la temida muerte por operación del riñón, y se dirigía, finalmente, también al estudio de la secreción urinaria. Se ha creado el concepto de *diagnóstico renal funcional* y a consecuencia de un error fatal, autístico, de pensamiento, se ha atribuído al resultado de este examen la importancia de un trastorno definitivo inmodificable, haciéndole también de base para establecer la indicación operatoria radical. El riñón cuya función estaba perturbada, debía ser extirpado, pues la mala función sobre base de la estructura organopatológica se consideraba como una prueba de afección incurable, por lo menos de *inferioridad persistente* del riñón. En realidad, empero, el resultado del examen funcional del riñón no significaba otra cosa que la comprobación del *estado funcional momentáneo* del riñón, el cual podía cambiar diaria y horariamente. Con semejante criterio, los datos morfológicos y funcionales fueron interpretados de manera uniforme y reunidos a modo de balance, sin que se hubiera llegado a estar en claro sobre que, un cálculo hecho sobre valores tan inconmensurables, no podía ser exacto.

En este margen no hubo posibilidad de desarrollo para la cirugía renal conservadora. Recién por un cambio fundamental de las opiniones de patología general pudo producirse una modificación de la terapéutica. La introducción de la urografía permitió separarse de los principios basales descritos y que hoy reconocemos ser falsos.

Por este método de investigación, el diagnóstico funcional renal que predominaba durante mucho tiempo, iba perdiendo siempre más en peso e importancia. Se llegaron a obtener imágenes que representaban todos los periodos morfológicos de la evolución de las afecciones renales quirúrgicas, que además de esto indicaban las relaciones que existen entre las diversas partes del sistema urogenital. Tales imágenes permiten reconocer y analizar las causas de las diversas formas de afecciones renales quirúrgicas. Así se llegó, por vía del diagnóstico, a nuevas comprobaciones fisiopatológicas, a tener en cuenta, no sólo la secreción de la orina sino que también su *excreción en la patogenia*, y finalmente a la patología del sistema de los órganos urinarios. Con esto estaba creada la nueva base para el desarrollo de la cirugía renal conservadora.

La *patología de sistema* establece el hecho patológico en el sentido de todas las alteraciones morfológicas y transformaciones funcionales *en todo el sistema urogenital* y examina las relaciones de estas alteraciones anatómicas y fisiológicas de las diversas partes de este sistema, unas con otras. Son estas relaciones las que imprimen a la enfermedad, en el caso dado, un sello especial. Claro está que de este modo se llega a tener una intuición mucho más profunda en la esencia de la enfermedad, que al considerar al riñón sólo en su conducta morfológica y funcional. Pues de esta manera, no sólo llegamos a tener presente el efecto como en el criterio organopatológico, sino que también la causa, la patogenia. Así llegamos a reconocer en una gran serie de afecciones renales, que éstas son de naturaleza secundaria y que, para su supresión, el tratamiento no debe dirigirse al riñón, sino que al punto primeramente afectado del sistema. Así llega a ser posible también la interpretación exacta de tales trastornos, y en lugar de un tratamiento quirúrgico radical de los resultados terminales de la afección, se puede llevar a tiempo estos casos, a un tratamiento conservador etiológico. Las ideas mecanísticas arraigadas desde largo tiempo, pueden también de este modo ser apartadas y se puede reconocer e interpretar la gran importancia que tienen sobre el riñón los efectos de los trastornos en la excreción de la orina.

El vuelco en el modo de pensar diagnóstico en el sentido de la patología del sistema, o sea, en *diagnóstico del sistema*, fué tanto

más fácil cuanto que no se necesitaban para él ni caminos ni métodos nuevos y que en diagnóstico y patología de sistema existen formas clínicamente lógicas. Como substractum del diagnóstico de sistema se consideraron las comprobaciones morfológicas y funcionales obtenibles en el sistema urogenital en su totalidad, sobre las que no nos parece necesario entrar aquí en mayores detalles. De todos modos, mencionaremos que en el sentido de diagnóstico de sistema, el examen de la función renal sólo significa una prueba test de un solo riñón y de la función total de ambos riñones: según un sentido y según varios sentidos, según que se examine a una o a varias de las funciones del mismo. La interpretación del resultado de este examen no va más allá de la comprobación del *estado funcional momentáneo*.

La comprobación de los valores de excreción en unión con la determinación de los valores de retención en la sangre, en unión con todo el proceso patológico que se desarrolla en el sistema, si bien tiene valor orientador, no tiene sin embargo para las decisiones terapéuticas la importancia predominante que tenía antes. Sabemos aún que una deficiencia comprobable de la función renal casi siempre es un estado reversible y que desaparece, una vez suprimida la causa. Hoy sabemos también que la lesión de cualquier función del riñón, aún una reducción esencial de la función total, no justifica la extirpación del órgano.

Pero también, por lo demás, la admisibilidad de la extirpación de un riñón enfermo no parece estar aceptada así nomás. Frecuentes ejemplos clínicos nos señalan que enfermos con degeneración poliquística extensa bilateral del riñón, como aquellos con cálculos coraliformes bilaterales y con "constipación renal", para sólo mencionar los casos más demostrativos, pueden vivir durante muchos años en un bienestar relativo y aún pueden alcanzar una edad muy avanzada, sin que la falta de una parte muy importante del parénquima renal se haga notar de una manera especial. Debemos, por lo tanto, revisar nuestras opiniones sobre la apreciación del riñón como órgano de importancia vital, poniéndonos incondicionalmente en el punto de vista del tutor, o mejor dicho curador, que debe descubrir y aprovechar toda posibilidad para conservar al cuerpo humano este importante capital.

En las grandes relaciones de la función vital y del metabolismo son posibles las transformaciones que pueden llenar su objeto con escasas cantidades de riñón y con posibilidades de excreción y calidades modificadas. En general se tiene demasiado poco en cuenta la posibilidad de que llegue a enfermarse el riñón restante. Aún en muchos métodos especiales hay un mayor número de casos, especialmente aquellos con carácter de sistema bien marcado, en los cuales el riñón restante se había enfermado anteriormente, a menudo ya poco tiempo después de extirpado el órgano hermano, o bien enfermos que debían su vida a la circunstancia de que su riñón había sido operado en forma conservadora, y así, al enfermarse el otro, este último podía ser también intervenido.

Por lo tanto, debemos pensar siempre que, en los grupos más importantes de afecciones renales quirúrgicas, las afecciones bilaterales, ya sean sincronas, ya subsiguientes, pertenecen a los acontecimientos diarios, que los "riñones constipados", las enfermedades infecciosas y las litiasis, las cuales suministran los más grandes contingentes de la cirugía renal, muy a menudo dejan reconocer semejante evolución, y que, grosso modo, en más o menos un 20 a 40 % de las afecciones quirúrgicas renales, *tampoco el llamado riñón sano está completamente sano*, como se ha comprobado en un trabajo del Dr. Mennicken, de mi clínica. Estos factores clínicos requieren con insistencia que se tenga en consideración el método quirúrgico conservador. Por lo tanto, si de algún modo es posible, tenemos que practicar una cirugía renal conservadora. Las exposiciones que siguen deben mostrarnos hasta qué grado nos es permitido y podemos hacer uso de ella.

¿Cómo hay que señalar la meta para las operaciones renales conservadoras y cuál es el objeto que con ellas perseguimos? El tratamiento renal conservador no puede ser practicado con objeto de un restablecimiento completo anatómico y funcional del riñón. Su finalidad está llenada si preserva al riñón de un daño ulterior, conservando también tan sólo una parte de sus funciones. Como además de esto se consigue que los trastornos subjetivos sean suprimidos por la operación, el rendimiento terapéutico es de pleno valor. Las bases del concepto patológico del sistema en la cirugía renal conservadora son suministradas por los hechos, de que la mayoría

de las formas de afecciones renales quirúrgicas son formas de combinación de enfermedades del riñón *y de las vías urinarias excretoras*. Cuanto mayor es la participación de estas últimas en la enfermedad, tanto mejores son las esperanzas en general para el proceder quirúrgico conservador: con otras palabras, podemos conseguir el mejor resultado en aquellas afecciones renales que consideradas desde el punto de vista de la patología del sistema representan procesos secundarios.

La patología del uréter, que antes apenas fué tenida en cuenta en relación con las enfermedades del riñón, desempeña en todas estas afecciones *un rol de especial importancia*. Este tubo muscular, largo y estrecho, ya por su estructura anatómica pero aún más por su misión fisiológica, ofrece posibilidades de trastornos casi ilimitadas. Estos trastornos de la motilidad pueden basarse, en parte, en causas mecánicas y, en parte, en causas dinámicas. Su consecuencia es siempre la constipación con la expresión anatómica de la misma, es decir, la dilatación. El trastorno mecánico sobreviene por oclusión de la luz desde adentro, por obstrucción de la misma por compresión desde afuera y con relativa rareza por verdadera estrechez en la alteración cicatricial circunscripta de las paredes del ureter. Más frecuentes son las afecciones difusas de la pared de extensión a menudo considerable. Las formas dinámicamente fundadas de la enfermedad se deben a trastornos de la inervación o a debilidad del tonismo, o parálisis de la musculatura ureteral. Las consecuencias de la dinámica alterada son iguales en ambas formas, en las alteraciones del primer grupo sólo están delimitadas más claramente, tanto local como anatómicamente. Consisten en la excreción perturbada de la orina, en la retroestancación con acción sobre el riñón, con dilatación de las vías excretoras, en una palabra, con la llamada constipación urinaria. Este es uno de los terrenos gratos de la cirugía renal conservadora. El otro terreno principal es el de la infección, sea que se combine con la constipación o que exista por sí sola. El análisis clínico de la infección ha hecho progresos esenciales en la interpretación de la misma, que pueden utilizarse muy bien como base de las argumentaciones de la cirugía conservadora. Además de las conocidas formas hematógenas agudas y subagudas, tenemos el gran grupo de las formas linfógenas ascendentes, de evolución casi

siempre crónica y aún subrepticia, de las periureteritis, peripielitis y perinefritis partiendo de los anexos, las que conducen a adherencias de todas las partes del sistema y también a acodaduras del uréter. Otro grupo de las afecciones anexógenas de los uréteres se caracteriza por estancación y dilatación del uréter. Las experiencias con la urografía excretora han suministrado interesantes comprobaciones inequívocas para este concepto, especialmente acentuado desde siempre por mi escuela.

Las bases teóricas generales que sólo puedo esbozar aquí, llevaron en la práctica a que, en los últimos diez años de mi actuación, en una cifra redonda de 4.000 (cuatro mil) operaciones renales, he procedido en forma conservadora en cifra redonda un 70 % de los casos, y que sólo en más o menos un 30 % he tenido que proceder a la extirpación del riñón, es decir, a la nefrectomía. En casi un 6 % de este último grupo, es decir, 72 veces, se trató en esto de nefrectomías secundarias, lo cual importa apenas más de un 2 % de los casos operados en forma conservadora. Con este riesgo tiene que cargar el cirujano que quiere contribuir al más amplio desarrollo de su especialidad, tanto más que, en comparación con la ventaja de que gozan sus enfermos por el método conservador, el riesgo resulta sumamente insignificante.

Los tres grupos principales de la cirugía renal conservadora los reunimos lo mejor, en: cirugía de *constipación*, cirugía de *infección* y cirugía de *litisias*. A éstos se agrega un cuarto grupo, es decir, la cirugía de la insuficiencia renal basada en las experiencias que nos ofrecen las formas mencionadas.

Además de ésto, podemos dividir la cirugía renal conservadora según afecciones *primarias* y *secundarias del riñón*, en aquellas con *afección predominante del parénquima* y en aquellas con *afección predominante de las vías excretoras*, y finalmente, distinguir unas de otras desde el punto de vista de la indicación general, aquellas formas de proceder que deben interrumpir el desarrollo de una enfermedad y aquellas que apartan para el riñón las consecuencias deletéreas de una enfermedad.

La cirugía de la constipación se ocupa del tratamiento quirúrgico de la oclusión urinaria. En este cuadro morboso la lesión renal se manifiesta siempre como factor secundario. El asiento pri-

mario de la afección debe buscarse en el aparato urinario excretor. Tal clasificación de los estados de estancación es necesaria para llevar a sus formas morbosas a la base de su patogenia, y poder, en su tratamiento, considerar el factor etiológico. Tratando de aclarar este factor por el diagnóstico, nos será posible sustituir la investigación exploradora por un procedimiento quirúrgico conservador metodico. Repetidas veces he tenido oportunidad de exponer mis opiniones sobre la necesidad clínica de semejante concepto; ellas se desprenden también claramente de la descripción actual del criterio sistema-patológico. El concepto anterior de la hidronefrosis debe ser transformado en este sentido, debiendo dar para ello el motivo director, la fisio-patología de la constipación urinaria. Mayor perfección se consigue por la determinación topográfica basada en las cuatro unidades orgánicas del sistema urinario, por lo cual la constipación urinaria se divide, en los grupos: renal, ureteral, vesical y uretral. Agregando la causa de la enfermedad anhela-mos y alcanzamos en cada caso la completa orientación, la cual es necesaria para iniciar el tratamiento.

Las formas uretrales y vesicales de constipación urinaria podemos aquí pasarlas por alto. La oclusión renal está causada por la enfermedad de los cálices y de la pelvis misma o bien por un obstáculo a la salida de la orina de la pelvis. El obstáculo de salida de la pelvis renal puede ser de origen puramente mecánico o bien reunir en sí factores mecánicos y dinámicos que atacan en el cuello de la pelvis renal. Si el trastorno está situado más arriba, en la trayectoria del uréter, se trata allí de una constipación ureteral, de naturaleza mecánica o dinámica.

Sobre esta base puede elegirse y emplearse aquella intervención quirúrgica conservadora más adecuada y que ofrece la mayor garantía de éxito en el caso dado. Aquí no quiero cansar a ustedes con detalles técnicos, sino que exponer sólo los principios basales de las posibilidades quirúrgicas. Los obstáculos mecánicos se combaten, o bien, por extirpación directa, o bien, por una plástica que evita el obstáculo. En los trastornos espásticos de la excreción, además de la enervación la sección del anillo cervical ha dado buenos resultados. En las estrecheces de los cálices y las estrecheces uretrales, la dilatación forzada y el mantenimiento de la misma por

una sonda permanente colocada por espacio de 12 a 14 días, da también buenos resultados. Aún la resección de la pelvis y el trasplante del uréter se ha comprobado de utilidad en muchos casos, lo mismo que la corrección de la situación del riñón.

Después de cada operación plástica por constipación urinaria, debe cuidarse que la salida de la orina no sea obstaculizada hacia arriba y hacia abajo, lo que se consigue mediante una sonda larga, con varios ojos, llevada desde el uréter por la pelvis renal y el cáliz inferior hacia afuera.

La oclusión urinaria puede también ser causada primariamente por infecciones, y con frecuencia va acompañada de la infección. Por lo tanto, en su supresión operatoria ya se tendrán en cuenta los factores de que tiene que ocuparse el segundo grupo de la conducta quirúrgica conservadora, es decir, la cirugía de la infección. Para asegurar el resultado es importante corregir todas las consecuencias de la inflamación en el uréter, pelvis renal y en el riñón mismo, mediante el desprendimiento de adherencias en el uréter, supresión de ligeras adherencias entre éste y la pelvis renal y por la descapsulación del riñón mismo.

La cirugía de la infección sirve para suprimir las alteraciones inflamatorias agudas y crónicas del sistema urinario. Mientras la necesidad de suprimir alteraciones agudas afecta casi siempre al riñón mismo, las vías urinarias excretoras, en procesos crónicos, necesitan ayuda operatoria, por así decir, en el foco inicial de la enfermedad, para evitar al riñón los estados consecutivos de la enfermedad. Por fin el riñón mismo, no raras veces necesita ayuda quirúrgica en los estados inflamatorios crónicos. La extensión especial de las posibilidades inflamatorias quirúrgicas resalta netamente si consideramos que las formas puras de la constipación urinaria y de la litiasis son relativamente raras, de modo que en el cuidado quirúrgico de estos grupos morbosos hay que tener siempre también en cuenta y emplear los principios de la cirugía de la inflamación. También la diversidad de los efectos de la infección, según la clase, intensidad y duración de la misma, lleva a una multiplicidad de cuadros morbosos, lo cual requiere una frecuente aplicación práctica de estas máximas quirúrgicas.

Las alteraciones inflamatorias del sistema urinario, afectan

al riñón primaria o secundariamente, a las vías urinarias excretoras y al tejido que rodea todo el sistema. El proceso morboso no queda limitado a la parte de irrupción de la infección, pues ésta afecta paulatinamente a todo el sistema. Esta propiedad basal de la infección urinaria interesa al criterio sistema-patológico también en este caso, a pesar de que en las infecciones primarias del riñón las alteraciones principales no se encuentran en éste mismo. Una importancia especial debe atribuirse aquí a las afecciones inflamatorias del sistema genital, las que pueden afectar también al sistema urinario en su totalidad. Importante es por lo tanto, desde el punto de vista de la cirugía de la infección, la comprobación del foco morboso primario dentro del sistema urogenital. Además de combatir a éste, su misión consiste en suprimir los estados consecutivos, que de otro modo serían irreparables. El diagnóstico debe por lo tanto, tener ampliamente en cuenta las grandes relaciones patológicas que determinan el origen y la evolución de la infección urinaria, y tratar de descubrir todas las alteraciones anatómicas y funcionales comprobables del sistema, a fin de que se puedan agotar lógicamente las consecuencias terapéuticas.

Las formas técnicas de la cirugía de infección son de naturaleza sencilla. En los casos agudos, que, como dijimos, se relacionan al riñón, consiste en la liberación de la supuración. Prescindiendo de las formas más malignas de carbunco renal, algunos abscesos renales, que requieren la nefrectomía, en los demás casos basta la descapsulación del órgano enfermo con derivación temporaria de la orina por medio de una pequeña nefrostomía. Este último acto, no siempre tenido en cuenta, me parece ser especialmente importante y también favorece esencialmente la curación. Las formas gravísimas de pielonefritis supurada, con riñones aumentados hasta varias veces el tamaño normal, densamente sembrados de abscesos, los llamados riñones quirúrgicos, pueden, de este modo salvarse de la destrucción completa, con tal de que no se demore demasiado con la operación. Si se espera demasiado, la inflamación perinefrítica grave que en tanto se origina y que al enfriarse se retrae, se vuelve fatal, puesto que impide la curación de la infección y reduce el parénquima. En tales casos será necesario sacrificar secundariamente el riñón. También en algunas formas más leves de pielo-

nefritis supurada, la descapsulación y drenaje del riñón, practicadas precozmente, facilitan la curación y aseguran la conservación del órgano. Aún en los estados no tan avanzados de nefritis intersticial secundaria, se puede de este modo, y por la enervación, contrarrestar el desarrollo del riñón esclerosado secundario, y todavía en los procesos avanzados aumentar el valor del riñón y preservar al órgano de su destrucción total. Sólo brevemente quisiera mencionar que las afecciones renales infecciosas debidas a los órganos abdominales enfermos, especialmente el apéndice inflamado crónicamente, y también la inflamación de la vesícula biliar, pueden curarse por la extirpación de estos órganos. Las formas primarias y secundarias de la perinefritis crónica, son influenciadas favorablemente por la enervación y la decapsulación. También aquí agrego siempre aún el drenaje del riñón.

Las formas frecuentes de infección renal que parten de los órganos sexuales, deben naturalmente ser tratadas en su sitio de origen. También en el desarrollo crónico subrepticio de estas formas morbosas, son frecuentes, sin embargo, los casos en los cuales las alteraciones avanzadas de las vías urinarias deben ser reparadas en estos mismos. La supresión de estrecheces, adherencias, acodaduras del uréter y aún intervenciones en la pelvis renal y en el riñón, están frecuentemente indicadas.

Por lo tanto, los fundamentos técnicos de la cirugía de la infección casi siempre se limitan a la supresión de los obstáculos de la excreción, al drenaje temporario de las vías urinarias, al desprendimiento de adherencias leves perinefríticas y periureterales y a la decapsulación del riñón. La eficacia de estas medidas se encuentra en el mejoramiento de la circulación sanguínea y linfática y en la aceleración de la curación, ayudando los procesos de reabsorción, lo cual hasta hoy está demostrado mejor por amplias experiencias clínicas que por la investigación teórica de estos procesos curativos. No está suficientemente aclarada aún, hasta hoy día, en cuanto a su eficacia, la cirugía de la nefritis que pertenece igualmente a este grupo. Sin duda, las formas de este grupo originadas sobre base infecciosa y agravadas por la acción que ejerce la infección sobre el perinefrio, son aquellas que permiten un éxito ulterior por las intervenciones quirúrgicas conservadoras. Los éxi-

tos de los últimos años que se han logrado con la enervación, en la nefritis, hacen aparecer como muy recomendable una nueva revisión de la cirugía de la nefritis.

En lo que se refiere, finalmente, a la cirugía de la litiasis, las condiciones no descifradas y quizás no investigables de la litogénesis, la frecuente bilateralidad de la enfermedad, la inseguridad provisoria frente a la profilaxis de las recidivas, nos obliga no sólo a un sumo conservativismo en la operación, sino que también a un tal en el establecimiento de las indicaciones. Para llegar a esto, es necesario ver la meta de nuestros anhelos no sólo en el descubrimiento y la extirpación del cálculo renal, sino en el tratamiento de la enfermedad de sistema mismo, de las vías urinarias. Debemos confesar que se nos presenta todavía un largo camino hasta que hayamos alcanzado esta cumbre del conocimiento. Lo que hoy día nos obliga a actuar, sobre lo que se basa el establecer la indicación actual, son, — además del deseo de aliviar los sufrimientos y de la tendencia innata y adquirida de curar —, los síntomas consecutivos de la litiasis en el sistema urinario. Si estudiamos éstos más detenidamente, debemos observar que ellos representan efectos de los dos procesos de la patología del sistema anteriormente mencionados, es decir, de la constipación y de la infección. Sólo sobre esta base puede desarrollarse la consideración de la indicación en la cirugía de la litiasis, indicación que llena los requisitos de la ciencia y de la humanidad, y sobre la misma base debe también dirigirse el procedimiento técnico operatorio que sea adecuado para asegurar los éxitos que pueden conseguirse bajo tan difíciles condiciones.

Además de la intuición agotante que nos ofrece el método radiológico para penetrar en el fondo de los estados anatómicos consecutivos y de los trastornos dinámicos en la litiasis del sistema urinario, la interpretación de la función renal desempeña un papel preponderante en la cirugía litiásica conservadora, y pertenece aquí entre otros a los factores más esenciales del problema de la indicación. Aquí, donde debemos cargar con la mayor responsabilidad, no sólo para la intervención operatoria, sino también para el porvenir inseguro de los enfermos, la conservación óptima posible de la función renal es de eminente importancia. Por esto, los métodos operatorios que no han tenido suficientemente en consideración

estas circunstancias, deben desaparecer y ceder el campo a la pielotomía. Sólo ocasionalmente se permiten pequeñas incisiones en el riñón para extirpar los cálculos, los cuales de otro modo resultan de difícil acceso. Con la extirpación de los cálculos no está terminado, sin embargo, el tratamiento de la litiasis. Deben agregarse todas las medidas que se han demostrado útiles para suprimir la constipación urinaria y la infección, para poder ofrecer así las mejores posibilidades de curación de los comprobados estados consecutivos de la litiasis. Nefrolisis, ureterolisis, supresión de todos los obstáculos mecánicos de la excreción urinaria, extirpación radical de membranas peripelíticas y decapsulación, y finalmente el drenaje temporario de todo riñón litiásico practicado por mí, por principio, completan la extirpación de los cálculos, la cual, naturalmente, debe ser fundamental y prolija, para evitar en lo posible las llamadas falsas recidivas de la litiasis. Aquí quisiera señalar especialmente las estrecheces no raras, en el punto pieloureteral y su supresión por extirpación de la cicatriz y dilatación. También quisiera llamar la atención sobre que la operación misma sólo da la posibilidad para la curación. Esta última, a menudo, pero no siempre, puede conseguirse por observación y tratamiento ulterior prolijo. Cum grano salis esto puede atribuirse a todo el terreno de la cirugía renal. Curaciones quirúrgicas rápidas no pueden forzarse en este terreno. El urólogo debe también hacer tratamiento ulterior postoperatorio.

En cuanto a la litiasis ureteral, sólo diremos que en muchos casos la intervención quirúrgica que salva el riñón de la destrucción total, representa la vía conservadora, frente al largo tratamiento instrumental, el cual recién puede conseguir la salida del cálculo después que el riñón ha sucumbido. Aquí estamos obligados a un control constante de la función renal y debemos decidarnos a favor de la ureterotomía en el momento en que se hacen notar signos de una lesión renal.

Aquí quisiera sólo repetir lo dicho ya por mí en varias oportunidades, con respecto al tratamiento quirúrgico de la insuficiencia renal. Todo lo que en la conservación de un solo riñón se ha comprobado como bueno, se aplica allí lógicamente. La clasificación de la insuficiencia renal en los grupos de la insuficiencia secre-

tora, de la insuficiencia infecciosa y de la insuficiencia por constipación, señala ya sobre la amplísima analogía del concepto clínico.

En cuanto a las posibilidades de la cirugía conservadora en las diferentes formas de malformaciones y en riñón quístico, sólo las mencionaré brevemente.

La división de la cirugía renal conservadora según afecciones renales primarias que afectan principalmente al parénquima renal, y afecciones secundarias del riñón, con afección anterior de las vías urinarias, difícilmente puede suministraros todavía nuevos puntos de vista, dado lo extenso de la exposición anterior. Tampoco necesita mayor aclaración la clasificación desde el punto de vista de planteo de indicación en intervenciones profilácticas y aquellas que suprimen las consecuencias de la afección.

Es a una combinación de ideas conservadoras y quirúrgicas radicales que debe su origen la operación de la resección renal. Su terreno de aplicación se limita a los casos de riñones dobles enfermos, a procesos destructivos en un polo renal, casi siempre por litiasis, excepcionalmente en los tumores del polo situados especialmente en forma favorable y a la extirpación de quistes renales solitarios, por grandes que sean. La resección renal es una operación típica, no cruenta, cuando se la realiza con la ligadura de los vasos que llevan a la porción del riñón a reserocar. Ella cura bien, cuando se suturan prolijamente las partes de cálices y de pelvis abiertas, y que se recubre la carta del corte del riñón con grandes colgajos de la cápsula renal. Ha sido practicada por mí alrededor de cien veces, con buen resultado.

Preguntándonos, para terminar, cuáles son los resultados que podemos esperar de la cirugía renal conservadora, podemos contestar a esta cuestión, muy en general, diciendo que ella debe ayudarnos a curar las enfermedades o por lo menos hacerlas clínicamente imperceptibles y a preservar al enfermo de ulteriores pérdidas de parénquima renal de capacidad funcional. Nuestro objeto no es la *Restitutio ad integrum*, sino que además de la supresión de los síntomas morbosos, la conservación de la función renal. Un riñón que funciona poco, es siempre preferible a la pérdida completa del mismo, y si la enfermedad está curada y también queda conservada sólo una parte de la capacidad funcional, podemos de-

cir que hemos administrado bien el capital que nos ha sido confiado, especialmente porque sabemos que una quinta parte del parénquima renal normalmente existente, basta para llenar completamente la actividad secretora.

Señores: La cirugía renal conservadora no se ha originado de nuevas ideas y posibilidades técnicas. Ella debe su existencia a la intuición más profunda dentro de la patología renal, al progreso de las opiniones fisio-patológicas y al criterio sobre la base de una investigación diagnóstica y clínica ampliamente desarrollada durante decenios.

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1934

<i>Presidente</i>	. . .	Dr. LUIS PAGLIERE
<i>Vice-Presidente</i>	.	(Vacante)
<i>Secretario</i>	. . .	Dr. JOSÉ L. MONSERRAT
<i>Tesorero</i>	. . .	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

6ª SESION. — 27 de SEPTIEMBRE DE 1934

Trabajos científicos presentados:

A. Astraldi, M. Perez Zabala y J. V. Uriburu (h):

"Radiografía renal en el acto operatorio".

A. Astraldi y Alfredo Lanari:

"La palpación en el riñón en herradura".

J. L. Monserrat é Isidoro Galvez:

"Tumores de las células intersticiales del testículo".

A. von Lichtenberg y J. Salleras:

"Resección parcial de vejiga y total del uréter por papilomatosis en un nefrectomizado hace cerca de cuatro años por igual proceso".

N. Cartelli é I. V. Albornoz:

"Quiste hidatidico retrovesical. Su diagnóstico radiológico".

A. Astraldi:

"Aporte a los reflujos pielovenosos".

ASISTENCIA:

Presidencia: Dr. Pagliere

Socios Titulares: Astraldi, Álvarez Colodrero, Buzzi, Von der Becke, Cacciatore, Di Lella, Elizalde, Figueroa Alcorta, Gaudino, Grimaldi, Gazzolo, García, Galvez, Isnardi, López, Montenegro, Matta, Montes, Pagliere, Rebaudi, Salleras, Serantes (Arturo), Schiappapietra.

Socios Adherentes: Rubí, Granara Costa, Berri, Cartelli, Albornoz.

7ª SESION. — OCTUBRE 25 de 1934

Trabajos científicos presentados:

T. Schiappapietra:

"Desplazamiento del riñón por tumor intraperitoneal".

Vicente Gutierrez y A. Serantes:

"Pionefrosis con vómita en antiguo litiasico.-Nefrectomía.-Curación".

V. Albornoz y N. Cartelli:

"Litiasis renal gigante bilateral".

ASISTENCIA:

Presidencia: Dr. Pagliere

Socios Titulares: Astraldi, Buzzi, Von der Becke, Castaño, Cacciatore, Di Lella, Elizalde, Figueroa Alcorta, Grimaldi, García, Isnardi, Jacapraro, López, Maraini, Montenegro, Monserrat, Montes, Pagliere, Rebaudi, Salleras, Serantes (Arturo), Schiappapietra, Surra, Canard, Vilar.

Socios Adherentes: Albornoz, Grimberg, Cartelli, Berri, Comotto.