

TRABAJO ORIGINAL

Clínica Urológica del Hospital  
del Salvador. Santiago de Chile

Por los Profesores

C. LOBO-ONELL e  
I. DIAZ MUÑOZ

## IMPREVISTOS Y ERRORES EN LA CIRUGIA DE LA LITIASIS RENAL

LA precisión del diagnóstico morfológico, en una afección como la litiasis renal, en que las exploraciones radiográficas pueden ilustrarnos tan finamente sobre las alteraciones de las cavidades del riñón y sobre las particularidades mismas de las formaciones calculosas, parecería que debiera ser siempre enteramente satisfactoria.

Sin embargo, la práctica nos reserva desengaños a este respecto, ya que no es enteramente excepcional que nos encontremos frente a algunos casos en los cuales los exámenes más acuciosos no nos permiten conocer, antes de la intervención, el verdadero estado anatómico, ni funcional del riñón.

El objeto de este trabajo es dar a conocer algunos casos de esta naturaleza, que nos parecen contener algunas enseñanzas.

Vamos a agrupar nuestras observaciones según la similitud de los incidentes y las dificultades operatorias originales por los hallazgos en el momento de la intervención y que los exámenes preoperatorios, las manifestaciones clínicas no permitían prever.

Un primer grupo, compuesto de dos observaciones, comprenderá la relación de las sorpresas quirúrgicas derivadas de un diagnóstico insuficientemente establecido, a pesar de haberse agotado todos los medios de examen.

1º — M. W., de 38 años, escocés, presenta un cuadro doloroso del riñón izquierdo. Los cólicos se presentan periódicamente y duran desde algunas horas hasta uno o dos días; se acompañan de hematuria microscópica y, en algunas ocasiones, hasta de anuria.

La radiografía renal simple muestra una sombra del tamaño de un frejol a nivel de la pelvis de ese lado.

El cirujano general, que atendía al enfermo, considera tan perfectamente congruentes la sintomatología clínica y el resultado radiográfico que no vaciló en proponer la intervención, la cual habría consistido en una pielotomía, o a lo más en una nefro-litotomía.

Se opera el enfermo, y con gran sorpresa del cirujano, la palpación cuidadosa del riñón exteriorizado no le permite comprobar la presencia de cálculo alguno. No fué más afortunado con las repetidas punciones exploradoras, hechas en el sitio y a distancia del punto en que la radiografía había señalado la presencia de la sombra que se había interpretado como la de un cálculo. Pensó hacer una nefrotomía amplia, pero el estado del enfermo le hizo abandonar esta idea.

El paciente curó rápidamente y abandonó el Hospital para presentar, algunos meses más tarde, de nuevo el cuadro doloroso con los mismos caracteres anteriores, con la diferencia que en algunas ocasiones la hematuria es macroscópica franca.

Durante diez años, este enfermo presenta periódicamente, sus cólicos. Su vida social y de trabajo, intensa, se va haciendo cada vez más penosa a causa de sus dolores renales, que adquieren una gran frecuencia. En estas condiciones decide someterse a una nueva intervención, para lo cual recurre a uno de nosotros. Repetidas las radiografías, se comprueba la misma sombra de cálculo, que se había observado diez años antes, pero nos llama la atención la poca homogeneidad de la sombra en cuestión. Una pielografía descendente nos muestra, en las primeras radiografías, un cálculo en el cáliz inferior izquierdo, pero haciendo cambiar al enfermo de posición, esta sombra se desplaza en diferentes puntos del área renal. Esto nos lleva a hacer una radiografía lateral, la cual nos muestra que la sombra es enteramente extra-renal.

Ahora bien, este enfermo sigue presentando sus cólicos nefríticos, sigue presentando hematurias macro o microscópicas, sigue presentando períodos de anuria en sus cólicos y eliminación de pequeñas concreciones parduzcas, que por lo demás, se han presentado desde el comienzo de su síndrome doloroso.

Propusimos a este enfermo una enervación y una decapsulación sin que lográramos hacerlas aceptar.

Llamamos la atención al hecho de que en este sujeto no se ha comprobado ninguna dilatación de las vías excretoras que pudiera invocarse como causa del cuadro doloroso.

2º — D. C., de 32 años; desde hace once años presenta cólicos nefríticos intensos del lado derecho, acompañados de hematuria microscópica y de abundante eliminación de arenilla después del cólico.

El estudio radiográfico y pielográfico no revela indicio alguno de cálculos renales ni de las vías excretoras.

En este momento y en cada vez que se estudió esta enferma posteriormente, la uricemia se encontró siempre muy elevada (hasta 0,100 gr. %).

En el curso del año pasado estos cólicos se hicieron más frecuentes y se agregó a la sintomatología anterior, una piuria. Luego después, la hematuria se hizo intensa y los cólicos llegaron a tomar el carácter de subintrantes.

Esto decidió a intervenir. El cirujano, que en ese momento atendía a la enferma, llevaba el propósito de explorar quirúrgicamente este riñón en el cual parecía existir una litiasis, que la radiografía no había podido poner en evidencia.

Exteriorizado el riñón, no se comprueba la existencia de cálculos en ningún punto. La consistencia del órgano se encuentra algo indurada en las proximidades del polo inferior. La pelvis se presenta engrosada y con puntos hemorrágicos. Se hace una nefrotomía amplia durante la cual se toma una biopsia. La intervención acarreo la cesación de los sufrimientos de la enferma.

Al examen de la biopsia aparecen infartos cálcicos en diferentes puntos de la zona medular, pero en parte alguna, ningún concremento.

Estas dos observaciones presentan, como rasgo común, el hecho de corresponder a enfermos en los cuales no se ha encontrado ningún concremento a la exploración quirúrgica directa a pesar de una sintomatología franca y ruidosa de litiasis.

Los métodos de examen, concienzudamente realizados, llevaron en un caso, a interpretar como cálculo una sombra que era extrarrenal. En el otro, en que la sintomatología hacía presumir, con toda verosimilitud, la presencia de un cálculo, la intervención demostró que, en realidad, éste no existía.

El 2º grupo de observaciones lo componen dos enfermos, en los cuales el diagnóstico es perfectamente establecido y en que la radiografía hace pensar en intervenciones de fácil realización.

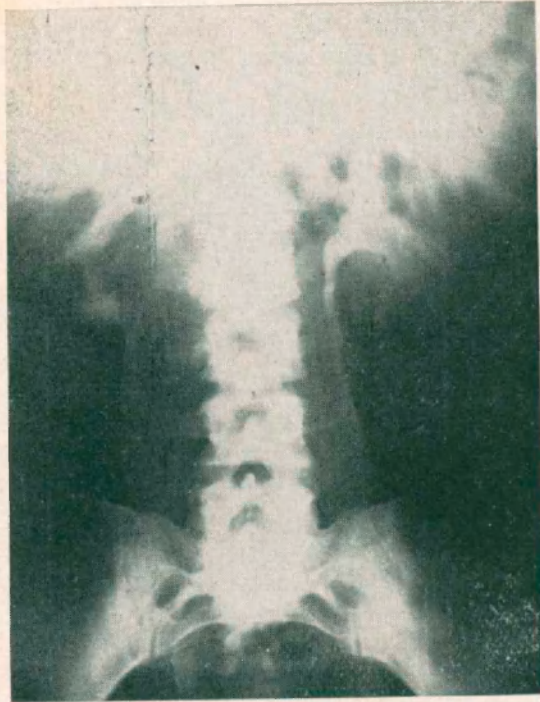
1º — P. C., de 66 años, presenta dos cálculos del tamaño de una arveja en la pelvis derecha, sin infección. La pelvis no está deformada; el uréter, indemne. El riñón, *movible*, aumentado de tamaño.

Nada hacía pensar, en este enfermo, que pudiéramos encontrar dificultades serias en el acto quirúrgico. Sin embargo, desde que abordamos el riñón, nos encontramos con una fibro-lipomatosis intensa de toda la atmósfera renal y con un pedículo excesivamente corto. Para disecar la pelvis y el pedículo tuvimos que esculpirlos en medio del tejido escleroso. Esto dió lugar a una hemorragia venosa en el seno mismo del riñón, lo cual dificultó aun más las maniobras para terminar la liberación de la pelvis. A pesar de todo, pudimos efectuar la pielotomía y extraer los dos cálculos evidenciados por la radiografía.

2º — D. A., de 28 años, presenta un cálculo de la pelvis renal derecha. Este cálculo aparece como una sombra del tamaño de un gran garbanzo y de bordes erizados. Sin embargo, por la situación del riñón, que se encontraba descendido, y por la ubicación del cálculo en plena pelvis, se pensó en que la intervención sería de una sencillez extrema.

Exteriorizado el riñón, se abordó la pelvis muy fácilmente, pero una vez hecha la pielotomía, una vena del pedículo se rompió, y se produce una hemorragia de consideración. Al tratar de ligar esta vena, no hacemos sino agrandar la brecha existente, con cada nueva tentativa de tomar el vaso que sangra.

Por último, se logra cohibir la hemorragia poniendo un trozo de músculo



Sujeto D. A., Obs. 2ª, Grupo 2º.  
Cálculo erizado ubicado en la pelvis  
del riñón derecho. Pielografía de  
eliminación.

en el punto en que fluye la sangre. Pero en este momento se advierte que la pelvis tiene su pared posterior friable y que se desgarró fácilmente. Al sacar el cálculo queda una pérdida de substancia, que compromete toda la pared posterior de la pelvis, lo que nos induce a practicar la nefrectomía.

Al examen de la pieza, se comprueba que esta pared no tiene consistencia alguna, alterada por un proceso fungoso. Se trata de una lesión producida por la presencia del cálculo, una verdadera lesión trófica de decúbito. En estas condiciones, la cirugía conservadora no era viable.

El tercer grupo lo constituyen tres observaciones en las cuales llegamos a la intervención sin que hubiera sido posible precisar el diagnóstico a causa de la insuficiencia de las informaciones suministradas por la radiografía. Esta insuficiencia de los datos radiográficos se debió a la imposibilidad de obtener una repleción de las cavidades renales por el propio cálculo o bien porque no fué posible hacer sino una pielografía de eliminación, que no revela, ni con mucho, todos los detalles que es capaz de dar la pielografía directa.

1º — Señora Z. M., de 24 años, presenta una litiasis bilateral: un pequeño cálculo en la pelvis derecha, que se eliminó en el período en que se estudiaba la enferma, y un cálculo pielo-caliciario en forma de media luna colocado en la pelvis izquierda. Esta pelvis era el asiento de una infección resistente a todos los tratamientos. Sin embargo, el examen funcional revelaba un compromiso muy discreto con respecto al lado opuesto. Los detalles radiográficos y pielográficos llevaban al convencimiento de que en el lado izquierdo existía dilatación de primer grado de las cavidades vecinas al cálculo, y seguramente un compromiso de la pared ureteral; pero, el estado funcional de este riñón obligaba a considerar la posibilidad de una intervención conservadora.

En la intervención nos encontramos con que el uréter y la pelvis no ofrecían alteraciones de importancia. Hecha la pielotomía, se trata de extraer el cálculo, maniobra que se ve dificultada por una adherencia del cálculo al parénquima renal. Aun cuando se contaba con campo suficiente para esta maniobra, no pudimos evitar que el cálculo arrastrara substancia en cantidad apreciable. Extraído el cálculo, fluía por la brecha renal, pus en cantidad que hacía evidente la presencia de una zona piónefrótica, lesión que no se traducía por ninguna alteración exterior del riñón. Por esto terminamos nuestra intervención con una nefrectomía.

Abierto el riñón, se comprobó que el polo inferior presentaba una zona supurada con una colección central, que era la que comunicaba con el punto en que el cálculo adhería fuertemente al parénquima.

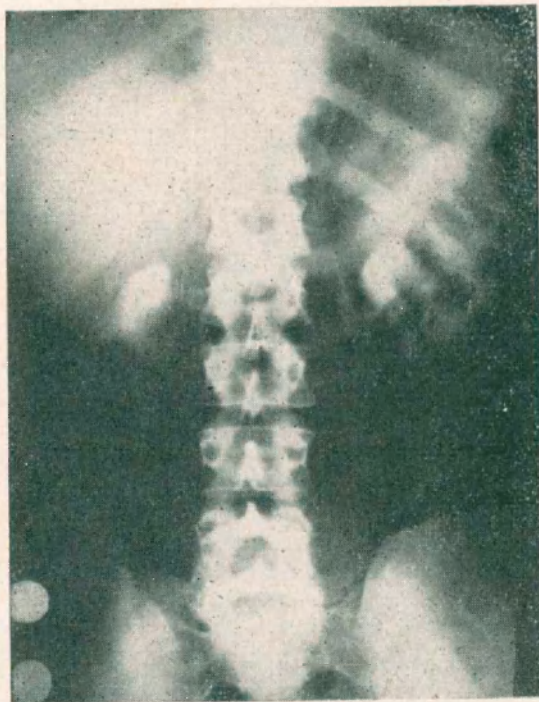
2º — G. C., enfermo de 34 años, que presenta una litiasis bilateral. En 1927 presenta una fosfaturia abundante y dos años más tarde, cólicos que se alternan entre el lado derecho e izquierdo.

El riñón derecho se hace doloroso aun fuera de los ataques y los cólicos predominan a este lado desde 1933. Hematurias poco importantes.

La radiografía revela un cálculo en forma de vírgula en la pelvis derecha y dos pequeños cálculos caliciarios a izquierda. La pielografía nos muestra una gran dilatación de la pelvis derecha y siempre un cálculo que aparecía como muy insignificante y que creíamos iba a hacer difícil de encontrar en la intervención, por cuanto aparecía libre en una gran cavidad.



La operación fué dificultada por una arteria polar superior que creímos preferible no seccionar. Se hace una incisión suficientemente amplia de la pelvis, que se encuentra con sus paredes muy engrosadas, y se cae, desde el primer momento sobre un gran cálculo triangular, aplanado, de unos dos y medio centímetros por lado.



Sujeto G. C., Obs. N° 2, Grupo 3°  
Corresponde a la mejor prueba de la serie de las radiografías de eliminación; sin embargo, reproduce muy imperfectamente el grado de dilatación que existía en realidad.

Se sutura la pelvis después de haber hecho una exploración cuidadosa de toda la cavidad pielo-caliciaria en busca de algún otro cálculo. Como habíamos encontrado el riñón algo descendido hicimos, después de reponerlo en su sitio, varios puntos de capitonaje de la loge.

En suma, en este paciente, el estudio radiográfico sólo permitió comprobar la existencia de un cálculo, pero no nos reveló la talla de él, porque la orientación en que se presentó cada vez al examen hacía que apareciera sólo la proyección de perfil.

3º — H. U., abogado, de 29 años. Nunca ha presentado sintomatología renal de ninguna especie.

Su enfermedad comienza bruscamente por un violento cólico izquierdo. Este cólico se acompaña de hematuria microscópica y al tercer día aparece una temperatura que alcanza, durante un día y medio, hasta 38º sin que aparezca pus en la orina.

El cateterismo ureteral es fácil hasta 30 cms. en el lado izquierdo.

La radiografía revela un cálculo en la región correspondiente a la pelvis renal izquierda. La sonda ureteral izquierda no funciona. La pielografía muestra el uréter inyectado hasta la altura en que se encuentra el cálculo. En ningún momento se consiguió que pudiera franquear el obstáculo ni siquiera una gota de la solución opaca, al paso que en el lado derecho obteníamos orina de composición normal y una pielografía también normal.

La pielografía descendente confirmó el resultado obtenido por la pielografía directa en el lado derecho y no reveló eliminación en el lado izquierdo. Anuria unilateral.

A la intervención nos encontramos con un riñón izquierdo bastante aumentado de volumen, de superficie abollonada, de consistencia firme y con numerosos abscesos pequeños, diseminados en el parénquima. Practicamos la nefrectomía, siendo que nuestra intención era hacer una pielotomía liberatriz del cálculo y que creíamos dejaría este riñón en condiciones de seguir llenando sus funciones.

Abierta la pieza, nos encontramos con el parénquima sembrado de abscesos miliares, unos de mayor tamaño que otros y con una verdadera infiltración de tejido esclero-lipomatoso, que ahogaba, por completo los elementos nobles del riñón.

El estudio histológico de la pieza, reveló que no había lesión tuberculosa y que el proceso de infiltración inflamatoria tenía todos los grados posibles de evolución.

El cuarto grupo lo constituyen tres observaciones en las cuales, teniendo los elementos radiográficos, pielográficos y el resultado de los exámenes de las orinas de cada riñón, la intervención revela que, de estos elementos de juicio, es infiel precisamente el cateterismo ureteral, el fundamento más sólido de diagnóstico de las lesiones quirúrgicas del riñón.

1º — A. A., soltera, de 24 años, con muy buen estado general, presenta una litiasis bilateral con gran insuficiencia renal e infección. El funcionalismo renal es superior en el lado derecho al del lado izquierdo.

Las lesiones que da la radiografía también son menores en este lado. La pielografía y la neumo-pielografía fueron imposibles en el lado derecho, a causa de que el obstáculo no dejaba pasar ni el líquido ni el gas del uréter hacia la

pelvis, y sin embargo, repetimos, se obtenía orinas de ese lado. Se interviene teniendo en vista el criterio que aconseja poner uno de los riñones, en caso de litiasis bilateral, en mejores condiciones anatómicas para soportar el trabajo secretorio, dirigiéndose primero al lado menos afectado para dejarlo en condiciones de asumir eventualmente sólo la depuración del organismo.

Elegimos el lado que, según el cateterismo, era el mejor funcionalmente considerado. Encontramos una gran peri-nefritis del polo superior y del hilio, peri-nefritis esclero-lipomatosa, la cual adhiere al parénquima y lo desgarran en las maniobras de liberación. El riñón está aumentado de volumen, abollonado, de consistencia fluctuante. Con el bisturí eléctrico se hace una incisión cerca del polo superior en un punto en que el parénquima se encuentra muy adelgazado. Como la pelvis es enteramente intra-renal, por esta nefrotomía penetramos en ella y extraemos un cálculo alargado, que obstruye el uréter.

Este riñón presenta además, una lobulación anormal, casi pediculada y se encuentra en ella una concreción del tamaño de un grano de maíz y un líquido denso, uro-purulento. Este cálculo no había sido revelado por la radiografía.

El estado anatómico del riñón no corresponde, ni con mucho, al resultado del examen funcional que hacía presumir un órgano mucho menos alterado.

2° — N. F., de 42 años, presenta una litiasis bilateral con gran infección y una cistitis intensa.

En el lado derecho se comprueba a la radiografía, un cálculo coraliforme en el polo inferior y en el lado izquierdo, tres cálculos colocados en los cálices. La pielografía demuestra una dilatación de las cavidades en ambos lados, más a izquierda que a derecha.

El cateterismo ureteral da una función ligeramente superior en el lado derecho.

Considerado así el caso de esta enferma, tratamos de liberar, como en el caso anterior, el riñón mejor, de la presencia de cálculos.

Se interviene y se encuentra un riñón aumentado de volumen, abollonado, rodeado de una esclero-lipomatosis que engloba el pedículo y que dificultó bastante la pielotomía. Se extrae el cálculo y se drena.

Nuevamente, como en la enferma precedente, el examen de la función y el examen de las orinas separadas, hacían presumir un mejor estado anatómico del órgano sobre el cual se intervenía.

3° — Señora L. P. de M., de 26 años, cuyos antecedentes no revelan nada digno de mención. Nunca ha tenido sintomatología renal.

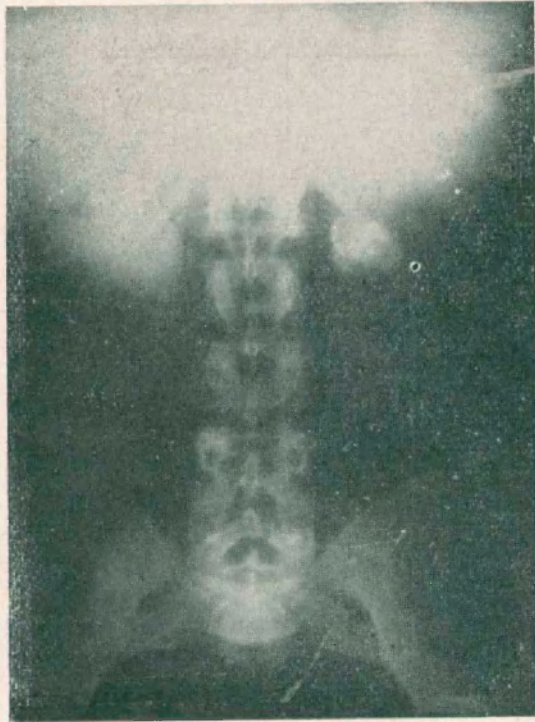
Dos meses antes tiene su primer niño de término y a la semana de su parto, presenta el primer cólico nefrítico del lado izquierdo.

Ya en los últimos días de su embarazo, la enferma nota sus orinas turbias y pequeñas febrículas, que pasan con el parto. Después del cólico se hace radiografía simple y se encuentra una gran concreción en la región de la pelvis izquierda y dos concreciones pequeñas en la región del área renal derecha. La pielografía de eliminación demuestra una hidronefrosis derecha de tamaño aprecia-



ble y no demuestra eliminación en el lado izquierdo. En estas condiciones el cirujano decide intervenir sobre el lado izquierdo.

Recibimos la enferma y continuamos su estudio, practicando cateterismo ureteral, el cual nos revela una función sensiblemente igual en ambos lados. La pielografía nos localiza esta sombra grande en la pelvis izquierda y las dos sombras del lado derecho, en la región del cáliz inferior; pero hemos de advertir que



Sujeto L. P. de M., Grupo 4º, Obs. 3ª  
Radiografía de eliminación. Cálculo en el lado izquierdo en el cual no se vé eliminación de per-abrodyl a pesar de corresponder al riñón con mejor funcionalismo. Pelvis derecha inyectada con el per-abrodyl secretado dando idea suficiente del volumen de la retención real. Ver cliché siguiente.

comprobamos también una hidro-urétero-nefrosis enorme, la más grande que hemos visto, de ambos lados.

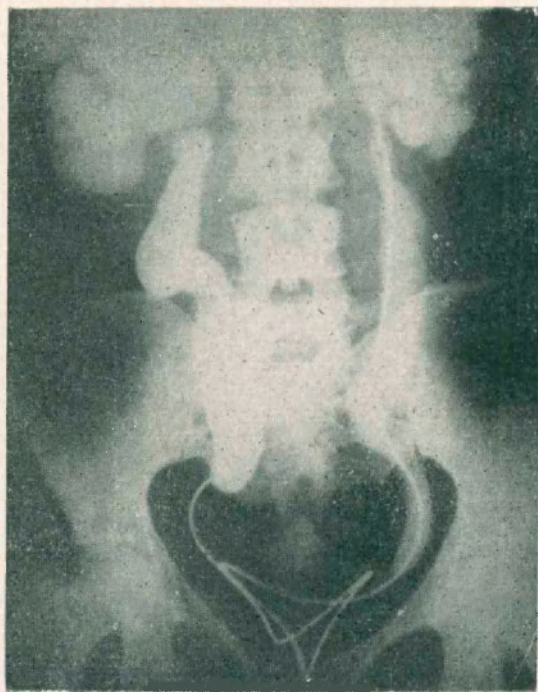
En el lado derecho, el uréter tiene una vuelta completa en espiral en su parte media, lo cual impide la subida de la sonda y el drenaje de estas cavidades.

En el lado izquierdo, la sonda sube fácilmente hasta la pelvis y obtenemos orinas muy purulentas. Dejamos ambas sondas y a permanencia.



Desde el momento en que comenzamos a tratar a esta enferma, su estado era de lo más inquietante. Presentaba un estado septicémico, con una anemia profunda y con 1 gr. de úrea en la sangre; gran hipocloremia, fenómenos de retención en el lado derecho.

Resolvimos intervenir, in extremis, pero no sobre el lado izquierdo, como



Pielografía directa del mismo sujeto en que se aprecia enorme dilatación de ambas pelvis y de ambos uréteres con las particularidades descritas en el texto.

había pensado nuestro colega para hacer allí una nefrectomía, basado en los datos suministrados por el per-abrodyl, sino sobre el lado derecho para hacer un drenaje por vía lumbar. Nos encontramos con un riñón enorme pienefrótico, con múltiples abscesos diseminados en el parénquima; el uréter, en este lado, del grueso de dos pulgares. A pesar del estado de la enferma, hicimos la nefrectomía. Nuestra enferma se salvó gracias a la rechloruración y a la eliminación de este foco de retención.

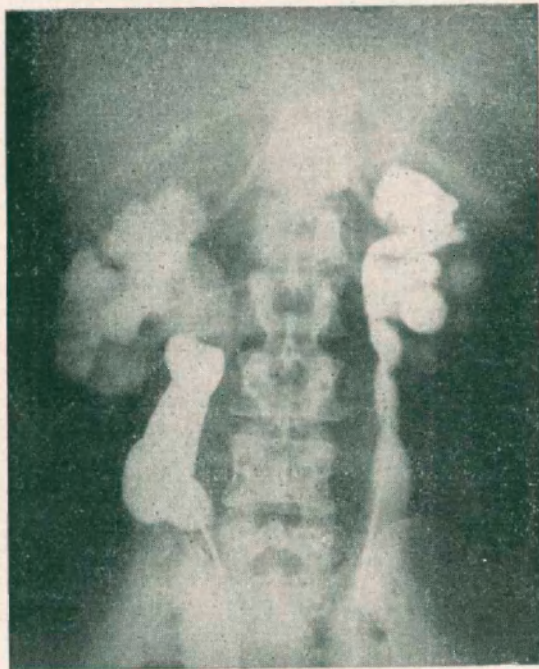
Abierto el riñón, comprobamos que se trataba de una pienefrosis con abscesos múltiples del parénquima, como lo revelaba el aspecto exterior; pero, los



cálculos revelados a la radiografía, no aparecieron en ningún punto de la pieza.

Actualmente esta enferma tiene una uremia de 0,37, con régimen hipozoado y una constante de 0,109. Su lesión izquierda, en las mismas condiciones que antes de operarse, pero le hemos aconsejado que no descuide la desinfección periódica de su pelvis.

Su estado general es tan satisfactorio que, ahora, es ella, inconciente naturalmente de los peligros que tal conducta envolvería, la que solicita la liberación



Pielografía directa del mismo sujeto en que se aprecia enorme dilatación de ambas pelvis y de ambos uréteres con las particularidades descritas en el texto.

de este cuerpo extraño que le mantiene la infección y que la obliga a cateterizarse con la frecuencia que le hemos aconsejado.

Entre los hechos que deseamos hacer resaltar y que aparecen señalados en nuestras observaciones, vamos a referirnos, en primer término, a las posibilidades de error, lamentables, a que puede dar

lugar la pielografía de eliminación, si se la quiere emplear como criterio básico de la apreciación de la función renal. En la observación N° 3 del Grupo N° 4, se habría propuesto la ablación del riñón, indiscutiblemente el más eficiente, ateniéndose a las indicaciones de la pielografía intravenosa.

Igualmente nos ha dado informaciones insuficientes la pielografía intravenosa en la observación N° 2 del grupo N° 3, en la cual las alteraciones de la pelvis encontradas no habrían podido suponerse al estudiar las imágenes pielográficas.

Otro hecho que nos interesa mencionar es el que se refiere a los errores a que puede llevarnos la interpretación de los datos del cateterismo ureteral en los casos en que existe una retención renal importante.

Desde luego, la orina recogida en tal eventualidad, no corresponde a orinas actuales, sino a una secreción detenida en la pelvis. El volumen de una orina de retención, naturalmente no puede tenerse en cuenta para juzgar la diuresis del riñón que se estudia; sólo puede hacerse caudal de la concentración ureica, pero aun ésta puede estar extemporáneamente modificada por el vaciamiento de la retención.

Agregaremos que errores de esta naturaleza son casi imposibles de evitar y que la mayor prudencia es aconsejable cuando se trata de una nefrectomía que va a dejar un riñón único con un defecto de drenaje.

Es banal el hecho de que la radiografía pueda no revelar la presencia de cálculos constituídos por uratos puros u otras sustancias relativamente poco opacas a los rayos. Esta eventualidad la hemos encontrado en el caso primero del 4° grupo para uno de los cálculos encontrados en la intervención. En este caso parece que puede haber contribuido a la invisibilidad de este cálculo, el líquido denso que lo rodeaba. Esta noción debe tenerse presente en aquellos casos en que se encuentre una infección acentuada de las cavidades renales y en tales circunstancias, procede hacer una exploración cruenta lo más completa posible, lo que en cierto modo equivale decir, que aun en las litiasis pélvicas muy infectadas, debe combinarse la pielotomía con una nefrotomía que permita explorar bien el parénquima renal.

En casos de esta naturaleza estará, además, indicado pensar en la posibilidad de la existencia de focos supurados intersticiales como los que hemos encontrado en el tercer caso del tercer grupo. Se comprende que la persistencia de uno o varios de estos focos sea una amenaza para el porvenir de estos pacientes. Esta comprobación la hemos hecho también en varios otros casos de litiasis infectadas observadas anteriormente.

En el caso a que acabamos de hacer alusión, otro hecho merece ser anotado y es el que se refiere a la existencia de una anuria unilateral completa sin que ella haya repercutido, en momento alguno, sobre la secreción del lado opuesto. Estas anurias unilaterales que no determinan una anuria refleja, son seguramente mucho más frecuentes de lo que ordinariamente se cree y vienen en apoyo del postulado que sostienen gran número de autores, de que la anuria refleja sobreviene, en la inmensa mayoría de los casos, cuando existe un estado funcional precario del lado no litiásico.

Muy interesante nos parece también señalar, la frecuencia con que puede presentarse la impermeabilidad del uréter y de la pelvis al líquido y aun al gas que se inyecta por la sonda ureteral en circunstancias en que el paso del líquido en el sentido inverso parece hacerse sin dificultad, como si el cálculo hiciera válvula en el sentido ascendente y no en el descendente.

De las diez observaciones que presentamos, dos de ellas han ofrecido esta particularidad. Se comprende fácilmente que en estas condiciones, la exploración funcional y morfológica encuentre dificultades insuperables. La radiografía de eliminación, que sería el único recurso aplicable, para nosotros es de resultados tan aleatorios que le damos sólo un valor muy relativo a sus indicaciones.

Uno de los motivos que nos ha inducido a hacer esta comunicación es el que se refiere a las sorpresas que pueden presentarse en el curso de la intervención y que son susceptibles de hacer cambiar la conducta que se había adoptado antes del acto quirúrgico.

En dos de nuestros enfermos, en que habíamos partido con la intención de practicar una operación conservadora, una pielotomía, las alteraciones de la pared de la pelvis en un caso, la existencia de lesiones supuradas incompatibles con la conservación del riñón, en el otro, nos obligaron a efectuar una cirugía iterativa.



Estos hechos imponen el deber de hacer las mayores reservas en los casos de litiasis infectadas, respecto de la importancia del acto quirúrgico. Una intervención que parece anunciarse como una intervención sencilla y que va a respetar el riñón, puede resultar un acto quirúrgico serio y terminar con la ablación del órgano.

Este análisis rápido de unos cuantos casos de la cirugía de la litiasis hace ver la complejidad y la gravedad que puede comportar el tratamiento de los cálculos renales y la necesidad de rodearse de todas las precauciones pre y post-operatorias, aun para los casos que parecen no ofrecer dificultades.

---

# ASOCIACION MÉDICA ARGENTINA

## Sociedad Argentina de Urología

---

### COMISION DIRECTIVA, 1936

<i>Presidente</i> . . . . .	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Vice-Presidente</i> . . . . .	Dr. ADOLFO MARTIN LOPEZ
<i>Secretario</i> . . . . .	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i> . . . . .	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

---

7ª Sesión científica — 22 de Octubre de 1936

Trabajos científicos presentados:

**Oscar Buzzi:**

“Fibroma y fibromioma de la vejiga”.

**C. Comotto y Juan José Ratto:**

“Dilatación congénita de vías urinarias superiores”.

**L. Figueroa Alcorta y R. Rolón:**

“Anuria imputable a un cateterismo ureteral”.

**P. Di Lella y J. W. Alvarez Colodrero:**

“Consideraciones sobre uretritis gonocócica D'Emblée”.

**Rodolfo Rolón y José Gorodner:**

“Tratamiento hormonal de la ectopía testicular”.

ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Oscar Buzzi, Cacciatore, Dante, Figueroa Alcorta, Gaudino, Grimaldi, García, Isnardi, Maraini, Montes, Matta, Rebaudi, Salleras, Arturo Serantes, Aurelio Serantes, Schiappapietra, Trabucco, Gálvez, Gazzolo, Castaño, Arrues, Iacapraro y Di Lella.

*Socios Adherentes:* Albornoz, Cartelli, Torres, Comotto, Berri, Martín, Rubí, Garate, Pujol, Granara Costa, Fablet, Bottini y Gorodner.

8ª Sesión científica — 19 de Noviembre de 1936

Trabajos científicos presentados:

**B. Maraini y G. Iacapraro:**

“Litiasis renal gigante bilateral”.

**Alejandro Astraldi:**

“Diagnóstico del cáncer de la próstata. Biopsia por vía rectal”.

**A. Astraldi, A. Risolía y J. Amici de San Leo:**

“Quiste hidatídico cerrado del riñón. Su diagnóstico operatorio”.

*A la vuelta.*

**Gerardo Vilar y H. Torres:**

"Transposición del ciego y apendicitis simulando una tumoración renal izquierda".

**I. V. Albornoz y H. Torres:**

"Riñón supernumerario fusionado izquierdo, con litiasis de ambos".

**Enrique Castaño y A. Trabucco y R. de Surra Canard:**

"Fibroma de la uretra posterior".

**E. Castaño, R. Surra Canard y H. D. Muñoz:**

"Litiasis uretral y prostática".

**Rodolfo Surra Canard :**

"Sobre un caso de pielonefritis grávido-tóxica".

ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Astraldi, vonder Becke, Castaño, Dante, Di Lella, Figueroa Alcorta, García, Gazzolo, Granara Costa, Gaudino, Iacapraro, Isnardi, Maraini, Monserrat, Montenegro, Schiappapietra, Serantes Lasserre, Surra Canard y Trabucco.

*Miembros Adherentes:* Albornoz, Cartelli, Fablet, Gorodner, Grimberg, Mathis, Rubi y Torres.