

Hosp. de Clínicas; Cát. de Clínica Médica
Profesor Doctor MARIANO R. CASTEX

Por el Doctor

ALEJANDRO ASTRALDI
y ROBERTO L. REPETTO

HIDRONEFROSIS DOBLE POR VASOS POLARES INFERIORES Y CALCULOSIS BILATERAL

LA circunstancia poco frecuente de hallar y tratar con éxito una hidronefrosis bilateral por vasos polares inferiores, asiento de una calculosis única por infección de la bolsa hidronefrótica, es el motivo que nos induce a publicar esta observación que enriquece la casuística nacional y permite dar a conocer el criterio etio-patogénico que nos ha guiado en el tratamiento de su complicación: la calculosis.

HISTORIA CLINICA:

R. T., de 14 años de edad, argentina, soltera, sin antecedentes hereditarios de importancia. En los antecedentes personales no hay tampoco nada digno de mención.

Su *afección actual* parece iniciarse hace seis años, con dolores lumbares bilaterales, espontáneos, no irradiados, que se calman después de eliminar abundante cantidad de orinas rojizas. Desde esa fecha hasta hace dos años, es decir, durante 4 años, a intervalos variables de semanas o de meses, presenta dolores en ambas regiones lumbares, con preferencia a la derecha o en ambas a la vez. En algunas oportunidades estos dolores se irradiaban a la raíz del muslo o a los genitales y otras veces a la región interescapular. Las algias no parecían estar condicionadas por los movimientos bruscos, ni por los esfuerzos de cualquier naturaleza.

Hace dos años, después de una marcha prolongada aparece un intenso dolor en la región lumbar derecha que se irradia al hipogastrio y que le obliga a guardar reposo en cama por varios días. Meses más tarde se repite este episodio doloroso, pero acompañado de hematuria con coágulos. Desde entonces, estos dolores se repiten con mayor frecuencia acompañados de malestar general y de marcada adinamia.

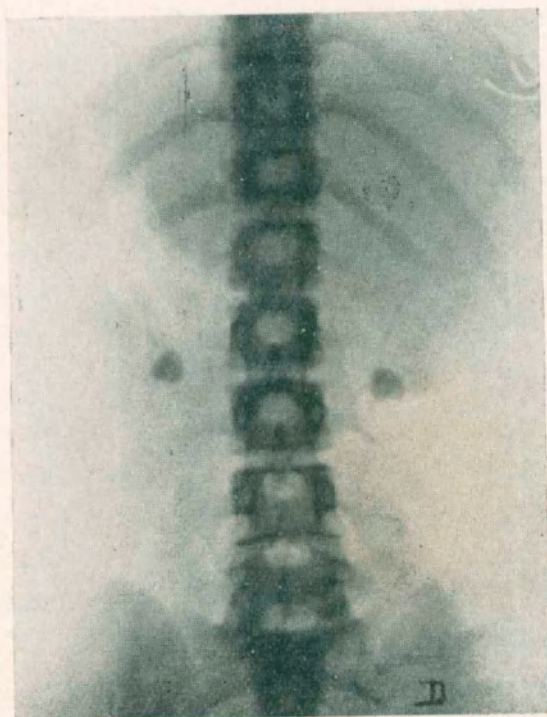
Estado actual, (resumido). — Buen estado general. Sistema ganglionar y ósteomuscular: normal. El examen de los diferentes órganos y aparatos, excluido el urinario, es completamente negativo.

Sistema urinario. — La enferma tiene polaquiuria diurna y nocturna; poliuria y sus orinas globales recién emitidas o previa sedimentación, son muy turbias por la presencia de pus.

Se palpa sólo el riñón izquierdo, indoloro.

Uréteres: nada de particular semiológicamente.

Uretra: normal. Vejiga: nada de particular, ni semiológica ni instrumentalmente. Cistoscopia: sólo merece consignarse que ambos meatos uréterales se presentaban dilatados, entreabiertos, más acentuadamente del lado derecho. De

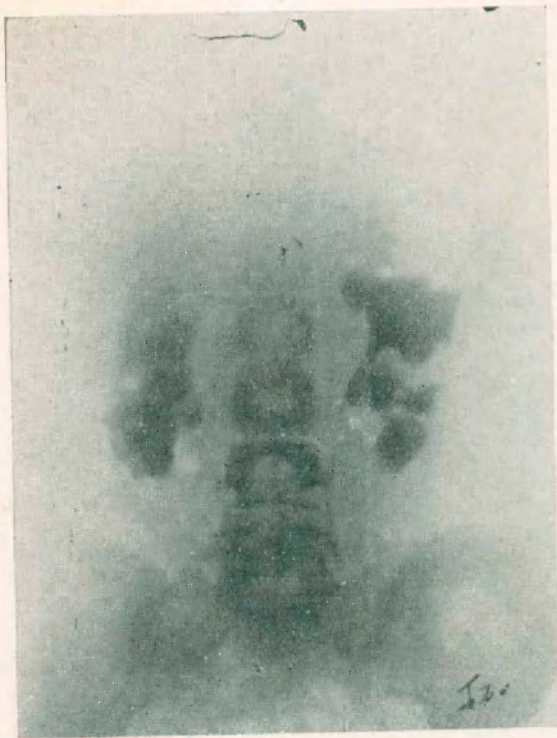


Nº 1. — Radiografía simple. Árbol urinario.

ambos sale orina turbia por eyaculación espaciada. La cistografía no muestra un reflujo pasivos (enfermedad) ni activos (ascendente).

El cateterismo ureteral es total y con fácil propulsión de las sondas en ambos lados. Se realiza para el estudio histo-bacterio-químico de las orinas y para las pielografías respectivas.

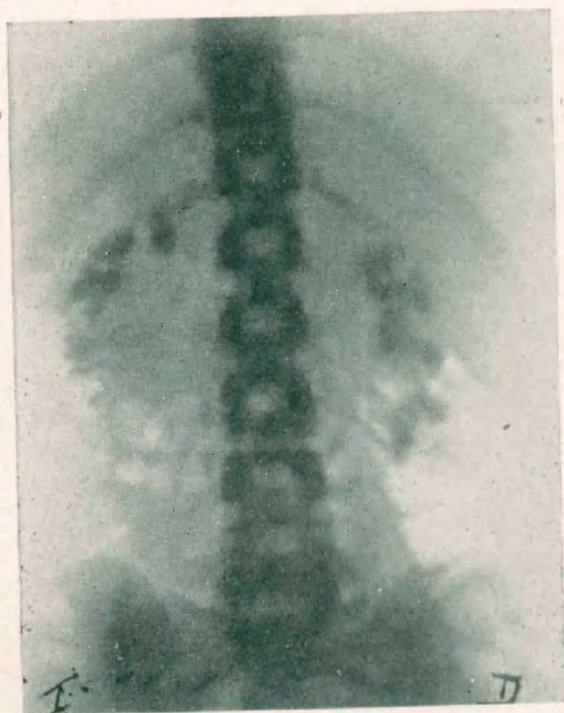
Radiografía simple del árbol urinario (Nº 1). — La presencia de abundante cantidad de gases no permite ver con claridad más que la parte inferior de la silueta renal izquierda; en el lado derecho, la visibilidad es absolutamente nula. A ambos lados de la columna vertebral a la altura del disco entre 2ª y 3ª vértebra lumbar, existen dos sombras con los caracteres de los cálculos renales. Se observa además sobre el lado derecho y en íntima relación con dicha sombra,



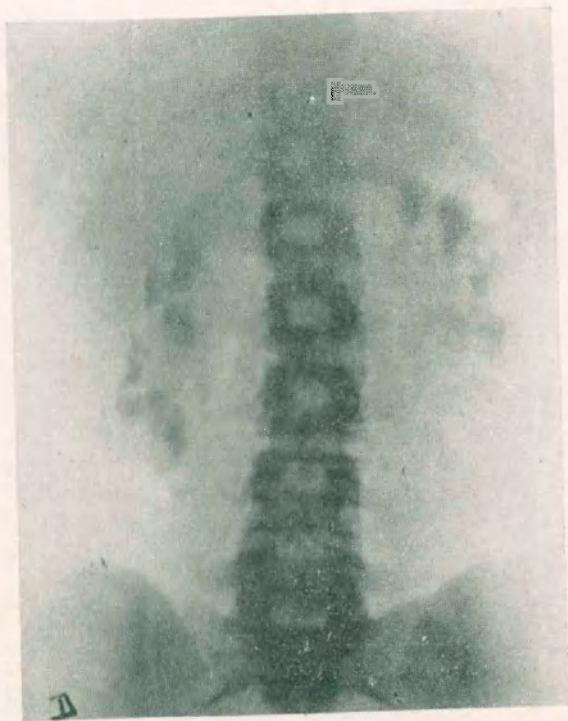
Nº 2. — Pielografía retrógrada bilateral a cateterismo total.



Nº 3. — Pielografía retrógrada del lado izquierdo.



Nº 4. — Urografía excretora a los 30' con Per-Arbrodil. hecha antes de las operaciones.



Nº 5. — Urografía excretora a los 15' con Per-Arbrodil. hecha a los 10 meses de la última operación.

la imagen de la sonda ureteral colocada previamente para establecer las relaciones entre ambas. La sonda pasa por detrás de la supuesta sombra calculosa.

Radiografía N° 2. - Pielografía bilateral con cateterismo total de ambos uréteres. — Se obtiene inyectando una solución de yoduro de sodio al 7 por ciento. Se observa a ambos lados de la columna, la imagen de una hidronefrosis bilateral, tipo mixto la izquierda, y tipo interno la derecha. No es posible evaluar su volumen en centímetros cúbicos dado que no se pudo llegar a la distensión fisiológica de la cavidad pelvi-calicial por faltar elementos de juicio clínicos para determinarla. Creemos que la imagen del lado derecho es falsa, por no haberse llegado al máximum de distensión de la cavidad. En ambas, es imposible establecer con nitidez, la ubicación de la sombra calculosa, porque el peso atómico del yoduro de sodio inyectado es de igual concentración que la sustancia formadora del cálculo; sin embargo, puede sospecharse su localización en el lado izquierdo. A nivel de la imagen de hidronefrosis del lado derecho, sobre la porción inicial del uréter (en el lugar marcado por una flecha) se observa una escotadura, una muesca, que puede hacer despertar la idea de la presencia de un posible vaso anormal.

Radiografía N° 3. - Pielografía. — Corresponde para el lado Izq., es con cateterismo total del uréter y se hizo a el solo efecto de ver con claridad y si es que fuera factible la muesca o escotadura que probara la existencia del vaso anormal. No podemos asegurar tal existencia, porque la parte estrechada es el lugar del nacimiento del cáliz en la pelvis.

Radiografía N° 4. — Es una radiografía excretora, obtenida a las 30; se observa la retención en ambos sistemas de excreción y con caracteres de retención de una hidronefrosis.

Radiografía N° 5. — Es también una urografía excretora con Per Abrodil igual a la anterior, obtenida a los 15' y a los 10 meses de la última operación. No hay un cambio con respecto a la anterior.

Función renal por orinas globales. — Azoemia = 0.50 % — K. de Ambaré = 0.140 equivalente a una pérdida funcional (en el momento del examen) de un 75 % — P. S. P. = 31 %.

El examen del sedimento urinario de las orinas globales antes de la primera intervención es el siguiente: Abundantes elementos celulares, leucocitos granulocitos y hematíes. Abundantes bacilos Gram positivos y escasos diplococos Gram positivos. No hay bacilos de Koch.

El examen de las orinas por separado dió el siguiente resultado:

<i>Riñón derecho</i>	<i>Riñón izquierdo</i>
Vol. 0.004 c. c.	Vol. 0.005 c. c.
C. urea, 5.94 %.	C. urea, 4.41 %.
D. grs., 0.02.	D. grs., 0.02.
Sedimento: escasas células renales, escasos leucocitos, regular cantidad de hematíes, abundante cantidad de estafilococos. No hay Koch.	Escasas células renales, escasos leucocitos, abundantes hematíes, regular cantidad de pus, muy abundante cantidad de estafilococos. No hay Koch.

Es de notar que durante todo el tiempo del cateterismo, la orina salía a chorro durante los esfuerzos y por la acción de la tos; así se consiguió vaciar el contenido del sistema pelvi-calicial una vez que se hubo recogido para el examen anterior, la cantidad de orina conveniente.

Los exámenes practicados en sangre son los siguientes:

Glóbulos rojos: 3.780.000; Hemoglobina: 70 %; Valor globular: 0.92; Polineutrófilos: 70 %; Polieosinófilos: 1 %; Polibasófilos: 1 %; Formas de transición: 1 %; Grandes mono.: 2 %; Linfocitos: 25 %.

Glucemia: 0.84 %; Reacción de Wassermann y Kahn S.: negativas; Presión sanguínea: Mx.: 12; Mn.: $7\frac{1}{2}$ de V. L.

El examen otorrinolaringológico puso de manifiesto: fosas nasales y anexos libres, senos transparentes, amígdalas sépticas.

El examen dentario acusa: caries incipientes en arcada dentaria superior e inferior.

Los exámenes parasitológicos de materia fecal han sido siempre negativos.

Tratamiento. — Después de un episodio febril que dura del 8 de abril hasta el 12 del mismo mes, nuestra enferma es sometida a la amigdalectomía el día 23 de abril.

El postoperatorio es absolutamente normal, desapareciendo desde entonces la ligera febrícula que la enferma presentara de vez en cuando.

Desde el 6 de mayo se comienza a preparar a la enferma para la intervención quirúrgica: sonda ureteral permanente del lado derecho, de tipo cónica olivar y N° 12. Se deja *in situ* con una perfecta tolerancia local y general hasta el día 18 del mismo mes. Durante ese tiempo se le practican lavajes pélvicos de Nitrato de plata al 1 % y de Mercurio-cromo 220 de Young, recientemente preparado al 5 %. Al mismo tiempo se le hace tratamiento arsenical (Neosalvarsán) para la estafilococia y colibacilosis y Vacunoterapia antiptiógena. Se nota una evidente disminución de la piuria, pero no su absoluta desaparición.

La sonda es nuevamente colocada el día 30 de mayo, es decir, la víspera de la operación. Los días 28, 29 y 30 se efectúa el tratamiento preoperatorio de práctica en el Servicio del Profesor Castex: 1.000 c. c. de suero glucosado isotónico; 10 unidades de Insulina; 2 inyecciones endovenosas de 20 c. c. de suero clorurado hipertónico al 20 %, cada una.

Igual tratamiento se practica el día de la operación, además de la cardio-tonificación habitual.

El 31 de mayo, bajo anestesia etérea, el doctor Astraldi practica una pielotomía inferior de Zuckerkand, previa ligadura y sección de un vaso polar inferior de tipo venoso que impedía la exteriorización del polo inferior y que se comprobó pasaba por delante del uréter a nivel del ángulo píelico. A pesar de la sonda ureteral, se coloca un tubo de drenaje en la brecha abierta y un punto de sutura en la incisión de la pelvis.

Se prosiguen las inyecciones ya citadas hasta el día 2 de junio. El postoperatorio es normal.

Se deja la sonda ureteral *in situ* hasta el día 12 de junio, vale decir, durante 14 días. Como saliera aún orina por la herida de la lumbotomía, se vuelve

a colocar el 14 (esta maniobra resulta fácil, dado que acostumbramos a cateterizar a los enfermos en la cama, en posición de decúbito dorsal, con las piernas estiradas) y recién se la retira el 25.

Se practica una pielografía ascendente sin llegar a la distensión máxima (de ahí el resultado falso de la imagen). Nuevamente vuelve a salir orina por la herida y el día 26 se coloca de nuevo la sonda ureteral. Es de hacer notar que desde el día 21 al 26, las orinas que salen por ella son cristalinas. El 28 se cambia la sonda porque se obstruye y aparece una pronunciada elevación térmica con escalofríos. Se vuelve a cambiar el día 2 de julio hasta el 5 que se tapa otra vez; nuevo cambio el 6 y se deja hasta el 10, en que definitivamente se retira para no colocarla más. La herida está cerrada por completo y así permanece hasta la actualidad. Puede decirse que nuestra enferma ha estado aproximadamente 40 días con la sonda ureteral derecha a permanencia y con perfecta tolerancia local.

El 16 de julio de 1935 se comienza a prepararla para operarla del lado izquierdo: colócase sonda ureteral izquierda permanente. Al día siguiente el doctor Astraldi procede a la lumbotomía izquierda con pielotomía inferior. Se reseca al igual que en el lado derecho entre doble ligadura un vaso polar inferior que pasando por delante del uréter va a terminar en la cara anterior del polo inferior del riñón y se colocan puntos de sutura en la brecha abierta de la pelvis. El riñón está reducido casi a una simple bolsa, pero dado que aun existe más o menos un centímetro de parénquima, se resuelve dejarlo.

La sonda permanece *in situ* hasta el día 14 de agosto, en que se retira. De inmediato, elevación térmica acompañada de escalofríos y mal estado general que pone en peligro la vida de la enferma. En estas condiciones es intervenida por la guardia el 20 de agosto y se decide (con justo criterio) abrir ampliamente la cicatriz operatoria y la fistula que aún restaba. Se llega hasta el riñón alrededor del cual existe una zona de infiltración lardácea. Se drena ésta por un tubo y otro se coloca dentro del órgano.

Evidente mejoría del estado general y local y el 23 del mismo mes, cateterismo a lo Door: doble sonda ureteral en el lado izquierdo a permanencia. Una se retira a los 7 días y la otra el 14 de septiembre definitivamente. Por la herida sale escasa cantidad de orina que cesa unos días más tarde.

Los exámenes de las orinas globales demuestra que son alcalinas; hay pus, estafilococos y cristales de fósforo amónico-magnésico: es decir, todos los elementos necesarios para una posible recidiva. Se echa mano nuevamente de la quimioterapia contra la infección estafilocócica, pero los resultados fueron negativos. Como no se podía suprimir la retención, intentamos acidificar la orina con el objeto de colocar a los estafilococos en un medio inadecuado para su multiplicación. Ante la ineficacia de todas las substancias aconsejadas en estos casos: ácido fosfórico, cloruro de amonio por vía bucal, etc., instituímos un régimen cetógeno, en la esperanza de que los ácidos orgánicos (beta-oxi-butírico y diacético), productos de la combustión incompleta, fuesen más efectivos.

En estas condiciones la enferma es sometida a un régimen de 2 gramos de

grasa por cada gramo de hidratos de carbono. para aumentar luego la proporción a 3 por 1. Este tratamiento dura 1 mes. no consiguiéndose obtener una acidez sino relativa.

COMENTARIOS.

El cuadro clínico, el tiempo transcurrido y el resultado del examen instrumental efectuado hacen suponer que los primeros síntomas que nuestra enferma presentara hace ocho años, fueron la traducción del comienzo de su hidronefrosis (intermitente) o de la infección que recién se iniciara.

Existe en la actualidad una enorme desproporción volumétrica entre el cálculo y la hidronefrosis para concebir que ésta fuera el resultado de aquél. Por otra parte, es en el período inicial cuando la hidronefrosis son dolorosas, adoptando a veces el tipo de franco cólico nefrítico. En cambio, cuando presenta el volumen actual, difícilmente se traducen por dolores; son lesiones con frecuencia insospechadas por la falta de signos subjetivos.

Apoya nuestra manera de pensar, la presencia de una acentuada constipación crónica, la que sin duda alguna ha sido la responsable, probablemente junto con otras infecciones focales: como la amigdalina, de la infección de la pelvis renal en retención que presentara esta enferma más tarde. Estas infecciones pueden ser también la causa de los síndromes dolorosos que suelen presentar los enfermos, porque la simple pielitis o la infección de un sistema de excreción con trastornos dinámicos de evacuación se transforman en espigas irritativas para producir los espasmos, traduciendo por los dolores de tipo cólico.

En síntesis: nuestra enferma presenta la sintomatología de una hidronefrosis primitiva, cuya etiología trataremos de dilucidar, la que habiéndose infectado por el establecimiento de un síndrome entero o amígdalo-renal, actuando aislado o conjuntamente, ha podido engendrar la retención pelvicalicial y ésta a su vez un cálculo secundario.

¿Cuál es el origen de esta hidronefrosis? La bilateralidad así como el enorme desarrollo en relación con la edad de la paciente, hacen pensar que se trata de una malformación congénita (Bard), es decir, anterior al nacimiento o bien desarrollada durante la vida por la acción de una causa también congénita (vasos polares). En una de las placas (pielografía) se visualiza a nivel de la zona piel-

ureteral una depresión o muesca que habla en favor de la existencia de una arteria o vena polar inferior (presunción confirmada durante el acto operatorio de ambos lados) y a las cuales consideramos aquí responsables de la hidronefrosis, a pesar de la opinión contraria de algunos autores, fundada en razones en cuya discusión no entraremos.

Afortunadamente, hemos encontrado el origen de esta hidronefrosis, dado la dificultad y con frecuencia la imposibilidad de determinar la causa frente a un grado tan acentuado de dilatación de la pelvis, ya que las alteraciones consideradas como responsables de la misma, no suelen ser sino simples consecuencias.

Nuestra conducta terapéutica ante una hidronefrosis bilateral séptica con calculosis solitaria, debía ser forzosamente médico-quirúrgica, comprendiendo los siguientes puntos:

- A) Tratamiento de la infección focal.
- B) Tratamiento local de la infección renal.
- C) Extracción quirúrgica de los cálculos.
- D) Tratamiento post-operatorio de los focos sépticos en el supuesto caso de no haberse conseguido con anterioridad su eliminación total, para evitar las recidivas calculosas.
- E) Reducción de la hidronefrosis por la sección de los vasos polares inferiores.

Trataremos por separado estos diferentes tópicos:

A) La repercusión renal de los focos sépticos es conocida desde hace tiempo. Baste recordar que Rosenow y Meisser en 1922, demuestran experimentalmente en forma concluyente la infección del riñón con gérmenes provenientes de los dientes y amígdalas.

En nuestra enferma existía: 1º, una amigdalitis supurada, que fué tratada quirúrgicamente (amigdalectomía) y 2º, una intensa constipación, cuya causa residía en una flora colónica anormal, hecho éste demostrado por Fisch para el colibacilo. Dado el resultado negativo de los análisis parasitológicos de materia fecal y del examen radiológico intestinal completo, se instituyó con buenos resultados un tratamiento a base de dieta apropiada (atóxica-escoriácea), aceites minerales, lactosa, vacunas por boca, etc.

B) Para la terapia local de la infección renal, fué necesario tener presente dos elementos: la retención y la infección.

Era imposible suprimir la primera en forma definitiva (retención) porque la lesión estaba ya constituida y persistía la causa que la había engendrado (vaso anormal) así como su complicación (calculosis) que suele en ocasiones ser primitiva y dar origen a su vez a retención.

En cuanto a la infección, si bien se había actuado enérgicamente contra la sepsis focal, suprimiendo o por lo menos disminuyendo el aporte microbiano, no podía pretenderse hacerla desaparecer en forma total, mientras persistiera la retención, inaccesible a los simples recursos médicos.

Ante este dilema, se optó por la sonda permanente, siguiendo el principio sustentado por Albarran y Heitz-Boyer, o sea: enfriamiento de las calculosis sépticas, que tan buen resultado nos ha dado en otros casos. Los antisépticos empleados, fueron el Mercurio-cromo 220 de Young recientemente preparado y el nitrato de plata.

El resultado obtenido fué relativamente satisfactorio, ya que los sucesivos análisis de la orina del riñón derecho, elegido para operar primero, denotaron una evidente disminución de la piuria y bacteriuria.

C) Lo referente a la extracción quirúrgica de los cálculos, involucra tres cuestiones: 1º) Por qué debe operarse: 2º) De qué lado debe efectuarse la 1ª intervención, y 3º) El tipo de operación a practicar.

1º) La intervención está indicada por la edad de la enferma; por el tamaño, número y volumen de los cálculos y por el resultado arrojado por las radiografías y por el examen funcional renal global. Además, la probable existencia de vasos polares inferiores de acuerdo al examen radiográfico (a veces el diagnóstico es de certeza con la uretrografía de Chevassu), era un nuevo motivo para operar, dado que estas hidronefrosis suelen disminuir de tamaño después de la intervención por retracción pelví-calicial, según ha llamado últimamente la atención al respecto Marion.

2º) Las opiniones de los urólogos, en el momento actual, están divididas en dos tendencias diametralmente opuestas con respecto al riñón que debe operarse en primer término: unos sostienen

que el riñón más sano (Albarran, Legueu, Lory, Nicolich, Frigaux, Bruni, Cifuentes, Papin, Harpster) y otros, el más lesionado (Marion, Levy, Oreja, Peña, Rosenstein, Tardo, Rafin, Treplin, Kummel, Schmidt, Pascual, Imbert, etc.). No es posible por razones de espacio analizar las múltiples razones que invocan los partidarios de ambas tendencias para justificar sus opiniones: sólo cabe decir que nosotros creemos más fundados los argumentos esgrimidos por los primeros y de acuerdo a ello, la primera operación fué sobre el lado derecho (riñón considerado el más sano, menos lesionado).

3º) Por razones expuestas con toda amplitud en otras oportunidades, somos partidarios de la pielotomía inferior, extrayendo con toda facilidad un cálculo, al parecer fosfático, precedida por la sección del vaso venoso polar inferior, causante de la hidronefrosis y que imposibilita la liberación del polo inferior.

Antes del acto quirúrgico se cateterizó el uréter correspondiente, para impedir la salida de orina por la herida en las días siguientes y su consecuencia: infección de la celda peri-renal por las orinas sépticas, y para facilitar la cicatrización de la brecha operatoria. Debemos dejar constancia que la primera finalidad fué lograda, no así la segunda, tardando mucho tiempo en cerrar definitivamente la herida. La experiencia recogida en otras observaciones, confirmatoria de ésta, nos permite declarar que el cateterismo ureteral permanente post-pielotomía en casos de dilatación piélica, retarda la cicatrización en lugar de favorecerla, como se observa siempre cuando no existe dilatación ni retención. Enunciamos sólo el hecho, sin tratar por ahora de explicarlo.

Después de un intervalo de 1½ mes, se operó el riñón izquierdo, reseándose igualmente un vaso polar inferior, y extrayéndose el cálculo por pielotomía inferior. Se comprobó asimismo el retardo en el cierre definitivo de la herida, producido por la sonda ureteral permanente y casi podríamos asegurar que aquella cicatrizó cuando fué retirada ésta.

El tiempo transcurrido entre ambas intervenciones quirúrgicas, dependió del estado clínico de la enferma y de la evolución del post-operatorio. Es casi imposible determinar con anterioridad este plazo, variable en cada enfermo, como lo sostiene Pícatoste en su comunicación al IVº Congreso Hispano-Portugués de Urología.

D) En la calculosis aséptica, y con mayor razón en la séptica, la extracción operatoria constituye sólo una parte del problema terapéutico, por la frecuencia de las recidivas, (20 - 22 % de los casos), como lo ha sostenido en nuestro país J. Uriburu en su Tesis de Doctorado. Douillet en Francia y Picatoste en España se han ocupado extensamente del tema y al igual que Uriburu asignan al tratamiento post-operatorio igual o mayor valor que al acto quirúrgico mismo.

Uno de nosotros (Astraldi), ha sintetizado su opinión al respecto en la siguiente frase: "en la calculosis renal, la enfermedad se inicia realmente después de la extracción de los cálculos", queriendo expresar con ello la necesidad de un severo tratamiento post-operatorio para tratar de evitar la formación de un nuevo cálculo que obligaría a reintervenir.

En esta enferma, no se efectuó durante la operación la radiografía del riñón, puesto al descubierto, a objeto de evitar que un cálculo por pequeño que sea pase ignorado y pueda servir de núcleo de precipitación para nuevas formaciones calculosas, porque estábamos convencidos por el examen radiológico que el cálculo era único y que fué extraído intacto, sin desprenderse ninguna partícula del mismo.

E) Eliminadas las causas de la retención, se observa en algunos casos una reducción marcada del volumen de la bolsa piélica. No era lógico esperar que esto sucediera en nuestra enferma, dado el gran desarrollo alcanzado por la hidronefrosis y las últimas radiografías obtenidas, confirman desgraciadamente este pesimismo. Radiografía N° 3. Urografía excretora obtenida a los 10 meses.

Una verdadera recidiva calculosa en época no muy lejana, es tanto más de temer, cuanto que a pesar de los múltiples recursos esgrimidos contra la infección de los focos sépticos, etc.), ésta permanece en pie y los exámenes del sedimento urinario acusan la presencia constante de estafilococos y pus.

Esta se ha realizado en efecto en el mes de enero del año en curso, precedido de un síndrome infeccioso —escalofríos y fiebre— nuestra enferma elimina un cálculo alargado, que una radiografía previa indicaba estar ubicado en el uréter pelviano derecho. Desde entonces hasta la fecha, mayo 6, en que la enferma es dada de alta, no ha presentado nada de particular.

Nuestra última esperanza radica en el régimen cetógeno que se instituyó, ante el fracaso de las numerosas sustancias administradas para volver ácido el medio urinario. Esto se consigue, y por esta razón la enferma vuelve a un régimen normal de vida. Continuando sus orinas ácidas.

Discusión

Dr. Isnardi. — Pide al Dr. Astraldi que exponga su opinión sobre la conducta operatoria a seguir en las litiasis bilaterales. Refiere que conoce las controversias sostenidas al respecto, siendo él partidario de intervenir en primer término el riñón más enfermo. Le solicita además su opinión sobre la oportunidad de haber agregado a la intervención practicada, la enervación del pedículo renal, que quizás podría favorecer el metabolismo del órgano y colocarlo en mejores condiciones para evitar la recidiva, posible en todo momento por la existencia de una gran dilatación pélvica y de la infección.

Dr. Astraldi. — Ya he dicho que las opiniones están al respecto divididas, haciéndose partícipes de cada uno, hombres de reconocida competencia. Yo me he iniciado haciendo siempre la 1ª operación sobre el lado más sano y esto siguiendo las enseñanzas que recogiera de mi maestro Legueu. Como los resultados que he tenido han sido satisfactorios, es el motivo por el cual no he operado nunca sobre el más enfermo.

En cuanto al 2º punto, diré que los resultados de pseudo recidivas encontradas aquí por Uriburu es de 20 al 22 %, que no concuerdan con las cifras de autores extranjeros, que es del 45 al 55 % y esto porque allá los enfermos pueden ser seguidos mejor que aquí. Las recidivas tienen como base fundamental dos hechos, la infección y la retención. Creo que el trastorno metabólico diatésico pasa a segundo término.

2º término. Y bien me parece que la enervación del pedículo no influirá sobre cualquiera de estas para evitarlas. No he hecho nunca pieloscopías en riñones enervados para saber si los trastornos de evacuación se modifican por esta intervención.