

TRABAJO ORIGINAL

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del  
Hosp. Alvear; Prof.: Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor

HECTOR D. BERRI

## LA UROGRAFIA DE EXCRECION

LA urografía de excreción o de eliminación ha sido el descubrimiento urológico más importante de los últimos 35 años, habiéndose extendido rápidamente no solamente por su importancia e inocuidad, sino también por la sencillez de su técnica al alcance de todo médico y a la inversa del otro medio de investigación, la pielografía ascendente, que exige para su aplicación instrumental especial y habilidad práctica especializada.

Su denominación de urografía de excreción le fué dada por Ravasini y su descubrimiento fué basado en los principios que rigen la colecistografía de Grahan, debiendo las sustancias ingeridas por una vía cualquiera poseer la doble propiedad de eliminarse por la orina y de ser opacas a los rayos X.

Las primeras experiencias al respecto fueron efectuadas en el año 1923 por Osborne, Sutherland, Rowtree y School, que usaron el yoduro de sodio con resultados mediocres, no llegándose a visualizar los uréteres y sí solamente la vejiga por vía oral.

Más tarde, Volkman y Hrynstschaks, en 1924, usaron además del yoduro de sodio, el bromuro de sodio y el yoduro de litio con iguales resultados que los anteriores y Ziegler y Kohler investigaron con una mezcla de yoduro de sodio y urea con algún éxito, que fué aplicado por vía endovenosa con resultado positivo por Roseno y que denominó Pielognost, actuando en este producto la urea como diurético.

Otros autores usaron la vía endovenosa e inyectaron otros productos como el Neosilvol por Radich y el aceite yodado por Neuranyer, siendo presentados en 1927 al Congreso de Urología por Belot y Pasteau trabajos al respecto.

Lichwitz efectuó trabajos de experimentación con el Selectan Neutral preparado por Binz y Rath, que fué perfeccionado más tarde por éstos, llegándose a obtener otro producto que se llamó Uroselectan, que era más tolerable y opaco que el anterior y que aplicado en el hombre por Swick demostró sus bondades y la eliminación casi absoluta de su principal componente, el yodo.

Von Lichtemberg, en Alemania, estudió el uroselectan desde el punto de vista clínico y después de numerosas observaciones presentó los resultados obtenidos por vía endovenosa al IX Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, donde otros autores como Roseno presentaron trabajos similares con el Pielognost por la misma vía y Kohler, de Berlín, con la mezcla de yoduro de sodio y urea.

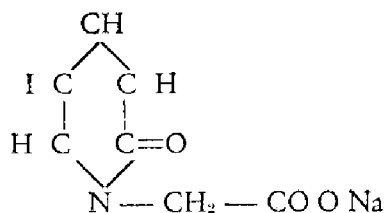
La urografía de excreción ha suscitado vivas polémicas, una de ellas en el Congreso de Urología efectuado en Londres en 1933, al ser presentado como un rival de la pielografía ascendente por su inocuidad, su facilidad de técnica, y su doble importancia diagnóstica y funcional.

#### VÍAS DE APLICACIÓN.

Son cuatro, por orden de importancia, las vías de aplicación: endovenosa, rectal, subcutánea y oral.

VÍA ENDOVENOSA. — Es la de elección, debiendo ser usadas las otras vías cuando ésta no puede ser aplicada.

*Uroselectan A.* — Este producto ha sido usado años atrás, habiendo sido reemplazado por el B. Es un polvo de color amarillo, soluble en agua fría al 35 %, que precipita bajo forma de cristales por la acción ácida y en frío, siendo necesario, según Ascoli, un grado de acidez de 462 a 443. Su color por la acción de la luz cambia del amarillo al verde. Es un derivado de la piridina; su fórmula es:



2 oxi 5 yodo piridina N acetato de sodio y contiene 42 % de yodo íntimamente unido a la molécula orgánica.

Según Ravasini, es inocuo a la dosis de 6 gr. por kilo de peso, siendo la dosis mínima letal de 8,25. Su eliminación es de un 85 a 95 % y comienza al primer minuto, aumentando hasta las dos horas, llegándose a eliminar el 90 % en las seis primeras horas y cesando ésta después de varias horas. La eliminación es en su gran mayoría por la orina; el resto se elimina por la bilis según Gursel y por la saliva según Dallepiane.

Este producto fué librado al comercio por la casa Schering Kahlbaum de Berlín, y en París por sus representantes los Laboratorios Gruet, con 40 gr. de polvo que se disolvían en 110 c. c. de agua bidestilada y que fué reducido posteriormente a 30 gr. por conceptuarse ésta la dosis máxima necesaria. La solución se filtraba y se esterilizaba durante 10 minutos a la ebullición, reduciéndose de 110 c. c. que era al principio, a 100 c. c. Esta podía inyectarse dos o tres días después de preparada, pero era necesario guardarla en un sitio obscuro, y esterilizarla nuevamente antes de su inyección.

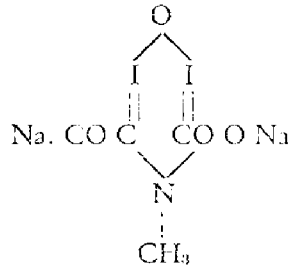
Uno de los inconvenientes era el volumen de la solución, para lo cual Heuser ideó un dispositivo de una llave de tres pasos, uno se comunicaba con la jeringa, otro con la aguja y otro con el frasco a inyectar. Punzaba la vena, llenaba de sangre la jeringa, la mezclaba con la solución y la inyectaba de inmediato.

La dosis en los adultos es de 100 c. c. al 30 %, en los niños por debajo de 12 años 60 c. c., por debajo de 6 años 40 c. c. y en los lactantes y niños muy pequeños 20 c. c.

*Uroselectan B.* — Este producto de la misma casa Schering que al anterior, fué obtenido por Dohrn y Diedrich, del Laboratorio Central, y fué dado a conocer después de los trabajos de V. Lichtemberg y sus colaboradores en la Clínica Urológica del Hospital St. Helwig de Berlín.

Derivado de la piridina, contiene 51,5 % de yodo fijado orgánicamente y contiene 15 gr. de principio activo en solución de azúcar invertida al 10 %. Aunque la solución es hipertónica, el agregado del azúcar invertida previene la aparición de síntomas de

intolerancia. Es una sal sódica del ácido 3,5 de yodo 4 piridoxil N metal 2,6 dicarboxílico:



La dosis para los adultos es de una ampolla, es decir, 20 c. c. Para los niños, 10 c. c.

*Abrodil.* — Manufacturado por la I. G. Farbenindustrie, es importado por la Química Bayer, siendo denominado por los americanos e ingleses bajo el nombre de Skiodan. Es un monoyodo-metano sulfonato de sodio y contiene 52 % de yodo, encontrándose éste en una combinación orgánica tan firme que no reacciona en absoluto con el ácido nítrico ni el nitrato de plata, no consiguiéndose poner en libertad al yodo mediante el ácido sulfúrico y el nitrito.

Es un polvo blanco, inodoro, de sabor azucarado, soluble al 70 %. Se usa en solución al 20 % en dosis de 50 a 100 c. c., que se filtra y esteriliza por la ebullición, eliminándose el 75 % en cuatro horas y media y casi todo el producto en 24 horas.

*Perabrodyl.* — Producto de la misma casa que el anterior, se usa en ampollas de 20 c. c., que contiene 35 % de yodo, es decir, 7 gr. por ampolla.

Dosis para adultos: una ampolla. Niños de diez años: 8 a 10 c. c. Niños de pecho: 2 a 3 c. c.

*Tenebryl.* — Es un producto de los Laboratorios Guerlet; es un di-yodo-metano-sulfonato de sodio que posee un 68,8 % de yodo, siendo su peso molecular de 370.

Dosis para adultos: 25 gr. al 45 %; es decir, 11 gr. 25 de producto con 7,6 de yodo por dosis.

*Pielognost.* — Preparado por la Chemischen Fabriken de Dresden, es una mezcla de yoduro de sodio y de urea, de color blanco, soluble fácilmente en agua tibia.

Se usa 60 gr. de producto en 200 c. c. de agua. Produce yodismo, aconsejando Roseno inyectar previamente a su aplicación una dosis de pantopón.

*Orto-yodo-hipurato de sodio.* — Es fabricado por The Zonits Products Corporation, que utiliza un núcleo orgánico que representa un producto normal del metabolismo animal. Carece de efecto tóxico, es de costo poco elevado y puede ser disuelto en frío, dando en un volumen reducido resultado satisfactorio.

*Pielofanina.* — Producto de la Casa Erba, es un yodo-metano sulfonato de sodio en el cual el yodo está muy ligado a un complejo orgánico que lo pone en libertad por la acción del organismo. Se vende en solución al 40 % y se inyecta 50 c. c. de ella.

VÍA RECTAL. — Esta vía está indicada en:

1º Casos de imposibilidad de efectuar la inyección endovenosa.

2º En los casos de contraindicación por tirotoxicosis, insuficiencia renal avanzada y tuberculosis renal grave.

3º Cuando el enfermo rehusa la vía endovenosa y es conveniente efectuar la urografía de excreción en los exámenes clínicos.

Esta vía no tiene contraindicación y solamente en los casos de intensa irritación intestinal la sustancia opaca no es tolerada por el recto, siendo los supositorios que contienen a ésta expulsados, debido según parece a la glicerina que contienen, por lo que ha sido reemplazada por la manteca de cacao, pero ésta forma una capa intermedio grasosa que impide la buena reabsorción del medio de contraste.

Esta vía ha sido usada por Kohler, Boeckel, Sichel, Hoffman y Giordanengo, de la Clínica de Turín, usando éstos comúnmente como medio de contraste el abrodil a dosis de 0,30 por kilo de peso, es decir, 15 gr. para un adulto de 50 kilos y 24 gr. para uno de 80 kilos.

Se aplica en solución al 40 %, con 15 gotas de láudano en enema, colocando al enfermo en posición lateral izquierda y antes de obtener el urograma en posición decúbito dorsal por varios minutos.

Treinta minutos después del enema se obtiene un urograma a los 45 minutos otro y a la hora el tercero. Pasado este lapso de tiempo, si la pelvis renal no se ha llenado, se deja eliminar el enema al exterior.

Como el enema rectal suele obscurecer la sombra renal izquierda, se aconseja efectuar éste en posición sentado o semisentado, lo que impide que el enema suba muy alto y además se facilita la absorción por las columnas rectales y los plexos hemorroidales; o si no, aplicar el medio de contraste en supositorios.

La I. G. Farbenindustrie vende en el comercio supositorios cuya fórmula es: abrodil y gelatina partes iguales, 2 gr.; agua destilada, 0,50; gelatina, 0,80; para cada supositorio y a usar cuatro por vez.

Como su preparación farmacéutica es dificultosa por el tamaño que llegan a tener los supositorios, la Flackta Orn Laboratoires los prepara de doce a catorce milímetros de tamaño.

Kohler usa el abrodil al 40 %, sin irritación alguna, usando la siguiente técnica:

Prepara al enfermo como si fuera a obtener una radiografía común, suprimiéndole doce horas antes los líquidos. Luego enema común y dos horas después radiografía simple y de inmediato hace colocarle al enfermo cuatro supositorios de 5 gr. de abrodil cada uno. Obtiene tres clichés a los 45, 60 y 75 minutos, previa compresión de los uréteres con un balón de aire. Sobre 30 casos obtuvo en 23 relleno de una o dos pelvis, en 4 poco relleno y en 3 ninguno, pero en 2 de estos últimos hubo que retirar los supositorios a los 20 minutos.

Knut Wolke usa supositorios que contienen: abrodil, 5 gr.; extracto de belladona, 0,007; gelatina, 2 gr.; agua, 1 gr.; glicerina, 0,40; en que la belladona tiene su importancia por su acción sobre el vago. Los aplica con goma tragacanto, habiendo obtenido buenos resultados en un 90 % de los casos en el Hospital General de Oalma.

La compresión ureteral se aconseja en esta vía: Kohler, Hymam, Vielther y Knut Wolke dicen que si bien no es fisiológica, es conveniente efectuarla y no debe ser ésta efectuada hasta que la orina contenga el medio de contraste en la pelvis renal, pues de no ser así la opacidad es muy poca.

VÍA SUBCUTÁNEA. — Está indicada, como la anterior, en los casos de ser imposible usar la vía endovenosa.

Preconizada por Bulzenzeiger en 1931, éste manifiesta haber obtenido tan buenos resultados como la vía endovenosa y sin trastorno alguno.

Usa el abrodil al 4 % y en cantidad de 500 c. c., a lo que agrega dos ampollas de impletol (cafeína y novocaína) para tolerarlo mejor, efectuando la inyección en la parte lateral del tórax.

Los mejores urogramas los obtiene de los 30 a los 50 minutos.

En 1932 Hildebrand usó este método en un niño de 14 meses inyectando 100 c. cñ al 4 % de abrodil, con buenos resultados y sin producir trastorno alguno.

VÍA ORAL. — Esta vía exige grandes cantidades de producto y da resultados muy inconstantes.

*Pielognost.* — Se usa en cantidad de 60 gr. en 200 de solución.

Kohler y Ziegler han usado una mezcla parecida de pielognost, compuesta de yoduro de sodio, teocina y urea, y han obtenido radiografías a las cuatro horas, con buenos resultados, previa compresión ureteral en la sínfisis sacro-iliaca.

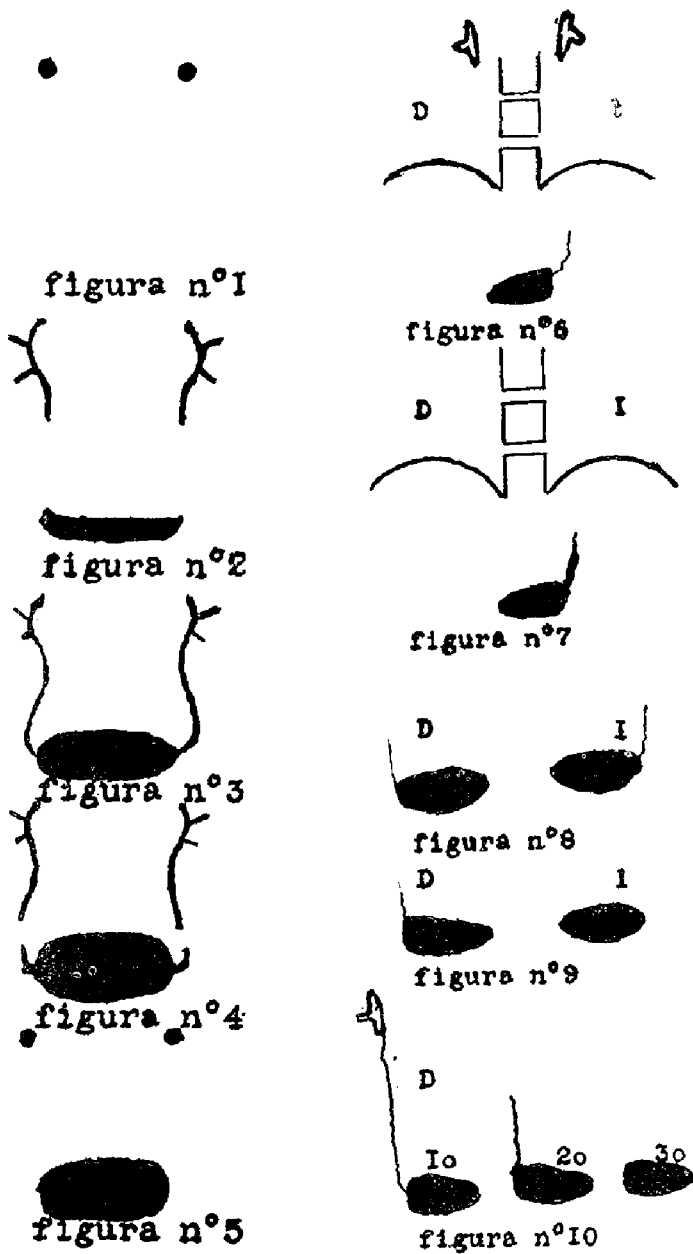
*Orto-hipurato de sodio.* — Su aplicación ha sido efectuada por Swick. El usa 10 a 15 gr. del producto, disueltos en 75 gr. del jarabe simple y obtiene urogramas a los 90 a 135 minutos después de la ingestión. Las imágenes obtenidas son bastante buenas en un 50 %. El gusto es salobre, poseyendo el 38,8 % de yodo. En un niño de 13 años aconseja la cantidad de 10 gr.

#### LA UROGRAFÍA DE EXCRECIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DIAGNÓSTICO Y FUNCIONAL.

La urografía de excreción nos muestra la expresión real y fisiológica de las vías urinarias.

El estudio del dinamismo de las vías excretoras en los últimos años después de los trabajos de Gouverneur, Legueu y Marion, nos muestra las modificaciones ureterales que no son explicables por factores mecánicos únicamente, sino por otros procesos de infección o del sistema nervioso, tales como la vagotonía o la simpati-

cotonía, que nos dan el dinamismo, la hipokinesia, la atonía y sus consecuencias y hasta los espasmos vesicales por bacilurias debidos



a fenómenos de irritación o infección del sistema muscular del reservorio vesical, y es la urografía de excreción la que nos muestra esos trastornos.

Los medios de contraste al eliminarse por las vías urinarias se basan en el concepto de Legueu, el cual opina "que la orina, al



ser segregada por el parénquima renal, se rige como en la secreción gástrica por la función motriz dada por el sistema neuromuscular, dependiendo de la tonicidad de los músculos pieloureterales el ritmo de las contracciones peristálticas.

Cuando los cálices, bacinete y el uréter se llenan de líquido se produce una contracción del bacinete que continúa hacia abajo expulsando el líquido que existe en su interior y en el uréter, pero sin sincronización por ambos lados del aparato urinario, lo que nos indica una absoluta independencia de inervación renal.

Las contracciones piélicas, de acuerdo a los estudios efectuados, se presentan cada 30 a 40 segundos, pudiéndose modificar éstas en su frecuencia si se inyecta líquido en su interior, como sucede con la pielografía ascendente, en que la pelvis reacciona a la excitación producida por la entrada del líquido violentamente en su interior, presentándose las contracciones en intervalos desde varios a quince segundos.

Esquemáticamente, la eliminación de la substancia opaca es la siguiente:

Se inicia por dos manchas oscuras, una a cada lado de la columna vertebral (fig. 1), que van aumentando paulatinamente de tamaño, diseñando la forma del bacinete y cálices (fig. 2).

La imagen vesical aparece tomando la forma cóncava hacia arriba, mientras que la imagen piélica se continúa con los uréteres que al visualizarse llegan o no a unirse con la vesical, lo que pasa generalmente a los 30 minutos, dando en el primer caso una imagen completa del aparato urinario (fig. 3).

Más tarde los uréteres van desapareciendo paulatinamente (fig. 4) hasta llegar a adquirir el tamaño inicial (fig. 5) de dos puntos que desaparecen en una hora y media a dos, quedando únicamente la imagen vesical, que acusa el valor funcional del riñón, y que ha sido llamado por Constantinesco clichés fisiológicos normales.

Estas imágenes varían de cada lado de acuerdo al trabajo funcional.

Una mayor intensidad de un lado indicaría en muchos casos, como lo indica Jehol, una sobrecarga funcional por hipertrofia compensatriz en los casos que el otro riñón esté destruido.

A su vez, una falta de imagen no indica en muchos casos una mala función, pues de acuerdo a la opinión de von Lichtemberg, pueden encontrarse las vías de excreción en sístole o diástole y por ello vacías o llenas, ocasionando la desaparición o aparición de la imagen correspondiente.

Por otra parte, un riñón que elimine muy rápidamente puede no dar imagen, pues la orina cargada del medio opaco es muy rápidamente evacuada, no quedando el tiempo suficiente en el bacinete y uréter para impresionar la película radiográfica, de ahí la importancia que adquiere el signo vésico-ureteral o de Constantinesco, que se basa en la visibilidad del uréter pelviano y el levantamiento de la vejiga en el lado del riñón que mejor trabaja y la depresión del lado que funciona deficientemente.

Este signo debe investigarse:

1° Cuando los dos riñones trabajan y es difícil precisar cuál es el enfermo y el grado de destrucción (fig. 6). Este esquema nos muestra una mejor eliminación izquierda (uréter izquierdo visible y asimetría del globo vesical por mayor levantamiento de ese lado).

2° Cuando existe una imagen renal visible del lado enfermo y hay una imagen defectuosa del sano (imagen invertida). La figura 7 nos muestra mejor función del lado izquierdo (uréter pelviano izquierdo visible).

3)° Falta de imagen renal de los dos lados con imagen vesical. La figura 8 indica igual valor funcional. La figura 9 indica mejor funcionalidad derecha.

4° Riñón único. La figura 10 nos muestra la falta de la imagen renal y ureteral en los tres clichés, lo que indica la falta del riñón izquierdo.

Como observamos:

1° El signo ureteral y vesical puede localizar los riñones buenos y los destruidos con más certeza a veces que las imágenes renales, que pueden a veces inducir a error.

2° El signo ureteral pelviano constituye por sí sólo un medio práctico de evaluar la capacidad funcional del riñón.

3º Estos signos reemplazan a las imágenes renales cuando éstas faltan y sus datos son suficientes para juzgar del estado renal.

4º Son un medio de control en los casos de duda de los datos renales.

5º Tienen un valor complementario cuando los informes renales son concluyentes y concuerdan con los datos vésico-ureterales.

Existen dos teorías sobre la eliminación de las sustancias opacas:

1ª La de Lichtemberg o radiográfica, que dice que la intensidad de la imagen depende de la función renal y que la imagen aparece o desaparece de acuerdo con su valor funcional.

2ª La de Ravasini o radioscópica, que sostiene que lo importante es el tiempo de aparición o desaparición de la imagen y que es la mejor imagen la que aparece primero, y al revés la que aparece tardíamente es la del riñón enfermo. Este autor no da importancia a la intensidad de la imagen, pues opina que en caso de obstrucción de las vías urinarias o alteraciones renales la sustancia de contraste se acumula dándonos una mejor imagen con dilatación y agrandamiento de ella, debido no solamente a la retención, sino también a la paresia de la musculatura pelviana y ureteral en el momento de la diuresis provocada por la inyección de la sustancia opaca.

La eliminación de la sustancia opaca es paralela a la de la urea y sulfofenoltaleína, pero su dosaje es menos práctico por la duración de la prueba y el dosaje del yodo en la orina; y así como Perlignan, Ascoli, Lilla, Bellucci, Caporalli, y Zanardi son reservados al respecto, otros como Asti, Turano, Piccinini son partidarios de él, siendo para Constantinesco y otros un medio tan importante como los otros de exploración ya conocidos.

Legueu, Fey, Truchot y Ravasini son contrarios a evaluar el valor funcional por la urografía de excreción, pues opinan que, los productos como el uroselectan, hacen variar la diuresis produciendo además una hiperactividad funcional que cesa cuando la eliminación ha terminado (atonía de Legueu, hipotonía de Lichtemberg, atonía funcional de Roseno y Ravasini).

La eliminación urinaria del uroselectan acusa un paralelo con el grado de concentración, debiendo para la evaluación funcional tener en cuenta la densidad máxima, que en un riñón sano es de 1012 a 1015, llegando a 1050 y descendiendo a 1036, para llegar a la normal más tarde. Cuando la función es mediocre o mala la diuresis, es de 1012 a 1030.

Lichtemberg evalúa la retención del uroselectan en la sangre y dice que 0,50 % o más acusa retención y por debajo de esa suma la eliminación es buena, con lo que no están de acuerdo Chabanier y Lobo Onell, que conceptúan que la presencia y eliminación del uroselectan es muy variable en la orina.

El Ph urinario en el riñón sano es de 5,6 a la tercera hora de la inyección y vuelve a su valor normal a las seis a siete horas, no así en el riñón enfermo.

El dosaje del uroselectan se hace cuantitativa y cualitativamente. En el primer caso se dosa por el método volumétrico o el colorimétrico. En el segundo se toman 30 a 50 c. c. de orina, que se deja secar a bañomaría, con cápsula de porcelana, se agrega cal viva en exceso, que se mezcla íntimamente al residuo, éste se carboniza lentamente con poca llama, se deja enfriar, se trata la ceniza con agua, se filtra y sobre ésta se busca el yodo.

#### PREPARACIÓN DEL ENFERMO Y OBTENCIÓN DE LOS UROGRAMAS.

La preparación del enfermo es imprescindible para obtener un buen urograma, pues de no ser así la aerocolia puede inducir a error o impedir una buena interpretación de imágenes.

Con ese fin se ha aconsejado, con más o menos buenos resultados, dieta especial, la hipofisina, de Joseph, el enema abundante con agua y carbón, los purgantes y la sonda permanente.

Segré aconseja un enema hipertónico de cloruro de sodio al 20 % en cantidad de 2.000 c. c., que se elimina en su totalidad y activa el peristaltismo intestinal por su acción irritante.

A fin de obtener una mejor imagen se aconseja la posición de Trendelenburg, el llenado de la vejiga (Ziegler, Kohler y Roseno), la compresión prolongada del uréter (Lenarduzzi y Ollier), y la acentuación de la curvatura lumbar a fin de que el pa-

ciente se halle en una acentuada lordosis (Paluguay, Hastinger); pero todos ellos, si bien llenan su misión de aumentar la visualización de la imagen, dificultan el curso normal de la orina, impidiendo por ello la obtención de una imagen lo más fisiológica posible.

No debe inspirarse profundamente antes de la apnea al sacarse la radiografía, pues se produce el vaciamiento del árbol urinario, así como obtener los urogramas en un ambiente frío o dejar al descubierto al enfermo, pues se producen espasmos en el aparato urinario que dificultan la obtención de una buena imagen.

La vejiga debe estar en vacuidad en el momento de obtenerse los urogramas para que su sombra no oculte la porción pélvica del uréter.

Se aconseja efectuar dos enemas de 500 gr., uno la noche antes y el otro a la mañana, suprimiendo en lo posible los líquidos y en ayuno desde la víspera, usando otros el primer enema de tres cuartos de litro de agua con glicerina y 25 gotas de esencia de trementina y el segundo de agua, que se efectuará una hora más tarde.

Para la aerocolia se aconseja el Absorgan de Heyden (varias cucharaditas), la Tacadiastasa (cuatro tabletas), la Pituitrina o las pastillas de Luizyn de la Luipold Werke, de Munich, a tomar tres veces al día después de las comidas y que desdobra la celulosa y la hemicelulosa impidiendo la fermentación y la aerocolia; y por último el uso de la sonda rectal antes de obtenerse la segunda radiografía.

La inyección se efectuará en las venas del pliegue del codo, o en caso de no ser posible efectuada en ese lugar, se buscará en la muñeca, pie, cuero cabelludo y aun en la fontanela en los niños. Como se trata de una solución hipertónica y a fin de evitar la irritación de la túnica interna de la vena, se mantendrá la aguja en el centro de la luz del vaso y se inyectará la solución muy lentamente, para lo cual es conveniente el empleo de una aguja de poco calibre.

Se obtendrán tres clichés radiográficos a los 5, 20 y 45 minutos después de la inyección, pero algunos aconsejan a los 10, 30 y 50, pero a fin de observar el tiempo de aparición de la ima-

gen piélica que en los riñones sanos es de 2 a 5 minutos, se aconseja los primeros tiempos. Cuando se desee tener una orientación anatómica general, suele bastar una sola radiografía que se obtendrá a los 20 a 30 minutos de la inyección.

La posición será la de decúbito dorsal y cuando se desee conocer el desplazamiento del riñón por los cambios de posición debe obtenerse la segunda de pie.

#### VENTAJAS E INDICACIONES DE LA UROGRAFÍA DE EXCRECIÓN.

La urografía de excreción ha sido adoptada con entusiasmo por la mayoría de los urólogos y radiologistas, tales como Lichtemberg, Swick, Lichwitz (Altona), Hryntschick (Viena), Braash, Drackter, Freudenthal, Gessell, Hellstrom, Hulter, Hyman, Jaches, Kiellenthner, Kretschner, Orth, Stoffel, Paluguay, Sgalitzer, Viether, Wollessen y otros en el extranjero, y en nuestro país, entre otros, Salleras, Astraldi, Spurr, Lanari, Saralegui, Bengolea y Heuser han utilizado este medio de investigación hasta en enfermos con azotemias de 0,80 por 1.000.

Además de las ventajas de estudiar simultáneamente la morfología y dinamismo de las vías excretoras, la urografía de excreción es el método de elección en los niños e indispensable en los lactantes por la dificultad e imposibilidad del uso del instrumental necesario para la pielografía ascendente, los peligros consiguientes y la dificultad de obtener la inmovilidad necesaria para esta técnica por el dolor que acusa el enfermo y la edad del mismo.

Las indicaciones de la urografía de excreción pueden ser absolutas y relativas:

*Absolutas.* — Cistoscopia imposible de efectuar por estrechez de la uretra y cistitis intensa, principalmente en la tuberculosis renal o vesical.

Cistoscopia posible, pero cateterismo imposible de efectuar.

Estrecheces o compresiones del uréter o pequeño calibre congénito de éste.

Hidronefrosis con acodaduras en sifón.

Mega-uréter con variación de situación de los meatos ureterales.

Imposibilidad del cateterismo en el niño.

Embarazo a término.

Rechazo por el enfermo de la pielografía ascendente.

*Relativas.* — Diagnóstico no efectuado y cuando es necesario conocer la morfología de las vías excretoras.

Seguridad sobre la existencia del otro riñón antes de la nefrectomía.

#### INCONVENIENTES Y CONTRAINDICACIONES DE LA UROGRAFÍA DE EXCRECIÓN.

Al efectuar la inyección ha sido necesario a veces llegar a la denudación de la vena, debiendo en el caso que ésta falle, efectuar la urografía de excreción por otra vía.

El ligero dolor del brazo que acusan los enfermos al efectuar la inyección es debido a la penetración demasiado rápida del mismo, el que es atribuído por Palaguay a un espasmo venoso.

Durante la inyección y en el cuarto de hora que sigue a ésta, se observa a veces sensación de calor general a la cara y en los órganos genitales, que no es debido, según Morhardt, al uroselectan, sino a la solución hipertónica.

Además se suele observar sequedad de la boca y a veces fenómenos de colapso, así como urticaria, señaladas por Bouffart y Thivier, y yodismo como en el caso de Gonchier.

La urografía de excreción está contraindicada en:

- Insuficiencia renal aguda.
- .. .. crónica con uremia.
- .. .. hepática grave.
- Accidentes cardíacos descompensados.
- Basedowismo.
- Sensibilidad al yodo.

Ascoli no acepta estas contraindicaciones y urólogos con Swick, Lichtemberg, Ravasini y otros dicen que el uroselectan es prácticamente inocuo. Las experiencias de laboratorio admiten para Swick una impunidad de 180 gr. en 60 kilos de peso. Para Ravasini son dosis letales 360 gr. y para Benassi 560 gr.

Se han señalado con la urografía de excreción accidentes graves y aun mortales que se le han imputado a ella, pero que se conceptúa que son debidos a shocks hemoclásicos violentos comunes a

todas las inyecciones endovenosas, o a alteraciones renales en los que la inyección puede haber provocado la rotura del equilibrio inestable en que se encontraba el organismo.

Kalk cita un caso de muerte en una insuficiencia hepática con uronefrosis bilateral por compresión ureteral por mioma uterino e ictericia en una enferma de 68 años.

Heritage cita otro caso en un niño de 10 años con insuficiencia renal y uremia.

Santoro nos habla de un caso de muerte en un niño de 15 años con insuficiencia renal por calculosis renal bilateral e hidronefrosis.

Sickw cita el caso de una niña de 10 años que murió 19 horas después de la inyección de 60 gr. de solución de uroselectan al 35 % y que presentaba insuficiencia renal, pielonefrosis y uremia acentuada.

Teposu cita un caso de tetania.

Von Jachske uno de edema grave de la glotis.

Moulard presentó a la Sociedad de Radiología Médica de Francia, el 9 de junio de 1931, el caso de un enfermo al que se le colocó en la boca 20 gotas de adrenalina al milésimo antes de efectuar la inyección de uroselectan y que presentó a los 50 minutos shock grave, hipotensión y muerte, debiendo imputarse ésta a la adrenalina y no a la urografía de excreción.

Como vemos, en casi todos los casos de muerte, los enfermos presentaban profundas lesiones cardíacas, hepáticas o renales y se hallaban en grave estado antes de la inyección; no debiendo, por estas circunstancias, imputar aquélla a la urografía de excreción.

La experiencia ha demostrado que en muchos casos el uroselectan es tolerado aun en los basedowianos, probablemente por tratarse de un producto muy estable que se elimina casi íntegramente, sin dividirse sus componentes.

#### ANTISEPSIA URINARIA POR LA UROGRAFÍA DE EXCRECIÓN.

El uroselectan suele producir con frecuencia, después de la inyección, una ligera defervescencia febril, con disminución de los dolores y de la piuria.



Las experiencias de Dallepiane muestran que la proliferación del colibacilo se dificulta en una solución al 2 % y se detiene al 5 %, no modificándose el estrepto y el estáfilo.

Según Constantinesco la mejoría en el colibacilo es debida al poder antiséptico y al lavado provocado por la diuresis que ocasiona la eliminación de los gérmenes en masa.

#### PATOLOGÍA URINARIA.

Pasaré a estudiar la urografía de excreción en los diversos procesos del aparato urinario y su importancia desde el punto de vista diagnóstico y funcional.

#### *Tuberculosis urinaria*

En este proceso en su faz inicial el método de excreción no ilustra mayormente por no visualizarse las lesiones papilares, ni las que encontrándose en pleno parénquima no comunican con las vías de excreción, ni aun a veces las que estando en comunicación con ellas no son muy desarrolladas.

En algunas de estas circunstancias el método ascendente adquiere una gran importancia, pues permite comprobar lesiones que no se visualizan con el método descendente.

En la *radiografía 1*, H. Cl. 1900, uroselectan 45', se observa: malformación y dilatación de las vías de excreción en su parte superior, principalmente en el lado derecho, con rigidez y calibre uniforme del uréter izquierdo en toda su extensión.

En este caso se efectúa una radiografía con el método ascendente, que si bien ratifica el diagnóstico anterior, nos muestra además una lesión ulcerativa en el polo inferior que comunica con el cáliz inferior. *Radiografía 2*.

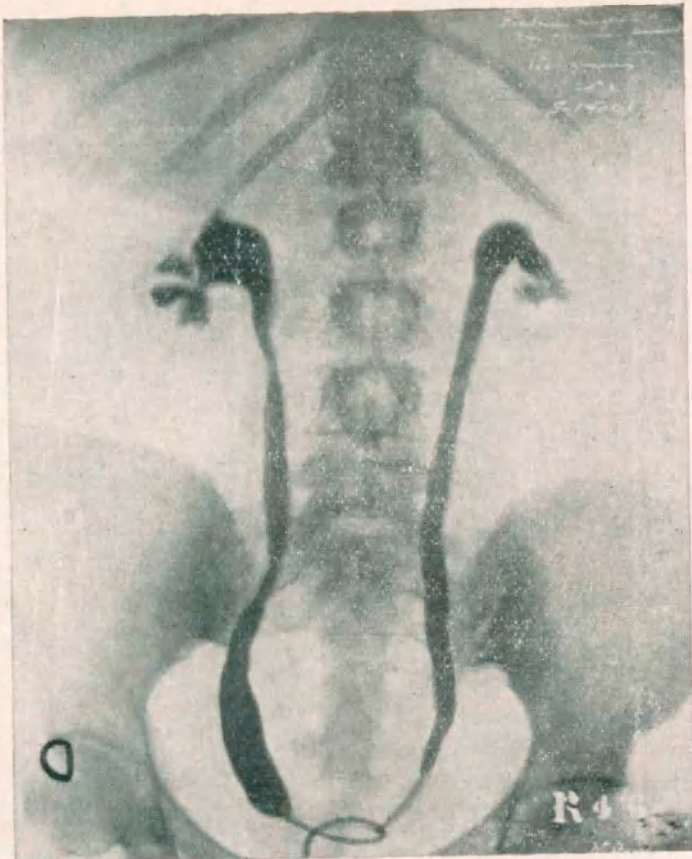
En procesos más avanzados la lesión es más visible, observándose generalmente las cavernas con nitidez suficiente y además una impregnación irregular de la superficie renal que nos muestra las partes caseificadas o no y que persiste aunque la eliminación haya terminado.

*Radiografía 3*. — Uroselectan 5'. Se observa: Riñón derecho: caracteres normales con muy buena eliminación. Riñón izquierdo:



Radiografía 1.

Cl. 1900. Uroselectan 45'. Malformación y dilatación de vías altas de excreción. (No se ve la lesión tuberculosa.)



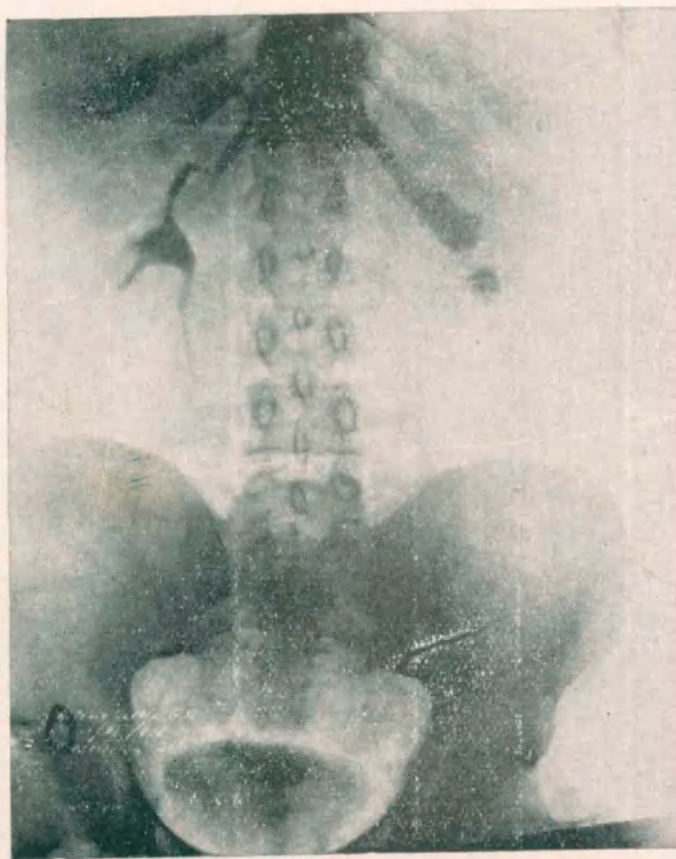
Radiografía 2.

H. Cl. 1900. Pielografía ascendente. Malformación y dilatación de vías de excreción. Tuberculosis renal izquierda.



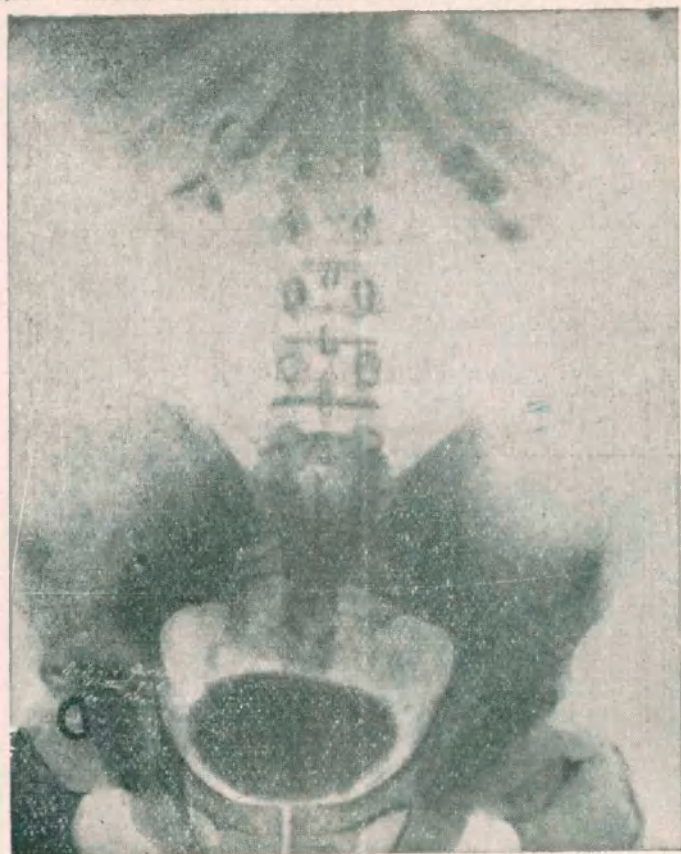
Radiografía 3.

Uroselectan 5'. Tuberculosis renal izquierda.



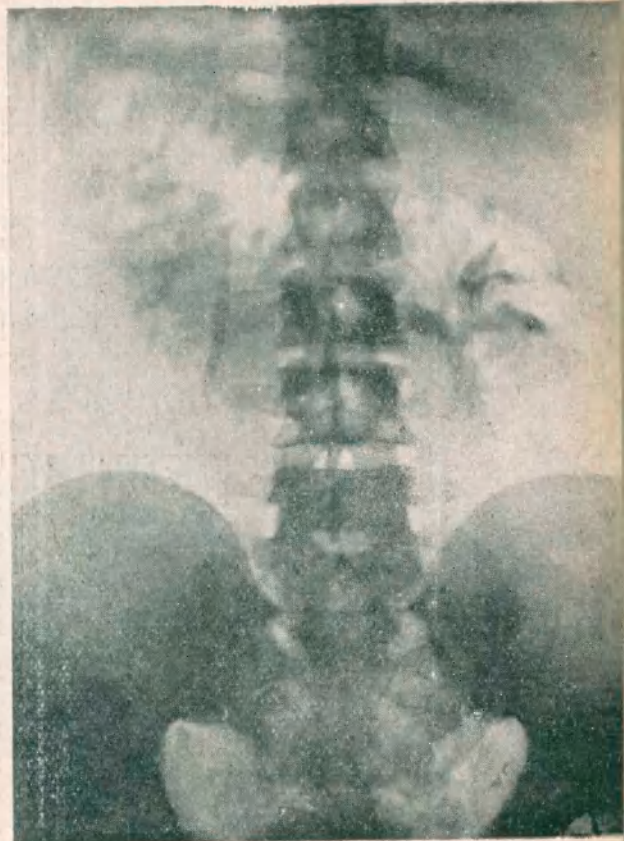
Radiografía 4.

Uroselectan 20'. Tuberculosis renal izquierda.



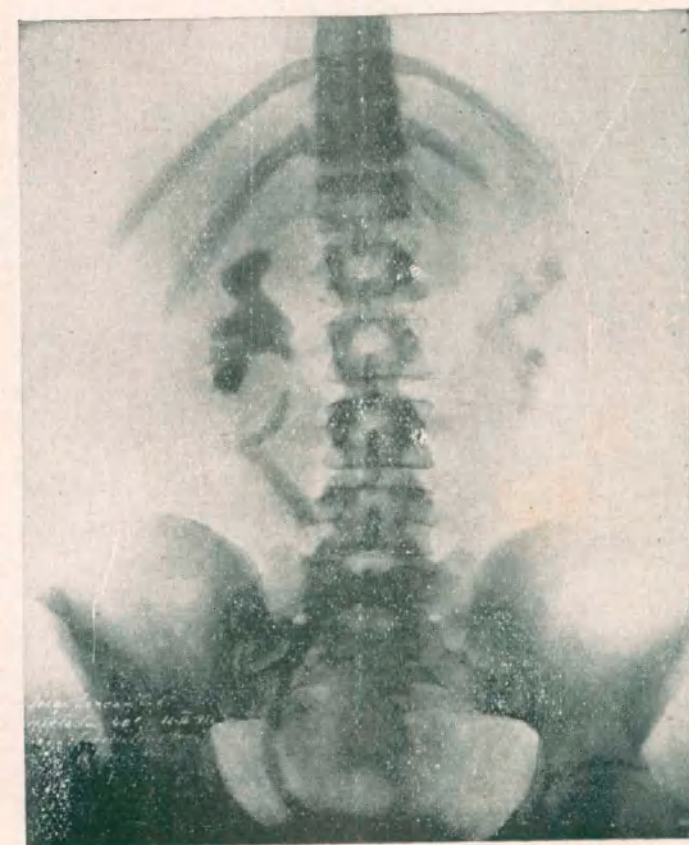
Radiografía 5.

Uroselectan 40'. Tuberculosis renal izquierda.



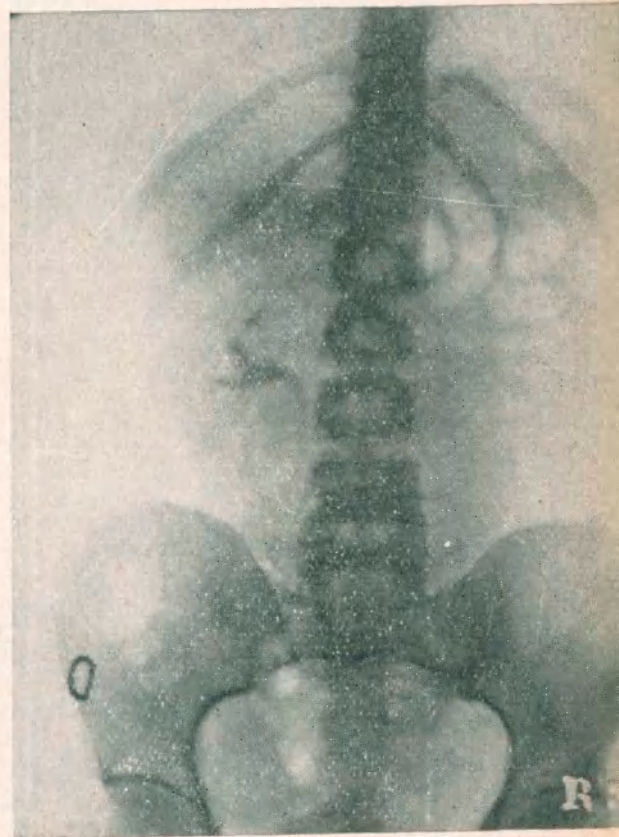
Radiografía 6.

Uroselectan 30'. Tuberculosis renal izquierda.



Radiografía 7.

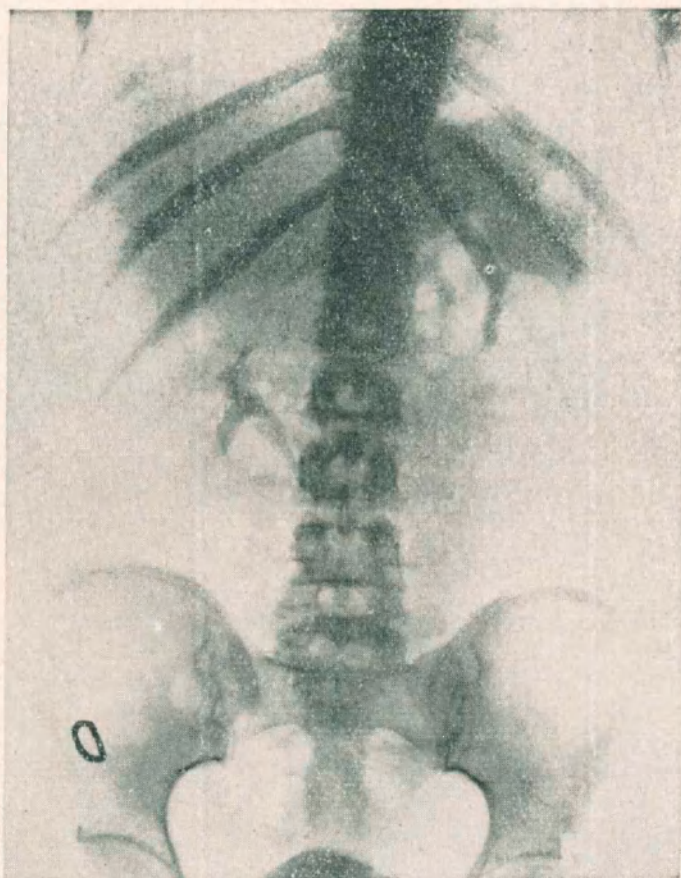
Uroselectan 40'. Tuberculosis renal izquierda.



Radiografía 8.

H. Cl. 1694. (Uroselectan 5'. Tuberculosis renal izquierda (pionefrótica).

sombra renal algo irregular y aumentada de tamaño; vías de excreción dilatadas, principalmente cáliz superior y lesión ulcerativa del polo inferior comunicando con el cáliz inferior. Poca eliminación



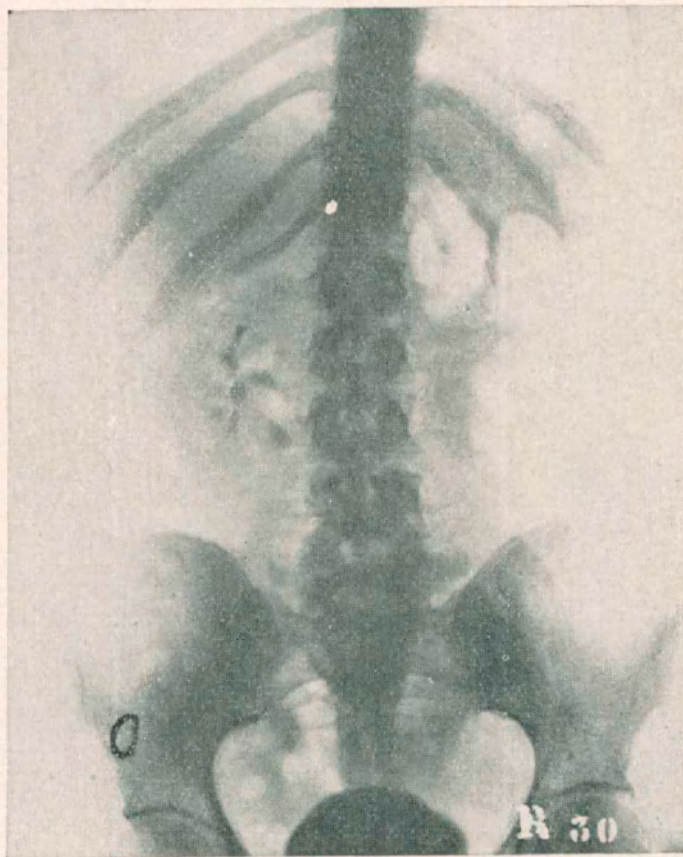
Radiografía 9.  
H. Cl. 1694. (Uroselectan 20'. Tuberculosis renal izquierda (pionefrótica).

de este lado. *Diagnóstico:* Tuberculosis renal izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 4.* — Mismo enfermo. Uroselectan 20'. Iguales caracteres que la anterior y mejor visualización en el lado izquierdo de las lesiones ya citadas. Buena imagen vesical de relleno.

*Radiografía 5.* — Mismo enfermo. Uroselectan 40'. Menor eliminación en el riñón derecho sano que en las anteriores y en el

riñón izquierdo la eliminación es inversa, es decir, mayor que en los otros, observándose además de las lesiones ya citadas, un bacinete pequeño y un uréter visible en su porción lumbar. Imagen vesical

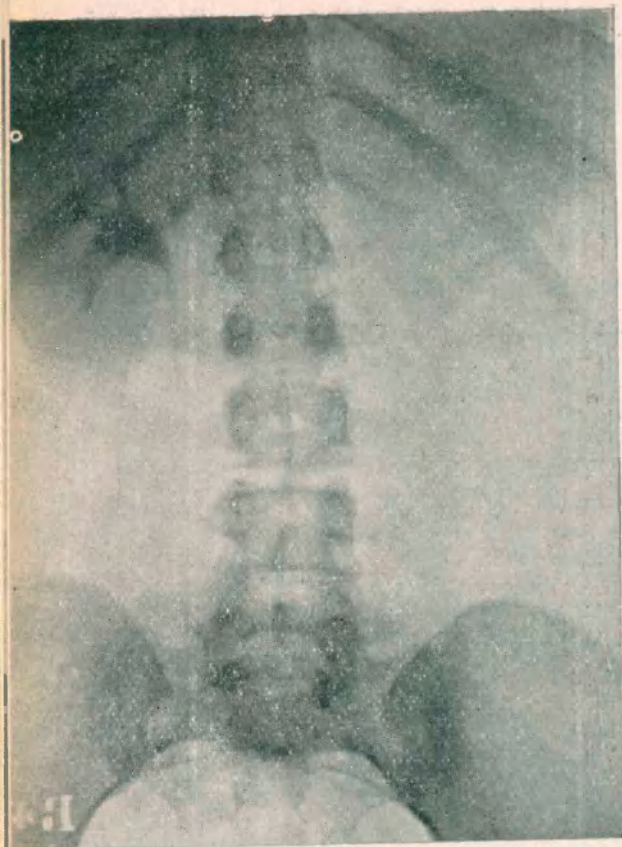


Radiografía 10.

H. Cl. 1694. Uroselectan 40'. Tuberculosis renal  
izquierda pionefrótica.

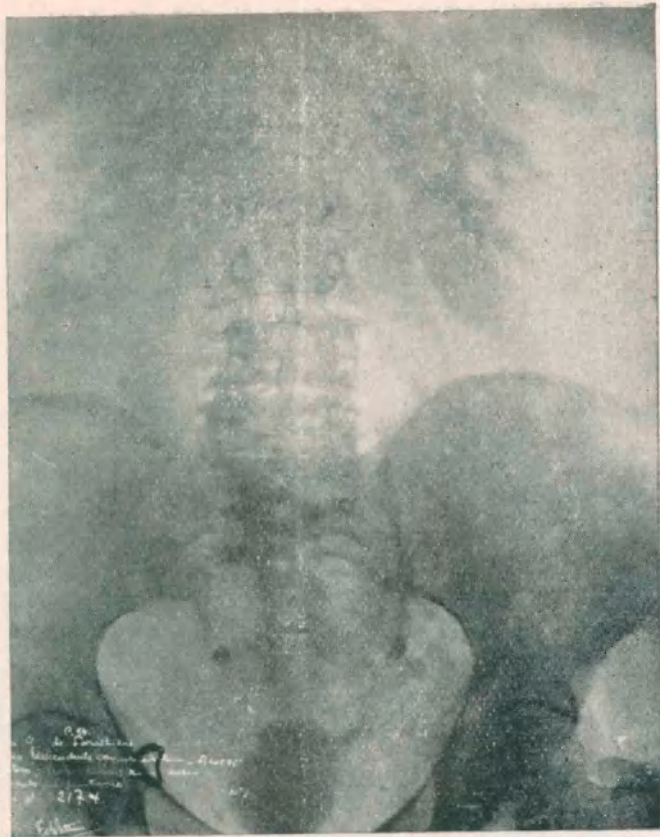
con buen relleno, pero algo asimétrico por estar más levantado del lado sano (mejor función).

Desde el punto de vista funcional el riñón enfermo presenta generalmente un retardo en la aparición de la imagen, y como presenta un menor poder de concentración, existe una menor eliminación de sustancia opaca. El retardo y el grado de destrucción del parénquima renal hace que se observe, como en el caso 5, en los



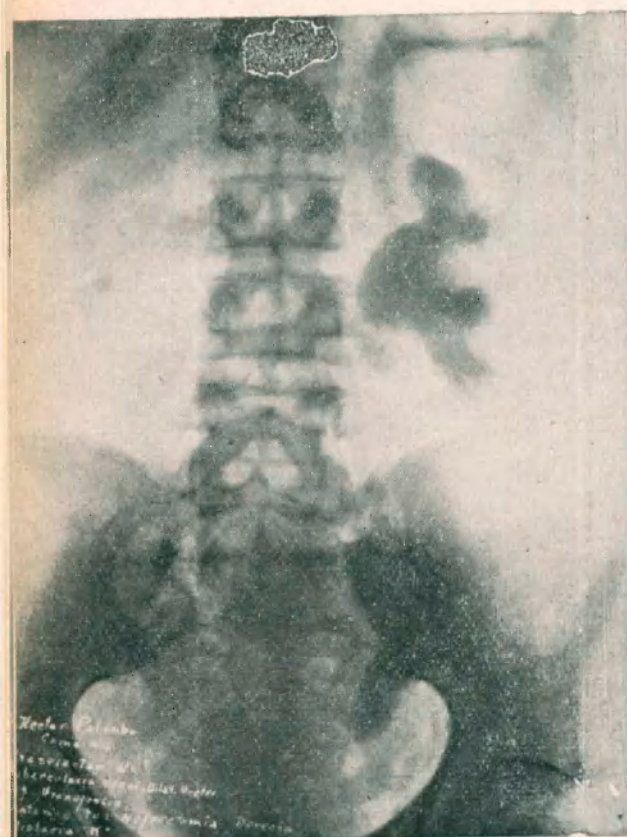
Radiografía 11.

H. Cl. 1984. Uroselectan 5'. Tuberculosis renal izquierda pionefrótica.



Radiografía 12.

H. Cl. 2174. Uroselectan 40'. Tuberculosis renal derecha.



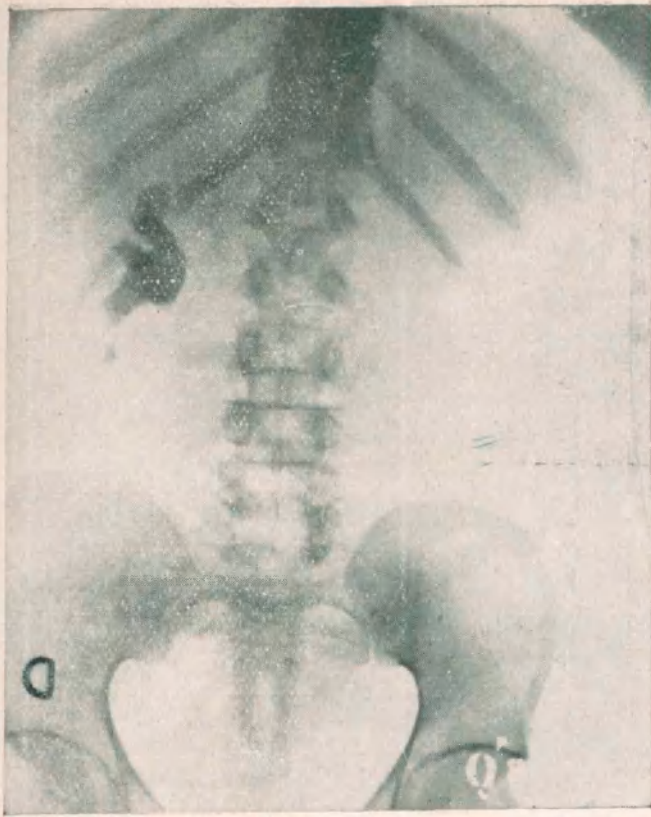
Radiografía 13.

H. Cl. 2241. Uroselectan 45'. Tuberculosis renal derecha, ptosis bilateral y uronefrosis izquierda.



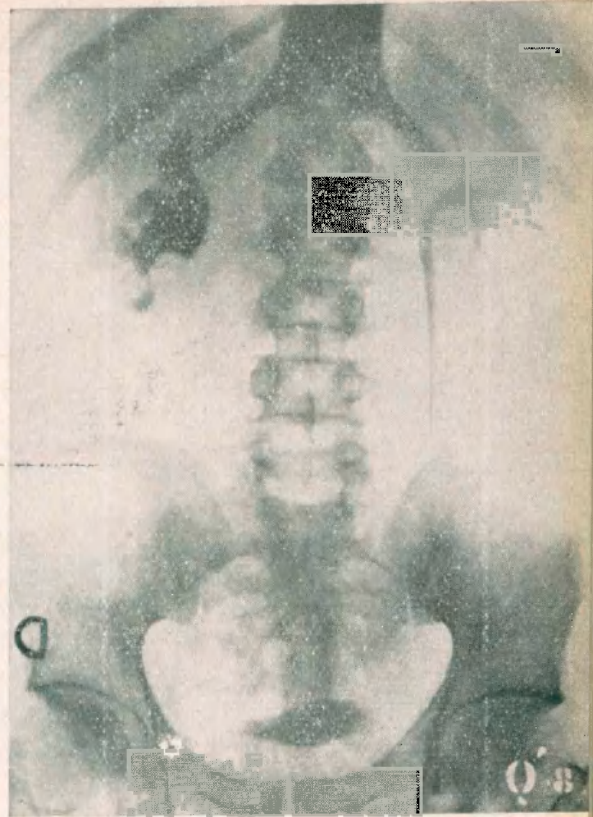
Radiografía 14.

H. Cl. 1240. Uroselectan 40'. Tuberculosis renal izquierda.



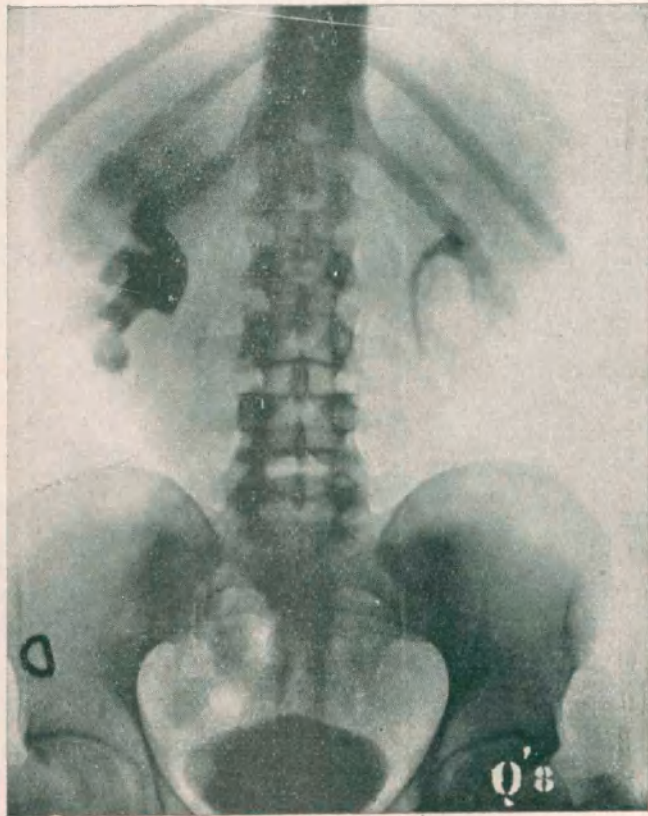
Radiografía 15.

H. Cl. 1896. Simple. Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria.



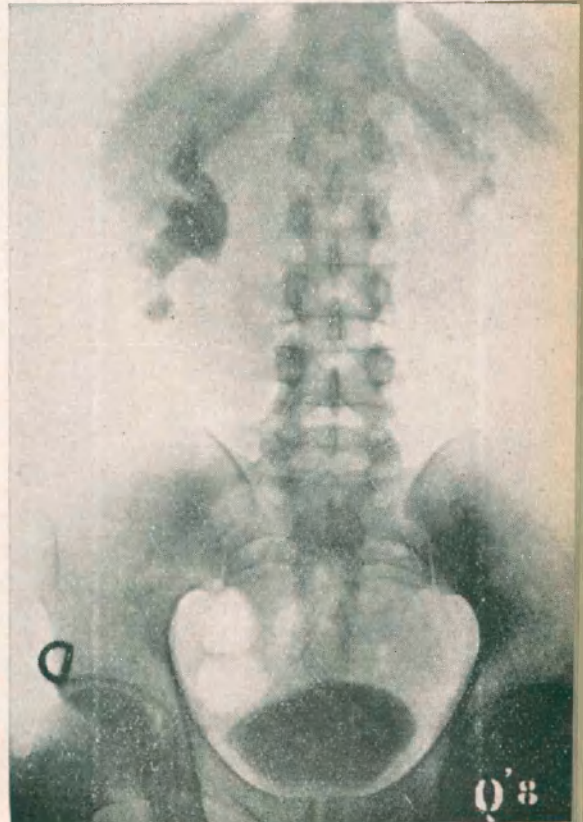
Radiografía 16.

H. Cl. 1896. Uroselectan 5'. Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria.



Radiografía 17.

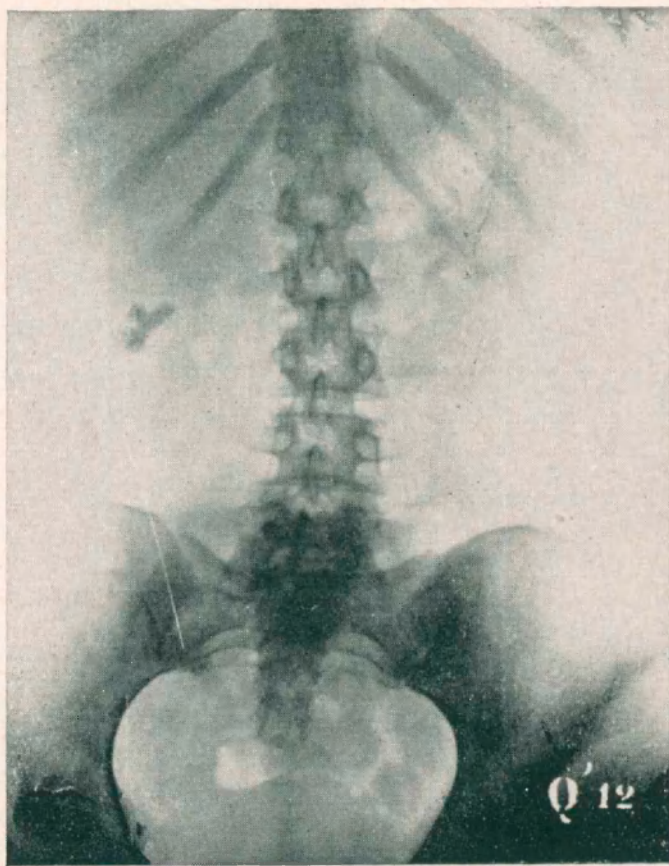
H. Cl. 1896. Uroselectan 20'. Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria.



Radiografía 18.

H. Cl. 1896. Uroselectan 40'. Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria.

riñones sanos mejor imagen en la primera y segunda radiografía y la más deficiente en la tercera, mientras que en los enfermos la mejor imagen en la primera y segunda radiografía y la más deficiente



Radiografía 19.  
H. Cl. 1926. Uroselectan 15'. Litiasis renal derecha y piodonefrosis secundaria.

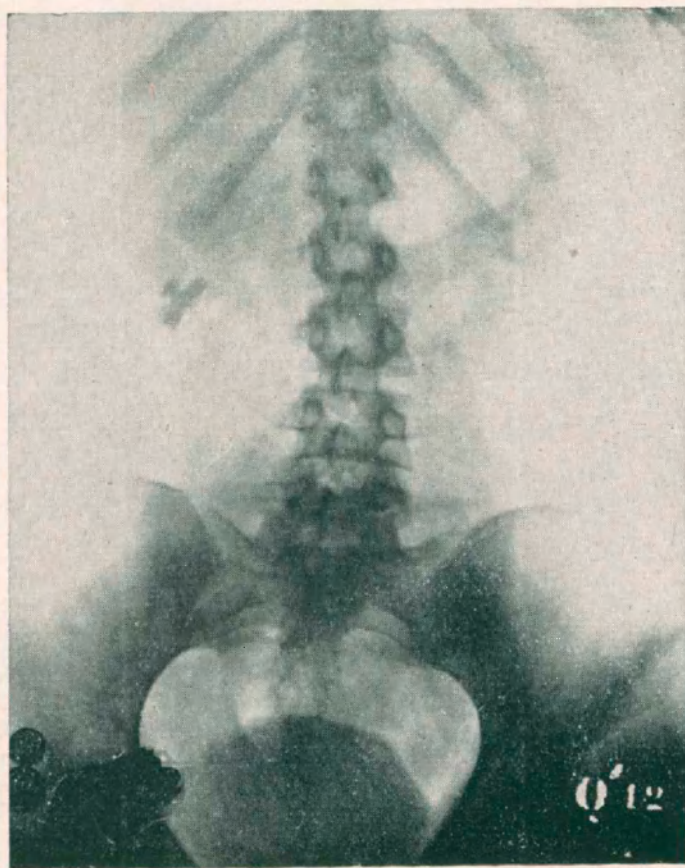
en la tercera, mientras que en los enfermos la mejor imagen es la tercera, siguiendo por orden la segunda y la primera.

*Radiografía 6.* — Uroselectan 30'. Se observa: Riñón derecho: caracteres normales. Riñón izquierdo: ptosis renal y lesión destructiva en el cáliz superior. *Diagnóstico:* Tuberculosis renal izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 7.* — H. Cl. 2240. Uroselectan 40'. Riñón de-



recho: ptosis de primer grado con vías de excreción dilatadas y uréter visible en toda su extensión y acodado en su porción lumbar. Buena eliminación. Riñón izquierdo: Ptosis renal. Vías de excre-



Radiografía 20.

H. Cl. 1926. Uroselectan 30. Litiasis renal derecha y piodonfrosis secundaria.

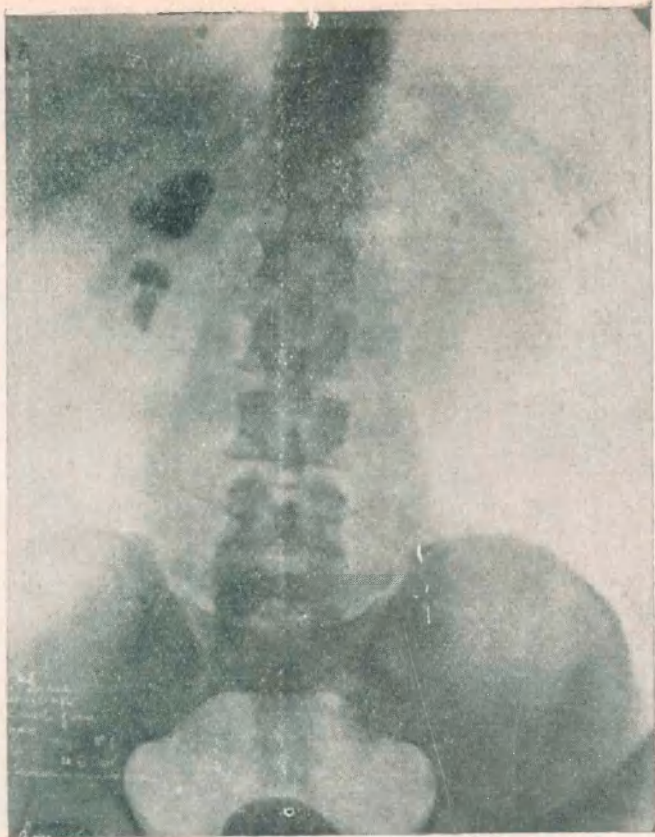
ción renales poco visibles e irregulares, principalmente en el cáliz superior. Poca eliminación. Imagen vesical de pequeño tamaño para el tiempo de la eliminación. Bacilo de Koch positivo en orina. *Diagnóstico*: Tuberculosis renal izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 8.* — H. Cl. 1694. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis renal con vías de excreción normales y muy buena eliminación. Riñón izquierdo: Aumentado de tamaño, principalmen-



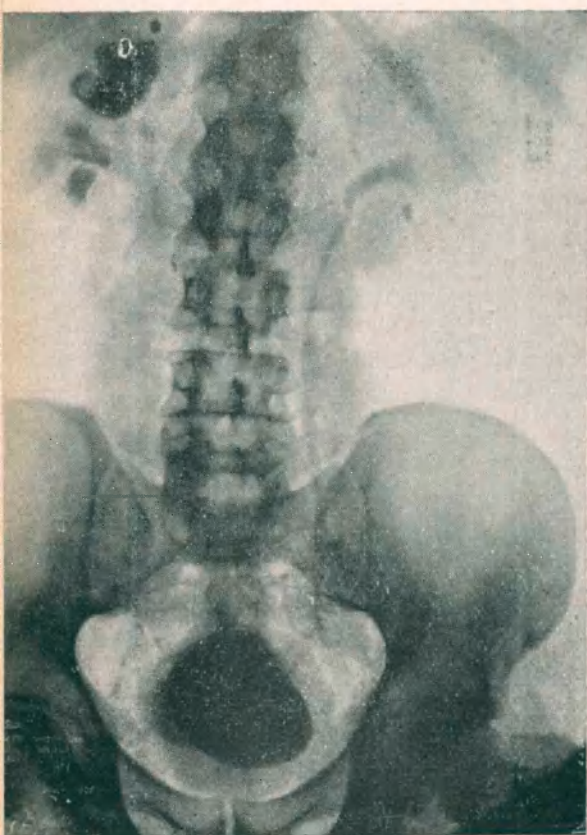
Radiografía 21.

Cl. 1926. Uroselectan 45'. Litiasis renal derecha y pnonefrosis secundaria.



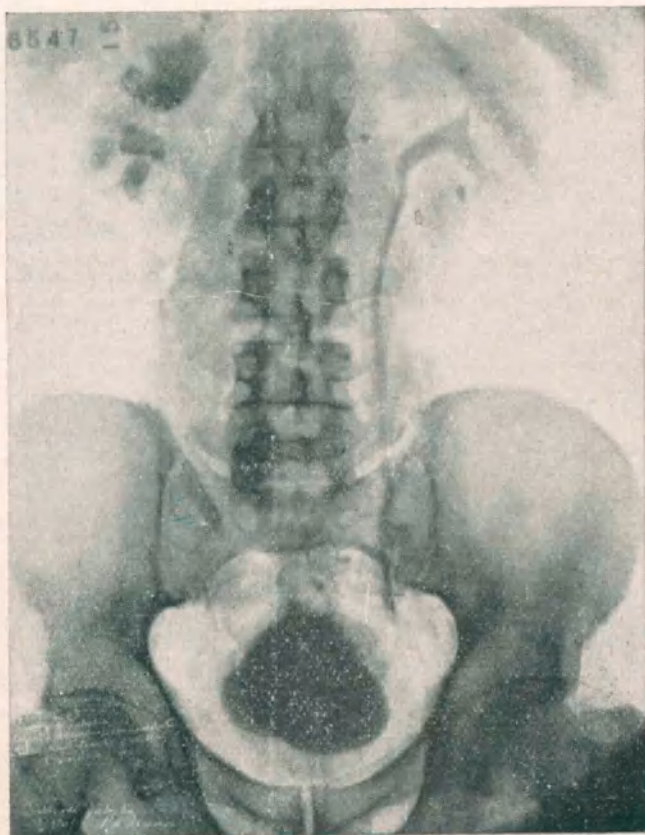
Radiografía 22.

H. Cl. 2231. Simple. Litiasis renal y vesical.



Radiografía 23.

H. Cl. 2231. Uroselectan 5'. Litiasis renal y vesical.

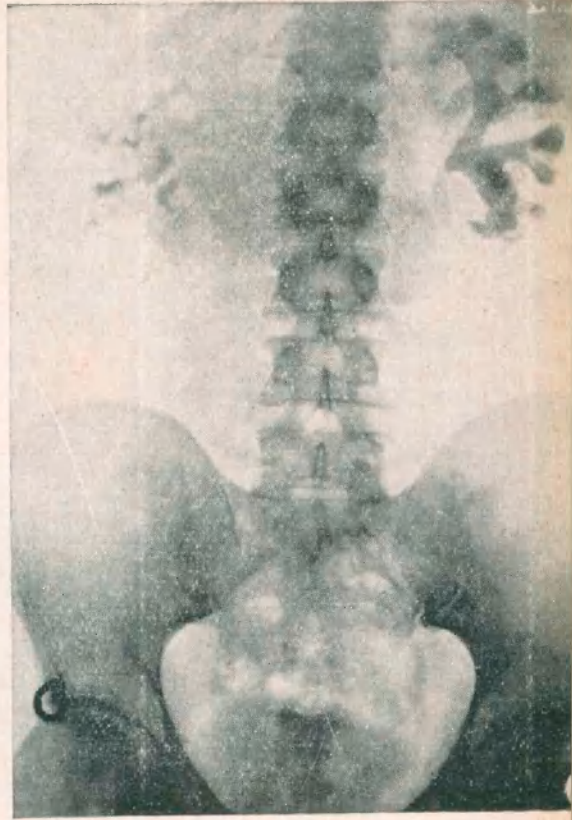


Radiografía 24.

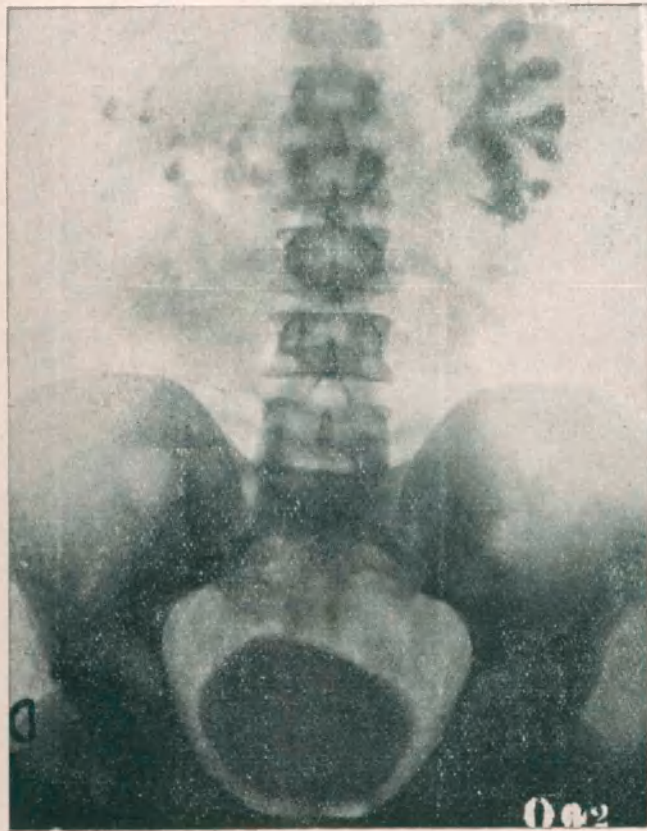
H. Cl. 2231. Uroselectan 15'. Litiasis renal y vesical.



Radiografía 25.  
H. Cl. 1480. Simple. Litiasis renal izquierda.



Radiografía 26.  
H. Cl. 1480. Uroselectan 2'. Litiasis renal izquierda.

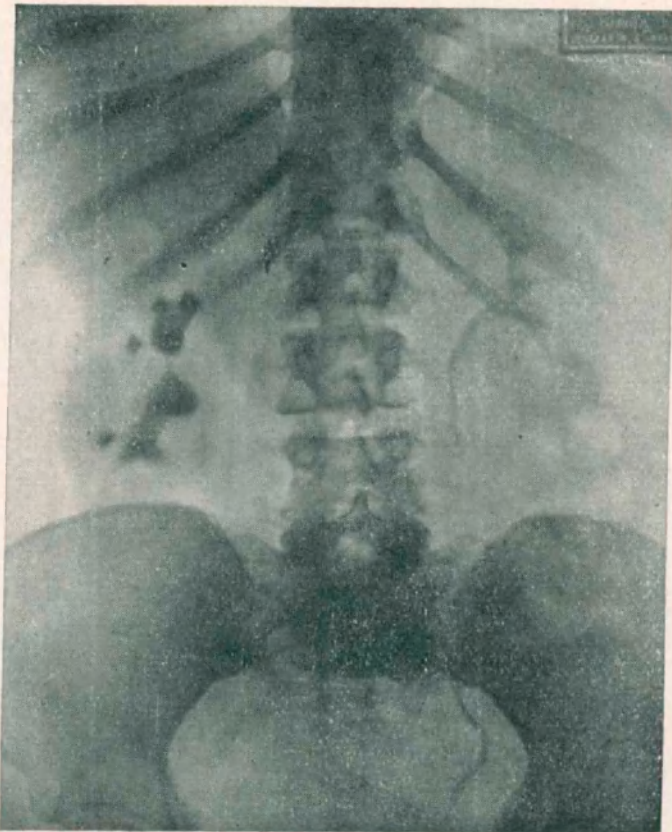


Radiografía 27.  
H. Cl. 1480. Uroselectan 30'. Litiasis renal izquierda.



Radiografía 28.  
Simple. Decúbito dorsal. Ptosis renal bilate.  
litiasis renal derecha (coraliforme) y pionesf.

te en el polo superior, observándose con nitidez el borde renal formado por poco parénquima y los tabiques interponefróticos que delimitan grandes cavidades en casi toda la superficie renal. Elimi-



Radiografía 29.

Uroselectan 5'. Posición en decúbito dorsal. Ptosis renal bilateral. Litiasis renal derecha (coraliforme) y pionesfrosis secundaria.

nación nula. Bacilo de Koch en la orina. *Diagnóstico:* Tuberculosis renal pionesfrótica izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 9.* — Mismo enfermo que la anterior. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Iguales caracteres que la anterior, pero menor eliminación. Riñón izquierdo: Mejor visualización de las lesiones ya citadas por mayor impregnación del parénquima por el medio opaco.

Radiografía 10. — Mismo enfermo. Uroselectan 45'. Iguales caracteres, pero disminución de la eliminación del lado sano, y aumento de la del lado enfermo. Imagen vesical con buen relleno.



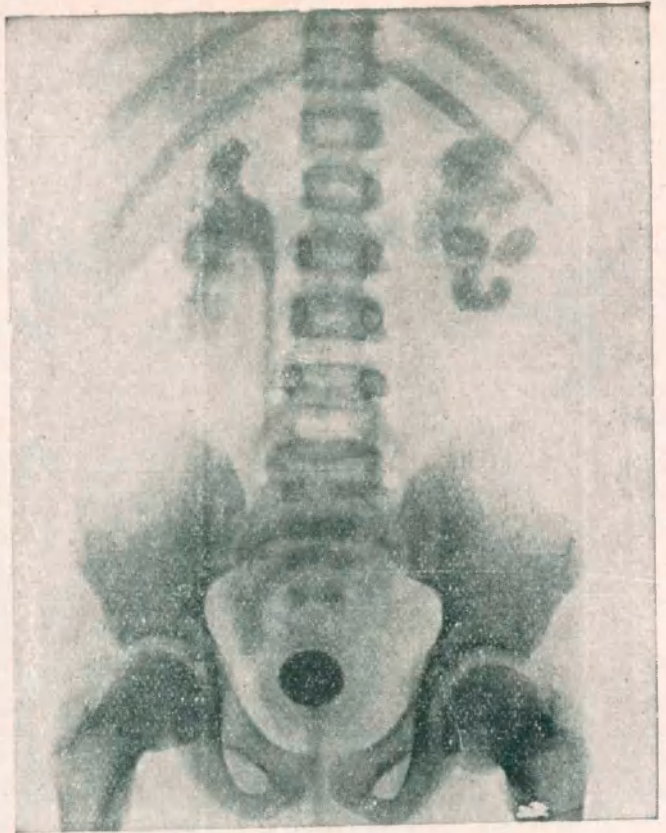
Radiografía 30.  
Uroselectan 20'. Posición de pie. Ptosis renal bi-  
lateral, litiasis renal derecha (coraliforme) y piono-  
frosis secundaria.

Radiografía 11. — H. Cl. 1984. Uroselectan 5'. Riñón dere-  
cho: Caracteres normales, con sombra renal aumentada de tamaño  
y muy buena eliminación y uréter visible en parte en su porción  
lumbar. Riñón izquierdo: Gran sombra que ocupa la región renal  
hasta dos traveses de dedo del reborde ilíaco, con su polo inferior  
de gran desarrollo, y además zonas de impregnación irregular y con



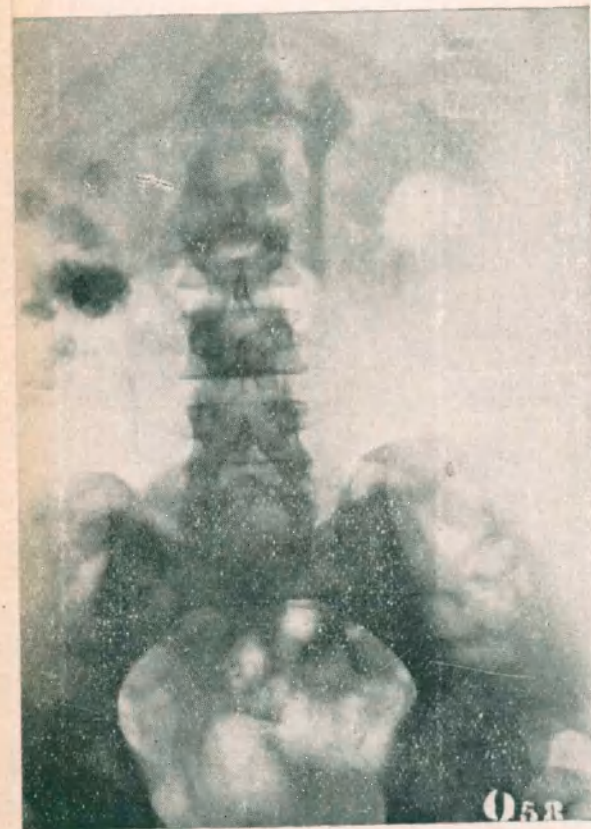
Radiografía 31.

n decúbito dorsal. Uroselectan 40'. Ptosis renal lateral, litiasis derecha (coraliforme) y pionefrosis secundaria.



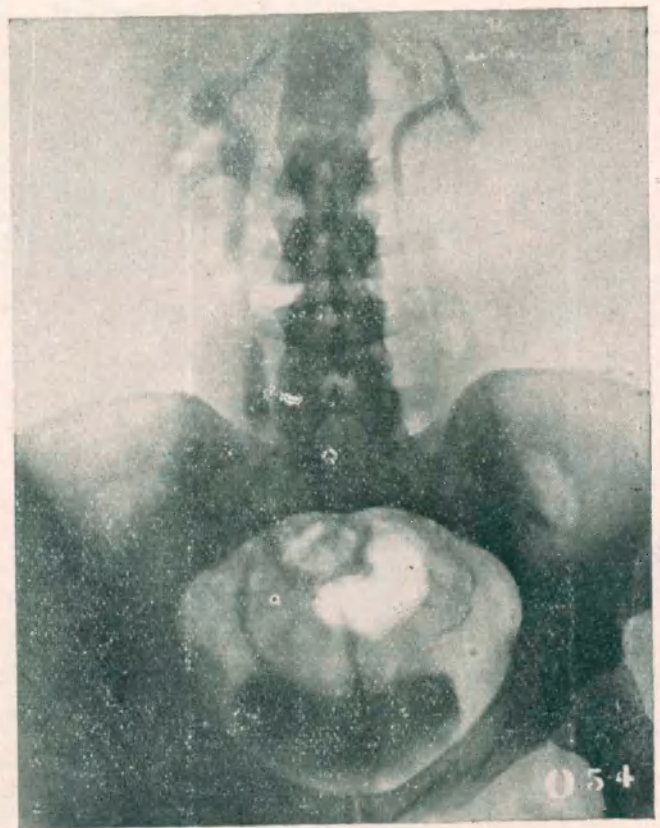
Radiografía 32.

H. Cl. 1345. Uroselectan 20'. Litiasis vesical con gran uropionefrosis izquierda.



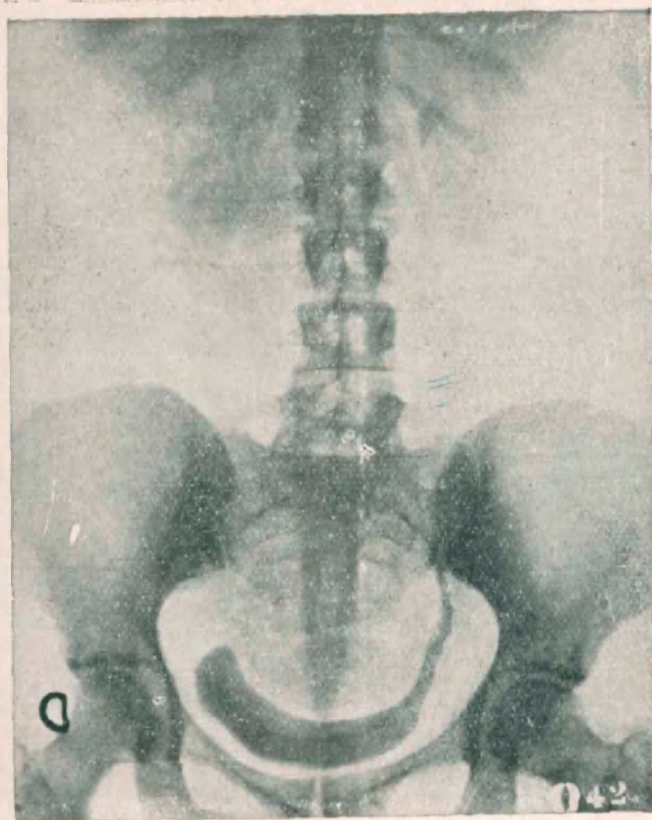
Radiografía 33.

Cl. 1214. Uroselectan 45'. Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria.

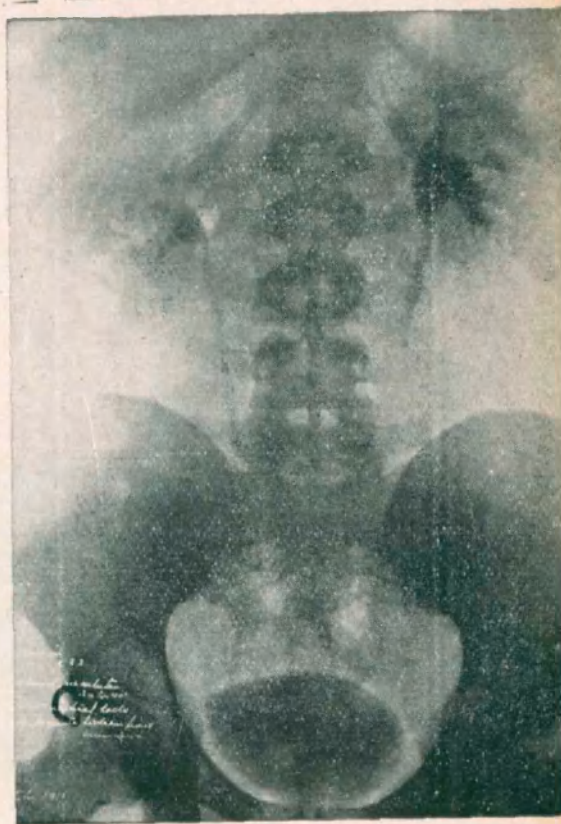


Radiografía 34.

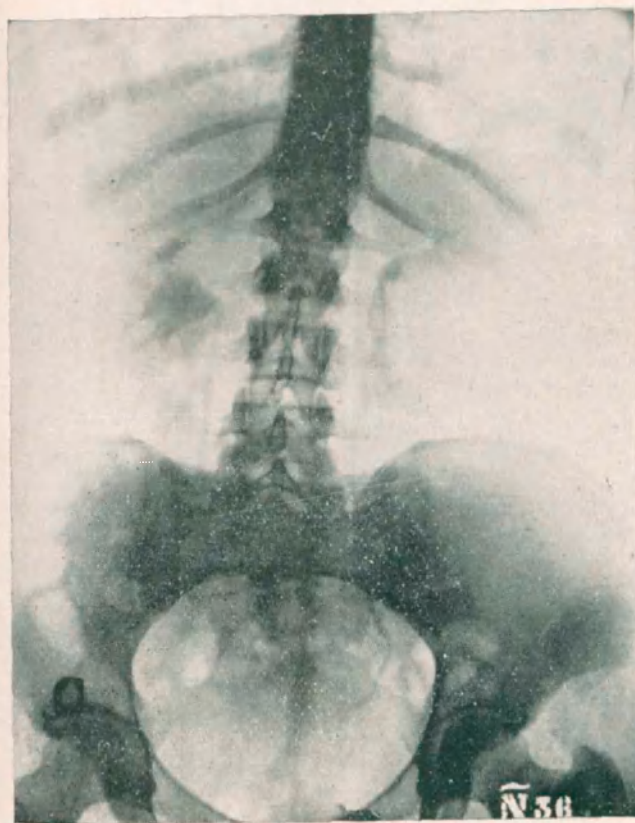
H. Cl. 1269. Uroselectan 20'. Litiasis ureteral derecha (tercio inferior) y uronefrosis secundaria.



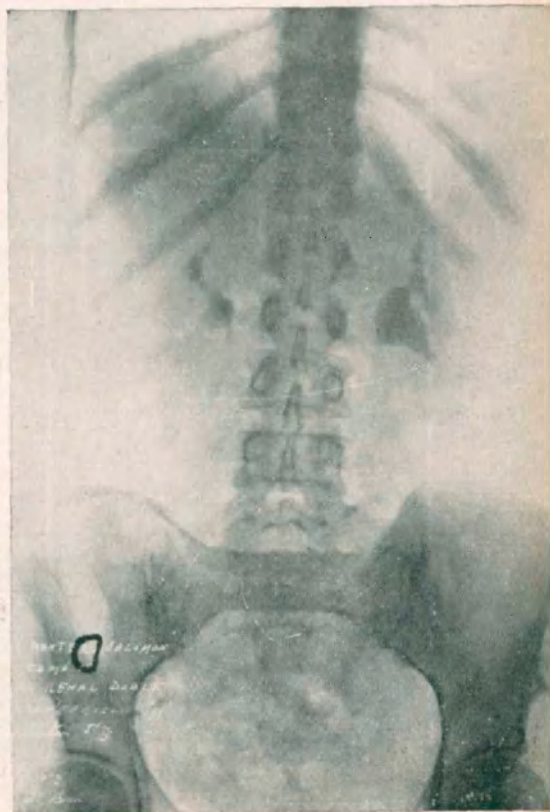
Radiografía 35.  
H. Cl. 7605. Uroselectan 15'. Litiasis ureteral  
izquierda (extremidad inferior, intramural).



Radiografía 36.  
H. Cl. 2150. Uroselectan 40'. Litiasis ureteral  
izquierda y uronefrosis secundaria.



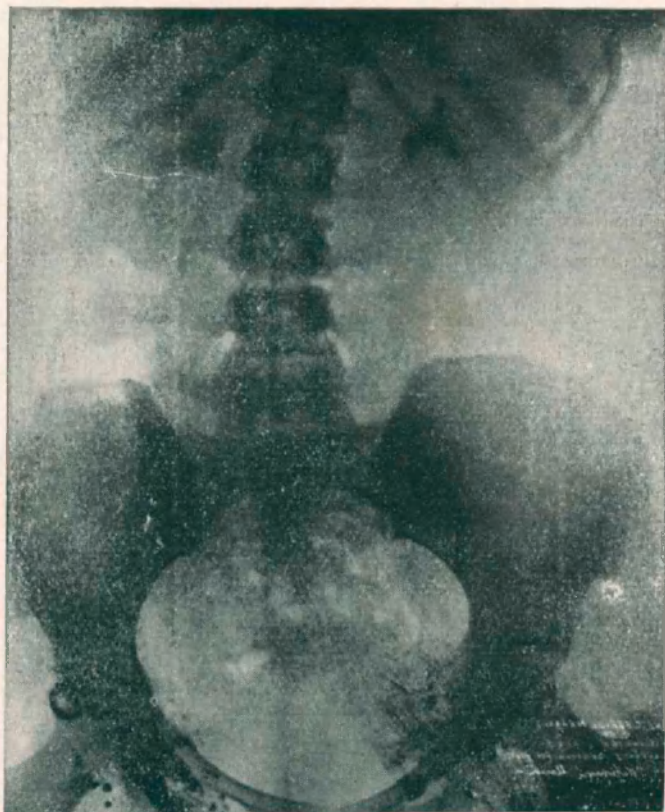
Radiografía 37.  
H. Cl. 1768. Uroselectan 5'. Urometrosis por  
ptosis renal derecha.



Radiografía 38.  
H. Cl. 2121. Uroselectan 5'. Ptosis renal  
y uronefrosis izquierda.

eliminación nula. *Diagnóstico*: Tuberculosis renal pifonefrótica izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía* 12. — H. Cl. 2174, Uroselectan 40'. Riñón iz-

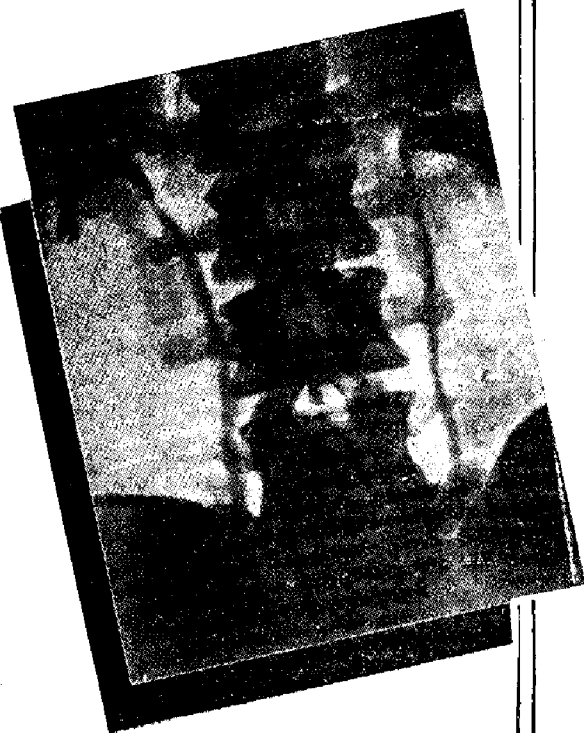


*Radiografía* 39.

H. Cl. 2058. Uroselectan 5'. Ptosis renal y uronefrosis derecha.

quierdo: Caracteres normales, con muy buena eliminación y uréter visible en toda su extensión y con levantamiento del globo vesical de ese lado (signo de Constantinesco). Riñón derecho: Sombra poco visible, con zonas de impregnación irregular, eliminación nula con depresión de la imagen vesical de ese lado. Bacilo de Koch en la orina. *Diagnóstico*: Tuberculosis renal derecha. Nefrectomía. Curación.





Para la radiografía de la pelvis renal, ureteres, vejiga, zonas vasculares, articulaciones y fístulas

## Abrodil Per-Abrodil

*Contrastes nítidos.  
Buena tolerancia.  
No desdoblan yodo.*



ABRODIL: Fra. de 20 grs. substancia  
" de 50 cc., soluc. 40 %  
PER-ABRODIL: Ampollas de 20 cc,  
listas para el uso.

CITY

316

ANFOTROPINA  
en SOLUCION

Poderoso efecto desinfectante sobre las vías urinarias. Para aplicación intravenenosa, en dosis elevadas.

Cajas x 1 y 5  
ampollas de 20 c. c.

*La Química Bayer S.A.  
Compañía 3101. Bs. Aires*

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

*Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia*

Precio de suscripción por año:

España, Portugal, Brasil y países Hispanoamericanos \$ 10.00

Otros países ..... „ 15.00

---

## A los Autores y Casas Editoras

Anunciaremos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazioni che riceveremo, saranno annunziate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo de critica.

---

## **Diurético . Antiúrico y desinfectante de las vías urinarias**

GRANULADA

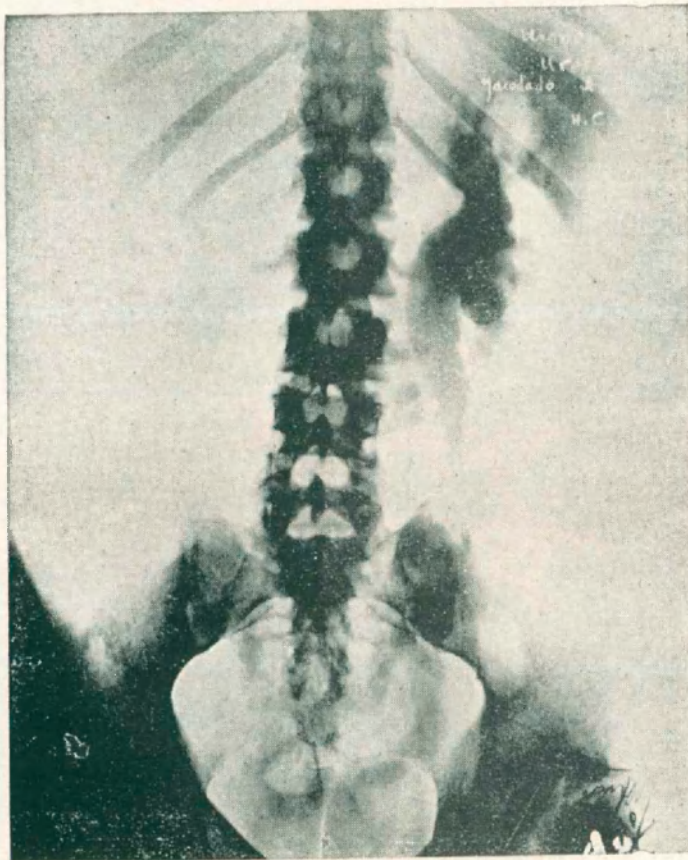
**URILITINA**  
**USERONO**

COMPRIMIDOS

*Fórmula:* Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

**HIJOS DE ATILIO MASSONE = Córdoba 2088/92, Bs. As.**

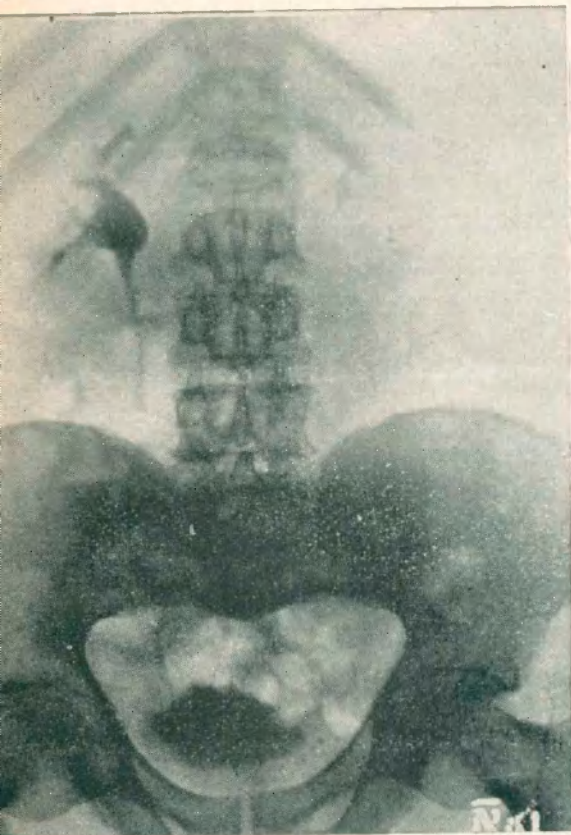
Radiografía 13. — H. Cl. 2241. Uroselectan 45'. Riñón izquierdo: Aumentado de tamaño, ptosis y gran dilatación de cálices, bacinete y uréter, que es visible en casi toda su extensión, presen-



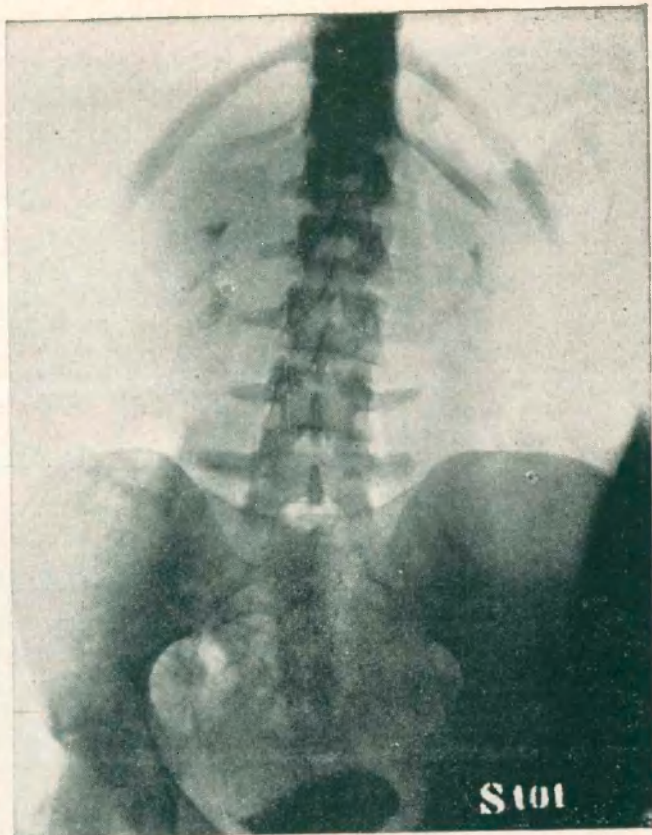
Radiografía 40.  
H. Cl. 6382. Uroselectan 45'. Uronefrosis\* por ptosis izquierda.

tando una doble acodadura en su tercio superior. Buena eliminación. Riñón derecho: Ptosis con sombra renal normal, pero con débil impregnación opaca y eliminación nula. Imagen vesical con buen globo de relleno. Bacilo de Koch en la orina. *Diagnóstico*: Tuberculosis renal derecha, ptosis bilateral y uronefrosis izquierda.

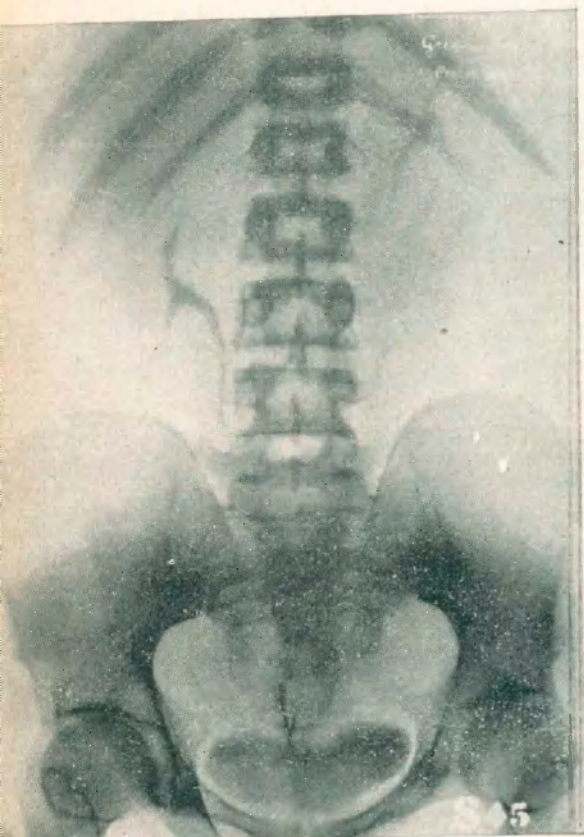
Radiografía 14. — H. Cl. 1240. Uroselectan 40'. Riñón derecho: Caracteres normales, con muy buena eliminación. Riñón iz-



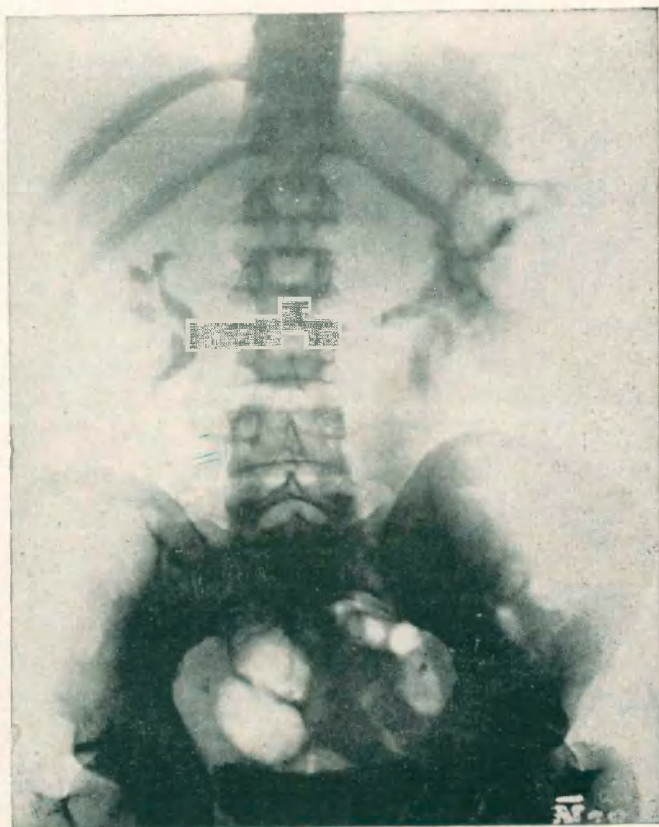
Radiografía 41.  
Cl. 6933. Uroselectan 20'. Hidronefrosis  
derecha.



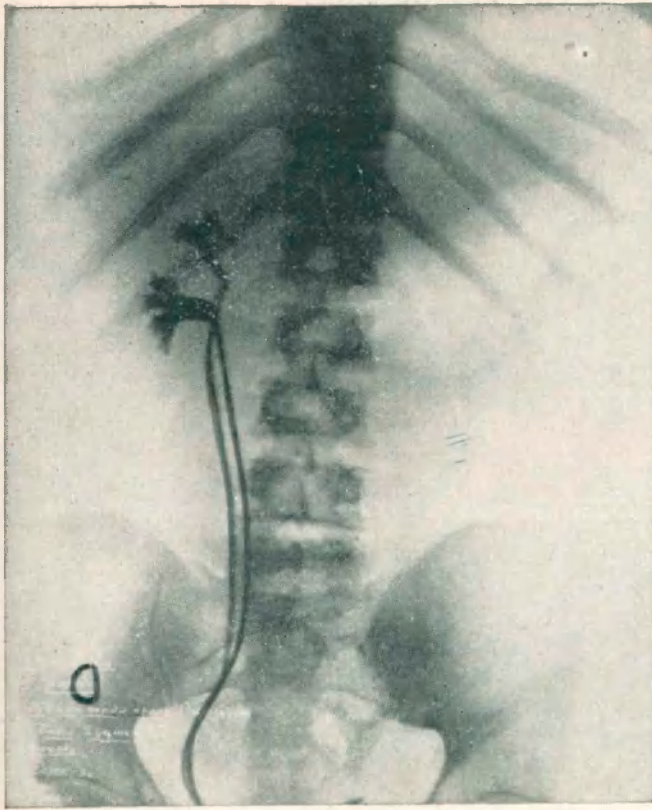
Radiografía 42.  
H. Cl. 6626. Uroselectan 5'. Ptosis renal bilateral.



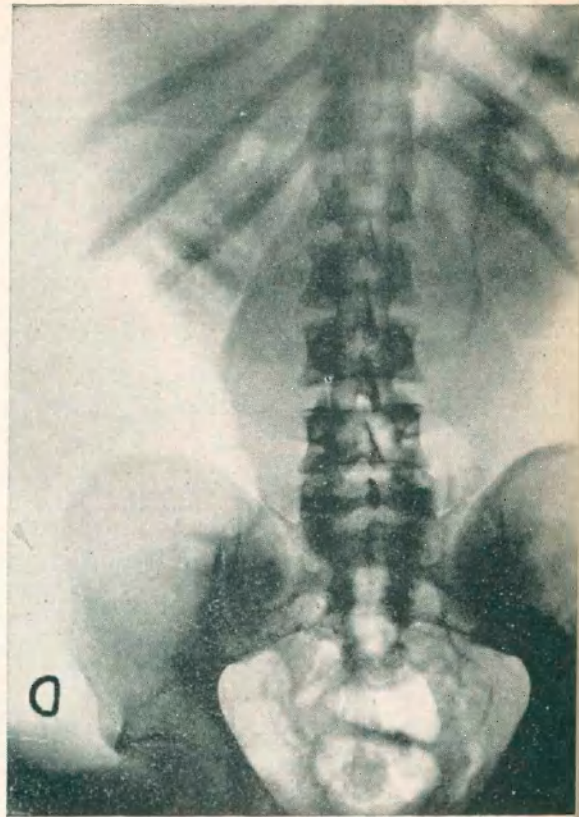
Radiografía 43.  
Cl. 1560. Uroselectan 5'. Ptosis renal derecha.



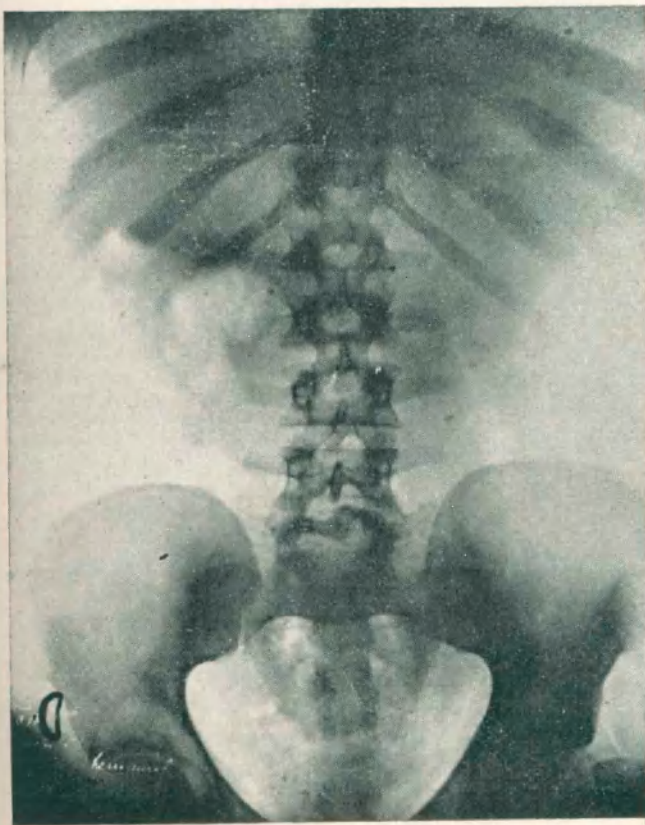
Radiografía 44.  
H. Cl. 6728. Uroselectan 5'. Pelvis bífida derecha  
y ptosis renal bilateral.



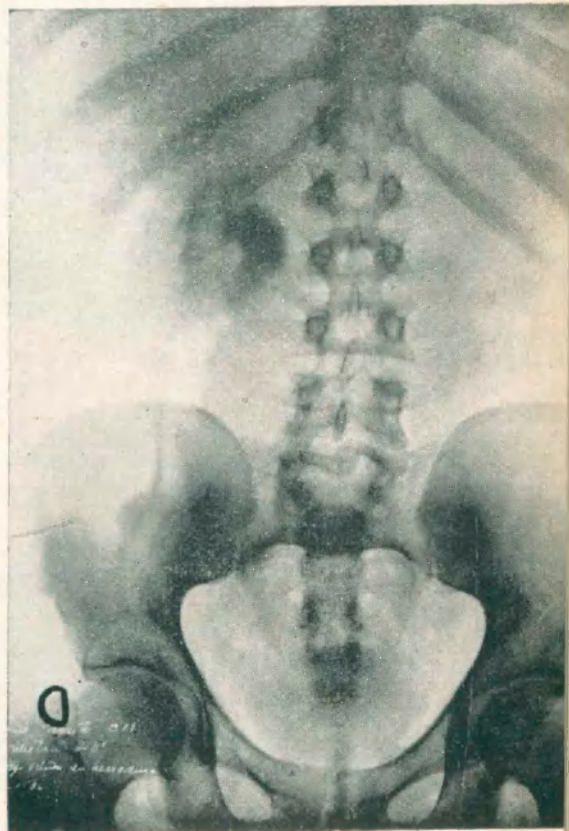
Radiografía 45.  
Pielografía ascendente. Uréteres y pelvis bífida derecha.



Radiografía 46.  
Uroselectan 5'. Uréteres y pelvis bífidas bilat.

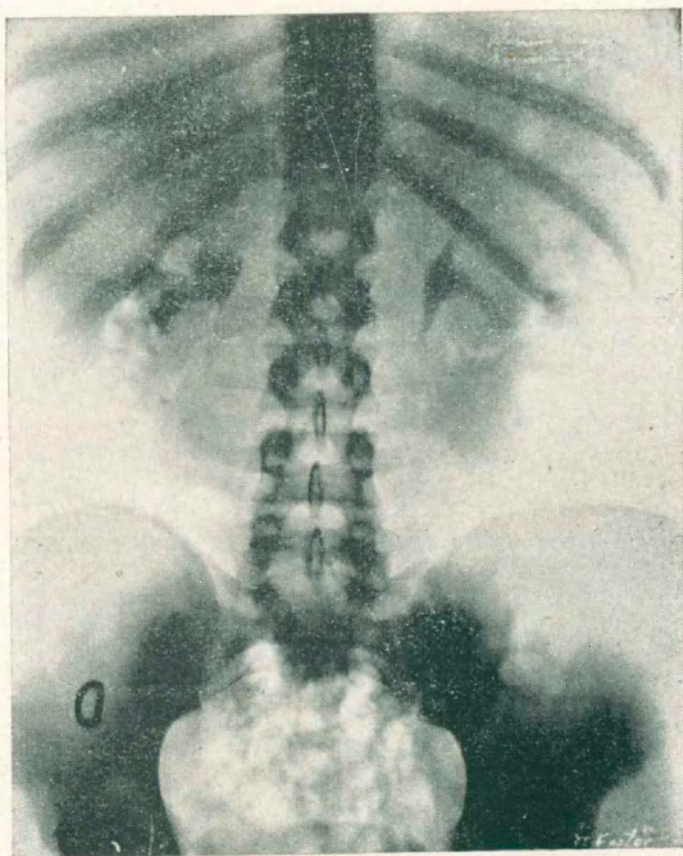


Radiografía 47.  
Uroselectan 5'. Riñón en herradura.



Radiografía 48.  
Uroselectan 40'. Riñón en herradura.

quierdo: Sombra renal aumentada de tamaño, con vías de excreción irregular y poco visibles en esta zona. Imagen vesical de muy pequeño tamaño. Bacilo de Koch en la orina. *Diagnóstico:* Tuberculosis renal izquierda. Nefrectomía. Curación.

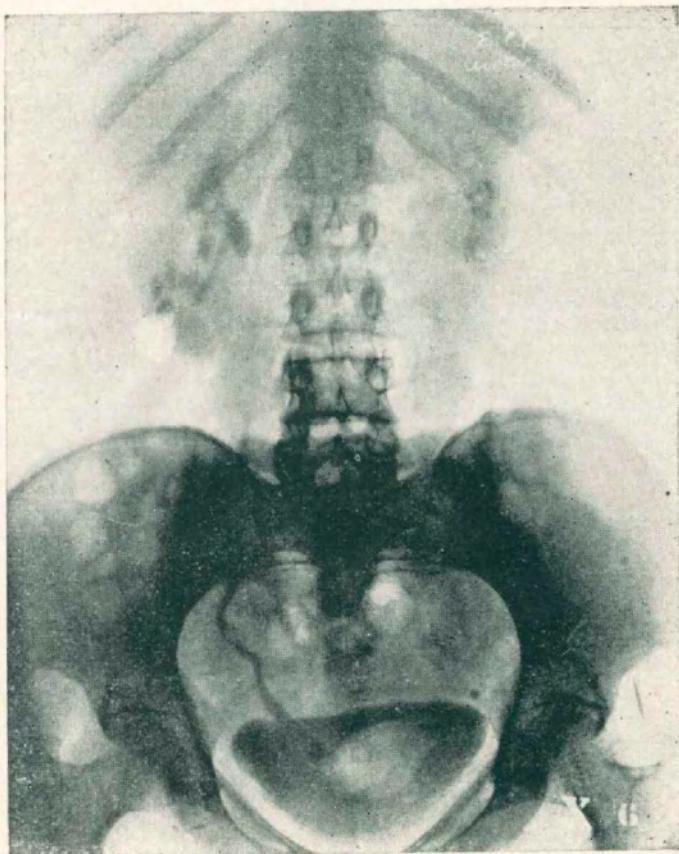


Radiografía 49.  
H. Cl. 1697. Uroselectan 45'. Dilatación de vías  
de excreción.

Al enfermo anterior no fué posible efectuarle una pielografía ascendente por la poca capacidad vesical, constituyendo en estas circunstancias la urografía de excreción el método de elección y el que ha decidido la intervención quirúrgica que curó al enfermo, confirmandose con esto la opinión de autores como Lepoutre y Stobbaerts que opinan que en muchos casos es suficiente este medio de investi-

gación, y la de Segré que manifiesta que es superior a cualquier otro medio de examen, pero que la dificultad de él reside en la correcta interpretación de los urogramas.

Hulter es también favorable en este proceso a este medio de



Radiografía 50.

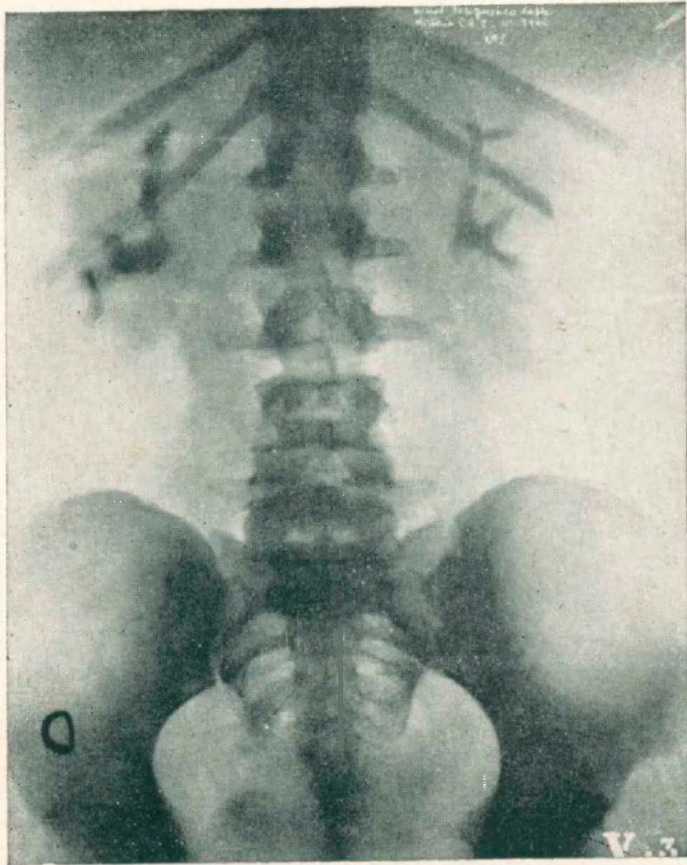
H. Cl. 6425. Uroselectan 20'. Dilatación de vías de excreción y de la extremidad inferior del uréter derecho (quísticas).

investigación y en contra de la opinión de Vaiano y otros que opinan que él suele dar un criterio de probabilidad.

Es en el estudio de las alteraciones ureterales donde la urografía de excreción adquiere en este proceso un gran valor radiológico. El estiramiento ureteral, su forma de cordón rígido en toda su extensión por la infiltración ureteral (radiografía 1) y a veces su

irregularidad en algunas partes de él, indicaría la presencia del proceso que, según Segré, se suele observar hasta en el uréter del lado sano.

La atonía ureteral, es decir, la dilatación de este conducto se



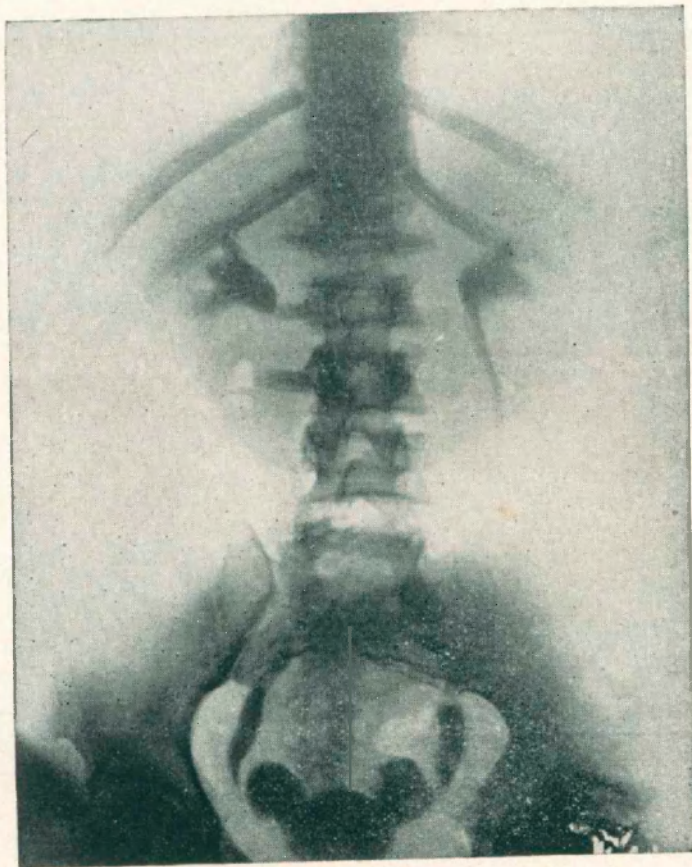
Radiografía 51.  
H. Cl. 7944. Uroselectan 7'. Riñón poliquístico.

suele observar no solamente en el sano y el enfermo antes de la nefrectomía, sino después de ella y a pesar de la mejoría vesical post-operatoria; de ahí la opinión de Gibson Thomas que aconseja efectuar después de la intervención, cada tres meses, y durante unos dos años, una urografía de excreción con el fin de estudiar el lado sano del aparato urinario.



Como vemos, la urografía de excreción nos muestra en este proceso:

El volumen del riñón enfermo visible por la impregnación del parénquima por el medio opaco.



Radiografía 52.  
H. Cl. 6332. Uroselectan 20'. Divertículos de vejiga y dilatación de vías de excreción.

Retardo en la aparición de la eliminación en el lado enfermo, que nos da en el tercer cliché la mejor imagen.

Nos muestra las lesiones del proceso tuberculoso en las vías de excreción o en el parénquima cuando comunican con aquéllas.

Menor funcionalismo renal del lado enfermo y rigidez de las vías de excreción.

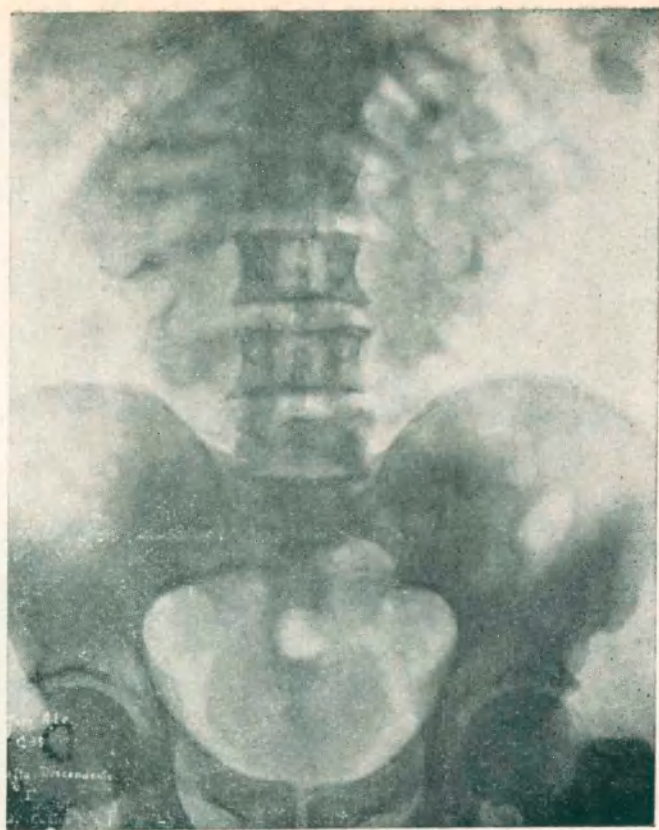
Vejiga con poca capacidad por hiperkinesia del órgano.

Reflujo vésico-ureteral.



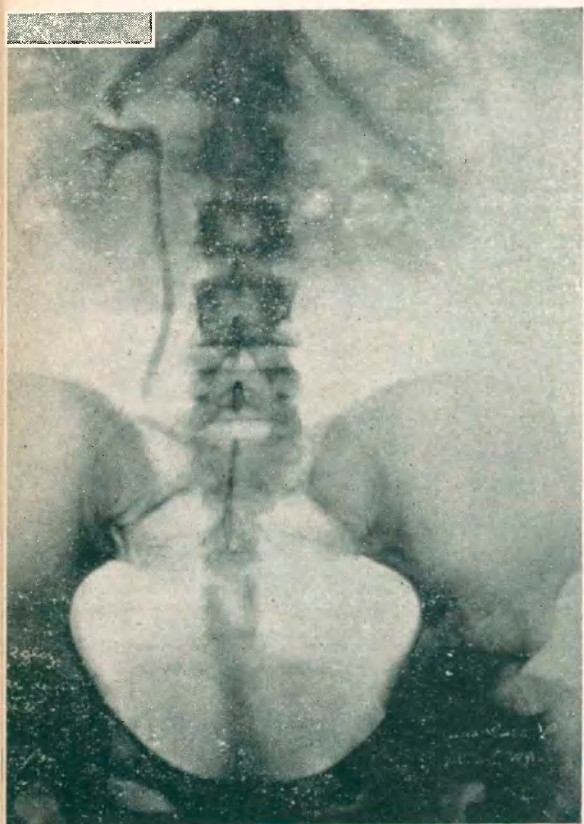
Radiografía 53.

H. Cl. 1994. Uroselectan a las dos horas y media. Artículo de vejiga con dilatación de vías de excreción derecha y enfermedad del cuello.



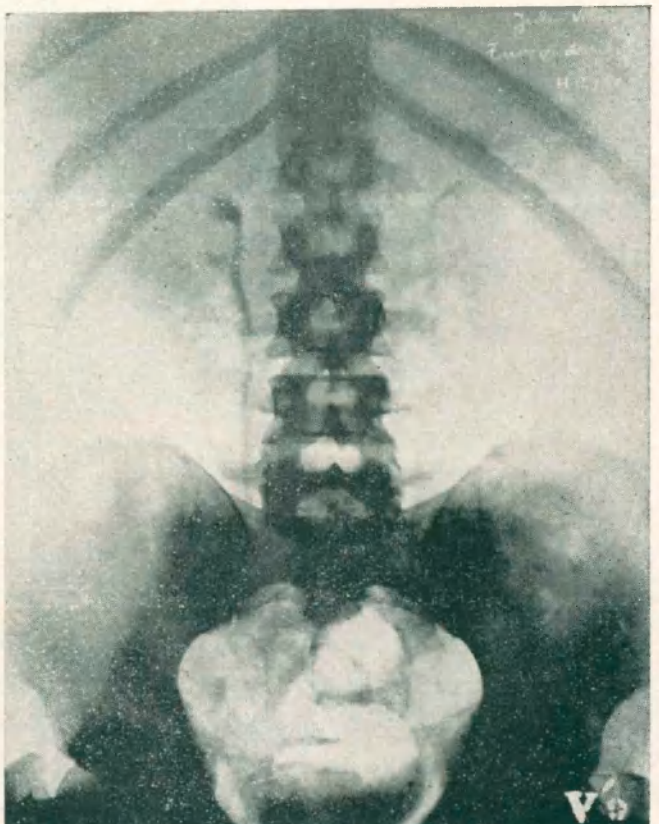
Radiografía 54.

H. Cl. 2075. Uroselectan 45'. Enfermedad del cuello.



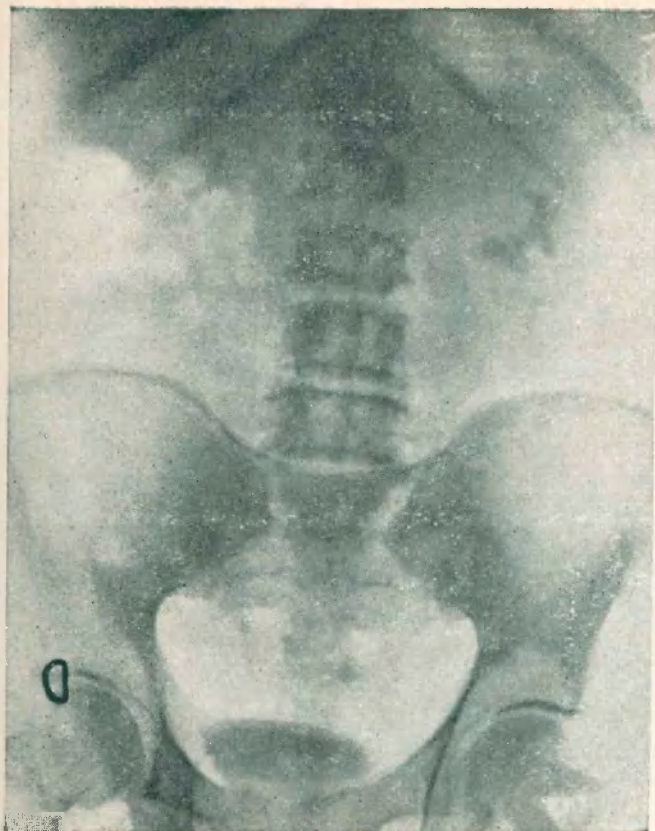
Radiografía 55.

H. Cl. 8755. Uroselectan 5'. Tumor papilar del cáliz superior izquierdo.

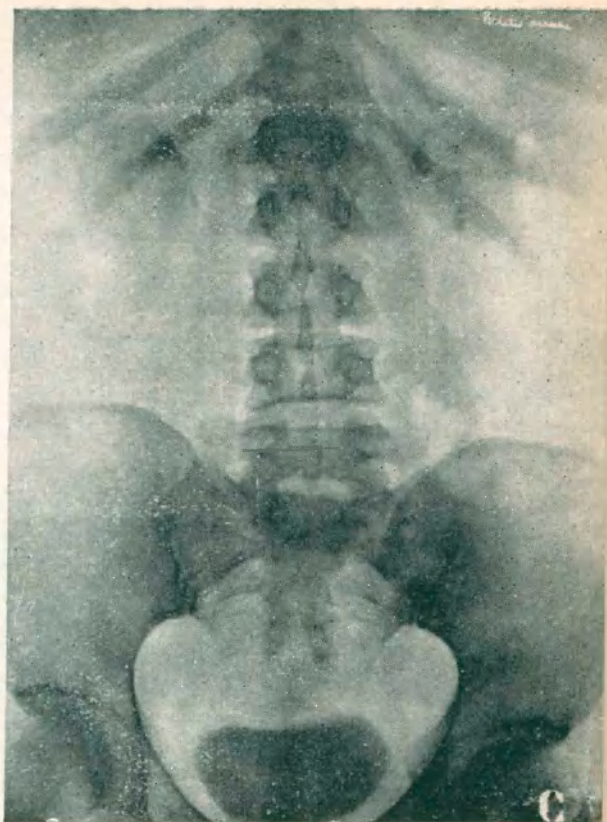


Radiografía 56.

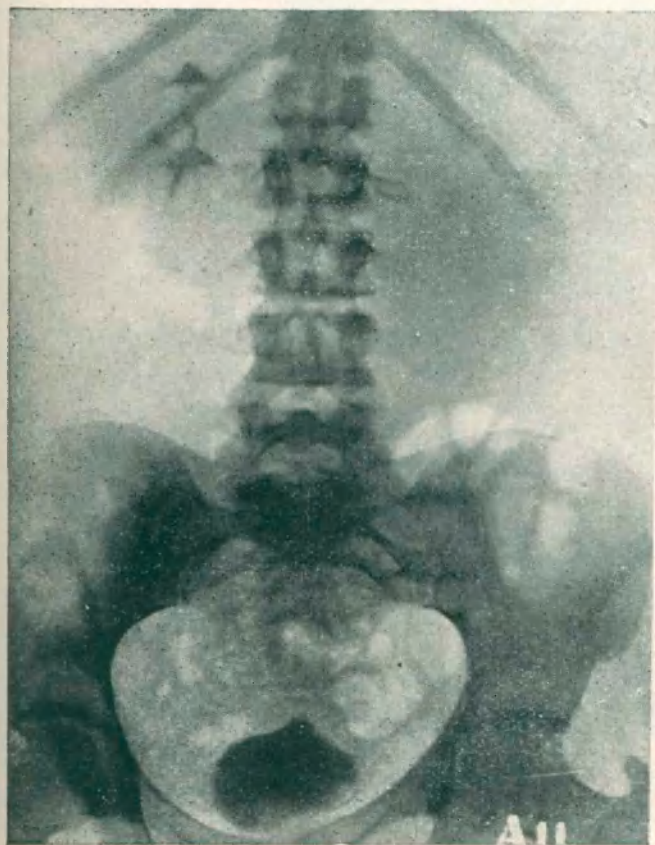
H. Cl. 1332. Uroselectan 45'. Tumor renal izquierdo.



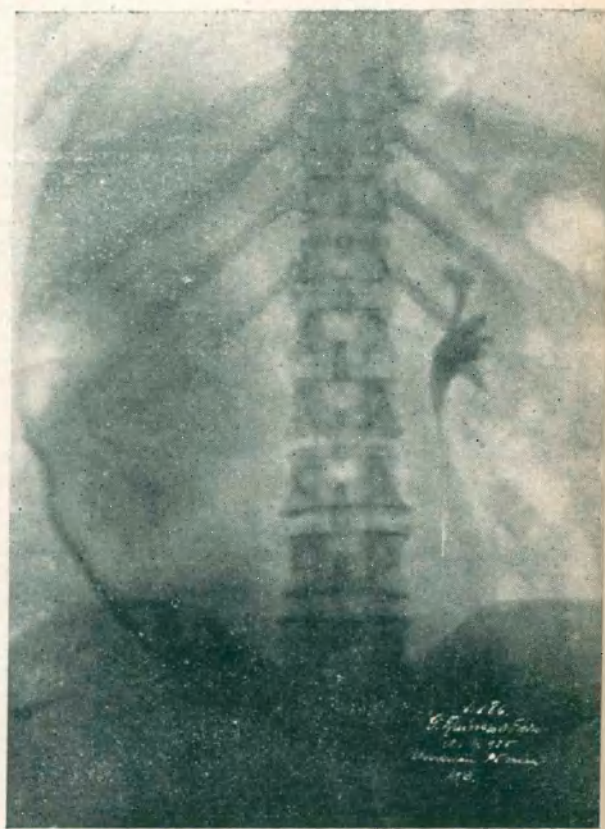
Radiografía 57.  
H. Cl. 1332. Uroselectan 45'. Tumor para-renal izquierdo.



Radiografía 58.  
H. Cl. 1815. Uroselectan 20'. Pielitis derecha.



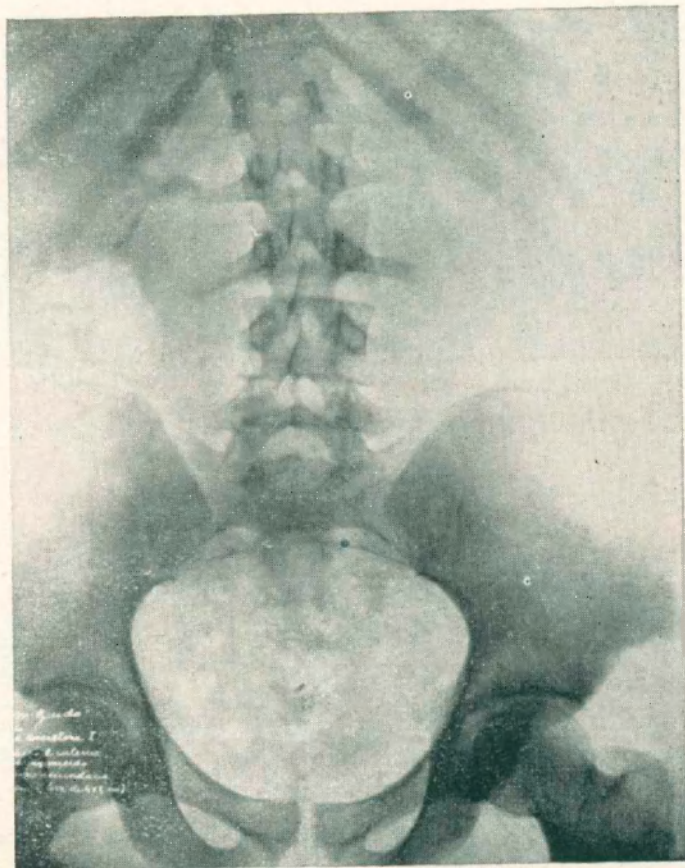
Radiografía 59.  
H. Cl. 1392. Uroselectan 20'. Pionefrosis izquierda.



Radiografía 60.  
Uroselectan 15'. Pionefrosis derecha.

*Litiasis urinaria*

Es el método de elección en estos procesos, superior según Braash a la pielografía ascendente.

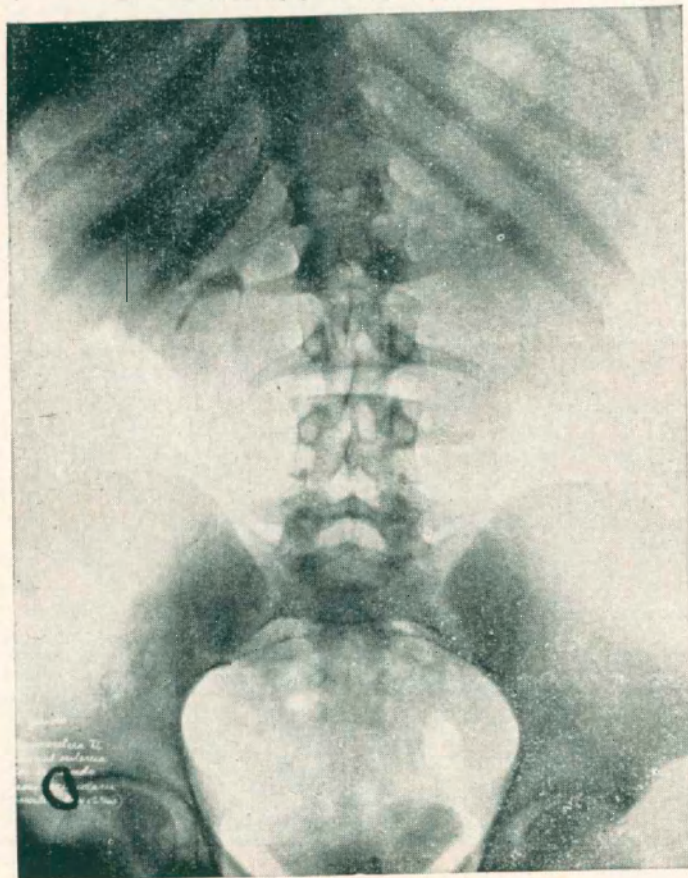


Radiografía 61.  
H. Cl. 2149. Uroselectan 5'. Ruptura parcial  
interna del riñón izquierdo con cavidad secundaria.

Por él podemos establecer el blockage funcional del riñón, el grado del trastorno renal, las sombras calculosas visibles o no a la radiografía y en este último caso la falta del llenado por la sustancia opaca nos indica el sitio donde él se halla.

En la litiasis renal la urografía de excreción nos indica si la sombra anormal observada se halla ubicada en las cavidades urinarias o si se encuentra fuera de ellas, localiza si el cálculo está en el

bacinete o en un cáliz y nos muestra las alteraciones concomitantes en estas vías de excreción, y por último, nos da simultáneamente los datos sobre el estado funcional del riñón del otro lado.

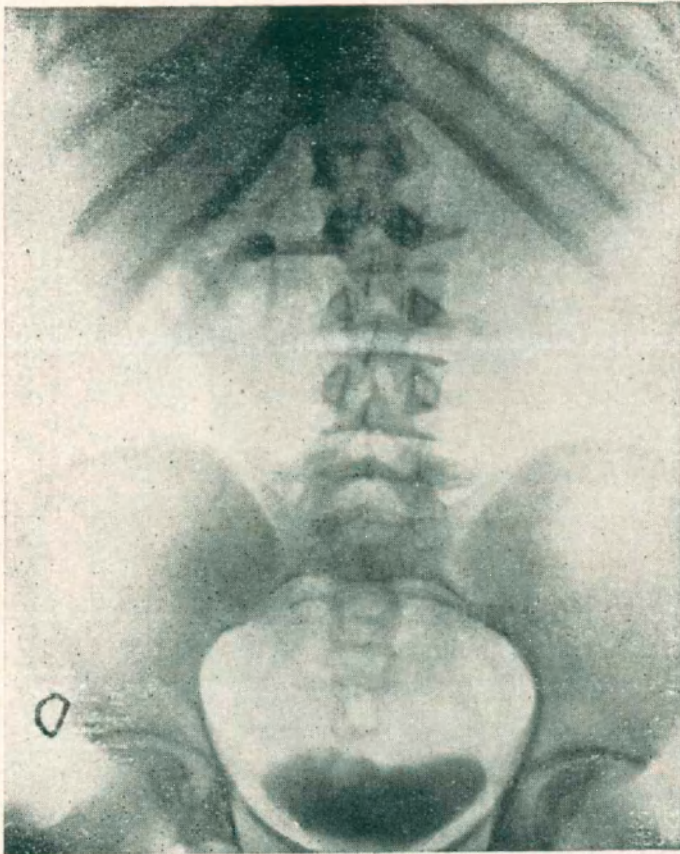


Radiografía 62.  
H. Cl. 2149. Uroselectan 20'. Ruptura parcial  
interna del riñón izquierdo con cavidad secundaria.

*Radiografía 15.* — H. Cl. 1896. Simple. Riñón derecho: Gran cálculo coraliforme. Riñón izquierdo: Sombra renal aumentada de tamaño, sin sombras anormales. *Diagnóstico:* Litiasis renal derecha. Pionefrosis secundaria. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 16.* — Mismo enfermo. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Además de las lesiones ya citadas se observa una dilatación de las vías de excreción y cavidades secundarias, con poca elimina-

ción de la substancia de contraste. Riñón izquierdo: Caracteres normales, con muy buena eliminación y uréter lumbar visible. Imagen vesical deformada y más levantada del lado izquierdo (sano).



Radiografía 63.

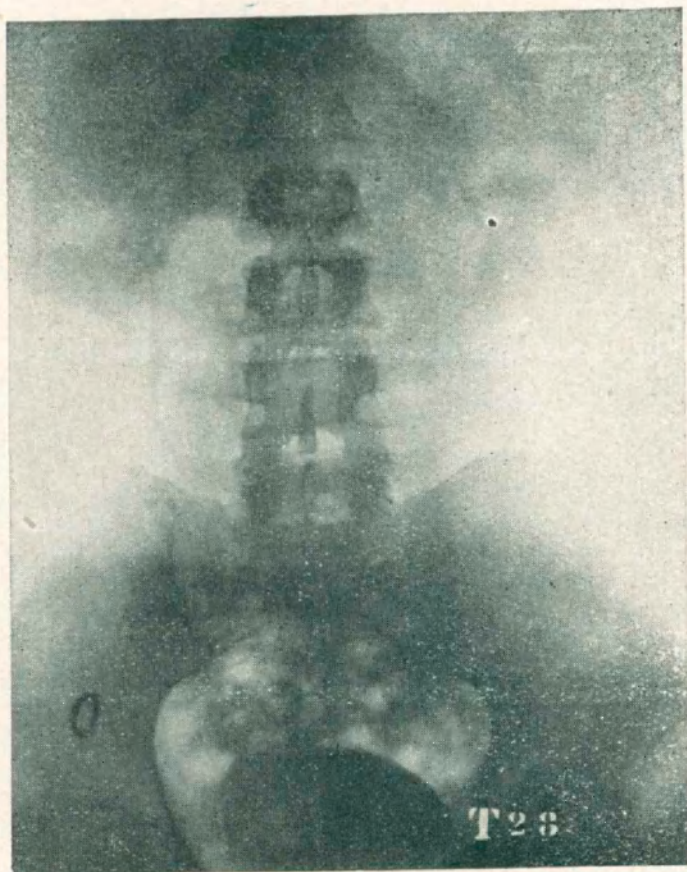
H. Cl. 2149. Uroselectan 45'. Ruptura parcial interna del riñón izquierdo con cavidad secundaria.

*Radiografía 17.* — Mismo enfermo. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Se visualizan bien las cavidades pionefróticas en casi toda la superficie renal, por ser un poco más la eliminación. Riñón izquierdo: Menor eliminación que en la anterior.

*Radiografía 18.* — Mismo enfermo. Uroselectan 40'. Riñón derecho: Igual al anterior. Riñón izquierdo: Menor eliminación.

*Radiografía 19.* — H. Cl. 1926. Uroselectan 15'. Riñón de-

recho: Se observa sombra renal aumentada de tamaño, con cálculo de regular tamaño y zonas de desigual impregnación del parénquima. Retardo en la aparición y eliminación de la sustancia opaca.

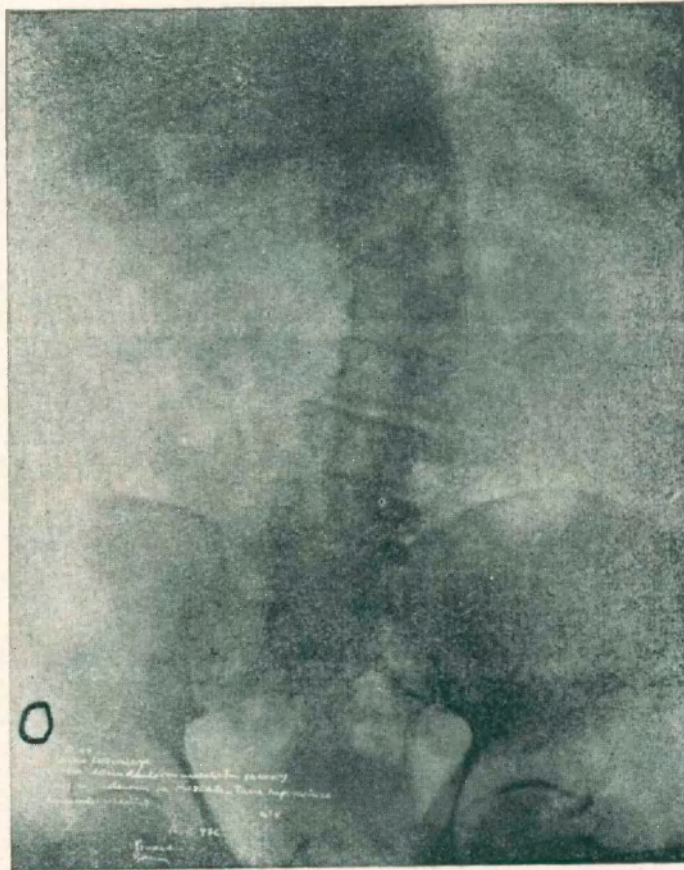


Radiografía 64.  
H. Cl. 1682. Uroselectan 20'. Tumor de vejiga.

Riñón izquierdo: Caracteres normales y buena función. Imagen vesical con buen globo de relleno. *Diagnóstico:* Litiasis renal derecha y pionesfrosis secundaria. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 20.* — Mismo enfermo que la anterior. Uroselectan 30'. Riñón derecho: Mejor impregnación de las cavidades pionesfróticas. Riñón izquierdo: Menor eliminación que la anterior. Imagen vesical con gran globo de sustancia de relleno.

*Radiografía 21.* — Mismo enfermo que las anteriores. Uroselectan 45'. Iguales caracteres que las anteriores, con una excelente imagen vesical que demuestra un buen funcionamiento renal global.



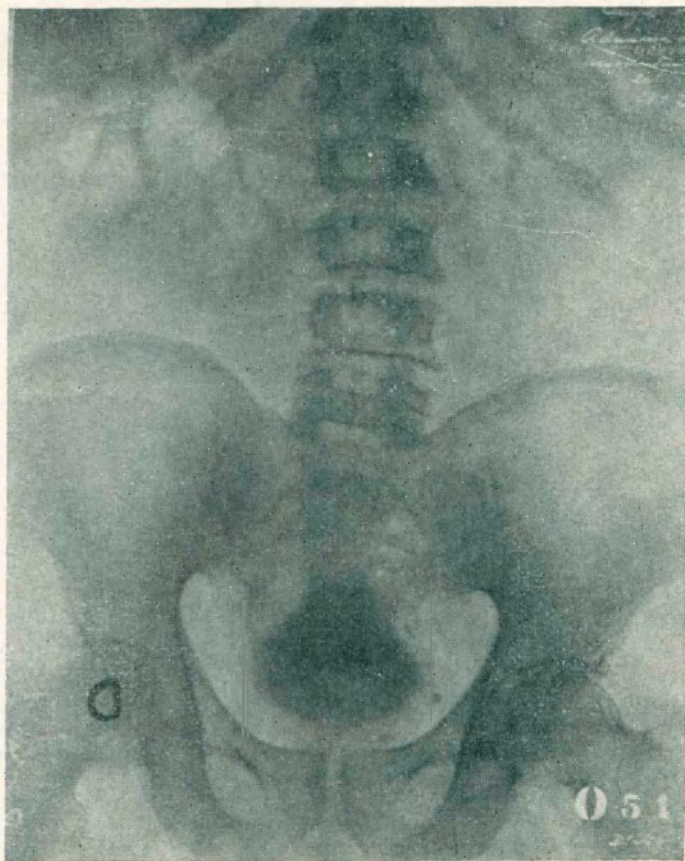
*Radiografía 65.*  
H. Cl. 2218. Uroselectan 45'. Adenoma de próstata.

*Radiografía 22.* — H. Cl. 2231. Simple. Riñón derecho: Grandes cálculos en vías de excreción. Riñón izquierdo: Normal. Gran cálculo vesical de forma ovoide.

*Radiografía 22.* — Mismo enfermo. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Además de lo ya observado en la radiografía anterior, se comprueba mayor impregnación del parénquima y poca eliminación de substancia opaca. Riñón izquierdo: Sombra renal grande, con



muy buena función y uréter visible en toda su extensión, Imagen vesical con sombra superpuesta a la del cálculo, pero levantada del lado sano.



Radiografía 66.  
Uroselectan 20'. Adenoma de próstata.

*Radiografía 24.* — Mismo enfermo. Uroselectan 15'. Riñón derecho: Sombra renal con desigual impregnación y poca eliminación. Riñón izquierdo: Igual al anterior, pero con mejor imagen de eliminación. Imagen vesical con signo de Constantinesco. *Diagnóstico:* Litiasis renal y vesical.

*Radiografía 25.* — H. Cl. 1480. Simple. Riñón derecho: No se observa la sombra renal ni anomalías calculosas. Riñón iz-

quierdo. Gran cálculo coraliforme que ocupa casi toda la superficie renal.

*Radiografía 26.* — Mismo enfermo que el anterior. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Regular eliminación. Riñón izquierdo: Además del cálculo se observa las vías de excreción dilatadas, así como acodamiento del uréter en su tercio superior, con visibilidad de éste en toda su extensión. Imagen vesical asimétrica, con mayor relleno del lado sano (derecho).

*Radiografía 27.* — Mismo enfermo. Uroselectan 30'. Iguales caracteres que las anteriores, pero con menor eliminación en ambos lados. Imagen vesical con gran relleno, más levantado del lado sano. *Diagnóstico:* Litiasis renal izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 28.* — Simple, en decúbito dorsal. Riñón derecho: Cálculo de gran tamaño ubicado dentro de la sombra renal, que presenta caracteres normales. Riñón izquierdo: Caracteres normales de forma.

*Radiografía 29.* — Mismo enfermo, en decúbito dorsal. Uroselectan 5'. Iguales caracteres que la simple. Eliminación casi nula. Riñón izquierdo: Sombra renal normal, con muy buena eliminación, visualizándose todo el uréter.

*Radiografía 30.* — Mismo enfermo, de pie. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Gran ptosis renal, que desciende en casi sus tres cuartas partes por debajo del reborde ilíaco. Riñón izquierdo: Igual ptosis que en el lado derecho, pero el riñón desciende algo menos. Regular eliminación aunque el urograma es poco nítido.

*Radiografía 31.* — Mismo enfermo, en decúbito dorsal. Uroselectan 40'. Riñón derecho: Aunque ptósico, más levantado que en el urograma anterior. Gran cavidad central pionesfrótica en comunicación con la pelvis; otra inferior unida al cáliz inferior. Riñón izquierdo: Más levantado que en la anterior, con menor eliminación que la primera. Imagen vesical en palangana, de regular tamaño. *Diagnóstico:* Ptosis renal bilateral, litiasis renal derecha (coraliforme) y pionesfrosis secundaria. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 32.* — H. Cl. 1345. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Normal en posición con vías de excreción algo dilatadas y ureter visible en todo su trayecto. Riñón izquierdo: Normal en

posición, pero de mayor tamaño que el derecho, con grandes cavidades en casi toda su extensión y eliminación casi nula. Imagen vesical. Gran cálculo vesical. *Diagnóstico*: Litiasis vesical con gran uropionefrosis izquierda.

*Radiografía 33.* — H. Cl. 1214. Uroselectan 35'. Riñón derecho: Aumentado enormemente de tamaño, con gran cantidad de cálculos y cavidades que ocupan casi toda la superficie y poca eliminación. Riñón izquierdo: Normal en posición, pero con peivis malformada y buena eliminación. *Diagnóstico*: Litiasis renal derecha y pionefrosis secundaria. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 34.* — H. Cl. 1269. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Dilatación de vías altas de excreción por cálculo ubicado en el uréter cerca de la vejica. Riñón izquierdo: Caracteres normales, con muy buena funcionalidad y uréter visible en casi toda su extensión. Imagen vesical con buena palangada de relleno. *Diagnóstico*: Litiasis ureteral derecha y uronefrosis secundaria. Expulsión del cálculo.

*Radiografía 35.* — H. Cl. 7605. Uroselectan 15'. Riñón derecho: Normal en posición y función. Riñón izquierdo: Idem, pero el uréter de este lado está dilatado en su porción pelviana por la presencia de un cálculo en la extremidad inferior del mismo (intramural). Imagen vesical con mayor relleno del lado normal. *Diagnóstico*: Litiasis ureteral izquierda. Expulsión del cálculo.

*Radiografía 36.* — H. Cl. 2150. Uroselectan 40'. Riñón derecho: Caracteres normales, con muy buena función. Riñón izquierdo: Posición normal y dilatación de las vías de excreción renales y del tercio superior del uréter por cálculo ureteral a la altura de la cuarta lumbar. Imagen vesical con muy buen relleno, pero asimétrica, es decir, más levantada del lado sano (derecho) que del enfermo (izquierdo). *Diagnóstico*: Litiasis ureteral izquierda y uronefrosis secundaria. Expulsión del cálculo.

### *Hidronefrosis y ptosis*

Son las hidronefrosis medianas y grandes las que se visualizan fácilmente por el estasis del líquido en el bacinete y cálices, no así en las de pequeño tamaño, que generalmente son poco observables.

Al estudiar estos procesos no debe tenerse en cuenta la intensidad de la imagen, sino cuando ellas son morfológicamente normales.

El urograma de excreción debe obtenerse cuando el medio opaco ha llegado a la vejiga a fin de visualizar los uréteres y poder descubrir en ellos cualquier causa de la uronefrosis, debiendo tenerse en cuenta que como el funcionalismo del parénquima renal está disminuído habría, en consecuencia, una menor eliminación de sustancia opaca y un retardo en la llegada de ésta a la vejiga debido a las dilataciones y a la atonía del uréter.

Legueu y su escuela consideran que las hidronefrosis, si bien obedecen a causas mecánicas, son debidas a trastornos reflejos de la motilidad y que la patología del uréter es en su gran parte por trastornos neuromusculares. Por largo tiempo se consideró que las hidronefrosis eran debidas al obstáculo mecánico al libre curso de la orina, hasta que Legueu comprobó que eran debidas a alteraciones del dinamismo, de ahí la relativa poca importancia del grado de dilatación de las vías urinarias.

Debemos además tener en cuenta que en ciertas circunstancias las vías de excreción adquieren por algún tiempo cierto grado de dilatación sin llegar a poder considerarse como patológica, como pasa en el período de gravidez, la que vuelve o perdura después del parto.

En muchos casos la urografía de excreción nos muestra en hidronefrosis unilaterales, dilataciones en el lado sano debidas a hiperfunción del riñón no afectado.

Este método de examen nos muestra la morfología y el dinamismo de la pelvis en las pequeñas uronefrosis, dándonos en el urograma el verdadero tamaño de las vías de excreción, lo que no pasa con el método ascendente en que éstas se hallan aumentadas por la inyección del líquido dentro de las mismas.

Además de los casos de uronefrosis por litiasis renales, ureterales y vesicales, voy a enumerar las que tienen por causa etiológica otro proceso, el más frecuente de todos ellos, las ptosis renales en sus tres grados con las complicaciones ureterales.

*Radiografía 37.* — H. Cl. 1768. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis de primer grado, con malformación de la pelvis y

uréter (mala implantación de éste) y uronefrosis del bacinete y cáliz, con buena imagen de contraste y buena visualización del uréter en casi toda su extensión. Riñón izquierdo: Posición normal, buena función. Imagen vesical, buen relleno, pero más levantada del lado izquierdo, lo que indica, conjuntamente con la óptima visibilidad del uréter pelviano y lumbar (signo de Constantinesco), de este lado una mejor funcionalidad. *Diagnóstico*: Uronefrosis por ptosis renal derecha. Nefropexia.

*Radiografía 38.* — H. Cl. 2121. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis de primer grado, con vías de excreción normales y buena función. Riñón izquierdo: Ptosis de primer grado, con dilatación del bacinete y algunos cálices. *Diagnóstico*: Ptosis renal bilateral y uronefrosis izquierda. Nefropexia.

*Radiografía 39.* — H. Cl. 2058. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis de primer grado, con dilatación del bacinete y cálices. Riñón izquierdo. Caracteres normales, con buena función. *Diagnóstico*: Ptosis renal y uronefrosis derecha. Nefropexia.

*Radiografía 40.* — H. Cl. 6382. Uroselectan 45'. Riñón derecho: No da imagen clara ni se observa excreción alguna. Riñón izquierdo: Grande, descendido, con gran dilatación de vías altas de excreción y uréter con varias acodaduras. *Diagnóstico*: Uronefrosis por ptosis izquierda.

*Radiografía 44.* — H. Cl. 6933. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Dilatación del bacinete y buena función, con uréter visible en toda su extensión. Riñón izquierdo: Caracteres normales. Imagen vesical, buen relleno con el medio opaco. *Diagnóstico*: Hidronefrosis derecha.

*Radiografía 42.* — H. Cl. 6626. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis de primer grado, con regular eliminación. Riñón izquierdo: Igual que al otro lado. *Diagnóstico*: Ptosis renal bilateral.

*Radiografía 43.* — H. Cl. 1560. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Sombra renal descendida en primer grado. Buena eliminación. Riñón izquierdo: Posición y caracteres normales. Imagen vesical muy buena. *Diagnóstico*: Ptosis renal derecha.

*Anomalías del aparato urinario: Anomalías de número*

Por este medio de examen es posible observar estos procesos congénitos que escapan a veces a la pielografía ascendente, tales como uréteres bífidos con una o dos pelvis, por introducirse el catéter en uno sólo y por ello no llegar el medio opaco a la otra pelvis.

*Radiografía 44.* — H. Cl. 6728. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Ptosis de primer grado, con bifurcación de la pelvis. Riñón izquierdo: Ptosis de primer grado. *Diagnóstico:* Pelvis bífida derecha y ptosis renal bilateral.

*Radiografía 45.* — Pielografía ascendente. Riñón derecho: Dos pelvis renales y dos uréteres colocados en su posición más frecuente de entrecruzamiento. Riñón izquierdo: No se puede cateterizar. *Diagnóstico:* Uréteres y pelvis bífidas derechas.

*Radiografía 46.* — Mismo enfermo que en la radiografía anterior. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Se observa dos pelvis y dos uréteres. Riñón izquierdo: Se observa dos pelvis y dos uréteres más visibles que en el otro lado. *Diagnóstico:* Uréteres y pelvis bífidas bilaterales.

*Anomalías de conexiones recíprocas: Riñón en herradura*

*Radiografía 47.* — Uroselectan 5'. Riñón derecho: Sombra renal descendida y continuada hacia el centro de la columna vertebral. Riñón izquierdo: Sombra renal descendida y continuada hacia la columna, con menor eliminación que en el lado opuesto.

*Radiografía 48.* — Mismo enfermo que en la anterior. Uroselectan 40'. Riñón derecho: Mejor visualización que en la anterior y mayor eliminación. Riñón izquierdo: Iguales caracteres que en la anterior, pero se ve el uréter que al salir por el polo inferior de la sombra renal se dirige hacia abajo describiendo una concavidad interna. Imagen vesical con buen relleno. *Diagnóstico:* Riñón en herradura.

*Dilatación de vías altas de excreción*

*Radiografía 49.* — H. Cl. 1897. Uroselectan 45'. Riñón derecho: Se observa dilatación de vías de excreción. Riñón izquierdo: Aunque en menor grado, se observa dilatación de las vías de excreción. Imagen vesical muestra regular eliminación en el reservorio.

*Diagnóstico:* Dilatación de vías de excreción. Enervación y nefropexia.

*Radiografía 50.* — H. Cl. 6425. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Dilatación de vías renales de excreción, principalmente en el uréter pelviano, por dilatación quística de su extremidad inferior. Riñón izquierdo: Dilatación de vías renales de excreción. Imagen vesical da buen relleno, algo más levantado del lado izquierdo. *Diagnósticos* Dilatación de vías de excreción y de la extremidad del uréter derecho (quística).

### *Riñón poliquístico*

Esta afección congénita da en los urogramas de excreción sus características de bilateralidad y del alargamiento y separación de los cálices, sin mayor modificación del bacinete.

La visualización es generalmente pobre por la escasa concentración urinaria y la diuresis abundante, opinando autores como Breckel y Negro y en contra de lo manifestado por otros, que con este medio se puede obtener imágenes radiográficas suficientes para el diagnóstico.

*Radiografía 51.* — H. Cl. 7944. Uroselectan 7'. Riñón derecho: Sombra renal grande, con alargamiento de los cálices. Riñón izquierdo: Igual que en el lado opuesto. *Diagnóstico:* Riñón poli-quístico.

### *Divertículos de vejiga*

Estos procesos de vejiga se observan con toda nitidez en los urogramas de excreción, principalmente en los clichés obtenidos a larga distancia del tiempo de la inyección.

*Radiografía 52.* — H. Cl. 6332. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Dilatadas todas las vías de excreción. Riñón izquierdo: Igual al lado opuesto. Imagen vesical de pequeño tamaño, con dos divertículos, uno a cada lado, y reflujo vésico-ureteral. *Diagnóstico:* Divertículos de vejiga. Dilatación de vías de excreción.

*Radiografía 53.* — H. Cl. 1994. Uroselectan a las dos horas y media. Riñón derecho: Dilatación de vías de excreción. Riñón izquierdo: No se observa eliminación debido al tiempo transcurrido desde la inyección. Imagen vesical con gran divertículo lateral de-

recho. *Diagnóstico*: Divertículo de vejiga, con dilatación de vías de excreción derechas. Enfermedad del cuello.

### *Enfermedad del cuello*

*Radiografía* 54. — H. Cl. 2075. Uroselectan 45'. Imagen vesical con gran globo que ocupa gran parte de la pelvis. *Diagnóstico*: Enfermedad del cuello.

### *Tumores de riñón*

En este proceso no es la urografía de excreción el de elección, sino el ascendente, pues como no se observa eliminación en la zona afectada no existe impregnación del parénquima renal.

En ciertos casos gruesos coágulos sanguíneos o infartos pueden dar en la pelvis y parénquima renal alteraciones iguales a la infiltración neoplásica, y como se observa además la hematuria puede pensarse en un tumor de riñón.

Otras veces la neoplasia no infiltra la pelvis y no se observa alteración de ella que haga pensar en una neoplasia.

Pueden presentarse dos casos: No hay tumor palpable y sí signos funcionales: la urografía de excreción no da mayores datos. Hay tumor, éste puede ser renal o extrarrenal, lo que es fácil descubrirlo si la imagen tumoral corresponde a la proyección del aparato renopielico.

*Radiografía* 55. — H. Cl. 8755. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Caracteres normales, con buena función. Riñón izquierdo: Falta del cáliz superior y regular función. Imagen vesical con buen relleno. *Diagnóstico*: Tumor cáliz superior izquierdo. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía* 56. — H. Cl. 1332. Uroselectan 45'. Riñón derecho: Caracteres normales. Riñón izquierdo: Sombra renal aumentada de tamaño a expensas de su parte media e inferior. Falta del cáliz medio e inferior. *Diagnóstico*: Tumores del riñón izquierdo. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía* 57. — H. Cl. 1580. Uroselectan 45'. Riñón derecho: Caracteres normales. Riñón izquierdo: Grande, descendido, con vías de excreción normales, pero con sombra redondeada y



superpuesta a la renal en todo el polo inferior. Imagen vesical con relleno regular. *Diagnóstico*: Tumor pararenal izquierdo.

### *Infecciones no tuberculosas del riñón y uréteres*

En las pielitis se observa en el urograma de excreción la pelvis dilatada e irregular, acompañada de estasis por hipotonía muscular.

En las pionefrosis el riñón es voluminoso, irregular, con cavidades formadas por las dilataciones de los cálices y del parénquima y por la destrucción de este último, no dando imagen si el riñón está muy destruido por falta de eliminación de la substancia opaca y si aún resta parénquima ella es deficiente.

En las pielonefritis gravídicas producidas por el colibacilo se observa, como en los embarazos normales, un urograma con dilatación excretora más marcado del lado derecho, gran bacinete y cálices y uréter grueso y en el lado izquierdo menos dilatación y mayor curvatura del uréter que en el otro lado.

Esta atonía es debida a múltiples causas: unos, como Pasteau, dicen que es por retención vesical; otros, por compresión ureteral por el útero grávido, y otros, por acodaduras del pedículo útero-ovárico. La imagen vesical es generalmente asimétrica.

*Radiografía 58.* — H. Cl. 1815. Uroselectan 20'. Riñón izquierdo: Normal. Riñón derecho: Vías de excreción dilatadas e irregulares, de bordes difusos. Imagen vesical muy buena. *Diagnóstico*: Pielitis derecha.

*Radiografía 59.* — H. Cl. 1392. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Normal. Riñón izquierdo: Gran sombra renal deformada y ocupando todo el lado izquierdo del abdomen. Eliminación nula. Imagen vesical buena. *Diagnóstico*: Pionefrosis izquierda. Nefrectomía. Curación.

*Radiografía 60.* — Uroselectan 15'. Riñón izquierdo: Normal, con muy buena eliminación. Riñón derecho: Sombra renal irregular de gran tamaño, con mala función. *Diagnóstico*: Pionefrosis derecha. Nefrectomía. Curación.

### Traumatismo del riñón

Es la urografía de excreción el método de elección de inmediato al traumatismo, porque nos permite efectuar de inmediato el examen sin dificultad alguna, no así con la pielografía ascendente, cuyo peligro reside en que puede aumentar la lesión por el trauma del cateterismo y de la inyección pélvica, además del de la infección.

*Radiografía 61.* — H. Cl. 2149. Uroselectan 5'. Riñón derecho: Normal en posición y excreción. Riñón izquierdo: Pequeña cavidad a la altura del cáliz superior y eliminación nula.

*Radiografía 62.* — Mismo enfermo que en la radiografía anterior. Uroselectan 20'. Riñón derecho: Muy buena eliminación con caracteres normales. Riñón izquierdo: Sin eliminación, observándose una pequeña cavidad ya citada. Imagen vesical buena.

*Radiografía 63.* — Mismo enfermo que la anterior. Uroselectan 45'. Igual a las anteriores y con buena imagen de relleno vesical. *Diagnóstico:* Ruptura parcial interna del riñón izquierdo, con hematonefrosis y cavidad secundaria.

### Cistorradiografías de excreción

En los casos de tumores vesicales, la urografía de excreción nos da imágenes lacunares en el sitio de la neoplasia, debiendo obtenerse los clichés a largos espacios de tiempo de la inyección.

*Radiografía 64.* — H. Cl. 1682. Uroselectan 20'. Imagen vesical. Falta de relleno por la substancia opaca de excreción en casi toda la vejiga, a excepción del cuadrante superior izquierdo. *Diagnóstico:* Tumor de vejiga.

*Radiografía 65.* — H. Cl. 2218. Uroselectan 45'. Imagen vesical con falta de opacidad en la línea media e inferior del globo vesical. *Diagnóstico:* Adenoma de próstata.

*Radiografía 66.* — Uroselectan 20'. Imagen vesical. Falta de opacidad en la mitad inferior y en forma semicircular. *Diagnóstico:* Adenoma de próstata.

*La urografía de excreción en las formas abdominales*

La frecuencia de los trastornos urinarios en enfermos que han sido intervenidos de apendicitis, así como falsos apendiculares en procesos urinarios que han sido tratados en diversas oportunidades y por el suscripto en la Sociedad de Urología en junio del año próximo pasado, hace que se conceptúe que el método de excreción puede ser de suma importancia, permitiéndonos demostrar la relación que pueda existir con un proceso apendicular por contigüidad.

Por estos causales se conceptúa que debe efectuarse un urograma de excreción en aquellos casos que un enfermo acusara una sintomatología abdominal, aunque los trastornos no parezcan ser de etiología urinaria.

CONCEPTO SOBRE LA UROGRAFÍA  
DE EXCRECIÓN EN NUESTRO PAÍS.

En nuestro país la mayoría de los urólogos y radiólogos han ido experimentando los resultados de este medio de examen desde su descubrimiento hasta la fecha, y a medida que se obtuvieron otros preparados de mayor eficiencia y técnica más sencilla, fué variando el concepto deficiente que existió al principio hasta llegar a considerarlo en la actualidad como uno de los medios de investigación urológico más valioso desde el punto de vista del diagnóstico y aun el funcional.

El Prof. Juan Salleras, en junio de 1930, publica con el Dr. Gerardo Villar, en "La Semana Médica", comentarios sobre seis casos de urografía de excreción por vía endovenosa, y dicen haber obtenido en cinco de ellos resultados satisfactorios, no solamente desde el punto de vista del diagnóstico, sino también del funcional, con absoluta tolerancia del uroselectan y sin inconveniente alguno.

Más tarde, en la misma revista científica, en febrero de 1931, al hablar del uroselectan, cita el Dr. Salleras la tolerancia de la urografía de excreción en enfermos con azotemias de 0.80, pero opina en estas circunstancias que desde el punto de vista funcional los resultados obtenidos son contradictorios, así como en la parte diagnóstica, donde debido a la falta de una técnica regular en la obten-

ción de los urogramas solamente obtuvo un 10 % de buenos clichés, por lo que aconsejaba no aplicarlo en la práctica diaria.

Este urólogo, en el año 1933, en la "Revista Médica de Rosario", al hablar de la pielografía ascendente y descendente, dice que éstas son de gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico de los procesos quirúrgicos del riñón, así como en los accidentes del trabajo, donde nos da el estado de la lesión renal y sus complicaciones alejadas.

Y por último, en una comunicación a la Sociedad de Cirugía, en noviembre de 1935, nos dice que la urografía de excreción es insustituible en los casos de imposibilidad del examen cistoscópico, que como imagen de contraste es de un valor indiscutible que permite la comparación del lado sano con el enfermo, no sólo como orientación, sino para indicar el estado anátomo-patológico de las lesiones. Trata la urografía de excreción como función renal, indicándonos la hipertrofia funcional post-operatoria, habiéndole permitido únicamente con este medio de examen efectuar una nefrectomía. Como función global puede usarse, pero es menos exacto y más costoso que los otros medios de exploración, y como función por separado nos muestra comparativamente el estado en cada riñón.

Además lo aconseja en las afecciones quirúrgicas del riñón con fin de diagnóstico y de control, pero no así en los procesos renales iniciales, tales como la tuberculosis, etc.

El Prof. Enrique Castaño, en la misma fecha y en unos comentarios a la Sociedad de Cirugía, dice que la urografía de excreción es un complemento de diagnóstico en los diversos procesos renales, no reuniendo eficacia como prueba funcional para determinar la potencia renal.

Además, entre otros conceptos, dice que este medio de examen nos permite estudiar el dinamismo de las vías de excreción.

El Dr. U. Isnardi, en 1930, nos habla de la urografía de excreción y su indicación cuando el cateterismo es imposible. Indica la mejor visualización del parénquima renal por la impregnación opaca, pero opina que la imagen que se obtiene generalmente es muy variable.

Agrega que es un recurso de exploración útil como comple-

mento, pero insuficiente por no existir una relación constante entre la sombra y la función renal.

El Prof. Astraldi, en trabajos presentados en el año 1930 a la Sociedad de Urología, al hablar del método descendente, dice que es un medio de examen de excepción y de usarse cuando no es posible efectuar una pielografía ascendente.

Lo aconseja como método de elección en los niños que por su edad no permiten utilizar instrumental apropiado para efectuar el cateterismo.

El Dr. Heuser, en "La Semana Médica" de enero de 1931, presentó trabajos sobre el yoduro de urea (Pielognost de Roseno), el uroselectan y el abrodil, este último por vía endovenosa, oral y rectal y nos habló de la dificultad de obtener los urogramas por vía bucal, por la superposición de las sombras renal e intestinal. El Dr. Heuser usó diversos procedimientos técnicos a fin de simplificar la inyección, cuyo volumen grande dificultaba su aplicación.

Más tarde, en la sesión de Medicina Interna de la Asociación Médica Argentina, en 1932, nos habla del perabrodil y dice que la urografía de excreción no suplanta a la pielografía ascendente, pero permite observar el peristaltismo ureteral, así como el sístole y el diástole del bacinete, con clichés obtenidos cada dos minutos y en serie de seis. Además agrega que el método permite estudiar la eliminación de cada riñón, el estado anátomo-patológico de cada lado y el dosaje del yodo.

En otro artículo en octubre de 1931, al hablar de la urografía de excreción en las embarazadas, manifiesta que la mejor imagen es debida a la compresión de los uréteres por el feto, y propone efectuar siempre la compresión de los meatos ureterales por el llenado vesical, y la del polo inferior vesical por la introducción de un balón de goma en el recto.

El Dr. Alberto García nos habla, en comunicaciones al respecto, de las ventajas e indicaciones de la urografía de excreción, en los casos de contraindicaciones de la ascendente.

El Dr. Monserrat, en 1931, no aconseja este medio de examen para el estudio del funcionalismo renal, no debiendo tenerse en cuenta la imagen radiográfica para estudiar el valor funcional del riñón.

Los doctores Rodolfo Rivarola y S. Gerzestein, al hablar en 1933 de la urografía de excreción en los niños, indican que éste es el medio de elección, y aconsejan vulgarizar este medio de examen que es inocuo y perfectamente tolerado en niños de dos a doce años.

Los doctores Bengolea y Saralegui, refiriéndose al uroselectan, dice que reúne todos los requisitos exigidos a una sal para el estudio del árbol urinario por vía endovenosa, que se tolera perfectamente, que su técnica es sencilla y que da datos abundantes sobre la función urinaria.

Para terminar, diré que en noviembre de 1932 el Dr. León Arrues nos habla de los resultados de cien observaciones de urografías de excreción y dice que la pielografía ascendente es más demostrativa, por su claridad, pero no es fisiológica por las modificaciones impresas por los líquidos e instrumental; que la descendente, cuyo valor cada vez es mayor, es un medio fisiológico imprescindible cuando existe falta de capacidad vesical o imposibilidad del cateterismo.

#### CONCLUSION SOBRE LA UROGRAFÍA DE EXCRECIÓN.

Por los estudios sobre este medio de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

*La urografía de excreción es un medio de examen de gran importancia urológica, de elección en algunos procesos urinarios y complementario en otros.*

*Su doble valor diagnóstico y funcional, su técnica sencilla y su inocuidad, lo colocan entre los medios de valor para la interpretación diagnóstica, debiendo el clínico recurrir a él cuando desee completar el estudio del paciente en la investigación del proceso.*

#### BIBLIOGRAFIA

- ASTRALDI: La Semana Médica, 1, 1605-1608, junio 19 de 1930. "Also value en diagnosis". Rev. de Especialidades. 6, 286-290, mayo de 1931.
- BARONI B.: "Mechanism and curve of elimination of contrast mediums employed". Resegna int. de Clin. e Terap., 14, 799, 815, agosto 31 de 1933.
- BEUTIL A.: "Value of comercial preparation used intravenously". Med. Klin., 27, 1240-1241, agosto 21 de 1931.

Las vías urinarias y biliares  
se desinfectan eficazmente con la

# CYLOTROPINA

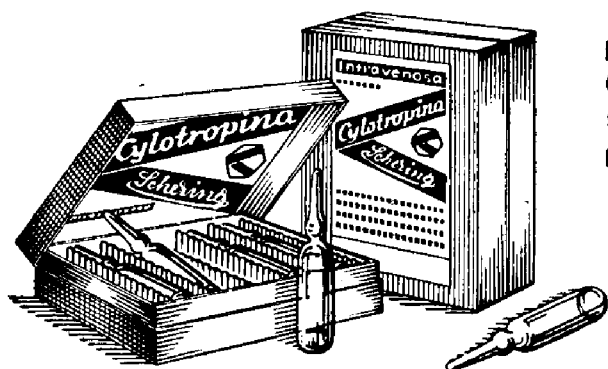
preparado inyectable a base de Urotropina,  
salicilato de sodio y de cafeína

① *Acción desinfectante y anti-infecciosa intensísima debida a la combinación de Urotropina y salicilato de sodio*

② *Efecto diurético y estimulante producido por el salicilato de cafeína*

③ *Acción omnifelular y desinfectante general ejercida por la Urotropina*

Indicada especialmente en la pielitis,  
cistitis, colecistitis, etc.



ENVASES ORIGINALES:  
Cajas con 6 ampollas de 5 c.c.  
sin anestésico | con anestésico  
para inyección | para inyección  
intravenosa | intramuscular

*Schering*

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Nuestros Representantes:  
QUIMICA SCHERING, S.A. - Perú 722 - Bs As.

INSTITUTO PASTEUR DE PARIS

VACUNA

URETRITIS GONOCOCCICA

ARTROPATHIAS GONOCOCCICAS

PROSTATITIS

METRITIS

SALPINGITIS

BARTOLINITIS

# ANTIGONOCOCCICA

Publicidad exclusivamente al cuerpo médico.

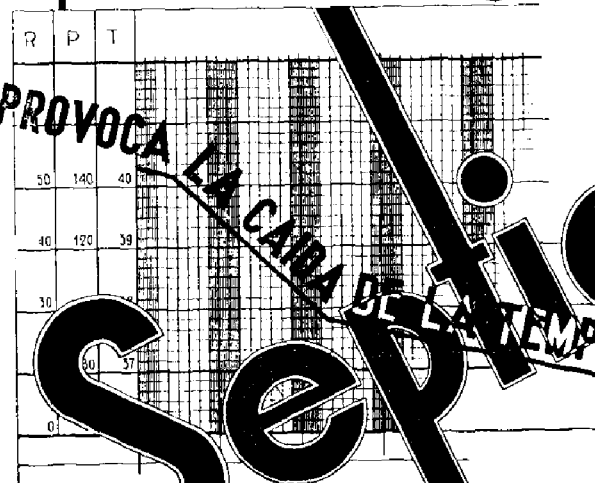


H. Millet & J. Roux

MONTEVIDEO 160-168

BUENOS AIRES • J. Roux

En todos los estados  
Infecciosos agudos



# Septicemine

10 a 30 c.c. por día  
Endovenosas -  
o intramusculares.

Publicidad exclusivamente al cuerpo médico • H. Millet & J. Roux • Montevideo 160 • 168 Buenos Aires.



- BAÑARES ZARSOSA: "Urography intravenous instrumental pyelography and pneumopyelography indication". *Rev. Méd. de Canarias*, 2, 422-431, noviembre de 1933.
- BRONNER H. SCHNELLER: "Excretion Urography". *Surg., Gyn. and Obst.*, 52, 254-260, febrero 31.
- CUNNING: *J. Urol.*, 24, 587-594, diciembre 30.
- CULBERTON D., JACOBS A.: "Preliminary observation on recovery of iodine as test of renal function following injection of Uroselectan". *Brit. Journ. Urol.*, 4, 36, 45, marzo de 1935.
- DALLEPIANE C.: "Examination of urinary tract with uroselectan in pregnancy". *Cultura Méd. Mod.*, 9, 265-281, abril 15 de 1930. "Elimination of Yopax". *Arch. Internat. de Pharmacol. et de Ther.*, 40, 1, 18, 31. "Excretion Urography". *Lancet*, 1, 757-758, 4 de abril de 1931. *British Med. Journ.*, 625-626, abril 11 de 1931.
- GIORDANENGO: "Pyelography descending by rectal route". *Ann. Ital. di Chir.*, HEUSER C.: "Abrodil". *La Semana Médica*, 1, 327, 328, Jan. 21-31. "Also". 11, 401-415, abril 30 de 1932. *La Semana Médica*, 1, 281, 282, Jan. 30 and 1, 1326-1331, mayo 29-30 and "Descending phylography" 2-851-856, Septiembre 10-31. "Also". *Revista de Especialidades*, 5, 327-338, mayo 30 and "Técnica e instrumental de la pielografía descendente". 6, 1147-1149, Noviembre 31 and "Valor clínico de la pielografía descendente con Abrodil". *Rev. Asoc. M. Arg.*, 46, 1555-1560, Dic. 32.
- HERITAGE K.: *Lancet*, 2, 182, July 19-30.
- DI MALO G.: "Localization and mechanism of elimination of iopax in determination of function of Kidneys anatomic and experimental studies". *Archivio Ital. di anat. e istol.*, 3-213-248, March, April 32.
- HUTTER C.: "Intravenous urography". *Arch. It. di Urol.*, 6-67-70 March 30.
- ISNARDI U.: *Rev. Especialidades*, 5, 1141-1144, August 30. "Also iopax". *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 43, 751-756, noviembre, diciembre 30.
- JOHANNESON C. I.: "Intravenous urography versus retrogrado pielography". *Nortwest Medical*, 30, 274-278, June 31.
- KUTZMAN: *Ann. J. Surg.*, 10, 320-324, noviembre 30.
- KIDD F.: "Intravenous Urography". *British Journ. Urol.*, 2, 47, 53, March 30.
- LANDÍVAR Y DOTTA: *La Semana Médica*, 1, 882, 886, abril 3, 30.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT: "After intravenous injection of uroselectan". *Bull. Soc. Fr. d'Urol.*, 8, 389, 392, diciembre 29. "Also". *J. d'Urol.*, 2979, 82-30.
- MIGLIARDI: "Use of tenebryl in contrast mediums". *Minerva Médica*, 2, 268, 271.
- MOORE: "Excretion Urography with neoskiodan (diodras t. iodine preparation)". *J. Urol.*, 30, 27, 37 July 33.

- MAYER R., ESTIÚ M., CHRISTIAN P. E.: *Rev. As. Méd. Arg.*, 44, 361-367, July 31, "Skiodan".
- MARINESCU G.: "Descending pyelography". *Romania Medical*, 8, 325-326, diciembre 15-30.
- NOVAK: "Pielofanina (iodine preparations) in descending pyelography". (*Riforma Medica*, 48, 416, March 12, 32.
- NICHOLS B. A.: "Escretory Urography". *West Virginia M. J.*, 28, 152-157 April 33.
- RAVASINI C.: "Ascending pyelography and descending by oral and intravenous methods", 6, 239-255, June 30.
- ROSSI C.: "Functional study of Kidneys by descending pyelography". *Arch. Ital. di Urol.*, 9, 70, 95, June 32.
- ROSENO: "Excretion urography by intravenous injection of contrast fluids methods (A. Pereira)". *Bol. Soc. Med. e Cir., Sao Paulo*, 1, 13-413-422, diciembre 29.
- REBOUL H.: "Urography by tenebryl". *Presse Médical*, 41, 1858-1861, noviembre 18, 33.
- RIVAROLA R. Y GERZESTEIN S.: "Intravenous plelography with neoipax in children". *Pr. Méd. Arg.*, 20, 1158-1164, May 24-33.
- SEGRE M.: "Technic of excretion and interpretative criterium of descending urograms". *Radiol. Med.*, 21, 453-495, May 34.
- SICHEL D.: "Elimination Urography". *Bull. et Mém. Soc. of Radiol. Med. of France*, 20, 567-573, noviembre 32, also with BOECKEL A.: "Fourteen pyelography with intravenous and rectal injections". *Strasbourg Med.*, 91, 46-49, Jan. 25-31. Also. *Paris Med.*, 1, 142, 144, febrero 31.
- SALLERAS J.: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 43, 739, 744, noviembre, diciembre 30. También con VILAR G.: *Rev. de Especialidades*, 5, 532-538, mayo 30. También *La Semana Médica*, 1, 1625-1627, junio 27-30.
- SANTORO: "Death following descending pyelography case". *Arch. di Radiol.*, 7, 244-253, March, April 31.
- SUGAR H.: "Escretion urography with neoipax". *West J. Surg.*, 40, 320, 329, June 29.
- SWICK M.: Excretion Urography by means of intravenous oral administration of sodium ortho iodo hipurate with some physiological consideration preliminar report". *Surg. Gynec. Obst.*, 56, 62, 65, Jan. 33.
- SILBERTON R. Y.: "Indications and interpretative use of uroselectan". *B. M. J. Australia*, 2, 531-535, octubre 29-32.
- VON SICHTEMBERG: "La urografía por eliminación y de rellenamiento". Conferencias pronunciadas en Buenos Aires.
- VILLA: *Minerva Médica*, 2, 405-410, septiembre 22-30. 515, 31.
- WOLKE K.: "Experiments in rectal pyelography". *Acta Radiol.*, 12, 497-
- ZIEGLER J. Y KOHLER H.: *Med. Klin.*, 26, 10, 11, Jan. 3, 30.

# ASOCIACION MÉDICA ARGENTINA

## Sociedad Argentina de Urología

---

### COMISION DIRECTIVA, 1937

<i>Presidente</i>	Dr. ADOLFO MARTIN LOPEZ
<i>Vice-Presidente</i>	Dr. LUIS FIGUEROA ALCORTA
<i>Secretario</i>	Dr. GUILLERMO IACAPRARO
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

---

Asamblea Anual ordinaria — 22 de Abril de 1937

#### **Balance y Memoria anual.**

1ª. Sesión científica ordinaria — 22 de Abril de 1937

Trabajo científico presentado:

#### **Héctor D. Berri:**

"Tres observaciones de tumores renales".

#### ASISTENCIA:

*Miembros Titulares:* Gerardo Vilar, Alberto E. Garcia, Adolfo M. López, Ubaldo Isnardi, J. W. Alvarez Colodrero, Guillermo Iacapraro, A. von der Becke, Juan Salleras, Tomás Schiappapietra, José L. Monserrat, Isidoro Gálvez, R. de Surra Canard, Leonidas Rebaudi, León Arrues, A. E. Serantes Lasserre, Luis E. Pagliere, L. Figueroa Alcorta, Armando Trabucco, F. Grimaldi y B. Maraini.

*Socios Adherentes:* R. Mathis, E. Bottini, C. Comotto, E. Torres, J. V. Gomez, H. D. Berri, A. Pujol, N. Cartelli y V. Albornoz.

## Sociedad Argentina de Urología

### MEMORIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 1936 Por el Doctor Ubaldo Isnardi (Presidente)

Estimados consocios: La Sociedad Argentina de Urología, inicia esta noche su décimo-quinto período anual de sesiones, debiendo yo presentar a la consideración de mis distinguidos consocios, la memoria correspondiente al período anterior. Durante ese período, la Sociedad ha continuado su habitual actividad científica, siguiendo la línea de progreso que ha caracterizado su existencia desde el día de su fundación.

Cuenta actualmente con treinta y cinco socios titulares — máximum que permiten sus estatutos —, cuarenta y un miembros adherentes y cuatro socios honorarios.

Está vinculada por medio de corresponsales extranjeros a los más importantes centros urológicos del mundo y por corresponsales nacionales está también vinculada en el país con Rosario, Córdoba, Tucumán, La Plata, etc.

Durante el año 1936, realizó ocho sesiones científicas ordinarias y dos extraordinarias; una asamblea ordinaria y tres extraordinarias.

A sus sesiones científicas concurrieron reglamentariamente treinta y dos de sus socios titulares; es lamentable que los otros tres restantes, nos hayan privado de su colaboración.

En el curso de sus reuniones fueron presentadas cincuenta y nueve comunicaciones científicas, pertenecientes a cincuenta y cuatro autores, de los cuales veinticinco socios titulares, once adherentes y diez y ocho colaboradores con ellos.

En las asambleas se debatieron importantes asuntos, tales como la fundación de la Sociedad de Venereología, la elección del Comité Argentino a la Confederación Americana de Urología, la organización del Segundo Congreso Panamericano de Urología, la conveniencia de revisar los Estatutos de la Sociedad, etc.

Su órgano de publicidad, la Revista Argentina de Urología, ha aparecido regularmente en forma bimensual, tal como se venía haciendo en años anteriores, formando en conjunto un volumen de seiscientos sesenta y cuatro páginas, lo que importa un considerable aumento con respecto a los años anteriores. También ha mejorado su presentación y a este respecto hago notar la competencia y el celo puestos a nuestro servicio por el señor José Rañó — de la firma Nocito y Rañó —, competencia y celo que agradecemos debidamente.

Además de la Revista, la Sociedad ha editado boletines suplementarios que le han permitido a los socios tener en sus manos los trabajos presentados en cada sesión, antes de que se realizara la sesión siguiente, lo cual facilita y amplía las discusiones y la contribución científica, pues se estableció que la discusión quedara abierta hasta la sesión siguiente.

Ha sido confeccionado el índice de la Revista correspondiente a los años 1934 y 1935. Queda aún por hacer el correspondiente al año 1936. También se ha empezado a confeccionar el Índice Nacional de Urología, continuando la obra iniciada por el malogrado profesor Nin Posadas, obra que quedó interrumpida en 1921. Para ello se encargó al señor don José Alejandro Trillo, bibliotecario de la Facultad, quien nos ha entregado ya el original correspondiente al año 1922. Causas ajenas a su voluntad le han impedido poder entregarnos el índice correspondiente a cinco años, como era nuestro deseo, ya que tenemos los fondos con qué costearlos. Pero ese trabajo está en marcha y es posible que en el curso de dos años más, pueda la Sociedad ofrecer a los estudiosos tan útil elemento de bibliografía.

Durante el año anterior, la Sociedad ha recibido dos donaciones en efectivo: una de don Virginio F. Grego por valor de mil pesos, y otra de doña Virginia B. de Usanna, por valor de quinientos pesos. Tales donaciones que fueron gestionadas por el que habla por intermedio de los doctores Fernando Bustamante y Rogelio Iacapraro respectivamente, nos han permitido crear los premios "Estímulo" para los socios adherentes y disponer de los recursos necesarios para confeccionar el Índice Nacional de Urología a que he aludido. El Presidente puso a disposición de la Sociedad la me-

dalla correspondiente al premio destinado a los socios titulares. Esos premios fueron creados para el año 1936, pero estamos seguros, por lo menos para el último, de que se continuarán en el futuro.

La M. D. que me ha tocado presidir ha creído conveniente reunirse periódicamente en el intervalo de las sesiones científicas para realizar la labor que exige la marcha de la Sociedad en todos sus aspectos, concurriendo a esas reuniones sus miembros y los secretarios de redacción de la Revista. A tal efecto y para mayor eficacia, la redacción de la Revista se trasladó del domicilio particular de uno de sus secretarios donde funcionaba antes, a la imprenta, donde el editor puso a nuestra disposición un modesto local. No es esta la solución ideal, pero nos ha parecido la mejor mientras no contemos con un local que nos pertenezca enteramente.

La actuación de la M. D. queda registrada en un libro de actas especial, en donde además del resumen de sus actividades se ha insertado la nómina de los socios titulares y adherentes, corresponsales nacionales y extranjeros miembros honorarios y suscriptores de la Revista. La continuación de este libro nos parece útil para reunir en un volumen datos que se encuentran dispersos en el libro de actas de las reuniones públicas de la Sociedad, lo que hace difícil su búsqueda en un momento dado.

Uno de los secretarios de redacción, el doctor García, encargado de la administración de la Revista, ha confeccionado los libros de contabilidad de la misma desde el día de su fundación. El tesorero doctor von der Becke confeccionó el libro de tesorería a partir del año 1934, época en que él ocupó ese cargo, siendo estos libros indispensables al control de las finanzas de la Sociedad, nos parece inoficioso encarecer su prolija continuación.

Las finanzas de la Sociedad son satisfactorias como puede juzgarse por el informe de la Tesorería. A pesar del volumen alcanzado por la Revista, del encarecimiento del papel y costo de impresión, y a pesar de la aparición de los boletines suplementarios, la Tesorería queda con un remanente a su favor que alcanza a un tercio del producto de las cuotas anuales abonadas por los socios titulares.

## SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Estado de Tesorería al 31 de Marzo de 1937

### INGRESOS

Recibido del Señor Tesorero anterior Dr. Arturo Serantes, al hacerme cargo de la tesorería el 13 de Mayo de 1933..	\$ m/n.	156.37
<b>Hasta el 31 de Marzo de 1934:</b>		
Cobrado por cuotas del año 1933 (se cobraron 33 a \$ m/n. 50 c/u. ....	„ „	1.650.00
<b>Hasta el 31 de Marzo de 1935:</b>		
Cobrado por cuotas del año 1934 (29 a \$ 50 c/u. y una del año 1933) .....	„ „	1.500.00
<b>Hasta el 31 de Marzo de 1936:</b>		
Cobrado dos cuotas. (Una de 1933 y una de 1934)...	„ „	100.00
Total ingresado .....	„ „	3.406.37
Total egresado .....	„ „	1.894.51
Saldo en caja, el 31 de Marzo de 1936 según balance publicado hace un año.....	„ „	1.511.86
<b>Hasta el 31 de Marzo de 1937:</b>		
Cobrado tres cuotas de 1934 y 35 cuotas de 1935; en total 38 cuotas a \$ m/n. 50 c/u. ....	„ „	1.900.00
		<u>\$ 3.411.86</u>

### SALIDAS

Durante este ejercicio anual para contribución a la impresión de la Revista Argentina de Urología (compr. Nos. 13 y 14	\$ m/n.	1.100.00
Saldo.....	„ „	2.311.86
Más cuenta especial, donación para premios .....	„ „	1.000.00
Total en caja.....	\$	<u>3.311.86</u>

Que es la cantidad depositada actualmente en la cuenta No. 35918 de la Caja de Ahorro en Cédulas del Banco Hipotecario Nacional.

Además ya se ha comenzado la cobranza de las cuotas correspondientes al año 1936. Se han cobrado 19 cuotas que importan \$ m/n. 950.- Restan a cobrar aún 16 cuotas. No hay socios morosos.

Existe, por otra parte, una donación especial obtenida de la Sra. Virginia B. de Usanna por el Presidente Dr. Ubaldo Isnardi, para ser destinada a la publicación de un "Índice Bibliográfico Nacional de Urología".

Esta donación, que es de \$ 500.- obra en poder del Dr. Isnardi, el cual es el encargado de administrarla. La primera parte del mencionado índice está ya en imprenta.

Abril 22 de 1937.

(Fdo.) Dr. Alfonso von der Becke  
Tesorero

La S. A. de U. durante el año 1936 ha realizado pues, mayor número de reuniones que en años anteriores; ha tenido mayor número de comunicaciones científicas; ha editado un mayor volumen en su revista; ha publicado boletines suplementarios; ha iniciado la confección de Índice Nacional de Urología; ha establecido premios a los mejores trabajos del año y ha incorporado a su seno nuevos miembros adherentes: todo ello sin que sus finanzas se resientan; por eso dije al iniciar esta lectura que la S. A. de U. ha continuado la marcha ascendente de progreso, que viene siguiendo desde el día de su fundación.

Sólo me resta para terminar agradecer a mis distinguidos consocios su valiosa colaboración científica, que es lo fundamental para la Sociedad.

Debo ahora transmitir la M. D. a sus nuevos miembros. Nada diré de su laboriosidad y competencia, de todos conocidas.

Doctor López: Os transmito esta Presidencia cuyo sitio me he honrado en ocupar durante un año. Estoy seguro de que seréis capaz de continuar la honrosa tradición de los que me precedieron en él, y en ese sentido hago votos en bien de la S. A. de U. y del prestigio de nuestra ciencia. Quedáis, pues en posesión de la Presidencia de la S. A. de U.

Hago presentes estos mismos conceptos hacia los doctores Luis Figueroa Alcorta, Guillermo Iacapraro y A. von der Becke que integran la nueva M. D. como Vice-Presidente, Secretario y Tesorero respectivamente.

Buenos Aires, 22 de abril de 1937.

Distinguidos consocios:

Esta asamblea, con la cual se inician las actividades de la Sociedad Argentina de Urología durante el corriente año, ha sido convocada a objeto de hacer entrega de los premios "Presidente" y "Estímulo", creados durante el período anterior, a quienes los han merecido de acuerdo a la reglamentación vigente, y de hacer entrega también, de la Mesa Directiva a los nuevos miembros que la componen.

Al abordar el primero de estos cometidos, lo hago poseído de una íntima y grande satisfacción, tanto por ser la primera vez que tan auspicioso hecho se produce en el seno de esta sociedad, cuanto



por ser ellos el producto de donaciones hechas a esta entidad científica. Por razones obvias no he de referirme a la donación del premio "Presidente". Pero voy, sí, a comentar brevemente la donación hecha por el señor Virgíno F. Grego para instituir los premios "Estímulo".

Es un hecho de todos conocido, la escasa contribución que las entidades comerciales, industriales y los particulares aportan en nuestro país al fomento y progreso de las asociaciones científicas y culturales, si se la compara con la contribución que entidades similares aportan para esos fines en otros países, tanto en la América del Norte como en el Viejo Mundo.

Tan escasa contribución en nuestro país, impone la necesidad de analizar brevemente, tratando de inquirir las causas que gravitan sobre la masa extra-académica del pueblo, para que ella no sea mayor.

No se trata evidentemente de un factor de pobreza, siendo como es el nuestro un país rico, donde los esfuerzos dedicados a la producción, la elaboración y el comercio, obtienen por lo común amplia compensación utilitaria.

No puede pensarse tampoco en un temperamento particularmente mezquino de la clase adinerada: en primer lugar, ello estaría en contra de la honrosa reputación de generosidad que llevan bien ganada los habitantes de nuestro suelo, y en segundo lugar, la largueza con que nuestros ricos contribuyen a la fundación y sostenimiento de obras pías en todo el país, bastarían a desmentir tal aserto.

Creemos que otras causas gravitan en la producción de este fenómeno, y en primer término nos parece deber mencionar el alejamiento en que se mantienen de la masa popular nuestras instituciones científicas. La cultura general de nuestro pueblo no ha alcanzado todavía un nivel que le permita interesarse por el progreso, ni aún enterarse de la existencia de las entidades científicas. La masa popular, no sabe de su existencia, no conoce su obra, no ha sentido sus beneficios. La difusión de una obra realizada, es muy fácil en el campo de la beneficencia, del culto, de la educación, u otros, en que pueda materializarse: la erección de un hospital, un templo o una escuela, no puede pasar desapercibida a la masa popular que ve levantarse sus muros y aprovecha de sus beneficios;

pero otra cosa muy distinta es la difusión de la obra silenciosa e inmaterial de las sociedades científicas: ello exige una mayor cultura general del pueblo y un mayor empeño en ese sentido de quienes están encargados de lograrlo es decir, los mismos dirigentes de esas instituciones, con la ayuda de los poderes públicos y de la prensa diaria. Es cierto que la producción científica en nuestro país es todavía exigua si se la compara con la producción similar de otros grandes centros, y esa exigüidad conspira contra el prestigio y la difusión de nuestras sociedades científicas, pero es necesario que sus miembros nos dediquemos a difundirla y valorarla cuidadosamente, sin llegar a la fanfarronería, ni caer en el derrotismo de la propia obra.

El día que nuestros esfuerzos sean mejor conocidos, dejarán automáticamente de ser excepcionales los casos de donaciones como la que motiva estas palabras, pero hoy por hoy, y a juzgar por mi exigua experiencia, creo que cabe señalar al respecto una cierta despreocupación de los dirigentes.

Es necesario que se sepa que no por pequeña y modesta, nuestra obra en el campo de la investigación y el perfeccionamiento haya de ser tenida por insignificante. Puede ser considerada así, en relación a la producción científica de todos los tiempos y de todos los países, pero no lo es con respecto a nosotros mismos, a nuestro país en el momento actual y por su proyección para el futuro, como un principio auspicioso. La Naturaleza ha establecido que todos los seres sean pequeños al nacer, y ha impuesto el factor tiempo como condición ineludible para el crecimiento: el más desproporcionado de los gigantes cupo un día en el exiguo recinto donde fué concebido.

La noción de lo grande o lo pequeño, así como la de lo bueno o de lo malo carece de valor absoluto y sólo resulta de la comparación de magnitudes: lo mayor y lo mejor que se tiene, dentro de las posibilidades del ambiente, es siempre grande y bueno. Por eso la obra de nuestras sociedades científicas, es respetable, aunque nuestros trabajos no llenen interminables bibliotecas, ni sus resultados hayan de conmover al universo.

El jurado elegido por esta sociedad para discernir los premios, formado por el Dr. Bernardino Maraini, profesor titular de Urología de la Escuela de Medicina de esta ciudad, el Dr. Fran-

cismo Grimaldi, profesor adjunto de Urología de la misma, el Dr. Arturo Serantes, socio titular de esta sociedad, el Dr. Constante Comotto, miembro adherente, y el que habla como Presidente de la misma, ha adjudicado por mayoría de votos el "Premio Presidente de la S. A. de Urología" al profesor Dr. Juan Salleras.

El "Primer Premio Estímulo", ha sido por unanimidad declarado desierto, y el "Segundo Premio Estímulo" ha sido adjudicado por mayoría de votos al Dr. Evaristo B. Bottini.

Dr. Salleras, que habéis merecido el premio "Presidente de la S. A. de Urología", os entrego esta medalla y este diploma. Es una estrellita más que podéis agregar a las muchas que os habéis ganado en buena ley en el seno de esta sociedad. No es una consagración, pero sí un reconocimiento que os llega de vuestros compañeros.

Dr. Bottini, os entrego el "Segundo Premio Estímulo", que habéis merecido. Al aceptarlo, contraéis el compromiso de continuar en la brecha del trabajo científico, y cumpliréis vuestro compromiso, como cuadra a un hombre de bien.

Señor Virginio F. Grego, que habéis concurrido con vuestra donación a la realización de esta fiesta, en nombre de la Sociedad Argentina de Urología, os reitero nuestro más expresivo agradecimiento, y hago votos porque vuestra generosidad, ya proverbial, sirva de ejemplo a otros que pueden y deben concurrir al progreso de nuestras instituciones científicas.

A los consocios miembros del jurado, que tan honrosamente desempeñaron su cometido, en nombre de todos, muchas gracias.

Muchas gracias al Sr. Presidente de la A. M. A., Prof. Dr. Carlos Mainini, que nos ha honrado presidiendo esta reunión.

### Palabras de agradecimiento del Dr. Salleras

Señor Presidente, señores miembros del Jurado:

Agradezco íntimamente el alto honor que me habéis discernido al asignarme el premio "Presidente de la Sociedad de Urología" por mi trabajo "El reflujo vesico-ureteral, como causa del error en la urografía de excreción".

Acepto, tanto la medalla de oro, como el diploma con que me habéis honrado, y que recibo en este acto, como homenaje, más que

al trabajo premiado en sí, a mi modesta obra, individual o en forma de estímulo para mis discípulos, siempre con el ardiente deseo y la ambición de poder contribuir en favor del progreso urológico argentino.

Hago votos pues, para que estos premios, signifiquen un estímulo para aquellos que con su trabajo ambicionen poner un eslabón más a la cadena del progreso de esta Sociedad, y que dichos premios, sean el producto, del reconocimiento de individuos o entidades, que se sientan ligados al bienestar de esta entidad, por la cual todos trabajamos, con verdadero ahinco y entusiasmo.

### **Palabras del Dr. A. M. López al asumir la presidencia**

Señores Consocios:

Al ocupar la presidencia de la Sociedad Argentina de Urología, permitidme os exprese mi profundo reconocimiento, por la imposición unánime de vuestra decisión de honrarme con tan elevada distinción.

Sucediendo a los eminentes urólogos que han ocupado este sitial desde el año 1923 y recorriendo sus actuaciones, pronto me he dado cuenta que todo ha sido previsto y realizado, en consecuencia mi tarea se tornará simple y fácil, con sólo seguir los senderos por ellos marcados, los problemas nuevos que puedan presentarse espero podrán ser fácilmente resueltos contando con la ayuda y luminosidad de vuestro cerebro.

Nuestra sociedad evoluciona en el espíritu científico y práctico que ha precedido a su fundación, cada año que pasa las comunicaciones se hacen más numerosas y la calidad de las mismas se supera.

La obra personal documental y original de nuestros relatores con el cortejo de críticas sinceras e independientes que suscitan, es para nosotros muy instructiva y su valor llevará tiempo sin duda para ser apreciada como ella merece.

Tengo el honor de suceder al digno presidente doctor Isnardi, quien lega a esta sociedad un modelo de actividad e inteligencia, será para mí un motivo de orgullo el poder imitarlo.

Señores: Declaro abierta la primera reunión científica ordinaria correspondiente al año en curso.