

Cátedra de Urología del Hosp. Rawson.
Jefe: Profesor Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por los Doctores
ENRIQUE CASTAÑO
A. TRABUCCO
y J. F. BOGGIANO

RUPTURA DE URETER EN PERITONEO, POR ACCIDENTE QUIRURGICO EN UNA EMBARAZADA PRIMIGESTA

LOS accidentes quirúrgicos en el transcurso de las intervenciones de abdomen inferior, cuando el acto está dirigido hacia los anexos, se presentan desgraciadamente con bastante frecuencia: en el caso que a continuación relataremos, se trata de una lesión quirúrgica del uréter, con la interesante particularidad de haber quedado éste abierto en peritoneo en una embarazada primeriza.

Historia Clínica. — G. M., argentina. 24 años, casada, q. d. Lomas de Zamora.

Ingresó. — 9-IX-940. Alta: 31-X-941.

Cama. — 37. Historia Serie Nº CXCIV - 17. Radiografías Nº 1994.

Antecedentes hereditarios. — Ambos padres vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Nacida a término, lactancia materna, ha sido perfectamente sana en su primera infancia. A los 12 años, sarampión, a los 13 años, menarquia: su primera menstruación apareció sin prodromos dolorosos ni trastornos generales, sus reglas adquirieron un ritmo 28/4, eran de regular cantidad y no acompañaban de ninguna molestia; continuaron en esa forma hasta los 17 años, época en la cual sus períodos menstruales se presentan acompañados de dolores de tipo continuo en hipogastrio, se hacen más prolongados, durando en ocasiones hasta 8 días y son más abundantes en cantidad, siendo precedidas de la eliminación de un flujo vaginal blanco, escaso y que desaparecía con la terminación de su menstruación.

Se casa hace 4 y $\frac{1}{2}$ meses con esposo sano, como notara que no aparece la menstruación que corresponde al mes de su casamiento, se hace examinar, le ordenan recoger orina en un frasco esterilizado para practicar una reacción bioló-

gica a fin de certificar su probable embarazo, resultando ésta positiva, pero como en su examen ginecológico constatan la existencia de una tumoración que le diagnostican como quiste de ovario izquierdo, proponiéndole la intervención quirúrgica la que le practican en el día 6 de junio de 1940, extirpándole la tumoración que según refiere la enferma era del tamaño de una naranja, en el mismo acto quirúrgico le hacen la apendicectomía. En los primeros días que siguen a la intervención tiene un postoperatorio bueno, pero comienza luego a tener modificaciones de su cuadro térmico elevándose la temperatura en ocasiones hasta $39\frac{1}{2}^{\circ}$, lo que retardó su alta.

Enfermedad actual. Al mes y diez y siete días de la intervención que se menciona en los antecedentes personales, la enferma que a pesar de las buenas condiciones de la herida operatoria, presentaba un cuadro térmico con elevaciones vespertinas hasta $39\frac{1}{2}^{\circ}$ que no llegaban a la remisión hasta la temperatura normal, comienza a sentir afectado su estado general experimentando gran decaimiento, anorexia, sed intensa, apareciendo vómitos en ocasión de la ingestión de líquidos, dolores abdominales de tipo continuo con exacerbación nocturna que se extendían a todo el vientre, pero que tenían su iniciación en el hipogastrio; cedían momentáneamente con la aplicación de inyecciones calmantes. Coincidiendo con este cuadro la enferma nota que su abdomen aumentaba de volumen en forma simétrica a partir del hipogastrio y de ambas fosas ilíacas y en el intervalo de 5 días la dilatación abdominal ocupa también los flancos y epigastrio. Se hacen más intensos los síntomas generales que ya presentaba la enferma y a ello se añade sensación de ahogo y disnea intensa. La enferma en esta situación es examinada y le diagnostican líquido libre en la cavidad peritoneal, practicándosele una punción exploradora en la cual se extraen unos 20 c.c. de líquido para analizar; a los dos días nueva punción extrayéndosele una palangana pequeña de líquido con las características de orina. En el intervalo de las punciones el vientre volvía en poco tiempo a presentar la misma tensión que tenía en el momento en que se practicó la primera punción exploradora. Cinco días después de la última punción y previa anestesia local, le practican una incisión de $2\frac{1}{2}$ centímetros de extensión a la altura de la parte media del tercio interno de la línea umbilico-espinosa izquierda, por donde se hace pasar un tubo de drenaje a objeto de evacuar el contenido peritoneal. A los 15 días le retiran el tubo quedando a nivel de la herida un orificio fistuloso, por donde drenaba continuamente un líquido con las características de orina, notando la enferma que en las ocasiones en que el orificio fistuloso no drenaba aparecían elevaciones térmicas que llegaban hasta los 38° .

Como no experimentara mejoría decide retirarse del Hospital donde fué intervenida haciéndose examinar en nuestro Servicio, en donde se la interna el 9 de septiembre de 1940.

ESTADO ACTUAL

Micción. — Diurna cada 4 horas, sin esfuerzo, sin ardor; nocturna, en ocasiones hasta dos veces, pero según refiere la enferma éste ha sido su hábito desde hace varios años.

Riñón-uréter. — Riñón derecho. no se palpa. no hay puntos dolorosos ni espontáneamente ni a la presión del área lumbar correspondiente. Trayecto ureteral derecho indoloro a la presión.

Riñón izquierdo: dolor lumbar espontáneo. La presión a nivel de los puntos costo lumbar y costo muscular de ese lado despierta intensísimo dolor. A la palpación bimanual se tiene la sensación de percibir el polo inferior de este riñón. la presión del mismo despierta dolor. Punto subcostal exquisitamente doloroso a la presión. La proyección del trayecto ureteral izquierdo hasta su abocamiento en la piel. es dolorosa a la presión.

Uretra. — Nada de particular. Explorador N° 20. libre.

Vejiga. — No hay dolor a la presión del hipogastrio. ni espontáneo. ni provocado. Capacidad. 200 c.c. Sensibilidad conservada al tacto del explorador a bola. Endoscopía. 13-IX-940. Se practica la cistoscopia inyectando 160 c.c. de líquido. Se constata mucosa vesical de características normales. Orificio ureteral izquierdo colocado un poco desviado con relación al derecho. tiene sus bordes ligeramente edematosos y la mucosa a ese nivel se presenta congestiva y con las arborizaciones vasculares más marcadas. Se intenta el cateterismo del uréter correspondiente y solo se consigue hacer entrar el cateter 7 cms. siendo detenido a ese nivel por un obstáculo que impide su progresión. Orificio ureteral derecha, eyacula rítmicamente pero con intervalos largos orina clara.

Se inyecta endovenoso índigo-carmin 0.04 grm. se constata su eliminación en forma bien neta por el orificio ureteral derecho a los 9 minutos de la inyección. Eyaculaciones muy espaciadas. No hay eliminación a los 12 minutos por el orificio ureteral izquierdo. Pared posterior de vejiga proyectada hacia adelante por el cuerpo del útero grávido. (Se considera de relativo valor la prueba del índigo-carmin pues la enferma había ingerido escasa cantidad de líquido).

EXAMEN CLINICO GENERAL

9-IX-940. Ingresá con un estado general afectado. facies pálida. lengua con tendencia a secarse. anorexia.

12-IX-940. Decúbito activo indiferente. reflejos óculo-palpebrales normales. pupilas circulares iguales. reacciona bien a la luz y a la acomodación. Reflejos músculo-tendinosos normales.

Aparato respiratorio. — Inspección nada de particular. No hay modificaciones percutorias. Palpación vibraciones vocales conservadas y se aprecian con características normales. Auscultación murmullo vesicular conservado. buena entrada de aire. no se auscultan ruidos sobreagregados. Bases pulmonares excursionan bien.

Aparato circulatorio. — Pulso regular e igual. buena tensión: 98 por minuto. Tonos cardíacos se auscultan en sus cuatro focos con características normales.

Presión arterial. — Mx.: 11.5. Mn.: 5.6 (12-IX-940).

Aparato digestivo. — Anorexia. lengua saburral. no es constipada.

Abdomen. — Cicatriz operatoria mediana infraumbilical, pigmentada. En la línea que va desde el ombligo hasta la espina iliaca ánterosuperior del lado izquierdo, en la unión del tercio medio con el tercio externo, se observa la existencia de un orificio de 2 milímetros de diámetro de contornos violáceos, por donde en forma discontinua drena un líquido amarillento, turbio, con el olor y las características de la orina (se recoge en un tubo esterilizado, para su examen). El hemiabdomen inferior se encuentra en su línea media abovedado a la inspección, a la palpación se constata que el abovedamiento corresponde al cuerpo del útero grávido cuyo fondo se lo encuentra a la altura del ombligo; dicho fondo uterino se presenta irregular, de consistencia blanduzca, que por su volumen corresponde a uno de los polos del feto. Sobre la mitad derecha del fondo uterino se perciben dos pequeñas prominencias, irregulares, fácilmente desplazables por la palpación y por momentos espontáneamente. Abarcando el epigastrio con las dos manos que palpan, se constata la existencia de una tumoración dura, lisa, que pelotea con facilidad y que debe corresponder al otro polo fetal. El borde izquierdo del cuerpo uterino se presenta ocupado por una masa consistente, de contorno liso, no así el borde derecho que a la palpación se constata de contorno anfractuoso. La enferma refiere que desde el 4º mes de su embarazo percibe los movimientos fetales. Sobre el borde externo del músculo recto anterior del abdomen a dos traveses de dedo por debajo de una línea que pasa por el ombligo (lado izquierdo) se ausculta un foco máximo de latidos fetales.

Hay dolor a la presión de la proyección del trayecto ureteral izquierdo sobre la pared abdominal.

Examen ginecológico. — Utero grávido cuyo fondo se encuentra a la altura del ombligo (ver descripción del abdomen). No hay flujo genital.

Tacto vaginal. — Cuello uterino reblandecido, orificio externo mirando hacia la pared posterior de vagina.

LABORATORIO

Azohemia. — 0,30 por mil. 12-IX-940.

Cloremia. — Cloro plasmático: 3,40 mgms. por ciento. 12-IX-940. Cloro globular: 1,75 mgms. por ciento.

Reserva alcalina. — 5636 c.c. de CO₂ por ciento. 12-IX-940.

Fenol. — 25 por ciento (en este resultado se debe tener en cuenta que este valor se ha obtenido llevando a 1.000 la orina recogida de vejiga, que en realidad corresponde a la excreción del riñón derecho) 16-IX-940.

Tiempo de coagulación. — 8 minutos. 16-IX-940.

Tiempo de sangría. — 1½ minutos. 16-IX-940.

Bacteriológico de orina recogida de la fístula. Células descamadas, abundante cantidad de pus, gran cantidad de estafilococos. En esta orina se practicó el dosaje de úrea encontrándole el valor de 5,45.

Recuento y fórmula. — Glóbulos rojos: 3.000.000. Glóbulos blancos: 7.500. Hemoglobina 60. Neutrófilos 75 por ciento Eosinófilos 1 por ciento. Basófilos ninguno. 15-IX-940.

Radiografía simple N° 1833. — Se observa abundante cantidad de gases intestinales. En el lado izquierdo se esboza una sombra de densidad homogénea cuya parte inferior ovalar, llega en su límite más descendido, hasta la altura de la 3ª vértebra lumbar. Sombras de un esqueleto fetal en posición dorso izquierdo.

Pielografía de excreción N° 1834. — Uroselectan a los 5'. Se nota la eliminación de ambos lados; nítida y dibujando con claridad el aparato pielo-calicial del lado derecho, del cual la pelvis renal aparece discretamente aumentada de tamaño, notándose ya de este lado la presencia de substancia opaca en el uréter, es en cambio de densidad menor e irregular la del líquido de contraste eliminado por el riñón izquierdo que no dibuja su aparato pielo-calicial, sino que aparenta estar contenida en cavidades de límites imprecisos, no se visualiza el trayecto ureteral de este lado. No ha llegado líquido opaco a la vejiga.

Pielografía de excreción N° 1835. — Uroselectan a los 15 minutos: nefrograma derecho bien visible, aparato pielo calicial con las características descritas más arriba; el uréter de ese lado da la impresión de formar un codo a su salida de la pelvis renal, presentando además otra flexuosidad obtusa a la altura del cuerpo de la 3ª vértebra lumbar. El nefrograma izquierdo permite apreciar un riñón aumentado de tamaño, sobre el cual aparecen como dos sombras más densas como suspendidas, que corresponden a la substancia opaca eliminada, una superior ovalada del tamaño de un huevo de gallina que se extiende en toda la altura que corresponde a la 12ª vértebra dorsal y a la 1ª lumbar; la otra sombra mucho más pequeña se encuentra en el polo inferior del riñón izquierdo a la altura del disco intervertebral que une las 2ª y 3ª vértebras lumbares. La densidad de estas sombras no es homogénea. Se esboza muy débilmente el dibujo de la pelvis renal izquierda muy aumentada de tamaño. Aparece líquido opaco en la vejiga, la que presenta su pared superior deprimida formando una curva de concavidad superior, impresa por el apoyo de la cabeza fetal.

Pielografía de excreción N° 1836. — Uroselectan a los 30 minutos.

Se observa con más claridad el dibujo de la pelvis renal izquierda muy aumentada de tamaño, las sombras anteriormente descritas suspendidas en el nefrograma corresponden a los cálices dilatados y deformados. Se visualiza además el trayecto ureteral que se presenta muy dilatado y haciendo un codo a la altura de la apófisis transversa de la 3ª vértebra lumbar, la sombra ureteral se puede seguir hasta la espina ciática del lado izquierdo en donde la substancia opaca se presenta formando dos pequeñas masas redondeadas del tamaño de una nuez y que dan la impresión de estar perfectamente separadas de la sombra vesical. La concentración a que el riñón izquierdo ha eliminado el líquido de contraste es mucho menos que la del lado opuesto con el que presenta evidente contraste.

Pielografía de excreción N° 1844. — Uroselectan a los 60 minutos.

Persisten los mismos caracteres descritos en la imagen de la pielografía anterior.

DESCRIPCION DE LA PIEZA ANATOMICA

Riñón aumentado de tamaño, dilatación urétero-pielo-calicial. El examen histopatológico demostró la existencia de lesiones de pielonefritis con destrucción intensa del parénquima renal.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD

9-IX-40. Ingresar. Peso, 43 kilos.

10-IX-40. Ascenso térmico a los 38°, coincide con la oclusión del orificio fistuloso. Se piden exámenes de Laboratorio.

13-IX-40. Se practica la cromocistoscopia. La diuresis se mantiene alrededor de los 1000 c.c. diarios fuera de lo que drena por la fistula.

16-IX-40. Se practica la fenol.

18-IX-40. La enferma refiere encontrarse bien, solo se siente molesta en las ocasiones en que su fistula no drena, coincidiendo ello con ascensos térmicos que nunca han sobrepasado los 38°. Se hace la pielografía por excreción, se ordena controlar la temperatura cada 3 horas, se indica alimentación abundante y reposo.

19-IX-40. Se le medica con gluconato de calcio y extracto hepático (Campolón) inyectables intramuscular todos los días y vitamina C inyectable.

23-IX-40. La diuresis se mantiene en un promedio de 1000 c.c. sin contar lo que drena por la fistula. La enferma dice sentirse mejor y con más apetito.

25-IX-40. Pequeñas molestias en la garganta en forma de ardor, se constata enrojecimiento de las fauces, se indican gotas nasales y gargarismos con bicarbonato.

26-IX-40. El cuadro faríngeo ha cedido, la enferma se encuentra bien.

30-IX-40. La enferma ha seguido apirética sometida a la medicación reconstituyente antes citada.

3-X-40. La enferma se encuentra más repuesta y se alimenta bien, diariamente se ha venido limpiando su orificio fistuloso con alcohol yodado y se lo cubre con apósitos, los que necesitan ser cambiados varias veces en el día pues se mojan abundantemente.

7-X-40. Se le prepara para la intervención. Gluconato de calcio endovenoso, Campolón, suero glucosado hipertónico endovenoso 70 c.c. Suero clorurado hipertónico al 20 por ciento endovenoso 30 c.c. Enema.

Operación. — 8 de octubre de 1940.

Tensión arterial: Mx. 11, mn. 7.

Cirujano: Prof. Dr. Castaño; ayudantes: Dres. Trabucco y Montes; anestesia general etérea: Dr. Boggiano.

Incisión de Israel. — Se corta piel, tejido celular, músculos. Se corta intercostal entre dos ligaduras, abierta la celda renal, se aísla el riñón con facilidad, se liga y se secciona el uréter, se liga con dos ligaduras el pedículo, se corta. Se

coloca Rubber-dam. Cierre de la pared en dos planos, extremos inferior con catgut grueso. Piel con crin.

Indicaciones para el postoperatorio: sueros glucosado y clorurado hipertónicos, sueros fisiológico y glucosado isotónico. Coramina.

10-X-940. Sin temperatura, pulso 90 por minuto, diuresis 800 c.c.

12-X-940. Sin temperatura. Pulso 80 por ciento, buy buen estado general. Diuresis 1000 c.c. Herida muy bien, la fístula ureteral da un poco de pus.

14-X-940. Sigue muy bien el estado local y general.

22-X-940. Enferma en estado general muy bueno, apirética, cicatrización perfecta. Embarazo prosigue sin alteraciones de ninguna especie; se indican hígado y hierro.

28-X-940. Se hace examinar a la enferma en el Pabellón de Maternidad donde aconsejan que se la vuelva a examinar dentro de 20 días, para internarla y seguir la evolución de su embarazo (la enferma no aceptó la internación inmediata que se le propuso).

31-X-940. Se da de alta, curación per-primam. Buen estado general, peso 46 kilos.

El día 14 de noviembre de 1940 por la tarde comienza a experimentar dolores abdominales tipo expulsivo por lo que concurre a la maternidad del Hospital Rawson, siendo internada el mismo día a las 20,30 horas, llevada inmediatamente a la sala de partos, donde por los datos que consigna la historia que levantan constatan una dilatación de 5 ctms. y hacen diagnóstico de embarazo de 6 meses y medio, presentación cefálica, posición derecha, no encajada, en una primigesta, altura uterina $29\frac{1}{2}$ centímetros. Latidos fetales normales.

El cuello alcanza a la dilatación completa a la hora de ingresada la paciente y el parto se produce a las 21,40 horas, vale decir a la hora y veinte minutos de su entrada a la Maternidad. Diez minutos después alumbramiento espontáneo expulsado una placenta normal, circular, de 400 gramos con membranas íntegras, cordón de inserción lateral, siendo la hemorragia normal. De este parto nace un niño prematuro, de $6\frac{1}{2}$ meses de sexo masculino, de 1600 gramos de peso y una talla de 44 ctms., que fallece 6 horas después.

La involución del útero fué muy buena, el puerperio normal, siendo dada de alta la parturienta el 20 de noviembre de 1940 vale decir a los 6 días de su ingreso.

Posteriormente concurre a nuestro servicio para hacerse examinar, se la somete a tratamiento reconstituyente (calcio y coleslerina) con el que la enferma se repone y llega en la actualidad a un peso de 52 kilos. Se la cita para verla periódicamente.

El día 16 de diciembre se le practica una cistoscopia por la que se constata, mucosa vesical de aspecto normal, orificio ureteral derecho eyacula orina límpida. Orificio ureteral izquierdo que corresponde al lado nefrectomizado, se contrae rítmicamente en forma retardada.

El día 15 de mayo de 1941 nueva cistoscopia, observándose mucosa vesical sana, el orificio ureteral derecho eyacula orina limpida y no se observan contracciones del orificio ureteral izquierdo. La enferma se mantiene en perfecto estado de salud.

Como hemos visto se trata de la abertura accidental de la porción inferior del uréter izquierdo, como consecuencia del proceso de extracción de un quiste de ovario.

No comentaremos aquí sobre la oportunidad de tal intervención en una mujer embarazada, pues nos saldríamos del tema, en cambio, trataremos de explicarnos cómo pudo haberse producido tal accidente.

Se nos ocurre que en una intervención en las condiciones en que ésta se presentaba, y probablemente con el proceso a operar adherido a las paredes de la cavidad, pudo en el momento de labrar la extracción del mismo haberse provocado la apertura de algún vaso importante, ya sea de los anatómicamente establecidos, ya sea de los neoformados; con la intención inmediata de cohibir tal hemorragia, el cirujano debe haber colocado su pinza sin poder reparar las relaciones anatómicas, en donde ella estaba situada; liberada la punta de la pinza a tijera o a bisturí, para confeccionar un extremo factible de ligar y ligado dicho extremo, el vaso sangrante, probablemente la ureteral inferior), conjuntamente con el uréter han quedado incluidos en la ligadura, quedando libre el cabo proximal de este órgano. El riñón que prácticamente no ha sido afectado ha seguido funcionando, mandando directamente la orina al peritoneo que por cierto ha demostrado una tolerancia bastante buena, pudiéndose explicar los fenómenos tóxicos que al cabo de un mes y medio agotaron a la enferma; por la reabsorción que fatalmente debe haberse producido por esta vía.

Debido a la persistencia del Uroperitoneo que se reproducía inmediatamente a pesar de las punciones a que era sometida esta enferma, es que se le debe haber ocurrido al cirujano que la trató, introducirle en la cavidad peritoneal un tubo de drenaje que lógicamente derivó la orina al exterior, derivación que se mantuvo cuando se sacó este cuerpo, haciéndose una verdadera fístula urinaria.

Queda por pensar que si la orina que se acumulaba en el peritoneo era solo la producida por el riñón izquierdo o si en realidad también refluía de la vejiga. Creemos que se trataba de orina secretada por el riñón izquierdo, pues el cateterismo del uréter de dicho lado no permitía la progresión del instrumento más allá de 7 cms.

Por otra parte se visualiza en las radiografías con uroselectan una separación entre la sombra vesical (en el lado izquierdo) y el cabo inferior del uréter de ese lado, que baja hasta la espina ciática a cuya altura la substancia de contraste que elimina el riñón izquierdo parecería acumularse dando dos sombras circulares.

Hechas estas consideraciones se nos presentó además un problema sumamente serio para encarar, nos queremos referir al tratamiento de este accidente. Este problema lo planteaba la existencia del embarazo, cuyo feto vivía aparentemente sin trastornos, con sus latidos no alterados. Pensamos en provocar el aborto para luego resolver el tratamiento de una manera conservadora con respecto al riñón, pero la circunstancia de encontrarnos frente a una mujer primeriza, intervenida por un quiste de ovario, con probable eliminación de su ovario izquierdo ya fuera ésta anatómica o quirúrgica, que nos ponían en guardia sobre las posibilidades de un embarazo ulterior, hizo que nos decidiéramos por la conservación del fruto y el sacrificio del riñón, el que como puede verse por la descripción de la pieza extirpada, se encontraba en un estado anátomo-patológico evidentemente alterado.

Por otra parte, la evolución posterior de esta enfermita, nos ha demostrado lo acertado que ha sido este criterio, habiéndose repuesto rápidamente y no produciéndose alteraciones en la gestación en el postoperatorio inmediato.

Consultado el porvenir de este embarazo en el servicio de Obstetricia del Hospital Rawson, se aconsejó la internación de la enferma, para su mejor vigilancia y cuidado, consejo que no fué seguido por la paciente, produciéndose desgraciadamente un parto prematuro, de un feto que nació vivo, de 1.600 gramos de peso, pero que fallece a las seis horas de su nacimiento.

DISCUSION

Dr. Minuzzi. — *A propósito de la interesante comunicación de los Dres. Castaño, Trabucco y Boggiano, quiero referir tres casos*

que he tenido oportunidad de ver de accidentes quirúrgicos del uréter.

Uno se trataba de una niña operada de una apendicitis y de una anexitis derecha, donde también había un cuadro muy parecido al descrito en la comunicación. Era un cuadro peritoneal, con reacción especialmente del lado derecho y aparecía una tumoración que se punciona y después se hace una incisión y se establece una fístula. Viene una infección ascendente y en ese momento soy llamado a ver a la enferma. Aconsejo la nefrectomía, con lo cual la enferma anduvo muy bien. Tengo este caso documentado con pielo-grafías ascendentes y lo presentaré oportunamente.

Después he visto dos enfermas con fístulas urétero-vaginales. Una, era una enferma que había tenido una peritonitis y es intervenida por el ginecólogo, el que hace una lesión del uréter estableciéndose una fístula urétero-vaginal. Esta enferma también nefrectomizada anduvo bien.

La tercera enferma, en el postoperatorio al tercer día de la operación, se establece que perdía orina, tal vez por una lesión del del uréter bajo. Las tres enfermas mencionadas fueron nefrectomizadas y anduvieron bien. Creo, por otra parte, que es la única conducta que cabe en estos casos. Oportunamente, presentaré la documentación de estos casos.

Dr. de Surra Canard. — Yo solicitaría que quedara abierta la discusión de esta comunicación hasta la próxima sesión para poder traer una casuística de la Maternidad Salvá, con 7 u 8 enfermas, de las cuales no se ha hecho una estadística por respeto a los colegas de la Maternidad, porque éstos son accidentes propios que suelen ocurrir. Pero aprovechando esta discusión, no tendría inconveniente en referir las fichas de los accidentes habidos en la Maternidad.

Dr. Rebaudi. — Yo le agradecería al doctor Trabucco, me dijera, si es que recuerda, si el riñón estaba infectado, antes del accidente quirúrgico.

Dr. Trabucco. — No estaba: las punciones de peritoneo han sido punciones sin bacterias.

Dr. Rebaudi. — Me refiero al riñón.

Dr. Trabucco. — No, porque la enferma llegó a nuestras manos en un estado tal...

Dr. Astraldi. — Yo quisiera saber qué elementos de juicio tiene para decir si ese caso es intraperitoneal y no extraperitoneal, porque a mí me extraña que orina de esa envergadura no sea un asunto final tanto más cuanto que la enferma al final termina por la expulsión de un proceso tóxico de tipo gravídico. No me explico cómo no se encuentra una peritonitis.

¿Qué elementos hay para poder decir que el derrame de la orina es dentro de la cavidad abdominal y que la enferma hace su distensión abdominal y se punza como si fuera una ascitis?

Dr. Trabucco. — Es intraperitoneal; permíteme pero no le he entendido bien.

Dr. Astraldi. — Si la orina entraba dentro de la cavidad peritoneal o el proceso era extraperitoneal bien se pudo abrir. ¿Pero que esto sea intraperitoneal! Es concebible la posibilidad de una herida quirúrgica del uréter, pero que el derrame sea extraperitoneal no.

¿A cuántos días de la operación aparece este proceso? Creo que durante el acto operatorio no se debe haber abierto el uréter sino que ha sido una cuestión "a posteriori". Yo no puedo explicarme que orina de esa naturaleza pueda caer dentro de la cavidad peritoneal. No se si parecerá demasiado extraño lo que pregunto. Hay una enferma que hace su fístula ureteral y va la orina dentro de la cavidad peritoneal y se punza y vuelve a salir; la enferma tolera bien su nefrectomía y tuvo también su expulsión espontánea. ¿En base a qué se puede decir que esto es intraperitoneal?

Dr. Mosqueira. — Yo voy a hacer un comentario con el temperamento que ha seguido el Dr. Minuzzi en estas enfermas que ha tenido que nefrectomizar. Se ha hablado en estas comunicaciones constantemente de nefrectomía. Claro que el caso del Dr. Trabucco es un poco viejo, pero en la actualidad, el temperamento a seguirse debe ser conservador. No cuesta nada soltar los puntos de sutura para llegar al punto donde está ligado el uréter. Soltando los puntos y separando apenas, no da casi sangre, se puede intentar una intervención conservadora, y si fracasa eso, la nefrectomía está como segundo temperamento.

Dr. Trabucco. — Voy a contestar las preguntas formuladas y la única que me toca contestar es la del Dr. Astraldi, porque los demás son exclusivamente aportes.

Primero, veamos cuál es el diagnóstico clínico de orina intra-peritoneal. Creo que si la orina se hubiese trasvasado en algún espacio decolable, supongamos el espacio perinefrítico o perirrenal, el espacio de Brogós o cualquier espacio de esa especie, tendríamos una colección encapsulada, una colección que va buscando sus planos de declive, pero que no se difunde en la cavidad peritoneal; no hay razón para ello.

En cambio, encontramos una enferma que tiene una ascítis con un porcentaje de urea mucho más elevado y con cloruros más elevados. La punción que se hace en el tercio interno de la línea que va del ombligo a la espina iliaca anterior y superior cae en el abdomen. De allí se recoge el líquido. La incisión hecha en esa línea y hecha a la misma altura, también recoge orina. Ahora veamos, si en realidad, la orina es tan mortal hasta el grado de perder una enferma por una trasvasación de orina en el peritoneo. Estamos cansados de hacer inyecciones de 20 y 30 cm.³ en el peritoneo de abdómenes de ratas que pesan 150 grs. y las ratas no se mueren. Y no se trata de una inyección de un solo día sino que son inyecciones diarias. Presentan fenómenos tóxicos, pero no mortales.

En este caso, la naturaleza se defiende extraordinariamente. El peritoneo es una serosa, que aún con infección, se defiende en forma extraordinaria. Trata, en lo posible, de eliminar, de enquistar o de rechazar el ataque, pero aún no pudiéndolo hacer, se espesa. Es un endotelio que sufre su espesamiento. Si no hay un embate bacteriano muy virulento lo soporta, y es de suponer que ese riñón al ser traumatizado lo haya sido en un riñón probablemente sano, puesto que si hubiera sido un riñón tuberculoso o hidronefrítico el procedimiento y la sintomatología hubiera sido distinta. Supongamos que previamente a la operación deben haber hecho un análisis de orina y que no han encontrado pus. Eso comprueba que ese riñón estaba sano. Si hubiera estado enfermo hubiera hecho una peritonitis mortal y al no estar enfermo y no tener bacterias, la simple reabsorción de productos renales no es suficiente para que un peritoneo responda matando al enfermo.

Los estudios experimentales aprueban esta manera de pensar. Yo no se si el doctor Astraldi tendrá experiencia en esto.

Dr. Astraldi. — Mis dudas se basan en lo siguiente: primero, en que se trata de una embarazada y segundo, en el factor clínico. En ese caso, la lógica me hace pensar de que posiblemente estaba infectada su orina, porque tratándose de una embarazada, debo pensar en un porcentaje grande colibaciloso, pero con las explicaciones dadas por el Dr. Trabucco me doy por satisfecho.

Dr. Trabucco. — Por otra parte, las agujas térmicas no responden exclusivamente a infección; pueden responder a intoxicación también.
