

Servicio de Urología. Hospital Rawson.  
Jefe: Prof. Dr. Enrique Castaño

## ANASTOMOSIS URETERO-COLONICA EXTRAPERITONEAL EN DOS TIEMPOS

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

El problema de la derivación de la orina como tiempo previo a la extirpación de la vejiga enferma incurable, tiene sus puntos difíciles de resolver. Si practicamos la derivación de orina por vía cutánea sabemos cuales son los inconvenientes que se presentan y el significado del achaque que significa este método derivativo. Si hacemos la derivación intestinal de la orina, los inconvenientes de orden moral y estético serán indudablemente salvados, pero se presentarán otros problemas, tanto o más serios que los anteriores, terminando en complicaciones que pueden llegar a ser fatales como ser las peritonitis postoperatorias, que los que han hecho con frecuencia estas intervenciones en el ansa sigmoidea, ha de haber visto seguramente. Otro de los motivos que nos ha guiado a proponer la intervención que vamos a describir es la alteración que sufre la ampolla rectal y la parte terminal del ansa sigmoidea cuando se anastomosan los dos uréteres en dicho sitio, donde se producirán con el constante contacto de la orina sobre su mucosa, rectitis y sigmoiditis muchas veces incontrolables con los métodos terapéuticos, que obligarán al enfermo a defecar frecuentemente, inconveniente mucho más serio, por lo molesto y doloroso, que el dolor y polaquiuria que quisimos evitar con la intervención.

También hemos encontrado al hacer la anastomosis de los dos uréteres al intestino en un solo tiempo, la insuficiencia renal aguda e incontrolable, que unida a los inconvenientes de orden abdominal y metabólico generales de toda intervención de esta índole, pueden hacernos perder al enfermo por el desequilibrio y la insuficiencia emuctoria a pesar de los métodos modernos que poseemos para combatirla.

Estos tres puntos: peritonitis, sigmoideorectitis e insuficiencia renal, son los que nos han guiado para planear y aconsejar la intervención que se resume en el epígrafe: si bien no son muchos los enfermos que hasta ahora hemos operado, los resultados obtenidos son excelentes y creemos que esos tres grandes

inconvenientes pueden considerarse prácticamente salvados. Hablamos siempre en términos comparativos, puesto que con la anastomosis intraperitoneal o en el mismo sitio del intestino hecha en un solo tiempo son muchos más los enfermos que se pierden o que no se alivian, que aquellos que pueden reintegrarse a sus habituales ocupaciones.

TECNICA:

El fin de esta intervención consiste en la anastomosis término lateral de los uréteres con un segmento del colon: hecha la derecha en el colon ascen-

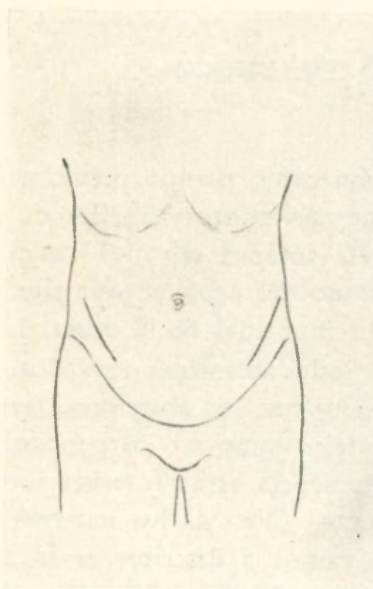


Figura 1  
Situación de las incisiones.

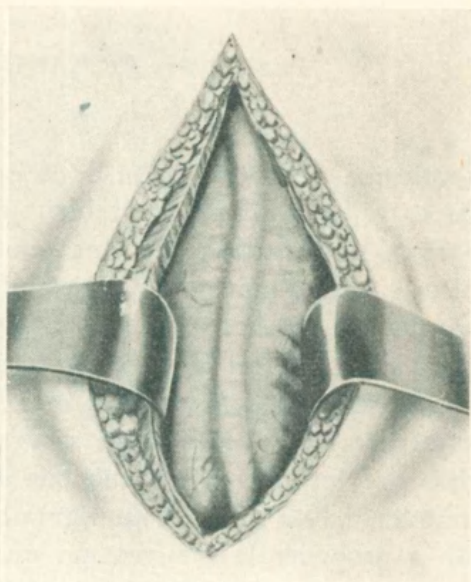


Figura 2  
Ureter adherido a peritoneo en pared posterior.

dente a la altura del ciego y la izquierda en el colon descendente antes de inclinarse hacia abajo y adentro, para transformarse en el ansa sigmoidea.

*Anestesia:* La anestesia empleada puede ser cualquiera, desde la local hasta la anestesia general por inhalación. Nosotros nos inclinamos especialmente por la anestesia raquídea. El silencio abdominal que da facilita extraordinariamente el trabajo y acelera la ejecución de los distintos tiempos.

*Incisión:* Estando el sujeto colocado en decúbito dorsal y ligeramente en Trendelenburg, trazamos la incisión del lado elegido. Dicho sea de paso, nos inclinamos siempre a elegir como primer tiempo la anastomosis del uréter correspondiente al riñón más deficiente. La incisión la trazamos a la altura de

la espina iliaca anterior y superior con dirección oblicua hacia abajo y adentro y de una longitud aproximada de 10 centímetros. Abierta la piel y tejido subcutáneo se cortan los músculos abdominales hasta la aponeurosis del transverso, que también se incide de acuerdo a la misma línea de la herida teniendo cuidado de reparar el peritoneo para no abrirlo.

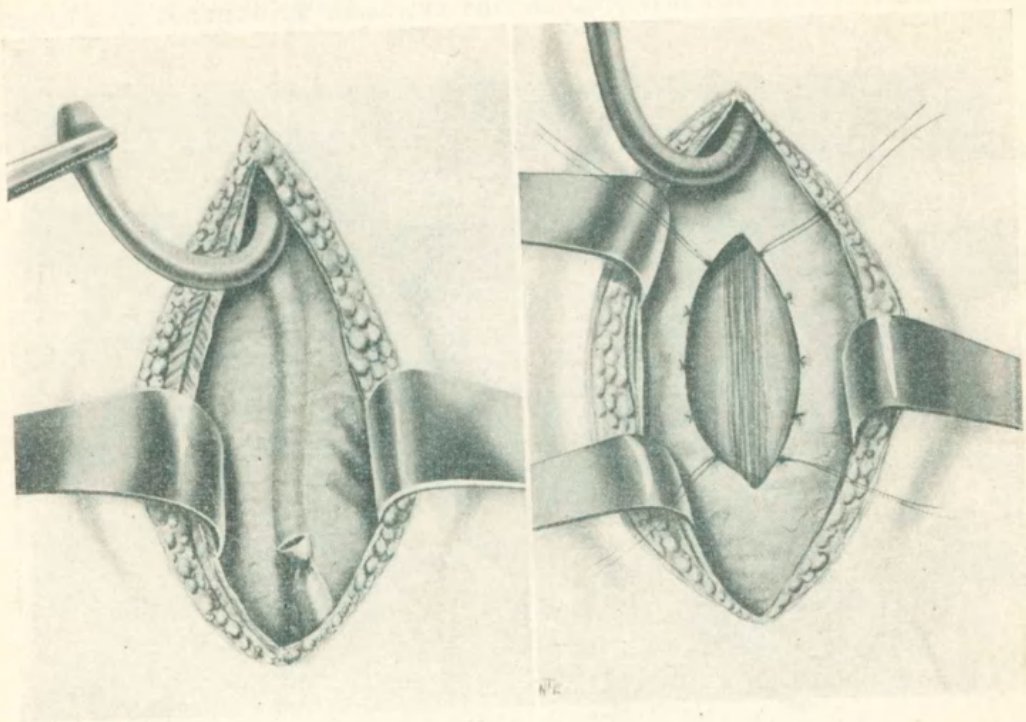


Figura 3  
El ureter incindido bien abierto cerca de la vejiga y reclinado hacia arriba.

Figura 4  
Extraperitonización del colon.

*Investigación del uréter:* Reparado el peritoneo; se reclina éste hacia la línea media facilitando la maniobra con la lateralización de la mesa de operaciones. Iremos a buscar el uréter que corre contra la hoja peritoneal parietal posterior, viendo de paso como reparo de orientación a las venas esperáticas situadas también contra la pared peritoneal, pero mucho más adelante que el uréter. El uréter será descubierto ya sea por su aspecto nacarado, de color ligeramente azulado o ya sea por el tacto digital cuando su investigación sea más laboriosa. Investigado el uréter, se lo reseca, respetando su adventicia, lo más abajo posible y en una extensión aproximada de 6 a 8 cm. y desde ya se puede ligar el extremo distal pinzado por arriba de la ligadura al órgano para seccionarlo y reclinarlo hacia arriba y afuera envuelto en una compresa.



*Abertura del peritoneo y extraperitonización del colon:* Una vez reclinado hacia arriba el uréter tendremos ante nuestra vista a la pared lateral del peritoneo. Por arriba de donde ha estado el uréter y en la extremidad superior se abrirá el peritoneo en una extensión aproximada de 6 cm. La incisión peritoneal debe ser paralela a la dirección del uréter. Hecha la abertura investigamos el colon descendente a la izquierda o el ascendente a la derecha, el que se exterioriza a través del peritoneo en una extensión aproximada a la capaci-

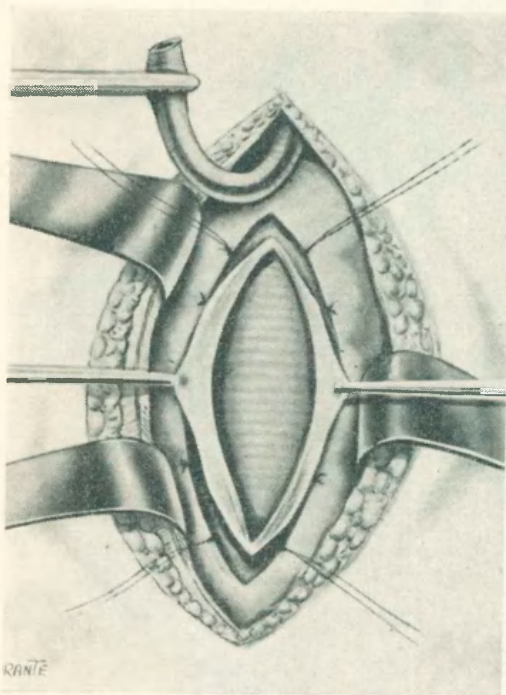


Figura 5

Abertura del peritoneo visceral del intestino, observándose el uréter reclinado hacia arriba y pinzado para que no drene orina.

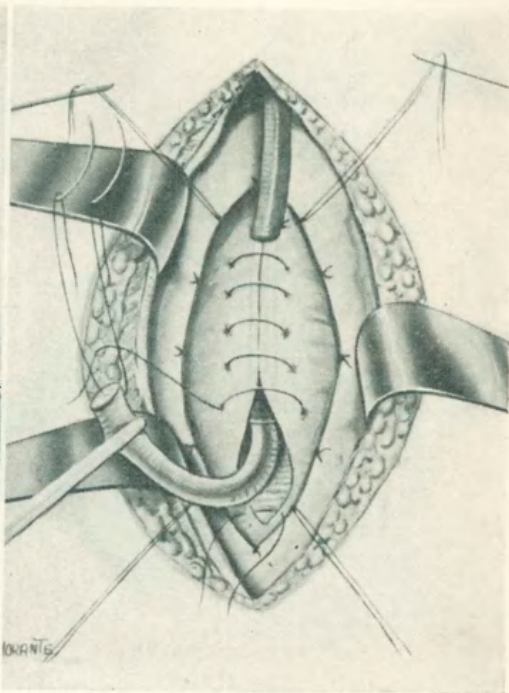


Figura 6

Anclaje del uréter en la parte superior y sutura del peritoneo visceral en el lecho preparado para el uréter.

dad de la ventana peritoneal teniendo la precaución de rechazar su contenido fecal hacia arriba y hacia abajo; reparando la bandeleta, la pondremos paralelamente a la incisión peritoneal, sosteniéndola con cuatro hilos de reparo, dos arriba y dos abajo; hecho esto la cara colónica está exteriorizada y la haremos extraperitoneal fijando los bordes de la ventana del peritoneo a las paredes del intestino, teniendo la precaución de no producir acodamiento del ansa intestinal.

*Confección del lecho:* Extraperitonizado el colon, mediante la maniobra anterior, trazaremos una incisión por la bandeleta de una extensión aproxima-

da de 4 cm.; no aconsejamos nunca incisiones de menor extensión. Hecha la incisión en el peritoneo visceral, disecamos cuidadosamente a esta hoja con respecto a la muscular, tanto de un lado como de otro a fin de labrar una fosa donde poder introducir el uréter cubriéndolo completamente. Debemos tener la precaución en este tiempo de no ser demasiado cortos en la confección del lecho puesto que la sutura posterior podría extrangular al uréter provocando los trastornos consiguientes.

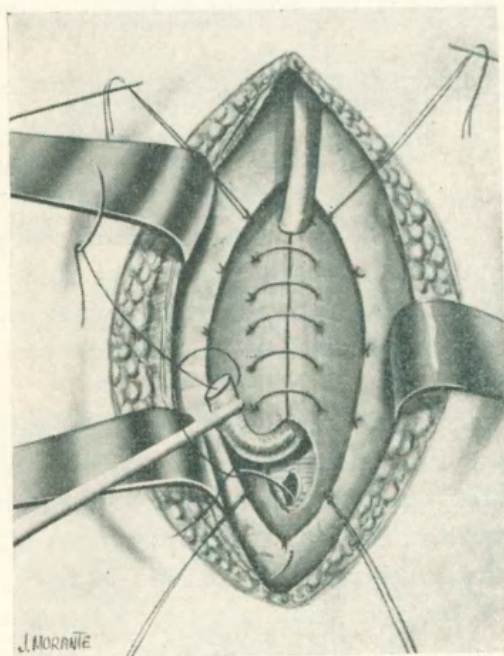


Figura 7

Terminada la sutura queda como final el tiempo sucio abriendo la pared intestinal para introducir la extremidad del uréter dentro de la cavidad fijándolo con un punto de adentro hacia afuera.

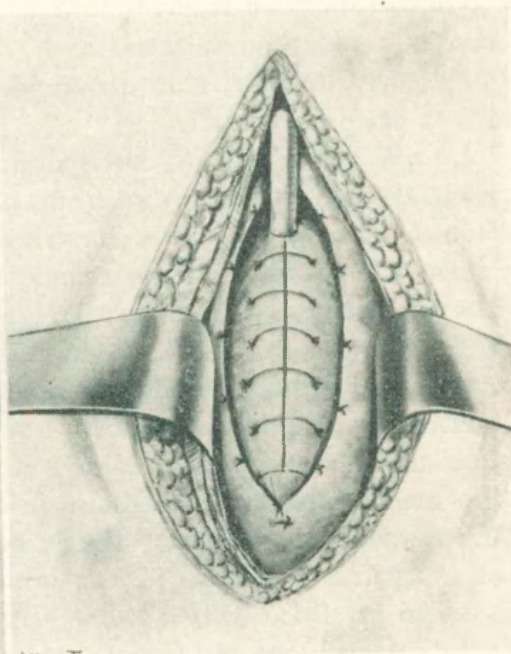


Figura 8

Terminación de la intervención peritonizando la extremidad inferior de la herida colónica.

*Fijación del uréter:* Una vez expuesta la muscular del intestino comenzaremos a enterrar, por así decir, al uréter, fijándolo como se hace clásicamente, con un punto no perforante y colocado a 6 cm. de su extremidad para anudarlo al ángulo superior de la incisión intestinal. Con este punto tendremos fijado al órgano puesto a besar contra la pared colónica. Procederemos luego a la sutura de la hoja peritoneal visceral con tres o cuatro puntos teniendo la precaución de no tocar el uréter. Usamos para ello especialmente hilo de vidrio o de seda 000. Cuando la sutura está por llegar al extremo inferior de la herida colónica recién entonces abrimos la mucosa intestinal haciendo un pe-



queño hojal por donde pasaremos el hilo de catgut perforante que habremos pasado previamente por la pared externa del uréter, teniendo la precaución de no extrangular ni interrumpir la luz ureteral. Esos dos extremos del hilo montado en aguja fina y poco traumática, los pasaremos adentro de la herida de la mucosa intestinal de manera que vuelvan a salir de dentro afuera a un centímetro por debajo del ángulo inferior de la incisión colónica y separados entre sí de uno a dos milímetros, hecho lo cual se anudan, una vez que el extremo del uréter se haya ya introducido dentro de la luz intestinal. Hecho esto terminaremos con la peritonización del uréter que habíamos iniciado, empolvoreando todo con sulfamidas.

Es conveniente dejar un drenaje de goma y se termina la intervención cerrando la pared por planos.

Lo que hemos descrito corresponde a la técnica general de la anastomosis pero hay algunos puntos que queremos hacer resaltar especialmente y son: 1º) el cuidado de la extraperitonización del intestino; 2º) la abertura tardía de la luz intestinal que debe hacerse cuando el uréter prácticamente ya está colocado dentro de la pared intestinal; 3º) el uréter debe anastomosarse en una extensión no menor de 4 cm; 4º) la extremidad terminal del uréter debe penetrar dentro de la luz alrededor de un centímetro.

Hecha la primera anastomosis, que como ya dijimos, es prudente siempre elegir el uréter del lado del riñón de menor función, notaremos en el postoperatorio que la inhibición del riñón del lado operado generalmente se presenta y dura alrededor de 48 horas. Recién después el enfermo comienza a tener dos o tres evacuaciones diarias. Si a la inhibición funcional de ese lado le agregamos el íleo paralítico intestinal que generalmente se presenta a las 24 horas de operado, veremos cuan prudente es tener siempre un riñón funcionando y que no haya sido tocado.

Cuando el equilibrio del lado operado se ha restablecido, podremos operar impunemente el uréter del otro lado. Cuando se confecciona la anastomosis del lado derecho, podrá aprovecharse la incisión para hacer la apendisectomía profiláctica.

Al comienzo de la aplicación de esta técnica tuvimos nuestros reparos pensando que debido a las anastomosis uréterointestinal de lado derecho, podría ser contraria al peristaltismo intestinal; tuvimos temor de que se produjesen de inmediato pielonefritis ascendentes por esa causa, pero hasta ahora, nos las hemos visto. Algunos de nuestros enfermos llevan más de seis meses de operados encontrándose en perfecto estado.

#### CASUÍSTICA

1er. caso. — Pertenece a A. L., Cama 28, Sala XIII, Hospital Rawson.

Diagnóstico: Carcinoma infiltrante de vejiga a forma total.  
izquierda.

Tratamiento: Primera operación, 10 de Noviembre de 1944, anastomosis uréterocolónica.  
Segunda anastomosis, en el colon derecho el 7 de Enero de 1945. Postoperatorio inmejorable en los dos tiempos. El enfermo vive en muy buenas condiciones con resultados hemáticos normales en lo que se refiere a suficiencia renal.

2º caso. — Pertenece a J. F., de 48 años. Cama 19, Sala XIII, Hospital Rawson.

Diagnóstico: Carcinoma recidivante de vejiga.

Tratamiento: Primera anastomosis el 5 de Febrero de 1945.

Segunda anastomosis, el 20 de Febrero de 1945.

Las dos intervenciones han sido toleradas perfectamente sin trastornos de ninguna especie. Los análisis sanguíneos de suficiencia renal son normales.

3er. caso. — Pertenece a la Sra. de C., de 48 años. Cama 6, Sala XIII, Hospital Rawson.

Diagnóstico: Carcinoma infiltrante de cuello de vejiga y trigono.

Tratamiento: Primera anastomosis, el 10 de Abril, del lado izquierdo se observa un megaureter por obstrucción juxtavesical. Postoperatorio perfectamente normal.

Segunda anastomosis, 20 de Abril. Se observa megaureter derecho por obstrucción juxtavesical. Postoperatorio normal.

4º caso. — Pertenece a J. L., de 66 años.

Diagnóstico: Carcinoma recidivante de vejiga.

Tratamiento: Primera anastomosis, el 3 de Marzo de 1945, del lado izquierdo.

Segunda anastomosis, el 18 de Marzo de 1945. Postoperatorio normal en ambos tiempos. El equilibrio hemático no ha variado hasta ahora.

5º caso. — Sr. R. N., de 45 años de edad.

Diagnóstico: Carcinoma recidivante juxtameático izquierdo.

Tratamiento: El 28 de Marzo anastomosis izquierda, por ser el riñón bloqueado. Megaureter. Postoperatorio normal.

Segunda anastomosis, el día 8 de Abril. Postoperatorio normal.

En este enfermo se hará dentro de poco cistectomía total.

#### CONCLUSION

Como conclusión diremos que si bien es poco el tiempo de evolución que han tenido nuestros enfermos, si comparamos el postoperatorio de aquellos con quienes hemos seguido esta técnica y en aquellos en donde hemos aplicado los métodos clásicos, la evolución de unos y de otros es indablemente diferente. Por ahora no ha habido ningún deceso imputable a la operación ni complicaciones postoperatorias. La peritonitis no se ha presentado. Los trastornos recto-sigmoideos de la anastomosis en el ansa sigmoidea e en el recto tampoco se han presentado y el equilibrio de la función renal ha podido ser restablecido durante el tiempo entre la intervención de una lado y la intervención del otro.

#### DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Yo he hecho la anastomosis urétero-intestinal de extraperitonización de las asas exactamente en el asa sigmoidea. Las primeras intervenciones fueron malas en el sentido de que se han producido complicaciones*

y se hicieron fistulas; posiblemente, se han debido a una mala técnica. Hice las dos intervenciones al mismo tiempo, y no he encontrado la falta de funcionalismo renal.

Ahora, efectúo las intervenciones en dos tiempos; aún haciendo el injerto en el asa sigmoidea, no veo los trastornos que observaba al principio, es decir que no veo la rectitis que tanto teme el doctor Trabucco.

No he hecho el injerto en el asa ascendente, pues temía que el perituitismo intestinal, contrario al peristaltismo ureteral, pudiera producir una infección ascendente. La práctica del doctor Trabucco desmiente la suposición que yo tenía al no hacer esta técnica.

Otra vez, al abrir el peritoneo, saltó, ofreciéndoseme el apéndice. En los animales, hice la anastomosis del uréter al apéndice, pero el apéndice del conejo es sumamente friable y el resultado fué malo. En cambio, en los perros, la anastomosis del uréter al apéndice es más favorable. Voy a seguir esa técnica en los perros, para ver después, si es posible, transportar esta idea al hombre y qué resulta la anastomosis en el apéndice. No sé si habrá o no inconveniente al examinar después el apéndice con el uréter, si hay una hipertrofia de tejido linfoideo, pero en el perro a mí me ha dado resultado.

Yo no he realizado la incisión que hace el doctor Trabucco y no la he hecho pensando siempre en dejar lo más lejos posible la abertura del intestino. Entonces, para ello, he ideado un trócar, lo que se publicó en "La Semana Médica". Es un trócar cuya camisa no es completa, sino que es la mitad. Con este trócar se trabaja en forma muy simple. Se hace una incisión transversal de la serosa del asa sigmoidea y con una pinza Kocher se va abriendo por debajo de la serosa y se va separando la capa muscular del intestino. Por ese lugar se introduce el trócar, el que va a caer en la luz intestinal. Se sabrá que se está en la luz intestinal porque se puede introducir una sonda Nélaton. Hecho esto se pasa el uréter por allí y entonces, uno se ahorra la incisión intestinal.

Con este procedimiento he obtenido resultados en el perro primero, y después en el hombre. He hecho las anastomosis tal cual lo indica Strong en el "Journal of Urologie" y he obtenido anastomosis perfectas.

Dr. Irazu. — La interesante comunicación del profesor Trabucco no hace sino actualizar un importante tema con el cual creo que estamos en deuda los urólogos.

La anastomosis urétero-intestinal es sin duda, un alivio para muchos enfermos que padecen de afecciones de la vejiga y de pérdidas de orina por fistulización irreparables.

Ya en nuestro ambiente, distinguidos cirujanos como Basterrica y Bengolea la habían realizado con muy buen éxito y la bibliografía americana da detalles profusos de interesantes comunicaciones y de resultados alejados sobre esta operación factible.



Por nuestra parte, la hemos realizado experimentalmente con buen resultado y también, tenemos un caso de observación en colaboración con el profesor Landívar: realizamos una anastomosis urétero-intestinal en un tiempo, extraperitoneal, en una chica de 13 años que había sufrido un traumatismo.

En cuanto se refiere a la intervención peritoneal, creo que es un paso que ganamos para evitar riesgos operatorios, pero en la actualidad se cuenta con una técnica quirúrgica capaz de llevarla a cabo por cualquiera de las vías, máxime si la preparación previa y el post-operatorio cuidadoso, es realizado con los métodos actuales.

Dr. Surra Canard. — Tendría interés en que el doctor Trabucco, tuviera a bien traernos para la próxima sesión, los documentos urográficos de su interesante comunicación, para ver si hay atonía del uréter.

Dr. García. — Quisiera conocer la opinión del doctor Trabucco sobre los casos de ectasia ureteral, que son tan frecuentes, que llegan inclusive a las anulación del riñón.

Quisiera saber asimismo si ulteriormente, hay algún control que pudiera valorar el hecho de la posibilidad.

Otro punto que quisiera saber es éste: qué porvenir tienen las molestias vesicales, si desaparecen en absoluto y si el doctor Trabucco no ha observado hemorragias posteriormente.

Nosotros tenemos al respecto alguna experiencia por las vías intraperitoneal y extraperitoneal. La vía intraperitoneal es superior en todos los tiempos porque evita las contingencias primarias de la operación, que en nuestra experiencia, fueron malas.

Quiero preguntarle también al doctor Trabucco si los controles más alejados de que dispone —que dice que son de 7 meses— si tiene una observación urográfica anterior y otra posterior para así valorar el estado anatómico de la vía excretora y si tiene alguna desigualdad el abocamiento del derecho y del izquierdo.

Dr. Gordoner. — Es indudable que el doctor Trabucco presenta los casos más desfavorables, porque se trata de 5 casos de carcinoma y va a ser interesante saber los resultados si es que lleva a cabo la segunda parte de su intervención, o sea, la extirpación radical.

De acuerdo a esos resultados, se podrá juzgar si no sería conveniente, en muchos casos, dejar a esos enfermos con su anastomosis y no llegar a la extirpación radical que es, por lo general, el tiempo que produce el mayor número de fallecimientos.

En Estados Unidos, se vuelve a la antigua urétero-anastomosis. En los últimos números de las revistas que nos han llegado de ese país, habrán podido

ler una nueva técnica de Goldstein en dos tiempos; ello influenciado por la gran cantidad de muertes debidas a la urétero-intestino-anastomosis.

En muchos casos, creo que va a ser más conveniente dejar a los enfermos con la anastomosis total que recurrir a la extirpación, que como ya lo dije, es la faz operatoria que produce el mayor número de defunciones.

Quisiera preguntarle también al doctor Trabucco, qué anestesia había utilizado.

Dr. Bernardi. — Por los pocos casos que he podido seguir, entiendo que la rectitis es una gran molestia para el enfermo.

Nosotros tuvimos dos enfermos con unas molestias extraordinarias, que no sabíamos si atribuir a la cistitis o al nuevo abocamiento, porque eran graves.

Quisiera preguntarle al doctor Trabucco, si ese abocamiento que se hace en el colon ascendente no trae trastornos en la absorción de la orina, porque es evidente que el abocamiento que a veces se hace en el asa sigmoidea, produce esos trastornos en la absorción urinaria.

Hace un año, más o menos, operamos con el profesor Ivanisevich, un enfermo con un neo de vejiga, al que se operó con el catéter colocado. El Dr. Ivanisevich realizó la operación con la habilidad clásica en él, en una hora y media; se hizo el abocamiento de ambos uréteres; sin embargo, el enfermo entró en anuria y al quinto día falleció.

Dr. Iacapraro. — Quiero felicitar personalmente al doctor Trabucco por las interesantes sugerencias que nos han traído con respecto a un problema que es de palpitante actualidad, dado que bien sabemos que la solución paliativa, que entiendo es la finalidad de su procedimiento en el cáncer de vejiga, reside esencialmente en la eliminación o en la falta de contacto de la orina con la lesión cancerosa y la cistitis agregada.

Me asocio también al pedido del doctor Sura Camard y a las insinuaciones del doctor García, en lo que respecta al estudio urográfico de esos enfermos. Nuestra experiencia en el Instituto del Cáncer en ese sentido, ha permitido afirmarnos que casi todas las neoformaciones del triángulo, o por lo menos, su mayoría, inhabitan funcionalmente por lo menos, un riñón y casi siempre pone en situación anatómica y funcional tales al uréter que impiden todo intento de cirugía exitosa, en lo que respecta al abocamiento urétero-intestinal.

Es por eso, que basados siempre en que la cistostomía es el peor de los tratamientos paliativos del cáncer de vejiga, al punto que no debe ser considerado como tal, estamos muy conformes con el abocamiento urétero-cutáneo a la altura del uréter iliaco.

Por otra parte, cuando los enfermos llegan al Instituto, ya han sido tratados por la vía endoscópica y por la vía hipogástrica, de manera que las con-

diciones locales y generales nos impiden todo intento de terapéutica exitosa. De cualquier manera, es una excepción en un enfermo de cáncer de vejiga, encontrar en nuestro concepto, situaciones anatómicas o funcionales del uréter que nos alienten en la esperanza de que un abocamiento urétero-intestinal pueda tener éxito.

En cuanto a la acción irritante de la orina en la porción del asa sigmoidea y del recto, tenemos la opinión confirmatoria de los que dicen que la rectitis y la sigmoiditis muchas veces, es intolerable; no solamente en los pocos casos personales que hemos tratado, sino también en aquellos operados por distinguidos ginecólogos, entre ellos, el Dr. Bengolea que realizó un Coffey con derivación intestinal y cistostomía total en una enferma que resultó después afecta no a una neoplasia maligna sino a una neoplasia benigna vesical y en la cual los trastornos intestinales hicieron padecer a la enferma quizá mucho más que las molestias que podía haber ocasionado la misma neoplasia intestinal.

De cualquier manera, entiendo que el estudio radiológico y la urografía excretoria en esos enfermos es de mucho interés porque en nuestro concepto, siempre hemos dirigido para la vía cutánea todas aquellas derivaciones.

Dr. Trabucco. — Indudablemente, es un placer traer un trabajo a la Sociedad Argentina de Urología y que dé motivo a una discusión tan abundante.

Me llama la atención lo que ha manifestado el doctor Rebaudi con respecto a sus trabajos experimentales. En el perro se considera probable poder hacer una anastomosis en el apéndice, pero el conejo tiene un ciego demasiado grande, por lo que deja de ser apéndice para pasar a ser un ciego terminal.

En cuanto a la vía intraperitoneal, ya no existe razón para seguirla por más sulfamida, sulfaguina y sulfasuxidina que pueda existir. Nosotros, en estos enfermos, hacemos una preparación; con ello, conseguimos la esterilización de todo el colon, pero no se puede mantener eso durante mucho tiempo; además, hay enfermos que no resiste la sulfamida.

En cuanto a la función de los enfermos hemos practicado dos primeras radiografías con sustancia opaca de excreción. No hay que olvidar que se trata de casos de cáncer de vejiga inoperables. Lo ideal es hacer anastomosis intestinal en aquellos casos que pueden ser operados con fin terapéutico ya definitivo, pero confieso que en todos estos casos no hemos llegado a hacerlo a tiempo. De manera que en todos ellos estaba tomado el triángulo y tenían insuficiencia renal. Evidentemente, han mejorado su estado general y su biología sanguínea, bajando la urea y los productos tóxicos.

También se han sacado las radiografías, pero se diluyen en el ciego y en el intestino. Esa es la ventaja de la separación de las terminaciones: tratar de que las orinas tengan un recorrido mayor para neutralizar esos productos tóxi-

cos que no se encajan en la ampolla. Se debe combatir el concentrar la orina en un solo sitio. Debe tratarse de que la orina se diluya y pueda salir al exterior sin producir trastornos de irritación de las mucosas, que son los que producen alarma. Siempre tengo presente el caso de un enfermo, en el Hospital Rawson, operado por el doctor López, en 1934 ó 1935. Ese hombre sufrió tanto con esa anastomosis que fué necesario hacerle morfina y terminar con su vida porque era peor la rectitis que tenía que la polaquiuria provocada por el cáncer de vejiga que tenía antes.

De los casos operados por vía intraperitoneal, sólo uno se salvó: los demás murieron por una peritonitis bien establecida. Por más anastomosis que hagamos, cuando viene la distensión intestinal, si no tenemos una derivación hacia afuera que no caiga al peritoneo, siempre se va a hacer la peritonitis porque la parálisis intestinal se establece siempre después de toda operación abdominal. A pesar de suturar con hilo de vidrio, creo que más de un punto puede infiltrar materia fecal y productos tóxicos. Si está en el peritoneo se produce la peritonitis, salvo en aquellos casos en que se produce la coalescencia de los tejidos.

Contestando al doctor García, le diré que en la última enferma que operamos en el Hospital Rawson, hace 10 días, los dos uréteres eran del tamaño del dedo pulgar. Así, nos queda por ver cómo se restablece la función intestinal. Aunque la función renal sea mala cuando drene el intestino siempre va a ser mejor que drenado en vejiga. De manera que vamos a liberar la eliminación de orina de esos dos lados. La enferma, a pesar de tener pocos días de operada, está mucho mejor que antes. El doctor Bertolassi, Jefe de esa sección puede decirlo. Si más adelante se infecta o se esclerosa, también hubiera entrado el riñón en esclerosis con su oclusión inferior y nos da a nosotros la oportunidad de sacar la vejiga y ver si podemos salvar a ese enfermo.

En cuanto a las anastomosis cutáneas, son las primeras que se han hecho y existen defensores acérrimos de las mismas. Uno de ellos, justamente, es Edwin Beer, el que introdujo la electrocoagulación dentro de la vejiga, pero esa anastomosis era cutánea, porque la intestinal que se hacía era terminal y no en pico de flauta, como después lo ideó Coffey. Fatalmente, se produce la pielonefritis porque no había sistema de válvula. Cuando Coffey introdujo su modificación de sistema de válvula hasta Edwin Beer dejó la cutánea y ya practica todas anastomosis intestinales, es decir que el defensor más acérrimo de la anastomosis cutánea en Estados Unidos ha dejado de hacer cutánea para hacer la intestinal nuevamente, pero claro está, se basa en el sistema de válvula de Coffey, lo que constituye un adelanto extraordinario en la cirugía fisiológica.